



7.2 ASESORÍA INTEGRAL EN CASA A FAMILIAS PARA SEGUIMIENTO O ACTUALIZACIÓN DE NOVEDADES POR TÉCNICO EN SALUD POR TÉCNICO EN TODAS LA PRIORIDADES. (VISITAS DE SEGUIMIENTO: PRIMERA VISITA, SEGUNDA VISTA Y SEGUIMIENTO ADICIONALES)	29
8. FAMILIAS DE PRIORIDAD ALTA	34
8.1 SUBPROGRAMA SALUD PLENA PARA LAS MUJERES – MUJERES GESTANTES	34
8.1.1 <i>Asesorías integrales en casa a las familias gestantes por el equipo de respuesta inicial</i>	34
8.1.1.1 Asesoría Integral en casa a la mujer gestante por profesional de medicina	37
8.1.1.2 Asesoría Integral en casa a la mujer gestante por profesional de enfermería	41
8.1.2 <i>Asesoría integral en casa a familias con Binomio Madre-Hijo por el equipo de respuesta inicial</i> 44	
8.1.2.1 Asesoría Integral en casa a las familias con Binomio Madre-Hijo por profesional de medicina	46
8.1.3 <i>Procesos de asesoría integral en casa a las familias gestantes por el equipo de respuesta complementaria</i>	50
8.1.3.1 Proceso de asesoría Integral en casa a las Familias Gestantes por salud oral	50
8.1.3.2 Proceso de asesoría Integral en casa a familias gestantes por profesional de Nutrición y Dietética	55
8.1.4 <i>Criterios guía para la decisión de asesorías adicionales</i>	57
8.2 SUBPROGRAMA NIÑEZ CRECIENDO SALUDABLES	58
<i>Primera Infancia</i>	58
8.2.1 <i>Familias Con Niños Y Niñas Menores De 1 Año</i>	60
8.2.1.1 Asesoría Integral en casa a niños – as menores de 1 año por profesional de medicina	60
8.2.1.2 Asesoría Integral en casa a niños – as menores de 1 año por profesional de enfermería.....	64
8.2.1.3 Proceso de asesoría integral en casa a Familias con niños – as menores de 1 año por profesional de Nutrición con énfasis en Recién nacidos de bajo peso al nacer.	69
8.2.1 <i>Niños y niñas de 1 a 5 años</i>	72
8.2.2.1 Asesoría Integral en casa a niños – as de 1 a 5 años año por profesional de enfermería.....	72
8.2.2.2 Asesoría Integral en casa a niños – as de 1 a 5 años año por profesional de medicina.....	75
8.2.2 <i>Procesos de Asesoría Integral en casa a Familias con Niños y/o Niñas de 0 a 5 Años por el Equipo de Respuesta Complementaria</i>	79
8.2.3.1 Proceso de asesoría Integral en casa a Familias con niños/as de 1 a 5 años, 11 meses y 29 días en salud oral.....	79
8.2.3.3 Proceso de asesoría Integral en casa a Familias con niños/as de 1 a 5 años por profesional de Nutrición y Dietética	82
9. ACCIONES EQUIPOS ERI (EQUIPO DE RESPUESTA INICIAL) Y ERC (EQUIPO DE RESPUESTA COMPLEMENTARIA)	86
9.1 ACCIONES DEL EQUIPO DE RESPUESTA INICIAL	86
9.1.1 <i>Asesoría Integral en casa a otras familias de prioridad alta por profesional de medicina o enfermería</i>	86
9.2 ACCIONES DEL EQUIPO DE RESPUESTA COMPLEMENTARIA	91
9.2.1 <i>Asesoría Integral en casa a familias para intervención psicosocial – eventos prioritarios de salud mental</i> 91	
9.2.2 <i>Proceso de asesoría Integral en casa a familias en situación de discapacidad</i>	96
9.2.3 <i>Proceso de asesoría Integral en casa a familias en situación de discapacidad – Seguimiento a Familias antiguas en RBC</i>	99
10. FAMILIAS DE PRIORIDAD MEDIA Y BAJA	101
10.1 <i>Asesorías Integrales en casa a familias de prioridad media y baja por profesional de medicina y enfermería</i>	101
12. ANEXOS TÉCNICOS, INSTRUMENTOS Y CAJA DE HERRAMIENTAS DEL ÁMBITO FAMILIAR	106

1. PRESENTACION

La Secretaria Distrital de Salud de Bogotá (SDS), en el marco del plan de gobierno Bogotá Humana 2012 – 2016, ha formulado el Programa de Gobierno Territorios Saludables, el cual define el desarrollo de **subprogramas de salud** ordenados por cada una de las **etapas ciclos de vida y por situaciones/ condiciones diferenciales** prioritarias en los micro territorios² y territorios de Salud³, con el fin de avanzar en la garantía del derecho a la salud para los y las ciudadanas del Distrito Capital, tomando como orientación la Estrategia de Atención Primaria en Salud Renovada (APS).

Estos subprogramas deben desarrollarse en los microterritorios y territorios de salud a través de las acciones en los ámbitos de vida cotidiana; esta guía operativa busca dar orientaciones metodológicas y temáticas respecto de las acciones a desarrollar por los y las técnicos y profesionales de los equipos territoriales de APS (Equipos de Respuesta Inicial (ERI), los Equipos de Respuesta Complementaria (ERC), Equipo de gestión y Equipo de vigilancia en salud pública) en el ámbito familiar, en la perspectiva de lograr la consolidación de “Familias Protectoras de la Salud y la Vida” con la finalidad de detectar, valorar, dar soporte y seguimiento a los problemas de salud del individuo, la familia y las colectividades, potenciando su autonomía y mejorando su calidad de vida.

Es importante destacar que las acciones a desarrollar en el ámbito familiar deben ser complementarias y estar integradas a las acciones en los demás ámbitos de vida cotidiana⁴ con el fin de lograr integralidad del proceso de salud en los territorios.

Vale la pena señalar que las acciones a desarrollar tanto por los ERI como por los ERC en el ámbito familiar, siguen los momentos de intervención definidos por el Programa Territorios Saludables, dentro de los que están:

- ✓ **Identificación de las condiciones y necesidades de salud** de los individuos y los núcleos familiares; este momento permite determinar la vulnerabilidad familiar e individual. En esta etapa se elabora un Plan en el marco del enfoque familiar, que motiva la asesoría familiar y que responde a la priorización (situación, condición y riesgo) de cada sujeto integrante de la familia
- ✓ **Acción Resolutiva** dentro de la cual se contempla:
 - Acciones promocionales y preventivas en salud, de orden colectivo las cuales permiten a través procesos de información, educación y comunicación incidir en las prácticas en salud.
 - Atención Inicial, dentro de las cuales se encuentran las acciones resolutivas como la valoración del riesgo en salud, la atención en casa (consulta

² Un microterritorio, es el territorio social en el que se encuentran 800 familias, las Instituciones Educativas, las Unidades de trabajo formal e informal, las organizaciones comunitarias, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y de Servicios Sociales y las Instituciones de Protección que se encuentran en ese espacio vital.

³ Un territorio de salud corresponde a la unión de 12 microterritorios.

⁴Ámbito Escolar “Escuelas para Salud y la Vida”, Ámbito Institucional “Instituciones Protectoras de la Salud y la Vida”, Ámbito Laboral “Trabajo digno y saludable”, Ámbito Comunitario “Comunidades organizadas por la salud”, Ámbito “Territorio ambientalmente saludable”, Ámbito “Espacio Público, convivencia y salud”

resolutiva)⁵ y la remisión (canalización) a servicios según la necesidad identificada, dicha remisión podrá ser al ERC, a los servicios del Plan Obligatorio de Salud (POS).

- Canalización a Servicios de Salud, tanto a servicios de Protección temprana y detección específica, como servicios de tipo resolutivo (consulta general, especializada, paraclínicos, etc.). Este momento de canalización genera su respectivo seguimiento y registro de información.
- ✓ **Gestión Intersectorial**, este momento derivado de los momentos previos permite la canalización a servicios sociales en la búsqueda de integralidad en salud desde la acción particular de otros sectores de la administración pública. Este momento de canalización genera su respectivo seguimiento y registro de información.

En los apartados que siguen en esta guía se desarrollarán a profundidad cada uno de estos momentos según los subprogramas por etapas de ciclo vital y poblaciones diferenciales.

2. DEFINICIONES PARA LA OPERACIÓN DEL ÁMBITO FAMILIAR “FAMILIAS PROTECTORAS DE LA SALUD Y LA VIDA”

El **Ámbito Familiar “Familias Protectoras de la Salud y la Vida”**, es entendido como una representación del territorio social en donde transcurre la vida cotidiana de personas de diferente o del mismo sexo, con hijos o sin ellos, unidos por una relación de consanguinidad o parentesco o adopción o afecto. En este se establecen vínculos de apoyo emocional, económico, de cuidado o de afecto y se comparten domicilio, residencia o lugar de habitación de manera habitual. Se reconocen en la diversidad de sus estructuras, arreglos, formas, relaciones, roles y subjetividades, son entonces sujetos colectivos de derecho.

El enfoque familiar y comunitario, se refiera a “Intervenciones conjuntas de los profesionales de la salud y de otras áreas, en los ambientes domiciliarios y comunitarios, teniendo a la familia como base y esencia del proceso, independiente de las condiciones de “Salud – Enfermedad” de alguno de sus miembros; [este enfoque] se basa en los principios de la medicina comunitaria que pretende dar respuesta a las necesidades de la comunidad (la que utiliza y la que no utiliza los servicios de salud), mediante la integración planificada de las acciones de salud pública y la práctica de la APS. [Por lo que] considera a la comunidad en su conjunto y parte de evaluar: cuál es su estado de salud, cuáles son los factores responsables de ese estado, qué se ha hecho por parte de la comunidad y de los servicios de salud, qué se puede hacer y cuál sería el impacto de las acciones, cómo realizar la vigilancia sanitaria y de los cambios en el estado de salud de la comunidad”.⁶

⁵ Esta acción se desarrollará únicamente a través de las ESE habilitadas por la SDS en atención domiciliaria, con los individuos no asegurados al SGSSS y aquellos que están afiliados con las EPS del Régimen subsidiado capitados con la ESE.

⁶ Gofin, J. Gofin, R. (2007). “Atención primaria orientada a la comunidad: un modelo de salud pública en la atención primaria”. En: *Revista Panamericana de Salud Pública*. 21(2/3). Pág. 177-185

3. OBJETIVOS

3.1 *Objetivo general.*

Realizar asesoría familiar con enfoque biopsicosocial, por ciclo vital, situación/condición diferencial y riesgo de la población con vulnerabilidad, en respuesta a las necesidades del individuo y la familia en todos los territorios de APS a través de los Equipos Territoriales de APS del Distrito Capital.

3.2 *Objetivos específicos.*

- Realizar una valoración integral a la familia que permita definir las necesidades de la familia y el individuo.
- Ejecutar acciones de Promoción de la salud y prevención de la enfermedad para la garantía y restitución del derecho a la salud con el fin de potenciar el desarrollo integral, el cuidado personal, el aprendizaje y las habilidades para la población priorizada en la ciudad de Bogotá D.C.
- Garantizar la accesibilidad de los y las ciudadanas a los servicios de salud.
- Desarrollar acciones para la construcción de ambientes saludables, accesibles e incluyentes para la población priorizada en el Distrito Capital a través de la gestión interinstitucional y transectorial.
- Generar espacios de participación que contribuyan a la movilización social y el empoderamiento como sujetos activos en la toma de decisiones en salud.

4. ALCANCE DEL ÁMBITO FAMILIAR

Con este modelo de atención en salud con abordaje territorial, familiar y comunitario bajo la modalidad de atención extramural y domiciliaria, a través de los ERI y los ERC, se busca:

1. Valorar la situación de salud y calidad de vida de las familias y los individuos, especialmente en los aspectos relacionados con la vivienda y su entorno inmediato, así como en la identificación de los aspectos de relaciones y dinámicas sociales del núcleo familiar y su funcionalidad.
2. Facilitar el apoyo y formación de los cuidadores implicados en la atención de población en condiciones de vulnerabilidad.
3. Realizar la atención a domicilio de los ciudadanos que cumplan los criterios de inclusión.
4. Realizar asesoría integral en casa conforme a los momentos de intervención del Programa Territorios Saludables, al 100% de las mujeres gestantes identificadas en el territorio.
5. Realizar asesoría integral en casa conforme a los momentos de intervención del Programa Territorios Saludables, al 100% de los niños y niñas menores de un año, y de 1 a 5 años con alertas identificadas en el territorio.

6. Realizar asesoría integral en casa conforme a los momentos de intervención del Programa Territorios Saludables, al 75% de las familias de prioridad media y baja identificadas en el territorio.

A continuación se relacionan las actividades y los productos esperados de la operación en el ámbito familiar (Cuadro No. 1).

Cuadro No. 1. Relación de unidad operativa y objetivo en el ámbito familiar.

UNIDAD OPERATIVA	OBJETIVO DE LA UNIDAD OPERATIVA
<p>Asesoría integral en casa a familias</p>	<p>El objetivo de este proceso es identificar y valorar las condiciones de vida y salud de la Familia, con el fin de medir su grado de vulnerabilidad y definir a partir de los acuerdos con la familia un plan de acción con el equipo territorial de APS (ERI, ERC, Equipo de Gestión) a desarrollar tanto en casa como en los demás ámbitos de vida cotidiana. A partir del plan Familiar se despliegan una serie de acciones resolutivas y de gestión intersectorial (para viabilizar las canalizaciones) y se cierra con el seguimiento final que realiza el técnico en salud. Las acciones del ERI y ERC se enmarcan en asesorías integrales en casa y procesos de asesoría integral en casa.</p>
<p>Proceso de asesoría integral en casa a familias</p>	<p>Esta unidad responde a la lógica de la asesoría integral en casa a las familias, con la particularidad de enlazar una serie de asesorías integrales que desarrolla un perfil del ERC y que formando parte del Plan Familiar tienen el objetivo de desarrollar valoración, seguimiento y cierre generando un proceso de acompañamiento mínimo a la familia frente a unas necesidades detectadas y/o un nivel de priorización definido por condición, situación o riesgo.</p>
<p>Jornada de vacunación y Aseguramiento</p>	<p>Para esta vigencia se contempla la actividad en la Matriz programática denominada “Jornadas de Vacunación y Aseguramiento”, en el ámbito familiar, definiéndose como un proceso operativo para apoyar y fortalecer el programa PAI y fomentar la educación, información y comunicación sobre el aseguramiento en Salud. Se desarrolla por perfil de “Técnico Salud-Auxiliar de enfermería⁷⁸”. Corresponde a unas horas de este perfil concertadas con cada hospital en las cuales se articularan acciones del territorio saludable con el programa Ampliado de Inmunización, la oficina de Servicio al ciudadano y/o Participación social. Estas Jornadas hacen parte de las horas Operativas del perfil Técnico Auxiliar de Enfermería.</p>
<p>Gestión del Ámbito</p>	<p>Desarrollar un proceso de planeación, acompañamiento y monitoreo frente a los profesionales y técnicos de los equipos ERI y ERC que permita un seguimiento a las acciones, gestión de soluciones y canales de retroalimentación entre lo local y lo distrital.</p>

⁷ La vacunación No aplica Auxiliar en salud pública, debe ser Técnico-Auxiliar de enfermería.

⁸ El Técnico-Auxiliar destinado a vacunación de enfermería debe tener las competencias y requisitos normativos exigidos para la aplicación de los inmunobiológicos en los lineamientos PAI.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

5. CRONOGRAMA

Cuadro 2. Cronograma Ámbito Familiar

		CRONOGRAMA											
FASE	ACCIÓN	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb
Fase 1	Identificación, caracterización, tamizajes y valoración por parte del técnico del ERI. Actualización de Novedades	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Fase 2	Implementación de acciones promocionales de información, comunicación y educación, acciones preventivas y de atención inicial. Acciones desarrolladas por equipos ERI y ERC	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Fase 3	Evaluación de efectividad, resultados y satisfacción						x	x	X	X	X	X	X

6. OPERACIÓN EN EL ÁMBITO FAMILIAR

La unidad Operativa básica del ámbito familiar es la Asesoría Integral en Casa a las Familias, y se define como un momento de encuentro con un sujeto individual o colectivo, en el cual se responde a necesidades específicas que permiten la apropiación de saberes y prácticas para la transformación positiva de su entorno⁹. Para esta vigencia se propone la unidad operativa Proceso de Asesoría Integral en casa a las Familias que se entiende como una secuencia de Asesorías Integrales que desarrolla el Equipo de Respuesta Complementaria (específicamente Salud Oral, Nutrición y Discapacidad), de manera tal que dicha secuencia procure hacer un seguimiento y cierre de caso, lo cual es determinante para mejorar la efectividad de las intervenciones.

El trabajo con las familias en microterritorios requiere que la aproximación inicial a éstas se haga presentando el objetivo del equipo territorial de APS. También es necesario no crear falsas expectativas en las familias, por lo cual debe aclararse que estas asesorías no pretenden en ningún caso ser el reemplazo de los servicios intramurales. Debe recordarse que para esta labor se requiere por parte de los equipos territoriales de APS actitudes y habilidades, como:

- ✓ Respeto por las creencias y opiniones de las familias
- ✓ Disposición para la comunicación y escucha
- ✓ Observación
- ✓ Sensibilidad para el trabajo comunitario
- ✓ Capacidad de concertación
- ✓ Trabajo en equipo

Para todos los momentos de encuentro de los equipos ERI y ERC con las familias es fundamental que el acercamiento se establezca desde una relación de respeto por la diferencia, una actitud solidaria y abierta y una disposición de servicio que permita entender al otro como sujeto de derechos.

El proceso de asesoría y seguimiento a las familias, se orienta a partir de la primera visita del año que realiza el técnico en salud del Equipo de Respuesta Inicial, que le permite definir la prioridad de la familia y concertar con la familia un plan familiar inicial de acuerdo a las necesidades identificadas, esta visita puede ser para la caracterización familiar y medición de la vulnerabilidad o para la actualización de novedades. La priorización parte de entender que las familias y sus integrantes se encuentran en un constante cambio, dentro de su ciclo vital, así como de su condición situación y riesgo, pudiendo pasar de una prioridad a otra en un corto tiempo, para lo cual tendrá la responsabilidad de intervenir multi-dinámicamente y en articulación los ERI y ERC.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Las asesorías en casa deben definirse en el plan familiar, según el análisis de prioridad de la familia (Cuadro No. 3); esta priorización definirá el perfil del Equipo de Respuesta Inicial que acompañará a la familia (medicina, enfermería o técnico). Las familias de prioridad alta serán atendidas por los/las profesionales de medicina y enfermería del ERI y por otros perfiles del ERC, mientras que las familias de prioridad media y baja serán atendidas por los/as técnicas en salud; sin embargo los profesionales de medicina y enfermería, podrán atender también prioridad media y baja, según necesidades del territorio, las que se soportaran dentro de los formatos de ciclo vital o en hoja de evolución con membrete de la ESE. El equipo ERI mantendrá una comunicación permanente que permita la integralidad de las intervenciones.

Es importante señalar que todas las familias sin distinción de su nivel de prioridad serán canalizadas desde la caracterización o en cualquier otra visita a los Servicios de Salud Colectiva (Vivir Saludable) según corresponda, serán informadas de las acciones del ámbito comunitario (siendo convocados a los espacios de consejos microterritoriales y territoriales así como a las Asambleas Locales y Distritales) e institucional y de las jornadas y campañas del ámbito espacio público, particularmente en las familias con integrantes en edad escolar (que se encuentren vinculadas a instituciones educativas del territorio) deberá verificarse su participación en las acciones desarrolladas en el ámbito escolar. Del mismo modo según las condiciones de la vivienda y su uso se podrán articular acciones tanto con el ámbito territorios ambientalmente saludables, como con el ámbito laboral.

El tiempo de asesoría familiar (ámbito familiar) por profesional (enfermería y medicina) de los Equipos de Respuesta Inicial (ERI) es de 1,5 horas para prioridad alta y medida; y 1 hora para prioridad baja (Excepto la Asesoría a Binomio Madre-Hijo que es de 2 horas). Por su parte para los técnicos/as en salud es de 1,5 hora para visitas de seguimiento, actualización de novedades y 2 horas para visitas de caracterización familiar (esta actividad es tomada por familia, no por individuo). Por su parte el tiempo de visita por familia para los/as profesionales del ERC (terapeuta y nutrición), así como para el auxiliar de salud oral es de 1,5 horas por sesión, y para psicólogo es de 2 horas.

En la asesoría integral en casa a las familias siempre debe hacerse una acción colectiva en el marco del enfoque familiar dónde se busca básicamente identificar las condiciones que favorecen o limitan en las relaciones familiares la situación de salud y posteriormente se harán las actividades de valoración de riesgos y necesidades en salud a nivel individual. Es decir así el profesional/técnico ERI o ERC tenga dentro de sus objetivos visitar un prioridad o caso individual específico, debe enmarcar su valoración e intervención en el contexto familiar y social y de esta manera debe quedar contemplado en el Plan Familiar. Por lo tanto las asesorías integrales en casa por parte de los profesionales del equipo ERI requieren un abordaje de todo el núcleo familiar, incluye la valoración por etapa del ciclo vital (incluyendo claro esta los individuos priorizados dentro de ese grupo familiar) y las acciones resolutivas, canalización, gestión intersectorial y las descritas en la unidad operativa.

Durante la visita por cada uno de los perfiles profesionales del ERI deberá atenderse con acciones de valoración del riesgo individual en salud a TODOS los integrantes de la familia que se encuentren durante la visita. En la vigencia diciembre se reconocerán en términos de metas hasta tres atenciones por familia para los y las profesionales de los ERI (los que



Cra. 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co
Info: Línea 195



podrán ser facturables, en cada asesoría familiar, por cada atención e independientemente del nivel de prioridad para el cumplimiento de las metas) independiente de la cantidad de miembros valorados por familia. Si se requiere de más atenciones o seguimiento, se acordará con la familia una nueva visita de asesoría donde podrá el/la médico(a) definir seguimiento o valoración por enfermería, o viceversa, según el criterio profesional.

El/la profesional del ERI (medicina o enfermería), podrá determinar la periodicidad de las visitas o asesorías integrales en casa según la condición de riesgo en salud encontrada en los integrantes de la familia, soportando tal información en los respectivos formatos de etapa de ciclo vital y de ser necesario en hojas de evolución con membrete de la ESE. Las asesorías integrales en casa profesional del ERI (medicina o enfermería) serán máximo 2 por semestre para prioridad alta o media y una para prioridad baja. Ahora si se requieren más visitas, o una familia requiere un seguimiento especial y periódico, se debe solicitar el AVAL respectivo justificando el caso específico el cual podrá concretarse en un acta con el referente distrital del ámbito Familiar.

En estas nuevas visitas se facturará como una nueva asesoría integral en casa (teniendo en cuenta que el enfoque de abordaje es de todo el grupo familiar). Sin embargo se debe recordar que el profesional ERI debe direccionar al usuario a la red de prestación de servicios, según el aseguramiento del usuario, en caso de patologías que requieran seguimiento y abordaje clínico asistencial; y que las visitas adicionales deben estar definidas por el criterio profesional y soportadas por el riesgo paciente.

Los profesionales y técnicos/as tanto del Equipo de Respuesta Inicial (ERI) como del Equipo de Respuesta Complementaria, portarán sello de identificación (nombres y apellidos, documento de identidad, su perfil en salud y nombre de la ESE); dicho sello y su firma lo identificará en los diferentes formatos que se utilizan para la operación del ámbito. Es importante señalar que el único formato en donde la familia consigna la firma de uno de sus integrantes es en el de plan familiar.

6.1 Actividades de la asesoría integral en casa a las familias

A continuación se describirán las actividades a desarrollar durante la asesoría integral en casa a las familias:

OPERACIÓN EN EL AMBITO FAMILIAR

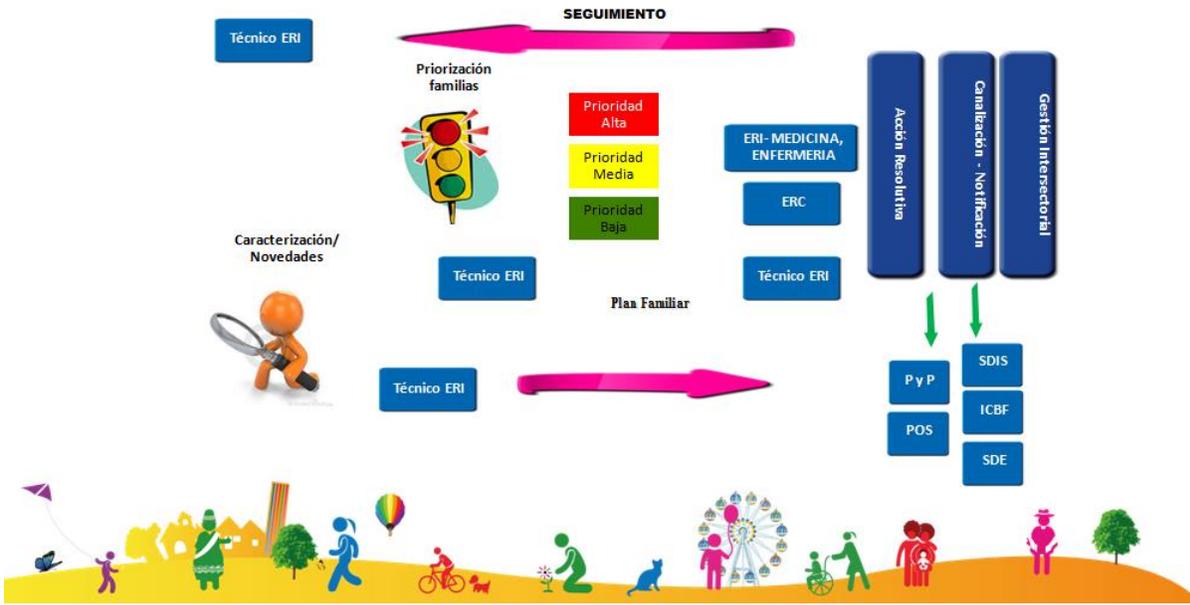


GRAFICO – MOMENTOS DE LA OPERACIÓN

6.1.1 Caracterización Familiar y Medición de la vulnerabilidad familiar

Ejercicio conducente a establecer las condiciones determinantes de la salud del entorno familiar, de la familia y de los individuos con el fin de identificar la vulnerabilidad familiar relacionada con las condiciones de la vivienda, la familia (condición y situaciones especiales de la familia como desplazamiento, discapacidad, escolaridad, situación laboral, acceso a alimentos, entre otras) y la identificación de riesgo en los integrantes de la familia¹⁰.

Para muchas de las familias la caracterización familiar se convierte en la puerta de entrada a la prestación de servicios de salud y a los programas sociales del Distrito Capital que buscan impactar de forma positiva las condiciones de vida y salud de estas familias. La vulnerabilidad familiar busca medir la capacidad de una familia de responder ante un evento o situación adversa en salud. Esta actividad se realiza con familias nuevas en el micro territorio (bien sea las de reemplazo por las familias que salen del microterritorio, o aquellas que se encuentran en los microterritorios de ampliación).

Si se presenta la necesidad racional El profesional de Enfermería o medicina podrá valorar cualquier prioridad, según la necesidad y dinámicas del territorio, incluso

¹⁰ Para las familias adscritas este proceso podrá hacerse antes, durante o después que se culminen las sesiones de asesoría del ERC. Para los casos de eventos de salud mental o víctimas del conflicto armado podrá realizarla el/la profesional de psicología.

antes de la caracterización respectiva, en caso tal la caracterización por técnico deberá hacerse antes de 30 días. Se deberá registrar esta contingencia en una Hoja de Evolución con membrete de la ESE adjunta al Ficha y formatos de la familia

6.1.2 Actualización de Novedades en las Familias

Para aquellas familias que ya han sido caracterizadas y pertenecen a un microterritorio se les realiza la actualización de novedades. Esta actividad la realiza el técnico¹¹, se constituye en la primera actividad del año en las familias antiguas. Se define como novedad aquella situación que haya cambiado en relación con la caracterización, ya sea de la vivienda, la familia o el individuo (por ejemplo: familias que salieron del territorio o presencia de nuevos eventos como embarazo, discapacidad o diabetes entre otros)¹².

6.1.3 Análisis y priorización de las familias

Las condiciones, situaciones o características de integrantes de la familia que pueden asociarse a riesgos en salud que se toman como criterio de priorización deben definir un abordaje con mayor celeridad así como el desarrollo de acciones afirmativas para grupos poblacionales teniendo en cuenta su pertenencia étnica, identidad de género o condiciones de inclusión social.

La clasificación de las familias como de alta y media se debe traducir en prioridad en la oportunidad para la generación de la respuesta de los equipos territoriales de APS, y corresponde a las prioridades según las etapas de ciclo vital o las condiciones/situaciones diferenciales¹³, las familias que no tienen individuos con las prioridades definidas en cada una de estas etapas son clasificadas como de baja prioridad (cuadro No. 3).

La priorización estará a cargo de los equipos técnicos en salud de los ERI en primera instancia y con retroalimentación de todo el ERI, orientará la oportunidad esperada para la visita de otros miembros del ERI o de parte del ERC, esta programación estará a cargo del profesional de apoyo territorial. Esta es una actividad continua y debe realizarse en todas las sesiones de trabajo con la familia.

- ✓ **Nivel prioritario 1 – Prioridad Alta:** Hace referencia a familias requieren una respuesta *urgente* desde los actores del territorio. Se sugiere que el abordaje por parte de los profesionales del ERI se de en un lapso de una semana (esto dependerá de las condiciones de disponibilidad propias de cada territorio)

¹¹ Se tiene en cuenta solo una visita por familia. Para los profesionales del ERI y ERC esta actividad hace parte de la asesoría y por ello deben conocer el formato y realizar el reporte de las novedades cuando las encuentren.

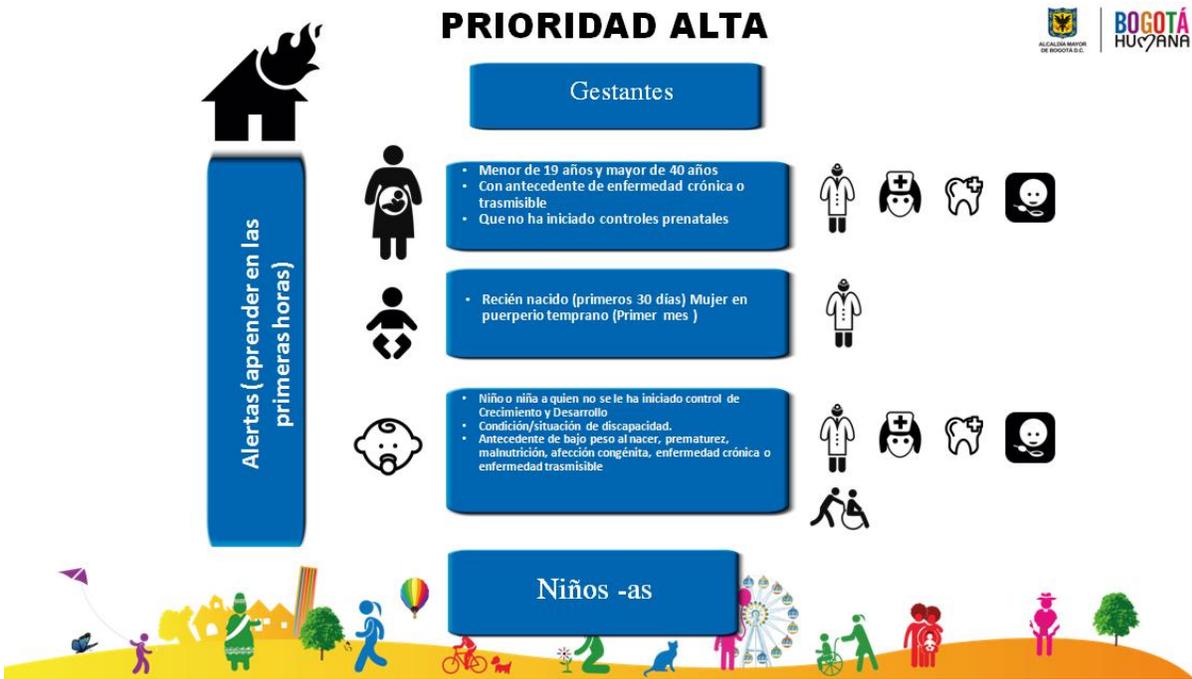
¹² En el caso de familias antiguas donde la escala de vulnerabilidad ya ha sido realizada, se actualizará solo en casos que la SDS lo determine, por el contrario el familiograma se actualizará las veces que sea necesario cuando la representación esquemática de la familia, la cual provee información sobre sus integrantes, en cuanto a su estructura y sus relaciones presente modificaciones, soportando las modificaciones mediante el diligenciamiento de un familiograma actualizado, en hojas de evolución con membrete de la ESE o en fotocopia del formato de diligenciamiento del familiograma, indicando siempre la fecha y hora de realización, datos completos que identifiquen a la familia, firma y sello de quien realiza el nuevo familiograma.

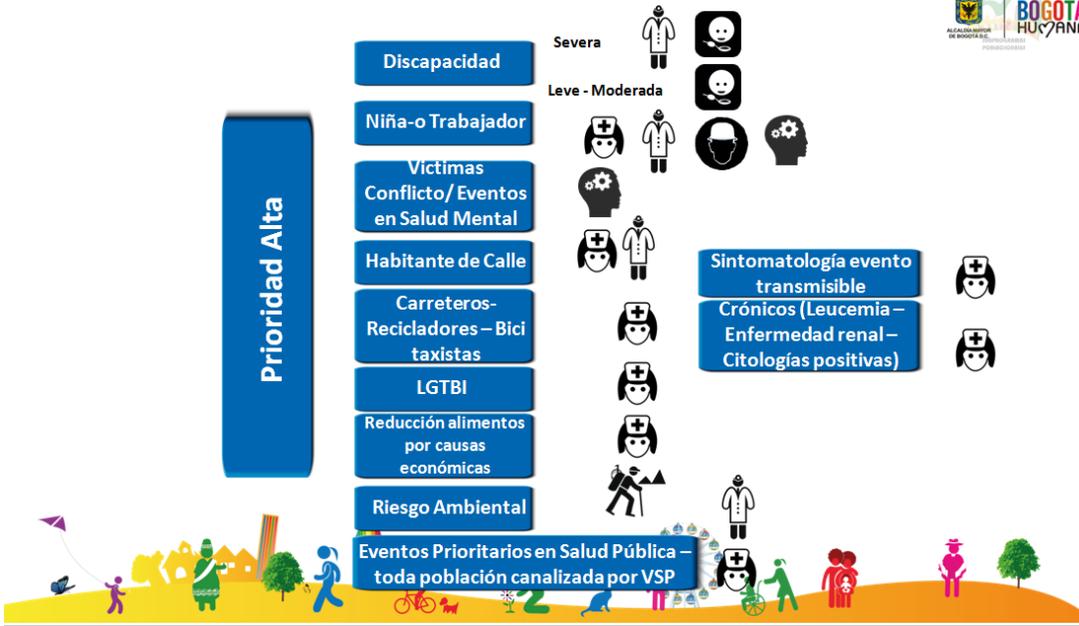
¹³ Son situaciones o condiciones diferenciales: población víctima del conflicto armado, población en situación de discapacidad, población que presente eventos prioritarios en salud mental (conducta suicida, población habitante de calle, entre otras).



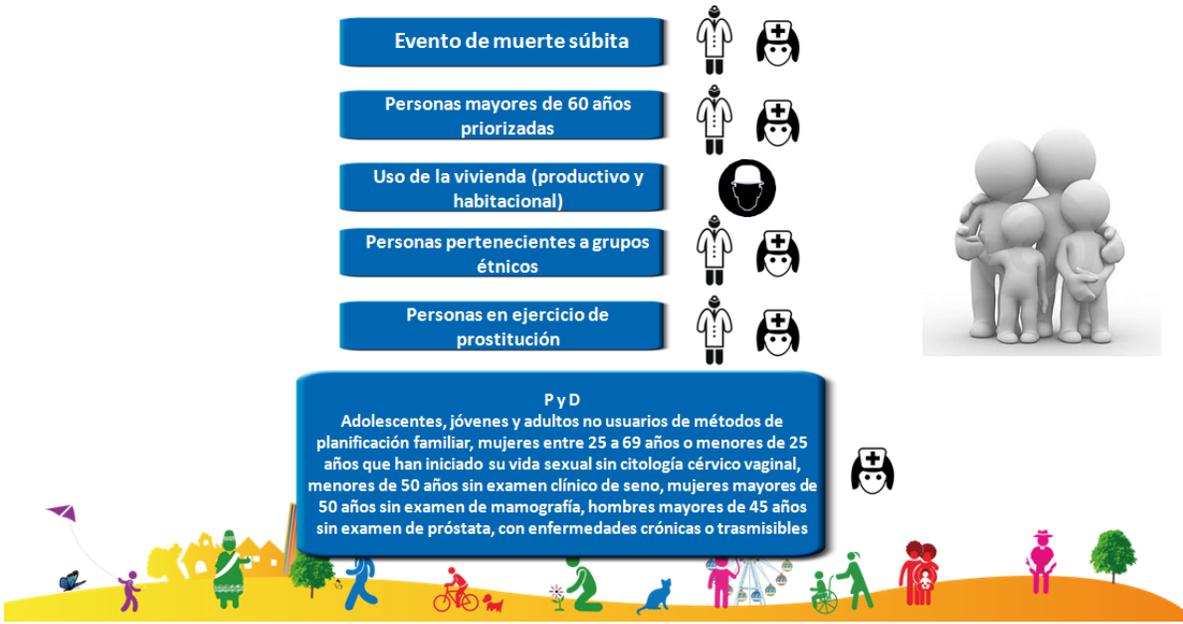
Dentro de este mismo nivel se ha establecido un nivel de ALERTAS que define situaciones que requieren una celeridad aun mayor y se espera que puedan ser abordadas en las primeras 48 horas después de la caracterización o de que sean detectadas por alguno de los profesionales o técnicos del programa.

- ✓ **Nivel Prioritario 2 – Prioridad Media:** Hace referencia a aquellas situaciones encontradas tanto en la identificación como en la caracterización que si bien son importantes pueden ser abordadas de forma *inmediata* desde los actores del territorio. Para este grupo se sugiere que el abordaje por parte de los profesionales del ERI/ERC se realice durante el primer mes de realizada la caracterización
- ✓ **Nivel Prioritario 3 – Prioridad Baja:** Hace referencia a aquellas situaciones identificadas en la fase de respuesta a necesidades que requieren una respuesta *prioritaria* desde los actores del territorio.





PRIORIDAD MEDIA



GRAFICOS PRIORIZACION

Cuadro No. 3 Esquema de asesorías integrales en casa a las Familias
Según prioridad en la familia (Tiempo: un año).

Nivel de Prioridad de las familias	Condiciones / situaciones prioridad	Técnico en Salud (+)	Profesional de Medicina*	Profesional de Enfermería*	Auxiliar en salud oral*	Técnico Ambiental**	Técnico Ocupacional***	Profesional de Psicología****	Profesional con formación en RBC*****	Profesional en Nutrición	
ALTA	PRIORIDAD ALTA POR SITUACION										
	Todas las Gestantes: las alertas durante la gestación son: edad menor de 19 años o mayor de 40 años, antecedente de enfermedad crónica o trasmisible, no inicio de controles prenatales, riesgo de malnutrición	2	1	1	2	0	0	0	0	0	2 ^{MNT}
	Todos los niños y niñas menores de 1 año (alerta Bajo Peso al Nacer o Malnutrición)	2	1	1	0	0	0	0	0	0	2 ^{BPN}
	Binomio madre – hijo durante los primeros 40 días – Recién Nacido y mujer en puerperio temprano ^[1] .	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0
	Niños y niñas de 1 a 5 años con alertas; las alertas para esta población son: Inasistentes a crecimiento y desarrollo, con malnutrición, enfermedad crónica ^[2] o trasmisible y afección congénita.	2	1	1	2	0	0	0	0	0	2 ^{MNT}
	Niños y niñas de 1 a 5 años sin alertas	2	1	1	2	0	0	0	0	0	0
	Familias con niños-as, jóvenes, adolescentes y adultos direccionados por el PDA de Condiciones crónicas a través de base de datos por leucemias pediátricas, enfermedad renal estadio III y entrega de resultados de citologías positivas a usuarias del programa de cáncer de cuello uterino. Transmisibles	2	1 a 2	1 a 2	0	0	0	0	0	0	0
	Niños y niñas mayores de 6 años desescolarizados	2	1 a 2	1 a 2	0	0	0	0	0	0	0
	Personas en situación de discapacidad severa ^[3]	2	1 a 2	1 a 2	0	0	0	0	0	2	0
	Personas en situación de discapacidad moderada o leve.	2	1 a 2	1 a 2	0	0	0	0	0	2	0
Toda niño adolescente, adulto o adulto mayor que presente sintomatología compatible con eventos Transmisibles de alto impacto para la Salud pública como (Tuberculosis, Lepra, VIH, ERA, ITS, Eventos Inmunoprevenibles, ETV o de origen zoonóticas).	2	1 a 2	1 a 2	0	0	0	0	0	0	0	



PRIORIDAD ALTA POR CONDICION									
Niño/a o adolescente trabajador	2	1		0	0	3	4	0	0
Condiciones / situaciones prioridad	Técnico en Salud	Profesional de Medicina	Profesional de Enfermería	Auxiliar en salud oral	Técnico Ambiental	Técnico Ocupacional*	Profesional de Psicología	Profesional con formación en RBC	Profesional en Nutrición
Personas víctimas del conflicto armado o con eventos prioritarios de salud mental (consumo de SPA, conducta suicida, violencia sexual, violencia intrafamiliar, violencia contra la mujer, trastornos de la conducta alimentaria)	2	1 a 2		0	0	0	3	0	0
Persona habitante de calle	2	1		0	0	0	0	0	0
Persona o familia perteneciente a la población de carreteros, recicladores y bicitaxistas, pequeños bodegueros y población afectada por SITP	2	1 a 2		0	0	0	0	0	0
Familia/ Individuos pertenecientes a grupos étnicos (Indígenas, ROM o Gitanos, Afro descendientes, Raizales)	2	1 a 2		0	0	0	0	0	0
Familias con niñas y jóvenes entre 10 a 19 años de edad	2	1 a 2		0	0	0	0	0	0
Población LGTBI	2	1 a 2		0	0	0	0	0	0
Familias o individuos en los que se presente reducción en el consumo de alimentos en el último mes por causas económicas	2	1 a 2		0	0	0	0	0	0
PRIORIDAD ALTA POR RIESGO O DAÑO									
Familia con vivienda en riesgo ambiental, sanitario o en proceso de mejoramiento integral de vivienda ¹⁴	2	1 a 2		0	3	0	0	0	0
Individuos que presenten eventos de vigilancia en salud pública canalizados por VSP (ERA, EDA, Enfermedades eruptivas evidentes, signos de intoxicación exógena)	2	1 a 2		0	0	0	0	0	0
PRIORIDAD MEDIA POR SITUACION									
Familia en la que se haya presentado en alguno de sus miembros muerte súbita	2	1		0	0	0	0	0	0
Familias con Pacientes con Patologías crónicas: Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial, Enfermedad pulmonar Obstructiva crónica, Cáncer y Artritis.	2	1 a 2		0	0	0	0	0	0
PRIORIDAD MEDIA POR CONDICION									
Familias que comparten uso de la vivienda (productivo y habitacional)	2	1		0	0	3	0	0	0

¹⁴ El proceso de mejoramiento integral de vivienda hace referencia a el proceso que se articula entre la ESE, la Caja de Vivienda Popular y la Secretaría Distrital de Hábitat



	Personas en ejercicio de prostitución	2	1 a 2	0	0	0	0	0	0
	Familias con Madre cabeza de hogar	2	1	0	0	0	0	0	0
	PRIORIDAD MEDIA POR RIESGO O DAÑO								
	Adolescentes, jóvenes y adultos no usuarios de métodos de planificación familiar, Mujeres de 21 a 69 años de edad y menores de 21 con vida sexual activa sin citología cérvico vaginal, mujeres menores de 40 años sin examen clínico de seno o mayores entre 50 y 69 años sin examen de mamografía, hombres mayores de 45 años sin examen de próstata, con enfermedades crónicas o trasmisibles	2	1	0	0	0	0	0	0
Bajo	PRIORIDAD BAJA								
	Niños y niñas de 6 a 13 años sin criterios de priorización	2	0 a 1	0	0	0	0	0	0
	Adolescentes, jóvenes y adultas (os) sin criterios de priorización.	2	0 a 1	0	0	0	0	0	0
	Familia sin prioridad definida	2	0	0	0	0	0	0	0

Cuando sean direccionada o ubicadas familias de alto riesgo fuera del territorio podrán adscribirse al territorio con la figura de Familias adscritas para efecto de que reciban el manejo definido.

Se deben diligenciar los formatos por etapa de ciclo vital por cada integrante (individuo) que hace parte de la familia por parte de los profesionales correspondiente. A partir de esta vigencia este formato no es responsabilidad del perfil técnico auxiliar de enfermería.

Se recomienda a la ESE que en las actividades del técnico-Auxiliar de enfermería se registren en una Hoja de Evolución con membrete de la ESE adjunta al Ficha y formatos de la familia, donde se puede incluir: los signos vitales (se recomienda incluir peso y talla), las actividades realizadas, observaciones relevantes de la caracterización, la priorización, las actividades realizadas y/o el Plan Familiar. Igualmente en estas hojas pueden incluir notas por parte los profesionales ERI y ERC en el mismo sentido

6.1.4 Plan familiar

La definición del plan familiar es una actividad que debe ser realizada de forma concertada con la familia, de forma que los miembros del equipo integrado (ERI y ERC), tienen el rol de acompañar con acciones de información, educación y comunicación (IEC) y sugerir recomendaciones respetuosas pero los compromisos de la familia será una decisión autónoma de ésta. Esto no afecta que algunas situaciones requerirán acciones de notificación inmediata como son los eventos de notificación obligatoria en salud pública o la violencia intrafamiliar. En este plan se especifican las acciones de respuesta social y de salud que se desarrollan en la familia. La canalización se genera hacia los programas del Plan de Intervenciones

Colectivas, el POS, programas intersectoriales y transectoriales en concordancia con las necesidades detectadas.

El Plan Familiar es uno solo por familia. No deben hacer planes individuales, sino que se busca que el plan familiar sea Integral, en el cual se pueden registrar actividades concretas para individuos. Cada profesional que intervenga en la familia debe contribuir al diligenciamiento, desarrollo, seguimiento y/o transformación del plan familiar.

En relación al seguimiento de las mismas es necesario que el coordinador intersectorial de la ESE en conjunto con los coordinadores de políticas de las diferentes instituciones, los coordinadores de políticas de las EAPB y los coordinadores de políticas y programas de Territorios saludables establezcan:

1. Un directorio de instituciones intersectoriales, de instituciones en salud y de lugares donde se prestan los programas de Territorios Saludables (direcciones, teléfonos, oferta de servicios, talento humano a contactar).
2. Las rutas de canalización correspondientes
3. Los procesos y métodos de seguimiento

Todo ello en concordancia con los diferentes programas existentes para las etapas de ciclo vital, condición situación, riesgo y género.

Las diversas condiciones y situaciones de las familias caracterizadas, categorizadas e intervenidas son abordadas partiendo de las condiciones individuales de los integrantes de las familias, para luego potenciar el papel relevante del colectivo familiar como generador de condiciones adicionales que inciden en la calidad de vida de sus integrantes.

Así mismo se potencia el colectivo comunitario a través de formas de participación social que aportan a la construcción de respuestas involucrando a diferentes actores y sectores que tienen corresponsabilidad en las alternativas de solución.

6.1.5 Acciones Resolutivas

Se refiere a las actividades de Información, Educación y Comunicación enfocadas a la Promoción de la Salud y la Prevención de la Enfermedad, de acuerdo a las condiciones y situaciones detectadas, así como a las acciones resolutivas desarrolladas por el ERI y ERC. También se incluyen la consulta domiciliaria (en los casos en que se cumplen las condiciones¹⁵), la vacunación¹⁶ y la atención de urgencias (en los casos en que se comprometa la vida del paciente)¹⁷.

¹⁵ En caso de encontrar personas que requieran consulta resolutiva en el marco del POS, ésta deberá prestarse para la población capitada de la ESE y para la población pobre no asegurada, en el marco de las acciones de la atención domiciliaria. Para el caso de la población del régimen contributivo se realizará remisión a su red de atención. Salvo que se trate de un caso de urgencia, en donde deberá realizarse la atención inicial de urgencias y la activación de la ruta de atención respectiva.

¹⁶ I.

¹⁷ En estos casos los profesionales de medicina de los ERI, activarán la ruta urgencias del Distrito, se comunicarán directamente con el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias (CRUE), presentarán al paciente y esperarán a que llegue la ambulancia para ser trasladado, conociendo el nivel y la institución a ser trasladado, entregando un breve resumen a los tripulante de la ambulancia (utilizar hojas de evolución con membrete de la ESE o hoja de formulación con membrete de la ESE), que contenga: fecha, hora, condición del paciente, antecedentes importantes, signos vitales, impresión diagnóstica, razón de su traslado al servicio de urgencias, empresa de ambulancia que realiza el traslado, número de la ambulancia que realiza el traslado, nombre de la tripulación de salud (profesional de medicina o enfermería que recibe el paciente para su traslado), Institución y nivel de la IPS a la que será trasladado el paciente, firma y sello del profesional médico del ERI que entrega el paciente. Nota: se debe dejar dentro de los documentos de Territorio Saludable un soporte de esta intervención que contenga igual información a la entregada, a la tripulación de la ambulancia que realiza el traslado.

Para esta vigencia la intervención de los profesionales ERI y ERC en familias de prioridad alta podrá hacerse siempre y cuando la familia se encuentre caracterizada y/o con visita de actualización por técnico-auxiliar de enfermería al menos durante el año anterior. Las Familias de prioridad media y baja visitadas por el equipo de profesionales ERI y el equipo ERC, deben tener caracterización y/o visitas de actualización durante el año en curso.

Si en el curso de las acciones operativas los profesionales identifican familias prioridad alta, se debe activar la ruta de atención del programa, valorando la necesidad de atención inmediata y garantizando la caracterización o actualización de la familias y las demás acciones correspondientes. En estos casos podrá realizarse la valoración por el profesional y en un lapso no mayor a 20 días la caracterización y/o actualización por el técnico.

6.1.6 Seguimiento familiar

Corresponde a las asesorías a realizarse posterior a la visita para caracterizar a la familia o actualizar las novedades de la familia¹⁸. Durante esta sesión de trabajo se desarrollan las acciones de información, educación y comunicación (IEC), conforme al plan de acción establecido con las familias, además se realiza seguimiento a las diferentes canalizaciones que se hayan realizado con las familias¹⁹.

Para el desarrollo de los diferentes momentos de asesoría integral a las familias por parte del ERI y ERC se tienen definidos formatos e instrumentos específicos (ver final de esta guía) los cuales deben ser diligenciados adecuadamente sin borrones, tachaduras ni enmendaduras. En caso de requerir la inclusión de información adicional se podrán anexar hojas membreteadas de la ESE debidamente diligenciadas. En el caso de los profesionales Médicos y Enfermeras que realicen valoraciones adicionales se deben justificar dicha valoración en Hojas membreteadas de evolución de la ESE, las cuales se deben adjuntar, custodiar y archivar como parte integral de la Ficha de caracterización y demás formatos del programa.

En el desarrollo del componente de IEC de las asesorías y seguimientos en casa se propone partir siempre de la indagación de percepciones, imaginarios y prácticas de las familias sobre las necesidades a trabajar en el plan familiar; de forma que esto permita orientar un proceso de diálogo de saberes que brinde elementos para la construcción de sentidos y transformación de prácticas favorables para la salud.

¹⁸ En las familias de prioridad baja se realiza la visita de seguimiento por parte del técnico al mes de la caracterización o de la visita de realización de novedades, este tiempo podrá variar según criterio de los profesionales del ERI o de las necesidades o requerimientos del territorio, soportando tal información en los respectivos formatos de etapa de ciclo vital y de ser necesario en hojas de evolución con membrete de la ESE.

¹⁹ Durante esta vigencia se reconocerán en términos de metas hasta dos atenciones ("seguimientos") por familia (2 individuos), para los técnicos (independiente del nivel de prioridad de la familia). Estas atenciones podrán ser facturables, en cada seguimiento familiar, por cada atención y prioridad (alta, media y baja) para el cumplimiento de las metas, "si se requiere de más de dos atenciones, se acordará con la familia una nueva visita de asesoría". Se reconocerán para los técnicos en salud hasta 3 asesorías en casa a familias cuando los individuos valorados sean niños o niñas menores de 1 año y de 1 a 5 años

Para efectos de facturación y metas, en esta vigencia, la Asesoría integral en casa donde se realiza caracterización de familias de remplazo, se asumirán igualmente si se trata de familias nuevas.

Para efectos de seguimiento y/o atención integral, según criterio del profesional o técnico se puede generar una visita de asesoría por otro profesional, según las condiciones concretas del paciente y/o la familia, en el marco de las prioridades establecidas en el programa.

En el Marco de la caracterización y/o los seguimientos se deben realizar las valoraciones de etapas de ciclos en los formatos correspondientes por el perfil correspondiente, los cuales a su vez tiene instructivos que hacen parte integral de esta guía.

Los formatos de etapas de ciclos vitales a partir de la vigencia de septiembre 2014 solo deben ser diligenciados por los perfiles profesionales ERI Y ERC en las Asesoría Integral en casa a familias, según corresponda. Es decir en la Caracterización familiar y medición de la vulnerabilidad familiar, o la Actualización de novedades, o el seguimiento por técnico-Auxiliar de enfermería en Salud no se diligenciarán los Formatos de etapa de ciclo vital.

Se recomienda a la ESE que en las actividades del técnico-Auxiliar de enfermería se registren en una Hoja de Evolución con membrete de la ESE adjunta al Ficha y formatos de la familia, donde se puede incluir: los signos vitales (se recomienda incluir peso y talla), las actividades realizadas, observaciones relevantes de la caracterización, la priorización, las actividades realizadas y/o el Plan Familiar. Igualmente en estas hojas pueden incluir notas por parte los profesionales ERI y ERC en el mismo sentido. Esta Hoja de Evolución con membrete de la ESE solo requiere firma del funcionario, no requiere firma del usuario.

6.2 Articulación con otros ámbitos o componentes:

Articulación Ámbito Laboral -Ámbito Familiar

En el ámbito laboral se encuentran dos unidades operativas que desarrolla por médico y/o enfermera del ERI:

1. Asesoría y atención en salud a trabajador/a(s) por profesional de medicina
2. Asesoría y atención en salud a niños y niñas trabajadores/as por profesional de medicina y enfermería

Cualquiera de las dos unidades se puede desarrollar en casa o en lugar de trabajo, incluso en espacios donde se comparten las dos funciones (viviendas con uso productivo, trabajo infantil doméstico o de oficios en el hogar). El objetivo de estas acciones es indagar sobre la relación de la condición de salud con la actividad u

ocupación que realizan las personas. Como resultado de la asesoría se espera identificar una POSIBLE relación de estas dos categorías (salud-trabajo) y realizar una asesoría pedagógica de Buenas Prácticas en el Trabajo para la Protección de la Salud (Anexo técnico de Salud Laboral para ERI). La descripción de estas unidades operativas se encuentran en la Guía operativa del Ámbito Laboral y la facturación de las sesiones se realizara en matriz de programación del Ámbito Laboral.

Para todos los momentos de operación la ESE tiene el compromiso y la responsabilidad de gestionar y garantizar:

- Para los profesionales del ERI, el acompañamiento en la realización de actividades “en fines de semana””, que se requieran en los territorios, en concordancia con las necesidades y programaciones de Vigilancia en Salud Pública (jornadas, brigadas), las que hacen parte de Territorios Saludables.
- La organización de la actividad y el suministro de los insumos necesarios para desarrollar las intervenciones de Territorios Saludables, dentro de estas el equipo médico que permita realizar las valoraciones con calidad, oportunidad y continuidad (fonendoscopio, tensiómetro, balanza, cinta métrica, entre otros).

A continuación se describe paso a paso las actividades a desarrollar en la asesoría integral en casa, conforme al subprograma y al nivel de prioridad de la familia.

Articulación Ámbito Escolar-Ámbito Familiar

La unidad operativa de Asesoría Individual por perfil de psicología que haya tenido apertura en el Ámbito Escolar, que requieran ser abordadas en el contexto familiar por la naturaleza del caso o para dar continuidad al proceso (por receso vacacional, cierre institucional o deserción escolar del niño, niña o adolescente), se continuará el proceso en el marco de operación del Ámbito Familiar por la unidad operativa “Asesoría integral en casa a las familias para intervención psicosocial - eventos prioritarios de salud mental (sesión 2 o 3)”. En tal caso, la sesión(es) realizada(s) en el colegio se asumirá(n) como sesión 1 o 2 del proceso. Esto podrá realizarse si el niño, niña o adolescente pertenece a una familia caracterizada por el programa territorio saludable. En una hoja de evolución con membrete de la ESE, se debe registrar esta situación con visto bueno del Coordinador del Territorio y/o profesional de apoyo y Hoja debe reposar como parte integral de la Ficha Familiar.

7. Acciones con las familias en todos los Subprogramas

Unidad Operativa: Asesoría integral en casa a las Familias

7.1 Caracterización familiar y medición de la vulnerabilidad familiar²⁰

Subprograma: Todos los Subprogramas	Unidad Operativa: <i>Asesoría integral en casa a las Familias</i>
Ciclo: Todos los ciclos vitales (primera infancia, niños y niñas de 6 a 13 años, Adolescente/ Joven, Adulto/a y Adulto/a Mayor).	Sujetos de intervención o características del grupo: Familias de microterritorios nuevos y antiguos.
Perfil que ejecuta la unidad operativa: Técnico/a en salud.	
Tiempo asignado para la ejecución de la unidad operativa. 2 horas para la caracterización	
<u>Actividades por fases de implementación de la unidad operativa:</u>	
<p>En el proceso de caracterización para esta vigencia las familias de reemplazo y nuevas serán integradas en la misma unidad operativa para efectos de facturación y seguimiento.</p> <p>La Caracterización se realiza a familias ubicadas en el Territorio (zona geografía definida para tal fin), sin embargo es posible adscribir al Territorio familias aledañas fuera del territorio siempre y cuando tengan criterios definidos como Prioridad alta. Dentro de este grupo están las familias direccionadas desde el ámbito Territorios Ambientalmente Saludables (TAS) consideradas como “Familia con vivienda en riesgo ambiental, sanitario o en proceso de mejoramiento integral de vivienda ” ²¹</p> <p>La Actualización de novedades por técnico en Salud se realiza mínimo una vez al año en la Primera Visita. Sin embargo en cualquier visita de seguimiento se deben actualizar novedades y establecer las acciones correspondientes.</p> <p>Si se presenta la necesidad racional El profesional de Enfermería o medicina podrá valorar cualquier prioridad, según la necesidad y dinámicas del territorio, incluso antes de la caracterización respectiva, en caso tal la caracterización por técnico deberá hacerse antes de 30 días</p>	
Momento 1: Identificación y caracterización de la familia; o actualización de novedades (Ver anexo técnico/a caracterización y medición de vulnerabilidad en las	

²⁰ Para esta vigencia las familias de reemplazo y nuevas serán integradas en la misma unidad operativa para efectos de facturación y seguimiento.

²¹ El proceso de mejoramiento integral de vivienda hace referencia a el proceso que se articula entre la ESE, la Caja de Vivienda Popular y la Secretaría Distrital de Hábitat



familias)

- Identificación y caracterización de las condiciones de la vivienda y el entorno.
- Identificación y caracterización de la familia y la vulnerabilidad de las personas en todos los ciclos vitales en la familia.
- Identificación y caracterización de las personas en todos los ciclos vitales (condición, situación diferencial).
- Identificación, caracterización y medición de la fragilidad de las personas en todos los ciclos vitales en la familia.
- Identificación e información para la vinculación a programas de servicios sociales.
- Identificación de viviendas de uso productivo y habitacional.
- Identificación de niños, niñas y adolescentes trabajadores y trabajadoras en la familia que realizan:
 - ✓ Labores de cuidado de otros niños, niñas o de otras personas como adultos mayores o personas con discapacidad.
 - ✓ Trabajo doméstico que supera 14 horas semanales o trabajo que implique riesgo por ejemplo cocinar - niños y niñas de 6 a 12 años-, o que laboren en las viviendas que comparten el uso productivo con el habitacional.
 - ✓ Niños y niñas de 6 a 12 años trabajadores y trabajadoras que laboran en el espacio público o acompañan a sus padres en el lugar de trabajo.

Momento 2: Definición del Plan Familiar

- Concertación y registro en el Formato de Plan Familiar.

Se recomienda a la ESE que las actividades del técnico-Auxiliar de enfermería se registren en una Hoja de Evolución con membrete de la ESE adjunta a la Ficha y formatos de la familia, donde se puede incluir: los signos vitales (se recomienda incluir peso y talla), las actividades realizadas, justificación de seguimientos adicionales, observaciones relevantes de la caracterización, la priorización, las actividades realizadas y/o el Plan Familiar. Igualmente en estas hojas pueden incluir notas por parte los profesionales ERI y ERC en el mismo sentido.

El Plan Familiar es uno solo por familia. No deben hacer planes individuales, sino que se busca que el plan familiar sea Integral, en el cual se pueden registrar actividades concretas para individuos. Cada profesional que intervenga en la familia debe contribuir al diligenciamiento, desarrollo, seguimiento y/o transformación del plan familiar.

Momento 3: Respuesta

- Lectura de carné de vacunación el cual debe estar acorde a la edad de cada uno de los individuos valorados y completo según el esquema PAI vigente (Ver memo ficha del PAI), según el cual se establece la necesidad de vacunación en casa o direccionamiento a la actividades o jornadas de vacunación de que habla el numeral 7.3 de esta guía. Igualmente si está programado por la ESE se puede realizar vacunación en casa, aplicación de biológicos, para completar esquema de



vacunación PAI, según necesidad (Ver anexo técnico PAI). La vacunación solo podrá ser realizada por Técnico-Auxiliar de enfermería (no aplica a Técnico en Salud Pública), quien debe tener las competencias y requisitos normativos exigidos para la aplicación de los inmunobiológicos en los lineamientos PAI o ser capacitado para tal fin por el Programa PAI de la ESE y hacer parte del proceso de la ESE para lograr la vinculación de este personal al proceso de Certificación de Competencia en la Aplicación de Inmunobiológicos.²²

- Identificación de niños, o niñas, adultos, o adultos mayores con signos o síntomas compatibles con eventos transmisibles de alto impacto para la salud pública como (Tuberculosis, lepra, VIH, ITS, eventos inmunoprevenibles, ETV o de origen zoonóticas), y realizar proceso de reporte al área de vigilancia en salud pública del hospital y al PDA de enfermedades transmisibles para coordinación de respuesta (Ver anexo técnico transmisibles).
- Información sobre prácticas de cuidado, auto cuidado, cuidado mutuo y del entorno (Educación a la familia, según las necesidades y prioridades, Ver anexo técnico Guía para profesionales y técnicos de los servicios de salud).
- Información y educación sobre las enfermedades prevalentes: ERA Y EDA con énfasis en los mensajes clave: cómo evitar que se enferme, cómo cuidarse en casa y cuándo acudir a los servicios de salud (Ver Anexo Técnico manejo de la ERA y la EDA en casa)
- Información y educación en manejo de residuos: Basura cero y canalización para la atención a través de la estrategia de entornos y vivienda saludable (Ver Anexo técnico territorios ambientalmente saludables para ERI).
- Información y educación en Estrategia de Vivienda Saludable (Ver Anexo técnico territorios ambientalmente saludables para ERI):

✓ Hábitos en higiene y saneamiento básico deficientes a nivel familiar (desaseo de la vivienda, pediculosis, dermatitis, escabiosis, manejo inadecuado de residuos sólidos internos y externos, manipulación inadecuada de alimentos)

✓ Mal manejo de mascotas y plagas (permanencia de las mascotas en condiciones higiénico sanitarias críticas, falta de vacunación de las mascotas, presencia de pulgas, ratas, cucarachas)

✓ Deficiencias estructurales de la vivienda (paredes y techos deteriorados, presencia de huecos, humedades, cocinas con leña, falta de ventilación e iluminación, barreras de accesibilidad)

- Informar sobre derechos y deberes en salud, según etapa de ciclo vital y régimen de aseguramiento en salud.
- Apoyo y orientación en lactancia materna según la necesidad de la mujer lactante y

²² Recordar que toda mujer gestante con más de 21 semanas de gestación debe recibir la vacunación con DPTa, acción que debe ser garantizada por los y las técnicas en salud del ERI. En caso que por criterio técnico científico no sea adecuado su aplicación se debe consignar este criterio como soporte en hoja de evolución con membrete de la ESE.



- el niño o la niña (Ver Anexo Técnico SAN para el equipo de respuesta inicial).
- Orientación en el manejo de las condiciones de salud de las personas en situación o condición de discapacidad (ver anexo técnico discapacidad para el equipo de respuesta inicial).
 - Atención Inicial de Urgencias (primer respondiente) en los casos que se requiera.

Momento 4: Canalización a servicios de salud

Se aclara que Las canalizaciones son de criterio del Técnico o profesional y no necesariamente el 100% de las familias deben ser canalizadas a algo y por otro lado no hay límite para un máximo de canalizaciones por familia. Cada canalización debe ir acompañada del formato respectivo. Sin embargo el Técnico no podrá omitir canalizaciones que sean pertinentes según lo definido en esta guía, lo cual sería objeto de la glosa respectiva.

A Servicios del Programa Territorios Saludables:

Canalizar a profesional de medicina del Equipo de Respuesta Inicial (ERI)

- Familias con mujeres gestantes
- Binomio madre – hijo durante el primer mes (recién nacido – mujer en puerperio temprano)
- Familias con niños y niñas menores de un año
- Familias con niños y niñas de 1 a 5 años con alertas (In-asistentes a crecimiento y desarrollo, antecedente de bajo peso al nacer o prematuridad, con malnutrición, enfermedad crónica o transmisible, evento en salud mental y afección congénita).
- Gestante o Mujer en Puerperio que en el embarazo o parto se haya presentado Síndrome Hipertensión en el Embarazo, pre-eclampsia o Eclampsia en este o en otro embarazo.
- Gestante o Mujer en Puerperio que en el embarazo o parto se haya presentado Diabetes estacional en este o en otro embarazo.
- Gestante o Mujer en Puerperio en quien se hayan identificados deficiente red de apoyo familiar, inestabilidad familiar o conyugal, violencia intrafamiliar, condiciones socio-económicas desfavorables y/o bajo nivel educativo.
- Gestante o Mujer en Puerperio que en el control prenatal se hay identificado intento de aborto, embarazo no deseado y/o embarazo fruto de acceso carnal violento.
- Gestante o Mujer en Puerperio donde se hayan detectado problemas con la lactancia en técnica, conocimiento y/o adherencia
- A los servicios de vacunación, según necesidades identificadas y según Plan territorial de Fortalecimiento de la vacunación en Territorio, de que habla el numeral 7.3 de esta guía

Canalizar a profesional de enfermería del Equipo de Respuesta Inicial (ERI)

- Familias con niños y niñas de 1 a 5 años sin alertas.
- Familias con niños y niñas desescolarizados.
- Persona o familia perteneciente a la población de carreteros, recicladores y bicitaxistas.



- Población LGTBI
- Personas en ejercicio de la prostitución
- Familias con signos o síntomas compatibles con eventos transmisibles de alto impacto para la salud pública como (Tuberculosis, lepra, VIH, ITS, eventos inmunoprevenibles, ETV o de origen zoonóticas).
- Familias direccionadas por el PDA de Condiciones crónicas por casos de leucemias pediátricas, enfermedad renal estadio III y entrega de resultados de citologías positivas a usuarias del programa de cáncer de cuello uterino (el caso será abordado por profesional de enfermería del ERI para posterior caracterización de la familia – respondiendo a la celeridad que se requiere en dichos casos). (Ver ficha técnica PDA Crónicas para ERI)
- Adolescentes, jóvenes y adultos no usuarios de métodos de planificación familiar, mujeres entre 25 a 69 años o menores de 25 años que han iniciado su vida sexual sin citología cérvico vaginal, menores de 50 años sin examen clínico de seno, mujeres mayores de 50 años sin examen de mamografía, hombres mayores de 45 años sin examen de próstata, con enfermedades crónicas o transmisibles

Canalizar a profesional de enfermería o de medicina (según disponibilidad de la ESE) del Equipo de Respuesta Inicial (ERI)

- Familias con personas en situación de discapacidad severa
- Persona habitante de calle
- Familia/ Individuos pertenecientes a grupos étnicos (Indígenas, ROM o Gitanos, Afro descendientes, Raizales)
- Familia en la que se haya presentado en alguno de sus miembros muerte súbita
- Familias con persona mayor de 60 años priorizadas (enfermedades crónicas o transmisibles sin tratamiento, que vivan solos)
- Individuos que presenten eventos de vigilancia en salud pública canalizados por VSP (ERA, EDA, Enfermedades eruptivas evidentes, signos de intoxicación exógena)
- Gestante o Mujer en Puerperio en quien se hayan identificados deficiente red de apoyo familiar, inestabilidad familiar o conyugal, violencia intrafamiliar, condiciones socio-económicas desfavorables y/o bajo nivel educativo.
- Gestante o Mujer en Puerperio que en el control prenatal se hay identificado intento de aborto, embarazo no deseado y/o embarazo fruto de acceso carnal violento.
- Gestante o Mujer en Puerperio donde se hayan detectado problemas con la lactancia en técnica, conocimiento y/o adherencia
- Familias vinculadas a Grupos étnicos
- Familias con paciente con enfermedades crónicas. : Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial, Enfermedad pulmonar Obstructiva crónica, Cáncer y Artritis.

Canalizar al Equipo de Respuesta Complementaria (ERC)

- Familias con personas en situación de discapacidad nuevas en el microterritorio o adscritas al mismo
- Familias con personas que presenten eventos prioritarios de salud mental.
- Familias con integrantes que se reconozcan como víctimas del conflicto armado
- Familias con niños y niñas de 1 a 5 años (no intervenidos en los dos últimos años)



y gestantes con tamizaje de salud oral positivo.

- Familias con mujeres gestantes y/o recién nacidos con BPN (menos de 2500 gramos).
- Familias con viviendas de uso compartido (habitacional y productivo)
- Familias con niños, niñas o adolescentes trabajadores.
- Familias con viviendas en riesgo ambiental (según criterios de guía operativa ámbito territorio ambientalmente saludable) a la Estrategia de Vivienda Saludable.

Canalizar a los Servicios de Salud Colectiva según etapa de Ciclo Vital, situación o condición diferencial.

Canalizar a los servicios de salud individual del POS:

- Protección específica y Detección Temprana así:
 - ✓ Niños y niñas menores de 10 años: Control de crecimiento y desarrollo
 - ✓ Personas de 10 a 26 años: Control del Joven, Servicios Amigables para jóvenes, para quienes han iniciado vida sexual: Citología cérvico vaginal y consulta de regulación de la fecundidad.
 - ✓ Personas del 27 a 59 años: Control de crónicos y transmisibles, Después de los 45 años a consulta de quinquenios (adulto y adulta mayor), Consejería para la regulación de la fecundidad, Citología cérvico vaginal para quienes han iniciado vida sexual, para mayores de 45 años a la mamografía y a grupos poblacionales entre los 14 a los >65 con sintomatología respiratoria como tos y expectoración de más de 15 días para toma de Baciloscopia seriada de Esputo.
 - ✓ Personas de 60 años y más: Control de quinquenios de la persona mayor, control de crónicos, Citología cérvico vaginal (todas las mujeres entre los 21 y 69 años de edad y menores de 21 con vida sexual activa), para mayores de 50 años a la mamografía y examen clínico, menores de 50 examen clínico de la mama (ECM) anual. Hombres mayores de 40 exámenes de próstata.
- Al PAI según los esquemas dispuestos por el Ministerio de Salud y la SDS.
- Servicios POS: Consulta externa general y especializada, Urgencias, Odontología.

Momento 5: Gestión transectorial

Servicios Sociales: Programas definidos por los Autos de la Corte Constitucional; Auto 251 –niños, niñas y adolescentes en condición de desplazamiento- y 092 –mujeres en condición de desplazamiento. (Ver Anexo técnico: Normatividad derechos humanos de las mujeres). Conforme a los hallazgos activar las rutas de respuesta intersectorial correspondiente.

Momento 6: Notificación de eventos prioritarios al SIVICOM (Sistema de vigilancia comunitaria)

Identificar y notificar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica, eventos prioritarios en salud.



Momento 7: Registro de la información

Registrar información de la asesoría a la familia en los formatos respectivos: caracterización familiar, actualización de novedades, [formato de evolución \(Opcional\)](#) y [notificación/canalización \(si aplica\)](#).

Se recomienda a la ESE que en las actividades del técnico-Auxiliar de enfermería se registren en un hoja de Hoja de Evolución con membrete de la ESE adjunta al Ficha y formatos de la familia, donde se puede incluir: los signos vitales (se recomienda incluir peso y talla), las actividades realizadas, observaciones relevantes de la caracterización, la priorización, las actividades realizadas y/o el Plan Familiar. Igualmente en estas hojas pueden incluir notas por parte los profesionales ERI y ERC en el mismo sentido.

Formatos, instrumentos y documentos de apoyo²³ ²⁴:

- Formato de caracterización y medición de la vulnerabilidad familiar
- Formato de seguimiento al esquema PAI ([para menores de 5 años](#))
- Formato de canalización y notificación. ([si aplica](#))
- Formato de Plan familiar.
- Bases de datos de captura de la información de datos de población caracterizada. APS en línea y de seguimiento al plan familiar.
- Caja de herramientas por subprograma y ciclo vital.
- [Hoja de Evolución con membrete de la ESE](#) –Notas de los técnicos y profesionales- (Opcional)

Subproductos

- Formatos enunciados diligenciados y capturados en la base de datos correspondiente, la información se migrará al aplicativo web.
- Base de datos consolidada.
- Registro de canalización ([si aplica](#))

Producto

- Sesión de asesoría integral en casa a la Familia de microterritorio nuevo para caracterización y medición de vulnerabilidad con la información capturada en APS en Línea, las bases de datos y/o sistemas de información definidos por la DSP, o
- Sesión de asesoría integral en casa a la Familia de microterritorio antiguo para caracterización y medición de vulnerabilidad con la información capturada en APS en Línea, las bases de datos y/o sistemas de información definidos por la DSP, o
- Base de datos de APS en línea (o la que corresponda) debidamente diligenciada,

²³ Los Formatos de valoración individual y seguimiento por etapa de ciclo vital (primera infancia, niños y niñas de 6 a 13 años, Adolescente/ Joven, Adulto/a y Adulto/a Mayor) a partir de esta vigencia no es responsabilidad del Técnico-Auxiliar de Enfermería, su diligenciamiento es exclusivo de los Profesionales correspondientes.

²⁴ El Formato de Acciones Colectivas no se diligencia en esta intervención



validada por tecnólogo de sistemas territorial y local, de apoyos a la gestión territorial y coordinación territorial y con concepto técnico favorable de la DSP-SDS.

Medios de verificación y aspectos auditar

- Formatos enunciados diligenciados y capturados en la base de datos correspondiente, la información se migrará al aplicativo web).
- Plan Familiar
- Registro de canalización (si aplica)
- Que cuente con el perfil del talento humano determinado por el lineamiento para realizar la actividad asesoría en familiar.
- Que la caracterización sea coherente con los hallazgos encontrados y el riesgo asignado (ver cuadro 3 – Guía ámbito familiar).
- En la auditoría se debe verificar por lo menos 1% de las sesiones por acción (caracterización, novedad y seguimiento), al azar del territorio durante la vigencia, verificando con la familia visitada (presencial o telefónica), los aspectos principales de la caracterización, novedad y seguimiento.

7.2 Asesoría Integral en casa a familias para seguimiento²⁵ o Actualización de novedades por técnico en Salud por técnico en todas la prioridades. (Visitas de seguimiento: Primera Visita, Segunda Vista y Seguimiento adicionales)

Subprograma: Todos	Unidad Operativa: Asesoría en casa a familias por técnico/a en salud para seguimiento.
Ciclo: Todos los ciclos vitales (primera infancia, niños y niñas de 6 a 13 años, Adolescente/ Joven, Adulto/a y Adulto/a Mayor).	Sujetos de intervención o características del grupo: Familias de prioridad alta, media y baja de los microterritorios de APS.
Perfil que ejecuta la unidad operativa: Técnico/a en salud	
<p>DEFINICIÓN Y PERIODICIDAD</p> <p>Existen 3 tipos de seguimientos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Primera Visita: se realiza principalmente en el I semestre de cada año y/o dentro del mes siguiente (4 semanas) después de realizada la caracterización (aunque puede realizarse antes según la priorizada de la familia. Tiene como objetivo completar, continuar o fortalecer las acciones de IEC, así como concretar/ajustar/programar/reformular con la familia el Plan Familiar. A las familias antiguas en esta visita se debe revisar/ajustar la prioridad, actualizar novedades y reformular el Plan de acción. Con las familias nuevas se debe concretar el Plan de acción y concretarlo con las familias en lo referente a: 	

²⁵ El seguimiento se define como *Primera Visita, Segunda Visita* del año y *Visita(s) de Seguimiento Adicional*, según se haya concertado en la Matriz de Programación.



Objetivos del Plan Familiar, Cronograma de intervenciones, etc.

2. **Segunda Visita:** Se realizar principalmente en el II semestre de cada año y/o dentro de los 2 a 8 meses siguientes a la primera visita según el Plan Familiar y/o la prioridad de la familia. (si la familia se le realiza primera Visita en los meses septiembre a Diciembre no se le programara segunda visita y si es necesario que sea vista de nuevo, se hará con una Visita de Seguimiento adicional, para efectos de programación y facturación). El fin principal de esta visita es evaluar el desarrollo del Plan Familiar y si es necesario ajustar, o reformular. Igualmente se debe desarrollar actividades de IEC y canalización según el caso. **Nota:** es periodicidad de 2 a 8 meses después de la primera visita aplica desde la vigencia de octubre de 2014.

3. **Visitas de Seguimiento Adicional:** Son visitas que se programan para el perfil Técnico-Auxiliar según las necesidades del Microterritorio y se definen según la prioridad (Alta, Media y Baja). Deben ser siempre después de haber realizado la caracterización y se puede programar un máximo, en el año, 2 visitas para familias prioridad alta y media y 1 para familias prioridad baja. No es necesario que todas la familias tengan visitas de seguimiento adicional, solo quienes la coordinación de territorio y el equipo ERI considere. Si un familia se considera necesita más visitas de Seguimiento adicional se debe solicitar autorización a la Dirección de Salud Pública, vía acta, donde se defina la situación concreta de la familia y la intervenciones que se plantean realizar. Estas visitas deben ser avaladas por la coordinación del territorio (Coordinador y/o Profesional de apoyo). La justificación de estas visitas, así como los objetivos de la misma, deben quedar explícitos en Hoja de Evolución con membrete de la ESE y deben tener visto bueno con firma del Coordinador y/o profesional de apoyo del Territorio. La periodicidad o momento de la intervención está a criterio del equipo ERI y la coordinación del Territorio.

Se pueden programar visitas Seguimiento Adicional, solo con uno las siguientes justificaciones:

- 3.1 Realizar actividades de salud Pública, o Promoción y Prevención contempladas en el Plan Familiar o direccionadas por la coordinación del territorio
- 3.2 Reforzar algún proceso educativo (IEC) definido en el Plan Familiar, que amerite un intervención especial según criterio del equipo ERI o direccionadas por la coordinación del territorio
- 3.3 Verificación o seguimiento a canalizaciones, situaciones y/o condiciones de riesgo específicas (por ejemplo direccionamiento intra o intersectoriales).

Además de lo anterior se debe procurar porque en estas vistas se desarrollen actualización de novedades según corresponda.

Tiempo asignado para la ejecución de la unidad operativa. 1,5 horas



Formatos, instrumentos y documentos de apoyo²⁶

- Formato Plan Familiar
- Formato de seguimiento a novedades.
- Formato de canalización y notificación (si aplica)
- Base de datos de APS en línea o la que corresponda.
- Caja de herramientas por ciclo vital y subprograma.
- Formato de seguimiento al esquema de vacunación PAI (si aplica)

Subproductos

- Formatos enunciados diligenciados y capturados en la base de datos correspondiente, la información se migrará al aplicativo web).
- Base de datos de APS en línea.
- Registro de canalización y seguimiento efectivo por cada ciclo vital y tipo de canalización. (si aplica)

Producto

- ✓ Sesión de asesoría integral en casa a la Familia de prioridad alta, media o baja por condición o situación por técnico/a en salud, con la información capturada en las bases de datos.
- ✓ Sesión de asesoría integral en casa a la Familia de microterritorio antiguo para actualización de novedades con la información capturada en APS en Línea, las bases de datos y/o sistemas de información definidos por la DSP.
- ✓ Base de datos de APS en línea debidamente diligenciada, validada por tecnólogo de sistemas territorial y local, de apoyos a la gestión territorial y coordinación territorial y con concepto técnico favorable de la DSP-SDS.

Medios de verificación y aspectos auditar

- ✓ Formatos enunciados diligenciados y capturados en la base de datos correspondiente, la información se migrará al aplicativo web).
- ✓ Plan Familiar
- ✓ Registro de canalización (en caso que lo amerite sea coherente con los hallazgos encontrados y el riesgo asignado (ver cuadro 3, Guía ámbito Familiar) y seguimiento efectivo a la canalización.
- ✓ Que cuente con el perfil del talento humano determinado por el lineamiento para realizar la actividad asesoría en familiar.
- ✓ Que la el seguimiento sea coherente con los hallazgos encontrados y el riesgo asignado (ver cuadro 3, Guía ámbito Familiar).
- ✓ En la auditoría se debe verificar por lo menos 1% de las sesiones por acción

²⁶ Nota: El Formato de Acciones Colectivas no se diligencia en esta intervención.

(seguimiento y/o cierre), al azar del territorio durante la vigencia, verificando con la familia visitada (presencial o telefónica), los aspectos principales en el seguimiento y/o cierre.

7.3 Jornadas de Vacunación y Aseguramiento

Para esta vigencia se contempla la actividad en la Matriz programática denominada “Jornadas de Vacunación y Aseguramiento”. Se contempla en el ámbito familiar como un proceso operativo para apoyar y fortalecer el programa PAI y fomentar la educación, información y comunicación sobre el aseguramiento en Salud. Se desarrolla por perfil de “Técnico Salud-Auxiliar de enfermería”. Corresponde a unas horas de este perfil concertadas con cada hospital, un jornadas de 8 horas, en las cuales se articularan acciones del territorio saludable con el programa Ampliado de Inmunización, la oficina de Servicio al ciudadano y/o Participación social.

Esta actividad es parte de las horas operativas del perfil Técnico Auxiliar de Enfermería, no se pueden destinar horas de gestión para esta actividad. Cada Jornada es de 8 horas/auxiliar. Y por cada 8 horas se deben beneficiar 10 personas. Es decir si a un hospital se le asignan 10 jornadas, estamos hablando de 80 horas del perfil auxiliar que podría distribuirse así: 10 auxiliares en una jornada, 5 auxiliares en 2 jornadas, un solo auxiliar que realiza 10 jornadas, etc. Puede haber jornadas exclusivas para vacunación, exclusivas para aseguramiento o mixtas.

Se podrán desarrollar estas jornadas dentro de las siguientes opciones:

- Jornadas de vacunación/aseguramiento Programadas: Son jornadas de 8 horas/auxiliar programadas por la ESE para desarrollar actividad en puntos o zonas definidas. Para desarrollar Aplicación de inmunobiológicos, actividades de Vacunación/Aseguramiento y sensibilización e IEC de Vacunación/Aseguramiento. Pueden estar articuladas a Jornadas Distritales o pueden ser locales ante lo cual se recomienda una periodicidad de 15 días en cada MCT.
- Jornadas Permanentes: con las horas asignadas a la ESE se contemplan hasta el 100 % de las horas operativas de uno o varios Técnicos-Auxiliares (144 horas/mes x Auxiliar) se dedican a esta actividad. Con 144 horas operativas se pueden cubrir un máximo de 18 jornadas x Auxiliar

La ESE podrá utilizar ambos tipos de jornadas. Por Ejemplo si a un ESE se le asignan en la Matriz Programática 36 jornadas que equivalen a 288 horas/auxiliar. Podría tomar 144 para que un auxiliar dedicara sus horas operativas exclusivas a realizar 18 jornadas Permanentes vacunación/IEC Casa-Casa y las otras 144 horas asignarlas a 18 auxiliares que desarrollaran una jornada cada uno en su MCT.

La vacunación solo podrá ser realizada por Técnico-Auxiliar de enfermería (no aplica a Técnico en Salud Pública), quien debe tener las competencias y requisitos normativos exigidos para la aplicación de los inmunobiológicos en los lineamientos PAI o ser capacitado para tal fin por el Programa PAI de la ESE y hacer parte del proceso de la ESE

para lograr la vinculación de este personal al proceso de Certificación de Competencia en la Aplicación de Inmunobiológicos. Aunque si se trata de Jornadas que no incluyan la aplicación de inmunobiológicos podrán ser desarrollada por cualquier Técnico-Auxiliar del Territorio.

Medios de verificación

La ESE debe radicar a la SDS (Dirección de salud Pública) un Informe ejecutivo, en donde se registre mínimo la siguiente información:

1. Listado de actividades (jornadas Permanentes o Programadas) desarrolladas.
2. Cronograma y sitios en el cual se realizaron.
3. Se debe relacionar las Horas/Auxiliar que se utilizaron en cada actividad.
4. Listado de auxiliares que participaron en cada actividad
5. Población beneficiada en cada actividad y total población beneficiada en el Mes. Igualmente se debe discriminar en las siguientes categorías: 1. Beneficiados con vacunación efectiva, 2. Beneficiados con actividad de IEC, 3. Beneficiados con actividad específica de aseguramiento, 4. Beneficiados con sensibilización o eventos masivos y 5. Otra.
6. Adjunto de debe entregar CD con los soportes escaneados de las actividades respectivas, que pueden ser: actas, planillas, registros de vacunación, Formatos de seguimiento PAI y/o Fotografías. Estos soportes deben ser coherentes con las actividades desarrolladas. Igualmente en este CD se debe adjuntar copia del Informe.

Para las vigencias Marzo a Septiembre 2014 se concierne la radicación, envío vía mail o entrega directa al Referente del ámbito familiar de la SDS por vigencia contractual de este informe.

Para las vigencias de Octubre a Diciembre 2014 no se entregará informe mensual, con el objetivo de consolidar la información de todo el año y registrar un informe de todo el año 2014, en el marco del Informe anual de gestión de la ESE que tendrá un capítulo para el ámbito familiar y un subcapítulo para el Informe “Jornadas de Vacunación y Aseguramiento”

Estos informes deben ir acompañados de copia en magnético de los respectivos soportes.

8. Familias De Prioridad Alta

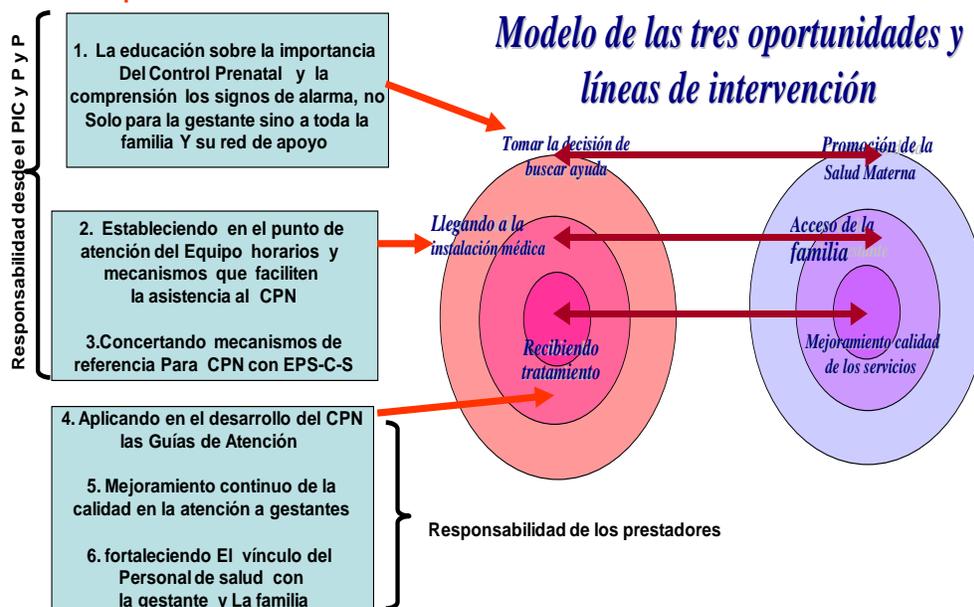
8.1 Subprograma Salud Plena Para Las Mujeres – Mujeres Gestantes

8.1.1 Asesorías integrales en casa a las familias gestantes por el equipo de respuesta inicial

El proceso de asesoría y seguimiento a la mujer gestante y su familia en los micro territorios de APS busca favorecer la autonomía de la mujer gestante, fortalecer a la familia como red de apoyo el reconocimiento, ejercicio y exigibilidad de derechos sexuales y reproductivos mediante acciones de información, educación, comunicación dirigidas al fortalecimiento de los conocimientos, capacidades y habilidades en el cuidado, autocuidado y la protección del binomio madre hijo en diferentes contextos y ámbitos de vida cotidiana como son la familia, la escuela, la unidad de trabajo, la organización comunitaria, la institución de salud y en general la sociedad, así como desarrollar estrategias de demanda inducida, canalización efectiva y gestión, tendientes a garantizar el derecho al acceso oportuno a la atención integral en salud y al apoyo social en los casos en que sea necesario de toda familia gestante.

Las acciones a desarrollar se plantean de forma tal que puedan incidir en el modelo de las tres oportunidades para la atención materna, particularmente en lo que se refiere a la toma de decisión sobre la búsqueda de atención en salud mediante procesos de promoción de la salud materna y facilitando el acceso a la atención en salud como lo plantea la Figura 1.

En el trabajo de los Equipos de Salud Familiar y comunitaria donde nos corresponde actuar ?



En lo posible, el desarrollo de la asesoría y el seguimiento a la gestante debe involucrar a la pareja y su núcleo de red primaria para que acompañe el proceso de la gestación. Según C. Sluzki, la red social personal es la suma de todas las relaciones que un individuo percibe como significativas; esta contribuye sustancialmente a su reconocimiento como individuo y constituye una de las claves centrales de la experiencia individual de identidad, bienestar, competencia y protagonismo, incluyendo los hábitos de cuidado de la salud. Cuando se logra traspasar el límite de considerar a la mujer gestante como alguien aislado, descontextualizado, es vital privilegiar la familiar por la importancia central que nuestra sociedad ha dado a consanguinidad, pero sin olvidar que hay otros lazos que poseen los mismos atributos que los vínculos familiares, en situaciones tales como migraciones adquieren una importancia central

La asesoría a la mujer gestante parte de la caracterización o la actualización de novedades, en donde se deben identificar situaciones o condiciones de la gestante y su familia entorno a condiciones biológicas relacionadas con historia reproductiva, condiciones de salud asociadas y del embarazo actual como señales de alarma, atención nutricional, patologías asociadas, inicio tardío del control prenatal, los de tipo psicológico (planeación y deseo del embarazo, presencia de tensiones y violencia intrafamiliar), y social (apoyo social, de la familia y la pareja y la situación económica) que inciden en el proceso de gestación; este proceso se realizará a través del Formato Mujer Gestante en Atención Primaria, cuyo diligenciamiento se explica en el instructivo respectivo y aplica para todos los ámbitos de vida cotidiana.

A continuación se plantean los aspectos básicos que se deben tomar en cuenta por trimestre de gestación,^{27,28} para el proceso de información, educación y comunicación con la mujer gestante, los cuales se pueden desarrollar con el apoyo del Decálogo de derechos y compromisos de la gestante, Diario de la Gestante y el Manual del Gestor anexos técnicos de la esta guía.

Primer trimestre de gestación

- ✓ **Temas de énfasis:** Fortalecimiento de la red primaria de la gestante, derechos y deberes en salud y oferta de servicios para la atención de la gestación que incluye la información sobre la gratuidad del control prenatal, los exámenes de laboratorio, ecografías y la atención del parto; orientación para el uso de las rutas de transporte (Rutas saludables); la importancia de la portabilidad del carne materno perinatal.

Otros temas

- ✓ Síntomas normales en el embarazo
- ✓ Signos de alarma y su significado.
- ✓ La importancia de la alimentación incluida la suplementación con sulfato ferroso y ácido fólico.

²⁷ Programa de Apoyo a la Reforma de la Salud, Ministerio de la Protección Social. *Guía Operativas de promoción de la Salud y prevención de enfermedades en la Salud Pública. Bogotá:Scripto. 2007. Tomo1. Disponible en: www.pos.gov.co.*

²⁸ Fescina R et al. Guías para el continuo de atención de la mujer y el recién nacido focalizadas en APS. 3 edición. Montevideo:CLAP/SMR.2011. Disponible en: <http://paho.org/clap/>



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

- ✓ Derechos sexuales y reproductivos.
- ✓ Prácticas de: sexo seguro, abandono de consumo de sustancias psicoactivas (alcohol tabaco, drogas), uso de medicamentos, actividad física, vestuario, higiene bucal e íntima, cercanía a animales domésticos.
- ✓ Canalización o reforzamiento de la importancia en la asistencia a control prenatal, red social materno infantil, curso de maternidad y paternidad, servicios de salud colectiva para las mujeres y a servicios de apoyo social como comedores comunitarios o bono de gestantes de SDIS o cualquier otros programa de apoyo local o territorial

Segundo trimestre de gestación

- ✓ **Tema de énfasis:** Importancia de la alimentación, los Signos de alarma y su significado.

Otros temas

- ✓ Fortalecimiento de la red primaria de la gestante.
- ✓ Inicio de movimientos fetales perceptibles por la gestante desde la semana 16 a 18 de la gestación.
- ✓ Estimulación de la relación de los padres o acompañantes con el bebé, actividad física, prevención de estrías de la gestante.
- ✓ Canalización o reforzamiento de asistencia a control prenatal, red social materno infantil, curso de maternidad y paternidad, servicios de salud colectiva para las mujeres y a servicios de apoyo social como comedores comunitarios o bono de gestantes de SDIS. o cualquier otro programa de apoyo local o territorial.

Tercer trimestre de gestación

- ✓ **Tema de énfasis:** Signos de alarma y su significado e importancia de la lactancia y planificación familiar.

Otros temas:

- ✓ Fortalecimiento de la red primaria de la gestante.
- ✓ Orientación para la preparación para la atención del parto (síntomas de parto y lugar de atención).
- ✓ Derecho a la licencia de maternidad y paternidad.
- ✓ Canalización o reforzamiento de asistencia a control prenatal, red social materno infantil, curso de maternidad y paternidad, servicios de salud colectiva para las mujeres y a servicios de apoyo social como comedores comunitarios o bono de gestantes de SDIS.

Es importante resaltar a la mujer gestante que las sesiones de asesoría del equipo territorial de APS, no reemplazan en ningún caso al control prenatal. De hecho la



Cra. 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co
Info: Línea 195





canalización al mismo y el seguimiento de las gestantes inasistentes será una acción a desarrollar en todas las asesorías. Es de recordar que la Resolución 412 de 2000 contempla que el control prenatal debe hacerse cada mes de la gestación hasta la semana 36 y luego cada 15 días hasta el parto.

8.1.1.1 Asesoría Integral en casa a la mujer gestante por profesional de medicina

Subprograma: Salud Plena De La Mujer	Unidad Operativa: Asesoría integral en casa a la familia por profesional de medicina
Ciclo: Ciclos vitales de mujeres en edad reproductiva.	Sujetos de intervención o características del grupo: Familias con Mujeres Gestantes de los microterritorios de APS.
Perfil que ejecuta la unidad operativa: Profesional de medicina	
Tiempo asignado para la ejecución de la unidad operativa: 1.5 horas (para binomio madre-hijo es de 2 horas y para familias prioridad baja es de 1 hora)	
<p>Periodicidad: Familia de atención inmediata, la periodicidad entre las visitas será definida por el profesional del ERI. Se recomienda que la intervención por este perfil sea lo más cercano posible al momento de la identificación, y que se realice de forma prioritario en las gestantes con las siguientes alertas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Edad de la mujer gestante menor de 19 años y mayor de 40 años ✓ Mujer gestante con antecedente de enfermedad crónica o trasmisible ✓ Mujer gestante que no ha iniciado controles prenatales ✓ Al binomio madre hijo en el puerperio hasta cumplir los primeros 30 días post-parto. 	
Actividades por fases de implementación de la unidad operativa:	
<p>Paso 1: Caracterización de la mujer gestante</p> <ul style="list-style-type: none"> • Revisión y ajuste al Plan Familiar. • Reconocimiento de las prácticas favorables para la salud y prácticas preventivas desarrolladas por la familia. <p>Paso 2: Resolución (Ver anexo técnico valoración de la mujer gestante)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valoración de los riesgos en salud materna y presencia de síntomas y signos de alarma (Anexos: decálogo de los derechos de la mujer gestante, decálogo de los compromisos de la mujer gestante y su familia, memo ficha de los signos de alarma de la mujer gestante, diario de la gestante). En el caso de la mujer en puerperio temprano valoración de riesgos en salud de madre e hijo. • Educación en prácticas favorables para la calidad de vida (Salud mental, salud sexual y reproductiva, salud oral, seguridad alimentaria y nutricional – Ver anexos temáticos respectivos) • En el caso de encontrar mujeres con síntomas y signos de ERA y EDA, que no requiera manejo en los servicios de urgencias o sala ERA, dar recomendaciones para 	



el manejo en casa (Ver anexo técnico manejo en casa de la ERA y la EDA).

- Refuerzo en información y orientación a la Familia en:
 - ✓ Derechos y deberes en salud, en el marco del Plan Obligatorio de Salud -POS.
 - ✓ Rutas de atención en salud, respuestas sectoriales y sociales para la mujer gestante.
 - ✓ En caso de que la mujer gestante se encuentre en el tercer trimestre del embarazo se debe realizar refuerzo en las técnicas de lactancia materna y de extracción/ conservación de la leche materna (Ver Anexo Técnico SAN para el equipo de respuesta inicial)
- Atención Inicial de Urgencias (primer respondiente) en los casos que se requiera.
- En caso de encontrar personas que requieran consulta resolutive en el marco del POS, ésta deberá prestarse para la población capitada de la ESE y para la población pobre no asegurada, en el marco de las acciones de la atención domiciliaria. Para el caso de la población del régimen contributivo se realizará remisión a su red de atención. Salvo que se trate de un caso de urgencia, en donde deberá realizarse la atención inicial de urgencias y la activación de la ruta de atención respectiva.
- Para efectos de seguimiento, según criterio medico se puede generar un visita de asesoría por Profesional de Enfermería

El/la profesional del ERI (medicina o enfermería), podrá determinar la periodicidad de las visitas o asesorías integrales en casa según la condición de riesgo en salud encontrada en los integrantes de la familia, soportando tal información en los respectivos formatos de etapa de ciclo vital y de ser necesario en hojas de evolución con membrete de la ESE. Las asesorías integrales en casa profesional del ERI (medicina o enfermería) serán máximo 2 por semestre para prioridad alta (incluye gestantes) o media y una para prioridad baja. Ahora si se requieren más visitas, o una familia requiere un seguimiento especial y periódico, se debe solicitar el AVAL respectivo justificando el caso específico el cual podrá concretarse en un acta con el referten distrital del ámbito Familiar.

Paso 3: Remisión a servicios en salud

- Según necesidades en salud encontradas se realizará remisión a los servicios de salud del POS, registrada en el formato de canalización.

Paso 4: Canalización al equipo de respuesta complementaria, según la necesidad identificada y a los servicios sociales.

Se aclara que Las canalizaciones son de criterio del Técnico o profesional y no necesariamente el 100% de las familias deben ser canalizadas a algo y por otro lado no hay límite para un máximo de canalizaciones por familia. Cada canalización debe ir acompañada del formato respectivo. Sin embargo el Técnico no podrá omitir canalizaciones que sean pertinentes según lo definido en esta guía, lo cual sería objeto de la glosa respectiva.

- Canalización acciones complementarias del Programa Territorios Saludables: Servicios de Salud Colectiva.



- En caso de mujer gestante menor de 14 años se debe canalizar al profesional de psicología del equipo de respuesta complementaria: Servicios de Salud Colectiva, y notificar el caso como abuso sexual.
- En caso de poblaciones especiales (étnicas, víctimas del conflicto armado, habitante de calle, familias de LGBTI (lesbianas, gays, bisexuales, transexuales e intersexuales), canalizar al equipo complementario para acciones promocionales diferenciales.

Paso 5: Canalización a servicios en salud: equipo de respuesta complementaria y servicios POS, según la alerta identificada.

- En caso de no aceptación de la gestación y compromiso de la salud mental de la gestante, deberá iniciarse orientación en IVE y canalizar al servicio de salud.
- Canalización a servicios POS de salud según necesidades identificadas en la mujer gestante.

Paso 6: Notificación de eventos prioritarios en salud pública al SIVICOM (Sistema de vigilancia comunitaria)

- Identificar y notificar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica, eventos prioritarios en salud.

Paso 7: Gestión Transectorial

- En función de las necesidades encontradas en la mujer gestante activar rutas transectoriales, en el marco del Programa de Atención Integral a la Primera Infancia (ver anexo técnico ruta del Programa de Atención Integral a la Primera Infancia).

Paso 8: Registro de la información

- Registrar información de la asesoría a la familia con mujer gestante en los formatos correspondientes.

Formatos, instrumentos y documentos de apoyo

- ✓ Formato Plan Familiar
- ✓ Formato de seguimiento a novedades.
- ✓ Formato de identificación y seguimiento en territorios – Mujer Gestante
- ✓ Formato de canalización y notificación (Si aplica)
- ✓ Bases de datos de captura de la información. APS en línea y de seguimiento al plan familiar.
- ✓ Caja de Herramientas.

Subproductos

- ✓ Formato Plan Familiar
- ✓ Formato de seguimiento a novedades.
- ✓ Formato de identificación y seguimiento en territorios – Mujer Gestante
- ✓ Formato de canalización y notificación (si aplica)
- ✓ Bases de datos de captura de la información. APS en línea y de seguimiento al plan familiar.

Producto



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

- ✓ Sesión de asesoría integral en casa a la Familia de prioridad alta – Gestante por profesional de medicina, con la información capturada en bases de datos.
- ✓ Base de datos por ciclo vital o por prioridad y la de APS en línea debidamente diligenciada, validada por tecnólogo de sistemas territorial y local, de apoyos a la gestión territorial y coordinación territorial y con concepto técnico favorable de la DSP-SDS.

Medios de verificación y aspectos auditar

- ✓ Formatos enunciados diligenciados y capturados en el APS en Línea, y en la base de datos correspondiente (la información se migrará al aplicativo web).
- ✓ Plan Familiar
- ✓ Base de datos por ciclo vital o por prioridad y la de APS en línea debidamente diligenciada, validada por tecnólogo de sistemas territorial y local, de apoyos a la gestión territorial y coordinación territorial y con concepto técnico favorable de la DSP-SDS.
- ✓ Registro de canalización (en caso que lo amerite sea coherente con los hallazgos encontrados y el riesgo asignado (ver cuadro 3, Guía ámbito Familiar) y seguimiento efectivo a la canalización.
- ✓ Que cuente con el perfil del talento humano determinado por el lineamiento para realizar la actividad asesoría en familiar.
- ✓ En la auditoría se debe verificar por lo menos 1% de las sesiones por acción (de la asesoría integral a la familia), al azar del territorio durante la vigencia, verificando con la familia visitada (presencial o telefónica), los aspectos principales en la visita.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

8.1.1.2 Asesoría Integral en casa a la mujer gestante por profesional de enfermería

Subprograma: Salud Plena De La Mujer	Unidad Operativa: Asesoría integral en casa a la familia por profesional de medicina
Ciclo: Ciclos vitales de mujeres en edad reproductiva.	Sujetos de intervención o características del grupo: Familias con Mujeres Gestantes de los microterritorios de APS.
Perfil que ejecuta la unidad operativa: profesional de enfermería	
Tiempo asignado para la ejecución de la unidad operativa: 1.5 horas	
<p>✓ Periodicidad: Familia de atención inmediata, la periodicidad entre las visitas será definida por el profesional del ERI (soportada en hoja de evolución con membrete de la ESE). Se recomienda que la asesoría por profesional de enfermería a estas mujeres gestantes se realice un mes posterior a la asesoría de la/el profesional de medicina.</p>	
Actividades por fases de implementación de la unidad operativa:	
<p>Paso 1: Caracterización de la mujer gestante</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Revisión y ajuste al Plan Familiar. • Reconocimiento de las prácticas favorables para la salud y prácticas preventivas desarrolladas por la familia. 	
<p>Paso 2: Resolución (Ver anexo técnico valoración de la mujer gestante)</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Valoración de los riesgos en salud y presencia de síntomas y signos de alarma (Anexos: decálogo de los derechos de la mujer gestante, decálogo de los compromisos de la mujer gestante y su familia, memo ficha de los signos de alarma de la mujer gestante, diario de la gestante). • Refuerzo en educación en prácticas favorables para la calidad de vida (Salud mental, salud sexual y reproductiva, salud oral, seguridad alimentaria y nutricional – Ver anexos temáticos respectivos) y en prácticas preventivas. • En el caso de encontrar mujeres con síntomas y signos de ERA y EDA, que no requiera manejo en los servicios de urgencias o sala ERA, dar recomendaciones para el manejo en casa (Ver anexo técnico manejo en casa de la ERA y la EDA). • Refuerzo en información y orientación a la Familia en: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Derechos y deberes en salud, en el marco del Plan Obligatorio de Salud -POS. ✓ Rutas de atención en salud, respuestas sectoriales y sociales para la mujer gestante. ✓ Técnicas de lactancia materna y de extracción/ conservación de la leche materna 	



(Ver Anexo Técnico SAN para el equipo de respuesta inicial)

- Atención Inicial de Urgencias (primer respondiente) en los casos que se requiera.
- En caso de encontrar personas que requieran consulta resolutive en el marco del POS, ésta deberá prestarse para la población capitada de la ESE y para la población pobre no asegurada, en el marco de las acciones de la atención domiciliaria. Para el caso de la población del régimen contributivo se realizará remisión a su red de atención. Salvo que se trate de un caso de urgencia, en donde deberá realizarse la atención inicial de urgencias y la activación de la ruta de atención respectiva.

El/la profesional del ERI (medicina o enfermería), podrá determinar la periodicidad de las visitas o asesorías integrales en casa según la condición de riesgo en salud encontrada en los integrantes de la familia, soportando tal información en los respectivos formatos de etapa de ciclo vital y de ser necesario en hojas de evolución con membrete de la ESE. Las asesorías integrales en casa profesional del ERI (medicina o enfermería) serán máximo 2 por semestre para prioridad alta (incluye gestantes) o media y una para prioridad baja. Ahora si se requieren más visitas, o una familia requiere un seguimiento especial y periódico, se debe solicitar el AVAL respectivo justificando el caso específico el cual podrá concretarse en un acta con el referten distrital del ámbito Familiar.

Paso 3: Remisión a servicios en salud

Se aclara que Las canalizaciones son de criterio del Técnico o profesional y no necesariamente el 100% de las familias deben ser canalizadas a algo y por otro lado no hay límite para un máximo de canalizaciones por familia. Cada canalización debe ir acompañada del formato respectivo. Sin embargo el Técnico no podrá omitir canalizaciones que sean pertinentes según lo definido en esta guía, lo cual sería objeto de la glosa respectiva.

- Según necesidades en salud encontradas se realizará remisión a los servicios de salud del POS, registrada en el formato de canalización.

Paso 4: Canalización a servicios en salud: equipo de respuesta complementaria y servicios POS, según la alerta identificada.

- Seguimiento a la canalización de las acciones complementarias del Programa Territorios Saludables: Servicios de Salud Colectiva.
- Seguimiento a la canalización de servicios POS.

Paso 5: Notificación de eventos prioritarios en salud pública al SIVICOM (Sistema de vigilancia comunitaria)

- Identificar y notificar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica, eventos prioritarios en



salud.

Paso 6: Gestión Transectorial

- Seguimiento a la activación de rutas transectoriales, en el marco del Programa de Atención Integral a la Primera Infancia (ver anexo técnico ruta del Programa de Atención Integral a la Primera Infancia).

Paso 7: Registro de la información

- Registrar información de la asesoría a la familia con mujer gestante en los formatos correspondientes.

Formatos, instrumentos y documentos de apoyo

- ✓ Formato Plan Familiar
- ✓ Formato de seguimiento a novedades.
- ✓ Formato de identificación y seguimiento en territorios – Mujer Gestante
- ✓ Formato de canalización y notificación (si aplica)
- ✓ Bases de datos de captura de la información. APS en línea y de seguimiento al plan familiar.
- ✓ Caja de Herramientas.

Subproductos

- ✓ Formato Plan Familiar
- ✓ Formato de seguimiento a novedades.
- ✓ Formato de identificación y seguimiento en territorios – Mujer Gestante
- ✓ Formato de canalización y notificación (si aplica)
- ✓ Bases de datos de captura de la información. APS en línea y de seguimiento al plan familiar.

Producto

- ✓ Sesión de asesoría integral en casa a la Familia de prioridad alta – Gestante por profesional de medicina, con la información capturada en bases de datos.
- ✓ Base de datos por ciclo vital o por prioridad y la de APS en línea debidamente diligenciada, validada por tecnólogo de sistemas territorial y local, de apoyos a la gestión territorial y coordinación territorial y con concepto técnico favorable de la DSP-SDS.

Medios de verificación y aspectos auditar

- ✓ Formatos enunciados diligenciados y capturados en el APS en Línea, y en la base de datos correspondiente (la información se migrará al aplicativo web).
- ✓ Plan Familiar
- ✓ Base de datos por ciclo vital o por prioridad y la de APS en línea debidamente



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

diligenciada, validada por tecnólogo de sistemas territorial y local, de apoyos a la gestión territorial y coordinación territorial y con concepto técnico favorable de la DSP-SDS.

- ✓ Registro de canalización (en caso que lo amerite sea coherente con los hallazgos encontrados y el riesgo asignado (ver cuadro 3, Guía ámbito Familiar) y seguimiento efectivo a la canalización.
- ✓ Que cuente con el perfil del talento humano determinado por el lineamiento para realizar la actividad asesoría en familiar.
- ✓ En la auditoría se debe verificar por lo menos 1% de las sesiones por acción (de la asesoría integral a la familia), al azar del territorio durante la vigencia, verificando con la familia visitada (presencial o telefónica), los aspectos principales en la visita.

8.1.2 Asesoría integral en casa a familias con Binomio Madre-Hijo por el equipo de respuesta inicial

La asesoría integral en casa a familias con binomio Madre-Hijo en el puerperio hasta los 40 días posparto, por el equipo de respuesta inicial en los micro territorios de APS, se plantea como la continuidad lógica del proceso de Asesoría Integral en casa a la mujer gestante, aunque también puede brindarse a familias nuevas identificada con esta condición.

Se busca la protección del binomio Madre-Hijo en diferentes contextos y situaciones específicas, así como desarrollar estrategias de demanda inducida, canalización efectiva y gestión, tendientes a garantizar el derecho al acceso oportuno a la atención integral en salud y al apoyo social en los casos en que sea necesario. Se pretende fortalecer a la familia como red de apoyo, así como el reconocimiento, ejercicio y exigibilidad de derechos tanto de la madre como el hijo y apoyar este proceso de transición; entendiendo a la Madre y su hijo recién nacido como un unidad, con mayor vulnerabilidad que amerita evaluar y gestionar su intervención integralmente.

Por puerperio, se entiende en esta guía, como el periodo de tiempo que se extiende desde el final del alumbramiento o tercera etapa del trabajo de parto (expulsión de la Placenta) hasta 40 días del nacimiento. Durante este periodo se producen modificaciones físicas y psicológicas tanto en la madre como en el Recién nacido. Se clasifica en:

- ➔ Puerperio Inmediato: periodo que corresponde a las primeras 24 horas del periodo post parto.
- ➔ Puerperio Mediato: se extiende hasta el final de la primera semana del periodo post parto. De 24 horas a 7 días posteriores al parto.
- ➔ Puerperio Tardío: se extiende hasta la sexta semana del periodo post parto.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

A continuación se plantean los aspectos básicos que se deben tomar en cuenta para el binomio Madre-Hijo,^{29,30} para el proceso de información, educación y comunicación con la mujer púrpura y su familia, los cuales se pueden desarrollar con el apoyo del Decálogo de la OMS sobre lactancia materna, Decálogo de derechos y compromisos de la gestante, Diario de la Gestante y el Manual del Gestor anexos técnicos de la esta guía.

Puerperio tardío (hasta los 40 días posparto)

- ✓ **Tema de énfasis:** Fomento de lactancia materna exclusiva y signos de alarma en el puerperio.
- ✓ Planificación Familiar, con énfasis en las adolescentes gestantes para prevención del segundo embarazo.

Otros temas:

- ✓ Cuidados generales de la madre lactante (episiotomía, senos, alimentación).
- ✓ Fortalecimiento de la red primaria de la nueva madre.
- ✓ Derechos en salud y oferta de servicios de salud: licencia de maternidad y tiempo para la lactancia.
- ✓ Canalización o reforzamiento de asistencia a planificación familiar, control posparto, crecimiento y desarrollo, vacunación, servicios de salud colectiva para las mujeres y a servicios de apoyo social como comedores comunitarios o bono de gestantes de SDIS.
- ✓ Refuerzo en las técnicas de lactancia materna y de extracción/ conservación de la leche materna (Ver Anexo Técnico SAN para el equipo de respuesta inicial)
- ✓ Signos alarma AIEPI para menores de 2 meses (Ver Instructivo del formato de primera infancia)
- ✓ Derechos y deberes en salud, en el marco del Plan Obligatorio de Salud -POS.

²⁹ Programa de Apoyo a la Reforma de la Salud, Ministerio de la Protección Social. *Guía Operativas de promoción de la Salud y prevención de enfermedades en la Salud Pública. Bogotá:Scripto. 2007. Tomo1. Disponible en: www.pos.gov.co.*

³⁰ Fescina R et al. Guías para el continuo de atención de la mujer y el recién nacido focalizadas en APS. 3 edición. Montevideo:CLAP/SMR.2011. Disponible en: <http://paho.org/clap/>

8.1.2.1 Asesoría Integral en casa a la familias con Binomio Madre-Hijo por profesional de medicina

Subprograma: Salud Plena De La Mujer	Unidad Operativa: Asesoría integral en casa a la familia por profesional de medicina
Ciclo: INFANCIA – Primera Infancia	Sujetos de intervención o características del grupo: familias con Binomio Madre-Hijo ³¹ (puerperio tardío hasta los 40 días posparto) de los microterritorios de APS.
Perfil que ejecuta la unidad operativa: Profesional de medicina	
Tiempo asignado para la ejecución de la unidad operativa: 2 horas	
Periodicidad: La periodicidad entre las visitas será definida por el profesional del ERI.	
<p>Se recomienda que la intervención por este perfil sea lo más cercano posible al momento de la identificación de todo binomio madre hijo en el puerperio hasta cumplir los primeros 40 días post-parto, y que se tenga en cuenta de manera especial (dado el riesgo) a las familias en quienes se han identificado las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Presencia de Síndrome de Hipertensión en el Embarazo, pre-eclampsia o Eclampsia en este o en un anterior embarazo. ✓ Haber presentado Diabetes Gestacional en este o en un anterior embarazo. ✓ Familias en quienes se hayan identificados deficiente red de apoyo familiar, inestabilidad familiar o conyugal, violencia intrafamiliar, condiciones socio-económicas desfavorables y/o bajo nivel educativo. ✓ Mujeres en puerperio que en el control prenatal se hay identificado intento de aborto intencional, embarazo no deseado y/o embarazo fruto de acceso carnal violento. 	
Actividades por fases de implementación de la unidad operativa:	
Paso 1: Caracterización del Binomio madre hijo	
<ul style="list-style-type: none"> • Revisión y ajuste al Plan Familiar, inicialmente a partir de las mujeres gestantes previamente identificadas. • Reconocimiento de las prácticas favorables para la salud y prácticas preventivas desarrolladas por la familia. 	
Paso 2: Resolución	
<ul style="list-style-type: none"> • Valoración de los riesgos en salud Mujer puérpera y el Recién nacido presencia de 	

³¹ Se tendrá en cuenta una solo visita de asesoría integral para madre e hijo.



síntomas y signos de alarma como:

MADRE

- Fiebre (temperatura $>38^{\circ}\text{C}$)
- Hemorragia profusa por vía vaginal
- Loquios malolientes
- Signos inflamatorios locales en Mama
- Aumento del sangrado, flujo de mal olor, úlceras o prurito vaginal
- Episiorragia con dehiscencia de sutura, dolor intenso y/o signos locales de inflamación
- Edemas en extremidades inferiores
- Dificultad o problemas respiratorios
- Sintomatología urinaria
- Signos de tristeza profunda que puedan ser evidencia de depresión post parto
- Dolor anormal en abdomen o piernas

RECIEN NACIDO

- Cianosis (Coloración azulada en la piel)
 - Fiebre o Hipotermia
 - Disminución del apetito.
 - Vómito (se debe identificar y diferenciar del Reflujo Gastro-esofágico)
 - Deposiciones diarreicas
 - Estreñimiento (no suministrarle laxante por ningún motivo)
 - Ictericia
 - Secreción que huele mal en el ombligo
 - Presenta pústulas (ronchas con pus) en la piel
 - Movimientos anormales (convulsiones)
 - Irritabilidad o somnolencia
- Verificar conocimiento, adherencia y técnica, así como indagar problemas que hayan surgido con la lactancia. Se debe verificar succión del recién nacido, integridad de la mama y técnica de lactancia.
 - Verificar en lo referente a planificación familiar, asistencia o cita al programa, así como conocimientos y expectativas con respecto a Métodos anticonceptivos.
 - Educación en prácticas favorables para la calidad de vida (Salud mental, salud sexual y reproductiva, salud oral, seguridad alimentaria y nutricional – Ver anexos temáticos respectivos)
 - En el caso de encontrar mujeres y/o recién nacidos con síntomas y signos de ERA y EDA, que no requiera manejo en los servicios de urgencias, dar recomendaciones para el manejo en casa (Ver anexo técnico manejo en casa de la ERA y la EDA).
 - Verificar vacunación del recién nacido.
 - Refuerzo en información y orientación a la Familia en:
 - ✓ Refuerzo en las técnicas de lactancia materna y de extracción/ conservación de la leche materna (Ver Anexo Técnico SAN para el equipo de respuesta inicial)
 - ✓ Planificación Familiar
 - ✓ Signos alarma AIEPI para menores de 2 meses (Ver Instructivo del formato de primera infancia)



- ✓ Derechos y deberes en salud, en el marco del Plan Obligatorio de Salud -POS.
- ✓ Rutas de atención en salud, respuestas sectoriales y sociales para la mujer gestante.
- Atención Inicial de Urgencias (primer respondiente) en los casos que se requiera.
- En caso de encontrar personas que requieran consulta resolutive en el marco del POS, ésta deberá prestarse para la población capitada de la ESE y para la población pobre no asegurada, en el marco de las acciones de la atención domiciliaria. Para el caso de la población del régimen contributivo se realizará remisión a su red de atención. Salvo que se trate de un caso de urgencia, en donde deberá realizarse la atención inicial de urgencias y la activación de la ruta de atención respectiva.
- Para efectos de seguimiento, según criterio medico se puede generar un visita de asesoría por Profesional de Enfermería.

El/la profesional del ERI (medicina o enfermería), podrá determinar la periodicidad de las visitas o asesorías integrales en casa según la condición de riesgo en salud encontrada en los integrantes de la familia, soportando tal información en los respectivos formatos de etapa de ciclo vital y de ser necesario en hojas de evolución con membrete de la ESE. Las asesorías integrales en casa profesional del ERI (medicina o enfermería) serán máximo 2 por semestre para prioridad alta o media y una para prioridad baja. Ahora si se requieren más visitas, o una familia requiere un seguimiento especial y periódico, se debe solicitar el AVAL respectivo justificando el caso específico el cual podrá concretarse en un acta con el referten distrital del ámbito Familiar. .

Paso 3: Remisión a servicios en salud

Se aclara que Las canalizaciones son de criterio del Técnico o profesional y no necesariamente el 100% de las familias deben ser canalizadas a algo y por otro lado no hay límite para un máximo de canalizaciones por familia. Cada canalización debe ir acompañada del formato respectivo. Sin embargo el Técnico no podrá omitir canalizaciones que sean pertinentes según lo definido en esta guía, lo cual sería objeto de la glosa respectiva.

- Según necesidades en salud encontradas se realizará remisión a los servicios de salud del POS, registrada en el formato de canalización.

Paso 4: Canalización al equipo de respuesta complementaria, según la necesidad identificada y a los servicios sociales.

- Canalización acciones complementarias del Programa Territorios Saludables: Servicios de Salud Colectiva.
- En caso de mujer en puerperio menor de 14 años se debe canalizar al profesional de psicología del equipo de respuesta complementaria: Servicios de Salud Colectiva, y notificar el caso como abuso sexual.
- En caso de no aceptación del recién nacido, disfunción familiar, violencia intrafamiliar, consumo sustancia psicoactivas, depresión y compromiso de la salud mental de la madre, deberá canalizarse al profesional de psicología del equipo de respuesta



complementaria.

- En caso de poblaciones especiales (étnicas, víctimas del conflicto armado, habitante de calle, familias de LGBTI (lesbianas, gays, bisexuales, transexuales e intersexuales), canalizar al equipo complementario para acciones promocionales diferenciales.

Paso 5: Canalización a servicios en salud: equipo de respuesta complementaria y servicios POS, según la alerta identificada.

- Canalización a servicios POS de salud según necesidades identificadas en binomio Madre-Hijo

Paso 6: Notificación de eventos prioritarios en salud pública al SIVICOM (Sistema de vigilancia comunitaria)

- Identificar y notificar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica, eventos prioritarios en salud.

Paso 7: Gestión Transectorial

- En función de las necesidades encontradas en la mujer en puerperio y el recién nacido activar rutas transectoriales, en el marco del Programa de Atención Integral a la Primera Infancia (ver anexo técnico ruta del Programa de Atención Integral a la Primera Infancia).

Paso 8: Registro de la información

- Registrar información de la asesoría a la familia en los formatos correspondientes.

Formatos, instrumentos y documentos de apoyo

- ✓ Formato Plan Familiar
- ✓ Formato de seguimiento a novedades.
- ✓ Formato de identificación y seguimiento en territorios – Mujer Gestante y Primera Infancia (< 1 año)
- ✓ Formato de canalización y notificación (si aplica)
- ✓ Bases de datos de captura de la información. APS en línea y de seguimiento al plan familiar.
- ✓ Caja de Herramientas.

Subproductos

- ✓ Formato Plan Familiar
- ✓ Formato de seguimiento a novedades.
- ✓ Formato de identificación y seguimiento en territorios – Mujer Gestante
- ✓ Formato de canalización y notificación (si aplica)
- ✓ Bases de datos de captura de la información. APS en línea y de seguimiento al plan



familiar.

Producto

- ✓ Sesión de asesoría integral en casa a la Familia de prioridad alta Binomio Madre-Hijo por profesional de medicina, con la información capturada en bases de datos.
- ✓ Base de datos por ciclo vital o por prioridad y la de APS en línea debidamente diligenciada, validada por tecnólogo de sistemas territorial y local, de apoyos a la gestión territorial y coordinación territorial y con concepto técnico favorable de la DSP-SDS.

Medios de verificación y aspectos auditar

- ✓ Formatos enunciados diligenciados y capturados en el APS en Línea, y en la base de datos correspondiente (la información se migrará al aplicativo web).
- ✓ Plan Familiar
- ✓ Base de datos por ciclo vital o por prioridad y la de APS en línea debidamente diligenciada, validada por tecnólogo de sistemas territorial y local, de apoyos a la gestión territorial y coordinación territorial y con concepto técnico favorable de la DSP-SDS.
- ✓ Registro de canalización (en caso que lo amerite sea coherente con los hallazgos encontrados y el riesgo asignado (ver cuadro 3, Guía ámbito Familiar) y seguimiento efectivo a la canalización.
- ✓ Que cuente con el perfil del talento humano determinado por el lineamiento para realizar la actividad asesoría en familiar.
- ✓ En la auditoría se debe verificar por lo menos 1% de las sesiones por acción (de la asesoría integral a la familia), al azar del territorio durante la vigencia, verificando con la familia visitada (presencial o telefónica), los aspectos principales en la visita.

8.1.3 Procesos de asesoría integral en casa a las familias gestantes por el equipo de respuesta complementaria

8.1.3.1 Proceso de asesoría Integral en casa a las Familias Gestantes por salud oral

Subprograma: SALUD PLENA DE LA MUJER	Unidad Operativa: Proceso de asesoría Integral en casa a las Familias Gestantes por auxiliar de salud oral.
Ciclo: Ciclos vitales de mujeres en edad reproductiva.	Sujetos de intervención o características del grupo: Familias con mujeres gestantes de los micro territorios de APS en todas las etapas de ciclo vital canalizadas por el ERI.
Perfil que ejecuta la unidad operativa: Auxiliar en salud oral y profesional en odontología	
Tiempo asignado para la ejecución de la unidad operativa: 1.5 horas por cada sesión (3 horas en total). Se realizan dos sesiones dentro de este proceso; una sesión inicial y una sesión para seguimiento. El odontólogo tiene tres sesiones de 1,5 horas para el	



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

seguimiento aleatorio de algunas de estas familias.

- ✓ **Periodicidad:** La/el auxiliar de salud oral entra a visitar la familia una vez realizada la asesoría integral en casa a la familia para la caracterización o actualización de novedades por parte del técnico/a en salud, según disponibilidad de talento humano y plan de acción de la ESE.
- ✓ La frecuencia entre las visitas de salud oral es mínimo de un mes.

Actividades por fases de implementación de la unidad operativa:

Paso 1 Identificación de necesidades:

Posterior a la caracterización general del grupo de respuesta inicial, el equipo de respuesta complementaria entra a realizar la intervención familiar:

- Para la primera sesión, este paso corresponde a la *Caracterización en salud oral* que busca acercarse un poco más a la identificación en la dinámica familiar y en su entorno inmediato de algunos factores que influyen en los procesos de salud y enfermedad, para que a partir del reconocimiento de habilidades, creencias y prácticas se pueda construir conjuntamente con los miembros de la familia el plan familiar. Se hará una caracterización de la situación de salud oral de la familia, identificando los puntos críticos a fortalecer de acuerdo a los hábitos de la familia, conforme a los hallazgos de la caracterización en salud oral, la calidad de cepillado y necesidades de atención de la familia y mujer gestante utilizando el *Formato* de Caracterización en salud oral.
- El formato de caracterización en salud oral es familiar, independiente del miembro de la familia que active la entrada o del número de miembros con la característica para entrar.
- Este formato debe ser digitado en APS en línea de lo contrario es como si no se hubiera realizado la visita.
- En la segunda sesión se realiza el seguimiento a la adherencia a plan familiar en salud oral y registro en el *Formato seguimiento en salud oral*.

Paso 2 Resolución:

Para la primera sesión este paso corresponde a:

- Concertación de plan de salud oral y registro en el *Formato Seguimiento en salud oral por profesional de odontología*.
- Información, educación y comunicación de acuerdo a las necesidades de la mujer gestante y su familia sobre prácticas protectoras en salud oral que será registrado en el *Formato de Seguimiento en salud oral*.

Haga con la familia el plan familiar en físico que se quedará en la casa en un lugar visible, puede ser construido con los mismos recursos de la familia y preferible con puño y letra, y ojala firma de uno de sus integrantes.

La información de estos formatos debe ser diligenciada en la base de datos de



seguimiento al plan familiar, para poder identificar los avances y resultados logrados.

En la segunda sesión este paso corresponde a:

- Reforzamiento a la información, educación y comunicación de acuerdo a las necesidades de la mujer gestante y su familia sobre prácticas protectoras en salud oral que será registrado en el *Formato de plan familiar*
- Monitoreo de calidad del cepillado.

Paso 3 Canalización a servicios de salud:

Se aclara que Las canalizaciones son de criterio del Técnico o profesional y no necesariamente el 100% de las familias deben ser canalizadas a algo y por otro lado no hay límite para un máximo de canalizaciones por familia. Cada canalización debe ir acompañada del formato respectivo.

Para la primera sesión este paso corresponde a:

- Canalización a la consulta de odontología. De preferencia con programación de consulta de salud en terreno o entrega de *Formato de canalización*. No registre diagnósticos porque esta es competencia del profesional en odontología.

Las acciones que se desarrollan son responsabilidad del profesional en odontología, por tanto para programar seguimiento aleatorio a las auxiliares. durante esta vigencia se incorpora el profesional de odontología directamente en la operación del ámbito familiar, para acompañar el proceso, a continuación se mencionan algunas características que le ayudarán a definir las seis familias a visitar:

- *Familias que tenga más de un miembro con criterios de alta necesidad de atención.*
- *Después de los dos momentos de trabajo con la auxiliar en salud oral la calidad de cepillado no mejora.*
- *Presenta signos de alarma que lo categorizan en alta prioridad de tratamiento y no ha accedido al servicio.*
- *Uno o más integrantes de la familia en condición de discapacidad o con labio y paladar hendido, o con alteraciones dento-cráneo-maxilo faciales (alteraciones genéticas, traumas).*
- *Al hacer el seguimiento se evidencian escasos cambios en conocimientos, actitudes y prácticas.*
- *Son las primeras visitas que va a realizar la auxiliar de salud oral.*
- *Familias definidas por el Equipo de coordinación de territorios*

En lo posible el Odontólogo debe acompañar en la visita al técnico en salud oral buscando un fortalecimiento de conocimiento y competencias. Si la visita es posterior a la del técnico se debe buscar un espacio para retroalimentar al técnico de los hallazgos ya actividades del profesional. Este proceso de acompañamiento/Fortalecimiento/retroalimentación puede ser registrado en un Hoja con



membrete de la ESE y/o acta institucional. El odontólogo no debe llenar otro formato diferente al del Técnico, solo basta con registrar su firma en un lado de la intervención en los formatos definidos para esta intervención.

Concertación de plan de salud oral y registro en el Formato Seguimiento en salud oral por profesional de odontología.

- Acuerde con la familia de la próxima visita después de 30 días o más, que será confirmada de forma telefónica o con el técnico de salud pública, días antes de su realización.
- Para la segunda sesión este paso se corresponde al seguimiento que se realiza a esta canalización a consulta de odontología y se registra en Formato de seguimiento.

Paso 4: Notificación de eventos prioritarios en salud pública al SIVICOM (Sistema de vigilancia comunitaria)

- Identificar y notificar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica, eventos prioritarios en salud, si los hay.

Paso 5: Registro de la información

- Registrar información de la asesoría a la familia en los formatos correspondientes.

Formatos, instrumentos y documentos de apoyo

- ✓ Formato de Caracterización en salud oral.
- ✓ Formato seguimiento en salud oral.
- ✓ Formato de canalización y notificación. (Si aplica)
- ✓ Formato Plan Familiar.
- ✓ Bases de datos de captura de la información. APS en línea y de seguimiento al plan familiar.
- ✓ Caja de Herramientas.

Subproductos

- ✓ Caracterización en salud oral.
- ✓ Seguimiento en salud oral.
- ✓ Canalización y notificación.
- ✓ Plan Familiar.
- ✓ Base de datos de APS en línea y de plan familiar y seguimiento debidamente diligenciada, validada por tecnólogo de sistemas territorial y local, de apoyos a la gestión territorial y coordinación territorial y con concepto técnico favorable de la DSP-SDS.

Producto

Proceso de asesoría integral en casa a la familia gestante por Auxiliar en salud oral (2 sesiones), con información capturada en el APS en Línea y en la base de datos



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

correspondiente.

Base de datos de APS y de plan familiar y seguimiento en línea debidamente diligenciada, validada por tecnólogo de sistemas territorial y local, de apoyos a la gestión territorial y coordinación territorial y con concepto técnico favorable de la DSP-SDS.

Medios de verificación y aspectos auditar

- ✓ Formatos enunciados diligenciados y capturados en el APS en Línea, y en la base de datos correspondiente (la información se migrará al aplicativo web).
- ✓ Base de datos de APS y de plan familiar y seguimiento en línea debidamente diligenciada, validada por tecnólogo de sistemas territorial y local, de apoyos a la gestión territorial y coordinación territorial y con concepto técnico favorable de la DSP-SDS.
- ✓ Registro de canalización (en caso que lo amerite sea coherente con los hallazgos encontrados y el riesgo asignado (ver cuadro 3, Guía ámbito Familiar) y seguimiento efectivo a la canalización.
- ✓ Que cuente con el perfil del talento humano determinado por el lineamiento para realizar la actividad asesoría en familiar.
- ✓ En la auditoría se debe verificar por lo menos 1% de las sesiones por acción (de la asesoría integral a la familia), al azar del territorio durante la vigencia, verificando con la familia visitada (presencial o telefónica), los aspectos principales de la visita.



8.1.3.2 Proceso de asesoría Integral en casa a familias gestantes por profesional de Nutrición y Dietética

<p>Subprograma:</p> <p>SALUD PLENA DE LA MUJER</p>	<p>Unidad Operativa: Proceso de asesoría integral en casa a familias gestantes por profesional de nutrición y dietética.</p>
<p>Ciclo: Ciclos vitales de mujeres en edad reproductiva.</p>	<p>Sujetos de intervención o características del grupo: Familias con mujeres gestantes con riesgo de malnutrición, desnutrición o con malnutrición canalizadas por el ERI o por SISVAN.</p>
<p>Perfil que ejecuta la unidad operativa: Profesional de nutrición y dietética.</p>	
<p>Tiempo asignado para la ejecución de la unidad operativa: 1,5 horas por asesoría individual de primera vez y 1,5 horas para el seguimiento.</p>	
<p>Periodicidad: Se recomienda se realice antes que se cumplan 30 días después de la canalización de la/el profesional de medicina o enfermería o de la canalización realizada desde el SISVAN, según criterio del profesional de situación condición o riesgo de la mujer gestante, el seguimiento se realizara al mes o por tarde dos meses de la visita inicial.</p>	
<p>Meta: <i>Reducir a 10% la prevalencia del bajo peso al nacer en los niños y niñas, en coordinación y con el apoyo de los demás sectores de la Administración Distrital, al 2016.</i></p>	
<p>Actividades para la implementación de la unidad operativa:</p>	
<p>Momento: 1. Identificación y acercamiento a familias con gestantes con malnutrición</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Identificación de mujeres gestantes con diagnóstico de bajo peso gestacional, sobrepeso u obesidad y/o riesgo de malnutrición, a través de la remisión del equipo ERI (de acuerdo al diagnóstico identificado por el médico o enfermera en el momento de la visita en casa), del SISVAN u otro sector. 	
<p>Momento 2: Resolución</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Valoración nutricional por antropometría a la mujer en periodo de gestación. Es importante realizar la toma de peso y talla de la persona a quien se le realiza la intervención con los equipos antropométricos de la ESE (Balanza y tallímetro), debidamente calibrados. • Reconocimiento de las prácticas de alimentación de la gestante con malnutrición y de su familia. • La visita incluye el diligenciamiento del formato de asesoría individual de nutrición (ver anexo técnico del equipo técnico SAN), entrevista con la gestante y su familia, identificación de signos de alarma, consejería en alimentación saludable, lactancia materna, adherencia al esquema de suplementación y la canalización efectiva a programas de promoción y prevención o de apoyo alimentario si lo requiere. • Entrega de recomendaciones sobre prácticas de alimentación saludable dirigidas a la mujer gestante según diagnóstico nutricional y establecimiento de un plan de 	



mejoramiento con compromisos definidos.

- Diligenciamiento del plan familiar donde se describa brevemente los acuerdos establecidos entre el profesional y la familia.
- Seguimiento de la asesoría inicial, el cual debe realizar entre los 30 a 60 días calendario contado a partir del día en que se efectuó la primera visita, en donde se realizará la revisión en el cumplimiento de las recomendaciones y compromisos adquiridos en asesoría inicial, refuerzo y ajuste de los mismos según sea el caso.

Momento 3: Canalizar a servicios de salud o sociales:

Se aclara que Las canalizaciones son de criterio del Técnico o profesional y no necesariamente el 100% de las familias deben ser canalizadas a algo y por otro lado no hay límite para un máximo de canalizaciones por familia. Cada canalización debe ir acompañada del formato respectivo

- Canalizar a servicios de salud del POS los casos pertinentes de acuerdo al estado de afiliación y/o programas sociales. Para consulta resolutive en el marco del POS, ésta deberá prestarse para la población capitada de la ESE y para la población pobre no asegurada, en el marco de las acciones de la atención domiciliaria. Para el caso de la población del régimen contributivo se realizará remisión a su red de atención. Salvo que se trate de un caso de urgencia, en donde deberá realizarse la atención inicial de urgencias y la activación de la ruta de atención respectiva.
- Articulación con atención al usuario de la ESE con la finalidad de que a través de sus intervenciones con la familia se promueva la atención en salud, con especial énfasis en la minimización de barreras de acceso.

Formatos, instrumentos y documentos de apoyo

- ✓ Formato de valoración nutricional
- ✓ Formato de canalización y notificación.
- ✓ Formato Plan Familiar.
- ✓ Acta y listado de asistencia del proceso de remisión de casos por parte del equipo ERI al profesional de Nutrición y/o con referente de SISVAN para el cruce de información.
- ✓ Bases de datos de captura de la información. APS en línea y de seguimiento al plan familiar.
- ✓ Caja de Herramientas.

Subproductos

- ✓ Formato de valoración nutricional
- ✓ Formato de canalización y notificación.
- ✓ Formato Plan Familiar.
- ✓ Bases de datos de captura de la información. APS en línea y de seguimiento al plan familiar.

Producto

- Asesoría individual a familias con mujeres gestantes con malnutrición de primera vez y seguimiento sobre promoción de alimentación saludable según diagnóstico nutricional, con información capturada en el APS en Línea y en la base de datos correspondiente.
- Base de datos por ciclo vital o por prioridad y la de APS en línea debidamente



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

diligenciada, validada por tecnólogo de sistemas territorial y local, de apoyos a la gestión territorial y coordinación territorial y con concepto técnico favorable de la DSP-SDS.

Medios de verificación y aspectos auditar

- ✓ Formatos enunciados diligenciados y capturados en el APS en Línea, y en la base de datos correspondiente (la información se migrará al aplicativo web).
- ✓ Base de datos por ciclo vital o por prioridad y la de APS en línea debidamente diligenciada, validada por tecnólogo de sistemas territorial y local, de apoyos a la gestión territorial y coordinación territorial y con concepto técnico favorable de la DSP-SDS.
- ✓ Registro de canalización (en caso que lo amerite sea coherente con los hallazgos encontrados y el riesgo asignado (ver cuadro 3, Guía ámbito Familiar) y seguimiento efectivo a la canalización.
- ✓ Que cuente con el perfil del talento humano determinado por el lineamiento para realizar la actividad asesoría en familiar.
- ✓ En la auditoría se debe verificar por lo menos 1% de las sesiones por acción (de la asesoría integral a la familia), al azar del territorio durante la vigencia, verificando con la familia visitada (presencial o telefónica), los aspectos principales de la visita.

8.1.4 Criterios guía para la decisión de asesorías adicionales

Los anteriores esquemas de familias de prioridad alta están sujetos al criterio de los profesionales del equipo de respuesta inicial y del equipo de respuesta complementario, quienes pueden variar la cantidad y periodicidad de las asesorías integrales en casa a las familias. A continuación algunas condiciones o situaciones que podrían tomarse en cuenta para definir requerimiento de asesorías adicionales para la mujer gestante o Binomio Madre Hijo:

- ✓ Gestante sin controles prenatales o inasistentes al control prenatal.
- ✓ Gestante sin aceptación de su embarazo, sin apoyo familiar o de la pareja, viviendo sola, con signos de depresión, sin ingresos económicos ni apoyo de programas sociales.
- ✓ Gestantes con enfermedades descompensadas: hipertensión arterial crónica, cardiopatías, renales, hematológicas, músculo esqueléticas, sistémicas, infecciones del complejo TORCHS (toxoplasmosis, rubéola, sífilis, citomegalovirus, herpes virus), VIH, Hepatitis B o C confirmados.
- ✓ Gestantes con patologías propias del embarazo: hipertensión inducida por el embarazo, diabetes mellitus gestacional, amenaza de aborto o parto pre término, aborto habitual.
- ✓ Restricciones del crecimiento fetal o macrosomía fetal (medición de AU).
- ✓ Baja ganancia de peso o sobre peso materno.
- ✓ Gestante con hospitalización reciente (últimos 30 días) por cualquier motivo que requiera seguimiento en casa.
- ✓ Gestante consumidora de sustancias psicoactivas.
- ✓ Gestantes quienes en el posparto hayan tenido cualquier complicación.
- ✓ Binomio madre-hijo, que en el embarazo o parto se haya presentado Síndrome Hipertensión en el Embarazo, pre-eclampsia o Eclampsia en este o en otro embarazo.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

- ✓ Binomio madre-hijo, que en el embarazo o parto se haya presentado Diabetes estacional en este o en otro embarazo.
- ✓ Binomio madre-hijo, en quienes se hayan identificados deficiente red de apoyo familiar, inestabilidad familiar o conyugal, violencia intrafamiliar, condiciones socio-económicas desfavorables y/o bajo nivel educativo.
- ✓ Binomio madre-hijo, que en el control prenatal se hay identificado intento de aborto, embarazo no deseado y/o embarazo fruto de acceso carnal violento.
- ✓ Binomio Madre-hijo donde se hayan detectado problemas con la lactancia en técnica, conocimiento y/o adherencia.
- ✓ Gestante con alto riesgo de malnutrición por condiciones o situación culturales, sociales, ambientales o biológicas.

8.2 Subprograma Niñez Creciendo Saludables

Primera Infancia

La Primera Infancia es la etapa del ciclo vital que va desde la gestación hasta los cinco años, este periodo de la vida crucial y determinante del desarrollo humano ya que es en él se establecen las bases para el desarrollo integral del sujeto, pero también es el momento donde se originan grandes brechas sociales, económicas, biológicas y culturales. Por ello las acciones sobre este grupo poblacional, deben procurar la articulación entre los diferentes sectores de la administración pública y de la comunidad, en procura de la garantía efectiva de los derechos de los niños y niñas.

Las acciones individuales y colectivas con los niños, niñas y sus cuidadores madres y padres, y otros busca identificar en la dinámica familiar, escolar, institucional y comunitario, y en su entorno inmediato, los determinantes que influyen en los procesos de salud y enfermedad y en su desarrollo integral, partiendo del reconocimiento de capacidades, creencias y prácticas, que permitan construir conjuntamente el plan de trabajo para el control y prevención de riesgos identificados y la promoción y fortalecimiento de los factores protectores tendientes a mejorar las condiciones de vida y salud de los niños y niñas que están en la primera infancia.

Las acciones individuales y colectivas buscan incidir en resultados positivos en:

- Alcanzar coberturas útiles en vacunación de niños y niñas de 0 a 5 años.
- Mejorar las prácticas de cuidado de los niños y niñas menores de 5 años por parte de sus padres y otros cuidadores familiares o comunitarios.
- Incrementar la práctica de la lactancia materna exclusiva y total en los niños y niñas menores de dos años
- Mejorar las prácticas relacionadas con el inicio, calidad y cantidad de la alimentación complementaria.
- Incremento del 30% de asistencia al programa de control de crecimiento y desarrollo –C y D
- Mejorar las prácticas relacionadas la prevención y manejo de las enfermedades que afectan con mayor frecuencia a la población en la primera infancia (IRA-EDA).

- Identificar oportunamente los signos de alarma y promoción de la consulta oportuna a los centros de atención
- Garantizar la detección y notificación oportuna de los eventos de interés en Salud Pública transmisibles como tuberculosis, lepra, ETV, VIH, zoonosis, eventos inmunoprevenibles en niños y niñas menores de 5 años al área de vigilancia en salud pública y al referente del PDA transmisibles local.
- Dar respuesta rápida y oportuna de los eventos de interés en Salud Pública mediante la articulación con el componente de Vigilancia en Salud Pública
- Hacer concertación y acompañamiento al cumplimiento del plan familiar integral.
- Disminuir la prevalencia de accidentes en el hogar
- Mejorar las condiciones higiénicas de las personas y de la vivienda.
- Generar entornos (familiares, comunitarios, institucionales) más saludables para el desarrollo y el crecimiento de los niños y niñas en primera infancia

En el marco de la atención primaria en salud se reconoce que El “Modelo de Atención Integrada” de la estrategia AEPI, permite orientar la atención y cuidado de niños y niñas desde el nacimiento hasta los cinco años de edad; y que puede ser adaptada y usada a nivel clínico al interior de los servicios de salud, a nivel familiar y comunitario, para lo cual formula las siguientes prácticas:

Cuadro No 5 Prácticas claves de la estrategia AIEPI

Grupo de prácticas	Práctica clave
Buen crecimiento y desarrollo físico y mental del niño	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad. 2. Dar alimentación complementaria después de los seis meses de edad y lactancia materna prolongada. 3. Consumir cantidad de Vitamina A, hierro y Zinc. 4. Dar afecto, cariño y estimulación temprana a los niños.
Prevención de enfermedades	<ol style="list-style-type: none"> 5. Vacunación completa para la edad 6. Tener un ambiente limpio, agua segura y lavado de manos. 7. Dormir con mosquitero en zonas de malaria y dengue. 8. Protegerse del VIH/SIDA y la Tuberculosis
Cuidados en el hogar	<ol style="list-style-type: none"> 9. Llevar los niños y niñas al odontólogo desde los primeros meses de edad. 10. Proteger a los niños y niñas que tienen contacto con personas con tuberculosis. 11. Dar alimentación y más líquidos cuando estén enfermos. 12. Dar cuidado y tratamiento apropiados cuando estén enfermos. 13. Proteger a los niños y niñas del maltrato y el descuido 14. Participar como padres en el cuidado del niño. 15. Proteger de lesiones y accidentes
Buscar atención fuera del hogar	<ol style="list-style-type: none"> 16. Reconocer los signos de peligro y buscar ayuda oportuna 17. Seguir los consejos del personal de salud 18. Fomentar el control prenatal, la aplicación de la vacuna antitetánica, una buena nutrición durante la gestación, tener el parto en la institución de salud y ofrecerle apoyo familiar y de la



	comunidad a la gestante.
--	---------------------------------

Fuente: Ministerio de la Protección Social. Guía para profesionales y técnicos de los servicios de salud. Componente comunitario de la estrategia AIEPI. Bogotá. 2010. Disponible en: www.paho.org/col/

En primer lugar en todas las sesiones de asesoría y asistencia técnica realizadas en los ámbitos de vida cotidiana, realizadas por cualquier integrante del equipo territorial de APS, se debe realizar la valoración del niño o la niña desde el punto de vista de sus condiciones de salud y la de su entorno familiar mediante un proceso de comunicación orientada a la consejería de la familia o de su cuidador, donde los elementos a tener en cuenta son el escuchar, preguntar y observar.

En la identificación de problemas de salud del niño la inspección física, la revisión de carnet de aseguramiento, vacunas y de control de crecimiento y desarrollo y la conversación con el cuidador deben ser registradas en el *Formato de Niñez*; que orienta la evaluación de:

- ✓ Presencia de signos y síntomas indicativos de la gravedad del estado de salud y/o de algunas enfermedades prevalentes de la infancia (enfermedad respiratoria aguda -ERA-, enfermedad diarreica aguda -EDA-, enfermedad febril, infección de oído, desnutrición, anemia).
- ✓ El desarrollo psicomotor del niño.
- ✓ El conocimiento y adopción de prácticas protectoras o de riesgo para el niño por parte de su familia relacionadas con la lactancia materna, alimentación adecuada, crianza y buen trato, vacunación, cumplimiento de la consulta de crecimiento y desarrollo, prevención de accidentes en el hogar, condiciones sanitarias e higiénicas de la vivienda.

8.2.1 Familias Con Niños Y Niñas Menores De 1 Año

8.2.1.1 Asesoría Integral en casa a niños – as menores de 1 año por profesional de medicina

Subprograma: Niñez Creciendo Saludables	Unidad Operativa: Asesoría Integral en casa a las familias con niños y niñas menores de un año por profesional de medicina
Ciclo: niños y niñas menores de un año.	Sujetos de intervención o características del grupo: Familias con niños y niñas de 0 a 1 año de los micro territorios de APS.
Perfil que ejecuta la unidad operativa: Profesional de medicina.	
Tiempo operativo promedio de la intervención: 1.5 horas	
Responsable(s) de la ejecución de la intervención: Profesional de medicina	
Periodicidad: Se recomienda que sea menor a 48 horas después de la asesoría de técnico/a en salud para los niños y niñas menores de un año con alguna de estas alertas: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Niño o niña a quien no se le ha iniciado control de Crecimiento y Desarrollo ✓ Afección congénita, enfermedad crónica o enfermedad trasmisible, prematuridad 	



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

- ✓ Condición/situación de discapacidad.
- ✓ Antecedente de bajo peso al nacer
- ✓ Recién Nacido

Para familias con niños y niñas menores de un año sin ninguna de las anteriores alertas se recomienda que la asesoría del profesional de medicina sea un mes después de la asesoría del/a técnico/a en salud, según disponibilidad de talento humano y plan de acción de la ESE.

- ✓ NOTA: En el caso de niños y niñas con enfermedades transmisibles se dará cobertura a éstos aunque se encuentren por fuera del micro territorio o territorio de APS.

Actividades por fases de implementación de la unidad operativa:

Paso 1: Caracterización del niño o niña menor de un año

- Revisión y ajuste al Plan Familiar.
- Reconocimiento de las prácticas favorables para la salud y prácticas preventivas desarrolladas por la familia en el marco de la estrategia de Atención Integral a Enfermedades Prevalentes de la Infancia - AIEPI comunitaria.

Paso 2: Resolución (Ver Instructivo del formato de primera infancia)

- Valoración de los riesgos en salud y presencia de síntomas y signos de las enfermedades prevalentes de la infancia (incluye realización de tamizaje en salud mental y salud oral).
- Educación en prácticas favorables para la calidad de vida (Salud mental, salud sexual y reproductiva, salud oral, Alimentación saludable para la edad (lactancia materna y alimentación complementaria– Ver anexos temáticos respectivos en los anexos técnicos del equipo de respuesta inicial) y en prácticas de cuidado desde la estrategia de Atención Integral a Enfermedades Prevalentes de la Infancia - AIEPI comunitaria.
- En el caso de encontrar niños y niñas síntomas y signos de ERA y EDA, que no requieran manejo en los servicios de urgencias o en sala ERA, dar educación en mensajes claves (cómo evitar que el niño/a se enferme, cómo cuidarlo en casa y cuándo acudir a los servicios de salud; Ver anexo técnico manejo en casa de la ERA y la EDA).
- En caso de encontrar niños y niñas con síntomas de enfermedades transmisibles como ERA, VIH, tuberculosis pulmonar o meningitis tuberculosa, niños contacto de casos de tuberculosis pulmonar baciloscopia positiva, realizar referencia a servicios de urgencias, reporte al referente local del PDA transmisibles y al área de Vigilancia en salud Pública, para coordinar y asegurar atención en servicios de salud para el acceso y descarte de tuberculosis activa, acceso a quimioprofilaxis, descarte de VIH, entre otras. (Ver anexo técnico PDA transmisibles).
- Refuerzo en información y orientación a la Familia en:
 - ✓ Derechos y deberes en salud, en el marco del Plan Obligatorio de Salud -POS.
 - ✓ Rutas de atención en salud, respuestas sectoriales y sociales para los niños-as menores de un año.



- ✓ Apoyo y orientación en lactancia materna según la necesidad de la mujer lactante y el niño o la niña (Ver Anexo Técnico SAN para el equipo de respuesta inicial)
- Atención y orientación en el manejo de las condiciones de salud de los niños y niñas en situación o condición de discapacidad (ver anexo técnico discapacidad para el equipo de respuesta inicial).
- Atención Inicial de Urgencias (primer respondiente) en los casos que se requiera.
- En caso de encontrar personas que requieran consulta resolutive en el marco del POS, ésta deberá prestarse para la población capitada de la ESE y para la población pobre no asegurada, en el marco de las acciones de la atención domiciliaria. Para el caso de la población del régimen contributivo se realizará remisión a su red de atención. Salvo que se trate de un caso de urgencia, en donde deberá realizarse la atención inicial de urgencias y la activación de la ruta de atención respectiva.

El/la profesional del ERI (medicina o enfermería), podrá determinar la periodicidad de las visitas o asesorías integrales en casa según la condición de riesgo en salud encontrada en los integrantes de la familia, soportando tal información en los respectivos formatos de etapa de ciclo vital y de ser necesario en hojas de evolución con membrete de la ESE. Las asesorías integrales en casa profesional del ERI (medicina o enfermería) serán máximo 2 por semestre para prioridad alta (Incluye primera infancia) o media y una para prioridad baja. Ahora si se requieren más visitas, o una familia requiere un seguimiento especial y periódico, se debe solicitar el AVAL respectivo justificando el caso específico el cual podrá concretarse en un acta con el referente distrital del ámbito Familiar

Paso 3: Remisión a servicios en salud

- Según necesidades en salud encontradas se realizará remisión a los servicios de salud del POS, registrada en el formato de canalización.

Paso 4: Canalización al equipo de respuesta complementaria, según la necesidad identificada y a los servicios sociales.

Se aclara que Las canalizaciones son de criterio del Técnico o profesional y no necesariamente el 100% de las familias deben ser canalizadas a algo y por otro lado no hay límite para un máximo de canalizaciones por familia. Cada canalización debe ir acompañada del formato respectivo. Sin embargo el Técnico no podrá omitir canalizaciones que sean pertinentes según lo definido en esta guía, lo cual sería objeto de la glosa respectiva.

- Canalización acciones complementarias del Programa Territorios Saludables: Servicios de Salud Colectiva.
- En caso de niños y niñas en situación o condición de discapacidad de familias nuevas, debe canalizarse al profesional formado en RBC, para su valoración y revisión de la necesidad de ayudas técnicas, o programas o servicios de rehabilitación integral.



- En caso de poblaciones diferenciales (étnicas, víctimas del conflicto armado, habitante de calle, familias de LGBTI (lesbianas, gays, bisexuales, transexuales e intersexuales), canalizar al equipo complementario para acciones promocionales diferenciales.

Paso 5: Canalización a servicios en salud: equipo de respuesta complementaria y servicios POS, según la alerta identificada.

- Canalización a servicios POS de salud según necesidades identificadas en los niños-as menores un año.

Nota: Los niños y niñas identificados en condición de discapacidad, deben ser canalizados al proceso de localización, registro y caracterización de Vigilancia Epidemiológica.

Paso 6: Notificación de eventos prioritarios en salud pública al SIVICOM (Sistema de vigilancia comunitaria)

- Identificar eventos prioritarios en salud pública y notificar a los Sistemas de Vigilancia en Salud Pública.

Paso 7: Gestión Transectorial

- En función de las necesidades encontradas en el niño activar rutas transectoriales, en el marco del Programa de Atención Integral a la Primera Infancia (ver anexo técnico ruta del Programa de Atención Integral a la Primera Infancia).

Paso 8: Registro de la información

Registrar información de la asesoría a la familia con menor de un año en los formatos correspondientes.

Formatos, instrumentos y documentos de apoyo

- ✓ Formato Plan Familiar
- ✓ Formato de seguimiento a novedades.
- ✓ Formato de Primera Infancia
- ✓ Formato de canalización y notificación. (si aplica)
- ✓ Bases de datos de captura de la información. APS en línea y de seguimiento al plan familiar.
- ✓ Caja de Herramientas.

Subproductos

- ✓ Formato Plan Familiar
- ✓ Formato de seguimiento a novedades.
- ✓ Formato de Primera Infancia
- ✓ Formato de canalización y notificación. (si aplica)



- ✓ Bases de datos de captura de la información.
- ✓ APS en línea y de seguimiento al plan familiar.

Producto

Sesión de asesoría integral en casa a la familia con niño o niña menor de un año realizada por profesional de medicina, con información capturada en el APS en Línea y en la base de datos correspondiente, o en el aplicativo definido por la DSP para tal fin.

Base de datos por ciclo vital o por prioridad y la de APS en línea debidamente diligenciada, validada por tecnólogo de sistemas territorial y local, de apoyos a la gestión territorial y coordinación territorial y con concepto técnico favorable de la DSP-SDS.

Medios de verificación y aspectos auditar

- ✓ Formatos enunciados diligenciados y capturados en el APS en Línea, y en la base de datos correspondiente (la información se migrará al aplicativo web).
- ✓ Plan Familiar
- ✓ Base de datos por ciclo vital o por prioridad y la de APS en línea debidamente diligenciada, validada por tecnólogo de sistemas territorial y local, de apoyos a la gestión territorial y coordinación territorial y con concepto técnico favorable de la DSP-SDS.
- ✓ Registro de canalización (en caso que lo amerite sea coherente con los hallazgos encontrados y el riesgo asignado (ver cuadro 3, Guía ámbito Familiar) y seguimiento efectivo a la canalización.
- ✓ Que cuente con el perfil del talento humano determinado por el lineamiento para realizar la actividad asesoría en familiar.
- ✓ En la auditoría se debe verificar por lo menos 1% de las sesiones por acción (de la asesoría integral a la familia), al azar del territorio durante la vigencia, verificando con la familia visitada (presencial o telefónica), los aspectos principales de la visita.

8.2.1.2 Asesoría Integral en casa a niños – as menores de 1 año por profesional de enfermería

<p>Subprograma: Niñez Creciendo Saludables</p>	<p>Unidad Operativa: Asesoría Integral en casa a las familias con niños y niñas menores de un año con alertas para seguimiento por profesional de enfermería.</p>
<p>Ciclo: niños y niñas menores de un año.</p>	<p>Sujetos de intervención o características del grupo: Familias con Niños y niñas menores de un año con alertas de los micro territorios de Atención Primaria en Salud - APS con:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Niño o niña quien no se le ha iniciado control de Crecimiento y Desarrollo • Condición/situación de discapacidad. • Afección congénita, enfermedad crónica o trasmisible. prematuridad



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

	<ul style="list-style-type: none">• Antecedente de bajo peso al nacer. <p>NOTA: En el caso de niños y niñas con enfermedades transmisibles se dará cobertura a éstos aunque se encuentren por fuera del micro territorio o territorio de APS.</p>
--	---

Perfil que ejecuta la unidad operativa: Profesional de Enfermería.

Tiempo operativo promedio de la intervención: 1.5 horas

Responsable(s) de la ejecución de la intervención: Profesional de Enfermería

- ✓ **Periodicidad:** Se recomienda que esta asesoría se realice un (1) mes calendario posterior a la asesoría del profesional en medicina, según disponibilidad de talento humano y plan de acción de la ESE, así como del criterio del profesional según condición situación o riesgo soportada en hoja de evolución con membrete de la ESE.

Actividades por fases de implementación de la unidad operativa:

Paso 1: Caracterización del niño o niña menor de un año.

- Revisión y ajuste al Plan Familiar.
- Reconocimiento de las prácticas favorables para la salud y prácticas preventivas de la estrategia de Atención Integral a Enfermedades Prevalentes de la Infancia - AIEPI comunitaria, desarrolladas por la familia.

Paso 2: Resolución (Ver instructivo del formato de primera infancia)

- Valoración de los riesgos en salud y presencia de síntomas y signos de las enfermedades inmuno - prevalentes de la infancia (tamizaje en salud mental y salud oral).
- Refuerzo en educación en prácticas favorables para la calidad de vida (Salud mental, salud sexual y reproductiva, salud oral, Alimentación saludable para la edad (lactancia materna y/o alimentación complementaria – Ver anexos temáticos respectivos del equipo de respuesta inicial) y en prácticas preventivas de estrategia de Atención Integral a Enfermedades Prevalentes de la Infancia - AIEPI comunitaria.
- En el caso de encontrar niños y niñas con síntomas y signos de ERA y EDA, que no requieran manejo en los servicios de urgencias o en salas ERA, dar educación en mensajes claves (cómo evitar que el niño/a se enferme, cómo cuidarlo en casa y cuándo acudir a los servicios de salud; Ver anexo técnico manejo en casa de la ERA y la EDA).
- En caso de encontrar niños y niñas con síntomas de enfermedades transmisibles como ERA, VIH, tuberculosis pulmonar o meningitis tuberculosa, niños contacto de casos de tuberculosis pulmonar baciloscopia positiva, realizar referencia a servicios de urgencias, reporte al referente local del PDA transmisibles y al área de Vigilancia en salud Pública, para coordinar y asegurar atención en servicios de salud para el acceso



y descarte de tuberculosis activa, acceso a quimioprofilaxis, descarte de VIH, entre otras. (Ver anexo técnico PDA transmisibles).

- Refuerzo en información y orientación a la Familia en:
 - Derechos y deberes en salud, en el marco del Plan Obligatorio de Salud -POS.
 - Rutas de atención en salud, respuestas sectoriales y sociales para los niños-as menores de un año.
 - Información y educación en manejo de residuos, almacenamiento de alimentos, higiene vivienda el marco del programa “Basura cero” (Ver guía operativa territorios ambientalmente saludables)
 - Apoyo y orientación en lactancia materna según la necesidad de la mujer lactante y el niño o la niña (Ver Anexo Técnico SAN)
- Atención y orientación en el manejo de las condiciones de salud de los niños y niñas en situación o condición de discapacidad (ver anexo técnico discapacidad para el equipo de respuesta inicial).
- Atención Inicial de Urgencias (primer respondiente) en los casos que se requiera.
- En caso de encontrar personas que requieran consulta resolutive en el marco del POS, ésta deberá prestarse para la población capitada de la ESE y para la población pobre no asegurada, en el marco de las acciones de la atención domiciliaria. Para el caso de la población del régimen contributivo se realizará remisión a su red de atención. Salvo que se trate de un caso de urgencia, en donde deberá realizarse la atención inicial de urgencias y la activación de la ruta de atención respectiva.

El/la profesional del ERI (medicina o enfermería), podrá determinar la periodicidad de las visitas o asesorías integrales en casa según la condición de riesgo en salud encontrada en los integrantes de la familia, soportando tal información en los respectivos formatos de etapa de ciclo vital y de ser necesario en hojas de evolución con membrete de la ESE. Las asesorías integrales en casa profesional del ERI (medicina o enfermería) serán máximo 2 por semestre para prioridad alta (Incluye primera infancia) o media y una para prioridad baja. Ahora si se requieren más visitas, o una familia requiere un seguimiento especial y periódico, se debe solicitar el AVAL respectivo justificando el caso específico el cual podrá concretarse en un acta con el referente distrital del ámbito Familiar

Paso 3: Remisión a servicios en salud

- Según necesidades en salud encontradas se realizará remisión a los servicios de salud del POS, registrada en el formato de canalización.

Paso 4: Canalización a servicios en salud: equipo de respuesta complementaria y servicios POS, según la alerta identificada.

Se aclara que Las canalizaciones son de criterio del Técnico o profesional y no necesariamente el 100% de las familias deben ser canalizadas a algo y por otro lado no hay límite para un máximo de canalizaciones por familia. Cada canalización debe ir



[acompañada del formato respectivo](#)

- Seguimiento a la canalización de las acciones complementarias del Programa Territorios Saludables: Servicios de Salud Colectiva.
- Seguimiento a la canalización de servicios POS.

Paso 5: Notificación de eventos prioritarios en salud pública al SIVICOM (Sistema de vigilancia comunitaria)

- Identificar eventos prioritarios en salud pública y notificar a los Sistemas de Vigilancia en Salud Pública.

Paso 6: Gestión Transectorial

- Seguimiento a la activación de rutas transectoriales, en el marco del Programa de Atención Integral a la Primera Infancia (ver anexo técnico ruta del Programa de Atención Integral a la Primera Infancia).

Paso 7: Registro de la información

- Registrar información de la asesoría a la familia con menor de un año en los formatos correspondientes.

Formatos, instrumentos y documentos de apoyo

- ✓ Formato Plan Familiar
- ✓ Formato de seguimiento a novedades.
- ✓ Formato de Primera Infancia
- ✓ Formato de canalización y notificación.
- ✓ Bases de datos de captura de la información. APS en línea y de seguimiento al plan familiar.
- ✓ Caja de Herramientas.

Subproductos

- ✓ Formato Plan Familiar
- ✓ Formato de seguimiento a novedades.
- ✓ Formato de Primera Infancia
- ✓ Formato de canalización y notificación.
- ✓ Bases de datos de captura de la información.
- ✓ Bases de datos de captura de la información. APS en línea y de seguimiento al plan familiar.

Producto

Sesión de asesoría integral en casa a la familia con niño o niña menor de un año realizada por profesional de enfermería.

Base de datos por ciclo vital o por prioridad y la de APS en línea debidamente diligenciada, validada por tecnólogo de sistemas territorial y local, de apoyos a la gestión territorial y coordinación territorial y con concepto técnico favorable de la DSP-SDS.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Bases de datos de niñez y canalizaciones/notificaciones entregada en medio magnético en la SDS el quinto día calendario de cada mes por territorio (en caso de día festivo se entregará el siguiente día hábil), al técnico encargado de tal actividad.

Medios de verificación y aspectos auditar

- ✓ Formatos enunciados diligenciados y capturados en el APS en Línea, y en la base de datos correspondiente (la información se migrará al aplicativo web).
- ✓ Plan familiar
- ✓ Base de datos por ciclo vital o por prioridad y la de APS en línea debidamente diligenciada, validada por tecnólogo de sistemas territorial y local, de apoyos a la gestión territorial y coordinación territorial y con concepto técnico favorable de la DSP-SDS.
- ✓ Registro de canalización (en caso que lo amerite sea coherente con los hallazgos encontrados y el riesgo asignado (ver cuadro 3) y seguimiento efectivo a la canalización.
- ✓ Que cuente con el perfil del talento humano determinado por el lineamiento para realizar la actividad asesoría en familiar.
- ✓ En la auditoría se debe verificar por lo menos 1% de las sesiones por acción (de la asesoría integral a la familia), al azar del territorio durante la vigencia, verificando con la familia visitada (presencial o telefónica), los aspectos principales de la visita..

8.2.1.3 Proceso de asesoría integral en casa a Familias con niños – as menores de 1 año por profesional de Nutrición con énfasis en Recién nacidos de bajo peso al nacer.

<p>Subprograma Creciendo Saludables</p>	<p>Unidad Operativa: Proceso de asesoría integral en casa a familias</p> <p>Producto: Proceso de asesoría integral en casa a familias con niños y niñas menores de un año por profesional de nutrición con énfasis en recién nacidos con bajo peso al nacer o niños con desnutrición o malnutrición, también aplica para menores con riesgo de malnutrición por determinantes culturales, políticas o socioeconómicas.</p>
<p>Ciclo: Infancia</p>	<p>Sujetos de intervención o características del grupo: Familias con niños y niñas menores de un año canalizados por ERI o SISVAN.</p>
<p>Perfil que ejecuta la unidad operativa: Profesional Nutrición y Dietética.</p>	
<p>Tiempo asignado para la ejecución de la unidad operativa.</p> <p>1.5 horas por asesoría individual de primera vez y 1.5 horas para el seguimiento el cual se realizara al mes o por tarde dos meses de la visita inicial.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Periodicidad: Se recomienda que la primera visita debe realizarse en la primera semana después de realizada la canalización (ya sea por el técnico en la visita de caracterización, médico o enfermera del ERI o directamente desde el área de Vigilancia en Salud Pública – reporte de SISVAN). 	
<p>Metas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reducir a 12% la prevalencia de desnutrición crónica en niños y niñas menores de 5 años, en coordinación y con el apoyo de los demás sectores de la Administración Distrital, al 2016. • Reducir a 3% la prevalencia de desnutrición global en niños y niñas menores de 5 años, en coordinación y con el apoyo de los demás sectores de la Administración Distrital, al 2016. <p>Actividades para la implementación de la unidad operativa:</p> <p>Paso 1: Identificación y acercamiento a familias con recién nacidos con bajo peso al nacer por debajo de 2.500 gramos y menores de un año con malnutrición.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificación de recién nacidos con bajo peso al nacer por debajo de 2.500 gramos y niños y niñas menores de un año con desnutrición, riesgo nutricional o malnutrición, a través de la información suministrada por la referente de SISVAN sobre la notificación de RNBP o de casos identificados por el SISVAN que no son objeto de IEC desde VSP, o la población identificada y remitida por el equipo ERI (medico, enfermera según diagnóstico identificado en casa). 	



Paso 2: Resolución

- Contacto telefónico y concertación con la familia del recién nacido con bajo peso al nacer o de la familia del niño o niña menor de un año con identificado con malnutrición, sobre la fecha y hora de la visita. Teniendo en cuenta que algunos de los recién nacidos pueden encontrarse hospitalizados, debe quedar consignado en acta: día, hora de llamada telefónica y tiempo de hospitalización referido por la madre como soporte de la concertación. Durante esta actividad es necesario que el profesional le explique a la familia el objetivo de la visita que se realizará.
- Desplazamiento y desarrollo de la visita de primera vez en casa de la familia del recién nacido con bajo peso o de la familia del niño o niña menor de un año identificado con malnutrición. La visita por el profesional de Nutrición al RNBP identificado, debe realizarse máximo a los 15 días de haber sido identificado el caso (dentro de los 20 días después de su nacimiento en el caso de los recién nacidos) y el control a los siguientes 30 días de la primera visita.
- Reconocimiento de la alimentación ofrecida al recién nacido o al niño o niña menor de un año identificado. La visita incluye el diligenciamiento del formato de asesoría individual de nutrición (ver anexo técnico del equipo técnico SAN), entrevista con la madre o cuidador del recién nacido o del menor de un año, identificación de signos de alarma, consejería en lactancia materna, técnica de la lactancia, extracción y tiempos de conservación de la leche materna, alimentación complementaria, ofrecer recomendaciones sobre alimentación de la madre lactante, adherencia al esquema de suplementación de la madre lactante y la canalización efectiva a programas de promoción y prevención o de apoyo alimentario si lo requiere, con especial énfasis en la asistencia a la consulta de crecimiento y desarrollo*, vacunación y consejería en lactancia materna
- Diligenciamiento del plan familiar donde se describa brevemente los acuerdos establecidos entre el profesional y la familia.
- Seguimiento de la asesoría inicial, la cual debe realizarse al 100% de familias con recién nacidos de bajo peso al nacer o niños y niñas menores de un año con malnutrición que hayan recibido la visita inicial, en donde se debe revisar el cumplimiento de las recomendaciones y compromisos adquiridos en asesoría inicial, con especial énfasis en la verificación de la asistencia a la consulta de crecimiento y desarrollo*, vacunación; de igual manera el refuerzo sobre la educación a la madre y la familia o cuidador sobre signos de alarma, lactancia materna, alimentación complementaria y demás aspectos que deban fortalecerse sobre el cuidado del recién nacido.



Paso 3: Remisión a servicios de salud o sociales:

- Canalizar a servicios de salud del POS los casos pertinentes de acuerdo al estado de afiliación la cual se debe registrar en el formato de canalización y/o programas sociales teniendo en cuenta los criterios de inclusión de los diferentes programas de apoyo alimentario de las entidades locales.
- Remisión al equipo ERI (medico – enfermera) de los RNBPN identificados que no hayan sido visitados previamente por médico o enfermera del territorio.

Paso 4: Registro de la información

- Registrar información de la asesoría a la familia en los formatos correspondientes

Formatos, instrumentos y documentos de apoyo

1. Formato de asesoría nutricional.
2. Bases de datos de captura de la información.
3. Formato de Plan familiar
4. Formato de canalización y/o notificación (según pertinencia del caso).
5. Formato de seguimiento a novedades (según pertinencia del caso).

Producto

Asesoría individual a familias con recién nacidos de bajo peso al nacer, menor de 2.500 gramos de primera vez y familias con menores de un año con malnutrición, con especial énfasis de la promoción de la práctica de lactancia materna exclusiva.

Sub productos

1. Acta y listado de asistencia del proceso de remisión de casos por parte del equipo ERI al profesional de Nutrición y/o con referente de SISVAN para el cruce de información.
2. Plan familiar.

Medios de verificación y aspectos auditar.

1. **Formatos totalmente diligenciados de las variables obligatorias según caso y capturados en la base de datos correspondiente.**

*La Resolución 412 de 2000 contempla que el control de crecimiento y desarrollo debe hacerse en el menor de un año 3 veces (13-16 meses; 17-20 meses, 21-24 meses) y luego cada seis meses hasta los 7 años y de los 8 a los 10 años 3 veces.

8.2.1 Niños y niñas de 1 a 5 años

8.2.2.1 Asesoría Integral en casa a niños – as de 1 a 5 años año por profesional de enfermería

<p>Subprograma: Niñez Creciendo Saludables</p>	<p>Unidad Operativa: Asesoría Integral a las familias en casa a familias con niños y niñas de 1 a 5 años, 11 meses y 29 días por profesional de enfermería</p>
<p>Ciclo: niños y niñas de 1 a 5 años, 11 meses y 29 días.</p>	<p>Sujetos de intervención o características del grupo: Familias con niños y niñas de 1 a 5 años de los micro territorios de APS.</p> <p>NOTA: En el caso de niños y niñas con enfermedades trasmisibles se dará cobertura a éstos aunque se encuentren por fuera del micro territorio o territorio de APS.</p>
<p>Perfil que ejecuta la unidad operativa: Profesional enfermería</p>	
<p>Tiempo operativo promedio de la intervención: 1.5 horas</p>	
<p>Responsable(s) de la ejecución de la intervención: Profesional enfermería</p>	
<p>Periodicidad: Se recomienda que sea menor a 48 horas después de la asesoría de técnico/a en salud para los niños y niñas menores de 1 a 5 años, 11 meses y 29 días con alguna de estas alertas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Niño o niña a quien no se le ha iniciado control de Crecimiento y Desarrollo ✓ Afección congénita, enfermedad crónica o enfermedad trasmisible, prematuridad ✓ Condición/situación de discapacidad. ✓ Antecedente de bajo peso al nacer o riesgo nutricional. <p>Para familias con niños y niñas menores de 1 a 5 años, 11 meses y 29 días sin ninguna de las anteriores alertas se recomienda que la asesoría del profesional de enfermería sea un mes después de la asesoría del/a técnico/a en salud, según disponibilidad de talento humano y plan de acción de la ESE.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ NOTA: En el caso de niños y niñas con enfermedades trasmisibles se dará cobertura a éstos aunque se encuentren por fuera del micro territorio o territorio de APS. 	
<p>Actividades por fases de implementación de la unidad operativa:</p>	
<p>Paso 1: Identificación y caracterización del niño o niña menor de 1 a 5 años, 11 meses y 29 días.</p>	
<p>Paso 1: Caracterización</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Revisión y ajuste al Plan Familiar. • Reconocimiento de las prácticas favorables para la salud y prácticas preventivas de la estrategia de Atención Integral a Enfermedades Prevalentes de la Infancia - AIEPI comunitaria, desarrolladas por la familia 	



Paso 2: Resolución (Ver instructivo del formato de primera infancia)

- Valoración de los riesgos en salud y presencia de síntomas y signos de las enfermedades inmuno - prevalentes de la infancia (incluye tamizaje en salud mental y salud oral).
- Refuerzo en educación en prácticas favorables para la calidad de vida (Salud mental, salud sexual y reproductiva, salud oral, alimentación infantil saludable – Ver anexos temáticos respectivos del equipo de respuesta inicial) y en prácticas preventivas de estrategia de Atención Integral a Enfermedades Prevalentes de la Infancia - AIEPI comunitaria.
- En el caso de encontrar síntomas y signos de ERA y EDA, que no requiera manejo en los servicios de urgencias o sala ERA, dar educación en mensajes claves (cómo evitar que el niño/a se enferme, cómo cuidarlo en casa y cuándo acudir a los servicios de salud; Ver anexo técnico manejo en casa de la ERA y la EDA).
- En caso de encontrar niños y niñas con síntomas de enfermedades transmisibles como ERA, VIH, tuberculosis pulmonar o meningitis tuberculosa, niños contacto de casos de tuberculosis pulmonar baciloscopia positiva, realizar referencia a servicios de urgencias, reporte al referente local del PDA transmisibles y al área de Vigilancia en salud Pública, para coordinar y asegurar atención en servicios de salud para el acceso y descarte de tuberculosis activa, acceso a quimioprofilaxis, descarte de VIH, entre otras. (Ver anexo técnico PDA transmisibles).
- Refuerzo en información y orientación a la Familia en:
 - ✓ Derechos y deberes en salud, en el marco del Plan Obligatorio de Salud -POS.
 - ✓ Rutas de atención en salud, respuestas sectoriales y sociales para los niños-as menores de 1 a 5 años.
 - ✓ Información y educación en el marco del programa “Basura cero” (Ver guía operativa territorios ambientalmente saludables)
 - ✓ Apoyo y orientación en lactancia materna según la necesidad de la mujer lactante y el niño o la niña (Ver Anexo Técnico SAN para el equipo de respuesta inicial y Manual para la extracción, la conservación, transporte y suministro de la leche materna)
- Atención y orientación en el manejo de las condiciones de salud de los niños y niñas en situación o condición de discapacidad (ver anexo técnico discapacidad para el equipo de respuesta inicial).
- Atención Inicial de Urgencias (primer respondiente) en los casos que se requiera.
- En caso de encontrar personas que requieran consulta resolutive en el marco del POS, ésta deberá prestarse para la población capitada de la ESE y para la población pobre no asegurada, en el marco de las acciones de la atención domiciliaria. Para el caso de la población del régimen contributivo se realizará remisión a su red de atención. Salvo que se trate de un caso de urgencia, en donde deberá realizarse la atención inicial de urgencias y la activación de la ruta de atención respectiva.

Paso 3: Seguimiento a la canalización a servicios en salud: equipo de respuesta complementaria y servicios POS, según la alerta identificada.

- Seguimiento a la canalización de las acciones complementarias del Programa



Territorios Saludables: Servicios de Salud Colectiva.

- En caso de niños y niñas en situación o condición de discapacidad de familias nuevas, debe canalizarse al profesional formado en RBC, para su valoración y revisión de la necesidad de ayudas técnicas, o programas o servicios de rehabilitación integral.
- En caso de poblaciones diferenciales (étnicas, víctimas del conflicto armado, habitante de calle, familias LGBTI (lesbianas, gay, bisexuales, transexuales e intersexuales) canalizar al equipo complementario para acciones promocionales diferenciales.
- Seguimiento a la canalización de servicios POS.

Paso 4: Notificación de eventos prioritarios en salud pública al SIVICOM (Sistema de vigilancia comunitaria)

- Identificar eventos prioritarios en salud pública y notificar a los Sistemas de Vigilancia en Salud Pública.
- Seguimientos a canalizaciones de Niños-as trabajadores identificados y notificación al Sistema de Vigilancia en Salud Pública ocupacional de las y los trabajadores en la economía informal - SIVISTRA en los casos en los que se hayan identificado accidentes relacionados con el trabajo o posible enfermedad asociada con la actividad laboral que realiza.
- Notificación a SIVICOM: Peores Formas de Trabajo Infantil – PFTI (mendicidad, actividades de reciclaje, venta de estupefacientes, venta en calle) y Explotación Sexual y comercial de niños, niñas y adolescentes (ESCNNA).

Paso 5: Gestión Transectorial

- Seguimiento a la activación de rutas transectoriales, en el marco del Programa de Atención Integral a la Primera Infancia (ver anexo técnico ruta del Programa de Atención Integral a la Primera Infancia).

Paso 6: Registro de la información

- Registrar información de la asesoría a la familia con menor de 1 a 5 años en los formatos correspondientes.

Formatos, instrumentos y documentos de apoyo

- ✓ Formato Plan Familiar
- ✓ Formato de seguimiento a novedades.
- ✓ Formato de primera infancia
- ✓ Formato de canalización y notificación.
- ✓ Bases de datos de captura de la información. APS en línea y de seguimiento al plan familiar.
- ✓ Caja de Herramientas.



Subproductos

- ✓ Formato Plan Familiar
- ✓ Formato de seguimiento a novedades.
- ✓ Formato de Primera Infancia
- ✓ Formato de canalización y notificación.
- ✓ Bases de datos de captura de la información. APS en línea y de seguimiento al plan familiar.

Producto

Sesión de asesoría integral en casa a la familia con niño o niña menor de un año realizada por profesional de enfermería.

Base de datos por ciclo vital o por prioridad y la de APS en línea debidamente diligenciada, validada por tecnólogo de sistemas territorial y local, de apoyos a la gestión territorial y coordinación territorial y con concepto técnico favorable de la DSP-SDS.

Medios de verificación y aspectos auditar

- ✓ Formatos enunciados diligenciados y capturados en el APS en Línea, y en la base de datos correspondiente (la información se migrará al aplicativo web).
- ✓ Plan Familiar
- ✓ Base de datos por ciclo vital o por prioridad y la de APS en línea debidamente diligenciada, validada por tecnólogo de sistemas territorial y local, de apoyos a la gestión territorial y coordinación territorial y con concepto técnico favorable de la DSP-SDS.
- ✓ Registro de canalización (en caso que lo amerite sea coherente con los hallazgos encontrados y el riesgo asignado (ver cuadro 3) y seguimiento efectivo a la canalización.
- ✓ Que cuente con el perfil del talento humano determinado por el lineamiento para realizar la actividad asesoría en familiar.
- ✓ En la auditoría se debe verificar por lo menos 1% de las sesiones por acción (de la asesoría integral a la familia), al azar del territorio durante la vigencia, verificando con la familia visitada (presencial o telefónica), los aspectos principales de la visita.

8.2.2.2 Asesoría Integral en casa a niños – as de 1 a 5 años año por profesional de medicina

<p>Subprograma: Niñez Creciendo Saludables</p>	<p>Unidad Operativa: Asesoría Integral en casa a las Familias con niños de 1 a 5 años, 11 meses y 29 días con alertas por profesional de medicina.</p>
<p>Ciclo: niños y niñas de 1 a 5 años, 11 meses y 29 días.</p>	<p>Sujetos de intervención o características del grupo: Familias con niños y niñas de 1 a 5 años con alertas de los micro territorios de APS.</p>
<p>NOTA: En el caso de niños y niñas con enfermedades</p>	



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

	trasmisibles se dará cobertura a éstos aunque se encuentren por fuera del micro territorio o territorio de APS.
Perfil que ejecuta la unidad operativa: Profesional de medicina	
Tiempo operativo promedio de la intervención: 1.5 horas	
Responsable(s) de la ejecución de la intervención: Profesional de medicina	
Periodicidad: Se recomienda que sea un (1) mes después de la asesoría del/a profesional de enfermería, según disponibilidad de talento humano y plan de acción de la ESE.	
✓ NOTA: En el caso de niños y niñas con enfermedades trasmisibles se dará cobertura a éstos aunque se encuentren por fuera del micro territorio o territorio de APS.	
<u>Actividades por fases de implementación de la unidad operativa:</u>	
Paso 1: Caracterización	
<ul style="list-style-type: none">• Revisión y ajuste al Plan Familiar.• Reconocimiento de las prácticas favorables para la salud y prácticas preventivas de la estrategia de Atención Integral a Enfermedades Prevalentes de la Infancia - AIEPI comunitaria, desarrolladas por la familia.	
Paso 2: Resolución (Ver instructivo del formato de primera infancia)	
<ul style="list-style-type: none">• Valoración de los riesgos en salud y presencia de síntomas y signos de las enfermedades inmuno - prevalentes de la infancia (incluye tamizaje en Salud mental y salud oral).• Refuerzo en educación en prácticas favorables para la calidad de vida (Salud mental, salud sexual y reproductiva, salud oral, alimentación infantil saludable – Ver anexos temáticos respectivos del equipo de respuesta inicial) y en prácticas preventivas de estrategia de Atención Integral a Enfermedades Prevalentes de la Infancia - AIEPI comunitaria.• En el caso de encontrar niños y niñas con síntomas y signos de ERA y EDA, que no requiera manejo en los servicios de urgencias o sala ERA, dar educación en mensajes claves (cómo evitar que el niño/a se enferme, cómo cuidarlo en casa y cuándo acudir a los servicios de salud; Ver anexo técnico manejo en casa de la ERA y la EDA).• Refuerzo en información y orientación a la Familia en:<ul style="list-style-type: none">✓ Derechos y deberes en salud, en el marco del Plan Obligatorio de Salud -POS.✓ Rutas de atención en salud, respuestas sectoriales y sociales para los niños-as menores de 1 a 5 años.✓ Apoyo y orientación en lactancia materna según la necesidad de la mujer lactante y el niño o la niña (Ver Anexo Técnico SAN para el equipo de respuesta inicial)✓ Atención y orientación en el manejo de las condiciones de salud de los niños y niñas en situación o condición de discapacidad (ver anexo técnico discapacidad para el equipo de respuesta inicial).• Atención Inicial de Urgencias (primer respondiente) en los casos que se requiera.	



- En caso de encontrar personas que requieran consulta resolutiva en el marco del POS, ésta deberá prestarse para la población capitada de la ESE y para la población pobre no asegurada, en el marco de las acciones de la atención domiciliaria. Para el caso de la población del régimen contributivo se realizará remisión a su red de atención. Salvo que se trate de un caso de urgencia, en donde deberá realizarse la atención inicial de urgencias y la activación de la ruta de atención respectiva.

Paso 3: Seguimiento a la canalización a servicios en salud: equipo de respuesta complementaria y servicios POS, según la alerta identificada.

- Seguimiento a la canalización de las acciones complementarias del Programa Territorios Saludables: Servicios de Salud Colectiva.
- En caso de niños y niñas en situación o condición de discapacidad de familias nuevas, debe canalizarse al profesional formado en RBC, para su valoración y revisión de la necesidad de ayudas técnicas, o programas o servicios de rehabilitación integral.
- En caso de poblaciones diferenciales (étnicas, víctimas del conflicto armado, habitante de calle, familias LGBTI (lesbianas, gay, bisexuales, transexuales e intersexuales) canalizar al equipo complementario para acciones promocionales diferenciales.
- Seguimiento a la canalización de servicios POS.

Paso 4: Notificación de eventos prioritarios en salud pública al SIVICOM (Sistema de vigilancia comunitaria)

- Identificar eventos prioritarios en salud pública y notificar a los Sistemas de Vigilancia en Salud Pública.
- Seguimientos a canalizaciones de Niños-as trabajadores identificados y notificación al Sistema de Vigilancia en Salud Pública ocupacional de las y los trabajadores en la economía informal - SIVISTRA en los casos en los que se hayan identificado accidentes relacionados con el trabajo o posible enfermedad asociada con la actividad laboral que realiza.

Paso 5: Gestión Transectorial

- Seguimiento a la activación de rutas transectoriales, en el marco del Programa de Atención Integral a la Primera Infancia (ver anexo técnico ruta del Programa de Atención Integral a la Primera Infancia).

Paso 6: Registro de la información

- Registrar información de la asesoría a la familia con menor de 1 a 5 años en los formatos correspondientes.

Formatos, instrumentos y documentos de apoyo

- ✓ Formato Plan Familiar
- ✓ Formato de seguimiento a novedades.
- ✓ Formato de primera infancia
- ✓ Formato de canalización y notificación.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

- ✓ Bases de datos de captura de la información. APS en línea y de seguimiento al plan familiar.
- ✓ Caja de Herramientas.

Subproductos

- ✓ Formato Plan Familiar
- ✓ Formato de seguimiento a novedades.
- ✓ Formato de Primera Infancia
- ✓ Formato de canalización y notificación.
- ✓ Bases de datos de captura de la información. APS en línea y de seguimiento al plan familiar.

Producto

Sesión de asesoría integral en casa a la familia con niño o niña menor de un año realizada por profesional de enfermería.

Base de datos por ciclo vital o por prioridad y la de APS en línea debidamente diligenciada, validada por tecnólogo de sistemas territorial y local, de apoyos a la gestión territorial y coordinación territorial y con concepto técnico favorable de la DSP-SDS.

Medios de verificación y aspectos auditar

- ✓ Formatos enunciados diligenciados y capturados en el APS en Línea, y en la base de datos correspondiente (la información se migrará al aplicativo web).
- ✓ Plan Familiar
- ✓ Base de datos por ciclo vital o por prioridad y la de APS en línea debidamente diligenciada, validada por tecnólogo de sistemas territorial y local, de apoyos a la gestión territorial y coordinación territorial y con concepto técnico favorable de la DSP-SDS.
- ✓ Registro de canalización (en caso que lo amerite sea coherente con los hallazgos encontrados y el riesgo asignado (ver cuadro 3) y seguimiento efectivo a la canalización.
- ✓ Que cuente con el perfil del talento humano determinado por el lineamiento para realizar la actividad asesoría en familiar.
- ✓ En la auditoría se debe verificar por lo menos 1% de las sesiones por acción (de la asesoría integral a la familia), al azar del territorio durante la vigencia, verificando con la familia visitada (presencial o telefónica), los aspectos principales de la visita.

^a La Resolución 412 de 2000 contempla que el control de crecimiento y desarrollo debe hacerse en el menor de un año 3 veces (13-16 meses; 17-20 meses, 21-24 meses) y luego cada seis meses hasta los 7 años y de los 8 a los 10 años 3 veces.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

8.2.2 Procesos de Asesoría Integral en casa a Familias con Niños y/o Niñas de 0 a 5 Años por el Equipo de Respuesta Complementaria

8.2.3.1 Proceso de asesoría Integral en casa a Familias con niños/as de 1 a 5 años, 11 meses y 29 días en salud oral

Subprograma: Niñez Creciendo Saludables	Unidad Operativa: Proceso de asesoría Integral en casa a Familias con niños de 1 a 5 años, 11 meses y 29 días en Salud oral
Ciclo: niños y niñas de 1 a 5 años, 11 meses y 29 días.	Sujetos de intervención o características del grupo: Familias con niños y niñas de 1 a 5 años de los micro territorios de APS no intervenidos en los últimos 2 años.
Perfil que ejecuta la unidad operativa: Auxiliar en salud oral y profesional en odontología.	
<p>Tiempo asignado para la ejecución de la unidad operativa: 1.5 horas por sesión (3 horas en total). Se desarrollan dos sesiones en este proceso; una sesión inicial y una sesión de seguimiento. El odontólogo tiene tres sesiones de 1,5 horas para el seguimiento aleatorio de algunas de estas familias.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Periodicidad: La auxiliar de salud oral entra a visitar la familia una vez realizada la asesoría integral en casa a la familia para la caracterización o actualización de novedades por parte del técnico/a en salud, según disponibilidad de talento humano y plan de acción de la ESE. ✓ La frecuencia entre las visitas de salud oral es mínimo de un mes 	
Actividades por fases de implementación de la unidad operativa:	
<p>Paso 1 Identificación de necesidades: Posterior a la caracterización general del grupo de respuesta inicial, el equipo de respuesta complementaria entra a realizar la intervención familiar.</p> <p>Para la primera sesión este paso se corresponde a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Caracterización en salud oral que busca acercarse un poco más a la identificación en la dinámica familiar y en su entorno inmediato, algunos factores que influyen en los procesos de salud y enfermedad, para que a partir del reconocimiento de habilidades, creencias y prácticas se pueda construir conjuntamente con los miembros de la familia el plan familiar. Se hará una caracterización de la situación de salud oral de la familia, identificando los puntos críticos a fortalecer de acuerdo a los hábitos de la familia, conforme a los hallazgos de la caracterización en salud oral, la calidad de cepillado y necesidades de atención de la familia con niños 1-6 años utilizando el <i>Formato</i> de Caracterización en salud oral. • El formato de caracterización en salud oral es familiar, independiente del miembro de la familia que active la entrada o del número de miembros con la característica para entrar. • Este formato debe ser digitado en APS en línea de lo contrario es como si no se 	



hubiera realizado la visita.

Para la segunda sesión este paso se corresponde al seguimiento a la adherencia a plan familiar en salud oral y se debe registrar en el *Formato seguimiento en salud oral*.

Paso 2 Resolución:

- Concertación de plan de salud oral y registro en el *Formato Seguimiento en salud oral por profesional de odontología*.
- Información, educación y comunicación de acuerdo a las necesidades de los niños entre 1-5 años y su familia sobre prácticas protectoras en salud oral que será registrado en el *Formato de Seguimiento en salud oral por profesional de odontología*.

Haga con la familia el plan familiar en físico que se quedará en la casa en un lugar visible, puede ser construido con los mismos recursos de la familia y preferible con puño y letra, y ojala firma de uno de sus integrantes. La información de estos formatos debe ser diligenciada en la base de datos de seguimiento al plan familiar, para poder identificar los avances y resultados logrados.

Para la segunda sesión este paso se corresponde a:

- ✓ Reforzamiento a la información, educación y comunicación de acuerdo a las necesidades del niño/a y su familia sobre prácticas protectoras en salud oral que será registrado en el *Formato de novedades y seguimiento de Novedades* (ver anexo técnico salud oral).
- ✓ Monitoreo de calidad del cepillado.

Paso 3 Canalización a servicios de salud:

- Canalización a la consulta de odontología. De preferencia con programación de consulta de salud en terreno o entrega de *Formato de canalización* y registro en *Formato de seguimiento*. *No registre diagnósticos porque esta es competencia del profesional en odontología.*

Las acciones que se desarrollan son responsabilidad del profesional en odontología, por tanto para programar seguimiento aleatorio a las auxiliares. durante esta vigencia se incorpora el profesional de odontología directamente en la operación del ámbito familiar, para acompañar el proceso, a continuación se mencionan algunas características que le ayudarán a definir las seis familias a visitar:

- *Familias que tenga más de un miembro con criterios de alta necesidad de atención.*
- *Después de los dos momentos de trabajo con la auxiliar en salud oral la calidad de cepillado no mejora.*
- *Presenta signos de alarma que lo categorizan en alta prioridad de tratamiento y no ha accedido al servicio.*
- *Uno o más integrantes de la familia en condición de discapacidad o con labio y*



paladar hendido, o con alteraciones dento-cráneo-maxilo faciales (alteraciones genéticas, traumas).

- *Al hacer el seguimiento se evidencian escasos cambios en conocimientos, actitudes y prácticas.*
- *Primeras visitas que va a realizar la auxiliar de salud oral.*

- Concertación de plan de salud oral y registro en el *Formato Seguimiento en salud oral por profesional de odontología.*
- Acuerdo con la familia de la próxima visita en 30 días o más que será confirmada de forma telefónica días antes de su realización.
- Para la segunda sesión este paso se corresponde al seguimiento que se realiza a esta canalización a consulta de odontología y se registra en Formato de seguimiento.

Paso 4: Notificación de eventos prioritarios en salud pública al SIVICOM (Sistema de vigilancia comunitaria)

- Identificar y notificar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica, eventos prioritarios en salud, si los hay.

Paso 5: Registro de la información

Registrar información de la asesoría a la familia en los formatos correspondientes.

Formatos, instrumentos y documentos de apoyo

- ✓ Formato de Caracterización en salud oral.
- ✓ Formato seguimiento en salud oral.
- ✓ Formato de canalización y notificación.
- ✓ Formato Plan Familiar.
- ✓ Bases de datos de captura de la información. APS en línea y de seguimiento al plan familiar.
- ✓ Caja de Herramientas.

Subproductos

- ✓ Plan Familiar
- ✓ Caracterización en salud oral.
- ✓ Seguimiento en salud oral.
- ✓ Canalización y notificación.
- ✓ Base de datos de APS en línea y de plan familiar y seguimiento debidamente diligenciada, validada por tecnólogo de sistemas territorial y local, de apoyos a la gestión territorial y coordinación territorial y con concepto técnico favorable de la DSP-SDS.

Producto

Proceso de asesoría integral en casa a la familia con niños y niñas de 1 a 5 años por



Auxiliar en salud oral (2 sesiones), con información capturada en el APS en Línea y en la base de datos correspondiente.

Base de datos de APS en línea y de plan familiar y seguimiento debidamente diligenciada, validada por tecnólogo de sistemas territorial y local, de apoyos a la gestión territorial y coordinación territorial y con concepto técnico favorable de la DSP-SDS entregada en medio magnético a la SDS el quinto día calendario de cada mes.

Medios de verificación y aspectos auditar

- ✓ Formatos enunciados diligenciados y capturados en el APS en Línea, y en la base de datos correspondiente (la información se migrará al aplicativo web).
- ✓ Base de datos de APS en línea y de plan familiar y seguimiento debidamente diligenciada, validada por tecnólogo de sistemas territorial y local, de apoyos a la gestión territorial y coordinación territorial y con concepto técnico favorable de la DSP-SDS en medio magnético el quinto día calendario de cada mes.
- ✓ Registro de canalización (en caso que lo amerite sea coherente con los hallazgos encontrados y el riesgo asignado (ver cuadro 3, Guía ámbito Familiar) y seguimiento efectivo a la canalización.
- ✓ Que cuente con el perfil del talento humano determinado por el lineamiento para realizar la actividad asesoría en familiar.
- ✓ En la auditoría se debe verificar por lo menos 1% de las sesiones por acción (de la asesoría integral a la familia), al azar del territorio durante la vigencia, verificando con la familia visitada (presencial o telefónica), los aspectos principales de la visita.

8.2.3.3 Proceso de asesoría Integral en casa a Familias con niños/as de 1 a 5 años por profesional de Nutrición y Dietética

Subprograma: Creciendo saludables	Unidad Operativa: Proceso de asesoría integral en casa familias con niños y niñas de 1 a 5 años con malnutrición por profesional de Nutrición y Dietética.
Ciclo: Infancia	Sujetos de intervención o características del grupo: Familias con niños y niñas de 1 a 5 años con desnutrición o malnutrición canalizados por ERI o SISVAN. Igualmente aplica a niños con riesgo nutricional por determinantes culturales, políticas o socioeconómicas
Perfil que ejecuta la unidad operativa: Profesional de Nutrición y dietética.	
Tiempo asignado para la ejecución de la unidad operativa: 1,5 horas por asesoría individual de primera vez y 1,5 horas para el seguimiento el cual se realizara al mes o por tarde dos meses de la visita inicial.	
✓ Periodicidad: Para la primera sesión antes que se cumplan los 30 días después de la canalización de la/el profesional de medicina o enfermería o de ser identificado a través del SISVAN.	



Metas:

- Reducir a 12% la prevalencia de desnutrición crónica en niños y niñas menores de 5 años, en coordinación y con el apoyo de los demás sectores de la Administración Distrital, al 2016.
- Reducir a 3% la prevalencia de desnutrición global en niños y niñas menores de 5 años, en coordinación y con el apoyo de los demás sectores de la Administración Distrital, al 2016.

Actividades para la implementación de la unidad operativa:

Paso 1. Identificación y acercamiento a familias con niños y niñas de 1 a 5 años con malnutrición

- Identificación de niños y niñas con diagnóstico de malnutrición (déficit de peso, sobrepeso u obesidad), a través de la remisión del equipo ERI (medico, enfermera según diagnóstico identificado en casa) o del SISVAN.

Paso 2: Resolución

- Contacto telefónico y concertación, con la familia del niño o niñas entre 1 y 5 años con malnutrición, de la fecha y hora de la visita.
- Visita en casa en donde se realizará: Valoración nutricional por antropometría al niño o niña entre el 1 a 5 años. Es importante realizar la toma de peso y talla de la persona a quien se le realiza la intervención con los equipos antropométricos de la ESE (Balanza y tallímetro), debidamente calibrados.
- Reconocimiento de las prácticas de alimentación de la familia y la alimentación ofrecida al niño o niña entre el 1 a 5 años.
- La visita incluye el diligenciamiento del formato de asesoría individual de nutrición (ver anexo técnico del equipo técnico SAN), entrevista con la madre, padre o cuidador, identificación de signos de alarma, consejería en alimentación saludable, lactancia materna para el caso de menores de 2 años, adherencia al esquema de suplementación y la canalización efectiva a programas de promoción y prevención o de apoyo alimentario si lo requiere.
- Entrega de recomendaciones sobre prácticas de alimentación saludable para el niño o niña menor de cinco años según diagnóstico nutricional y establecimiento de un plan de mejoramiento con compromisos definidos.
- Diligenciamiento del plan familiar donde se describa brevemente los acuerdos establecidos entre el profesional y la familia.
- Seguimiento de la asesoría inicial, el cual debe realizarse se debe realizar entre los 30 a 60 días calendario contados a partir del día en que se efectuó la primera visita, en donde se realizará la revisión en el cumplimiento de las recomendaciones y compromisos adquiridos en asesoría inicial, refuerzo y ajuste de los mismos según sea el caso.
- En caso de encontrar personas que requieran consulta resolutiva en el marco del POS, ésta deberá prestarse para la población capitada de la ESE y para la población pobre no asegurada, en el marco de las acciones de la atención domiciliaria. Para el



caso de la población del régimen contributivo se realizará remisión a su red de atención. Salvo que se trate de un caso de urgencia, en donde deberá realizarse la atención inicial de urgencias y la activación de la ruta de atención respectiva.

Paso 3 Canalización a servicios de salud:

- Canalizar a servicios de salud los casos pertinentes de acuerdo al estado de afiliación.
- Articulación con atención al usuario de la ESE con la finalidad de que a través de sus intervenciones con la familia se promueva la atención en salud, con especial énfasis en la minimización de barreras de acceso.

Paso 4: Registro de la información

Registrar información de la asesoría a la familia en los formatos correspondientes.

Formatos, instrumentos y documentos de apoyo

1. Formato de asesoría nutricional.
2. Bases de datos de captura de la información.
3. APS en línea y seguimiento al plan familiar
4. Formato de Plan familiar
5. Formato de canalización y/o notificación (según pertinencia del caso).
6. Formato de seguimiento a novedades (según pertinencia del caso).

Producto

- ✓ **Proceso de asesoría integral a familias con niños y niñas entre el 1 a 5 años con malnutrición (sesiones de primera vez y seguimiento) sobre promoción de alimentación saludable según diagnóstico nutricional**, con información capturada en el APS en Línea y en la base de datos correspondiente.
- ✓ Base de datos de SAN por ciclo vital o por prioridad y la de APS en línea debidamente diligenciada, validada por tecnólogo de sistemas territorial y local, de apoyos a la gestión territorial y coordinación territorial y con concepto técnico favorable de la DSP-SDS entregada en medio magnético a la SDS el quinto día calendario de cada mes.

Sub productos

1. Acta y listado de asistencia del proceso de remisión de casos por parte del equipo ERI al profesional de Nutrición y/o con referente de SISVAN para el cruce de información.
2. Plan familiar.

Medios de verificación y aspectos auditar

- ✓ **Formatos enunciados diligenciados y capturados en el APS en Línea, y en la base de datos correspondiente (la información se migrará al aplicativo web).**



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

- ✓ Base de datos por ciclo vital o por prioridad y la de APS en línea debidamente diligenciada, validada por tecnólogo de sistemas territorial y local, de apoyos a la gestión territorial y coordinación territorial y con concepto técnico favorable de la DSP-SDS en medio magnético el quinto día calendario de cada mes.
- ✓ Registro de canalización (en caso que lo amerite sea coherente con los hallazgos encontrados y el riesgo asignado (ver cuadro 3, Guía ámbito Familiar) y seguimiento efectivo a la canalización.
- ✓ Que cuente con el perfil del talento humano determinado por el lineamiento para realizar la actividad asesoría en familiar.
- ✓ En la auditoría se debe verificar por lo menos 1% de las sesiones por acción (de la asesoría integral a la familia), al azar del territorio durante la vigencia, verificando con la familia visitada (presencial o telefónica), los aspectos principales de la visita.

NOTA: Los anteriores esquemas de familias de prioridad alta con años, 11 meses y 29 días, están sujetos al criterio de los profesionales del equipo de respuesta inicial y complementaria, que pueden variar la cantidad y periodicidad de las asesorías. A continuación algunas condiciones o situaciones que podrían tomarse en cuenta para definir el requerimiento de asesorías adicionales en casa:

- Hospitalización reciente (últimos 30 días) por cualquier motivo que requiera seguimiento en casa.
- Con morbilidades descompensadas
- Retardo en el desarrollo psicomotor
- Desnutrición aguda o empeoramiento de la misma (nutricionista)
- Inasistencia sostenida a controles de crecimiento y desarrollo



9. ACCIONES EQUIPOS ERI (Equipo de Respuesta Inicial) Y ERC (Equipo de Respuesta Complementaria)

9.1 Acciones del Equipo de Respuesta Inicial

9.1.1 Asesoría Integral en casa a otras familias de prioridad alta por profesional de medicina o enfermería

Subprograma: Todos	Unidad Operativa: Asesoría integral en casa a familias de prioridad alta por profesional de medicina o enfermería
Ciclo: Todos los ciclos vitales (primera infancia, niños y niñas de 6 a 13 años, Adolescente/ Joven, Adulto/a y Adulto/a Mayor).	Sujetos de intervención o características del grupo: Familias de prioridad alta por situación, condición o daño en la salud de los territorios de APS en todas las etapas de ciclo vital (ver cuadro No. 3 de la presente guía).
Perfil que ejecuta la unidad operativa: medicina o enfermería.	
Tiempo operativo promedio de la intervención: 1.5 horas de medicina o enfermería de todas las prioridades altas, excepto para los NNA trabajadores los cuales hacen parte de la unidad operativa del ámbito laboral donde tendrán 2 horas.	
Periodicidad: Se recomienda 1 mes después de la visita del técnico/a en salud, según disponibilidad de talento humano y plan de acción de la ESE.	
<i>En el cuadro No. 3 de la presente Guía se registran las poblaciones objetivo de esta intervención; y de estas prioridades en las siguientes poblaciones se puede realizar la intervención del médico antes de la caracterización por parte del técnico y programarla en los siguientes 4 semanas y el profesional inicia el primer diligenciamiento del Plan familiar:</i>	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ <i>condiciones crónicas (leucemias pediátricas, enfermedad renal estadio III y citologías positivas sin entregar, transmisibles) que son direccionadas desde el PDA de condiciones crónicas donde la visita de enfermería es la primera actividad (antes que la caracterización del técnico) y se sugiere se realice desde el momento en el que se recibe la base de datos, teniendo en cuenta que estos casos corresponden a prioridad alta y por lo tanto deben ser abordados con la mayor celeridad posible.</i> ➤ <i>Individuos en todos los ciclos vitales con: ocupación carreteros, recicladores, bicitaxista, pequeños bodegueros y/o terceros afectados por el SITP.</i> ➤ <i>paciente con sintomatología de enfermedades transmisible, dando prioridad con TBC.</i> ➤ <i>con condición diferencial: Etnia, discapacidad, víctimas conflicto armado, población LGBTI y habitante de calle.</i> ➤ <i>En el caso de Niños, Niñas y Adolescentes trabajadores – NNA- la asesoría se puede realizar antes durante o después de la intervención del técnico en salud</i> 	



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

ocupacional y/o psicólogo para la prevención y erradicación del trabajo infantil y la intervención de entornos de trabajo saludable en las UTIS.

En estas poblaciones además del Plan Familiar y Formato de etapa de ciclo se recomienda registrar lo pertinente en una Hoja de evolución con membrete de la ESE.

- ✓ **Responsable(s) de la ejecución de la intervención:** Profesional de enfermería o medicina

Actividades por fases de implementación de la unidad operativa:

Paso: 1. Identificación de necesidades en salud y de las prácticas en salud.

- ✓ Revisión y retroalimentación del plan de acción familiar.
- ✓ Reconocimiento de prácticas y riesgos en salud propios (énfasis en salud sexual y reproductiva, enfermedades crónicas, trasmisibles y salud mental)
- ✓ Identificación de niños, niñas (NN) trabajadoras, teniendo en cuenta que se considera trabajo: el trabajo doméstico que realizan para su familia por más de 14 horas semanales; actividades domésticas que impliquen riesgo para su salud (por ejemplo cocinar); cuando tienen a cargo o cuidan otros niños/as, personas mayores y/o personas con discapacidad; o colaboración en procesos de trabajo que se realizan en la vivienda.

Paso 2: Resolución (ver instructivos de los formatos por etapa de ciclo vital)

- ✓ Asesoría integral en salud sexual y reproductiva (Derechos sexuales y reproductivas, ITS – VIH, Regulación de la fecundidad, IVE) (Anexos género y salud sexual y reproductiva).
- ✓ Identificación de signos de alarma relacionados con los eventos prioritarios en salud pública (ver anexo técnico crónicas y trasmisibles para equipos de respuesta inicial, y rutas de atención para cáncer de cuello, mama y próstata).
- ✓ Identificación de eventos en salud relacionados con la actividad laboral que realiza para NNA trabajadores (ver anexo Salud Laboral para ERI).
- ✓ Lectura de carné de vacunación, el cual debe estar acorde a la edad de los individuos valorados y completo según el esquema PAI vigente (ver memo ficha PAI)
- ✓ Verificar adherencia a programas y tratamientos de enfermedades crónicas y trasmisibles
- ✓ Refuerza información y orientación en:
 - Derechos y compromisos en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
 - Prácticas saludables: seguridad alimentaria y nutricional, salud oral, actividad física y salud mental; teniendo en cuenta las prácticas propias y la alimentación equitativa.
 - Síntomas y signos de alarma en enfermedades crónicas y trasmisibles.
- ✓ Atención Inicial de Urgencias (primer respondiente) en los casos que se requiera.
- ✓ En caso de encontrar personas que requieran consulta resolutive en el marco del



POS, ésta deberá prestarse para la población capitada de la ESE y para la población pobre no asegurada, en el marco de las acciones de la atención domiciliaria. Para el caso de la población del régimen contributivo se realizará remisión a su red de atención. Salvo que se trate de un caso de urgencia, en donde deberá realizarse la atención inicial de urgencias y la activación de la ruta de atención respectiva.

Pacientes con Leucemias pediátricas - Enfermedad Renal Crónica – Citología positiva direccionados desde PDA de condiciones Crónicas

- ✓ *Valoración del riesgo en salud de las niñas, niños y adolescentes con leucemias pediátricas y personas con Enfermedad Renal Crónica. Identificando la presencia de signos y síntomas de acuerdo a la condición crónica y verificando la respuesta al tratamiento, sus efectos secundarios y continuidad del mismo. NOTA : Todo niño, niña o adolescente que lleve más de tres semanas sin la continuidad el tratamiento por parte de los padres, el Equipo ERI deberá notificar de manera inmediata al referente del PDA de Condiciones crónicas.*
- ✓ *Valoración del riesgo en salud de las personas diagnosticadas con ERC Estadio III.*
- ✓ *Verificar asistencia a controles médicos para el mantenimiento de la condición general en pacientes con diagnóstico de leucemia pediátrica o Enfermedad Renal Crónica.*
- ✓ *Socialización de ruta de atención y directorio de organizaciones para el manejo integral de las niñas, niños y adolescentes con cáncer infantil y Socialización de ruta de atención - modelo de prevención y control de la ERC (ver anexo técnico de condiciones crónicas).*
- ✓ *Entrega de resultado de citología positiva a usuarias de acuerdo a notificación realizada por el referente del PDA Condiciones crónicas – Cáncer de cuello Uterino. La entrega de citología se deberá realizar de acuerdo al instructivo del formato de visita domiciliaria de la norma técnico administrativa del programa detección temprana de cáncer de cuello Uterino (ver anexo formato e instructivo de entrega de citologías).*
- ✓ *Notificar la entrega efectiva de citología, el seguimiento de niñas, niños, adolescentes, adultos o adultos mayores con leucemias pediátricas y ERC Estadio III, al referente del PDA condiciones Crónicas y CACU (cáncer de cuello uterino) los primeros cinco días del mes siguiente a la visita*
- ✓ **Paso 4: Remisión a servicios de salud**

Remisión a los servicios de salud, según hallazgos, especialmente a:

- ✓ Protección específica y Detección Temprana así:
 - Niños y niñas menores de 10 años: Control de crecimiento y desarrollo.
 - Personas de 10 a 26 años: Control del Joven, Servicios Amigables para jóvenes, para quienes han iniciado vida sexual: Citología cérvico vaginal y consulta de regulación de la fecundidad.
 - Personas del 27 a 59 años: Control de crónicos y trasmisibles, Después de los



45 años a consulta de quinquenios (adulta y adulta mayor), Consejería para la regulación de la fecundidad, Citología cérvico vaginal para quienes han iniciado vida sexual, para mayores de 45 años a la mamografía.

- Personas de 60 años y más: Control de quinquenios de la persona mayor, control de crónicos, Citología cérvico vaginal (Todas las mujeres entre los 21 y 69 años de edad y menores de 21 con vida sexual activa), para mayores de 50 años a la mamografía y examen clínico, menores de 50 examen clínico de la mama (ECM) anual. Hombres mayores de 40 exámenes de próstata.
 - Personas entre los 5 a 65 años o más con sintomatología respiratoria por más de 15 días para acceso a toma de Baciloscopia seriada de esputo para descartar tuberculosis, canalización a consejería para prueba de VIH y descarte de otras ITS.
 - Consulta de optometría para personas de 4, 11, 16 y 45 años.
 - Consulta de Higiene Oral a todas las personas a partir del primer año de vida.
- ✓ Al PAI según los esquemas dispuestos por el Ministerio de Salud y la SDS.
- ✓ Servicios POS: Consulta externa general y especializada, Urgencias, Odontología.

Paso 5: Gestión transectorial

Seguimiento a la canalización a servicios sociales. Según nuevos hallazgos activación de rutas de respuesta intersectorial.

Paso 6: Notificación de eventos prioritarios al SIVICOM (Sistema de vigilancia comunitaria)

Identificar y notificar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica, eventos prioritarios en salud.

Notificación de eventos prioritarios al SIVISTRA (Sistema de vigilancia en Salud de los Trabajadores)

Entrega de información (ver formato laboral ERI de la Guía Ámbito Laboral), sobre posibles accidentes de trabajo o enfermedades relacionadas con el trabajo al especialista en salud ocupacional Gestor del Ámbito Laboral (quien hace el reporte a su correspondiente nodo).

Paso 7: Registro de la información

Registrar información de la asesoría a la familia en los formatos respectivos, según etapa del ciclo vital.

Formatos, instrumentos y documentos de apoyo

- ✓ Formato Plan Familiar
- ✓ Formato de valoración y seguimiento por etapa de ciclo vital (primera infancia, infancia, adolescencia/juventud, Adulta y Adulta Mayor).
- ✓ Bases de datos de notificación de leucemias pediátricas – Enfermedad Renal Crónica Estadio III con seguimiento



- ✓ Formato de visita domiciliaria – Entrega de citologías de la norma técnico administrativa del programa detección temprana de cáncer de cuello Uterino
- ✓ Formato de canalización y notificación (si Aplica)
- ✓ Bases de datos de captura de la información.
- ✓ APS en línea y de seguimiento al plan familiar.
- ✓ Caja de Herramientas.

Subproductos

- ✓ Formato Plan Familiar
- ✓ Formato de valoración y seguimiento por etapa de ciclo vital (primera infancia, infancia, adolescencia/juventud, Adulta y Adulta Mayor)
- ✓ Formato de canalización y notificación (si Aplica)
- ✓ Bases de datos de captura de la información.
- ✓ APS en línea y de seguimiento al plan familiar.

Producto

Sesión de asesoría integral en casa a Familia de prioridad alta por situación o condición por profesional de enfermería, ó

Sesión de asesoría integral en casa a Familia de prioridad alta por situación o condición por profesional de medicina.

En los casos de pacientes remitidos por PDA de condiciones crónicas además aplica:

- Seguimiento a pacientes con leucemias pediátricas – enfermedad Renal Crónica estadio III registrada en base de datos.
- Entrega efectiva de citología vaginal registrada en formato correspondiente.

Base de datos por ciclo vital o por prioridad y la de APS en línea debidamente diligenciada, validada por tecnólogo de sistemas territorial y local, de apoyos a la gestión territorial y coordinación territorial y con concepto técnico favorable de la DSP-SDS en medio magnético el quinto día calendario de cada mes.

Medios de verificación y aspectos auditar

- ✓ Formatos enunciados diligenciados y capturados en el APS en Línea, y en la base de datos correspondiente (la información se migrará al aplicativo web).
- ✓ Plan Familiar
- ✓ Base de datos de pacientes con leucemias pediátricas – enfermedad Renal Crónica estadio III diligenciada en observaciones de seguimiento con observaciones de la visita.
- ✓ Base de datos por ciclo vital o por prioridad y la de APS en línea debidamente diligenciada, validada por tecnólogo de sistemas territorial y local, de apoyos a la gestión territorial y coordinación territorial y con concepto técnico favorable de la DSP-SDS en medio magnético el quinto día calendario de cada mes.
- ✓ Registro de canalización (en caso que lo amerite sea coherente con los hallazgos



encontrados y el riesgo asignado (ver cuadro 3, Guía ámbito Familiar) y seguimiento efectivo a la canalización.

- ✓ Que cuente con el perfil del talento humano determinado por el lineamiento para realizar la actividad asesoría en familiar.
- ✓ En la auditoría se debe verificar por lo menos 1% de las sesiones por acción (de la asesoría integral a la familia), al azar del territorio durante la vigencia, verificando con la familia visitada (presencial o telefónica), los aspectos principales de la visita

9.2 Acciones del Equipo de Respuesta Complementaria

9.2.1 Asesoría Integral en casa a familias para intervención psicosocial – eventos prioritarios de salud mental

Subprograma: Todos	Unidad Operativa: Asesoría integral en casa a las familias para intervención psicosocial - eventos prioritarios de salud mental.
Ciclo: Todos los ciclos vitales (primera infancia, niños y niñas de 6 a 13 años, Adolescente/ Joven, Adulto/a y Adulto/a Mayor).	<p>Sujetos de intervención o características del grupo: Familias nuevas y adscritas con individuos de los micro territorios de APS de todas las etapas de ciclo vital priorizados por condición o situación.</p> <p>Familias nuevas y adscritas, cuyos integrantes presenten eventos prioritarios de salud mental (conducta suicida, consumo de SPA y violencias) o que sean víctimas del conflicto armado. Se realizarán tres asesorías en casa por profesional de psicología de 2 horas cada una (ver anexo técnico/a de la intervención psicosocial).</p>
Perfil que ejecuta la unidad operativa: Profesional de psicología (no psicología comunitaria).	
Tiempo operativo promedio de la intervención: 2 horas por sesión.	
<p>Periodicidad: máxima de 2 meses para el cierre del proceso (tiempo entre la primera y la tercera visita). No se establece tiempo entre una visita y otra ya que éste se deben programar de acuerdo a las necesidades de la familia y al criterio del profesional que realiza la intervención.</p>	
<p>□□NOTA: Para las familias adscritas, sin perjuicio de la intervención deberá realizarse proceso de caracterización, el cual podrá hacerse antes, durante o después de que se culminen las sesiones de asesoría por el Equipo de Respuesta Complementaria.</p>	
Actividades por fases de implementación de la unidad operativa:	



Paso 1. Apropiación conceptual y Revisión y ajuste del Plan Familiar

- Apropiación de los elementos conceptuales del PDA de salud mental (con énfasis en la estrategia de intervención psicosocial) así como los elementos metodológicos, operativos y de construcción de conocimiento sobre el contexto en el cual se va a trabajar.
- El equipo de respuesta inicial, una institución o un ámbito o un sistema de vigilancia puede ser quien remite el caso para hacer la intervención psicosocial. Este primer contacto es determinante para realizar una lectura de contexto, de síntomas, problemas o situaciones que ameritan la intervención así como el seguimiento y retroalimentación del caso con la institución, ámbito o actor que remitió el caso. [En esto se incluye la revisión del plan familiar concertado por el equipo ERI con la familia, la revisión de los formatos de caracterización y/o escenarios de encuentro con otros referentes ERI para hacer empalme del caso.](#)
- Verificar si la familia ha sido caracterizada por APS con el propósito reconocer las condiciones iniciales de individuo, familia y entorno como insumos previos de la intervención. De no ser caracterizada se debe realizar la gestión con el ERI para que se caracterice antes de culminar las tres visitas de la intervención psicosocial.
- Articulación con los ERI, ERC y el referente de gestión local (Política de salud mental y Política de Spa) con el fin de dar respuesta organizada, articulada y coherente con las necesidades de la población.

Paso 2: Atención inicial Resolutiva - Desarrollo de la intervención para aportar en la resolución de problemáticas o situaciones encontradas en las familias

Implementar la intervención psicosocial con las familias cuyos integrantes tengan eventos de salud mental o sean víctimas del conflicto armado (desplazamiento).

Esta intervención debe partir del reconocimiento de los problemas en la dinámica familiar, convocando diferentes voces que sean fundamentales escuchar para hacer una comprensión integral de situaciones o eventos permitiendo además definir posibilidades de cambio o transformaciones en la familia y su relación con los diferentes contextos y redes sociales:

Para lograr este paso, es necesario implementar las acciones descritas en el “Desarrollo de la intervención” enunciadas en el documento técnico del PDA de salud mental en el cual se precisan las acciones a realizar, los aspectos técnicos y metodológicos a tener en cuenta así como los subproductos esperados en los encuentros con la familia.

Paso 3: Canalización

Procedimiento por el cual, dependiendo de las necesidades identificadas en la familia, desde la implementación de cada una de las estrategias de salud mental se identifican y remiten a las personas con eventos prioritarios en salud mental (violencia intrafamiliar, violencia sexual, explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes (ESCNNA), maltrato infantil y violencia hacia la mujer, consumo de sustancias psicoactivas, conducta suicida, trastornos de la conducta alimentaria (anorexia y bulimia), y déficit de atención por hiperactividad, entre otros), así como situaciones en las cuales se encuentra afectación, sufrimiento emocional y manifestaciones posteriores por experiencias y situaciones de vulneración de derechos en individuos y colectivos en el marco del conflicto armado se puede realizar las canalizaciones a:

- Canalización a acciones complementarias del Programa Territorios Saludables (por ejemplo



Servicios de Salud Colectiva).

- Canalización a servicios individuales del POS Según necesidades en salud mental encontradas.
- Canalización a ERI
- A los servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes
- Información y orientación a las familias acerca de las rutas de atención en salud, servicios sociales y programas o proyectos sectoriales que contribuyen con el mejoramiento de condiciones de vida y salud de las familias.

Paso 4: Gestión Transectorial

Canalización a servicios sociales (En caso de que las necesidades de la familia así lo ameriten)

Paso 4: Notificación de eventos prioritarios en Salud Pública

Se debe realizar la notificación de eventos prioritarios de salud pública al SIVICOM (Sistema de Vigilancia Comunitaria en Salud) en caso de que los hallazgos así lo ameriten.

Cuando las necesidades en salud mental ameriten, se debe realizar notificación a los Sistemas de Vigilancia en Salud Pública en Salud Mental:

- ✓ SIVIM. Sistema de Vigilancia en Violencia Intrafamiliar Maltrato Infantil, Violencia y abuso sexual.

En el caso de eventos relacionados con violencia se articula con el SIVIM para dar respuesta complementaria a las necesidades y revisar el proceso y cumplimiento de la ruta en atención integral a la víctima.

Se precisa que la articulación con las instituciones de protección y/o de justicia como el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Secretaría Distrital de Integración Social, Fiscalía y demás, solamente es de competencia del SIVIM, intervención que se ubica en el componente de Vigilancia en Salud Pública del Plan de Intervenciones Colectivas.

El SIVIM se constituye en la principal fuente de datos en el Distrito Capital sobre violencia, por lo tanto, cuando el caso esté relacionado con violencia intrafamiliar, violencia sexual, maltrato o negligencia, se realiza el registro de la ficha SIVIM y se notifica a este sistema a través del referente de la Intervención respectiva en la ESE y la novedad se registra en el formato de Registro de Intervención en Salud Mental, adjuntando copia del soporte.

Es importante tener en cuenta que si bien SIVIM genera un proceso de orientación y seguimiento, sus alcances son epidemiológicos mas no de intervención familiar, por lo tanto cuando el caso es asumido por SIVIM y posteriormente remitido a la intervención psicosocial, su abordaje debe aportar en el fortalecimiento de dinámicas familiares y movilización de redes sociales según lo consignado



en la ficha de la intervención, manteniendo enlaces permanentes con el sistema remitario (SIVIM).

- ✓ SISVECOS. Sistema de Vigilancia en Epidemiológica de Conducta Suicida.

En Conducta Suicida, el caso debe ser puesto en conocimiento SISVECOS de la localidad. Cuando el evento es canalizado por el SISVECOS, se procede a revisar la información entregada por el referente de este sistema, como información de entrada para el abordaje del caso. Se da prioridad a las recomendaciones del o la profesional del SISVECOS para la asesoría y orientación en psicología.

Es fundamental, verificar que las tareas del plan de acción formuladas desde el abordaje que SISVECOS planteo se estén cumpliendo y las tareas que aún no se han cumplido movilizar con la familia nuevas estrategias durante la intervención psicosocial para que se logre su avance y cumplimiento..

Paso 7: Registro de la información.

Registrar la información de la asesoría a la familia en los formatos correspondientes de acuerdo a lo enunciado a continuación:

- Formato de registro de Salud Mental: Realizar el registro de la intervención y consignar para cada una de las visitas la firma del usuario y del profesional responsable.
- Formato mapa de redes sociales: Al ser un anexo al formato de registro de salud mental se debe diligenciar más no lleva firma del usuario ni del profesional. Teniendo en cuenta que se diligencia de manera conjunta con las familias pueden presentarse casos en los que los usuarios no identifican miembros de la red en algunas áreas de la vida.
- Formato de plan familiar: Realizar el registro de la intervención y consignar para cada una de las visitas la firma del usuario y del profesional responsable.
- Formato de canalización y notificación: Se diligencia únicamente cuando las necesidades de la familia así lo requieran.
- Registro de información en la base de datos en salud mental.

NOTA: El formato de seguimiento a novedades que se diligencia desde el ámbito familiar NO debe ser diligenciado por los profesionales de psicología a cargo de la realización de la intervención psicosocial.

Formatos, instrumentos y documentos de apoyo

- ✓ Formato de plan familiar
- ✓ Formato de salud mental
- ✓ Formato mapa de redes sociales
- ✓ Formato de canalización y notificación (cuando se requiera de acuerdo a las necesidades de la familia)
- ✓ Base de datos de captura de la información
- ✓ [APS en línea y de seguimiento al plan familiar](#)



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Subproductos

- ✓ Formato de plan familiar
- ✓ Formato de salud mental
- ✓ Formato mapa de redes sociales
- ✓ Formato de canalización y notificación (cuando se requiera de acuerdo a las necesidades de la familia)
- ✓ Base de datos de captura de la información
- ✓ APS en línea y de seguimiento al plan familiar

Productos

- ✓ Sesión de asesoría integral en cada familia de prioridad alta por evento de salud mental por profesional de psicología
- ✓ Base de datos de salud mental con información de la intervención psicosocial entregada en medio magnético en la SDS el quinto día calendario de cada mes (en caso de día festivo se entregará el siguiente día hábil), al técnico encargado de tal actividad. Se entregará soporte de la entrega de la información por parte de la SDS. Las bases de datos se entregan con información acumulada.

Medios de Verificación y aspectos a auditar

- ✓ Formatos enunciados diligenciados y capturados en la base de datos correspondiente (la información se migrará al aplicativo web).
- ✓ Base de datos por ciclo vital o por prioridad y la de APS en línea debidamente diligenciada, validada por el tecnólogo de sistemas territorial y local, de apoyos a la gestión territorial y coordinación territorial y con concepto técnico favorable de la SDS/DSP el quinto día calendario de cada mes.
- ✓ Alertas identificadas y notificadas a los sistemas de vigilancia
- ✓ Registro de canalización (en caso que lo amerite sea coherente con los hallazgos encontrados y el riesgo asignado – ver cuadro 3 Guía ámbito familiar) y seguimiento efectivo a la canalización.
- ✓ Que cuente con el perfil del talento humano determinado por el lineamiento para realizar la actividad de asesoría familiar.
- ✓ En la auditoria se debe verificar por lo menos el 1% de las sesiones por acción (de la asesoría integral a la familia) al azar del territorio durante la vigencia, verificando con la familia visitada (presencial o telefónica), los aspectos principales de la visita.



9.2.2 Proceso de asesoría Integral en casa a familias en situación de discapacidad

Subprograma: Todos	Unidad Operativa: Proceso de asesoría en casa para familias en situación de discapacidad
Ciclo: Todos los ciclos vitales (primera infancia, niños y niñas de 6 a 13 años, Adolescente/ Joven, Adulto/a y Adulto/a Mayor).	Sujetos de intervención o características del grupo: Personas con discapacidad, familias, cuidadores y cuidadoras en cualquier etapa del ciclo vital.
Perfil que ejecuta la unidad operativa: Terapeuta Ocupacional, Terapeuta Físico o Terapeuta del Lenguaje con experiencia en la Estrategia Rehabilitación Basada en comunidad (RBC).	
✓ Tiempo operativo promedio de la intervención: 4 horas de profesional por familia distribuido en dos asesorías en casa de 2 horas. El intervalo entre la primera y la segunda asesoría es de dos (2) a seis (6) semanas. ³²	
Objetivo y alcance: Restituir la autonomía funcional y social de la persona con discapacidad, su familia, cuidador o cuidadora, que le permita su empoderamiento en prácticas de cuidado, salud y participación social.	
Actividades por fases de implementación de la unidad operativa: Es de recordar que el objetivo de esta intervención es restituir la autonomía funcional y social de la persona con discapacidad, su familia, cuidador/ cuidadora, en su vida cotidiana como punto de partida para avanzar en su inclusión social y mejorar la calidad de vida, por lo cual se espera que haya canalización efectiva de las personas según las necesidades evidenciadas.	
Actividades por componentes de acción:	

³² En caso de haber segundas visitas pendientes de la vigencia Agosto-Septiembre, dichas asesorías podrán desarrollarse en el mes de Octubre para cerrar el proceso independiente de la periodicidad.



Primera Visita:

Momento 1: *Identificación, caracterización, tamizaje o valoración, priorización o análisis de situación y condición o actualización de novedades.*

- Valorar el entorno familiar, físico domiciliario e identificar las barreras físicas, actitudinales y comunicativas y los facilitadores en el contexto para el desempeño de la persona, utilizando los criterios de la CIF 2001. (Formato de captura de información para verificación de condición de discapacidad, versión 2014).
- Ingresar la información en la base de datos en discapacidad y la base de personas vinculadas a RBC.
- Priorizar niños y niñas con malformaciones congénitas y pronóstico de discapacidad, así mismo dar cuenta del seguimiento de manera articulada con vigilancia.

Momento 2: Definición y concertación Plan de trabajo.

- Realizar actividades de información sobre mecanismos para el ejercicio de los derechos y orientación en prácticas de cuidado (autocuidado, cuidado mutuo y socio cuidado).
- Concertar actividades con la familia relacionadas con objetivos y necesidades a modificar. (Plan de trabajo familiar).

Momento 3: Atención inicial- resolutive

- Orientar la implementación de adaptaciones, adecuaciones o aditamentos de baja tecnología.
- Canalizar y/o verificar la canalización a servicios de salud y redes sociales.

Segunda Visita:

Momento 4: Acciones promocionales- IEC

- Realizar el seguimiento al plan familiar concertado.
- Orientar a la persona, familia y cuidadores sobre prácticas de cuidado con énfasis en el manejo de rutinas diarias, comunicación, corporalidad, técnicas de conservación de energía, manejo de estrés, actividades de la vida doméstica y social y afrontamiento de la condición.
- Realizar informe de la actividad en el formato de acciones colectivas del ERC

Momento 5: Canalización a acciones en otros ámbitos, a servicios de salud colectiva y servicios sociales

- Verificar el ingreso de la persona al proceso de registro y caracterización de la población con discapacidad.
- Hacer seguimiento de las canalizaciones a servicios de salud, y sociales.
- En caso de requerirse, verificar la necesidad de ayudas técnicas y canalizar para la prescripción con el operador local del Banco de Ayudas Técnicas.



Formatos, instrumentos y documentos de apoyo³³

- ✓ Formato de Plan familiar
- ✓ Formato de captura de información para verificación de condición de discapacidad versión 2014
- ✓ Base de datos de personas con discapacidad versión 2014.
- ✓ Base de datos de personas vinculadas a Rehabilitación basada en comunidad (RBC).
- ✓ Formato canalización y notificación. (si Aplica)
- ✓ Bases de datos de captura de la información.
- ✓ APS en línea y de seguimiento al plan familiar.
- ✓ Caja de Herramientas de Discapacidad y RBC.

Subproductos

- *Familia caracterizada con plan de trabajo familiar.
- *Familia asesorada en prácticas de cuidado(auto cuidado, cuidado mutuo, socio cuidado)
- *Canalizaciones efectivas y con seguimiento.
- *Diligenciar lo correspondiente al proyecto 869.
- *Participar en las jornadas locales y distritales para el fortalecimiento de capacidades
- *Aportar a la actualización del análisis situacional de calidad de vida y salud de la población con discapacidad con información cuali- cuantitativa sobre el desarrollo de la intervención.

Producto

Proceso de asesoría integral en casa a familias nuevas con personas en situación o condición de discapacidad.

- *Familias asesoradas apropiadas en prácticas de cuidado.
- *Familias asesoradas haciendo uso de servicios de salud y sociales (incluye servicios de salud colectiva)

Base de datos de discapacidad entregada en medio magnético en la SDS el quinto día calendario de cada mes (en caso de día festivo se entregará el siguiente día hábil), al técnico encargado de tal actividad. Se entregará soporte de entrega de la información por parte de la SDS. Las bases de datos se entregan con información acumulada.

Medios de verificación y aspectos auditar

- ✓ Formatos enunciados diligenciados y capturados en el APS en Línea, y en la base de datos correspondiente (la información se migrará al aplicativo web).
- ✓ Instrumentos y Base de datos Versión 2014, diligenciados.
- ✓ Base de datos por ciclo vital o por prioridad y la de APS en línea debidamente diligenciada, validada por tecnólogo de sistemas territorial y local, de apoyos a la

³³ El Formato de Acciones Colectivas no se diligencia en esta intervención.



- gestión territorial y coordinación territorial y con concepto técnico favorable de la DSP-SDS en medio magnético el quinto día calendario de cada mes.
- ✓ Alertas identificadas y notificadas a los sistemas de vigilancia.
 - ✓ Registro de canalización (en caso que lo amerite sea coherente con los hallazgos encontrados y el riesgo asignado (ver cuadro 3, Guía ámbito Familiar) y seguimiento efectivo a la canalización.
 - ✓ Que cuente con el perfil del talento humano determinado por el lineamiento para realizar la actividad asesoría en familiar.
 - ✓ En la auditoría se debe verificar por lo menos 1% de las sesiones por acción (de la asesoría integral a la familia), al azar del territorio durante la vigencia, verificando con la familia visitada (presencial o telefónica), los aspectos principales de la visita.

9.2.3 Proceso de asesoría Integral en casa a familias en situación de discapacidad – Seguimiento a Familias antiguas en RBC

<p>Subprograma: Creciendo saludable Jóvenes para la salud y la vida Adulthood saludables Vejez humana e incluyente Salud para las diversidades y la inclusión</p>	<p>Unidad Operativa: Asesoría Integral en casa a las Familias</p>
<p>Sujetos de intervención o características del grupo: Personas con discapacidad, familias, cuidadores y cuidadoras en cualquier etapa del ciclo vital, que recibieron asesoría en RBC en el periodo 2004 - 2012.</p>	<p>Producto: proceso de asesoría integral en casa a las familias en situación de discapacidad, (familias para seguimiento antiguas en RBC).</p>
<p>Perfil que ejecuta la unidad operativa: Terapeuta Ocupacional, Terapeuta Físico o Terapeuta del Lenguaje con experiencia en la Estrategia Rehabilitación Basada en Comunidad (RBC).</p>	
<p>Tiempo asignado para la ejecución de la unidad operativa. 4 horas de profesional por familia distribuido en dos asesorías en casa de 2 horas. El intervalo entre la primera y la segunda asesoría es de dos (2) a seis (6) semanas.³⁴</p>	
<p>Objetivo y alcance: a partir de identificar las transformaciones en el ejercicio de los derechos y la inclusión social de familias asesoradas por RBC en el periodo 2004-2012, fortalecer su empoderamiento en prácticas de cuidado y en participación social.</p>	
<p>Actividades por componentes de acción:</p>	
<p><u>Primera Visita de seguimiento</u></p>	
<p>Momento 1: Actualización de novedades en caracterización para retomar y ajustar el Plan</p>	

³⁴ En caso de haber segundas visitas pendientes de la vigencia Agosto-Septiembre, dichas asesorías podrán desarrollarse en el mes de Octubre para cerrar el proceso independiente de la periodicidad.



de trabajo familiar.

- Priorizar las familias que en el primer proceso realizado por RBC contaban con personas con discapacidad en la etapa de infancia, dado que la entrada a la etapa de la adolescencia supone cambios importantes en capacidades, hábitos, rutinas y prácticas de cuidado que en la actualidad requieren de asesoría para la familia, la persona con discapacidad y los cuidadores.
- Actualizar novedades en la valoración del entorno familiar, físico domiciliario e identificar las barreras arquitectónicas, actitudinales y comunicativas, así como los facilitadores en el contexto para el desempeño de la persona, con base en los criterios de la CIF 2001. (Formato de captura de información para verificación de condición de discapacidad, versión 2014).
- Actualizar novedades en torno a la exploración de los cambios vividos en la familia a partir de su participación en la asesoría de RBC, con énfasis en su autonomía, funcional, social y política relacionadas con su inclusión social y el ejercicio de sus derechos.
- Actualizar novedades para el ingreso de la información a la base de datos en discapacidad y la base de personas vinculadas a RBC.
- Concertar actividades con la familia relacionadas con objetivos y necesidades a modificar, orientando a prácticas que reactiven la ruta de la inclusión, dando énfasis a la canalización a los servicios de salud colectiva y otras redes protectoras de salud y calidad de vida. (Plan de trabajo familiar).
- Realizar actividades de información sobre mecanismos para el ejercicio de los derechos y orientación en prácticas de cuidado (autocuidado, cuidado mutuo y socio cuidado) .
- Atención inicial- resolutive. Orientar la implementación de adaptaciones, adecuaciones o aditamentos de baja tecnología.
- Canalizar a servicios de salud y redes sociales.
- Acciones promocionales- IEC. Orientar a la persona, familia y cuidadores sobre prácticas de cuidado con énfasis en el manejo de rutinas diarias, comunicación, corporalidad, técnicas de conservación de energía, manejo de estrés, actividades de la vida doméstica y social y afrontamiento de la condición.

Tener en cuenta lo siguiente:

- Priorizar niños y niñas con malformaciones congénitas y pronóstico de discapacidad, así mismo, dar cuenta del seguimiento de manera articulada con vigilancia.
- Tener en cuenta la perspectiva de la interseccionalidad, visibilizando las variables poblaciones de: Víctimas del conflicto, género, etnias entre otras.
- Canalizar a toda la población incluida en la estrategia RBC para que haga el proceso de registro.
- Conocer el instrumento de canalización en vigilancia en salud pública.
- Incluir en la estrategia RBC a las personas con discapacidad, que vienen canalizadas desde vigilancia en salud pública.

Segunda Visita de seguimiento

- Realizar el seguimiento al plan familiar concertado dejando recomendaciones para



<p>el empoderamiento en prácticas de cuidado y participación social de la familia a partir de las orientaciones dadas por el terapeuta.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verificar el ingreso de la persona al proceso de registro y caracterización de la población con discapacidad. • En caso de requerirse, verificar la necesidad de ayudas técnicas para la prescripción con el operador local del Banco de Ayudas Técnicas y reportar a las canalizaciones del profesional. • Realizar informe de la actividad en el formato de captura – espacio de observaciones señalando la fecha en que se realiza el reporte de visita.
<p>A. Formatos, instrumentos y documentos e apoyo.</p> <p>*Formato de captura de información para personas con discapacidad versión 2014. *Base de datos de personas con discapacidad versión 2014. *Base de datos de personas sin discapacidad vinculadas a Rehabilitación basada en comunidad (RBC). *Caja de Herramientas de Discapacidad y RBC.</p> <p>B. Medios de verificación</p> <p>*Instrumentos y Base de datos Versión 2014, diligenciados.</p> <p>C. Subproductos</p> <p>*Familia caracterizada con plan de trabajo familiar. *Familia asesorada en prácticas de cuidado(auto cuidado, cuidado mutuo, socio cuidado) *Canalizaciones efectivas y con seguimiento. *Diligenciar lo correspondiente al proyecto 869. *Participar en las jornadas locales y distritales para el fortalecimiento de capacidades *Aportar a la actualización del análisis situacional de calidad de vida y salud de la población con discapacidad con información cuali- cuantitativa sobre el desarrollo de la intervención.</p> <p>D. Productos</p> <p>*Familias asesoradas apropiadas en prácticas de cuidado. *Familias asesoradas haciendo uso de servicios de salud y sociales (incluye servicios de salud colectiva).</p>

10. FAMILIAS DE PRIORIDAD MEDIA Y BAJA

10.1 Asesorías Integrales en casa a familias de prioridad media y baja por profesional de medicina y enfermería

Subprograma: Todos	Unidad Operativa: Asesoría integral en casa a familias de prioridad media por profesional de medicina o enfermería
Ciclo: niños y niñas de 6 a 13 años, Adolescente/ Joven, Adulto/a y Adulto/a	Sujetos de intervención o características del grupo: Familias de prioridad media y baja por situación, condición o daño en la salud de los territorios de APS en todas las etapas de ciclo vital (ver cuadro No. 3 de la presente guía). Esta acción se



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Mayor.	desarrollará con familias de prioridad baja, cuando haya confluencia de individuos en esta condición dentro de la familia.
Perfil que ejecuta la unidad operativa: medicina o enfermería.	
Tiempo operativo promedio de la intervención: 1.5 horas.	
Periodicidad: Se recomienda 1 mes después de la visita del técnico/a en salud, según disponibilidad de talento humano y plan de acción de la ESE.	
✓ Responsable(s) de la ejecución de la intervención: Profesional de enfermería o medicina	
<u>Actividades por fases de implementación de la unidad operativa:</u>	
Paso: 1. Identificación de necesidades en salud y de las prácticas en salud.	
<ul style="list-style-type: none">✓ Revisión y retroalimentación del plan de acción familiar.✓ Reconocimiento de prácticas y riesgos en salud propios (énfasis en salud sexual y reproductiva, enfermedades crónicas, trasmisibles y salud mental)✓ Identificación de niños, niñas (NN) trabajadoras, teniendo en cuenta que se considera trabajo: el trabajo doméstico que realizan para su familia por más de 14 horas semanales; actividades domésticas que impliquen riesgo para su salud (por ejemplo cocinar); cuando tienen a cargo o cuidan otros niños/as, personas mayores y/o personas con discapacidad; o colaboración en procesos de trabajo que se realizan en la vivienda.	
Paso 2: Resolución (ver instructivos de los formatos por etapa de ciclo vital)	
<ul style="list-style-type: none">✓ Asesoría integral en salud sexual y reproductiva (Derechos sexuales y reproductivas, ITS – VIH, Regulación de la fecundidad, IVE) (Anexos género y salud sexual y reproductiva).✓ Identificación de signos de alarma relacionados con los eventos prioritarios en salud pública (ver anexo técnico crónicas y trasmisibles para equipos de respuesta inicial, y rutas de atención para cáncer de cuello, mama y próstata).✓ Lectura de carné de vacunación, el cual debe estar acorde a la edad de los individuos valorados y completo según el esquema PAI vigente (ver memoficha PAI)✓ Verificar adherencia a programas y tratamientos de enfermedades crónicas y trasmisibles✓ Personas con tos y expectoración de más de 15 días canalización para toma de Bk (baciloscopia) seriado de esputo.✓ Refuerza información y orientación en:<ul style="list-style-type: none">– Derechos y compromisos en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud.– Prácticas saludables: seguridad alimentaria y nutricional, salud oral, actividad física y salud mental; teniendo en cuenta las prácticas propias y la alimentación equitativa.– Síntomas y signos de alarma en enfermedades crónicas y trasmisibles.	



- ✓ Atención Inicial de Urgencias (primer respondiente) en los casos que se requiera.
- ✓ En caso de encontrar personas que requieran consulta resolutive en el marco del POS, ésta deberá prestarse para la población capitada de la ESE y para la población pobre no asegurada, en el marco de las acciones de la atención domiciliaria. Para el caso de la población del régimen contributivo se realizará remisión a su red de atención. Salvo que se trate de un caso de urgencia, en donde deberá realizarse la atención inicial de urgencias y la activación de la ruta de atención respectiva.

Paso 4: Remisión a servicios de salud

Remisión a los servicios de salud, según hallazgos, especialmente a:

- ✓ Protección específica y Detección Temprana así:
 - Niños y niñas menores de 10 años: Control de crecimiento y desarrollo.
 - Personas de 10 a 26 años: Control del Joven, Servicios Amigables para jóvenes, para quienes han iniciado vida sexual: Citología cérvico vaginal y consulta de regulación de la fecundidad.
 - Personas del 27 a 59 años: Control de crónicos y trasmisibles, Después de los 45 años a consulta de quinquenios (adulta y adulta mayor), Consejería para la regulación de la fecundidad, Citología cérvico vaginal para quienes han iniciado vida sexual, para mayores de 45 años a la mamografía.
 - Personas de 60 años y más: Control de quinquenios de la persona mayor, control de crónicos, Citología cérvico vaginal (Todas las mujeres entre los 21 y 69 años de edad y menores de 21 con vida sexual activa), para mayores de 50 años a la mamografía y examen clínico, menores de 50 examen clínico de la mama (ECM) anual. Hombres mayores de 40 exámenes de próstata.
 - Consulta de optometría para personas de 4, 11, 16 y 45 años.
 - Consulta de Higiene Oral a todas las personas a partir del primer año de vida.
- ✓ Al PAI según los esquemas dispuestos por el Ministerio de Salud y la SDS.
- ✓ Servicios POS: Consulta externa general y especializada, Urgencias, Odontología.
- ✓

Paso 5: Gestión transectorial

Seguimiento a la canalización a servicios sociales. Según nuevos hallazgos activación de rutas de respuesta intersectorial.

Paso 6: Notificación de eventos prioritarios al SIVICOM (Sistema de vigilancia comunitaria)

Identificar y notificar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica, eventos prioritarios en salud.

Paso 7: Registro de la información

Registrar información de la asesoría a la familia en los formatos respectivos, según etapa del ciclo vital.



Formatos, instrumentos y documentos de apoyo

- ✓ Formato Plan Familiar
- ✓ Formato de valoración y seguimiento por etapa de ciclo vital (primera infancia, infancia, adolescencia/juventud, Adulta y Adulta Mayor)
- ✓ Formato de canalización y notificación
- ✓ Bases de datos de captura de la información.
- ✓ APS en línea y de seguimiento al plan familiar.
- ✓ Caja de Herramientas.

Subproductos

- ✓ Formato Plan Familiar
- ✓ Formato de valoración y seguimiento por etapa de ciclo vital (primera infancia, infancia, adolescencia/juventud, Adulta y Adulta Mayor)
- ✓ Formato de canalización y notificación
- ✓ Bases de datos de captura de la información.
- ✓ APS en línea y de seguimiento al plan familiar.

Producto

Sesión de asesoría integral en casa a Familia de prioridad alta por situación o condición por profesional de enfermería o por profesional de medicina.

Base de datos por ciclo vital o por prioridad y la de APS en línea debidamente diligenciada, validada por tecnólogo de sistemas territorial y local, de apoyos a la gestión territorial y coordinación territorial y con concepto técnico favorable de la DSP-SDS en medio magnético el quinto día calendario de cada mes.

Medios de verificación y aspectos auditar

- ✓ Formatos enunciados diligenciados y capturados en el APS en Línea, y en la base de datos correspondiente (la información se migrará al aplicativo web).
- ✓ Plan Familiar
- ✓ Base de datos por ciclo vital o por prioridad y la de APS en línea debidamente diligenciada, validada por tecnólogo de sistemas territorial y local, de apoyos a la gestión territorial y coordinación territorial y con concepto técnico favorable de la DSP-SDS en medio magnético el quinto día calendario de cada mes.
- ✓ Registro de canalización (en caso que lo amerite sea coherente con los hallazgos encontrados y el riesgo asignado (ver cuadro 3, Guía ámbito Familiar) y seguimiento efectivo a la canalización.
- ✓ Que cuente con el perfil del talento humano determinado por el lineamiento para realizar la actividad asesoría en familiar.
- ✓ En la auditoría se debe verificar por lo menos 1% de las sesiones por acción (de la asesoría integral a la familia), al azar del territorio durante la vigencia, verificando con la familia visitada (presencial o telefónica), los aspectos principales de la visita.

Articulación del equipo de respuesta inicial con el equipo de vigilancia en salud pública de la ESE

Los Equipos de Respuesta Inicial estarán en los territorios articulados con los equipos de Vigilancia en Salud pública con el fin de realizar la identificación y seguimiento de eventos inmunoprevenibles, así como de urgencias y emergencias.

NOTA: Es indispensable la identificación del Equipo de Respuesta Inicial (ERI) de eventos inmunoprevenibles, EDA, ERA, urgencias y emergencias dentro de la Asesoría Integral en casa a todas las familias sin distinción de su nivel de prioridad, en caso de identificar personas con alguno de estos eventos se canalizará y notificará con prioridad inmediata, al grupo Vigilancia en Salud Pública (VSP) del territorio y a Vigilancia en Salud Pública Comunitaria (VSPC) y este a su vez a la Unidad Comando en salud pública (UCSP).

Los casos detectados por el grupo de VSP, VSPC o UCSP del territorio que requieran dentro de los protocolos (ver protocolos de vigilancia), serán canalizados al profesional de medicina del grupo ERI para que éste realice la valoración de la persona con el evento prioritario, dicha acción se hará guiada por el grupo de vigilancia del territorio según protocolo de vigilancia y se facturará como “Sesión de asesoría integral en casa a Familia de prioridad alta por situación o condición por profesional de medicina”, de igual forma el seguimiento a estas personas será realizado por el/la profesional de enfermería y se facturará como “Sesión de asesoría integral en casa a Familia de prioridad alta por situación o condición por profesional de enfermería”. (Ver anexo técnico de vigilancia en salud pública para el equipo de respuesta inicial).

En el cuadro que se relaciona a continuación se ponen en evidencia observaciones frente a eventos de interés por etapa de ciclo vital:

GRUPO FUNCIONAL	OBSERVACIONES CLAVE	NIÑEZ	JUVENTUD	ADULTEZ	VEJEZ
Urgencias y Emergencias en salud pública, incluido brotes.	2 o más casos de personas diarrea (Sospecha de ETA, EDA y/o intoxicaciones)	SI	SI	SI	SI
Urgencias y Emergencias en salud pública, incluido brotes.	2 o más casos de personas con síntomas respiratorios (Sospecha de ERA, IRA, IRAG, Tuberculosis y/o tos ferina)	SI	SI	SI	SI
Urgencias y Emergencias en salud pública, incluido brotes.	2 o más casos de enfermedades Eruptivas evidentes (sospecha de Varicela, sarampión y/o rubéola).	SI	SI	SI	SI



Urgencias y Emergencias en salud pública, incluido brotes.	2 o más personas con signos de intoxicación (Envenenamiento o intoxicación con sustancia química incluida en SIVIGILA).	SI	SI	SI	SI
--	---	----	----	----	----

Nota; Todo caso que se identifique desde vigilancia en salud pública y que revista riesgo para la vida de la persona, este o no ubicado dentro de los territorios; el equipo complementario deberá garantizar el acompañamiento y/o seguimiento a las familias con personas mayores.

11. ANEXOS TÉCNICOS, INSTRUMENTOS Y CAJA DE HERRAMIENTAS DEL ÁMBITO FAMILIAR

11.1. INSTRUMENTOS AMBITO FAMILIAR

Son instrumentos de uso en el ámbito familiar:

Formato	Responsable diligenciamiento	Medio de Sistematización
Formato de caracterización e identificación de vulnerabilidad familiar	Técnico/a en salud	APS en línea
Formato de seguimientos a novedades familiares	Todos/as los integrantes del Equipo de respuesta inicial	APS en línea
Formato del Plan de seguimiento familiar	Todos/as los integrantes del Equipo de respuesta inicial y del equipo de respuesta complementaria	No Sistematización
Formato de canalización y notificación	Todos/as los integrantes del Equipo de respuesta inicial y del equipo de respuesta complementaria	Modelo de información para Territorio Saludable (Mi Territorio Saludable)
Formato Primera Infancia	Todos/as los integrantes del Equipo de respuesta inicial	Modelo de información para Territorio Saludable (Mi Territorio Saludable)
Formato Infancia	Todos/as los integrantes del Equipo de respuesta inicial	Modelo de información para Territorio Saludable (Mi Territorio Saludable)



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Formato Adolescentes y Jóvenes	Todos/as los integrantes del Equipo de respuesta inicial	Modelo de información para Territorio Saludable (Mi Territorio Saludable)
Formato Adultos y Persona Mayor	Todos/as los integrantes del Equipo de respuesta inicial	Modelo de información para Territorio Saludable (Mi Territorio Saludable) APS en Línea
Formato de caracterización en salud oral	Auxiliar en salud oral	
Formato de seguimiento en salud oral	Auxiliar en salud oral	Base de datos en excel
Formato de intervención psicosocial	Profesional de Psicología	Base de datos en excel
Formato de discapacidad	Profesional de terapias formado en RBC	Base de datos en excel
Formato de valoración nutricional	Profesional de nutrición	Base de datos en excel

Anexos técnicos

Nutrición – SAN
Discapacidad RBC
Transmisibles
Condiciones crónicas
Salud Oral
Salud Mental
AIEPI (manejo de la ERA y la EDA). Memo ficha del PAI
Guía para profesionales y técnicos de los servicios de salud
Territorios Ambientalmente Saludables para ERI
Anexo técnico de Salud Laboral para ERI