2024

LINEAMIENTO OPERATIVO

PILAR GESTION INTEGRAL DEL RIESGO

CAPA GESTION EXTRAMURAL

+MAS Bienestar

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN....1
2. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS DEL LINEAMIENTO....2
3. ALCANCE....3
4. MARCO LEGAL....4
5. GLOSARIO GENERAL Y DE ABREVIATURAS....9
6. GENERALIDADES DE LA OPERACIÓN....10
7. PROCESOS OPERATIVOS....11
   6.1. Gestión Territorial....11
      6.1.1. Planeación del Territorio....11
      6.1.2 Apropiación territorial....14
      6.1.3 Caracterización Territorial....15
   6.2 Gestión Familiar del Riesgo....15
      6.2.1. Caracterización Familiar....16
      6.2.2. Plan de Cuidado....22
      6.2.3. Seguimiento y Monitoreo....36
      a. Monitoreo Continuo....36
      b. Evaluación y Actualización del Plan....37
      c. Educación para la salud....37
      d. Apoyo y Acompañamiento....37
      e. Coordinación y Comunicación....37
8. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS Y FINANCIEROS PARA LA OPERACIÓN....38
9. SISTEMATIZACIÓN Y MANEJO DE LA INFORMACION.....38
10. PRODUCTOS ESPERADOS....40
11. DOCUMENTOS DE CONSULTA (caja de herramientas)....40
12. MONITOREO Y EVALUACIÓN....127
13. BIBLIOGRAFÍA....127
14. CONTROL DE CAMBIOS....127

1. INTRODUCCIÓN

El Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 establece la gestión integral del riesgo en salud (GIRS) como un eje estratégico y una "estrategia transversal de la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) que se fundamenta en la articulación e interacción de los agentes del sistema de salud y otros sectores para identificar, evaluar, medir, intervenir (desde la prevención hasta la paliación) y llevar a cabo el seguimiento y monitoreo de los riesgos para la salud de las personas, familias y comunidades" En este sentido, la Gestión Integral del Riesgo en Salud (GIRS) aporta en la garantía del derecho a la salud, el enfoque diferencial y la diversidad, el desarrollo humano sostenible, y los determinantes sociales de la salud (MSPS, 2022), visibiliza los modos, estilos y condiciones de vida de las personas y la interacción con su entorno inmediato, como parte de la información base que permite gestionar el cuidado para el bienestar de las comunidades.

La GIRS en el Modelo de Salud de Bogotá contempla componentes de la Atención Primaria Social, centra su abordaje en la generación de bienestar y salud, donde la persona, la familia y la comunidad son el núcleo fundamental para la identificación temprana e intervención oportuna de riesgos generando procesos corresponsables para el cuidado de la salud. *Es una obligación del Ente Territorial reorganizar la oferta de prestación de servicios de salud, teniendo en cuenta los prestadores públicos y privados, promoviendo la racionalización de servicios y el control de la oferta de los mismos en su territorio, fortaleciendo la red pública, propendiendo por la inversión privada, atendiendo los principios de transparencia, coordinación, concurrencia, complementariedad, eficiencia, responsabilidad, austeridad y asociación, así como las normas que hacen parte del régimen de protección de la libre competencia en términos del control y la organización de la oferta,* así como la necesidad de fortalecer e integrar la oferta de servicios de asistencia social.

En consonancia con lo anterior, en el desarrollo de la red integrada e integral de salud, las Subredes Integradas de Servicios de Salud (SISS) tienen un rol protagónico pues prestarán servicios con altos estándares de calidad, con tecnología de punta y talento humano capacitado, lo cual les permitirá ampliar su oferta y fortalecer la prestación en el régimen subsidiado, contributivo, especial y otros. Con este escenario, es vital considerar un conjunto de lineamientos, procesos, acciones y herramientas aplicados en la organización de la prestación del servicio para garantizar la calidad de los servicios en sus diferentes atributos, disponibilidad, accesibilidad, oportunidad, aceptabilidad, integralidad, idoneidad profesional, continuidad, resolutividad, seguridad, racionalidad y eficiencia de la atención en salud, con una visión centrada en la persona, en los resultados en salud y en la gestión integral del riesgo para la garantía del derecho fundamental a la salud.

Lo anterior, viabilizado mediante redes integradas e integrales de servicios de salud constituidas por prestadores de servicios de salud de diferente orden, que articulen los diferentes procesos de atención y capas del modelo garantizando el goce efectivo del derecho a la salud y mejores resultados.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Dicho esto, la GIRS debe partir de una caracterización construida con una minería de datos de múltiples fuentes sectoriales e intersectoriales que confluyan en un sistema de Información interoperable y accesible que permita prever el riesgo y sea fuente de una analítica predictiva individual, familiar, colectiva y territorial. Así se pueden generar Planes de Cuidado individuales, familiares y colectivos; concertados y monitoreados desde la prestación del servicio, con seguimiento y ajuste de acuerdo con la ejecución de este, planes dinámicos que obedezcan realmente a los riesgos para obtener resultados óptimos en la salud de la población.

Este documento describe las acciones de atención individual y colectiva, que incluye lo sectorial e intersectorial en el plano más próximo a las personas y familias (viviendas, barrios y veredas), proceso en el que participan diferentes actores sociales, comunitarios y de salud; en este último los aseguradores y la red de prestadores públicos y privados de Bogotá.

2. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS DEL LINEAMIENTO

2.1 Objetivo General

Fortalecer la capacidad de la Gestión Extramural de los Equipos Básicos de la Gestión Integral del Riesgo en el Distrito Capital para mejorar el acceso equitativo, efectivo, disponible y de calidad a los servicios de salud, promoviendo el autocuidado y la educación para salud en comunidades, familias e individuos con un enfoque territorial. Esto incluye la prevención y tratamiento de enfermedades y discapacidades evitables, la reducción de desigualdades asociadas a factores demográficos, poblacionales, ambientales, sociales, económicos y territoriales, y el desarrollo de acciones para mitigar eventos priorizados en salud pública y sus determinantes sociales y dinámicas de vulnerabilidad.

2.2 Objetivos Específicos:

- Fortalecer el trabajo comunitario: Desarrollar y ejecutar estrategias para fortalecer la colaboración entre los Equipos Básicos Extramurales y las comunidades, familias e individuos, promoviendo la participación en el autocuidado, la educación en salud pública y el empoderamiento ciudadano.
- Promover el autocuidado y la educación para la salud: Implementar acciones de educación que capaciten a las comunidades sobre la prevención y tratamiento de enfermedades y discapacidades evitables, centrados en los factores de riesgo individuales y familiares.
- Mejorar el acceso a los servicios de salud y la experiencia en la atención: Identificar y abordar barreras que limitan el acceso equitativo, efectivo, disponible y de calidad a

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

los servicios de salud, garantizando que todos los grupos poblacionales tengan acceso a los servicios necesarios en articulación con los prestadores para las atenciones individuales requeridas desde las unidades básicas resolutivas.

- Reducir las desigualdades en salud: Diseñar e implementar intervenciones específicas para reducir las desigualdades asociadas a factores demográficos, poblacionales, ambientales, sociales, económicos y territoriales en el Distrito Capital.
- Mitigar eventos priorizados en salud pública: Desarrollar y ejecutar acciones focalizadas para abordar eventos priorizados en salud pública, relacionados con determinantes sociales y dinámicas de vulnerabilidad en grupos poblacionales o territorios específicos de la ciudad teniendo en cuenta las metas del Plan Territorial en Salud y las necesidades de las comprensiones territoriales.
- Monitorear y evaluar la efectividad de las intervenciones: Establecer mecanismos de monitoreo y evaluación para medir el impacto de las acciones implementadas, asegurando la mejora continua y la efectividad de las estrategias en el fortalecimiento del acceso a servicios de salud y la reducción de desigualdades.

3. ALCANCE

El alcance se limita al área geográfica del Distrito Capital, considerando sus diferentes comunidades, familias e individuos que requieren atención en salud.

Las intervenciones están dirigidas a fortalecer la capacidad y el trabajo de los Equipos Básicos Extramurales, que se encargarán de implementar estrategias en el territorio, con un enfoque basado en la promoción del autocuidado y educación para la salud en comunidades y familias, y en la identificación y tratamiento de factores de riesgo individuales y familiares.

Las acciones de la Gestión Extramural se realizarán de manera articulada con las demás capas de Gestión Integral del Riesgo para la prevención y tratamiento de enfermedades y discapacidades evitables, con énfasis en factores de riesgo identificados en la población.

El abordaje de las comunidades, familias e individuos se llevará a cabo de manera progresiva, con evaluaciones periódicas para ajustar y mejorar las estrategias según sea necesario.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

4. MARCO LEGAL

«La APS es una estrategia de la salud que incluye a toda la sociedad y que tiene por objeto garantizar el mayor nivel posible de salud y bienestar y su distribución equitativa mediante la atención centrada en las necesidades de las personas tan pronto como sea posible a lo largo del proceso continuo que va desde la promoción de la salud y la prevención de enfermedades hasta el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos, y tan próximo como sea posible del entorno cotidiano de las personas». OMS y UNICEF. A vision for primary health care in the 21st century: Towards UHC and the SDGs.

La APS tiene tres componentes que son interdependientes y sinérgicos, a saber: un conjunto de servicios de salud integrados e integrales que engloban la atención primaria y los bienes y funciones de salud pública como elementos centrales; distintas políticas y actuaciones multisectoriales encaminadas a abordar los determinantes generales de la salud más amplios; y la movilización y el empoderamiento de las personas, las familias y las comunidades para lograr una mayor participación social y mejorar la auto asistencia y la autosuficiencia en materia de salud. (OMS 2024)

Además, Bogotá como Distrito Capital tiene funciones asignadas que sumadas a su autonomía, le instan a construir e implementar un modelo de salud que reconozca las particularidades de los territorios, las diversidades y necesidades diferenciales de quienes habitan y la obligación de ejercer la rectoría de la salud en la ciudad con modelos de gobernanza y gobernabilidad que le permitan integrar en sinergia los sectores y actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud para garantizar el derecho a la salud de Bogotá.

La Ley 1751 de 2015 reguló el derecho fundamental a la salud como autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo, compuesto por los elementos y principios de universalidad, pro homine, equidad, continuidad, oportunidad, prevalencia de los derechos, libre elección, sostenibilidad, solidaridad, eficiencia, interculturalidad, protección a los pueblos indígenas y protección a comunidades indígenas, Rrom y negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras. Adicionalmente, en el artículo 13 plantea la importancia de uno de los elementos constitutivos del modelo para la ciudad, como lo son las redes de servicios de salud, "*Redes de servicios. El sistema de salud estará organizado en redes integrales de servicios de salud, las cuales podrán ser públicas, privadas o mixtas."*.

Las redes en mención vienen siendo desarrolladas desde la Ley 1438 de 2011 *"por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud"*, la cual en su Título VI de la prestación de servicios de salud, Capítulo II Redes Integradas de Servicios de Salud, establece en el Artículo 60 que las redes integradas de servicios de salud se definen como el conjunto de organizaciones o redes que prestan servicios o hacen acuerdos para prestar servicios de salud individuales y/o colectivos, más eficientes, equitativos, integrales, continuos a una población definida, dispuesta conforme a la demanda. Que tal como lo establece el artículo 62 de la mencionada ley, que, con respecto al tema, los distritos y departamentos organizarán y conformarán las redes integradas incluyendo prestadores

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

públicos, privados y mixtos que presten los servicios de acuerdo con el Plan de Beneficios a su cargo, posteriormente el artículo 64 indica que la articulación de la red estará a cargo de las entidades territoriales en coordinación con las Entidades Promotoras de Salud.

Incluyendo el marco normativo y técnico antes mencionado, se define el "Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031, el cual mediante la Resolución 2367 de 2023 por la cual se modifican los artículos 1°, 2° y 3° de la Resolución número 1035 de 2022 y los capítulos 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10 y 11 del anexo técnico*, define que* el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 será implementado y ejecutado por los agentes que conforman el Sistema General de Seguridad Social en Salud y de Protección Social, con énfasis en las entidades territoriales, las entidades promotoras de salud y entidades adaptadas, las instituciones prestadoras de servicios de salud, en coordinación con los demás actores y sectores que ejerzan acciones y funciones relacionadas con de los determinantes sociales de la salud, quienes concurrirán al desarrollo y cumplimiento de los objetivos, estrategias, metas y demás aspectos señalados en el mencionado plan:

Tabla 1. Ejes estratégicos y metas del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031.

Eje estratégico	Meta
Gobernabilidad y Gobernanza de la Salud Pública	A 2031 el 100 % de las Entidades Territoriales del orden departamental, distrital y municipal han desarrollado procesos de ajuste institucional para el fortalecimiento de las capacidades de la autoridad sanitaria y la apropiación territorial del modelo de salud basado en la atención primaria.
Determinantes Sociales de la Salud	A 2031 el 100% de los Departamentos, Distritos y Municipios del País integran en su Planes de Desarrollo Territoriales estrategias para afectar de manera positiva los determinantes sociales de la salud en sus territorios.
	A 2031 las Entidades Municipales, Departamentales y Distritales responden a las necesidades en salud de la población con participación de los actores estratégicos del territorio.
Atención Primaria en Salud	A 2031 el 80% de las necesidades en salud de la población colombiana se resuelven en el nivel primario de atención en salud.
	A 2031 se fortalecerá por lo menos el 50 % de la infraestructura pública en salud que se identifique y priorice para incrementar la oferta equitativa de servicios de baja, mediana y alta complejidad fortaleciendo la atención primaria en salud.
	A 2031 el 100% de los Departamentos y Distritos tendrán en operación una red integral e integrada territorial de salud – RIITS conforme al modelo de salud preventivo, predictivo y resolutivo basado en la Atención Primaria en Salud – APS.
	A 2031 operarán en el territorio nacional el 100% de los equipos básicos interdisciplinarios proyectados con base en las dinámicas poblacionales y territoriales para el fortalecimiento del modelo de salud basado en la atención primaria.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

	A 2031 los servicios de salud de mediana y alta complejidad han mejorado la eficiencia, efectividad y oportunidad de la atención en salud como dimensiones de la calidad en el marco del Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo.

Fuente: Resolución número 1035 de 2022, MSPS.

El Decreto 1599 de 2022 establece para todos los agentes del Sistema de Salud que son responsables de la garantía de la prestación del servicio público de salud y de la gestión de acciones intersectoriales que impactan los determinantes sociales a la salud. Los lineamientos para garantizar el acceso a los servicios de salud a toda la población, mediante la implementación de la operación de la Política de Atención Integral en Salud -PAIS, contemplando las áreas geográficas para la gestión en salud como un instrumento necesario para reducir las brechas de inequidad existentes frente al acceso, atendiendo las realidades diferenciales que existen en el territorio colombiano

La resolución 100 de 2024 dicta las disposiciones sobre la planeación integral para la salud a cargo de las entidades territoriales del orden departamental, distrital y municipal, así como las responsabilidades de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud en este proceso, propendiendo por la garantía del derecho fundamental a la salud en los territorios en el marco del Plan Decenal de Salud Pública 2022 — 2031, armonizado con el modelo de salud preventivo y predictivo fundamentado en la Atención Primaria en Salud — APS y define el marco conceptual y operativo para la comprensión integral de la salud en el territorio y la redefinición y reorganización de los servicios de salud que permita la superación de inequidades, el abordaje de los determinantes sociales de la salud y la transformación social como pilares de la garantía del derecho a la salud.

El propósito del modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo, es el de orientar el accionar de los agentes del sistema de salud para la garantía del derecho fundamental a la salud en todo el territorio nacional, basado en Atención Primaria Social (APS), con estrategias orientadas a recuperar la integridad del sector salud, la soberanía sanitaria y la gobernanza territorial; fomentar el trabajo digno y decente; y conformar y organizar redes integrales e integradas territoriales de servicios de salud en donde se fortalezca el nivel primario, como componente de la red que desarrolla los vínculos con los individuos, las familias, la comunidad, y los sectores sociales. Está fundamentado en la Atención Primaria Social y establece el desarrollo de acciones territorializadas, universales, sistemáticas, permanentes y resolutivas cuyo centro son las personas, las familias y las comunidades; integra como principios la interculturalidad, la igualdad, la no discriminación y la dignidad, e implementa las estrategias de salud familiar y comunitaria, participación social, perspectiva de cuidado y transectorialidad.

En sintonía, Bogotá D.C., mediante el Acuerdo Distrital No. 927 de 2024 por el cual se adopta el Plan de Desarrollo económico, social, ambiental y de obras públicas del Distrito Capital 2024-2027 “BOGOTÁ CAMINA SEGURA” constituye el marco de acción de las políticas, programas, estrategias y proyectos de la Administración Distrital y por ende de la Secretaría

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Distrital de Salud, que busca “mejorar la calidad de vida de las personas garantizándoles el ejercicio pleno de sus derechos una mayor seguridad, inclusión, libertad, igualdad de oportunidades y un acceso más justo a bienes y servicios públicos; fortaleciendo el tejido social en un marco de construcción de confianza y colaboración, aprovechando el potencial de la sociedad y su territorio a partir de un modelo de desarrollo comprometido con la acción climática y la integración regional”.

El Plan de Desarrollo “BOGOTÁ CAMINA SEGURA, contempla el programa 11 "Salud con calidad y en el territorio", el cual incluye la meta 22 implementar un “Modelo de salud centrado en atención primaria social para el bienestar de la población de Bogotá D.C”.

Este Modelo de Salud de Bogotá denominado +MAS Bienestar será un modelo resolutivo y de calidad para toda la ciudad, basado en la Atención Primaria Social que permitirá abordar integralmente los determinantes de las desigualdades sociales y el logro de mejores resultados en salud para las personas, las familias y las comunidades, a través del fortalecimiento de la gobernanza, el reconocimiento de la diversidad territorial y poblacional, mediante la toma de decisiones informadas, la participación social transformadora, la acción intersectorial y la gestión integral del riesgo en salud, lo cual se materializa en un modelo prestacional público y privado, articulado y sostenible, cercano a las personas, con la infraestructura adecuada y soportado en el aseguramiento y la tecnología, que aporte e impacte positivamente el bienestar, la calidad de vida y el goce del derecho a la salud de quienes habitan la ciudad de Bogotá.

En conclusión, el Modelo de Salud +MAS Bienestar, acorde a las características y necesidades de la ciudad y sus pobladores busca:

- Mejorar el acceso equitativo, efectivo, disponible y de calidad en la prestación de los servicios de salud.
- Fortalecer la gobernabilidad y gobernanza territorial, intersectorial y transectorial para elevar el nivel de bienestar, calidad de vida y salud de la población.
- Reducir las desigualdades asociadas a la transición demográfica, epidemiológica, poblacional, ambiental, social, económica y territorial presentes en el Distrito Capital que inciden en el acceso a servicios sociales diferenciales y determinan el estado de salud de la población.
- Desarrollar acciones conjuntas con participación activa de las comunidades para mitigar la persistencia de eventos priorizados en salud pública, asociados a determinantes sociales y dinámicas de vulnerabilidad en grupos poblacionales o territorios específicos de la ciudad.
- Generar capacidades para prevenir, alertar y dar una respuesta institucional y social oportuna ante alertas sanitarias, emergencias, desastres, enfermedades emergentes y reemergentes.
- Facilitar el empoderamiento de las personas, familias y comunidades en acciones de autocuidado y corresponsabilidad en salud.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

- Fortalecer las acciones en salud pública desde las particularidades de los territorios y con un enfoque diferencial.

Uno de los cuatro pilares que integran el Modelo de Salud +MAS Bienestar es la **Gestión Integral del Riesgo en Salud (GIRS)** que aporta en la garantía del derecho a la salud, el enfoque diferencial y la diversidad, el desarrollo humano sostenible, y los determinantes sociales de la salud (MSPS, 2022), visibiliza los modos, estilos y condiciones de vida de las personas y la interacción con su entorno inmediato, como parte de la información base que permite gestionar el cuidado para el bienestar de las comunidades. La GIRS es un elemento de planificación que busca intervenir anticipadamente amenazas con mayor impacto para la salud del individuo, la familia y la comunidad considerando la costo-efectividad y la articulación de los actores del sistema.

La Resolución 1035 de 2022 del Ministerio de Salud y Protección Social, definió el Plan Decenal de Salud Pública para el periodo 2022-2031, determinando que, la implementación de esta política inicia en 2022 y las evaluaciones de avances están fijadas en los años 2026, 2029 y 2032 y por lo tanto, las directrices dispuestas orientan las acciones incluidas en el presente convenio.

De igual forma, la Ley 1122 de 2007, prevé que el servicio de salud se preste mediante integración de redes, estableciendo en el artículo 33 literal h lo siguiente: "*El Gobierno Nacional definirá el Plan Nacional de Salud Pública para cada cuatrienio, el cual quedará expresado en el respectivo Plan Nacional de Desarrollo. Su objetivo será la atención y prevención de los principales factores de riesgo para la salud y la promoción de condiciones y estilos de vida saludables, fortaleciendo la capacidad de la comunidad y la de los diferentes niveles territoriales para actuar. Este plan debe incluir: … h) Las actividades colectivas que estén a cargo de la Nación y de las entidades territoriales con recursos destinados para ello, deberán complementar las acciones previstas en el Plan Obligatorio de Salud. El Plan de salud pública de intervenciones colectivas, reemplazará el Plan de Atención Básica.*

La Resolución 518 de 2015 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social[7], establece las disposiciones relacionadas con la Gestión de la Salud Pública, que son de obligatorio cumplimiento por todos los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS, determinando las directrices para la formulación, ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas –PSPIC, con el fin de alcanzar las metas y objetivos de salud pública definidas en el Plan Decenal de Salud Pública.

El artículo 10 de la citada Resolución 518 de 2015, estipula que la formulación, ejecución, monitoreo y evaluación del PSPIC, deberán cumplir con características de calidad, señalando que las intervenciones colectivas se ejecutan de forma lógica y secuencial, sin interrupción en el tiempo para contribuir al logro de los resultados en salud. De igual forma, la Resolución 1229 de 2013[8] expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social, precisa el Modelo de Inspección Vigilancia y Control sanitario de los establecimientos de interés sanitario y de las cadenas productivas, que las mismas deben ser de carácter permanente y, por tanto, deben

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

ser garantizadas, para lo cual la entidad territorial debe adelantar las acciones correspondientes que le permita el cumplimiento de esta función.

La Resolución 295 de 27 de febrero de 2023, del Ministerio de Salud y Protección Social, modificó la Resolución 518 de 2015, en relación con la gestión de la salud pública, las responsabilidades de las entidades territoriales y de los ejecutores del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas y las condiciones para la ejecución, modificando los artículos 3, de definiciones; 8, la definición del PSPIC; 11, sobre las responsabilidades de las entidades territoriales departamentales, distritales, municipales y de los ejecutores del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas -PSPIC; el 14, en cuanto a los aspectos de contratación del PSPIC; 16, de la oportunidad en la contratación y el 18, de criterios para la ejecución del PSPIC.

5. GLOSARIO GENERAL Y DE ABREVIATURAS

Atención Primaria en Salud (APS): Estrategia que busca una gestión integral e integrada del sistema de salud, coordinando esfuerzos territoriales, institucionales y sociales para mejorar el acceso equitativo y de calidad a los servicios de salud, promover el bienestar y garantizar la equidad para los habitantes de Bogotá.

Gestión Integral del Riesgo en Salud (GIRS): Establecida en el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031, es una estrategia clave dentro de la Política de Atención Integral en Salud (PAIS). Se basa en la colaboración entre el sistema de salud y otros sectores para identificar, evaluar, medir e intervenir en riesgos para la salud a nivel individual, familiar y comunitario, desde la prevención hasta la paliación, y para realizar un seguimiento efectivo de estos riesgos.

La GIRS asegura el derecho a la salud al integrar enfoques diferenciales y considerar los determinantes sociales de la salud, enfocándose en la gestión del cuidado para el bienestar comunitario. Implica reorganizar la oferta de servicios de salud, promoviendo la eficiencia y coordinación entre prestadores públicos y privados, con un papel crucial de las Subredes Integradas de Servicios de Salud (SISS) en la prestación de servicios de alta calidad.

Para su implementación, la GIRS requiere caracterizar riesgos mediante análisis de datos, desarrollar Planes de Cuidado con seguimiento y ajustes continuos, y asegurar la participación de los aseguradores en la administración del riesgo y la garantía de calidad en los servicios; así mismo, tener en cuenta el trabajo conjunto con las comunidades. En resumen, la GIRS es una estrategia integrada para gestionar riesgos en salud y garantizar un acceso efectivo y de calidad a los servicios de salud.

Gestión Extramural: Son acciones enfocadas a identificar, evaluar y controlar los riesgos de los individuos, familias y comunidad en los territorios, estableciendo el primer contacto con los actores del sistema de salud teniendo en cuenta los entornos cotidianos, como el hogar, el ámbito educativo, laboral, institucional y comunitario.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Equipo Básico Extramural (EBE): Es un grupo interdisciplinario encargado de desarrollar acciones con la comunidad, familia y personas con el fin de incidir de manera positiva en las condiciones de salud de las familias y comunidades. Este equipo lo componen promotores (técnicos en salud), profesionales de medicina, enfermería, psicología, nutrición, ciencias ambientales, optometría, odontología y terapia según las necesidades identificadas en el territorio, quienes tendrán asignación de un número de familias del territorio y responsabilidad en la gestión integral del riesgo de estas.

Su labor se centra en aportar a la identificación de riesgos en salud, implementar el Plan de Cuidado para abordar estos y los determinantes sociales de salud, realizar intervenciones individuales, familiares y colectivas para mitigar amenazas a la salud y promover factores protectores. Ejecutar acciones de educación en salud pública, monitorear la situación de salud y asegurar el seguimiento de planes de gestión del riesgo y Coordinar con otros prestadores de salud para asegurar una atención integral y efectiva.

Entornos cuidadores del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PSPIC): Son equipos interdisciplinarios conformados por perfiles tanto de salud como sociales, de diferentes niveles formativos: bachiller, técnico, tecnólogo, profesional universitario y profesionales especializados, los cuales gestionan y desarrollan acciones de cuidado para el bienestar a partir de la comprensión del territorio urbano y rural, en conjunto con la ciudadanía, actores y sectores, mediante el desarrollo de interacciones colectivas, familiares e individuales de alta externalidad, integrales e integradas en los entornos laboral, educativo, institucional y comunitario.

Unidades Básicas Resolutivas: El talento humano que conforma este equipo en salud se encuentra ubicado en los prestadores primarios del territorio en donde se ofrecen servicios ambulatorios, bajo el esquema de asignación y responsabilidad poblacionales con énfasis en familia, para las unidades básicas resolutivas esta asignación estará a cargo de un médico general con énfasis en familia en otro tipo de unidades la asignación poblacional podrá darse también a otros profesionales competentes, sin embargo siempre debe existir un profesional encargado de la implementación, seguimiento y cumplimiento del plan de gestión del riesgo

Sector Catastral: Porción de terreno, urbano o rural, conformado por manzanas o veredas, respectivamente, y delimitado por accidentes geográficos naturales o culturales.

6. GENERALIDADES DE LA OPERACIÓN

La Gestión Extramural se enfoca en fortalecer el primer contacto entre el sistema de salud y las personas, familias y comunidades en sus entornos cotidianos (hogar, educativo, laboral, institucional y comunitario). Este enfoque considera estos entornos como determinantes de la salud y bienestar, ya que pueden ser protectores, facilitadores o deteriorantes de la salud.

Para gestionar el riesgo en estos entornos, se definen tipologías de abordaje y se asignan equipos básicos extramurales según la vulnerabilidad, riesgos en salud, tipo de afiliación y otras características poblacionales y territoriales.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

En el Modelo de Atención de Salud de Bogotá, se utilizan diferentes estrategias de intervención, en los diferentes entornos de vida cotidiana:

- Entorno Cuidador Hogar: Intervenciones en el hogar para promover la salud y abordar determinantes sociales. Aporta a la identificación de riesgos en salud y aborda factores que pueden ser protectores, facilitadores o deteriorantes de la salud. Por otra parte, en este entorno, se reconoce cómo las características y dinámicas, influyen en los determinantes de la salud y la enfermedad y a partir de ello desarrolla intervenciones que mejoren las condiciones de vida y salud de la familia y sus integrantes.
- Entorno Cuidador Educativo: Fomento de la salud en la comunidad educativa y gestión de riesgos de salud pública.
- Entorno Cuidador Laboral: Promoción de ambientes laborales saludables y protección de trabajadores.
- Entorno Cuidador Institucional: Atención integral en instituciones sociales y de protección.
- Entorno Cuidador Comunitario: Fortalecimiento de redes comunitarias y promoción de la salud en espacios comunitarios.

En esencia, la Gestión Extramural busca integrar el sistema de salud en el entorno diario de las personas para promover el bienestar y el desarrollo comunitario mediante una gestión que considere los contextos y condiciones específicas de cada entorno.

7. PROCESOS OPERATIVOS

Los procesos operativos de la Gestión Extramural del Pilar de Gestión Integral del Riesgo están organizados por momentos de abordaje territorial, familiar e individual desde los procesos de planeación territorial hasta el seguimiento y monitoreo del abordaje, los cuales son orientados a partir de procesos de clasificación a nivel territorial, familiar e individual, que permiten la priorización y focalizaciones de acciones y respuestas en salud, acorde a la necesidad de la población.

A continuación, se describen los momentos de abordaje:

6.1. Gestión Territorial

6.1.1. Planeación del Territorio

La planeación del territorio desde el ámbito en salud es un proceso de construcción en múltiples niveles y escalas. Desde la Secretaría Distrital de Salud se han realizado ejercicios de planeación territorial, para atender de manera diferencial y focalizar las necesidades de salud de la ciudadanía capitalina. En el marco de Modelo Territorial de Salud +MAS Bienestar se desarrolló un proceso espacial de valoración territorial, el cual permitió la postulación de las fases de abordaje para cada uno de los sectores catastrales de la ciudad. Este proceso tuvo en cuenta los siguientes aspectos fundamentales:

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

a. Definición de Territorios: la definición y organización de los territorios estará basada en la comprensión territorial construida con la participación de diversos actores e instancias locales. Estos territorios agrupan sectores catastrales, definidos como áreas urbanas o rurales delimitadas por accidentes geográficos o culturales.
b. Identificación de Sectores Catastrales: El distrito cuenta con 1.170 sectores catastrales, que fueron analizados según su distribución y características; cada sector está constituido por manzanas en áreas urbanas, o veredas en áreas rurales.
c. Análisis de Vulnerabilidad: Se realiza un análisis detallado de cada sector considerando:

    - Densidad de personas por hogar (estadísticas DANE, 2018).
    - Estratificación socioeconómica (Catastro Distrital, 2022).
    - Índice de pobreza multidimensional (DANE, 2018).
    - Indicadores de salud pública (resultados 2023) y morbimortalidad (corte 2023).

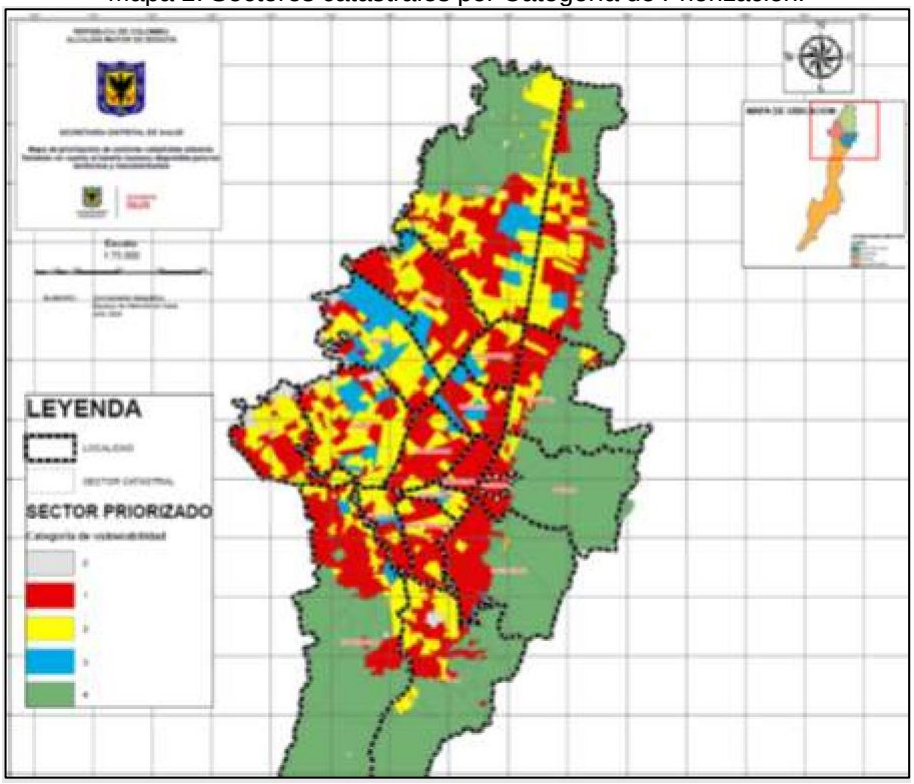
d. Temporalidad de Acciones en Salud Previas: Se evaluó la temporalidad de las atenciones brindadas en anteriores planes de intervenciones, en cada sector catastral durante el último año. Este análisis permitió priorizar las áreas de la ciudad que han recibido atención en vigencias previas, en contraste con las zonas que han sido atendidas recientemente.
e. Actualización y Participación: La comprensión territorial se actualiza continuamente con la participación de actores locales, garantizando que las intervenciones se ajusten a las realidades cambiantes y necesidades específicas de cada territorio, dando respuesta a eventos en salud que se puedan presentar.

En resumen, la planeación territorial se basa en una comprensión colaborativa y detallada de la geografía, las características sociales y económicas de los sectores, y el comportamiento de indicadores en salud, utilizando datos estadísticos y locales para identificar áreas prioritarias y adaptar las estrategias de atención en salud.

Resultado de este proceso se obtuvo la organización de los 1.170 sectores catastrales que integran la ciudad en cuatro categorías de priorización, con lo cual se planea el abordaje de la población de manera programada y secuencial.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Mapa 1. Sectores catastrales por Categoría de Priorización.



Fuente: Elaboración propia, junio 2024.

Tabla 2. Sectores catastrales por Categoría de Priorización.

Subred / Categoría	Número de sectores catastrales por categoría					
	Cero	Uno	Dos	Tres	Cuatro	Total
Centro Oriente	0	136	52	4	11	203
Norte	9	197	148	26	27	407
Sur	5	137	61	6	80	289
Suroccidente	17	108	128	18	0	271
Total General	**31**	**578**	**389**	**54**	**118**	**1170**

Fuente: Elaboración Propia, junio 2024.

La categoría cero corresponde a los sectores catastrales sin información o cuyo uso no es residencial (por ejemplo, el aeropuerto, parque Simón Bolívar, parque Tunal, etc.); la categoría uno, corresponde a los sectores catastrales con prioridad de abordaje alta; la categoría dos, a prioridad media; la categoría tres a prioridad baja; y la categoría cuatro a los sectores catastrales de las zonas de ruralidad del distrito.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Se establece un abordaje progresivo de la ciudad, a través de fases y acorde a las categorías de priorización: Las categorías uno y cuatro se abordan en la fase 1; la categoría dos se abordará en las fases 2 y 3 hasta cubrir el 100% de estos sectores catastrales; y la categoría tres será abordada en la fase 4.

6.1.2 Apropiación territorial

La apropiación de equipos básicos extramurales al territorio se refiere al proceso mediante el cual se asignan y organizan equipos interdisciplinarios de salud para intervenir áreas específicas de la ciudad y a un número determinado de familias. Este enfoque busca asegurar que los equipos básicos extramurales de salud estén presentes y operen en los territorios asignados para abordar necesidades a nivel comunitario, familiar e individual y gestionar riesgos en salud de manera efectiva.

En este contexto, la apropiación implica:

a. Asignación de Equipos: Cada equipo básico extramural, conformado por promotor en salud y profesionales de medicina, enfermería, psicología y nutrición; se asigna a un número determinado de hogares en un área geográfica específica (territorio) con base en criterios como densidad poblacional, nivel de riesgo, y características socioeconómicas y de salud del área.
   Otros perfiles como ciencias ambientales, terapia ocupacional, fisioterapia y fonoaudiología, optometría, odontología y gestores étnicos se ubicarán según la necesidad de las familias y sus dinámicas.
b. Intervención local: Los equipos que trabajan en los entornos de vida cotidiana, como laboral, educativo, comunitario e institucional, se dispondrán por localidad, para brindar atención integral y gestionar riesgos en salud.
c. Coordinación y Colaboración: Los equipos básicos extramurales colaboran con otros prestadores de servicios de salud, actores locales, comunitarios e intersectoriales para asegurar una respuesta coordinada a las necesidades de salud del territorio.
d. Enfoque Integral: La apropiación permite que los equipos implementen estrategias de prevención, promoción de la salud, y atención médica, adaptadas a las condiciones específicas del territorio al que están asignados.
e. Monitoreo y Evaluación: Se realiza un seguimiento continuo de la situación de salud en el territorio, ajustando las intervenciones según las necesidades cambiantes y los resultados observados.

6.1.3 Caracterización Territorial

Es un proceso de recopilación, análisis y descripción detallada de las características de un territorio específico; este proceso busca comprender a fondo las condiciones y particularidades del área en cuestión, proporcionando una base sólida para la toma de decisiones y la planificación. Incluye aspectos como:

- **Aspectos Físicos**: Información sobre la geografía, topografía, clima, uso del suelo, recursos naturales y características ambientales del territorio.
- **Aspectos Demográficos**: Datos sobre la población, incluyendo densidad, distribución, edad, estructura familiar, y tendencias migratorias.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

- **Aspectos Socioeconómicos**: Información sobre la economía local, nivel de ingresos, empleo, niveles de educación, servicios disponibles y condiciones de vida.
- **Aspectos Culturales y Sociales**: Identificación de las características culturales, tradiciones, grupos étnicos y sociales, y estructuras comunitarias.
- **Aspectos de Infraestructura**: Información sobre la infraestructura existente, como transporte, servicios públicos, instalaciones de salud, educación y vivienda.
- **Aspectos de Riesgo y Vulnerabilidad**: Evaluación de los riesgos naturales y antropogénicos (desastres, contaminación, etc.), y la vulnerabilidad de la población frente a estos riesgos.

Esta información aporta al desarrollo de la gestión territorial que se refiere a las prácticas, estrategias y políticas utilizadas para organizar, administrar y desarrollar un territorio de manera eficaz y sostenible. Implica acciones coordinadas y estrategias orientadas a mejorar las condiciones de vida de las personas del territorio, así como asegurar el uso eficiente de sus recursos.

El proceso de la gestión territorial es desarrollado por el EBE que llegan al entorno hogar, en coordinación con los equipos de los demás entornos de vida cotidiana, los de gestión de políticas públicas e intersectorialidad, así como los actores comunitarios del territorio.

6.2 Gestión Familiar del Riesgo

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

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

6.2.1. Caracterización Familiar.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

En el marco de la operación de los Equipos Básicos Extramurales, la caracterización familiar se constituye en el punto de partida para el desarrollo de atenciones individuales y colectivas, que permitan dar respuesta a las necesidades y expectativas de los integrantes de los hogares abordados.

Según la resolución 518 de 2015, a través de la caracterización social y ambiental, se adelanta la "identificación y descripción del contexto social y ambiental de las personas y comunidades en los diferentes entornos que permitan reconocer los factores de riesgo y momentos significativos en el curso de la vida que motiven procesos de canalización hacia servicios sociales y de salud".

Es por ello, que esta actividad, definida para ser desarrollada por los promotores, permite generar el primer contacto de la familia con el EBE, donde se dará a conocer el propósito de la intervención y se realiza la caracterización propiamente dicha.

6.2.1.1. Modalidades de Caracterización:

Las modalidades de caracterización se ajustan a los perfiles socioculturales de la población objeto y a la mejor forma de acceso; por lo tanto, se establecen las siguientes:

a. ***Presencial con promotores en vivienda*:** Mediante un proceso para la identificación de riesgos en salud, realizado por un promotor previamente entrenado para este fin, directamente en la vivienda con la familia y sus integrantes.

b. ***Presencial con promotores de salud, gestores o personal de salud en puntos de atención:*** Distribuidos estratégicamente en la ciudad (IPS y espacio público); en estos, se realizará una encuesta directamente con la persona.

c. ***Plataformas digitales:*** Se dispondrá de una plataforma web con acceso mediante código QR o enlace. En esta, las personas diligencian una encuesta de las variables contempladas en el instrumento general de caracterización, que puedan tener respuesta por este mecanismo.

d. ***Recolección de información de fuentes secundarias*:** Será complementaria a los anteriores mecanismos, mediante acceso a fuentes secundarias buscando configurar la caracterización de personas que no hayan accedido por ninguno de los mecanismos anteriormente mencionados.[1]

6.2.1.2. Desarrollo de la caracterización familiar e identificación del riesgo familiar.

El promotor de salud adelanta el abordaje y caracterización de las familias de su territorio adscrito a través de diferentes estrategias de intervención del territorio y teniendo en cuenta el conocimiento previo que se tiene de la población allí residente, bien sea por abordajes previos o por fuentes secundarias que a nivel sectorial e intersectorial se establecen como prioritarias, según las modalidades ya descritas. Dicho abordaje puede adelantarse en territorio a través de dos maneras:

- Búsqueda activa a partir de barrido **casa a casa** de las manzanas del territorio asignado, donde se realiza el abordaje y caracterización de las familias allí residentes.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

- Abordaje por **ruteo** en el territorio, donde se prioriza la caracterización de familias que son notificadas, informadas o referidas por actores sectoriales (Empresas Administradoras de Planes de Beneficio-EAPB, otros entornos de vida cotidiana, Vigilancia en Salud Pública) o intersectoriales, por contar con alertas o eventos de interés en salud pública. De igual forma, familias con abordajes previos donde se identificaron como prioridad alta y requieren acciones de actualización de la caracterización o seguimiento.
- Abordaje por conglomerado: Esta estrategia está dirigida al abordaje de grupos poblacionales diferenciales o vinculada a diferentes tipos de instituciones, con quienes se adelanta una planeación previa que incluye la concertación con lideres comunitarios o responsables de la población y una verificación de la pertenencia de estas atenciones individuales por parte de las EPS.

Para el desarrollo de la caracterización familiar, se cuenta con un formato de captura de información estandarizado, que permite tener datos relacionados con ubicación geográfica de la familia, características de la vivienda y sus alrededores, acceso a servicios públicos, sociales y de salud, condiciones ambientales, apoyo social, dinámica familiar, seguridad alimentaria, ingresos económicos, entro otros.

De igual forma, se adelanta la caracterización de cada uno de los integrantes de la familia, para la identificación de información demográfica y epidemiológica, reconocimiento de características poblacionales, datos relacionados con la asistencia a consultas de promoción y mantenimiento, así como a las establecidas en las rutas de riesgo y la identificación de alertas en salud. Para este último, el promotor adelanta la aplicación de tamizajes definidos acorde al momento de curso de vida o la identificación de factores de riesgo; los tamizajes empleados por los promotores corresponden a pruebas estandarizadas por la OMS y establecidas en la normatividad actual para la identificación de factores de riesgos cardiovascular, metabólicos, respiratorios, nutricionales, en salud mental, entre otros.

En esta caracterización, también se reconocen las prácticas de cuidado de la familia, factores protectores, usos y costumbres propias, con el propósito de orientar las acciones de salud que se realizarán posteriormente y de manera conjunta entre la familia y el equipo de salud, para el cuidado y bienestar de los integrantes del hogar.

A partir de estos hallazgos en la familia, se establece una clasificación, tanto de la familia como de sus integrantes, de manera que se constituyan diferentes momentos de seguimiento y actualización de la caracterización, donde se verifique tanto la mitigación de los riesgos identificados en el primer contacto, como nuevas condiciones de vida, salud y enfermedad que se hayan podido generar a partir de los diferentes momentos de curso de vida y sucesos vitales por los que transita la familia. La frecuencia de estas actividades se define a partir de la clasificación familiar, siendo las familias con prioridad alta las que tienen un número mayor de seguimientos en el año.

[1] Las modalidades Presencial con promotores de salud, gestores o personal de salud en puntos de atención, Plataformas digitales y Recolección de información de fuentes secundarias, se implementarán de manera progresiva, de acuerdo a las dinámicas de los territorios abordados.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

A partir de la caracterización, se establece el Plan de Cuidado familiar, el cual es gestionado de manera mancomunada entre el equipo de salud y la familia, a partir de: 1. El desarrollo de acciones promocionales realizadas por el promotor para la apropiación de prácticas de cuidado en el hogar, y 2. Desarrollo de actividades que permite la gestión integral de riesgos en salud, las cuales se viabilizan a partir de las derivaciones que realiza el promotor para el desarrollo de acciones sectoriales individuales y colectivas, así como intersectoriales; todo esto, en el marco de la ejecución del Plan de Cuidado familiar.

6.2.1.3. Clasificación familiar

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

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

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

- Baja (Saludable): Familias sin riesgo en salud identificados, con acceso regular a servicios médicos preventivos.
- Media: Familias con situaciones de riesgo en salud menores o condiciones crónicas controlables.
- Alta: Familias con riesgos en salud identificados que no acceden a los servicios y se encuentran en alta vulnerabilidad.

6.2.1.4. Clasificación de los integrantes de la familia.

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

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

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

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

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

Tabla 3. Clasificación de los integrantes de la familia.

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

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

6.2.1.5. Derivaciones.

Las derivaciones se constituyen en el mecanismo para la gestión de los riesgos identificados en las familias caracterizadas, de manera que, a través de la concurrencia de acciones sectoriales e intersectoriales dirigidas al cuidado y bienestar, se avance en la apropiación de prácticas de cuidado por la familia y la mitigación de riesgos y alertas en salud. Estas derivaciones se pueden realizar en doble vía, de manera que, así como el EBE activa a diferentes actores sectoriales e intersectoriales, también recibe notificaciones para adelantar las acciones propias en el territorio. Dentro de las derivaciones que realiza el equipo se encuentran:

Derivaciones sectoriales:

- A los profesionales del Equipo Básico Extramural: El promotor activa a los profesionales del equipo interdisciplinario para dar continuidad a la implementación del Plan de Cuidado familiar a través de intervenciones colectivas mediante el desarrollo de estrategias definidas para el fortalecimiento de capacidades familiares y monitoreo de condiciones de salud según las prioridades identificadas; o para el desarrollo de atenciones individuales de la Ruta de Promoción y Mantenimiento o rutas de grupo de riesgo, en el domicilio a casos excepcionales.

  Para aquellos integrantes de la familia que según la identificación de riesgos en salud se clasifiquen en grupo 4 y requieran una activación de atenciones individuales, se realizará el acompañamiento y orientación al usuario para acceder a los canales de agendamiento de citas establecidos por su EAPB con el fin de dar continuidad a la atención en las unidades básicas resolutivas. Una vez realizado el proceso de agendamiento y posterior seguimiento a la asistencia a las citas, se realiza la identificación de la población inasistente para ser derivada a los profesionales de los equipos EBE según necesidad en salud, de manera que reciban la atención individual en casa. Sin embargo, esta derivación está mediada por una verificación de pertinencia de la atención por parte de las EAPB, teniendo en cuenta las frecuencias de uso según el esquema de intervenciones/atenciones en salud individuales definido en el lineamiento técnico y operativo de la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud –RPMS- (Resolución 3280-2018) y de acuerdo con la necesidad en salud del usuario.

  Para los integrantes clasificados en grupos de riesgo 2 y 3 que requieran servicios individuales se realiza el proceso de canalización a la ruta correspondiente, mediante el módulo de canalizaciones del Sistema Integral de Referencia y Contrarreferencia (SIRC).

- A la Unidad Básica Resolutiva (Intramural), agendamiento realizado desde el domicilio por integrantes de los Equipos Básicos Extramurales, de acuerdo con las necesidades de atención identificadas.

- Activaciones a los subsistemas de vigilancia en salud mental, a partir de la identificación de eventos de interés para el sistema de vigilancia epidemiológica de la violencia intrafamiliar, el maltrato infantil y la violencia sexual – SIVIM, el Subsistema de Vigilancia epidemiológica de la conducta suicida – SISVECOS y el Sistema de vigilancia epidemiológica de lesiones de causa externa - SIVELCE; para el caso de los

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

demás eventos de interés en salud pública que pueda identificar o presumir el promotor, se activará el caso para atención médica para la valoración integral del caso y en caso de confirmar, será este perfil quien haga la notificación correspondiente acorde a lo definido para los diferentes eventos del Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública – SIVIGILA.

- Activación a los entornos cuidadores educativo, comunitario, institucional y laboral; estas activaciones se realizan en el marco de la oferta que se tiene en el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas – PSPIC, donde se cuenta con equipos de salud complementarios que focalizan sus acciones en los territorios prioritarios para generar procesos de gestión territorial integral en articulación con las acciones del entorno cuidador hogar como parte del EBE.

  Dentro de las activaciones que se realizan de las familias abordadas en el entorno hogar, a los otros entornos cuidadores, se encuentran las relacionadas con redes comunitarias y centros de escucha del entorno cuidador comunitario; fortalecimiento a Unidades de Trabajo Informal y prevención del trabajo infantil o trabajo adolescente protegido del entorno laboral; y complementariedad de Planes de Cuidado institucional y escolar para casos puntuales que requieran el acompañamiento familiar, los cuales se articulan con los entornos cuidadores institucional y educativo.

- Ruta de aseguramiento en salud, la cual es activada en el momento de identificar alguno de los integrantes de la familia sin aseguramiento en salud, con el propósito de que pueda recibir orientación para el trámite de afiliación, por parte de las oficinas de atención al usuario.

Derivaciones Intersectoriales.

Las derivaciones a nivel intersectorial se llevan a cabo por parte del promotor, para promover la vinculación de la familia a la oferta de servicios sociales de la administración distrital, a partir de las necesidades identificadas en la familia; es por ello, que en el marco de la gestión territorial que adelanta el equipo, se establece el reconocimiento de la oferta sectorial y comunitaria del territorio y la localidad.

Dentro de las activaciones intersectoriales que fortalecen de manera directa el Plan de Cuidado familiar, se encuentran los relacionados con protección social, educación, seguridad alimentaria y nutricional, organización comunitaria para el fortalecimiento de redes en grupos diferenciales, desarrollo de actividades culturales y deportivas; sin embargo, a partir de la oferta de los diferentes sectores, el EBE explora de manera permanente posibles activaciones que pueda realizar a las familias abordadas.

6.2.2. Plan de Cuidado.

El Plan de Cuidado si bien, se materializa inicialmente en el hogar como unidad básica del territorio, no se supedita a este, ya que el plan se conecta y busca responder a las necesidades, individuales, familiares, barriales y locales, lo que implica el reconocimiento territorial por parte del equipo básico extramural y la organización de la respuesta con la modalidad intramural básica, especializada y la complementariedad tanto de servicios sociales como de salud con acciones colectivas en los diferentes entornos de vida cotidiana.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Es así como se establecen Planes de Cuidado colectivo que se desarrollan en el territorio, como parte de los procesos de Gestión Territorial emprendidos por los equipos extramurales de entornos cuidadores, gestión de políticas públicas e intersectorialidad; así como Planes de Cuidado familiar e individual desarrollados por los Equipos Básicos Extramurales.

6.2.2.1. Ejecución del Plan de Cuidado colectivo – Territorial.

Los equipos extramurales de los entornos cuidadores responden a las dinámicas y necesidades de cada uno de los territorios, de manera que una vez son reconocidas, junto con el equipamiento existente, se organiza el accionar para dar respuesta de manera oportuna a la población tanto urbana como rural de Bogotá.

Los entornos cuidadores se definen como "los escenarios de la vida cotidiana en los cuales los sujetos se desarrollan, donde constituyen su vida subjetiva, construyen vínculos y relaciones con la vida social, histórica, cultural y política de la sociedad a la que pertenecen. Son escenarios configurados por dinámicas y por condiciones sociales, físicas, ambientales, culturales, políticas y económicas, donde las personas, las familias y las comunidades conviven y en los que se produce una intensa y continua interacción y transformación entre ellos y el contexto que les rodea";[2] estos son: Hogar, educativo, institucional, comunitario y laboral.

En estos se desarrollan interacciones colectivas, familiares e individuales de alta externalidad, integrales e integradas, donde se planean, concertan, implementan y evalúan las actividades específicas que son adelantadas de manera conjunta entre las comunidades y los equipos interdisciplinarios de salud; estas son desarrolladas para la gestión efectiva del riesgo individual y colectivo, mediante acciones promocionales, preventivas y asistenciales de caracterización, educación en salud pública, prevención de la enfermedad, asesoría, tamizajes, acompañamiento en salud, activación de rutas sociales y de salud, entre otras.

Estas acciones son desarrolladas por equipos interdisciplinarios conformados por perfiles tanto de salud como sociales, de diferentes niveles formativos, los cuales gestionan y desarrollan acciones de cuidado para el bienestar a partir de la comprensión del territorio urbano y rural, en conjunto con la ciudadanía, actores y sectores.

El accionar de los entornos se basa en los elementos de la APSocial y los enfoques que plantea el Plan Distrital de Desarrollo actual, incluye acciones de promoción de la salud y Gestión Integral del Riesgo, que son agrupadas en inter-Acciones integrales e integradas por cada uno de los entornos cuidadores como se muestra a continuación:

[2] https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SA/estrategia-entorno-comunitario-2019.pdf

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

a. Entorno Cuidador Educativo "Sintonizarte con el cuidado de la Salud y el bienestar"

De acuerdo con la Resolución 3280 de 2018, el entorno educativo "Corresponde a escenarios de vida cotidiana donde la comunidad educativa desarrolla capacidades de enseñanza/aprendizajes contextualizados, que permiten la construcción social y la reproducción de la cultura del cuidado, el pensamiento, la afectividad y estilos de vida que brindarán mejores formas de vivir, relacionarse consigo mismo, con los demás y con el ambiente".

Este entorno se materializa a través de la estrategia "Sintonizarte", definida como un conjunto de procesos integrales orientados a la promoción de hábitos de vida saludable y la gestión del riesgo colectivo e individual, a través del arte y de procesos educativos con los integrantes de la comunidad educativa de jardines infantiles, colegios, universidades e instituciones de formación para el trabajo y el desarrollo humano. A través de esta estrategia se desarrollan las siguientes interacciones integrales e integradas: i) Promoción de la Salud en la comunidad educativa, la cual desarrolla acciones lúdicas y reflexivas acordes al curso de vida fomentando el cuidado de la salud y el bienestar en todos los miembros de la comunidad educativa. Vincula acciones para la promoción de la alimentación saludable, actividad física, salud oral, visual/comunicativa, salud sexual y reproductiva, salud mental y seguridad, con énfasis en movilidad segura y sostenible; ii) Gestión Integral del riesgo en comunidad educativa, la cual incluye intervenciones de mitigación ante la presencia de eventos de salud pública principalmente orientados en salud mental, derechos sexuales y reproductivos y vacunación; y iii) Ejecución estratégica y táctica del entorno cuidador, fundamentada en las acciones de articulación sectorial e intersectorial a nivel local y distrital, mediante procesos de concertación, seguimiento y evaluación de las acciones desarrolladas con la estrategia Sintonizarte.

b. Entorno Cuidador Laboral "Trabaja por tu Salud".

El Entorno Cuidador Laboral "comprende los escenarios donde las personas e individuos se organizan para producir bienes y servicios en condiciones que promueven y protegen la salud brindando bienestar a los trabajadores, sus familias y comunidades, con participación en la potenciación de factores protectores y en el control y mitigación de los factores adversos a su salud. Comprende los escenarios laborales formales e informales".

La Secretaría Distrital de Salud con la intención de favorecer un trabajo digno y saludable, desarrolla interacciones para la promoción del cuidado y el bienestar de los trabajadores informales de la zona urbana y rural. Así, desde el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas se definen dos interacciones integradas: la primera, para la implementación de la estrategia de entornos laborales saludables en unidades de trabajo informal priorizadas a través del desarrollo de Planes de Cuidado para el bienestar; la segunda, relacionada con el reconocimiento del trabajo infantil que por su naturaleza o condiciones puede afectar la salud, bienestar, seguridad y moralidad de los niños, niñas y adolescentes.

En este entorno se desarrollan las siguientes interacciones integrales e integradas: i) Promoción del cuidado de la salud para el bienestar de los trabajadores informales y gestión del riesgo en las unidades de trabajo informal, en esta se realiza el despliegue de

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

intervenciones promocionales del cuidado de la salud de los trabajadores y la gestión del riesgo a través del desarrollo de planes concertados que contribuyan al mejoramiento de las condiciones de trabajo y la modificación de prácticas en salud; ii) Planes de cuidado para la salud a través de la desvinculación progresiva de niños, niñas y adolescentes del trabajo infantil, que busca contribuir en la desvinculación progresiva del trabajo en niños, niñas y adolescentes (NNA) trabajadores identificados por el sector salud.

c. Entorno Cuidador Comunitario "Bienestar y Salud para las Comunidades"

El entorno cuidador comunitario es el escenario de encuentro para la vida. "Comprende los espacios donde se da la dinámica social de las personas y los colectivos dispuestos en grupos de base, redes sociales y comunitarias organizadas de manera autónoma y solidaria, las cuales pueden compartir características, objetivos comunes y agruparse para desarrollar actividades y presentarlas ante instancias nacionales y/o territoriales; también hacen parte los espacios conformados por elementos constitutivos naturales, artificiales y elementos complementarios, compuestos por espacios abiertos, caracterizados por el libre acceso (plazas, parques, vías, entre otros) y de espacios a los que la comunidad atribuye valor político, histórico, cultural o sagrado (bibliotecas, ludotecas, casa de cultura, museos, teatros, templos, malocas, estadios, escenarios de participación entre otros)".

En este entorno, se promueve el cuidado para el bienestar de la salud en barrios y veredas de Bogotá, propiciando hábitos de vida saludable en cuidadores y promoviendo la conformación y el fortalecimiento de redes y grupos en los barrios con el fin de generar corresponsabilidad y apropiación en las acciones de salud que se desarrollen.

En este entorno se desarrollan las siguientes interacciones integrales e integradas: i) Promoción del cuidado individual y colectivo de la salud en el entorno comunitario, mediante acciones que promuevan hábitos y condiciones saludables a través del desarrollo de acciones de educación en salud pública dirigidas a la población que vive o transita en territorios priorizados; de acciones de identificación y gestión del riesgo a partir de tamizajes en salud sexual y reproductiva, condiciones crónicas y salud mental; y de la generación de canalizaciones a instituciones prestadoras de servicios de salud y de servicios sociales. ii) Gestión estratégica y táctica del entorno cuidador comunitario, la cual implica el seguimiento técnico y administrativo de los productos para evaluar la operación desde la planeación hasta los resultados de la implementación de los diferentes productos de las acciones integradas que componen el entorno. Considerando además el proceso de refrendación de las acciones con la comunidad, previa construcción conjunta en la fase de planeación, de las acciones en salud con los conglomerados.

En correspondencia con los objetivos trazados por la actual administración, desde el entorno se hace el abordaje de temáticas relacionadas con la salud mental con énfasis en movilidad y seguridad, fortaleciendo la recién creada estrategia "Bogotá camina segura con bienestar y salud mental", que permite articular el accionar del entorno con procesos derivados de la coyuntura, como la construcción del tramado metro de la ciudad; identificar puntos estratégicos para la disposición de equipos que promocionen la salud mental, generar espacios de escucha, identificar riesgos en el consumo de sustancias psicoactivas o relacionados con condiciones crónicas, salud sexual y reproductiva, entre otras; de igual

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

manera se favorece el uso funcional y la circulación en el espacio público por medio del suministro de información y el desarrollo de habilidades socioemocionales en los ciudadanos, coadyuvando a la eliminación de entornos estreso génicos.

Así mismo, en el marco de los compromisos de orden intersectorial generados desde el entorno, especialmente con las secretarias de Movilidad, Gobierno, Seguridad, Desarrollo Económico, Integración Social e instituciones como el IDRD; en aras de realizar acciones para el goce efectivo de la ciudadanía desde las vivencias en el espacio público y el agenciamiento en el ámbito comunitario, se busca fortalecer alianzas estratégicas que permitan la realización de acciones con pertinencia y oportunidad, así como la participación en jornadas intersectoriales, construcciones de planes de trabajo y acciones de seguimiento, desde una óptica coordinada e integrada como resultado del afianzamiento de la Atención Primaria Social.

Igualmente, el entorno cuidador comunitario permite continuar con el abordaje integral de las prioridades de salud pública: salud mental, condiciones crónicas, ambiente, seguridad alimentaria y nutricional, salud sexual y reproductiva; fortaleciendo el nivel de agencia de las comunidades, a partir de la toma de decisiones informadas, desde un enfoque diferencial y territorial. Esto supone, la flexibilidad de las acciones, entendiendo las dinámicas cambiantes del entorno, así como, abordajes en diferentes segmentos de tiempo que, precisamente responde a los diversos perfiles de los grupos poblacionales que viven o transitan en el espacio público.

d. Entorno Cuidador Institucional “Instituciones Cuidadoras y Protectoras”

El entorno cuidador institucional, “comprende los espacios intramurales de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (públicas y privadas), las instituciones que prestan servicios sociales o de protección integral, y las instituciones en donde viven un grupo de personas -generalmente no parientes- que participan de una vida en común. En este entorno, interactúan los servicios sanitarios y sociales para garantizar la atención integral en Salud a las personas (MSPS, 2018)”.

Desde este entorno cuidador, se prioriza y se lleva a cabo el abordaje de las acciones, a partir de las necesidades identificadas en las instituciones y en los grupos poblacionales institucionalizados. Dentro de estas instituciones, se encuentran: Centros carcelarios y penitenciarios, unidades del Sistema de Responsabilidad Penal para Adolescentes-SRPA, unidades de atención a personas habitantes de calle, Casas de Igualdad de Oportunidades para las Mujeres, Instituciones de atención a la primera infancia, Instituciones de atención a las Personas Mayores-IPM, a la infancia y cuidadores de población con alta dependencia funcional, entre otras.

Dicho abordaje se lleva a cabo a partir del trabajo conjunto y mancomunado entre el sector salud y los demás sectores responsables del funcionamiento de las instituciones de atención a los grupos poblacionales diferenciales sujetos de protección, de manera que, a partir de la concertación e implementación de un Plan de Cuidado, se desarrollen acciones colectivas e individuales de alta externalidad para la gestión integral de riesgos en salud, de la población institucionalizada y sus cuidadores.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

En este entorno se desarrollan las siguientes interacciones integrales e integradas: i). Cuidado para la Salud de las personas institucionalizadas y sus cuidadores que incluye la promoción de la salud, el fortalecimiento de hábitos de vida saludables, la participación, las acciones intersectoriales entre otras; y ii) Ejecución estratégica y táctica del entorno Cuidador Institucional, que integra las acciones para la planeación, ejecución y seguimiento de los diferentes productos del entorno.

e. Inter-Acciones integradas para la Ruralidad

En lo que se refiere a acciones de Gestión en Salud Pública y PSPIC, para la ruralidad se establecen las interacciones integrales e integradas, así: i) Análisis y políticas para la salud y la vida en la ruralidad lejana, que contribuye técnica y operativamente en la toma de decisiones gubernamentales y sociales, a través del análisis del territorio y la gestión de políticas públicas; ii) Prácticas saludables y sostenibles para el cuidado de la salud y la vida en la ruralidad, desarrolla actividades a nivel territorial de acuerdo con las dinámicas propias de la comunidad el cual estará orientado a los individuos, sus familias y comunidad en el contexto social donde se desarrolla; iii) Gestión de la información para la vigilancia, el cuidado
de la salud y la vida en la ruralidad, donde se agrupan las actividades relacionadas con el proceso de notificación oportuna de eventos objeto de vigilancia en salud pública.

Finalmente, se resalta que existen “Interacciones Integrales e Integradas” que en el marco de la GSP y PSPIC se ejecutan a nivel distrital o local, por procesos transversales, en los entornos cuidadores de vida cotidiana. Su descripción operativa se encuentra en los “Lineamientos Técnicos de la Gestión en Salud Pública –GSP y del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas”.

6.2.2.2. Ejecución del Plan de Cuidado familiar.

Constituye el Plan de Cuidado en el entorno cuidador hogar, el cual se establece a partir de la caracterización familiar que realiza el promotor de salud, de manera que, según los hallazgos y los recursos disponibles en la familia, se emprendan las acciones de promoción de la salud, prevención y gestión integral de riesgos identificados.

Desde el abordaje familiar, se realizan intervenciones colectivas en dos escenarios; el primero, donde se desarrollan acciones promocionales para el cuidado de la salud por parte del promotor de salud al 100% de las familias caracterizadas, en temáticas relacionadas con los factores de riesgo identificados en la familia, los cuidados de la salud de integrantes priorizados o de alto riesgo en el hogar, problemáticas identificadas en el territorio, jornadas y campañas de salud de diferentes situaciones emergentes que se puedan presentar.

Por otra parte, un segundo escenario, donde las intervenciones colectivas dirigidas a la familia, son desarrolladas por el equipo interdisciplinario de profesionales en enfermería, psicología, nutrición, terapias, odontología y/o ciencias ambientales, acorde a la necesidad de la familia y activación del promotor de salud, quien al caracterizar los hogares, reconoce situaciones y condiciones de salud que requieren un mayor acompañamiento por uno o varios profesionales que a partir del desarrollo de estrategias específicas para el abordaje de grupos poblacionales priorizados o de condiciones de salud o factores de riesgo ambiental, promueven la apropiación de prácticas de cuidado, la transformación de hábitos y la mitigación de riesgos en salud.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Estas familias son abordadas mediante un Plan de Cuidado familiar con enfoque poblacional, diferencial y de derechos, que es concertado con la familia en el primer acercamiento del o los profesionales requeridos, y el cual es implementado en varias sesiones de acompañamiento familiar.

A continuación, se describen las estrategias empleadas por el equipo interdisciplinario a partir del criterio de priorización de la familia:

a. Estrategias Colectivas para el cuidado de las mujeres gestantes:

- Embarazados con MAS Bienestar:

Esta estrategia está definida para el abordaje de las familias con mujeres gestantes con condiciones de salud que pueden poner en riesgo su vida y/o la de su bebé, se encuentra las gestantes con enfermedades infecciosas (Sífilis, VIH y hepatitis B gestacional) y gestantes con bajo peso.

Dentro de las actividades que se emprenden se encuentran acciones de educación en salud pública para la identificación de signos y síntomas de alarma, momentos en los que se debe acudir a servicios de salud, adherencia a las actividades de la ruta materno perinatal, cuidados en la gestación, parto y postparto, asesoría en alimentación saludable y lactancia materna, entre otras temáticas. Adicional a ello, dentro de las acciones de gestión del riesgo se verifica la adherencia a tratamiento acorde a diagnósticos, se realizan acciones para sensibilizar a las parejas y familias frente al cumplimiento de pautas de manejo y modificación de estilos saludables en el hogar, entre otros.

- Ángeles Guardianes.

Estrategia definida para el abordaje de casos con Morbilidad Materna Extrema (MME), a partir de un trabajo armonizados entre los equipos básicos extramurales y los equipos intramurales de las unidades de servicios de salud, de manera que se logre un proceso integral y continuo desde el diagnóstico y la atención hospitalaria hasta el abordaje el domicilio. Esta estrategia se desarrolla en el marco del Plan de Aceleración para la Reducción de la Mortalidad Materna-PARE.

b. Estrategias Colectivas para el cuidado de la Infancia:

- Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia - AIEPI.

Con esta estrategia se abordan todas las familias en las que se encuentran niños y niñas menores de 5 años, con algún factor de riesgo o condición especial de salud, dentro de los que se destacan malformaciones congénitas, cáncer infantil, hipotiroidismo congénito, alteraciones nutricionales, enfermedad respiratoria y diarreica, entre otras.

Con estas familias se promueve la apropiación de las prácticas clave del AIEPI, así como la adherencia a planes de manejo y tratamientos ordenados por el equipo médico. Se desarrollan actividades para el fortalecimiento familiar y cuidado de los niños y niñas en los hogares.

- Promoción de la Alimentación Saludable
- Seguimiento a la recuperación nutricional.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

- Consejería en Lactancia materna y alimentación complementaria.

Estas tres estrategias se desarrollan de manera armonizada con la estrategia AIEPI y está dirigida al seguimiento y fomento de la recuperación de menores con alteraciones nutricionales dentro de las que se encuentran el bajo peso al nacer, la desnutrición aguda, el riesgo de desnutrición, sobre peso y obesidad en menores de 5 años.

- Estrategia para la prevención, manejo y control de la Infección Respiratoria Aguda (IRA).
- Estrategia definida para menores de 1 año con egreso de salas ERA, así como post egreso hospitalario por enfermedad respiratoria.

c. Estrategias Colectivas para el cuidado de las personas con condiciones crónicas no transmisibles.

- Planes de Automanejo

Esta estrategia es definida para las personas con condiciones crónicas, inadherentes o personas que tras la aplicación de tamizajes de riesgo cardiovascular, metabólico y respiratorio representan riesgos altos para la salud. Con estas familias se emprenden acciones para el cambio de estilos de vida individual y familiar para la mitigación de riesgo, lo que incluye adherencia a tratamiento farmacológico y no farmacológico.

- Salud Bucal Familiar

Estrategia definida para el abordaje de familias con alertas en salud bucal, principalmente en menores de 5 años y mujeres gestantes.

d. Estrategias Colectivas para el cuidado de la Salud Mental.

- Fortalecimiento de las pautas de crianza.

Estrategias definidas para el abordaje de familias con violencias a partir de la notificación en el SIVIM.

- Fortalecimiento de estrategias de Afrontamiento, confróntate 7.

Estrategia definida para el abordaje de familias con conducta suicida a partir de la notificación en el SISVECOS.

- Acompañamiento psicosocial.

Estrategia definida para el abordaje de familias con factores de riesgo psicosocial identificados en la caracterización por el promotor del EBE o el equipo interdisciplinario.

- Apoyo psicológico en casos de duelo.

Estrategia definida para el abordaje de familias con casos de duelo identificados en la caracterización por el promotor del EBE o el equipo interdisciplinario.

e. Estrategias Colectivas para el cuidado de personas con discapacidad y sus cuidadores.

- Rehabilitación Basada en Comunidad.

A partir de esta estrategia se abordan las personas con discapacidad identificadas por el

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

promotor con barreras de acceso a los servicios de salud, sin registro de discapacidad y con alteraciones de la funcionalidad severa y moderada, con el fin de desarrollar acciones de orientación para implementar ajustes razonables en el hogar, así como generar espacios y estrategias de disminución de sobrecarga en los cuidadores.

f. Estrategias Colectivas para el cuidado de la Salud Ambiental

- Vivienda Saludable

Estrategia para el abordaje de familias donde se evidencian factores de riesgo geográfico y ambiental, que representan riesgos para la salud. Se desarrollan diferentes módulos de sensibilización, acompañamiento y desarrollo de competencias en la familia, que promueve la salud ambiental de su hogar y territorio.

g. Estrategias Colectivas para el cuidado de las comunidades indígenas, Rrom Gitanas, Negras, Afrodescendientes y Palenqueras.

- Estrategia de Abordaje Étnico Diferencial

Esta estrategia se desarrolla con familias indígenas, afrodescendientes y palenqueras, donde los Planes de Cuidado integran la medicina Ancestral, para la gestión conjunta y compartida de riesgos en salud. Esta estrategia es desarrollada por perfiles con pertenencia étnica (conformado por profesional de enfermería, técnico ambiental, partera, sabedor/médico ancestral, gestor comunitario), quienes también participan de acciones colectivas, de fortalecimiento comunitario.

h. Estrategias para el fortalecimiento de redes familiares y comunitarias.

- Grupos de Familias.

Esta estrategia se desarrolla con un grupo de hogares del territorio, que son convocadas por el EBE, dado que comparten el mismo contexto territorial y condiciones sociales, ambientales y sanitarias, con el propósito de desarrollar acciones de promoción de la salud para la apropiación de hábitos saludables en el hogar, así como la afectación positiva de determinantes sociales de la salud.

6.2.2.3. Ejecución del Plan de Cuidado individual.

Acorde a las necesidades identificadas en los integrantes de las familias con clasificación de grupo de riesgo 4 y, posterior a la verificación de criterios para el desarrollo de atenciones individuales en el hogar, los profesionales del equipo básico extramural (Medicina, enfermería, nutrición y psicología) adelantarán las atenciones domiciliarias de primera vez, de educación grupal e individual en salud, pruebas rápidas, entre otras; con el fin de remitir a los usuarios para la continuidad de la atención en las unidades básicas resolutivas.

a. Atenciones en salud por Medicina General.

- Materno perinatal:

Se realizan intervenciones individuales desde el perfil de medicina con enfoque integral del riesgo multidimensional que promuevan la integralidad de la atención en salud de las gestantes y sus familias, teniendo en cuenta los determinantes sociales y culturales, adicionalmente la normatividad vigente establecida en la resolución 3280 de 2018 por la cual se establecen los lineamientos técnicos y operativos para la atención de este tipo de población, a partir la valoración integral, detección temprana, protección específica,

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

diagnóstico, tratamiento y educación para la salud, teniendo en cuenta los criterios establecidos para la atención por los equipos básicos de salud extramurales, dentro de los que se encuentra:

- Gestante con riesgo cardio cerebro vascular y metabólico, no adherente.
- Resultados positivos en pruebas de tamización no adherentes o sin tratamiento.
- Gestante con discapacidad no adherente.
- Gestantes cuidadoras de personas con alta dependencia y pobre red de apoyo no adherente.
- MME post egreso hospitalario

- Enfermedad Cardiovascular:

Se realizan intervenciones individuales con enfoque integral del riesgo que permitan la atención a usuarios con patologías crónicas para el control metabólico de la enfermedad y obtener mejores impactos en salud con enfoque en el seguimiento a la adherencia al plan terapéutico; teniendo en cuenta los criterios para la atención, dentro de los que se encuentra:

- Usuarios con patología crónica no adherentes > a 6 meses.
- Usuarios con patología crónica (HTA-DM) cuidadores de personas con alta dependencia. Usuarios con patología crónica con discapacidad.
- Usuarios remitidos por Unidades básicas resolutivas (usuarios post egreso hospitalario IAM-ACV).

- Enfermedades respiratorias crónicas:

Para este tipo de población con patología crónica pulmonar se establece que el profesional de medicina realiza una atención individual, entendiendo la carga de enfermedad y lo limitante que son las complicaciones que llevan este tipo de patologías. Para este grupo de riesgo las atenciones, están orientadas a propender por la conservación de la salud de los individuos, la prevención de complicaciones y en especial, en el cuidado de su sistema respiratorio, seguimiento al manejo terapéutico farmacológico y no farmacológico del individuo y su rehabilitación, así como se pretende mejorar la calidad de vida del individuo impactando de manera integral las condiciones sociales y culturales de esta población, teniendo en cuenta los criterios para la atención, dentro de los que se encuentra:

- Usuarios con presencia de enfermedades respiratorias crónicas EPOC y asma cuidadores de personas con alta dependencia o con discapacidad.
- Usuarios no adherentes remitidos por Unidades Básicas Resolutivas.
- Usuarios no adherentes y post egreso hospitalario por ERC adulto y niños, remitidos por Unidades Básicas Resolutivas.

- Infancia.

Para este grupo de riesgo el profesional de medicina realiza actividades individuales en los casos de recién nacidos sin control posterior al nacimiento y menores de 5 años con tres o más episodios de Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) en el último mes, las acciones se orientarán en identificar riegos en salud y gestión de estos, para evitar complicaciones. En los casos de menores de 2 años con bronquiolitis de alto riesgo sin control y menores post egreso de sala ERA no contactable o sin asistencia a control, las acciones se enfocan en el

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

seguimiento al manejo terapéutico farmacológico y no farmacológico, identificación de riesgos individuales, educación en manejo de exacerbaciones y uso de inhaladores y/o oxigeno domiciliario, así como la educación a la familia o cuidadores en acciones preventivas de nuevos episodios respiratorios. Es importante realizar la gestión necesaria e incentivar la participación de los padres o cuidadores en la estrategia de AEIPI comunitario, teniendo en cuenta los criterios para la atención, dentro de los que se encuentra:

- Recién nacidos sin control.
- Menores de 5 años con presencia de tres o más episodios de Enfermedad diarreica Aguda (EDA) en el último mes.
- Menores de 2 años con bronquiolitis de alto riesgo (BAR) sin control en (prematuridad, enfermedad congénita cardiovasculares y neurológicas, displacía broncopulmonar, trastornos congénitos de vías respiratorias, síndrome de Down, DNT aguda, inmunodeficiencia
- Niños y niñas menores de 5 años, atendidos en Sala ERA, con factores de riesgo sin seguimiento efectivo a las 48 horas por Sala ERA.
- Menores post egreso de sala ERA no contactable o sin asistencia a control.

- Alteraciones nutricionales

Las actividades del perfil de medicina estarán orientadas a la intervención de los niños menores de 5 años con DNT aguda, con el fin de realizar identificación de riesgos en salud, confirmación diagnostica, notificación de eventos, activaciones intersectoriales a las que haya lugar y definir conducta de acuerdo con el lineamiento para el manejo integrado de la desnutrición aguda moderada y severa en niños y niñas de 0 a 59 meses de edad Resolución 2350 de 2020. En los menores que cumplan con los criterios que se relacionan a continuación:

- Niños y niñas de 0 a 59 meses con indicador nutricional de DNT aguda inadherentes.
- Antecedentes de bajo peso al nacer menores de un año sin adherencia al plan canguro.
- Post egreso hospitalario de DNT aguda

b. Atenciones en salud por Enfermería.

- Materno perinatal

Se realizan atenciones individuales, enmarcadas en la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud-RPMS, la administración de tratamiento establecido para sífilis gestacional, así como consulta de regulación de la fecundidad, para los casos post evento obstétrico (MME) que no cuentan con método, en las mujeres que cumplan con los criterios que se relacionan a continuación:

- Gestante con bajo riesgo sin adherencia a la ruta materno perinatal.
- Resultados positivos en pruebas de tamización no adherentes o sin tratamiento.
- MME post egreso hospitalario sin método de regulación de la fecundidad

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

- Alteraciones Nutricionales:

Las actividades del perfil de enfermería serán complementarias al Plan de Cuidado instaurado en la consulta de nutrición de los equipos extramurales y se enfocarán en acciones de educación nutricional, seguimiento a ganancia de peso, puericultura, seguimiento al plan de alimentación, y a la respuesta de activaciones intersectoriales. Todo esto, con el objetivo de ofrecer una atención integral que permita la recuperación nutricional de la población priorizada, fortalecimiento de buenas prácticas y seguridad alimentaria y nutricional, en los menores que cumplan con los criterios que se relacionan a continuación:

- Riesgo de desnutrición, indicador nutricional entre -1.5 y -2.0.
- Antecedente de bajo peso al nacer menores de un año sin adherencia al programa madre canguro.
- Niños y niñas de 0 a 59 meses con indicador nutricional de DNT aguda inadherentes.

- Enfermedad Cardiovascular

Se realizarán intervenciones de educación individual y grupal en salud a los usuarios con patologías crónicas, con enfoque en el seguimiento y control de la adherencia al plan terapéutico, así como consultas de la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud-RPMS en las personas que cumplan con los criterios que se relacionan a continuación:

- Persona con capacidad de gestar sin intención reproductiva con patología crónica sin método de regulación de la fecundidad.
- Usuarios remitidos por las unidades básicas resolutivas (Usuarios con patología crónica no adherentes y egresos hospitalarios - lesiones en piel secundarias a pie diabético).
- Persona con capacidad de gestar con intención reproductiva con patología crónica.

- Enfermedades respiratorias crónicas

Las actividades del perfil de enfermería para este grupo de riesgo serán complementarias al plan de manejo instaurado por el profesional de medicina, están orientadas a propender por la conservación de la salud de los individuos, en especial, en el cuidado de su sistema respiratorio, en las personas que cumplan con los criterios que se relacionan a continuación:

- Usuarios con presencia de enfermedades respiratorias crónicas EPOC y asma cuidadores de personas con alta dependencia o con discapacidad.
- Usuarios remitidos por las unidades básicas resolutivas.

- Infancia

Para este grupo de riesgo, el perfil de enfermería realizará actividades individuales orientadas a identificar riegos en salud y gestión de estos, para evitar complicaciones, en los menores que cumplan con los criterios que se relacionan a continuación:

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

- Menores de 5 años con presencia de tres o más episodios de Enfermedad diarreica Aguda (EDA) en el último mes.
- Menores post egreso de sala ERA no contactable o sin asistencia a control.

c. Atenciones en salud por Psicología.

Los Equipos Básicos Extramurales, realizan la atención a través la Estrategia Enfrentando Problemas Plus "EP+", definida de acuerdo con la OMS, como un instrumento de intervención breve que combina estrategias de resolución de problemas con técnicas de modificación de conducta, diseñada para mejorar las habilidades de manejo del malestar emocional y, cuando sea posible, reducir los problemas prácticos de las personas. Esta estrategia es acorde a la población que se interviene desde los EBE, ya que busca empoderar a los individuos para que gestionen sus propios desafíos emocionales y cotidianos de manera efectiva, sin depender exclusivamente de servicios especializados que puedan estar sobrecargados o inaccesibles.

La estrategia EP+ no solo busca mejorar la capacidad de las personas para enfrentar y resolver problemas cotidianos, sino que también promueve su autonomía emocional y bienestar general. Al adaptarse de manera flexible a las necesidades individuales y contextuales, EP+ se posiciona como una herramienta efectiva para cerrar la brecha en la atención de salud mental, ofreciendo un apoyo accesible y estructurado para los residentes de Bogotá.

Para este grupo de riesgo, el perfil de psicología realizará actividades individuales orientadas a identificar riegos en salud mental y gestión de estos, en los usuarios que cumplan con los criterios que se relacionan a continuación:

- Usuarias con riesgo psicosocial o depresión post parto no adherentes.
- Usuarios con diagnóstico de depresión o ansiedad no adherentes a proceso terapéutico
- Usuarios de difícil contacto post egreso hospitalario por episodio de crisis.
- Usuarios con sobrecarga (resultado de zarit moderado o intenso).
- Gestantes con depresión post parto sin atención.

d. Atenciones en salud por Nutrición.

El perfil de nutrición del Equipo Básico de Salud Extramural realiza atención individual de acuerdo a la derivación de casos, con alteraciones nutricionales, con quienes adelanta acciones de información, educación y comunicación enfocados en mejorar hábitos alimentarios, promoción de la lactancia materna, consumo adecuado de la Formula Terapéutica Lista para el Consumo -FTLC cuando sea indicada, higiene de los alimentos, signos de alarma para las enfermedades prevalentes en la infancia, entre otros temas relevantes para la familia. Lo anterior, en los casos que cumplen con los criterios relacionados a continuación:

- Niños y niñas menores de 5 años con clasificación nutricional de riesgo de desnutrición aguda según indicador de peso para la talla (Resolución 2465/2016 - Circular 014/2023 SDS) entre -1.5 y -2.0
- Antecedentes de bajo peso al nacer menores de un año sin adherencia al plan canguro.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

- Post egreso hospitalario de DNT aguda
- Gestante con bajo peso y obesidad remitidos por las unidades básicas resolutivas.
- Niños y niñas de 0 a 59 meses con indicador nutricional de DNT aguda inadherentes.

e. Estrategia Cuidando a Cuidadores

La implementación del Sistema Distrital de Cuidado "SIDICU" en Bogotá representa un avance significativo hacia una atención más integral para los cuidadores. Sin embargo, a través de la implementación de SIDICU, se ha evidenciado una crisis en el cuidado de personas con discapacidad y adultos mayores que necesitan asistencia total en sus actividades diarias. Estas personas, debido a sus limitaciones, no pueden acceder a servicios como las manzanas de cuidado u otros que requieren desplazamiento dentro del SIDICU. Históricamente, este tipo de cuidado ha sido principalmente responsabilidad del ámbito privado y familiar, con un apoyo institucional limitado.

El modelo +MAS Bienestar, contempla la estrategia Cuidando a Cuidadores, a partir de la atención integral de la dupla (cuidador - persona que requiere cuidado) mediante atenciones complementarias extramurales en articulación con la Estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad.

La atención a los cuidadores pretende abordar las necesidades de salud del cuidador y de la persona bajo su cuidado, enfatizando la promoción y prevención en salud, la adherencia a las Rutas Integrales de Salud según la prioridad, y el fortalecimiento de redes de apoyo para los cuidadores, dentro del Sistema Distrital de Cuidado.

f. Acciones transversales a los perfiles del EBE.

Teniendo en cuenta las actividades descritas anteriormente, los profesionales llevarán a cabo la valoración integral de cada individuo de acuerdo con la Lex Artis según su profesión. Esta valoración incluye todo el abordaje biopsicosocial de los usuarios, lo que se refleja no solo en la resolución de eventos meramente biológicos sino también en el bienestar familiar, comunitario, laboral y ambiental.

Todo este propósito se logra con la correcta elaboración de la historia clínica, lo que permite la identificación del riesgo individual con enfoque diferencial y por cursos de vida, actividades de promoción y mantenimiento de la salud por cursos de vida, consultas resolutivas (diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación) y elaboración de un plan de manejo que se integrará al Plan de Cuidado familiar. Los registros de la atención se realizarán en el formato de historia clínica definido, y cuando sea el caso, en los formatos diseñados para cada ruta integral de atención en salud (RIAS).

En caso de emergencia en alguna visita, los integrantes del equipo de salud extramural asistirán a quien lo necesite y/o solicitarán apoyo al Centro Regulador de Urgencias y Emergencias – CRUE de la Secretaría Distrital de Salud para remitir a la persona a una Institución Prestadora de Salud – IPS que pueda atenderlo.

En caso de identificar eventos de interés en salud pública, el profesional debe realizar la notificación correspondiente acorde a lo definido para los diferentes eventos del Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública – SIVIGILA.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

g. Trabajo coordinado entre la Gestión Extramural y Unidades Básicas Resolutivas.

Para articular eficazmente las atenciones extramurales e intramurales en el ámbito de la salud, es fundamental desarrollar una estrategia integral que garantice la coordinación entre los diferentes niveles de atención y mejore la continuidad del cuidado, que incluye:

- Definición de Protocolos de Coordinación: desarrollar y estandarizar protocolos y guías de prácticas clínicas que definan cómo coordinarse las acciones entre los equipos extramurales e intramurales, y crear procedimientos para la agenda de consultas y la comunicación de casos que requieran una intervención de la gestión extramural.
- Integración de Sistemas de Información: como se detalla en el pilar de toma de decisiones par la gobernanza se implementará un sistema de historia clínica electrónica compartido que permita la actualización y consulta de la información del paciente en tiempo real, accesible para ambos niveles de atención.
- Planificación y capacitación conjunta: planeación entre los líderes de procesos intra y extramurales de las actividades a desarrollar y de acuerdo con ellos, establecer procesos de formación continua a los profesionales integrantes de los equipos para alinear los procesos de atención.

6.2.3. Seguimiento y Monitoreo.

El papel de un promotor en el seguimiento a la familia es fundamental para asegurar la continuidad y efectividad de las intervenciones en salud. Aquí están las principales responsabilidades y actividades que realiza:

a. Monitoreo Continuo:
- Revisión Regular: Realiza visitas periódicas de acuerdo con la priorización de las familias para evaluar el progreso de los planes de gestión del riesgo y verificar el estado de salud de los miembros de esta.
- Seguimiento de al cumplimiento del plan de cuidado: verifica mediante seguimiento presencial o telefónico si el usuario o familia ha cumplido con los objetivos establecidos en el plan de cuidado.

b. Evaluación y Actualización del Plan:
- Reevaluación de Riesgos: Revisa y actualiza la clasificación de riesgos y las necesidades de salud de la familia en función de nuevos datos o cambios en la situación de salud.
- Ajuste de Intervenciones: Genera alertas que permiten ajustar el plan de cuidado según sea necesario para abordar cualquier cambio en la salud o nuevas preocupaciones identificadas durante el seguimiento.

c. Educación para la salud :
- Orientación en Salud: Proporciona información y recursos educativos sobre prevención de enfermedades, manejo de condiciones crónicas y promoción de la salud.
- Fortalecimiento de Habilidades: Capacita a los miembros de la familia en técnicas de autocuidado y en el uso adecuado de los servicios de salud disponibles.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

d. Apoyo y Acompañamiento:

- Facilitación de Recursos: Conecta a las familias con servicios de salud, sociales y comunitarios que puedan ser necesarios para su bienestar.

e. Coordinación y Comunicación:

- Interacción con Otros Profesionales: Coordina con otros miembros del equipo de salud, como médicos, enfermeros y trabajadores sociales, para garantizar una atención integral.
- Comunicación Efectiva: Mantiene una comunicación constante con las familias para entender sus preocupaciones y responder a sus preguntas, asegurando que se sientan apoyadas y bien informadas.

6.2.3.1. Comités de cuidado.

Es un espacio donde se analizará la información consignada en los Planes de Cuidado individual y familiar que, incluye las recomendaciones y acciones definidas conforme a los hallazgos o las necesidades para promover y mantener la salud integral de las familias y sus integrantes; así mismo, servirá como espacio para realizar la actualización del Plan de Cuidado con las acciones y/o recomendaciones de las atenciones complementarias.

Durante el comité de cuidado, se presentarán los casos que requieren especial atención o que llevan más de una semana sin gestión por parte de algún Equipo Base, para esto los líderes de los procesos entregan la información correspondiente que permita hacer seguimiento al servicio pendiente o actividad de gestión que se debe realizar.

Se realizará seguimiento al cumplimiento de las acciones definidas en Plan de Cuidado para cada integrante de la familia mediante el monitoreo de las actividades requeridas en la atención inicial por Equipo Base Extramural, atenciones complementarias y la gestión realizada.

Durante el comité se planearán las estrategias de mejoramiento para la atención individual resultado del análisis de la información consignada en los Planes de Cuidado.

Adicionalmente, en este Comité, se realizará fortalecimiento al Talento humano en temas de interés o que surjan como necesidad para el cumplimiento de las acciones por parte de los Equipos Base Extramurales.

8. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS Y FINANCIEROS PARA LA OPERACIÓN

Este pilar para su operación cuenta con recursos provenientes de actores, publico privados y se organiza a partir de tres convenios así:

1. Convenio de Asociación para operación del Modelo MAS Bienestar.
2. Convenio equipos Básicos de Salud Extramurales.
3. Convenio para la Gestión de Salud Pública y Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

9. SISTEMATIZACIÓN Y MANEJO DE LA INFORMACION.

Describir las herramientas dispuestas para el proceso de sistematización de la información derivada de las acciones descritas, esto incluye instrumentos de recolección, aplicaciones o plataformas a usar, así como periodicidad de reportes y criterios de seguridad en el manejo de la información. Todos estos procesos deben ser acordados con el pilar de "Toma de decisiones para la gobernanza".

Instrumentos
En el Modelo +Mas Bienestar se tendrá la captura de información de los diferentes perfiles de Salud a través del aplicativo y tendrá exportables de la información de medicina, enfermería, psicología, nutricional y cuidadores.

Aplicaciones
Aplicativo en línea, para el registro de todas las atenciones realizadas por este equipo interdisciplinario, a través de la disposición de diferentes módulos, perfiles y funciones, que facilitan los procesos de trazabilidad de la información y registro integral de las atenciones; así como las salidas y análisis de información.

El aplicativo tiene un diseño intuitivo, de fácil navegación cuenta con imágenes que corresponde a gráficos en formato SVG, cada imagen hace referencia al icono para mayor entendimiento del usuario final en fondo azul claro con el nombre del icono en letra mayúscula que le permite acceder al usuario a la opción que necesite.

Como procesos previos al uso del aplicativo, a cada uno de los perfiles se les asignará un usuario y contraseña para acceder al mismo. Esto será gestionado a través del equipo de gestión y del profesional en ingeniería de sistemas encargado de la operación.

Reportes y criterios de seguridad para el manejo de la información
Cuenta con módulo de reportes dentro de los cuales se encuentran Atenciones en salud Medicina General, atenciones en salud por parte de los profesionales de enfermería, las atenciones realizadas por parte de psicología, atenciones en nutrición y las atenciones a los cuidadores.

Para acceder a estos reportes, el usuario se ha creado en el sistema y cuenta con el permiso para este. Los reportes bajan en formato especifico que garantiza no se pierda información por la cantidad de datos que sean solicitados en un rango de tiempo.

Dentro de las medidas de seguridad de la información que es capturada por medio de los instrumentos se cuenta con:

1. Control de acceso a los datos: de los usuarios que la capturan y consultan verificando en la tabla de usuarios creados y los permisos que tienen a los módulos del sistema sobre las opciones de creación, edición, eliminación y consulta. Los datos se protegerán con acceso y autenticación seguros, el acceso a los datos de backup solo lo realiza personal autorizado mediante autenticación.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

2. Realización de copias de seguridad: En caso de fallo de sistema, perdida, corrupción o daño se realiza una copia de seguridad en el servidor web compartido que garantiza la integridad, disponibilidad y seguridad de la información. La regularidad con que se realizan las copias de seguridad en el servidor web es diaria teniendo en cuenta la criticidad de la información reportada por los profesionales.

3. Contraseñas seguras: autenticación mediante credenciales de usuario que han sido creadas bajo un esquema de cifrado seguro; lo cual impide que esta sea vulnerable.

4. Trabajo en la nube: El servidor web que se encarga de recibir las peticiones y verificar en la base de datos para dar respuesta al cliente. Adicional cuenta con repositorio de código fuente GitHub que lo hace menos vulnerable.

5. Monitorización del aplicativo por medio de la aplicación de métricas de usabilidad de alojamiento web con respecto:

    - Al uso del aplicativo los últimos x días
    - Graficas analíticas de solicitudes, direcciones IPS y anchos de banda
    - Registros de acceso (fecha, dirección IP, tipo de solicitud y tiempo de respuesta a la solicitud)

10. PRODUCTOS ESPERADOS.

- **Cambio positivo de los indicadores trazadores de los territorios abordados**: Esto incluye la reducción de la morbilidad y mortalidad a través un acceso oportuno y de calidad a los servicios de salud desde lo promocional, lo preventivo, el tratamiento temprano, de enfermedades más prevalentes en la población.

- **Mejorar la Calidad de Vida y el bienestar de la población**: Mejoras en la calidad de vida a través del manejo efectivo de condiciones de salud, atención integral y apoyo psicosocial, en articulación con otros sectores y actores.

- **Mejoramiento del acceso o a Servicios de Salud por parte de la población de mayor vulnerabilidad**: Mayor acceso a atención médica tanto en zonas urbanas como rurales.

- **Reducción de las complicaciones y hospitalización de población con Enfermedades Crónicas no trasmisibles**: Mejorar el control de enfermedades crónicas mediante seguimiento continuo y educación.

- **Aumento de las coberturas de programas de interés en salud pública:** Esto incluye mejoramiento de las coberturas de vacunas, lo que reduce la incidencia de enfermedades infecciosas.

- **Reducción de Costos de Atención de Salud**: Disminución de costos asociados con atención de emergencia y hospitalización mediante un enfoque promocional y preventivo de la salud.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

- **Mayor Satisfacción de las personas, familias y comunidades**: Mejora en la satisfacción debido a la atención continua, accesible y centrada en la persona, familia y comunidades, no solo en caso de enfermedad sino en bienestar.

- **Fomento de la corresponsabilidad en Salud**: Personas con adquisición de capacidades para gestionar su salud y tomar decisiones informadas sobre su bienestar.

- **Integración de Servicios tanto de salud como sociales**: Mejorar en la coordinación y continuidad de los cuidados entre diferentes niveles y tipos de servicios de salud y sociales.

11. DOCUMENTOS DE CONSULTA (caja de herramientas)

a. Documento Operativo Equipos Básicos Extramurales de Entorno Hogar.
b. Fichas técnicas.
c. Diagramas de flujo.
d. Manuales del sistema de información.
e. Documentos Operativos Entornos Cuidadores.

12. BIBLIOGRAFÍA

[1] Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3280 de 2018, pág. 20 [2] Ibid, pág. 20 [3] MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 3280 de 2018. Por el cual se adoptan los lineamientos técnicos y Operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación. Ministerio de Salud y Protección Social. 02 de agosto de 2018.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.