Elaboró: Sindy Julieth Sánchez, María Camila Marín, Milena Useche Velásquez – Referentes Técnicos Entorno Hogar /Revisó: Marcela Martínez Contreras - Subdirectora de Acciones Colectivas, Adriana M. Ardila Sierra - Subdirectora de Determinantes en Salud. Sol Yiber Beltrán Aguilera – Subdirectora de Vigilancia en Salud Pública y Andrea Yiset López- Subdirectora en Gestión y Evaluación de Políticas en Salud Pública / Aprobó: Iliana Curiel Arismendy – Directora de Acciones Colectivas y Diane Moyano Directora de Epidemiología, Análisis y Gestión de Políticas de Salud Colectiva.

DOCUMENTO OPERATIVO DEL ENTORNO CUIDADOR HOGAR

VIGENCIA: MARZO – DICIEMBRE 2023

Bogotá D.C

Contenido

1. Interacción integral e integrada Cuidado para la Salud Familiar. 10

1.1. Producto 113. ABORDAJE TERRITORIAL. 11

1.1.1. Unidad de medida 11

1.1.2. Forma de reporte de ejecución del producto 12

1.1.3. Detalle de las actividades 12

1.1.3.1. Actividad 1. Atención inicial para la identificación de riesgos. 12

Descripción de Actividad 12

Acciones propias de la atención inicial para la identificación de riesgos 17

1.1.3.2. Actividad 2. Plan de Cuidado familiar en respuesta a necesidades en salud identificadas. 19

Descripción de Actividad 19

1.1.3.3. Actividad 3. Comité de Cuidado. 26

Descripción de Actividad 26

Tabla resumen del producto: 26

1.2. Producto 114. PLAN DE CUIDADO FAMILIAR. 28

1.2.1. Unidad de medida 28

1.2.2. Forma de reporte de ejecución del producto 28

1.2.3. Detalle de las actividades 29

1.2.3.1. Actividad 1. Alistamiento para el seguimiento familiar. 29

Descripción de la actividad 29

1.2.3.2. Actividad 2. Caracterización Social y Ambiental (CSA). 37

Descripción de la actividad 37

1.2.3.3. Actividad 3. Concertación del Plan de Cuidado Familiar. 41

Descripción de la actividad 41

1.2.3.4. Actividad 4. Implementación y Seguimiento del Plan de Cuidado Familiar. 43

Descripción de la actividad 43

1.2.3.5. Actividad 5. Evaluación y cierre del Plan de Cuidado Familiar. 49

Descripción de la actividad 49

Tabla resumen del producto: 50

1.3. Producto 115. PLAN DE CUIDADO FAMILIAR CON ENFOQUE EN VIVIENDA SALUDABLE. 52

1.3.1. Unidad de medida 53

1.3.2. Forma de reporte de ejecución del producto 53

1.3.3. Detalle de las actividades 53

Tabla resumen del producto: 54

1.4. Producto 116. PLAN DE CUIDADO FAMILIAR CON ENFOQUE EN SALUD MENTAL. 55

1.4.1. Unidad de medida 55

1.4.2. Forma de reporte de ejecución del producto 55

1.4.3. Detalle de las actividades 55

Tabla resumen del producto: 56

1.5. Producto 117. PLAN DE CUIDADO FAMILIAR EN ZONAS DE RURALIDAD CERCANA 57

Unidad de medida 57

1.5.1. Forma de reporte de ejecución del producto 57

1.5.2. Detalle de las actividades 58

Tabla resumen del producto: 61

1.6. Producto 118. BÚSQUEDAS ACTIVAS DE POBLACIÓN SUSCEPTIBLE DE COVID_19. 63

1.6.1. Unidad de medida 64

1.6.2. Forma de reporte de ejecución del producto 64

1.6.3. Detalle de las actividades 64

1.6.3.1. Actividad 1. Definición de los conglomerados o poblaciones para el desarrollo de jornadas de Búsqueda Activa Comunitaria de casos de COVID_19. 64

Descripción de la actividad 64

1.6.3.2. Actividad 2. Desarrollo de las jornadas de búsqueda activa de casos de COVID-19. 67

Descripción de la actividad 67

Tabla resumen del producto: 72

1.7. Producto 119. APOYO LOGÍSTICO A LAS ACCIONES DESARROLLADAS EN EL ENTORNO CUIDADOR HOGAR. 73

1.7.1. Unidad de medida 73

1.7.2. Forma de reporte de ejecución del producto 74

1.7.3. Detalle de las actividades 74

1.7.3.1. Actividad 1. Desarrollo de acciones de logística, organización y disposición de insumos para el desarrollo de las acciones en el entorno hogar. 74

Descripción de la actividad 74

Tabla resumen del producto: 75

1.8. Producto 120. INSUMOS PARA EL DESARROLLO DE BÚSQUEDAS ACTIVAS DE POBLACIÓN SUSCEPTIBLE DE COVID_19. 75

1.8.1. Unidad de medida 76

1.8.2. Forma de reporte de ejecución del producto 76

1.8.3. Detalle de las actividades 76

1.8.3.1. Actividad 1. Adquisición de Insumos para el desarrollo de jornadas de Búsquedas activas de casos de COVID_19. 76

Descripción de la actividad 76

Tabla resumen del producto: 77

2. Interacción integral e integrada Estrategia de Abordaje Étnico Diferencial. 77

2.1. Producto 121. PLANEACIÓN, SEGUIMIENTO Y FORTALECIMIENTO TÉCNICO EN EQUIPOS ÉTNICOS DE COMUNIDADES NEGRAS Y AFROCOLOMBIANAS 78

2.1.1. Unidad de medida 78

2.1.2. Forma de reporte de ejecución del producto 78

2.1.3. Detalle de las actividades 78

2.1.3.1. Actividad 1. Alistamiento y Fortalecimiento de Capacidades. 78

Tabla resumen del producto: 80

2.2. Producto 122. Plan de Cuidado Familiar Diferencial en Familias Étnicas, de comunidades Negras y Afrocolombianas 81

2.2.1. Unidad de medida 81

2.2.2. Forma de reporte de ejecución del producto 81

2.2.3. Detalle de las actividades 81

2.2.3.1 Actividad 1. Formulación e implementación de Plan de Cuidado Diferencial en Familias de comunidades Negras y Afrocolombianas 82

Tabla resumen del producto: 88

2.3. Producto 123. Acciones Colectivas Diferenciales con familias Étnicas de comunidades Negras y Afrocolombiana 89

2.3.1. Unidad de medida 89

2.3.2. Forma de reporte de ejecución del producto 89

2.3.3. Detalle de las actividades 89

2.3.3.1 Actividad 1. Acciones Interculturales de Promoción y Prevención en Salud 89

Tabla resumen del producto: 90

2.4. Producto 124. Acciones Propias de Medicina Ancestral de comunidades Negras y Afrocolombianas 90

2.4.1. Unidad de medida 90

2.4.2. Forma de reporte de ejecución del producto 91

2.4.3. Detalle de las actividades 91

2.4.3.1 Actividad 1. Acciones Propias de medicina ancestral 91

Tabla resumen del producto: 92

2.5. Producto 124a. Estrategia de Insumos Ancestrales afrodescendientes 92

2.5.1. Unidad de medida 92

2.5.2. Forma de reporte de ejecución del producto 92

2.5.3. Detalle de las actividades 92

2.5.3.1. Actividad 1. Planificación de la estrategia de insumos ancestrales. 92

2.5.3.2. Actividad 2. Implementación de la Estrategia de Insumos Ancestrales 94

Tabla resumen del producto: 95

2.6. Producto 126. PLANEACIÓN, SEGUIMIENTO Y FORTALECIMIENTO TÉCNICO EN EQUIPO ÉTNICO PALENQUERO. 96

2.6.1. Unidad de medida 96

2.6.2. Forma de reporte de ejecución del producto 96

2.6.3. Detalle de las actividades 96

2.6.3.1. Actividad 1. Alistamiento y Fortalecimiento de Capacidades. 96

Tabla resumen del producto: 98

2.7 Producto 127. Plan de Cuidado Familiar Diferencial en Familias Étnicas, Palenqueras. 99

2.7.1 Unidad de medida 99

2.7.2 Forma de reporte de ejecución del producto 99

2.7.3 Detalle de las actividades 99

2.7.3.1 Actividad 1. Plan de Cuidado Diferencial en Familias Palenqueras 99

Tabla resumen del producto: 104

2.8 Producto 128. Acciones Colectivas Diferenciales con familias Étnicas Palenqueras. 104

2.8.1 Unidad de medida 104

2.8.2 Forma de reporte de ejecución del producto 105

2.8.3 Detalle de las actividades 105

2.8.3.1 Actividad 1. Acciones Colectivas Diferenciales 105

Tabla resumen del producto: 106

2.9 Producto 129. Acciones Propias de Medicina Ancestral con familias Étnicas Palenqueras. 106

2.9.1 Unidad de medida 106

2.9.2 Forma de reporte de ejecución del producto 106

2.9.3 Detalle de las actividades 106

2.9.3.1 Actividad 1. Acciones Propias de Medicina Ancestral 106

Tabla resumen del producto: 107

2.10. Producto 129a. Estrategia de Insumos Ancestrales con familias Étnicas Palenqueras 108

2.10.1 Unidad de medida 108

2.10.2 Forma de reporte de ejecución del producto 108

2.10.3 Detalle de las actividades 108

2.10.3.1 Actividad 1: Planificación de la estrategia de insumos ancestrales. 108

2.10.3.2 Actividad 2. Implementación de la estrategia de insumos ancestrales. 110

Tabla resumen del producto: 111

2.11. Producto 125. Gestión del Riesgo en Familias Indígenas de los Pagadiarios y Alojamientos 111

2.11.1 Unidad de medida 111

2.11.2 Forma de reporte de ejecución del producto 111

2.11.3. Detalle de las actividades 111

2.11.3.1 Actividad 1. Planeación, Seguimiento y Fortalecimiento de Capacidades 111

2.11.3.2 Actividad 2. Atención Diferencial a Situaciones Emergentes 112

Tabla resumen del producto: 114

3. Interacción integral e integrada Gestión Estratégica Y Operativa Del Entorno Cuidador Hogar 115

3.1. PRODUCTO 130. EJECUCIÓN ESTRATÉGICA Y TÁCTICA DEL ENTORNO CUIDADOR HOGAR 116

3.1.1. Unidad de medida 116

3.1.2. Forma de reporte de ejecución del producto 116

3.1.3. Detalle de las actividades 116

3.1.3.1. Actividad 1. Gestión Estratégica a cargo del Referente del Entorno Hogar. 116

Descripción de Actividad 116

3.1.3.2. Actividad 2. Líder para la respuesta integral en el Entorno Hogar 122

Descripción de Actividad 122

3.2. PRODUCTO 131. EJECUCIÓN TÁCTICA Y OPERATIVA DEL ENTORNO CUIDADOR HOGAR 123

3.2.1. Unidad de medida 123

3.2.2. Forma de reporte de ejecución del producto 124

3.2.3. Detalle de las actividades 124

3.2.3.1. Actividad 1. Desarrollo del Plan Operativo en las diferentes acciones integradas del Entorno Hogar 124

Descripción de Actividad 124

Tabla resumen del producto: 127

3.3. PRODUCTO 132: SOPORTE OPERATIVO DE LAS ACCIONES DEL ENTORNO CUIDADOR HOGAR. 130

3.3.1. Unidad de medida 130

3.3.2. Forma de reporte de ejecución del producto 130

3.3.3. Detalle de las actividades 131

3.3.3.1. Actividad 1. Proceso de Georreferenciación. 131

Descripción de Actividad 131

3.3.3.2. Actividad 2. Seguimiento a la activación de rutas y canalización integral de atención en salud. 134

Descripción de Actividad 134

3.3.3.3. Actividad 3. Gestión de la información del Entorno Hogar 136

Descripción de Actividad 136

3.3.3.4. Actividad 4. Estrategia de intervención para el seguimiento y monitoreo de casos prioritarios abordados por el entorno-Plan Choque. 140

Descripción de Actividad 140

Tabla resumen del producto: 142

3.4. PRODUCTO 133: DEPURACIÓN Y ANÁLISIS DE INFORMACIÓN A NIVEL DISTRITAL, EN EL MARCO DE LA ARTICULACIÓN SECTORIAL E INTERSECTORIAL. 144

3.4.1. Unidad de medida 145

Avance mensual del plan de acción 145

3.4.2. Forma de reporte de ejecución del producto 145

Cumplimiento de las acciones programadas en el plan de acción 145

3.4.3. Detalle de las actividades 145

3.4.3.1. Actividad 1. Depuración, consolidación y análisis de información a nivel distrital. 145

Descripción de Actividad 145

Tabla resumen del producto: 146

4. Monitoreo y seguimiento 146

ASPECTOS TRANSVERSALES A TENER EN CUENTA 156

Referencias 161

CONTROL DE CAMBIOS 162

1. Interacción integral e integrada Cuidado para la Salud Familiar.

La interacción integrada "Cuidado para la Salud Familiar" del entorno cuidado hogar, se encuentra enmarcada en la línea operativa de Entornos Cuidadores del Modelo Territorial de Salud de Bogotá. A través de la estrategia Familias Cuidadoras, se lleva a cabo el abordaje colectivo de aquellos núcleos familiares priorizados en la ciudad por sus características de riesgo, condiciones de vulnerabilidad y en general por sus determinantes sociales en salud, con el fin de desarrollar procesos de cuidado en esta red primaria, desde un enfoque diferencial, a partir del reconocimiento de los patrones culturales, sociales y ambientales que hacen parte del entorno y el contexto familiar.

El desarrollo de esta interacción contribuye a la implementación de planes de cuidado local, que son establecidos en las diferentes localidades del distrito, a partir del diagnóstico y reconocimiento local desde el análisis de condiciones de calidad de vida, salud y enfermedad, que orienta el accionar del equipo territorial de salud, conformado por los diferentes actores del sector (Plan de salud Pública de Intervenciones Colectivas, participación social, prestación de servicios, equipos de atención en casa, entre otros). Allí, la intervención desde el entorno hogar parte de *atenciones iniciales,* realizadas mediante un abordaje territorial, donde se priorizan las UPZ, UPR, barrios y veredas, acorde a criterios poblacionales, epidemiológicos, de riesgo multifactorial, entre otros aspectos que permiten la focalización de acciones para la intervención familiar y la respuesta integral desde los actores sectoriales e intersectoriales que se requieran para la acción integral a partir de la identificación de alertas en salud identificadas en los hogares que conforman el territorio priorizado.

Posteriormente, como resultado del abordaje territorial y teniendo en cuenta otras fuentes de información sectorial e intersectorial, se llevan a cabo *atenciones complementarias* que fortalecen las acciones de seguimiento familiar en aquellos núcleos donde se evidencian riesgos latentes para la salud y con quienes se emprenden planes de cuidado familiar, que permiten la trasformación de condiciones de riesgo a partir de un trabajo concertado entre los equipos interdisciplinarios del entorno hogar y la familia. De igual forma, los planes de cuidado familiar pueden ser emprendidos por familias que, si bien no están en territorios priorizados, si cuentan con condiciones prioritarias en salud que requieren la intervención desde el entorno cuidador; para ello, se realiza la caracterización inicial para identificar factores protectores y factores de riesgos individuales y colectivos (atención inicial), con el fin de concertar e implementar planes de cuidado familiar, como herramienta de generación de capacidades para mejorar condiciones y prácticas de vida saludables,

e incrementar el empoderamiento en medidas de cuidado para el bienestar de los integrantes de la familia (atención complementaria).

En todas las acciones definidas en la interacción integrada, se fomenta el trabajo articulado con las diferentes líneas operativas del modelo Territorial de Salud de la Bogotá y los perfiles interdisciplinarios que conforman el equipo territorial en salud, dando respuesta a las necesidades de las familias abordadas y cumplimiento a los planes de cuidado de las localidades del distrito.

1.1. Producto 113. ABORDAJE TERRITORIAL.

Hace referencia a la atención inicial para las familias prioritarias por características poblacionales y territoriales, la cual comprende la identificación oportuna de los riesgos, que orienta la gestión de respuestas efectivas ante las necesidades y alertas en salud de sus integrantes; lo anterior, a partir de acciones promocionales y de gestión de riesgos en salud que permitan la eliminación de barreras de acceso y la activación a rutas integrales de servicios de salud y las que se requieran a nivel intersectorial.

Este abordaje, se lleva a cabo a partir de la priorización de diferentes territorios en el distrito, teniendo en cuenta lo establecido en el Plan Territorial de Salud, criterios de vulnerabilidad, información epidemiológica, así como el desarrollo conjunto y articulación con diferentes estrategias desarrolladas a nivel sectorial e intersectorial en el marco del Plan de Gobierno y el Sistema distrital de Cuidado (SIDICU) donde se encuentra la estrategia Tropa Social, Búsqueda de casos de Desnutrición, Manzanas del Cuidado, entre otras que se emprendan e informen desde la SDS.

1.1.1. Unidad de medida

Familia. Corresponde a cada una de las familias intervenidas en los territorios y por criterios priorizados para el abordaje territorial. De igual forma, contempla la participación en comités del cuidado.

1.1.2. Forma de reporte de ejecución del producto

El reporte del producto se realiza con una periodicidad mensual, donde se deben relacionar el número de familias que fueron intervenidas durante el mes, con el desarrollo de las tres actividades que integra el producto.

Para el caso de los perfiles que participan en comités del cuidado, se relacionará 2 unidades en el informe de gestión, por cada jornada de 4 horas, máximo 2 comités del cuidado al mes por cada auxiliar de enfermería.

1.1.3. Detalle de las actividades

1.1.3.1. Actividad 1. Atención inicial para la identificación de riesgos.

Descripción de Actividad

Para el desarrollo de esta actividad, se cuenta con un equipo conformado por auxiliares de enfermería, que adelantan el abordaje de territorios definidos previamente acorde a criterios de priorización poblacional y focalización de sectores de alta vulnerabilidad en la ciudad. Esta priorización territorial es desarrollada por los geógrafos del entorno, en un trabajo conjunto con el equipo de Análisis de Condiciones de Calidad de Vida, Salud y Enfermedad (ACCVSYE) y con la línea operativa del Modelo Territorial de salud de Equipos de Atención en Casa (EAC), a partir del direccionamiento dado desde nivel central.

Para el abordaje de las familias se organizarán los equipos territoriales, básicos y complementarios, con el fin de brindar respuestas integrales a las necesidades y expectativas en salud de la comunidad. Particularmente, los equipos básicos o *Binas Cuidadoras* están conformadas por un auxiliar de enfermería del entorno cuidador hogar y un profesional de salud (Medicina o enfermería) de los equipos de atención en casa, quienes tendrán a cargo un número de familias adscritas, acorde a las diferentes estrategias de abordaje.

El equipo deberá adelantar los procesos de planeación, abordaje y seguimiento, de la población adscrita, a partir de la identificación de necesidades, principales determinantes sociales en salud, procesos protectores y deteriorantes; de este modo, en el accionar conjunto de la bina, se contará con el conocimiento pleno de las prioridades de las familias adscritas, para poder generar acciones complementarias activando equipos del entorno cuidado hogar, otras acciones del PSPIC, equipos de apoyo de los EAC, y otros a nivel sectorial e intersectorial. De igual forma, el trabajo

mancomunado permitirá el seguimiento periódico y controles requeridos desde la atención individual de los profesionales de los EAC, a la población prioritaria a cargo.

El abordaje de las auxiliares de enfermería del entorno cuidador hogar, será acorde al direccionamiento de los profesionales de apoyo a la gestión operativa del entorno, quienes a su vez estarán en articulación permanente con los perfiles de gestión de EAC, para la planeación de las acciones, y distribución del talento humano para la asignación e implementación de dos estrategias:

1. ***Barrido casa a casa***

   Cada una de las binas cuidadoras, será asignada a un territorio específico, donde tendrán adscritas aproximadamente 5.000 familias, quienes se convierten en la población sujeto de intervención de cada uno de los equipos; estos equipos, de manera conjunta, mancomunada e integral, serán los responsables de desarrollar y viabilizar atenciones en salud de carácter colectivo e individual que se requieran para garantizar el cuidado de la salud y bienestar de las familias en el territorio, mediante la gestión y reducción de riesgos, junto con el desarrollo de capacidades para el cuidado.

   La bina deberá realizar la apropiación del territorio asignado, para el reconocimiento de la población que allí habita y que ha sido adscrita para su intervención, de manera que se establezca una dinámica de trabajo coordinado y conjunto en el que las acciones de abordaje familiar pueden realizarse de manera simultánea o no, por los dos perfiles.

   El territorio asignado debe ser barrido casa a casa por parte de las auxiliares de enfermería, acorde a cronograma y orientación brindada por los profesionales del componente geográfico, de manera que se tenga pleno control y conocimiento de las familias abordadas, avance de intervención tanto de los predios, como de las familias e identificación de los casos prioritarios para intervención por parte de los EAC.

   Inicialmente, las visitas se podrán adelantar de manera coordinada y conjunta por parte de la bina cuidadora; sin embargo, entendiendo que los profesionales de la salud de EAC deberán adelantar atenciones individuales a todos los integrantes de la familia, lo que dependiendo de la cantidad de personas puede demandar largos tiempos en el hogar, y que también desarrollarán acciones de seguimientos/controles según frecuencias de uso de

poblaciones prioritarias, la auxiliar en enfermería deberá avanzar en las acciones propias del entorno cuidador hogar (las cuales se relacionan más adelante), de manera que se cuente con una avanzada y un espacio sistemático de realimentación conjunta de la bina cuidadora, en el que se den a conocer las novedades evidenciadas en el abordaje territorial y las necesidades de atención individual identificadas, para que profesionales en medicina y enfermería puedan abordar desde la atención individual.

Articulación con los equipos de cuidado diferencial indígena

En el marco de la atención diferencial en población indígena se ha establecido un proceso de acciones de atención diferencial desde la practicas propias de usos y costumbres en salud de los diferentes pueblos indígenas que se encuentran en la ciudad en cumplimiento a compromiso de una acción afirmativa, en tal sentido se evidencia la necesidad de generar un proceso de articulación para garantizar la identificación de dichas comunidades y abordaje correspondiente.

Por consiguiente, se estable que, en los casos en los cuales durante el barrido casa a casa se identifiquen familias con pertenencia étnica indígena, los cuales pertenezcan a los pueblos indígenas: Muisca suba, Muisca bosa, Kichwa, Inga, Pijao, Wounaan, Pasto, Yanacona, Misak, Uitoto, Cametsa, Nasa, Tubu y Eperara, no serán abordados y deberán ser informados por medio de matriz de remisión dispuesta por la Secretaria Distrital de Salud, asegurando la siguiente información: Nombre de quien atiende, dirección de la vivienda y si es posible obtener número de contacto para que puedan ser abordados por parte de los equipos de cuidado diferencial indígena.

Aquellos que no pertenezcan a estos 14 pueblos indígenas mencionados anteriormente recibirán abordaje por el auxiliar de enfermería previa aprobación de las familias.

Nota: La operación a través de la estrategia barrido casa a casa, se desarrollará con las precisiones anteriormente descritas, a partir del mes de mayo 2023; entre tanto, se dará continuidad al abordaje de sectores catastrales priorizados en la vigencia inmediatamente anterior, con el desarrollo de las actividades rutinarias a cargo del equipo, y de manera paralela, los perfiles de gestión y soporte del entorno cuidador hogar, estará adelantando el proceso de alistamiento, planeación y organización para la adscripción territorial y familiar de las binas cuidadoras.

2. Ruteo para la búsqueda de casos específicos de poblaciones de riesgo

La estrategia de ruteo, está dirigida al abordaje de casos que son priorizados a partir de diferentes procesos sectoriales o intersectoriales, donde se adelanta la identificación de familias que requieren la atención en el entorno cuidador hogar. La estrategia de ruteo se deberá realizar en bina cuidadora, para el abordaje de los casos que son referidos a los Equipos de Atención en Casa para su intervención; para ello, es el equipo del componente geográfico de EAC, quienes estarán a cargo de la organización, depuración, georreferenciación y asignación de casos a cada una de las binas.

Estos casos (y los demás en los que la bina adelante la visita de manera conjunta) se debe considerar como un escenario de trabajo conjunto y mancomunado para la atención integral de la familia a partir de la sinergia de los dos perfiles en salud. Por una parte, el auxiliar de enfermería del entorno cuidado hogar realizará la caracterización familiar, acciones promocionales y de gestión de riesgos a partir de las precisiones que se relacionan en la actividad 2; el profesional de salud, adelantará las atenciones individuales resolutivas y las que correspondan a la ruta de promoción y mantenimiento de la salud acorde al momento de curso de vida de los integrantes de la familia. De manera conjunta se deberán definir las acciones a contemplar en el plan de cuidado familiar y las derivaciones a atenciones complementarias que se requieran.

Se precisa que los casos de ruteo que en el momento de verificar lugar de residencia, se identifique que corresponde a uno de los territorios priorizados para la estrategia de barrido casa a casa, se informarán a las binas cuidadoras a cargo de dicho territorio, para que sea abordado. Es por ello, que dependiendo de la cantidad de casos remitidos para ruteo, las binas de la estrategia casa a casa, deberán definir un día a la semana para desarrollar acciones de ruteo en el interior de su territorio a partir de los casos prioritarios reportados.

De igual manera, la estrategia de ruteo, se podrá desarrollar de manera autónoma por parte de la auxiliar de enfermería, en aquellos casos que se reciben como activación de otros sectores y procesos, pero no se tiene la certeza de la prioridad en salud, o necesidades de abordaje, de manera que dicho acercamiento está orientado a la confirmación de necesidades en salud, caracterización familiar y derivación a los actores sectoriales e intersectoriales que corresponda; dentro de las fuentes de estos caso se encuentra:

- Estrategia Territorial Integral Social (ETIS)-Tropa Social.
- Botón de alerta de gestantes y lactantes de la plataforma Bogotá Cuidadora que posterior al contacto telefónico realizado por el equipo de soporte del entorno, reportan con alguna alerta en salud.
- Casos no adherentes remitidos por las EAPB, o estrategias como la de “Puntos para tu cuidado”, del convenio tripartita establecido entre SDS-EAPB-Subredes.
- Otras activaciones que se puedan generar desde el sector salud o en alianza estratégica de trabajo conjunto con otros sectores.

Se precisa, que los profesionales de los EAC, también desarrollarán la estrategia ruteo de manera independiente, en aquellos casos que ya cuentan con abordaje/caracterización desde el entorno cuidador hogar: a) Casos remitidos por los equipos de planes de cuidado familiar o auxiliares de enfermería que no realizaron visita conjunta, b) Casos que son enrutados para seguimientos/controles y que ya tuvieron la atención inicial por el equipo del entorno, c) casos remitidos por otras fuentes de información, que al ser cruzados con base de datos del entorno, se valida que ya fue caracterizado por el entorno hogar, en el último año.

Adicional a las dos estrategias clave mencionadas anteriormente, los auxiliares de enfermería del producto de abordaje territorial, participarán en acciones como:

- Abordaje de territorios de influencia que se encuentran a los alrededores de oferta de servicios como las Manzanas del cuidado, recorridos establecidos en el marco de jornadas por la niñez en Bogotá y las Jornadas Salud a mi Barrio, Salud a mi Vereda que se programen como parte de los planes de cuidado local, abordaje de pagadiarios de población migrante, entre otros referidos por la SDS.
- Recorridos por territorios priorizados por condiciones de riesgo en la ciudad, emergencias sanitarias y/o ambientales declaradas, jornadas de intensificación, entre otros despliegues informados por la SDS.
- Abordaje en zonas de ruralidad cercana para el reconocimiento de las familias que habitan dichos territorios y la necesidad de emprender acciones complementarias por el equipo a cargo. Para este caso, se contará con una auxiliar de enfermería por subred que cuenta con zonas de ruralidad cercana, quien realizará 3 visitas efectivas al día, las cuales se reportarán como 4 unidades en la ejecución del informe de gestión, dado que en dichas zonas se

requiere contar con mayor tiempo para el desplazamiento por las condiciones de alta dispersión poblacional, con un reporte máximo al mes de 84 unidades, correspondientes al abordaje de 63 familias.

En los casos, en que en estos abordajes no sea posible realizar el despliegue de las acciones propias del equipo de abordaje territorial (Caracterización, derivación), sino que su enfoque sea de divulgación de mensajes clave, intensificación de campañas promocionales y preventivas, u otra acción prevista desde la SDS, el equipo no realizará la acción rutinaria, sino las actividades informadas por correo electrónico institucional por las referentes de nivel central, empleando los medios de verificación allí indicados; estas acciones se realizarán en jornadas de medio día o día completo, por lo que se reportarán en informe de ejecución haciendo la equivalencia al abordaje familiar que regularmente se adelanta en dicho lapso de tiempo (2 o 4 unidades), según lo especificado en la comunicación de nivel central.

Acciones propias de la atención inicial para la identificación de riesgos:

Dentro de las acciones propias del auxiliar de enfermería se encuentra la caracterización de los determinantes sociales, las condiciones generales de la familia y las alertas en salud de los diferentes integrantes que la conforma, a través de la atención inicial; el auxiliar debe realizar la aplicación del formato de caracterización familiar y de los tamizajes dispuestos, según las características de los integrantes de la familia, de manera que se logre realizar la confirmación o descarte de riesgos en la salud, principalmente en las poblaciones prioritarias, adelantando las siguientes acciones:

- Caracterización en el contexto familiar, para la identificación de riesgos en la familia, así como los servicios sociales y acciones de soporte familiar con los que cuenta.
- Reconocer en la vivienda Unidades de Trabajo Informal, establecimientos a puerta cerrada, puntos comerciales, entre otros.
- Niños, niñas y adolescentes en trabajo infantil.
- Identificación de poblaciones de riesgo: Gestantes, menores de 5 años, personas con riesgos en salud mental, personas con condiciones crónicas, entre otras condiciones de riesgo para la salud, teniendo en cuenta las dificultades de acceso a servicios de salud y falta de continuidad o apropiación de pautas de cuidado; con dichas poblaciones prioritarias o de riesgo, se debe

verificar la adherencia a programas de control por grupo de riesgo, a planes de manejo en casa, tratamientos farmacológicos y no farmacológicos acorde a la condición o prioridad en salud.

- Adherencia de cada uno de los integrantes de la familia a las actividades de Protección Específica y Detección temprana, acorde a las frecuencias de uso.
- Identificar signos de alarma en mujeres gestantes, menores de 5 años, así como los específicos para la condición crónica de los usuarios identificados.
- Aplicación de tamizajes para la identificación de riesgos:
    - Aplicación de tamizaje de APGAR al 100% de las familias.
    - Toma de las medidas antropométricas de peso y talla al 100% de los niños y niñas menores de 5 años identificados en la vivienda, de acuerdo con lo establecido en la Resolución 2465 de 2016 para su clasificación nutricional, (Ver manual de implementación Resolución 2465 de 2016, manual de antropometría).
    - Toma de las medidas antropométricas de peso y talla al 100% de las gestantes identificadas.
    - Tablas de estratificación de riesgo cardiovascular de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en personas con hipertensión arterial, diabetes mellitus y EPOC.
    - Tamizaje FINDRISK a todas las personas con hipertensión arterial y EPOC.
    - Toma de glucometría a las personas cuyo tamizaje FINDRISK tenga una puntuación igual o mayor a 12 puntos o personas diabéticas sin adherencia al tratamiento o sin controles médicos.
    - Cuestionario breve de EPOC para la tamización a personas mayores de 40 años con factores de riesgo.

Estos tamizajes implican la toma de signos vitales a las personas con diagnóstico de una condición crónica: Tensión arterial, glucometría y/o oximetría. Los resultados y datos tomados, deberán ser diligenciados en el formato de caracterización familiar tras el uso de las tablas para el cálculo de resultados.

Se precisa que el abordaje territorial en la estrategia de barrido casa a casa, debe contar con el registro y soporte del 100% de las familias y predios asignados a la bina; para ello, se deberá diligenciar la información de la efectividad por predio, en el formato establecido desde SDS, a partir de la articulación con EAC y la revisión de diferentes fuentes de información conjunta. En caso de que no se logre establecer contacto con los integrantes de la familia de los predios asignados, se

deberá realizar por lo menos dos intentos más para contactar la familia, en horarios y días diferentes, antes de descartar la vivienda como fallida.

Por su parte, para los casos puntuales que se realiza búsqueda en territorio a partir de una base de datos, el abordaje familiar debe mantener las mismas actividades y características técnicas anteriormente descritas, aún si la actividad se desarrolla por la auxiliar únicamente. En este caso, si al realizar el seguimiento se conoce que la familia se encuentra ubicada en una localidad que pertenece a otra subred, el auxiliar deberá informar el mismo día de la visita a su profesional de apoyo a la gestión operativa, con el fin de realizar el reporte inmediato en matriz de reporte interlocal, para que el equipo de la subred responsable haga el seguimiento; de igual forma, se deberán consultar a diario los casos que sean referidos de otra subred y que por adscripción territorial corresponda el abordaje.

1.1.3.2. Actividad 2. Plan de Cuidado familiar en respuesta a necesidades en salud identificadas.

Descripción de Actividad

Una vez adelantada la atención inicial por parte de la bina cuidadora o el equipo de abordaje territorial, se deberá iniciar el Plan de Cuidado Familiar con acciones de respuesta a partir de los hallazgos de la caracterización, de manera que se desarrollan acciones concertadas con la familia, en dos líneas fundamentales que se describen a continuación (Promoción de la salud y gestión de riesgos), las cuales además de estar orientadas según la conformación familiar y sus necesidades, permiten aportar a la respuesta integral del plan de cuidado local establecido en los territorios priorizados.

Los planes de cuidado familiar son específicos para cada una de las familias, por lo que algunos pueden concertarse y desarrollarse en su totalidad en la misma visita, dado que corresponde a acciones promocionales y de consultas resueltas en el mismo momento de la intervención; mientras que otras familias requerirán continuidad en el acompañamiento por parte del equipo de profesionales en entorno cuidado hogar a cargo de dicha atención complementaria del plan de cuidado, la cual se dará a partir de la activación para desarrollarse en próximas visitas. Las actividades desarrolladas por la bina cuidadora, así como los compromisos concertados con la

familia a partir de las necesidades evidenciadas, deben ser registradas en el formato de plan de cuidado familiar, teniendo en cuenta las siguientes precisiones:

1. *Acciones de promoción de la salud:*

- El auxiliar desarrollará acciones promocionales, de información, educación y comunicación (IEC) para la salud en el 100% de las familias intervenidas acorde a las necesidades, características y conformación familiar. Para ello, el equipo contará con una ficha técnica que orienta y precisa las principales temáticas de IEC a posicionar desde cada prioridad que posiblemente se encuentre en la familia.

  De igual forma, el equipo de abordaje territorial debe conocer el plan de cuidado de la localidad en la que se encuentre el territorio que se está interviniendo, con el fin de conocer las principales características y riesgos en salud que se identificaron en el diagnóstico local y a partir de ello hacer énfasis en dichas temáticas desde los aspectos promocionales que correspondan.

- Adicional a lo relacionado previamente, se precisan algunas temáticas trazadoras e indispensables que se deben trabajar con la familia acorde a necesidad y pertinencia:

  - Brindar claridades a la familia del resultado de la aplicación de tamizajes y toma de medidas antropométricas realizada, para que reconozcan algunos aspectos de su estado de salud y condición actual.

  - Informar y comunicar aspectos a tener en cuenta en la identificación de signos de alarma para mujeres gestantes, menores de 5 años (ERA_EDA) y para las diferentes condiciones crónicas.

  - Indicar a la familia las frecuencias establecidas para las atenciones individuales de Protección Específica y Protección Temprana, recordando tiempos para su próxima consulta (Valoración integral, control prenatal, detección de alteraciones del joven, adulto, CCU, mamografía, etc).

- Promoción de hábitos de vida saludable a fortalecer en el hogar: alimentación saludable, desarrollo de actividad física, autoexamen de seno, lavado de manos, uso de elementos de protección personal, etc.

- Prácticas de cuidado y adopción de medidas de bioseguridad relacionadas con COVID_19, incluyendo el aislamiento preventivo de casos sospechosos.

2. *<u>Acciones de gestión de los riesgos identificados:</u>*

Todas las acciones de gestión de los riesgos identificados deberán ser desarrolladas en un lapso máximo de 24 horas desde el desarrollo de la visita e incluyen:

- Acciones de activación de rutas según la identificación de necesidades en salud, servicios sociales y/o situación de aseguramiento, al 100% de personas, familias o comunidades que lo requieran, para que la entidad promotora de servicios de salud (EAPB), entidad distrital intersectorial y/o oficina de atención al usuario de las subredes integradas de servicios de salud, realicen la gestión a estas necesidades según competencias. Al generar la activación de rutas, se deberá brindar información de la política de protección de datos de la Secretaría Distrital de Salud; aspecto que debe ser relacionado en las observaciones del instrumento de recolección de información (Ver ficha técnica de la caja de herramientas). Para el proceso de activación de rutas, se deberá contar con la apropiación conceptual de todas las posibles rutas a activar; sin embargo, a continuación, se relacionan algunas de las más relevantes a partir del abordaje territorial:

    - Activaciones de ruta en el 100% de los casos de poblaciones de riesgo sin adherencia a servicios de salud, donde se podrá activar tanto a la Ruta de Promoción y Mantenimiento (RPMS), como a las rutas por grupo de riesgo y aseguramiento en salud.
    - Casos de condiciones crónicas con puntajes de riesgo alto, muy alto o extremadamente alto en la valoración de riesgo cardiovascular de la OMS, puntuación mayor a 12 en el tamizaje de Findrisc, y/o glucometría con valores iguales o superiores a 110 para personas sin diabetes, y a 180 en personas con diabetes. Se debe canalizar al 100% de casos mencionados y registrar en las observaciones del formato signos vitales, medidas antropométricas y resultado de tamizajes.

- Casos confirmados con desnutrición aguda que no tengan el tratamiento adecuado para su manejo o sin adherencia al Lineamiento para el manejo integrado de la desnutrición aguda moderada y severa en niños y niñas de 0 a 59 meses de edad (atenciones y tratamiento) establecido en la Resolución 2350 del 2020.
- Canalización al entorno laboral, de los casos de unidades de trabajo informal y niños, niñas y adolescentes identificados en trabajo infantil, para su desvinculación.
- Activaciones de ruta intersectoriales, acorde a las necesidades evidenciadas en el hogar y a los determinantes sociales de la salud verificados; verificar con especial cuidado las necesidades de activación a Secretaría Distrital de Integración Social, en los casos de inseguridad alimentaria.

Nota: Las rutas relacionadas en los primeros dos ítems, se activarán en los casos de la población que no puede ser intervenida en el domicilio por los EAC, dado el aseguramiento en salud, o cuando el abordaje se realiza únicamente por el auxiliar de enfermería. En el momento en el que se hace la visita por parte de la bina cuidadora, desde el entorno cuidador hogar se realizará la activación de ruta intersectorial, y el profesional de salud, las rutas sectoriales; en caso de realizarse la intervención únicamente por la auxiliar de enfermería, se deberá adelantar el 100% de derivaciones requeridas en la familia, acorde a las necesidades identificadas.

- Realizar reporte diario de los casos que requieren de asignación de citas, de los aseguradores que se encuentren capitados con la subred y se cuente con la posibilidad de agilizar la gestión de la atención individual. El agendamiento de citas realizado desde el entorno, corresponde a las necesidades en población general (No poblaciones prioritarias, ya que estas son informadas a EAC para su atención en domicilio), población que según frecuencia de uso requieren consultas de la Ruta de promoción y Mantenimiento de la Salud RPMS, y aquellos casos en los que se cuente con acceso y disponibilidad de agenda de especialidades, al encontrar en la visita órdenes sin asignación de cita.

- Informe de los casos prioritarios que deben tener continuidad en la intervención, a través del equipo interdisciplinario que desarrolla la Atención Complementaria dando continuidad a los Planes de Cuidado Familiar, según las definiciones de las cohortes que tienen a cargo, dentro de las que se encuentran: Eventos de Interés en salud pública, como desnutrición aguda en menores de 5 años, niños y niñas menores de 5 años con diagnóstico de riesgo de desnutrición

aguda que presenten una clasificación nutricional con desviación estándar de -1.8 a -2.0, casos de gestantes de alto riesgo (con condiciones crónicas HTA, DM, Cáncer y cardiopatías), morbilidad materna extrema (Estrategia Ángeles Guardianes), personas con condiciones crónicas con puntuaciones alto, muy alto y extremadamente alto en tablas de estratificación de riesgo cardiovascular de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y puntuaciones mayores a 12 en el tamizaje de FINDRISK, personas oxígeno dependientes sin adherencia o sin suministro de oxígeno, menor de 18 años con diagnóstico probable o confirmado de Cáncer Infantil sin seguimiento, persona con diagnóstico de cáncer (seno, cuello uterino, próstata, colon recto) sin tratamiento, casos prioritarios en salud mental por identificación de riesgos psicosociales (en caso de identificar violencias o conducta suicida se debe realizar notificación y desde VSP se derivará a acciones familiares aquellos casos que cumplan criterio) riesgo alto en salud ambiental.

Para estos casos se deberá hacer la entrega de los formatos en físico diligenciados inicialmente por la auxiliar de enfermería, con el fin de que los profesionales de la atención complementaria den la continuidad requerida al mismo. Dichos formatos deben estar debidamente identificados y relacionados por parte del equipo de gestión, con el fin de guardar la custodia necesaria para el momento de presentar la trazabilidad en la intervención a los equipos a cargo del seguimiento del convenio PSPIC.

En las familias que se evidencie la necesidad de dar continuidad al abordaje, a través del equipo complementario de planes de cuidado familiar del entorno hogar, se deberá realizar la entrega del tablero del plan de cuidado familiar, de manera que se emplee para registrar los compromisos adquiridos, recordatorios de pautas de cuidado, consultas médicas, entre otros datos relevantes que se requiera por parte del equipo de salud o la familia.

De igual forma, cuando se remitan familias a los equipos de Plan de Cuidado Familiar para dar continuidad al Plan establecido por la bina cuidadora, se deberá informar a la familia con claridad y precisión la posibilidad de que un equipo del mismo entorno cuidador realice una visita adicional a la familia, la cual consistirá en complementar la caracterización realizada por la bina de Abordaje Territorial, establecer un Plan de Cuidado Familiar (acorde con los compromisos que se asuman a partir de los factores protectores y de riesgo identificados) y

realizar seguimiento posterior a la familia en la vivienda, según la periodicidad establecida para el evento identificado.

- Realizar notificación a los subsistemas de vigilancia correspondientes, del 100% de los casos que cumplan con criterio, dentro de los que se encuentran los casos de violencias (física, sexual, emocional, económica, negligencia y abandono) al Subsistema de Vigilancia de Violencia Infantil y Maltrato Intrafamiliar (SIVIM), los casos de conducta suicida (ideación, amenaza, intento o suicidio consumado) al Subsistema de Vigilancia de Conducta Suicida (SISVECOS), entre otros. La notificación de eventos de interés en salud pública al SIVIGILA, estará a cargo de los profesionales de EAC a partir de la valoración individual realizada; en los casos en que la auxiliar de enfermería esté adelantando la visita de manera individual y se presuma un evento de interés en salud pública, se informará al profesional de EAC, para que a partir de la valoración individual se determine si se requiere o no una notificación al SIVIGILA.

- Realizar llamado a línea de atención 123, en el momento de la intervención familiar, en casos de identificarse riesgo alto para la salud, que requiere atención inmediata por el servicio de salud. En los casos en que se identifique una urgencia en salud mental podrá activarse el apoyo también a través de la línea 123.

- Realizar remisión al servicio de urgencias de los casos de niños y niñas identificados con desnutrición aguda que no se encuentren adheridos al Lineamiento para el manejo integrado de la desnutrición aguda moderada y severa en niños y niñas de 0 a 59 meses de edad establecido en la Resolución 2350 del 2020 (no cuenten con tratamiento nutricional, no se encuentren asistiendo a las consultas de atención en salud establecidas en la ruta y/o que presenten signos clínicos de alarma que representen un alto riesgo para su salud) para que la IPS de atención del menor realice la notificación SIVIGILA al evento 113 correspondiente, e iniciar la ruta de atención. Lo anterior, acorde con lo establecido en el parágrafo del artículo 4 de la Resolución 2350 del 2020: “La atención de la desnutrición aguda moderada y severa en niños de cero (0) a 59 meses, se considera atención de urgencias, por lo que no requiere ningún tipo de autorización y su atención debe ser inmediata.” Para ello, se deberá informar a la familia sobre el riesgo de mortalidad que representa la desnutrición aguda en niños y niñas menores de 5 años y la necesidad de ofrecerle una atención en salud inmediata, recibiendo la autorización de los cuidadores del menor. En caso de evidenciarse negativa por parte de la

familia para acudir de manera inmediata al servicio de urgencias, se deberá documentar la situación y adelantar reporte inmediato a los profesionales de EAC para la atención individual del niño o niña.

- Reporte de las familias indígenas identificadas en el abordaje casa a casa, que corresponden a los 14 pueblos descritos anteriormente, para ser abordados por los Equipos de Cuidado Diferencial Indígena.

- En los casos de visitas conjuntas de la bina cuidadora, una vez realizadas las acciones descritas para el Auxiliar de Enfermería, el profesional asignado por los Equipos de Atención en Casa (EAC) también abordará a la familia, con el fin de complementar la intervención de acuerdo a sus competencias, realizando los aportes que se requieran al plan de cuidado de la familia, desde el abordaje individual resolutivo.

  Por su parte, en los casos en los que se adelante la intervención de manera individual por la auxiliar, se deberá informar a EAC para la atención individual a partir de los siguientes criterios:

  - Población mayor de 18 años sin atención o adherencia a la RIA Cerebro vascular y metabólico (con diagnóstico de hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedad obstructiva crónica y enfermedad renal crónica)
  - Población sin atención o adherencia a la RIA Materno perinatal
  - Menor de 5 años sin valoración integral de la primera infancia y/o sin esquema completo de vacunación para la edad.
  - Menores de 5 años con diagnóstico de riesgo de desnutrición, desnutrición aguda, moderada o severa.
  - Mujer en edad fértil con patología crónica sin método de regulación de la fecundidad.
  - Población con discapacidad sin tratamiento o control.
  - Usuarios con riesgo en salud mental sin atención.
  - Cuidadores sin asistencia a la valoración integral en el último año.
  - Mujeres en edad fértil con patología crónica sin método de regulación de la fecundidad.
  - Usuarios que registran queja relacionada con la no atención o asignación de cita de medicina general o medicina especialista (medicina interna, psiquiatría, medicina familiar)

Esta acción, de intercambio de información con los profesionales de EAC, se constituye en uno de los momentos fundamentales del desarrollo de las intervenciones con las familias priorizadas, dado que contribuye al proceso de reconocimiento, seguimiento y gestión integral de riesgos en las familias adscritas para el equipo base. Esta acción de debe adelantar de manera sistemática, dado que es el ordenador para priorizar las atenciones individuales, así como el insumo principal de los comités de cuidado, para tener la caracterización del territorio adscrito, su población priorizada y resultados en salud, a partir de las atenciones realizadas.

1.1.3.3. Actividad 3. Comité de Cuidado.

Descripción de Actividad

El comité de cuidado es un espacio de análisis y seguimiento de las binas Cuidadoras, el cual se desarrollará dos veces al mes, con una destinación de 4 horas cada una, acorde a concertación y convocatoria con EAC. En este espacio se lleva a cabo el seguimiento del abordaje a los territorios asignados y familias adscritas a las binas que se encuentran en la estrategia de barrido casa a casa, así como de monitoreo de las prioridades encontradas en la estrategia de ruteo.

Es el espacio para verificar el avance o resultado ante las derivaciones que realizó el equipo a atenciones complementarias y a nivel intersectorial. De igual forma, es el espacio de planeación y organización de acciones requeridas, de mantenimiento y control de las prioridades encontradas en las familias adscritas, con el fin de realizar controles desde la atención individual, acorde a frecuencias de uso, así como las intervenciones colectivas que se requieran para garantizar el cuidado y bienestar de los individuos, familias y comunidades.

Dicho espacio, es dirigido por el líder operativo en cada localidad (EAC), en donde participara la bina cuidadora, profesional de apoyo del entorno cuidador hogar y líder del grupo de apoyo, profesionales de apoyo y médicos especialistas (estos últimos que pertenecen a los equipos de atención en casa).

Tabla resumen del producto:

Nombre de la actividad	***Periodicidad***	***Perfiles del talento humano***	***Entregables***
Caracterización para la	Una vez por familia.	Técnico 1 (en áreas de la salud, ciencias sociales y humanas).	• Formatos de caracterización familiar – identificación de riesgos, con registros de

identificación de riesgos.		Auxiliar en enfermería o técnico en salud pública. Las acciones de priorización territorial, georreferenciación y planeación de la operación son desarrolladas por los geógrafos que hacen parte del producto de Soporte operativo de las acciones del entorno cuidador hogar.	tamizajes pertinentes, a partir de la conformación familiar y población de riesgo identificada. • Formato de APGAR familiar. • Matriz de reporte interlocal con los registros de notificación de casos a otras subredes y respuesta de los casos recibidos. • Relación de predios abordados, acorde a indicaciones de SDS.
Acciones de respuesta a necesidades en salud identificadas.	Una vez por familia.	Técnico 1 (en áreas de la salud, ciencias sociales y humanas). Auxiliar en enfermería o técnico en salud pública.	• Formato de Plan de Cuidado Familiar. • Formato de activación de rutas, el cual una vez diligenciado será enviado al profesional de canalizaciones del entorno hogar. (Acción conjunta con profesional de salud de los EAC). • Formatos de notificación de eventos de interés en salud pública. • Soporte de reporte de casos para agendamiento de citas, abordaje por los equipos del cuidado diferencial indígena y activación a equipos de atención en casa según necesidad y acorde a mecanismo definido por la subred.
Participación en el comité de cuidado	Dos veces al mes, según convocatoria y concertación con EAC.	Técnico 1 (en áreas de la salud, ciencias sociales y humanas). Auxiliar en enfermería o técnico en salud pública.	• Actas de reunión correspondiente a cada uno de los comités. ***Nota:*** *Pueden contar con soporte escaneado, dado que la custodia del soporte original estará a cargo de EAC.*

1.2. Producto 114. PLAN DE CUIDADO FAMILIAR.

A partir de este producto se lleva a cabo el abordaje de diferentes núcleos familiares definidos acorde a las necesidades identificadas en el distrito y definidas en los planes de cuidado local, a partir de los indicadores de morbi-mortalidad, las poblaciones prioritarias y los determinantes sociales en salud que deben ser abordados desde la gestión del riesgo y la promoción de la salud.

En el abordaje de estas familias se definen diferentes criterios de selección y priorización para la intervención de las poblaciones más vulnerables, con presencia de eventos de interés en salud pública, condiciones de vida que representan altos riesgos para la salud y casos con alertas identificadas en el abordaje territorial a nivel sectorial e intersectorial; estas familias son abordadas a partir de atenciones iniciales y complementarias, mediante un plan de cuidado familiar con enfoque poblacional, diferencial y de derechos, a través del cual se establecen compromisos con las familias para la apropiación de prácticas de cuidado, la transformación de hábitos y la mitigación de riesgos en salud.

1.2.1. Unidad de medida

Sesión de abordaje familiar. Corresponde a cada una de las sesiones de abordaje que se realiza con las familias, integrando caracterizaciones, concertaciones, implementaciones y cierres de los planes de cuidado familiar.

1.2.2. Forma de reporte de ejecución del producto

Se realiza reporte mensual de cada una de las sesiones con las familias, integrando caracterizaciones, concertaciones, implementaciones y cierres de los planes de cuidado familiar; esto incluye los casos, con contacto inicial en la vivienda de la familia, donde al adelantar la verificación de riesgos se identifica que, la familia No cumple criterio para el abordaje, dado que el riesgo reportado no existe o ya se ha mitigado. En estos casos el equipo debe justificar el estado de "No cumple criterio" y adelantar acción promocional con la familia.

1.2.3. Detalle de las actividades

1.2.3.1. Actividad 1. Alistamiento para el seguimiento familiar.

Descripción de la actividad

Las acciones de plan de cuidado familiar se adelantarán de manera presencial en el domicilio de las familias, para todas las cohortes definidas para la actividad, las cuales se encuentran directamente relacionados con las prioridades de salud pública y la ocurrencia de eventos de interés, así como otros casos prioritarios y situaciones emergentes que serán notificadas por SDS y derivadas de otras estrategias emprendidas por el entorno o el PSPIC a nivel sectorial o en articulación con otros sectores. Se proyecta que en promedio cada familia cuente con dos[1] acercamientos mensuales presenciales, acorde a dinámicas concertadas con la familia, avance del plan de cuidado y prioridad de la intervención, donde los casos de alto riesgo siempre deberán contar con atención 100% presencial; sin embargo, dado el evento o prioridad, así como las particularidades de cada familia, la periodicidad podrá cambiar y deberá estar registrado en los formatos de captura de información.

Para esta actividad se cuenta con diferentes fuentes por medio de las cuales se conocen los casos potenciales para establecer un plan de cuidado familiar; por una parte, se dispone desde nivel central de una carpeta en línea compartida con todas las subredes, donde se cargan las bases de datos de eventos de interés en salud pública, las cuales deben ser depuradas por el equipo de gestión operativa del entorno, ser validadas y cruzadas con otras fuentes de información dispuestas por la subred, con el fin de completar los datos de identificación y contacto de los usuarios, garantizando así los insumos necesarios para el seguimiento.

De igual forma, se deberá cruzar con todas las bases de eventos de VSP recibidas, así como con las bases de familias ya abordadas, con el fin de identificar los casos que ya están siendo intervenidos, por haberse presentado notificación de la misma familia por diferentes eventos priorizados. (Estas bases, deberán incluir el 100% de los casos remitidos a la subred y deberá garantizarse la realimentación de los mismos, el mismo día de la intervención con criterios de calidad y completitud).

[1] Se exceptúan los casos de sífilis donde ya se ha realizado seguimiento y acompañamiento para completar tratamientos, y las intervenciones se realizan teniendo en cuenta la periodicidad de los seguimientos serológicos.

También se deberán retomar las familias que tras la atención inicial de las binas cuidadoras en el producto de abordaje territorial, requieren de atenciones complementarias dando continuidad al plan de cuidado familiar, por presentar alertas en salud, identificadas en diferentes estrategias territoriales como la de barrido casa a casa, Tropa Social, Manzanas del Cuidado, Búsqueda de casos de Desnutrición, entre otras que se prioricen e informen desde SDS.

Así mismo, se deberán contemplar los casos que se reporten a la Subred desde los Equipos de Atención en Casa (EAC), con alertas en desnutrición y salud mental, en los casos en los que los profesionales de salud de los EAC realicen visitas de manera autónoma sin los auxiliares de enfermería. De igual forma, aquellos casos remitidos a través de la matriz en línea de comunicación interlocal, donde todas las subredes a través de los profesionales de apoyo a la gestión operativa ingresarán los casos que inicialmente por lugar de residencia corresponden a familias de sus localidades, pero que al verificar la ubicación de contacto se encuentra que el domicilio está ubicado en otra subred.

También, se deberán contemplar los casos que se reporten de otros entornos cuidadores y procesos transversales con alertas remitidos a través del SIRC, acorde a los criterios definidos en la tabla de prioridades/eventos a abordar.

En caso de recibir en base de datos, casos correspondientes a familias indígenas, estas deberán ser remitidas a los equipos de cuidado diferencial indígena, a través del mecanismo definido desde la SDS, para que sea desde la estrategia diferencial, que se adelante el abordaje de dichos casos prioritarios.

Una vez depuradas las bases de datos, se realiza la distribución de los casos a los profesionales correspondientes, los cuales estarán organizados por binas (2 profesionales), que adelantarán de forma articulada, complementaria e interdisciplinar las acciones propias con la familia; estos profesionales son organizados acorde a la pertinencia técnica según el criterio de priorización de la familia, por lo que se encuentra un profesional líder según criterio de selección de la familia, acompañado de otro perfil que complementa y cualifica el plan familiar, el cual puede variar acorde a las características propias de cada familia y se definirá acorde a las necesidades de los grupos poblacionales abordados y la información recibida en las bases de datos y notificación. Adicional a estos perfiles, se contará con profesionales transversales, que brindarán soporte a la bina, con

algunas sesiones de implementación de los planes de cuidado familiar, en los casos que sea necesario.

Así mismo, para el caso de las bases de datos de Tropa Social, botón de alertas de gestantes y lactantes, entre otras que lo requieran, se realizará la asignación de casos a algunos integrantes del equipo o digitadores del entorno, para que realicen la primera validación de alertas de manera telefónica, de manera que se logre confirmar si en la familia existe o no el riesgo en salud y el integrante específico que presenta la alerta; para los casos de salud mental, este contacto inicial se debe realizar por un profesional de psicología. Una vez confirmadas las alertas se dará continuidad a la intervención, bien sea con el seguimiento familiar de las binas o la generación de canalizaciones, según se requiera.

Como parte de este alistamiento, se debe tener en cuenta que en caso de que la demanda de casos supere la meta programada por subred, se deberá priorizar el abordaje los eventos que impacten a reducir la mortalidad Materna, mortalidad Perinatal, mortalidad Infantil, mortalidad por Infección Respiratoria Aguda y por Desnutrición Aguda. De igual forma, en el momento de contar con cambios en los indicadores de salud de la ciudad, que implique el ajuste de alguno de los criterios de priorización de familias para el abordaje, se informará desde SDS para ser incorporados en el abordaje mediante planes de cuidado familiar.

A continuación, se detallan las cohortes priorizadas para el seguimiento y algunas precisiones de intervención acorde a la condición de riesgo identificada en la familia y alertas identificadas en los seguimientos:

	PRIORIDAD/EVENTO A ABORDAR	**PRECISIONES Y/O PERIODICIDAD DE LA INTERVENCION[2]**
GESTANTES	Gestantes con ITS (Sífilis, VIH, HB) y casos de sífilis congénita.	Semanal para los casos de sífilis gestacional y congénita, hasta completar tratamiento de la gestante/Su pareja(s)/Bebé (Según

[2] Se precisa que estas periodicidades son sugeridas y deberán ser definidas para cada familia según las particularidades de la misma; es decir, en caso de identificar un alto riesgo para la salud en alguno de los integrantes de la familia se podrá incrementar la periodicidad, y en el mismo sentido, al no identificar riesgos para la salud y reconocer apropiación de medidas de cuidado por parte de la familia en relación al evento/prioridad, se podrán ampliar periodicidades o finalizar el plan de cuidado. Por lo anterior, no se define número mínimo de seguimientos por familia; sin embargo, las familias caracterizadas, tendrán intervención familiar, por lo menos durante dos meses.

		corresponda). Posteriormente al siguiente trimestre garantizando el seguimiento del control serológico. Para los casos de VIH y HB 2 seguimientos mensuales.
	Gestantes MME (TEP, preclamsia severa, Sepsis y Hemorragias).	Seguimiento hasta 42 días post evento obstétrico (Según estrategia Ángeles Guardianes).
	Gestantes con Bajo Peso y obesidad, Mayor o igual a 35 años y menor o igual a 19 años, con régimen de afiliación Subsidiado y Vinculado. Casos de gestantes con bajo peso y obesidad, que cuentan con factores de riesgo para la salud relacionados con los otros eventos priorizados (ITS, sífilis congénita, MME, condiciones crónicas, HTA, DM, Cáncer, cardiopatías), riesgos en salud mental (violencias, conducta suicida, entre otras), factores socioeconómicos (bajo nivel educativo, sin red de apoyo, de localidades con mayor mortalidad materna y BPN, o de priorización para los planes locales de cuidado) priorizadas y canalizadas por los entornos cuidadores y procesos transversales desde el SISVAN, a través del SIRC. En caso de requerirse, desde SDS se informará el abordaje de gestantes con otros criterios acorde a la capacidad de respuesta y comportamiento de los diferentes eventos de interés en salud pública, donde el equipo abordará otras gestantes priorizadas, acorde a direccionamiento de SDS, como parte de las acciones que aportan al cumplimiento de las metas de los proyectos de inversión.	2 seguimientos mensuales.
	Gestantes de alto riesgo identificadas en las estrategias de Tropa Social, Manzanas del Cuidado, Abordaje territorial (Con condiciones crónicas HTA, DM, Cáncer y cardiopatías). Gestantes y lactantes adolescentes con deserción escolar o en casos de recién nacido con condición de riesgo.	Acorde al riesgo identificado.
INFANCIA	Morbilidad neonatal extrema en menores de 6 meses-Peso mayor a 2000gr (Sepsis y Asfixia).	2 seguimientos mensuales.
	Menores de un año con diagnóstico confirmado de Hipotiroidismo Congénito.	2 seguimientos mensuales. Verificar normalización del TSH y adherencia al tratamiento.
	Menores de un año con Cardiopatía de Manejo Quirúrgico Tardío.	2 seguimientos mensuales. Verificar manejo quirúrgico.

	Niños y niñas menores de 1 año notificados al SIVIGILA por IRAG (Centinela), al egreso de hospitalización.	Seguimiento semanal inicialmente, al egreso hospitalario.
	Niños y niñas menores de 1 año notificados al SIVIGILA por IRAG (Inusitado), al egreso de hospitalización.	
	Cohorte de Recién nacidos con Bajo Peso al Nacer priorizados: - -Casos de bajo peso al nacer pretérmino, subsidiados y vinculados, con peso menor a 2.500gr. Con prioridad en los menores de madres con edades extremas: Menores de 19 y mayores de 35 años. -Casos de BPN a término que presenten factores de riesgo para la salud relacionados con los otros eventos priorizados en infancia, riesgos en salud mental, factores socioeconómicos (bajo nivel educativo de la madre, edad extrema de la madre, sin red de apoyo, de localidades con mayor reporte de BPN o de priorización para los planes locales de cuidado), priorizados y canalizadas por los entornos cuidadores y procesos transversales desde el SISVAN, a través del SIRC.	2 seguimientos mensuales.
	Desnutrición Aguda Severa: Niños y niñas con diagnóstico de desnutrición aguda severa identificados en los servicios de atención en salud de las IPS referenciados mensualmente en base de datos de menores de 5 años de SISVAN. Desnutrición Aguda Moderada: Niños y niñas con diagnóstico de desnutrición aguda moderada identificados en los servicios de atención en salud de las IPS referenciados mensualmente en base de datos de menores de 5 años de SISVAN. Casos referenciados por el equipo de abordaje territorial que realiza la identificación de casos con desnutrición aguda. Casos de niños y niñas con diagnóstico de desnutrición aguda moderada o severa con factores de riesgo en salud asociados a otros eventos priorizados de infancia, riesgos en salud mental, factores socioeconómicos (bajo nivel educativo de la madre, edad extrema de la madre, sin red de apoyo, de localidades con mayor reporte de DNT o de priorización para los planes locales de cuidado), referenciados por los entornos cuidadores y procesos transversales de la Subred o de manera interlocal. Niños y niñas con diagnóstico de desnutrición aguda moderada y severa notificados al SIVIGILA evento 113 que desde nivel central se consideren prioritarios para acompañamiento.	Los seguimientos serán cada 15 días presenciales.

	En caso de requerirse, desde SDS se informará el abordaje de niños y niñas con desnutrición aguda con otros criterios acorde con la capacidad de respuesta y comportamiento de los diferentes eventos de interés en salud pública .	
	Niños y niñas con diagnóstico de riesgo de desnutrición aguda que presenten una clasificación nutricional con desviación estándar de -1.8 a -2.0, identificados durante la primera visita de caracterización a las familias que son referenciadas con desnutrición aguda por base de datos de menores de 5 años de SISVAN. Niños y niñas con diagnóstico de riesgo de desnutrición aguda que presenten una clasificación nutricional con desviación estándar de -1.8 a -2.0, referenciados por el equipo de abordaje territorial, entornos cuidadores, procesos transversales y nivel central que, además, presenten factores de riesgo en salud priorizados en infancia, retraso en talla, riesgo en salud mental, factores socioeconómicos (bajo nivel educativo de la madre, edad extrema de la madre, sin red de apoyo, de localidades con mayor reporte de DNT o de priorización para los planes locales de cuidado). En caso de requerirse, desde SDS se informará el abordaje de niños y niñas con riesgo de desnutrición aguda con otros criterios acorde con la capacidad de respuesta y comportamiento de los diferentes eventos de interés en salud pública.	Mensual, de manera presencial
	Menores de 5 años con obesidad, de régimen subsidiado y vinculado, remitidos en base SISVAN.	1 vez al mes, de manera presencial y otro seguimiento telefónico.
	Cáncer Infantil.*	2 seguimientos mensuales.
	Niños de alto riesgo identificados en las estrategias de Tropa Social, Manzanas del Cuidado, Zonas de abordaje territorial, entre otras iniciativas referidas desde nivel central.	
CONDICIONES CRÓNICAS	Personas con condiciones crónicas remitidas por el equipo de abordaje territorial, con los siguientes criterios: • Tablas de estratificación de riesgo cardiovascular de la Organización Mundial de la Salud (OMS) con resultados alto, muy alto y extremadamente alto. • Puntuación en tamizaje FINDRISK mayor de 12. • Personas oxígeno dependientes sin adherencia o sin suministro de oxígeno. • Personas con diagnóstico de cáncer (seno, cuello uterino, próstata, colon y recto) sin tratamiento.	Seguimiento mensual, hasta verificar acceso efectiva a controles, toma de laboratorios y tratamiento farmacológico.

SALUD MENTAL	• Conducta suicida en gestantes. • Casos de ideación e intento suicida en menores de 28 años. • Intento suicida reiterado. • Maltrato infantil reiterado. • Violencia ejercida contra gestantes. • Familias con factores de riesgo psicosocial identificadas en el abordaje de otras cohortes o en el abordaje territorial. Casos priorizados a partir de estrategias como Tropa Social, manzanas del cuidado, entre otras referidas por SDS.	Seguimiento cada 15 días.
SALUD BUCAL	• Base de datos SISVESO II semestre 2022: niños, niñas menores de 5 años o gestantes que presenten una o varias de las siguientes alertas: componente cariado "presentar 3 o más dientes cariados", por enfermedad periodontal y/o perdida por caries de "3 o más dientes. • Seguimiento a la cohorte de condiciones crónicas Diabetes Mellitus. • Familias identificadas con alertas en salud oral en las Unidades de Análisis de SISVESO. • Población canalizada desde nivel central.	Dos seguimientos mensuales

Una vez remitidos los casos a cada una de las binas, por parte de los profesionales de apoyo a la gestión operativa, la bina deberá realizar el contacto, acercamiento a la vivienda, inicio del proceso y deberá realimentar el estado del seguimiento del 100% de los casos remitidos (Incluyendo los reportados a través de matriz interlocal). Para ello, la bina establecerá el resultado del abordaje, acorde a las siguientes precisiones:

- Familias Efectivas: Aplica para aquellas que se logran contactar, ubicar en domicilio e iniciar el proceso de plan de cuidado familiar. Constituye el estado ideal para el seguimiento de cohortes priorizadas.
- Familias Fallidas: Corresponde a familias que no es posible ubicar telefónicamente ni en la dirección de contacto; para catalogar una familia como fallida, se debe demostrar la gestión para el contacto de la misma, con búsqueda de datos de contacto (Direcciones y teléfonos) en diferentes fuentes de información y verificación de cada una de las direcciones encontradas, con visita en campo. Soportar el seguimiento realizado.
- Familias que Rechazan la Intervención: Familia que manifiesta disentimiento, no querer participar del proceso de abordaje familiar; para ello, el equipo debe comunicar claramente el objetivo y beneficios del mismo y contar con formato de disentimiento de la familia.

- Familias que no requieren la intervención o no cumplen criterio de abordaje: Corresponde a familias que, al ser verificadas por el equipo, se identifica que no presenta riesgos en salud y no requiere caracterización familiar ni concertación e implementación de plan de cuidado familiar.
- Familias que Viven Fuera de Bogotá: Familias que se encuentran en las bases de datos remitidas a la subred, pero que, en el momento de contactarla, se conoce que su lugar de residencia no corresponde al distrito; se debe indagar y reportar en el seguimiento lugar de domicilio actual.
- Familias de Otra Localidad: Aplica únicamente para localidades que no corresponden a la Subred, se debe reportar por medio de los profesionales de apoyo a la gestión operativa y a su vez en la matriz de reporte interlocal a su cargo, con los datos de residencia actualizados (localidad-Dirección-Teléfono), con el fin de que la subred a cargo haga el abordaje correspondiente. Este reporte se debe realizar el mismo día de contacto con la familia y verificación de la información.
- Familias con Integrante Fallecido: Corresponde a las familias, donde al contactarla, se conoce que la persona reportada por medio de quien se prioriza la familia, ha fallecido y por ello rechazan la intervención. En esos casos el equipo debe indicar a la familia que puede ser intervenida con un plan familiar con enfoque en salud mental, mediante estrategia de apoyo psicológico en casos de duelo, de manera que las familias que acepten sean direccionadas con las binas correspondientes para dicha intervención, en dado caso, el estado de seguimiento de dicha familia será asignada por la bina de enfermería y psicólogo clínico a cargo de la intervención.

A partir de dicho acercamiento la bina deberá diligenciar el formato de contacto inicial para tres casos: 1. Familias con seguimiento efectivo, donde se debe registrar que la familia acepta y establece compromiso con el equipo para el desarrollo de plan de cuidado familiar, 2. Familias que no cumplen criterio, donde se debe describir claramente el motivo y la ausencia de riesgos para no realizar plan de cuidado familiar, y 3. Familias con disentimiento, precisando los motivos referidos por la familia, y precisar los casos puntuales que fueron de manera telefónica donde no es posible contacto con la familia por su desinterés o rechazo. Los demás estados se realimentarán en matriz interlocal y base de datos dispuesta para tal fin.

1.2.3.2. Actividad 2. Caracterización Social y Ambiental (CSA).

Descripción de la actividad

Una vez asignadas las familias a abordar a cada una de las binas, se debe revisar la fuente de priorización para dar continuidad al proceso de plan de cuidado familiar. Por una parte, al recibir las familias por parte de la bina cuidadora del producto de abordaje territorial, se debe adelantar la actualización de la caracterización en el mismo formato diligenciado en la atención inicial y haciendo el registro correspondiente en la fecha de actualización (Ver caja de herramientas).

Para el caso de las familias que van a ser intervenidas por primera vez por el equipo de salud, la bina deberá adelantar la a tención inicial a través de la caracterización social y ambiental (CSA); se realizará de manera presencial, con el fin de ampliar la información de las características de la familia y el entorno de la vivienda, así como factores de riesgo para la salud y momentos significativos en el curso de la vida. Es el punto de partida del abordaje familiar, que posteriormente contempla la concertación, implementación y seguimiento del plan de cuidado familiar (atención complementaria), establecido a partir de las características de la familia y orientado a partir de las disposiciones técnicas para las diferentes prioridades dispuestas en las fichas técnicas del entorno hogar (Ver caja de herramientas).

Esta actividad se realiza en el primer acercamiento al domicilio, donde inicialmente se informa a la familia del proceso a realizar, su objetivo, resultados esperados, acciones de orientación y la importancia de mantener contacto permanente tanto por la prioridad inicial, como por los riesgos identificados en otros integrantes de la familia y las acciones de cuidado que se deban fortalecer en la familia acorde a sus determinantes sociales; es decir, el equipo debe indagar acerca de condiciones de salud de toda la familia y mantener el enfoque de abordaje familiar en el entorno hogar. En este primer momento, se establecerá la firma de carta de compromiso entre la familia y el equipo de salud, como soporte del trabajo concertado a iniciar en el marco del plan de cuidado familiar.

Se precisa, que para el caso de la estrategia Ángeles Guardianes, direccionada al abordaje de gestantes con morbilidad materna extrema, se establece el primer contacto hospitalario, donde se entabla socialización del proceso y firma de carta de compromiso con la familia (Para los casos en que las condiciones de salud y dinámicas institucionales lo permiten); dicho contacto pretende

generar el proceso de comunicación y reconocimiento de la familia y el equipo, para garantizar proceso familiar en casa. La caracterización se adelantará en la vivienda una vez egrese la usuaria de la atención hospitalaria.

Posteriormente, se inicia la caracterización o su actualización propiamente dicha, para lo que se debe generar un espacio de confianza, que permita valorar los conocimientos, percepciones usos y costumbres de la familia, realizar la identificación de las personas que conforman la familia, factores protectores y sus factores de riesgo frente a desenlaces en salud. En este proceso, se diligenciará el formato de caracterización social y ambiental, con apoyo en listado de códigos dispuesto para tal fin, y se deben tener en cuenta las siguientes precisiones:

- Identificación de alertas latentes a partir del evento o prioridad por la que se aborda la familia, así como las que se puedan estar presentando en otros integrantes de la familia a partir de la relación de alertas prioritarias y tomando como guía el listado de códigos para el diligenciamiento de formato de caracterización social y ambiental.

- Si se identifica que la prioridad por la que es inicialmente remitida la familia no corresponde precisamente a la situación actual, se debe ajustar el criterio e implementar las estrategias y acciones acorde a la necesidad de la familia (por ejemplo, familias remitidas por riesgos psicosocial en las que se identifica conducta suicida, entre otros)

- Reconocer prácticas de autocuidado de la salud y de cuidado familiar. Así como los planes de manejo ordenados por médicos o especialistas en los casos que corresponda y su cumplimiento.

- Explorar habilidades, conocimientos, experiencias, valores, tradiciones, visiones del mundo respecto al cuidado de la salud, desde su contexto y cultura, así como su implementación en casa.

- Explorar en gestantes, menores de 5 años y personas con condiciones crónicas, signos de alarma y signos de peligro de muerte, junto con los aspectos específicos acorde a cada evento, definidos en las fichas técnicas del entorno.

- Indagar por condiciones de salud general de la familia, incluyendo a todos sus integrantes, dado que el caso índice notificado se constituye en la puerta de entrada al abordaje familiar, más no en el único foco de intervención.

- Indagar por posibles riesgos en salud mental que se estén presentando en el interior de la familia, derivadas por la pandemia por COVID_19.

- Realizar toma de medidas antropométricas a menores de 5 años, gestantes y personas con condiciones crónicas; de igual forma, toma de glucometría con este último grupo poblacional.

- Aplicar la Escala ELCSA a todas las familias, con especial atención en aquellas que cuentan con niños y niñas menores de 5 años que se identifican con desnutrición aguda, riesgo de desnutrición aguda, bajo peso al nacer, gestantes y lactantes con malnutrición.

- Realizar observación durante la lactancia materna de acuerdo con la ficha “Ayuda Observación de la LM_2023” en niños y niñas menores de 6 meses.

De igual forma, acorde al criterio de priorización, los eventos de interés en salud pública presentes en la familia y el curso de vida de los integrantes de la misma, se deberá realizar la aplicación de pruebas tamiz que permitirán ampliar la información de alertas y factores de riesgo para la salud, orientar el plan familiar a desarrollar y posteriormente, la evaluación de logros alcanzados en el proceso.

Precisiones para la aplicación de tamizajes en la familia.

TAMIZAJE	CRITERIO PARA APLICACIÓN	OBSERVACIONES
APGAR Familiar	Aplicación a todas las familias abordadas.	Permite evidenciar la percepción de la funcionalidad familiar. Se aplica en la caracterización familiar.
SRQ para jóvenes y adultos.	Aplicación en los casos que se identifiquen criterios de riesgo de	Permite la detección temprana de riesgos de trastornos mentales.

	trastorno mental en jóvenes y adultos (Mayores de 16 años de edad).	Se aplica en la caracterización únicamente, dado que permite identificar riesgos para activación de la ruta de atención integral en salud mental y propiciar diagnóstico oportuno. Se aplica a las personas que a partir de la conversación y la lectura del contexto social, se evidencia que podrían estar presentando signos o síntomas de problemas relacionados con trastornos mentales y del comportamiento. Esta identificación de riesgos puede darse en cualquier momento del proceso de intervención y no necesariamente en la caracterización.
RQC para niños y adolescentes.	Aplicación en los casos que se identifiquen criterios de riesgo de trastorno mental en niños y adolescentes (Entre los 5 y 15 años de edad).	
Brief COPE 28-Violencias y Conducta Suicida.	Aplicación a todos los casos remitidos por el subsistema SISVECOS y los casos de Violencia ejercida contra las gestantes del SIVIM.	Permite identificar estrategias de afrontamiento ante situaciones problemáticas o de estrés. Se aplica en la caracterización y al evaluar el plan familiar.
Tablas de estratificación de riesgo cardiovascular de la Organización Mundial de la Salud - AMR B de la OMS	A todas las personas con condiciones crónicas.	Permite identificar factores de riesgo cardiovascular. El tamizaje de OMS se aplica en la caracterización únicamente, dado que permite una presunción diagnóstica para la activación de rutas.
FINDRISK.	A todas las personas con condiciones crónicas, excepto a las diagnosticadas con diabetes.	Se aplica en la caracterización únicamente, dado que permite una presunción diagnóstica para la activación de rutas.
Ficha de observación de la lactancia materna	A todas las personas que se encuentren en proceso de lactancia materna exclusiva y complementaria.	Permite reconocer signos de que la lactancia funciona adecuadamente o signos de alarma de posible dificultad. Se deberá aplicar en la caracterización y posteriormente, como parte de la

		verificación de compromisos del plan de cuidado familiar al cierre del mismo.
Cuestionario breve para el tamizaje de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica- EPOC	A todas las personas mayores de 40 años, sin diagnóstico de EPOC.	Se aplica para evaluar la necesidad de activar la Ruta Integral de Atención en Salud para la población con riesgo o presencia de enfermedades respiratorias crónicas.

En esta visita, el equipo deberá adelantar la activación de rutas y/o notificación de eventos de interés en salud publica en salud mental identificados (Diferentes al evento inicial por el cual se está realizando la intervención); dichos soportes deberán ser entregados a la profesional de canalizaciones del entorno en un lapso que no supere las 24 horas desde la visita realizada. De igual forma, se desarrollarán los primeros contenidos de IEC a partir de las necesidades identificadas, los cuales se registrarán en el apartado inicial del formato de Plan de Cuidado Familiar.

1.2.3.3. Actividad 3. Concertación del Plan de Cuidado Familiar.

Descripción de la actividad

Durante y después de la caracterización familiar, el equipo debe identificar los principales aspectos a trabajar de manera concertada con la familia, para la mitigación de riesgos en salud y el fortalecimiento de pautas de cuidado y estilos de vida saludable acorde a las necesidades.

Para este ejercicio, el equipo deberá verificar el criterio de priorización de la familia, las alertas registradas en la caracterización para sus integrantes, las necesidades identificadas por el equipo y las detectadas tras la aplicación de tamizajes en la familia; las vivencias de sucesos vitales en la familia y sus integrantes y si se están afrontando de forma adecuada, el contexto sociocultural de la vida familiar y redes de apoyo, así como los recursos con los que cuenta en términos de servicios públicos, sociales, sanitarios y de apoyo familiar.

A partir de esto, se deberán definir acciones concretas a desarrollar con la familia, de manera que se consoliden en compromisos a desarrollar de manera conjunta, enfocadas a la adopción de pautas de cuidado, la gestión familiar para la mitigación de riesgos y la participación activa de la familia en las actividades colectivas e individuales que se logren gestionar con los demás actores del sistema

de salud. Se debe tener en cuenta que las familias que fueron derivadas desde abordaje territorial ya cuentan con un plan de cuidado familiar con compromisos iniciales por parte de la bina cuidadora, por lo que desde la acción complementaria se deberá realizar la actualización de los mismos.

Los compromisos propuestos por el equipo deben ser socializados y concertados con la familia para su implementación y registrarse en el formato de implementación del plan para su seguimiento, esta acción de concertación del plan se realizará en la misma visita de caracterización.

Así mismo, se debe tener claridad de las estrategias y acciones a desarrollar en el plan de cuidado familiar, teniendo en cuenta las precisiones dadas en las fichas técnicas de las diferentes prioridades; dichos aspectos se deberán consignar en el formato de concertación e implementación del plan de cuidado familiar. En el plan de cuidado familiar, se podrán desarrollar diferentes estrategias para el trabajo complementario e integral con la familia; sin embargo, se establecen unas estrategias específicas que, entre otras, se deberán emplear en el plan de cuidado familiar según los criterios de priorización relacionados en la tabla 1.

	ESTRATEGIAS DE PLAN DE CUIDADO FAMILIAR ACORDE A LA PRIORIDAD/EVENTO A ABORDAR
GESTANTES	Embarazados todos por la vida. Ángeles Guardianes. Embarazados sin sífilis.
INFANCIA	AIEPI Promoción de la Alimentación Saludable Estrategia para la prevención, manejo y control de la Infección Respiratoria Aguda (IRA). Seguimiento a la recuperación nutricional. Consejería en Lactancia materna y alimentación complementaria.
CONDICIONES CRÓNICAS	Planes de Automanejo. Actividad Física para la Salud.
SALUD MENTAL	Fortalecimiento de las pautas de crianza. Fortalecimiento de estrategias de Afrontamiento, confróntate 7. Acompañamiento Psicosocial.
SALUD BUCAL	Promoción de prácticas en salud bucal a familias.

En el momento de la concertación del plan de cuidado familiar, que es adelantado en la misma visita de caracterización, el equipo entregará a la familia el tablero de plan familiar, el cual se empleará para el registro y seguimiento de compromisos con la familia (Ver anexo de insumos). Para el caso de las familias remitidas de abordaje territorial, esta entrega se debe solventar en la atención inicial por parte de la bina cuidadora.

1.2.3.4. Actividad 4. Implementación y Seguimiento del Plan de Cuidado Familiar.

Descripción de la actividad

Una vez concertado el plan de cuidado con la familia, se inician las acciones promocionales para la salud y de gestión del riesgo, para lo cual los equipos deberán contar con los recursos metodológicos y didácticos necesarios para el desarrollo de actividades con la familia, facilitando la apropiación de contenidos técnicos; para ello, se contará con un rotafolio de acciones promocionales que deberá ser empleado por el equipo una vez sea entregado el diseño desde la SDS, así como el uso de otras herramientas que considere pertinente el equipo y la Subred.

Los planes de cuidado familiar son flexibles para su implementación, dado que debe cumplir con los aspectos técnicos dispuestos en las Fichas Técnicas de las prioridades, y son los avances en el mismo y los resultados alcanzados los que determinan su duración, hasta el lograr impactar los indicadores definidos para cada uno de los eventos y prioridades. Es importante aclarar que el plan familiar finaliza cuando no existan riesgos para la salud de las familias y personas priorizadas y se haya dado cumplimiento a los compromisos establecidos con la familia. Debe tener en cuenta aspectos como:

- El equipo debe realizar las intervenciones requeridas y desarrollar los contenidos establecidos en las fichas técnicas, a partir de las alertas en salud identificadas en las diferentes dimensiones del plan de decenal de salud pública (Salud materna, salud mental, salud infantil, salud bucal, condiciones no transmisibles, entre otras), y en coherencia con los compromisos pactados con la familia para cumplir de manera conjunta y corresponsable.

- El abordaje se realiza a partir de la necesidad y prioridad identificada en cada familia, es por ello, que la intervención de la bina, podrá ser complementada por un tercer perfil que ingresa a fortalecer el plan de cuidado familiar. Estos perfiles, serán denominados como

transversales, dado que realizarán su intervención de manera individual, complementando a la bina base que desarrolla el plan con la familia; cada una de las binas, deberá informar a través de los profesionales de apoyo, la necesidad de vincular a los profesionales requeridos y se determinará el número de sesiones que se requieran en la familia, según lo evidenciado en las sesiones de implementación a las que se vincula dicho perfil.

Por ejemplo, los profesionales de odontología y terapias, podrá ser direccionados a partir de la priorización por parte de las binas, donde se reporten las familias que acorde a los riesgos identificados, requieran fortalecimiento en salud bucal, habilidades para el desarrollo, actividad física y procesos de soporte integral; o para la cohorte de menores con obesidad, el profesional en terapia debe aportar a la implementación del plan familiar en todas las familias con dicha prioridad, acorde a lo establecido en ficha técnica de SAN. El accionar de estos perfiles se reportarán en el informe de gestión “2x1”, es decir, por cada dos sesiones que realicen estos perfiles, reportarán 1 unidad ejecutada.

- Desarrollar acciones promocionales para la adopción de comportamiento y conductas para la salud, donde se incluyan acciones preventivas acorde a la conformación familiar, momentos por curso de vida y necesidades sentidas por la familia y comunidad desde las diferentes prioridades y dimensiones de salud pública.

- Tener en cuenta el plan de cuidado local del lugar en el que se encuentra ubicada la vivienda, donde se establecen las principales problemáticas sobre las cuales se debe intensificar los contenidos promocionales trabajados con la familia en el plan de cuidado.

- Informar a la familia, en las atenciones individuales a las que debe y puede acceder en el marco de la ruta de promoción y mantenimiento de la salud, acorde al momento de curso de vida de sus integrantes.

- Brindar Información y educación en salud relacionada con las medidas de cuidado y bioseguridad a seguir en el marco de la pandemia por COVID_19, acorde a su evolución.

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

- Propender por el cumplimiento del plan de manejo ordenado en los servicios de atención en salud individual y realizar seguimiento a la adherencia a tratamiento farmacológico.

- Notificar al equipo de gestión operativa, los casos que requieren asignación de cita y que desde el equipo de las subredes se puede programar, dado que corresponde a población capitada con la que se puede viabilizar y agilizar el acceso a los servicios de salud requeridos. El agendamiento de citas realizado desde el entorno, corresponde a las necesidades en población general (No poblaciones prioritarias, ya que estas son informadas a EAC para su atención en domicilio), población que según frecuencia de uso requieren consultas de la Ruta de promoción y Mantenimiento de la Salud RPMS, y aquellos casos en los que se cuente con acceso y disponibilidad de agenda de especialidades, al encontrar en la visita órdenes sin asignación de cita.

- En cualquiera de las sesiones de plan de cuidado familiar, se podrán identificar nuevas condiciones de riesgo que requieran de la activación de rutas y no se haya realizado en el momento de la CSA, dado que surgieron posteriormente. Para estos casos, el equipo deberá generar la activación de ruta en un lapso de 24 horas desde la sesión en la que se evidencia la situación, canalizando a servicios de salud, servicios sociales y/o ruta de aseguramiento, al 100% de personas que lo requieran, para que la entidad promotora de servicios de salud (EAPB), entidad distrital intersectorial y/o oficina de atención al usuario de las subredes integradas de servicios de salud, realicen la gestión a estas necesidades según competencias.

  En los casos, en que la familia ha tenido intervenciones previas por otro entorno o proceso transversal y se adelantó activación de ruta al mismo integrante de la familia, por el mismo motivo identificado y en el mismo mes, no se realizará activación de ruta en ese momento, dejando registrado en el campo de observaciones de la caracterización o implementación del plan familiar, dicha situación. Sin embargo, se deberá adelantar seguimiento a dicha respuesta con apoyo de la profesional de canalizaciones del entorno, y en caso de no contar con respuesta y persistir la necesidad, se realizará activación de ruta en el segundo mes de abordaje a la familia.

Al generar la activación de rutas, se deberá brindar información de la política de protección de datos de la Secretaría Distrital de Salud; aspecto que debe ser relacionado en las observaciones del instrumento de recolección de información (Ver ficha técnica de la caja de herramientas). Esta activación se podrá realizar en medio magnético y una vez diligenciado el instrumento de canalización, deberá enviarse vía correo electrónico al profesional de canalización del entorno, quien a su vez consolidará, validará calidad y hará envío a la referente de canalizaciones de la Subred Integrada de Servicios de Salud a la que pertenezca el usuario, con quien se validará la efectividad de la respuesta a través de los registros de aplicativo SIRC.

Si en el hogar se identifican niños y niñas con desnutrición aguda que no se encuentren con tratamiento nutricional, sin adherencia al Lineamiento para el manejo integrado de la desnutrición aguda moderada y severa en niños y niñas de 0 a 59 meses de edad establecido en la Resolución 2350 del 2020 y/o que presenten signos clínicos de alarma que representen un alto riesgo para su salud, se deberá realizar remisión al servicio de urgencias a la IPS más cercana de su EAPB, con el fin de garantizar que su prestador sea quien notifique el caso e inicie las atenciones en salud de la ruta. Lo anterior, acorde con lo establecido en el parágrafo del artículo 4 de la Resolución 2350 del 2020: “La atención de la desnutrición aguda moderada y severa en niños de cero (0) a 59 meses, se considera atención de urgencias, por lo que no requiere ningún tipo de autorización y su atención debe ser inmediata.” Para ello, se deberá informar a la familia sobre el riesgo de mortalidad que representa la desnutrición aguda en niños y niñas menores de 5 años y la necesidad de ofrecerle una atención en salud inmediata, recibiendo la autorización de los cuidadores del menor. La bina deberá realizar seguimiento a los resultados de dicha remisión, junto con el profesional de canalizaciones del entorno. En caso de evidenciarse negativa por parte de la familia para acudir de manera inmediata al servicio de urgencias, el equipo deberá documentar la situación y adelantar la activación de ruta a la EAPB para la atención individual del niño o niña; de tratarse de un caso con afiliación a Capital salud o no asegurado, se deberá informar de inmediato a equipos de atención en casa para su atención en el domicilio, así como dejar registro en la matriz dispuesta para remisión de casos a EAC.

De igual forma, el equipo deberá realizar la notificación de eventos de interés en salud pública que pueda identificar a través del seguimiento, para los subsistemas de SIVIM Y SISVECOS.

- Por su parte, si en el abordaje se evidencia un caso sospecho para COVID_19, se deberá orientar a la familia en relación a la ruta de atención a activar acorde a su asegurador, mantener el aislamiento e informar a contactos estrechos para la adopción de medidas de cuidado familiar.

- Realizar llamado a línea de atención 123, en el momento de la intervención familiar, en casos de identificarse riesgo alto para la salud (incluido salud mental), que requiere atención inmediata por el servicio de salud.

- El equipo deberá reportar a los EAC, los casos de población afiliada a Capital Salud o población pobre no asegurada, incluyendo población migrante, con alguno de los siguientes criterios para su atención individual:

    - Población mayor de 18 años sin atención o adherencia a la RIA Cerebro vascular y metabólico (con diagnóstico de hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedad obstructiva crónica y enfermedad renal crónica)
    - Población sin atención o adherencia a la RIA Materno perinatal
    - Menor de 5 años sin valoración integral de la primera infancia y/o sin esquema completo de vacunación para la edad.
    - Menores de 5 años con diagnóstico de riesgo de desnutrición, desnutrición aguda, moderada o severa.
    - Mujer en edad fértil con patología crónica sin método de regulación de la fecundidad.
    - Población con discapacidad sin tratamiento o control.
    - Usuarios con riesgo en salud mental sin atención.
    - Cuidadores sin asistencia a la valoración integral en el último año.
    - Mujeres en edad fértil con patología crónica sin método de regulación de la fecundidad.
    - Usuarios que registran queja relacionada con la no atención o asignación de cita de medicina general o medicina especialista (medicina interna, psiquiatría, medicina familiar).
    - Gestantes con diagnóstico de sífilis, sin inicio de tratamiento o interrupción del mismo (Reporte inmediato, con registro en la matriz dispuesta para tal fin).

- Usuarios que en el cierre del plan de cuidado familiar, se identifican con necesidad de atención individual/psicoterapia, por salud mental.

Todos los casos que se remitan a EAC, deberán ser cargados al drive dispuesto desde nivel central, donde se realizará descarga semanal para remisión consolidada de casos para la atención individual resolutiva.

En cada una de las sesiones se deberá consignar en el formato de implementación del plan, el seguimiento a las variables y aspectos técnicos específicos para cada familia según su prioridad, las cuales están directamente relacionadas con el cumplimiento de metas e indicadores en salud pública, y deben ser diligenciadas en el aplicativo/base de seguimiento familiar dispuesto para tal fin; en este instrumento se deben diligenciar todas las variables específicas para la prioridad y en el campo de observaciones, relacionar los aspectos claves, importantes y relevantes para el plan de cuidado familiar, es decir, hace referencia a información diferente y complementaria a la consignada en los campos anteriores.

Dicho registro se debe realizar rutinariamente, ingresando las sesiones adelantadas por la bina el mismo día de la intervención, garantizando la completitud en la información, calidad técnica acorde a las características del caso y oportunidad en el reporte; aspectos que deberán ser revisados y validados por los profesionales de apoyo a la gestión operativa, así como consolidados y depurados por el técnico en sistemas que deberá tener el control de los casos remitidos y realimentados, guardando coherencia con las bases recibidas inicialmente.

La implementación de los planes de cuidado familiar aportará al desarrollo de jornadas y actividades distritales en fechas conmemorativas (Salud mental, condiciones crónicas, salud sexual y reproductiva, infancia, entre otras), acorde a los alcances y objetivos del entorno cuidador hogar.

Nota 1: Se precisa que para los casos que se encuentran en seguimiento desde meses anteriores, se debe dar continuidad y cierre, empleando los formatos y bases de registro de con las que se inició el abordaje familiar, con el fin de tener trazabilidad y continuidad en la intervención.

Nota 2: Se precisa que en el marco de intensificación de acciones para la disminución de la mortalidad materna, que se ha emprendido bajo direccionamiento del MSPS, y para el caso de

Bogotá a través de la estrategia de ángeles guardianes, se deberá adelantar estricto seguimiento a los casos reportados, según la periodicidad definida en la ficha técnica y documento de la estrategia que se encuentra en la caja de herramientas. Teniendo en cuenta que dicha implementación requiere seguimientos presenciales frecuentes con la familia, se establece la posibilidad, de realizar seguimientos telefónicos única y exclusivamente en las familias que manifiesten negativa de recibir los seguimientos presenciales con la periodicidad requerida; estos seguimientos telefónicos deberán estar soportados en formato de implementación del plan de cuidado (Sin firma de usuario, dada la modalidad de desarrollo), y en la matriz de seguimiento a casos definido. En estos casos excepcionales, se deberá soportar la situación por la cual no es posible adelantar el contacto presencial y en caso de realizarse deberán ser alternados con los seguimientos presenciales, de manera que en el mes se cuente con por lo menos dos contactos presenciales y dos telefónicos durante el periodo de intensificación descrito en la estrategia. Estos seguimientos telefónicos se podrán reportar en el informe de gestión como una (1) unidad, al haber completado y soportado 7 seguimientos telefónicos.

1.2.3.5. Actividad 5. Evaluación y cierre del Plan de Cuidado Familiar.

Descripción de la actividad

Una vez los profesionales identifiquen que se ha dado cumplimiento a los compromisos, se llevará a cabo la evaluación final de la familia, con el fin de identificar el efecto real de la acción en la misma, a partir de indicadores trazadores según la especificidad del evento o situación que generó el abordaje a través de plan familiar; para ello, se usa información familiar inicial (Caracterización Social y Ambiental) y se compara con una medición posterior, para evidenciar los cambios o transformaciones generados en las familias a través del diligenciamiento del formato de caracterización en el apartado de evaluación, así como los tamizajes que corresponda y el cumplimiento de compromisos concertados en el plan de cuidado.

Para los casos de salud mental el 100% de las familias con cierre deben tener la aplicación del instrumento COPE (En los casos que aplique por criterio técnico) y el diligenciamiento de la escala likert y las variables de evaluación contenidas en la base de datos dispuesta para el seguimiento a la cohorte.

En este momento los profesionales deberán diligenciar el apartado de evaluación del formato de caracterización social y ambiental, verificar el cumplimiento de compromisos en el plan de cuidado familiar y adelantar el diligenciamiento del formulario en línea de evaluación de la cultura del cuidado y la salud que se haya podido alcanzar con la familia (https://docs.google.com/forms/d/1Behskg14tE5BgF3MhDQ1LqkvG2TNsoeq_8voGndXws/edit?usp=sharing).

Tabla resumen del producto:

Nombre de la actividad	***Periodicidad***	***Perfiles del talento humano***	***Entregables***
Alistamiento para el seguimiento familiar.	Actividad a desarrollar durante todos los meses de la vigencia, una vez se reciben las bases de datos a nivel local y/o distrital, una vez por familia.	Binas conformadas por dos profesionales universitarios, con pertinencia técnica para el desarrollo del plan de cuidado familiar, acorde a criterio de priorización y a las claridades técnicas, operativas y metodológicas relacionadas en las fichas técnicas del entorno. Profesionales Universitarios 2 (Operativos). Enfermería, psicología, nutrición, terapias y odontología. Las acciones de depuración y consolidación de bases de datos son desarrolladas por los técnicos en sistemas que hacen parte del producto de Soporte operativo de las acciones del entorno cuidador hogar.	• Bases de datos de casos remitidos, depuradas y con completitud de información de identificación y contacto, a partir del cruce con otras fuentes de información dispuestas en la subred, con el 100% de los casos remitidos. • Base de datos de casos asignados a binas para su seguimiento. • Base consolidada con el estado del abordaje, incluyendo la información de seguimiento de las familias con las que no es posible contactar, de manera que se cuente con el ingreso del 100% de familias reportadas. • Formato de Disentimiento de las familias que rechazan la intervención. • Matriz de reporte interlocal con los registros de notificación de casos a otras subredes y respuesta de los casos recibidos
Caracterización Social y Ambiental (CSA).	Una vez por familia, al ser asignado el caso.	Binas conformadas por dos profesionales universitarios, con pertinencia técnica para el desarrollo del plan de cuidado	• Formato de compromiso e inicio del plan de cuidado familiar. • Formatos de caracterización social y ambiental diligenciado con criterios de

		familiar, acorde a criterio de priorización y a las claridades técnicas, operativas y metodológicas relacionadas en las fichas técnicas del entorno. Profesionales Universitarios 2 (Operativos). Enfermería, psicología, nutrición, terapias y odontología.	calidad y completitud, con registro de tamizajes aplicados a la familia según pertinencia • Formato de plan de cuidado familiar. • Formato de canalización diligenciado y enviado a profesional de rutas del entorno hogar. • Notificación de eventos de interés de salud pública. • Formatos de tamizajes aplicados a las familias según pertinencia acorde a las características identificadas en el hogar. • Reporte de casos remitidos a EAC y para agendamiento de citas, según mecanismo definido por la subred.
Concertación del Plan de Cuidado Familiar	Una vez por familia, posterior a la caracterización familiar.	Binas conformadas por dos profesionales universitarios, con pertinencia técnica para el desarrollo del plan de cuidado familiar, acorde a criterio de priorización y a las claridades técnicas, operativas y metodológicas relacionadas en las fichas técnicas del entorno. Profesionales Universitarios 2 (Operativos). Enfermería, psicología, nutrición, terapias y odontología	• Formato de plan de cuidado familiar con la relación de compromisos concertados con la familia y estrategias a desarrollar.
Implementación y Seguimiento del Plan de Cuidado Familiar	Acorde a características propias de la familia, según concertación de	Binas conformadas por dos profesionales universitarios, con pertinencia técnica para el desarrollo del plan de cuidado familiar, acorde a criterio de	• Formatos de implementación del plan de cuidado familiar diligenciado con criterios de calidad y completitud.

	plan de cuidado.	priorización y a las claridades técnicas, operativas y metodológicas relacionadas en las fichas técnicas del entorno. Profesionales Universitarios 2 (Operativos). Enfermería, psicología, nutrición, terapias y odontología.	• Aplicativo/base de seguimiento familiar diligenciado, acorde a variables específicas por prioridad. • Formato de canalización diligenciado y enviado a profesional de rutas del entorno hogar. • Notificación de eventos de interés de salud pública.
Evaluación y cierre del Plan de Cuidado Familiar	Una vez por familia en la vigencia.	Binas conformadas por dos profesionales universitarios, con pertinencia técnica para el desarrollo del plan de cuidado familiar, acorde a criterio de priorización y a las claridades técnicas, operativas y metodológicas relacionadas en las fichas técnicas del entorno. Profesionales Universitarios 2 (Operativos). Enfermería, psicología, nutrición, terapias y odontología.	• Formatos de caracterización social y ambiental diligenciado con criterios de calidad y completitud, en los apartados de evaluación. • Formatos y aplicativo/base de plan de cuidado familiar que dé cuenta del cierre, evaluación de compromisos y cierre del plan, diligenciado con criterios de calidad y completitud. • Formatos de tamizajes aplicados a la familia según pertinencia, en el cierre del plan de cuidado familiar. • Reporte de casos de salud mental que requieren ser remitidos a EAC, según mecanismo definido por la subred.

1.3. Producto 115. PLAN DE CUIDADO FAMILIAR CON ENFOQUE EN VIVIENDA SALUDABLE.

El producto es desarrollado mediante la estrategia vivienda saludable, dirigida a familias con alto riesgo en salud y priorización desde la salud ambiental, como determinante fundamental para el cuidado y bienestar de las familias. Se desarrollan planes de cuidado de manera integral, con la implementación de acciones promocionales y de gestión del riesgo, integrando tanto actividades desde el Plan de Intervenciones colectivas, como las direccionadas en los planes de cuidado local, donde confluyen los demás actores del sector y la intersectorialidad.

1.3.1. Unidad de medida

Sesión de abordaje familiar. Corresponde a cada una de las sesiones de abordaje que se realiza con las familias, integrando caracterizaciones, concertaciones, implementaciones y cierres de los planes de cuidado familiar.

1.3.2. Forma de reporte de ejecución del producto

Se realiza reporte mensual de cada una de las sesiones que se realiza con las familias, integrando caracterizaciones, concertaciones, implementaciones y cierres de los planes de cuidado familiar.

1.3.3. Detalle de las actividades

Las actividades a desarrollar en este producto cuentan con un enfoque en salud ambiental, tanto en la priorización de las familias, como en la estrategia de intervención; para ello, se contará con una bina conformada por profesional en enfermería y técnico ambiental quienes desarrollarán todas las actividades descritas en el producto Plan de Cuidado Familiar, para la caracterización, concertación, implementación y evaluación del plan de cuidado familiar.

Particularmente, desde este producto se lleva a cabo el abordaje a partir de la siguiente priorización:

- Familias ubicadas en Zonas con factores de riesgo geográfico: Viviendas ubicadas en cercanías a relleno sanitario, ríos, humedales, cementerios, aeropuerto, zonas de alto riesgo de deslizamiento-remoción en masa, entre otras.
- Familias ubicadas en los barrios y sectores catastrales priorizados en el entorno comunitario para las acciones de Entornos Ambientalmente Saludables, con selección de las familias con menores de 5 años y acorde a la capacidad de respuesta y prioridad, las familias con riesgos altos identificados en la actividad abordaje territorial.
- Familias que se encuentren en zonas donde se presenten alertas ambientales por contaminación.
- Familias de alto riesgo ambiental remitidas por las binas cuidadoras de abordaje territorial.

Para el caso específico de estas familias priorizadas por criterios de salud ambiental, la estrategia de vivienda saludable direccionará el accionar de la bina, de manera complementaria con otras que se requieran a partir del reconocimiento de la familia y las características de sus integrantes. Para ello,

se debe contar con la apropiación de las fichas técnicas de las diferentes prioridades, las cuales se encuentran en la caja de herramientas del entorno.

En estas familias, se deberá diligenciar el apartado de caracterización y evaluación de variables ambientales del formato de caracterización social y ambiental, como diagnóstico e insumo que orienta el plan de cuidado familiar, al identificar el nivel de riesgo en la vivienda, las personas expuestas y orientar las acciones de seguimiento posterior. Para el monitoreo de los riesgos ambientales se contará con el tablero de vivienda saludable como parte integral del plan.

Tabla resumen del producto:

Nombre de la actividad	***Periodicidad***	***Perfiles del talento humano***	***Entregables***
Actividades establecidas en el producto Plan de cuidado familiar: Alistamiento para el seguimiento familiar. Caracterización Social y Ambiental (CSA). Concertación Implementación y Seguimiento Evaluación y cierre del Plan de Cuidado Familiar	Abordaje dos veces al mes por familia, donde se desarrollan las actividades establecidas en el producto Plan de cuidado familiar.	Binas conformadas por un Profesional Universitario 2 (Operativos). Enfermería y un Técnico 1 (en áreas de la salud, ciencias sociales y humanas). Técnico en ciencias ambientales; las Subredes estarán en la autonomía de contratar un perfil con formación técnica superior, sin embargo, el producto es financiado desde la SDS con tarifa de perfil técnico.	• Los establecidos en el producto Plan de Cuidado Familiar. • Registro fotográfico de tablero de la estrategia vivienda saludable, entregado a la familia.

1.4. Producto 116. PLAN DE CUIDADO FAMILIAR CON ENFOQUE EN SALUD MENTAL.

El producto es desarrollado mediante las estrategias definidas desde el equipo técnico de salud mental, dirigidas a familias priorizadas contenidas en el apartado “detalle de las actividades”, como determinante fundamental para el cuidado y bienestar de las familias. Se desarrollan planes de cuidado de manera integral, con la implementación de acciones promocionales y de gestión del riesgo complementarias a las intervenciones terapéuticas de carácter individual contenidas en el plan de beneficios a cargo de las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

1.4.1. Unidad de medida

Sesión de abordaje familiar. Corresponde a cada una de las sesiones de abordaje que se realiza con las familias, integrando caracterizaciones, concertaciones, implementaciones y cierres de los planes de cuidado familiar.

1.4.2. Forma de reporte de ejecución del producto

Se realiza reporte mensual de cada una de las sesiones que se realiza con las familias, integrando caracterizaciones, concertaciones, implementaciones y cierres de los planes de cuidado familiar.

1.4.3. Detalle de las actividades

Las actividades a desarrollar en este producto cuentan con un enfoque en salud mental, tanto en la priorización de las familias, como en la estrategia de intervención; para ello, se contará con una bina conformada por profesional en enfermería y un profesional especializado-psicólogo clínico quienes desarrollarán todas las actividades descritas en el producto Plan de Cuidado Familiar, para la caracterización, concertación, implementación y evaluación del plan de cuidado familiar.

Particularmente, desde este producto se lleva a cabo el abordaje a partir de la siguiente priorización:

- Casos de duelo por fallecimiento de personas por COVID 19 u otras causas (Remitidas desde SDS o a través de SIRC).
- Casos remitidos desde el SIVIM por violencia sexual ejercida contra gestantes o maltrato infantil reiterado con presencia de violencia sexual ejercida en NNA.

- Casos remitidos desde el SISVECOS por conducta suicida con trastorno mental de base y/o con riesgo vital alto*.
- Familias sobrevivientes de suicidio consumado canalizadas desde SISVECOS*
- Familias con Integrante fallecido identificada en otras intervenciones del entorno hogar que acceden a proceso de acompañamiento de duelo*

En el momento en que se exceda la capacidad de respuesta del equipo se priorizaran los casos señalados con asterisco (*). Así mismo el profesional especializado podrá asesorar a los universitarios en aquellos casos de difícil manejo que requieran apoyo para el desarrollo del plan de cuidado familiar.

Para el caso específico de las familias del primer ítem, la estrategia de "Apoyo psicológico en casos de duelo" direccionará el accionar de la bina, de manera complementaria con otras que se requieran a partir del reconocimiento de la familia y las características de sus integrantes. Para ello, se debe contar con la apropiación de las fichas técnicas de las diferentes prioridades, las cuales se encuentran en la caja de herramientas del entorno.

Tabla resumen del producto:

Nombre de la actividad	***Periodicidad***	***Perfiles del talento humano***	***Entregables***
Actividades establecidas en el producto Plan de cuidado familiar: Alistamiento para el seguimiento familiar. Caracterización Social y Ambiental (CSA). Concertación Implementación y Seguimiento Evaluación y cierre del Plan de Cuidado Familiar	Abordaje dos veces al mes por familia, donde se desarrollan las actividades establecidas en el producto Plan de cuidado familiar.	Binas conformadas por un Profesional Universitario 2 (Operativos). Enfermería y un Profesional Especializado 4 (Operativo). Psicología Clínica.	• Los establecidos en el producto Plan de Cuidado Familiar.

1.5. Producto 117. PLAN DE CUIDADO FAMILIAR EN ZONAS DE RURALIDAD CERCANA

A partir del desarrollo de este producto, se busca abordar las Unidad de Planeamiento Rural (UPR) reconocidas e identificadas en la ruralidad del distrito, las cuales se encuentran definidas por su estructura ecológica principalmente, estructura funcional y de servicios y estructura socioeconómica de los territorios rurales

Se priorizan las familias catalogadas actualmente como neo - rurales, dado que son ciudadanos de origen citadino pero que optaron por residir en estas zonas de reserva forestal protegida o que se encuentran en asentamientos humanos informales en la ciudad, los cuales en su mayoría se ubican en las localidades de Ciudad Bolívar, Usme, Santafé, San Cristóbal, Usaquén, Suba y Chapinero, sin que exista una caracterización social, ambiental y epidemiológica de estos asentamientos y mucho menos, una precisión de la ubicación de ellos, que permita establecer si se encuentran en suelo urbano, de expansión urbana o rural, por lo cual, se trata de territorios periurbanos o de ruralidad cercana que están en transición de ser incorporados al suelo urbano o de expansión urbana en el proceso de adopción del nuevo POT.

De acuerdo con lo anterior, el equipo deberá adelantar la búsqueda de nuevas familias prioritarias, en las diferentes localidades con zonas con ruralidad cercana a la ciudad a partir del reconocimiento de estos territorios de constante expansión.

Unidad de medida

Sesión de abordaje familias

1.5.1. Forma de reporte de ejecución del producto

Corresponde a cada una de las sesiones de abordaje que se realiza con las familias, integrando caracterizaciones, implementaciones y cierres de los planes de cuidado familiar.

Es importante tener en cuenta que, para realizar el reporte de una unidad en el informe de gestión, la familia deberá contar con el ingreso de las dos binas (4 profesionales) asignadas a la familia de acuerdo a la identificación y priorización de la misma.

1.5.2. Detalle de las actividades

El abordaje a las familias ubicadas en la ruralidad cercana se realizará a partir de las definiciones técnicas del producto Plan de Cuidado Familiar, que involucra la caracterización Social y Ambiental, concertación, implementación y evaluación de plan de cuidado familiar. El producto será desarrollado por un equipo interdisciplinario, que contará con diferentes fuentes de información que favorezcan la identificación y selección de las familias a abordar, contemplando elementos como:

Para la priorización de familias se debe retomar bases de datos de los abordajes previos realizados por la Subred, subsistemas de vigilancia epidemiológica, entre otras fuentes, que pueda dar información de la caracterización general de las familias del territorio. Se adelantará una priorización territorial la cual será desarrollada por los geógrafos del entorno, en un trabajo conjunto con el equipo de Análisis de Condiciones de Calidad de Vida, Salud y Enfermedad (ACCVSYE) y con la línea operativa de Equipos de Atención en Casa (EAC).

Con dichos insumos, se definirán las familias con mayor vulnerabilidad, las cuales serán sujeto de intervención por parte del equipo interdisciplinario; de igual forma, se podrán priorizar familias a partir del desarrollo de estrategias a nivel intersectorial, como la Estrategia Territorial Integral Social (ETIS) – Tropa Social, acorde a direccionamiento y comunicación oportuna desde SDS. A partir de esta priorización se deberá actualizar la georreferenciación de familias intervenidas en la ruralidad cercana de Bogotá.

Teniendo en cuenta que algunas zonas de ruralidad cercana ya han sido abordadas por la estrategia de barrido en vigencias anteriores, el equipo podrá retomar aquellos sectores donde las intervenciones se realizaron en las primeras vigencias de abordaje de la ruralidad cercana, identificando familias que hayan tenido modificación en su conformación, cambios en las condiciones de vida y salud que representen nuevos riesgos a intervenir, así como nuevas familias que habiten dichos sectores

Nota: En articulación con la línea operativa de equipos de atención en casa, y teniendo esto como un escenario de trabajo conjunto y mancomunado para la atención integral de la familia a partir de la sinergia del equipo de salud. Por una parte, el equipo del entorno cuidado hogar realizará la caracterización social y ambiental de la familia, identificación de riesgos y alertas, concertara el plan de cuidado familiar en conjunto con los integrantes de la familia y desarrollara el plan de cuidado familiar, por otra parte los profesionales (medicina- enfermería) de equipos de atención en casa,

adelantará las atenciones individuales y resolutivas correspondientes según la ruta de promoción y mantenimiento de la salud, para los casos que sea posible y la familia lo permita, podrán ingresar de manera conjunta a las viviendas, esto contemplando las necesidades que puedan surgir en cada una de ellas, las cuales pueden variar y teniendo en cuenta las particularidades de la población, su ubicación geográfica, que dificulta en ocasiones la consecución de los espacios de manera oportuna y pertinente, por lo cual en los casos en los cuales no se logre dar un ingreso de manera conjunta se da la siguiente claridad:

Para las familias en las cuales al realizar proceso de caracterización social y ambiental se evidencie en alguno de los integrantes que conforman la familia, la necesidad de generar respuestas de tipo resolutivas- individuales se deberán dar a conocer a la línea operativa de Equipos de atención en Casa con el fin se realizar la asignación de Médico o Enfermera para realizar el respectivo abordaje por medio de la estrategia de ruteo, para lo cual se deben tener en cuenta que se trata de población afiliada a capital salud o población pobre no asegurada, incluyendo población migrante, estos casos serán informados durante la participación de los comités de cuidado y corresponden a los criterios relacionados en el producto de Plan de Cuidado Familiar.

Así mismo se deberá tener en cuenta aquellas familias que son abordadas de manera inicial por equipos de atención en casa y en las que se identifique según criterios de priorización ya mencionados, la necesidad de iniciar plan de cuidado familiar, estas familias serán igualmente remitidas por parte de la respectiva línea operativa a los equipos de plan de cuidado familiar.

El equipo iniciará la caracterización familiar, concertación, implementación, seguimiento y evaluación y cierres de planes de cuidado familiar. Dentro de las familias priorizadas, se deberá incluir:

- Familias donde se han identificado eventos de interés en salud pública.
- Familias con mujeres gestantes.
- Familias con menores de 5 años.
- Familias con personas con condiciones crónicas, con especial énfasis en las identificadas sin adherencia a los servicios de salud y tratamiento ordenado.
- Familias con personas con discapacidad.
- Familias identificadas con inseguridad alimentaria.
- Familias con factores de riesgo psicosocial.
- Familias con factores de riesgo alto en salud ambiental.

Estas familias serán priorizadas a partir del conocimiento del territorio, la referenciación de casos por parte de actores comunitarios, casos remitidos en los comités de cuidado con EAC o la identificación de una auxiliar de enfermería que estará por cada subred, en el ejercicio de reconocimiento y caracterización de familias de las zonas de ruralidad cercana; en este último caso, el equipo adelantará acciones de actualización de la caracterización, alcance a los compromisos concertados e inicio de acciones de implementación.

Para el desarrollo de las caracterizaciones, se podrá realizar por los 4 perfiles dispuestos por cada equipo o en las familias que no permitan el ingreso simultaneo será realizado en 2 momentos con dos perfiles en cada uno de ellos; y las sesiones de implementación del plan de cuidado familiar deberán ser desarrolladas con los profesionales requeridos según los hallazgos de la caracterización y necesidades identificadas.

Se aclara que, el tiempo mínimo para el abordaje a las familias será de 2 meses (60 días) y máximo 3 meses (90 días), a menos que se cuente con una condición de alto riesgo que justifique la continuidad del plan.

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

A diferencia de los planes de cuidado familiar de las zonas urbanas, en el caso de estas familias, se debe realizar énfasis importante en las acciones desde salud ambiental, la instauración de huertas caseras, acciones promocionales y de mitigación de riesgos, dadas las condiciones de vida, trabajo y exposición en la ruralidad cercana de la ciudad.

Participación en Comité de Cuidado

El comité de cuidado hace referencia a un espacio de análisis de casos abordados por los profesionales tanto del entorno, como de los equipos de atención en casa, el cual se desarrollará en un espacio quincenal de 4 horas, y será dirigido por el líder operativo en cada localidad (EAC), en donde participaran los profesionales que abordan la familia, profesional de apoyo del entorno cuidador hogar y líder del grupo de apoyo, profesionales de apoyo y médicos especialistas (estos últimos que pertenecen a los equipos de atención en casa).

Nota: Para los profesionales del entorno cuidador hogar se irán turnando cada comité para la participación de un perfil en cada uno de estos espacios.

En el marco del Comité de Cuidado se llevarán a cabo los siguientes momentos:

Alistamiento:

- Se realizará la revisión de las familias abordadas durante la semana en donde se clasificarán por prioridad (familias con prioridad alta, media y baja) para posterior entrega a profesionales de salud de los equipos de atención en casa para realizar el seguimiento de acuerdo a los criterios definidos.

Desarrollo:

- Se realizará una presentación de los casos a analizar a cargo de la bina cuidadora, previa revisión por la profesional de apoyo.
- Se definirán en conjunto las conductas a seguir según la priorización de las familias.

Cierre:

- Se dejará consignado en el acta del comité de cuidado la relación del total de las familias abordadas en la semana anterior, describiendo la clasificación de la prioridad y criterios de priorización. Para los casos que requieran ser analizados y complementados se hará una descripción más amplia del análisis realizado y las acciones complementarias a las que hubo lugar.

Tabla resumen del producto:

Nombre de la actividad	***Periodicidad***	***Perfiles del talento humano***	***Entregables***
Alistamiento para el seguimiento familiar.	Actividad a desarrollar durante todos los meses de la vigencia, una vez se reciben las bases de datos a nivel	4 profesionales universitarios 2 (operativo). Tres de ellos para cada uno de los equipos: Enfermería, psicología y ciencias ambientales (ingeniero ambiental y/o sanitario, o administrador ambiental), y el	•Bases de datos de la población de zonas periurbanas intervenidas por el equipo interdisciplinario con trazabilidad de vigencias anteriores. •Georreferenciación de las familias intervenidas con plan de cuidado familiar.

	local y/o distrital y se realiza reconocimiento en terreno, una vez por familia.	cuarto perfil, odontología o terapeuta física u ocupacional.	• Formato de Disentimiento de las familias que rechazan la intervención.
Caracterización Social y Ambiental (CSA).	Una vez por familia, al ser asignado el caso.	4 profesionales universitarios 2 (operativo). Tres de ellos para cada uno de los equipos: Enfermería, psicología y ciencias ambientales (ingeniero ambiental y/o sanitario, o administrador ambiental), y el cuarto perfil, odontología o terapeuta física u ocupacional.	• Formato de compromiso e inicio del plan de cuidado familiar. • Formatos de caracterización social y ambiental diligenciado con criterios de calidad y completitud. • Formato de plan de cuidado familiar. • Formato de canalización diligenciado y enviado a profesional de rutas del entorno hogar. • Notificación de eventos de interés de salud pública. • Formatos de tamizajes aplicados a la familia según pertinencia.
Concertación del Plan de Cuidado Familiar	Una vez por familia, posterior a la caracterización familiar.	4 profesionales universitarios 2 (operativo). Tres de ellos para cada uno de los equipos: Enfermería, psicología y ciencias ambientales (ingeniero ambiental y/o sanitario, o administrador ambiental), y el cuarto perfil, odontología o terapeuta física u ocupacional.	• Formato de plan de cuidado familiar con la relación de compromisos concertados con la familia y estrategias a desarrollar.
Implementación y Seguimiento del Plan de Cuidado Familiar	Acorde a características propias de la familia, según concertación de	4 profesionales universitarios 2 (operativo). Tres de ellos para cada uno de los equipos: Enfermería, psicología y ciencias ambientales (ingeniero	• Formatos de implementación del plan de cuidado familiar diligenciado con criterios de calidad y completitud.

	plan de cuidado.	ambiental y/o sanitario, o administrador ambiental), y el cuarto perfil, odontología o terapeuta física u ocupacional.	• Aplicativo/base de seguimiento familiar diligenciado, acorde a variables específicas por prioridad. • Formato de canalización diligenciado y enviado a profesional de rutas del entorno hogar. • Notificación de eventos de interés de salud pública.
Evaluación y cierre del Plan de Cuidado Familiar	Una vez por familia en la vigencia.	4 profesionales universitarios 2 (operativo). Tres de ellos para cada uno de los equipos: Enfermería, psicología y ciencias ambientales (ingeniero ambiental y/o sanitario, o administrador ambiental), y el cuarto perfil, odontología o terapeuta física u ocupacional.	• Formatos de caracterización social y ambiental diligenciado con criterios de calidad y completitud, en los apartados de evaluación. • Formatos y aplicativo/base de plan de cuidado familiar que dé cuenta del cierre, evaluación de compromisos y cierre del plan, diligenciado con criterios de calidad y completitud. • Formatos de tamizajes aplicados a la familia según pertinencia, en el cierre del plan de cuidado familiar. • Matriz de seguimiento familiar diligenciado, acorde a prioridad.
Participación en el comité de cuidado	Una vez cada 15 días, acorde a convocatoria y concertación con EAC.	1 profesional universitario 2 (operativo).	• Actas de reunión correspondiente a cada uno de los comités. • ***Nota:*** *Pueden contar con soporte escaneado, dado que la custodia del soporte original estará a cargo de EAC.*

1.6. Producto 118. BÚSQUEDAS ACTIVAS DE POBLACIÓN SUSCEPTIBLE DE COVID_19.

Este producto establece acciones de vigilancia activa de la salud pública en conglomerados en los microterritorios o cuadrantes para detectar o descartar la presencia de casos de COVID-19 dada la

transmisión comunitaria, así como en grupos de poblaciones selectas con riesgo potencial de contagio con COVID-19 debido a su ocupación y movilidad y que pudiesen transmitir inadvertidamente el SARS-CoA-2 a grupos a su cuidado o custodia. Incorpora la gestión realizada con los equipos de soporte a las acciones del entorno hogar, para la gestión de la información y la georreferenciación que se requiere para la ubicación de lugares, instituciones y grupos de población selecta, la toma de muestra, registro de las personas, embalaje, conservación y transporte de muestras de COVID-19, de las personas sintomáticas o asintomáticas contactadas que estuvieran generando diferentes conglomerados.

El objetivo es identificar sectores con alto riesgo real o potencial de propagación del virus por concentración de casos, deficientes medidas de distanciamiento social y así mejorar el diagnóstico con eficiencia y oportunidad para definir el aislamiento y cuarentena e interrumpir efectivamente la transmisión del SARS-CoV-2.

1.6.1. Unidad de medida

Corresponde a cada uno de los equipos dispuestos en la subred para el desarrollo de las jornadas de búsqueda activa.

1.6.2. Forma de reporte de ejecución del producto

Se realiza reporte mensual, proporcional a la cantidad de equipos que se encuentran desarrollando las búsquedas activas en conglomerados durante el mes.

1.6.3. Detalle de las actividades

1.6.3.1. Actividad 1. Definición de los conglomerados o poblaciones para el desarrollo de jornadas de Búsqueda Activa Comunitaria de casos de COVID_19.

Descripción de la actividad

Esta actividad se desarrollará de manera articulada con los perfiles de la gestión operativa del entorno hogar, donde los profesionales de apoyo a la gestión operativa y geógrafos, realizarán articulación con equipo ACCVSyE y de VSP de la subred, para definir dos grandes tipos de

conglomerados donde desarrollar las jornadas: los identificados en micro territorios o cuadrantes y los identificados en grupos de población selecta.

Los primeros, se podrán encontrar en dos circunstancias en un escenario de transmisión comunitaria como ocurre en Bogotá desde septiembre de 2020, a saber: a) por circulación creciente reciente o alta transmisibilidad; b) por probable silencio epidemiológico; y, con el fin de anticipar consecuencias lamentables.

Para seleccionar los conglomerados por alta transmisibilidad se tendrán en cuenta los indicadores actualizados por la Subsecretaría de Salud Pública, tales como el Rt de las UPZ, la tasa y tendencia de casos activos y nuevos semanales por UPZ, la tasa de casos de COVID-19 por 100.000 habitantes de la UPZ, el resultado de la positividad de los conglomerados anteriores por UPZ, la mortalidad por UPZ, la tasa de casos confirmados en contactos, el acatamiento de las medidas para la mitigación en los barrios, entre otros.

Los segundos, corresponderán a conglomerados identificados en tres tipos de escenarios:
a) Grupo de población selecta relacionado con instituciones:

- Población selecta de cuidadores en hogares geriátricos, albergues, centros de personas en condición de discapacidad, que podrían originar brotes institucionales en los residentes o usuarios.
- Población selecta de custodios de instituciones de personas privadas de la libertad PPL o retenidas (cárceles, URI) que podrían generar o ser contagiados en brotes institucionales en tales lugares.
- Poblaciones de otros entornos institucionales en el marco de la reactivación económica, que sean concertados y notificados desde la SDS a las subredes, para su abordaje.

b) Personas que por su ocupación y movilidad tiene mayor exposición al contagio y podrían desencadenar brotes familiares, de convivientes y en redes sociales (domiciliarios, coteros, carreteros, taxistas, expendedores en plazas de mercado, vigilantes y guardias privados, bomberos que prestan guardia, militares y policías acuartelados, entre otros).

c) Personas que requieren una atención especial y son objeto de disposiciones legales y normativas particulares (comunidades étnicas, desplazados y víctimas del conflicto, y migrantes).

Estas poblaciones selectas serán abordadas según el comportamiento epidemiológico de la COVID_19 expresada a través de brotes y el impacto de los brotes por severidad y letalidad. Para el caso de estos grupos, se surtirá el proceso de concertación y articulación con actores comunitarios, líderes sociales, delegados institucionales, entre otros actores a cargo, con el fin de viabilizar la programación, convocatoria, logística y desarrollo de la jornada con las poblaciones selectas.

Dentro de las poblaciones selectas a abordar se encuentran el sector educativo, así como puntos de alta movilidad y concurrencia en la ciudad, por motivos de transporte masivo, desarrollo de actividades lúdicas, deportivas y recreativas. El proceso estará acompañado de los líderes de los demás entornos de vida cotidiana (Institucional, educativo, laboral) acorde a pertinencia según tipo de población a abordar, de manera que se realice de manera conjunta la concertación, gestión intersectorial y comunitaria y el seguimiento que sea requerido en casa caso.

Adicionalmente, para la selección de conglomerados y personas que acceden a la muestra, tener en cuenta:

- Se requiere programar el desarrollo de jornadas de búsqueda activa en conglomerados en la ruralidad de Bogotá D.C tanto en la localidad de Sumapaz como en las UPR de las localidades de Ciudad Bolívar, Usme, Santafé, Suba, Usaquén, etc.

- En cumplimiento de la circular 018 de la Super Intendencia Nacional de Salud, se requiere priorizar dentro de las jornadas de búsqueda activa a poblaciones: indígenas, migrantes y habitantes de calle. Por lo anterior, se debe generar priorizaciones y focalizar el desarrollo de algunas de las jornadas con esta población para lo cual pueden establecer enlace con el referente de política.

Es importante precisar que, en el desarrollo de las jornadas, se mantienen las estrategias de monitoreo dirigidas a identificar:

- ✓ Cadenas de casos y contactos de propagación de COVID-19
- ✓ Caracterización de las dinámicas de transmisión en territorios, entornos y conglomerados
- ✓ Caracterización de las dinámicas de transmisión en poblaciones selectas que por sus actividades sociales y económicas están más expuestas o aumentan los riesgos de transmisión.

1.6.3.2. Actividad 2. Desarrollo de las jornadas de búsqueda activa de casos de COVID-19.

Descripción de la actividad

Las jornadas de búsqueda activa se desarrollan por equipos conformados por profesionales de enfermería, medicina, bacteriología y/o terapia respiratoria, quienes estarán acompañado de un auxiliar de enfermería, que se encontrarán tanto en la jornada propiamente dicha, como en acciones de gestión y organización que se requiera para el desarrollo de actividades de alistamiento, entrega de muestras en el laboratorio, registro y relación de muestreo, entre otras actividades que en el interior de la Subred se requieran y prioricen para el cumplimiento del producto.

Para el desarrollo de esta actividad se deberá contar con personal capacitado y tener en cuenta todas las instrucciones de bioseguridad, incluido el uso de los equipos de protección personal adecuado para virus respiratorios. El equipo, debe conocer y apropiar, el Lineamiento para la gestión de muestras durante la Pandemia del SARS- COV-2 (COVID-19) en Colombia del MSPS (https://www.minsalud.gov.co/RID/lineamiento-gestion-muestras-covid-19-t.pdf) y el Lineamientos para la vigilancia por Laboratorio de virus respiratorios del INS (https://www.ins.gov.co/Noticias/Coronavirus/Lineamientos%20para%20la%20vigilancia%20por%20Laboratorio%20de%20virus%20respiratorios%2006.03.20.pdf), como parte de las capacidades técnicas requeridas para el desarrollo de las actividades.

Además, contarán con disponibilidad de vehículos, así como los insumos requeridos para la toma, conservación y transporte de las muestras. Estos equipos tendrán un abordaje distrital, acorde a la necesidad territorial, al devenir de la pandemia y las contingencias emergentes, según direccionamiento de la SDS.

Para el inicio de las jornadas de búsqueda activa, se cuenta con los perfiles de apoyo logístico; sin embargo, la disposición del punto con todos los aditamentos e insumos requeridos es una actividad que involucra a todo el equipo. En todo caso el sitio seleccionado debe garantizar la bioseguridad de los colaboradores, de las personas que transitan alrededor del sitio y de los sujetos a muestrear. Se debe considerar que el sitio sea apto para mantener una distancia social y que la intervención no sea un desencadenante de algún tipo de aglomeración.

Se debe establecer claramente las responsabilidades relacionadas con la custodia, diligenciamiento y sistematización de las encuestas comunitarias; toma, transporte y entrega de muestras al LSP, actividades de sensibilización, información y educación y las demás acciones requeridas, que se deben organizar entre los integrantes del equipo.

Una vez instalada la jornada se inicia el proceso de abordaje a las personas residentes en el sector y establecimientos abiertos al público, así como las personas que aceptan el procedimiento y son direccionadas hacia el punto de toma de muestras para la prueba RT-PCR, buscando en primer lugar a personas sintomáticos o pre sintomáticos y a personas asintomáticas preferiblemente a los mayores de 18 que más salen a la calle, adultos mayores y a las personas vulnerables por comorbilidades como HTA, diabetes, cáncer y otras condiciones que genera inmunosupresión.

Este acercamiento a la comunidad es desarrollado por los auxiliares de enfermería, quienes tienen a cargo el desarrollo de acciones de IEC-Información, Educación y Comunicación para la salud, de manera que también se sensibilice a las personas en torno a la toma de muestras y a las medidas de cuidado que se deben afianzar.

Estas actividades de pedagogía se establecen con el fin de dar a conocer a la comunidad aspectos relacionados con la estrategia PRASS-Pruebas, Rastreo, Aislamiento Selectivo Sostenible y DAR Detecto – Aíslo – Reporto, transmitiendo mensajes clave como:

- Sentido de la estrategia de toma de muestras a nivel comunitario el cual tiene como objetivo detectar conglomerados o zonas de la ciudad con altos niveles de positividad en el contagio del virus y orientar las intervenciones de salud pública en cuanto a las investigaciones epidemiológicas de campo, cortar cadenas de transmisión, información educación y comunicación.
- Informar sobre los mecanismos para consultar el resultado en la página: https://covid19.saludcapital.gov.co/index.php/resultados, ingresando número de identificación y celular a donde llegará un código confirmatorio.
- Informar sobre los signos y síntomas más comunes de la COVID-19, acorde a las variaciones identificadas en la expresión de la enfermedad, así como de aquellos síntomas que indican una emergencia y buscar atención médica de inmediato.
- Aconsejar la conducta a seguir si alguno de los resultados es positivo para Covid-19, es decir, la cuarentena estricta y advertir que tendrán seguimiento por un equipo de salud pública para completar el estudio.

- Las personas sospechosas/probables, deberán implementar el aislamiento y se deben dar instrucciones para que los contactos extra familiares sean alertados y entren en cuarentena hasta definir la conducta definitiva.
- Mitos en torno a la vacunación: Aún vacunado puede contagiarse de COVID_19 y contagiar a su familia, amigos y demás contactos.

En este punto, todas las personas que son abordadas con acciones de IEC, deberán ser encuestadas y la información correspondiente deberá quedar consignada en el aplicativo en línea de “Encuestas de Conglomerado”, bien sea en tiempo real o en formato en físico para los lugares con dificultades de seguridad o de difícil conexión a internet que imposibiliten el uso de celulares o dispositivos para el registro de la información; en este último caso, las fichas de encuesta de conglomerados, deberán ser ingresadas por los digitadores del producto de Soporte operativo de las acciones del entorno cuidador hogar, a más tardar el día siguiente a la intervención.

En dicha encuesta comunitaria, al final se cuenta con la variable para identificar si la persona accede o no a la toma de la muestra, en caso de que la persona acceda a la toma de muestra, el técnico en salud direccionará al usuario al punto donde los profesionales encargados, diligenciarán la ficha 346 del INS; ésta debe estar debidamente marcada en la parte superior con el código del conglomerado acorde a la tabla que se presenta a continuación, y precisando siempre el puesto/zona/institución a la que pertenece, con el fin de poder identificarlo adecuadamente en el Laboratorio Distrital de Salud Pública (LDSP) y tener la trazabilidad de la información para reportes de información y resultados.

Para ello, se sugiere mantener la unidad de medida de cuadrantes que se ha establecido, con el fin de mantener la organización geográfica definida; este aspecto se deberá organizar con los profesionales del componente geográfico y en todo caso registrar el ID del Cuadrante para la identificación correspondiente de cada una de las fichas. (Ver tabla de codificación).

Codificación de Fichas a partir de los diferentes conglomerados abordados.

Estrategias de Vigilancia	Grupo	Localidad	ID del cuadrante	Puesto/zona/ institución	Ejemplo

Zonas de Circulación Conocida o Transmisión Creciente Reciente.	ZCA	CCC	Variable numérica	Variable numérica, registrar el ID del cuadrante donde está ubicado el conglomerado.	Variable alfabética, que puntualiza el punto de toma de la muestra (Ej: Corabastos, Institución de protección, Institución de salud, población específica, punto de referencia, característica del grupo selecto)	PGS-PV-11-532-Cabildo Muisca ZCA--08-1175-Corabastos

En este punto, debe existir coincidencia y concordancia entre los usuarios que en la encuesta comunitaria se marca que SI se le realiza la toma de la muestra, con las fichas de notificación diligenciadas, las muestras tomadas y la relación de la planilla de entrega de muestras al LSP.

Para la toma de la muestra, tener en cuenta:

Las muestras deben ser tomadas por personal capacitado y teniendo en cuenta todas las instrucciones de bioseguridad, incluido el uso de los equipos de protección personal adecuado para virus respiratorios que incluye, respirador N95; visor, careta o monogafas; bata manga larga antifluido; guantes no estériles y vestido quirúrgico debajo de la bata que se retira al final de la toma de la muestra.

La muestra se recoge con el hisopo estéril y el hisopo se coloca en el tubo que contiene el medio de transporte. Cortar el extremo del bastoncillo que sobresale del tubo, teniendo cuidado de no tocar el borde del tubo. Cerrar el tubo herméticamente y llenar los datos del paciente, tipo de muestra y fecha y hora de la toma. Enviar al laboratorio en triple embalaje, para su análisis manteniendo una temperatura de 2-8ºC. La muestra debe ir acompañada de la ficha epidemiológica con letra legible, garantizando que el nombre del paciente de la ficha concuerde con el nombre del tubo de la muestra, así como el formato de relación de muestras entregadas (Formato de Entrega de muestras de COVID-19 para laboratorios colaboradores con Código 040VE0501FE07).

Cada una de las fichas de notificación, así como la nevera en la que se transportan las muestras, debe estar plenamente identificada con la codificación, para lograr garantizar la trazabilidad de la información para cada uno de los conglomerados abordados desde las subredes.

Una vez entregadas las muestras por parte del equipo al LSP, se da inicio a la gestión de muestras por laboratorio. En esta fase solo se realizará pruebas moleculares, que se basa en la detección del ácido nucleico (ARN) del SARS-CoV-2 mediante ensayos de RT-PCR, fundamentada en la amplificación de los ácidos nucleicos del virus directamente. Es la prueba recomendada tanto para el seguimiento epidemiológico, como para la evaluación de pacientes en los ensayos de diagnóstico y de evaluación de intervenciones.

A partir de la toma de muestras, se espera que desde la subred se pueda aportar al análisis de la información y acciones de respuesta inmediata, donde se realicen las medidas de frecuencia que estimen la incidencia y prevalencia de la infección, caracterización de los patrones de transmisión, identificación de cadenas de transmisión y grupos de riesgo al interior del conglomerado, la generación de potenciales escenarios de intervención que en conjunto permitirá orientar tanto las intervenciones inmediatas de manejo del riesgo individual, familiar y grupal, como la de manejo del riesgo colectivo con acciones focalizadas o poblacionales, a través de los espacios y procesos transversales, según competencia:

Dentro de las acciones de respuesta que desde el muestreo puede orientar, se encuentra:

- Se verificará el conocimiento y grado de cumplimiento a las medidas de distanciamiento social y confinamiento de los sujetos en riesgo
- Se realizará búsqueda activa de contactos con presencia de síntomas leves o subclínicos de COVID-19 para realizar diagnóstico con RTPCR.
- Se identificarán casos probables de COVID19 para proceder de acuerdo con el protocolo de vigilancia intensificada de casos de COVID19 a confirmación diagnóstica y aislamiento intra domiciliario y cuarentena.

- Se identificarán asintomáticos respiratorios con alto riesgo de infección por su actividad económica, movilidad en transporte público o no aceptabilidad de medidas de distanciamiento social y se les practicarán pruebas de RT-PCR para confirmar infección.
- Se generará información relacionada con el cuidado de las personas, familia y los entornos de acuerdo a las guías, lineamientos e instructivos dispuestos para tal fin.
- De manera particular debe favorecer y orientar el despliegue de equipos de respuesta que ajusten las acciones de control, se establezcan planes de respuesta especifica ante la situación con participación del sector y los otros sectores.

Para el caso del equipo del entorno, se precisa que el ejercicio de búsqueda activa no finaliza con la entrega de muestras en el Laboratorio de Salud Pública; a diario se deberá cargar la información del número de pruebas tomadas en la jornada, así como verificar la positividad a partir de los resultados de procesamiento remitidos desde la SDS. Posteriormente se deberá realizar la notificación al SIVIGILA del 100% de los casos positivos, con el apoyo de los perfiles del producto de Soporte operativo de las acciones del entorno cuidador hogar, donde se encuentran los digitadores a cargo de dicha actividad.

Se precisa que, en caso de disminuirse la cantidad de muestras a realizar por los equipos, por condiciones propias del comportamiento y evolución de la pandemia; los equipos de muestreo apoyarán el desarrollo de los demás productos establecidos en el entorno hogar, previo direccionamiento de la SDS.

Tabla resumen del producto:

Nombre de la actividad	***Periodicidad***	***Perfiles del talento humano***	***Entregables***
Definición de los conglomerados o poblaciones para el desarrollo de jornadas de Búsqueda Activa Comunitaria de casos de COVID_19.	Desarrollo a diario de jornadas de búsqueda activa de casos de COVID_19, acorde a programación para el	Las acciones de definición de conglomerados son desarrolladas por los profesionales de apoyo a la gestión operativa y los geógrafos que hacen parte del producto de *Soporte operativo de las acciones del entorno cuidador hogar*	Georreferenciación de las zonas con conglomerados seleccionados para el muestreo

	abordaje de conglomerados		
Desarrollo de las jornadas de búsqueda activa de casos de COVID-19.	Actividad desarrollada a diario en los conglomerados priorizados.	Equipo conformado por Técnico 1 (en áreas de la salud, ciencias sociales y humanas). Auxiliar en enfermería o técnico en salud pública, y profesionales universitarios 2 (Operativos). Enfermería, terapia respiratoria, bacteriología o medicina. Las acciones de digitación de fichas 346 al SIVIGILA y de encuestas comunitarias en los casos de no poder contar con cargue en línea, son desarrolladas por los digitadores que hacen parte del producto de *Soporte operativo de las acciones del entorno cuidador hogar.*	• Encuestas comunitarias y registro en aplicativo de Encuesta de Conglomerados en línea, con registro de los datos de identificación completos y con criterios de calidad. • Ficha de Notificación SIVIGILA. Evento 346 del Instituto Nacional de Salud, escaneada. • Planilla de entrega de muestras al Laboratorio de Salud Pública con radicados. • Matrices o tableros de reporte consolidadas con registro de información de las acciones adelantadas en el proceso de muestreo para COVID-19.

1.7. Producto 119. APOYO LOGÍSTICO A LAS ACCIONES DESARROLLADAS EN EL ENTORNO CUIDADOR HOGAR.

Esta actividad integra las acciones de apoyo logístico requeridos en la gestión de las actividades desarrolladas desde el entorno hogar, con énfasis en las jornadas de búsqueda activa, pero que dadas las necesidades del entorno abarcará los demás procesos del entorno; integra la planificación, gestión y control de los insumos o servicios necesarios para cubrir la demanda de las actividades previstas según las demandas propias de las diferentes actividades.

1.7.1. Unidad de medida

Avance mensual del plan de acción. Corresponde al cumplimiento de acciones de apoyo logístico en las actividades que lo requieren en el entorno.

1.7.2. Forma de reporte de ejecución del producto

Se realiza reporte mensual, proporcional a la cantidad de talento humano de apoyo logístico en el mes.

1.7.3. Detalle de las actividades

1.7.3.1. Actividad 1. Desarrollo de acciones de logística, organización y disposición de insumos para el desarrollo de las acciones en el entorno hogar.

Descripción de la actividad

Las actividades previstas para el equipo de apoyo logístico buscan brindar soporte a los equipos operativos y profesionales de apoyo a la gestión operativa, en actividades de planeación, disposición y organización de los diferentes insumos, recursos y dotaciones requeridos para el desarrollo de las actividades de alta demanda en el entorno, con especial énfasis en las relacionadas con el muestreo de conglomerados. A continuación, se relacionan algunas de las actividades a desarrollar por el equipo:

- Realizar la organización de los insumos, papelería, recursos, materiales, elementos de protección personal, aditamentos y demás artículos requeridos para la puesta en marcha de las actividades del espacio, acorde a programación de actividades. Los perfiles de apoyo logístico deberán realizar actividades de organización tanto en el día anterior al desarrollo de las actividades, como durante la ejecución de estas, acorde a necesidad.

- Suministro a los diferentes equipos operativos, los insumos y recursos necesarios para garantizar los mínimos requeridos para el desarrollo de actividades.

- Transportar y distribuir a los diferentes equipos, los implementos que se requieran y que en el marco de las contingencias se deban suministrar en el lugar específico del desarrollo de la actividad.

- Apoyar la disposición, armado y ubicación de carpas, sillas, mesas, piezas comunicativas, señalización, elementos de delimitación de espacios y de más requerimientos, en el lugar en el que se van a desarrollar las actividades; así como realizar el desmonte, limpieza y desinfección y traslado a lugar de almacenamiento de dichos elementos.

- Informar a líderes y profesionales de apoyo, el estado de existencias de insumos o recursos, de manera que se garantice la disponibilidad permanente, y realizar la gestión y pedido correspondiente en el interior de la subred para su suministro, cuando se requiera.

- Todas las demás actividades de planificación, gestión y control de los insumos o servicios que por dinámicas propias de la subred sean necesarias para el adecuado desarrollo de las actividades del entorno hogar, incluyendo la entrega de muestras al Laboratorio de Salud Pública.

La organización del equipo de apoyo logístico se realizará de manera específica por cada una de las subredes, dependiendo de la programación de actividades y demanda en cada una de ellas; se definirán turnos o disponibilidades, con el fin de garantizar la disposición de todos los requerimientos, de manera oportuna según cronograma.

En los momentos de baja demanda en los puntos de búsqueda activa de conglomerados o acorde a direccionamiento de la SDS, el equipo de apoyo logístico desarrollará acciones de apoyo y soporte que viabilicen la implementación de los demás productos del entorno, a partir de la propuesta de abordaje territorial y/o planes de cuidado familiar.

Todas las acciones desarrolladas por los perfiles de apoyo logístico, deberán estar relacionadas en el formato de reporte de actividades diario, que deberá diligenciar acorde a la programación y desarrollo de las mismas.

Tabla resumen del producto:

Nombre de la actividad	***Periodicidad***	***Perfiles del talento humano***	***Entregables***
Desarrollo de acciones de logística, organización y disposición de insumos para el desarrollo de las acciones en el entorno hogar.	A diario acorde a la programación de actividades que requieren apoyo logístico.	Bachiller (Agente de cambio; Gestor Comunitario; Gestor comunitario población diferencial).	• Formato de reporte de las actividades con apoyo logístico desarrolladas. • Registro fotográfico de las acciones desarrolladas.

1.8. Producto 120. INSUMOS PARA EL DESARROLLO DE BÚSQUEDAS ACTIVAS DE POBLACIÓN SUSCEPTIBLE DE COVID_19.

Esta actividad se establece para viabilizar la compra y distribución de insumos para la toma de muestras a realizarse en la estrategia de búsqueda activa comunitaria en conglomerados y

poblaciones selectas en el marco de las acciones desarrolladas en la ciudad desde la estrategia DAR Detecto – Aíslo – Reporto y el programa PRASS Pruebas – Rastreo – Aislamiento Sostenible Selectivo.

1.8.1. Unidad de medida

Insumos adquiridos durante el mes. Corresponde al valor proporcional a los insumos adquiridos durante el mes.

1.8.2. Forma de reporte de ejecución del producto

Reporte mensual proporcional al recurso empleado para la compra de insumos durante el mes.

1.8.3. Detalle de las actividades

1.8.3.1. Actividad 1. Adquisición de Insumos para el desarrollo de jornadas de Búsquedas activas de casos de COVID_19.

Descripción de la actividad

Teniendo en cuenta la necesidad de compra de insumos específicos para la toma de muestras en las jornadas de búsquedas activas de casos de COVID_19, dada la cantidad requerida y los montos requeridos para la compra de los mismos, se dispone el recurso para la compra de medios de transporte viral e Hisopos requeridos; a continuación, se relacionan las características técnicas, a tener en cuenta en el momento de realizar la revisión de proveedores con quienes se realizará la compra:

Medios de transporte viral: El éxito del diagnóstico virológico depende en gran medida de la calidad de las muestras y de sus condiciones de transporte y almacenamiento antes de ser procesadas en el laboratorio. El Medio de Transporte Viral está destinado a la recolección y transporte de la muestra clínica que contiene el virus desde el sitio de recolección hasta el laboratorio de análisis.

Los componentes del medio como son la albumina bovina, el antibiótico y el anti fúngico, que asegura la viabilidad del virus y disminuye el sobre crecimiento bacteriano y de hongos en la muestra. El ítem requerido es tubo tapa rosca de 2 mL que contiene Medio de Transporte viral.

Hisopos:

Se requiere de Hisopo Estéril Individual Punta Rayon, de plástico rompible y desechable.

Tabla resumen del producto:

Nombre de la actividad	***Periodicidad***	***Perfiles del talento humano***	***Entregables***
Adquisición de Insumos para el desarrollo de jornadas de Búsquedas activas de casos de COVID_19.	Mensual.	Gestión realizada para la adquisición de insumos a cargo del referente del entorno cuidador hogar.	• Verificación de características técnicas de los diferentes insumos, acorde a lineamiento. • Facturas de compra y/o contrato con proveedores de compra de viales e hisopos. • Facturas y relación de compra de elementos de protección personal y demás insumos empleados en las jornadas de búsqueda activa y que no logran ser financiados con el porcentaje de insumos y administrativo asignado a los productos 118 y 119. • Seguimiento programático y presupuestal.

2. Interacción integral e integrada Estrategia de Abordaje Étnico Diferencial.

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

Las estrategias de abordaje para las familias étnico diferencial proponen desarrollar actividades en el marco de dos componentes el primero son acciones familiares lo que involucra las acciones de identificación de riesgo, planes familiares concertados e implementados y seguimiento/monitoreo y segundo se cuenta con el componente de acciones colectivas las cuales tienen como finalidad

gestar escenarios colectivos o comunitarios que promueven y refuerzan aspectos de dialogo y educación en lo concerniente a la salud de las personas desde conocimientos y practicas propias de la medicina ancestral de los diferentes grupos étnicos.

2.1. Producto 121. PLANEACIÓN, SEGUIMIENTO Y FORTALECIMIENTO TÉCNICO EN EQUIPOS ÉTNICOS DE COMUNIDADES NEGRAS Y AFROCOLOMBIANAS

2.1.1. Unidad de medida

Avance mensual del plan de acción comunidades Negras y Afrocolombianas

2.1.2. Forma de reporte de ejecución del producto

Corresponde al seguimiento mensual del plan de acción en el cual evidencie avances en lo concerniente al diálogo con líderes, apropiación de lineamiento, fortalecimiento de capacidades al talento humano, la identificación de familias priorizadas para intervención y dialogo de saberes con la comunidad.

2.1.3. Detalle de las actividades

2.1.3.1. Actividad 1. Alistamiento y Fortalecimiento de Capacidades.

Construcción del plan de acción del equipo, el cual deberá contener durante la primera semana la respectiva lectura y apropiación del lineamiento, así como, la organización de la operación del equipo durante la vigencia del convenio. Adicional a esto, se deberá realizar seguimiento mensual al plan de acción, donde se evidencie el avance de este por cada uno de los kilombos pertenecientes a cada una de las Subredes.

Se realizará diálogo, concertación y acercamiento con líderes u organizaciones en espacios propios de las comunidades para socializar y articular las acciones en salud con el fin de organizar la búsqueda activa de la población, así como llegar a acuerdos y compromisos en el abordaje de las mismas y accionar de cada uno de los perfiles, así mismo por medio de estos espacios de concertación y acercamiento con lideres y consultivos se podrán gestionar encuentros comunitarios con el fin de realizar ejercicios de enriquecimiento de saberes propios.

A partir de un ejercicio de revisión y análisis, teniendo en cuenta referencias de los líderes comunitarios y el reconocimiento de los territorios y las comunidades por parte de los gestores que se encuentran en cada una de las localidades, se deberá adelantar la identificación de las familias, reconociendo que toda familia Afrodescendiente podrá ser beneficiaria del abordaje. En este sentido, el equipo deberá tener la capacidad de identificar riesgos en salud o necesidades que requieran la priorización para el acompañamiento por parte del equipo.

Se establecerán espacios de fortalecimiento de capacidades al talento humano para lo cual se contará con (16) dieciséis horas mensuales y contemplará actividades en:

- Espacios en temas propios de las comunidades como partería, medicina ancestral, plantas medicinales, prácticas curativas, cosmovisiones entre otras
- Participación en asistencias técnicas convocadas por la subred o por nivel central.
- Participación en la reunión mensual a cargo del proceso trasversal de gestión de políticas para el fortalecimiento de acciones y respuestas articuladas en el marco de la política pública, liderado por el profesional étnico de la subred.
- Aquellas actividades que planee o estipule la subred
- Procesos de precrítica de los instrumentos de captura de las acciones desarrolladas

A su vez cada una de las personas del equipo con pertenencia étnica Afrodescendiente, tendrá (14) catorce horas mensuales para participar de espacios o actividades comunitarias partiendo de las dinámicas propias de cada grupo étnico.

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

Tabla resumen del producto:

Nombre de la actividad	***Periodicidad***	***Perfiles del talento humano****	***Entregables***
Actividad alistamiento y fortalecimiento de capacidades	*Mensual* de acuerdo con las dinámicas propias de cada equipo étnico y cada una de las Subredes.	1 profesional Universitario 2 (Operativo) Enfermera 1 técnico 1: técnico ambiental 1 gestor comunitario 1 comadrona o partera 1 sabedor	• Plan de acción con el cronograma publicado en la plataforma Google drive habilitada por Referentes del Entorno Cuidado Hogar y su seguimiento mensual publicado en los primeros 5 días hábiles de cada mes, para su respectivo seguimiento. • Actas de reunión con los lideres comunitarios • Bases de datos de familias Priorizadas • Actas y listado de asistencia a reuniones, asistencias técnicas, precrítica, entre otros. • Actas y listados de asistencia de los espacios o actividades comunitarias. • Informe ejecutivo atención de casos emergentes.

El desarrollo de las actividades del presente producto estará a cargo de un equipo interdisciplinario presentado a las subredes Integradas de servicios de salud para la respectiva contratación, previo aval por parte de la autoridad étnica tras la verificación de cumplimiento de las siguientes características:

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

Nota: De acuerdo con lo anterior, cada Subred será la encargada de validar la idoneidad técnica y profesional de cada uno de los perfiles, así como la respectiva documentación en congruencia a las dinámicas contractuales de cada entidad

Así mismo se aclara que, en caso de no contar con alguno de los perfiles étnicos, la subred debe presentar soporte de la gestión adelantada para dicha contratación en el menor tiempo posible y los demás perfiles deberán dar cobertura a las necesidades identificadas en las familias y comunidad, asegurando la no interrupción de las acciones y abordaje por parte de los equipos para así no afectar la calidad y periodicidad de los productos; esto aplicará para cada uno de los productos de comunidades negras y afrocolombianas.

2.2. Producto 122. Plan de Cuidado Familiar Diferencial en Familias Étnicas, de comunidades Negras y Afrocolombianas

2.2.1. Unidad de medida

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

2.2.2. Forma de reporte de ejecución del producto

Contempla el abordaje mensual a las familias, con plan de cuidado familiar con enfoque diferencial, incluyendo caracterización, implementación y cierre del plan de cuidado familiar por cada uno de los equipos kilombos que se tienen asignados.

Se realiza reporte de una unidad al completar dos ingresos a la familia, una por cada bina que conforma el equipo. Para el caso de la caracterización familiar y cierre del plan de cuidado familiar podrán ingresar los 4 perfiles en el mismo momento y esta se contará como una unidad.

2.2.3. Detalle de las actividades

2.2.3.1 Actividad 1. Formulación e implementación de Plan de Cuidado Diferencial en Familias de comunidades Negras y Afrocolombianas

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

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

*Familias fallidas: Corresponde a familias que no es posible ubicar telefónicamente ni en la dirección de contacto.

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

Partiendo de las características territoriales de la comunidad Negra y Afrocolombiana, se cuenta con la conformación de diez equipos interdisciplinarios (Kilombos), distribuidos por cada dos localidades en las Subredes Integradas de Servicios de Salud de la siguiente manera:

NORTE	SUR	SUR OCCIDENTE	CENTRO ORIENTE
Engativá – Teusaquillo Flor de Ebano	Ciudad Bolívar – Tunjuelito Ubuntu	Fontibón- Bosa	Martires – Santafé Aroni
Suba- Barrios Unidos Seriema	Usme – Sumapaz Girasol	Puente Aranda – Kennedy Babalu Aye	San Cristóbal – Antonio Nariño Yumma
Usaquén- Chapinero Orula			Rafael Uribe Uribe – Candelaria Obatala

La periodicidad de abordaje a las familias será por un ciclo de tres meses en el cual el equipo por binas programará dos entradas al mes, es importante tener en cuenta que para realizar el reporte de la sesión al informe de gestión se realiza cuando a la familia hayan entrado las dos binas conformadas por 4 perfiles del equipo (Profesional, técnico, sabedor y partera) asignadas a la familia de acuerdo con la identificación y priorización de la misma, tener en cuenta nota relacionada con la claridad frente a la ausencia de alguno de los perfiles.

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

-Difundir estrategias de información, comunicación y educación en salud con enfoque diferencial étnico para el cuidado de la comunidad
-Identificación y acompañamiento a familias priorizadas (oferta de servicios Distritales)
-Fortalecimiento de enlaces directos de comunicación con los actores estratégicos (sectores-comunidad y lideres)
-Apoyo a perfiles ancestrales
-Articulación con líderes locales para Identificación de nuevas familias

Momento 1: Caracterización Social y Ambiental: En cuanto al proceso de identificación del riesgo y caracterización social/ambiental se dará a través de diálogo de saberes entendiendo este como el proceso reflexivo, de confianza y de respeto frente a la escucha asertiva del otro, esta se realizará en la vivienda de la familia. El proceso de caracterización debe partir de la priorización de familias dialogada y acordada con los líderes y autoridades definida en la primera actividad, quienes por tener el criterio étnico obedecen a una priorización. De igual forma, acorde al criterio de priorización, los eventos de interés en salud pública presentes en la familia y el curso de vida de los integrantes de esta, se deberá realizar la aplicación de pruebas tamiz que permitirán ampliar la información de alertas y factores de riesgo para la salud y orientar el plan familiar a desarrollar.

La intervención para las familias étnicas contemplara inicialmente el tamizaje de APGAR familiar para todas las familias abordadas, el cual deberá estar de manera física anexa formato de caracterización, predicción del riesgo cardiovascular - AMR B de la OMS, tamizaje FINDRISC a todas las personas con condición crónica a excepción de personas con diabetes, escala abreviada para

identificación de personas con EPOC a personas mayores de 40 años, los resultados que arrojen deberán ser registrados en el campo dispuesto para ello del formato de caracterización social y ambiental, por lo cual no será necesario anexar el tamizaje de manera física.

Se deberá conocer las particularidades y tener la capacidad de explorar:

Factores protectores y factores de riesgo frente a desenlaces en salud.

- Identificación de riesgos en salud ambiental conforme al instrumento
- Identificación de necesidades para la canalización a rutas sectoriales e intersectoriales, (proceso a articular con gestión de programas y eventos de interés en salud pública y gestión de políticas), según el evento. (Utilizar el formato de canalización el cual se encuentra anexo en la caja de herramientas)
- Realizar notificación a los subsistemas de vigilancia correspondiente, del 100% de los casos que cumplan con criterio, los casos de violencia al Subsistema de Vigilancia de Violencia Infantil y Maltrato Intrafamiliar (SIVIM), los casos de conducta suicida al Subsistema de Vigilancia de Conducta Suicida (SISVECOS).
- Reconocer prácticas de autocuidado de la salud a nivel individual y de cuidado familiar colectivo reconociendo prácticas propias.
- Rescatar potencialidades y factores protectores de la familia y comunidad.
- Explorar habilidades, conocimientos, experiencias, valores, tradiciones, visiones del mundo respecto al cuidado de la salud, desde su contexto y cultura.
- Realimentar los hallazgos que el equipo identifica de manera inicial de acuerdo con la caracterización social y ambiental, contrastándolos con lo que la familia percibe de sí misma.

Es importante utilizar el formato de carta de compromiso como aceptación o disentimiento a acceder a las visitas que se realizan desde la estrategia de abordaje étnico diferencial.

Para el proceso de caracterización social y ambiental será clave la participación de las binas que conforman el equipo junto con el apoyo del gestor comunitario, con el fin de identificar necesidades presentes en la familia y así mismo poder establecer pertinencia de cada uno de los perfiles para la concertación y seguimiento del plan de cuidado familiar y en caso de identificarse necesidades de gestión y/o movilización poder dar respuesta inicial por medio del gestor comunitario.

Momento 2: Concertación del Plan de Cuidado Familiar: Durante y después de la caracterización familiar, el equipo debe identificar los principales aspectos a trabajar de manera concertada con la

familia, para la mitigación de riesgos en salud y el fortalecimiento de pautas de cuidado y estilos de vida saludable acorde a las necesidades. Deberá realizar un proceso reflexivo en el cual se identifiquen los riesgos y vulnerabilidades, permitiendo la construcción del plan familiar el cual contemplará como prioridad la Estrategia Cuidado Salud de la Medicina Ancestral con sus respectivas acciones diferenciales.

Es importante que el talento humano con pertenencia étnica potencialice el uso de los recursos y ayudas materiales pedagógicas dadas a las familias desde un enfoque diferencial, así como espacios en la vivienda, horarios y prácticas comunitarias.

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

Momento 3: Implementación del Plan de Cuidado Diferencial en Familias Étnicas

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

Todas las sesiones desarrolladas como parte de la implementación deberán ser registradas en el instrumento de plan de cuidado familiar dando respuesta a los compromisos acorde a las alertas en salud encontradas en la caracterización. En este momento, se hará entrega del tablero de plan de cuidado en donde se consignarán todos aquellos compromisos concertados con los integrantes de la familia y sus avances en cada una de las visitas de seguimiento, así como el tablero de plan de cuidado de vivienda saludable

El plan familiar debe incorporar acciones como:

• Brindar Información y educación en salud para establecer compromisos de acciones que la familia puede y debe realizar en su vivienda para el manejo de los riesgos caracterizados.

• Desarrollar acciones promocionales para la adopción de comportamiento y conductas para la salud desde practicas propias de salud y cuidado, donde se incluyan acciones preventivas en el hogar. De igual forma, las relacionadas con la ruta de promoción y mantenimiento de la salud y temáticas promocionales para una vida saludable y activa.

• Posterior a la identificación del riesgo el equipo deberá realizar la canalización, notificación y seguimiento de todos los eventos de interés en salud pública, a partir del momento de la identificación se contará 24 horas para el reporte. De la misma manera, indicar dentro del plan familiar la anotación si la familia no permite realizar el proceso de canalización.

• Notificar al equipo de gestión operativa, los casos que requieren asignación de cita y que desde el equipo de las subredes se puede agendar, dado que corresponde a población capitada con la que se puede viabilizar y agilizar el acceso a los servicios de salud requeridos.

• Los equipos deberán realizar una construcción de contenidos en pautas de autocuidado, cuidado y rutas para ser trasmitida a las familias y ser movilizados por los diferentes medios o espacios con las comunidades con enfoque étnico diferencial. En este sentido, se espera que se realicen de manera práctica, sencilla y diferencial contenidos (materiales) de los temas anteriormente expuestos cercanos a los procesos de orientación de cara a la dinámica en la cual se encuentra la población con el fin de garantizar que se transmiten los mensajes e información de manera adecuada, para esto se espera que cada equipo presente a la SDS la construcción de dos contenidos (piezas comunicativas) diferenciales traducidas a lengua nativa durante el convenio; el primero de ellos deberá ser entregado a la SDS durante los meses de abril a junio del 2023 y tendrán una temática establecida desde SDS, descrita más adelante, el segundo de ellos podrá ser con temática autónoma desde cada equipo, dependiendo las necesidades de las comunidades y será entregada entre los meses de Julio a octubre del 2023, por lo anterior en la siguiente tabla se establecen las temáticas para la primera entrega por cada equipo:

EQUIPO	TEMATICA
NORTE	
Engativá – Teusaquillo Flor de Ebano	IRA-ERA-EDA
Suba- Barrios Unidos Seriema	salud materno-perinatal
Usaquén- Chapinero Orula	Manejo de enfermedades en casa para menores de 5 años.
SUR	

Ciudad Bolívar – Tunjuelito Ubuntu	Practicas curativas desde la medicina ancestral
Usme – Sumapaz Girasol	AIEPI comunitario
SUR OCCIDENTE	
Fontibón- Bosa	Enfermedades crónicas
Puente Aranda – Kennedy Babalu Aye	Plan ampliado de inmunización
CENTRO ORIENTE	
Martires – Santafé Aroni	Promoción y prevención de riesgos ambientales
San Cristóbal – Antonio Nariño Yumma	Partería y medicina ancestral
Rafael Uribe Uribe – Candelaria Obatala	Activación de rutas desde el enfoque diferencial

De igual manera, el equipo podrá utilizar las piezas realizadas en la vigencia anterior realizando el respectivo ajuste y actualización de la información.

• Se deberá realizar articulación con el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) para el desarrollo de jornadas de vacunación en el convenio para las diferentes comunidades étnicas, donde se garantice la participación de la población y la completitud de esquemas de vacunación acorde a la edad y reglamentación vigente, para esto se espera el desarrollo de mínimo dos jornadas durante el convenio

Nota: estas podrán ser desarrolladas junto con la programación de las acciones colectivas.

• Realizar seguimiento a las variables y aspectos técnicos específicos para cada familia según su prioridad, estos deben ser diligenciados en el formato/base de datos de seguimiento familiar dispuesto para tal fin. Dicho registro se debe realizar rutinariamente, garantizando la completitud en la información, calidad técnica acorde a las características del caso y oportunidad en el reporte; aspectos que deberán ser revisados, validados por los profesionales de apoyo a la gestión operativa, así como consolidados y depurados por el técnico en sistemas que deberá tener el control de los casos remitidos y realimentados, guardando coherencia con las bases recibidas inicialmente.

• Una vez los profesionales validen que se ha dado cumplimiento a los compromisos, se llevará a cabo la evaluación final, con el fin de identificar el efecto real de la acción en la familia, a partir de los indicadores trazadores según la especificidad del evento o situación que generó el abordaje a través de plan familiar; para ello, se usara la información inicial (Caracterización Social y Ambiental) y se compara con una medición posterior, para evidenciar los cambios o transformaciones generados en ellas a través del diligenciamiento del formato de caracterización en el apartado de evaluación, así como los tamizajes que corresponda. Es de aclarar que esta se puede contemplar como parte del abordaje en la última sesión.

- Con el fin de poder realizar análisis de las acciones adelantadas por cada equipo, se establece elaboración de informe trimestral o bimestral, acorde a los tiempos definidos en el documento de la coordinación PIC, según estructura establecida desde SDS.

Tabla resumen del producto:

Nombre de la actividad	***Periodicidad***	***Perfiles del talento humano****	***Entregables***
Formulación e implementación de Plan de Cuidado Diferencial en Familias de comunidades Negras y Afrocolombianas	Mensualmente e inicia según la programación en el plan de acción y de acuerdo con las dinámicas propias de cada equipo Afrodescendiente y Subred.	1 profesional Universitario 2 (Operativo) Enfermera 1 técnico 1: técnico ambiental 1 gestor comunitario 1 comadrona o partera 1 sabedor	-Planilla de gestión para el gestor comunitario. -Formatos de caracterización y concertación del plan de cuidado familiar diligenciado con criterios de calidad y completitud. -Formato de canalización diligenciado y enviado a profesional de rutas del Entorno Cuidador Hogar. (según necesidad) -Notificación de eventos de interés de salud pública. (según necesidad) -Formatos de tamizajes Apgar familiar, aplicados a la familia (según necesidad) - Formatos de implementación del plan de cuidado familiar diligenciado con criterios de calidad y completitud. -Diligenciamiento de variables de seguimiento familiar acorde a las

			prioridades y/o eventos de interés en salud pública de la familia. -Ficha técnica contenido - Pieza comunicativa - Informe trimestral abordaje étnico comunidades negras y afrocolombianas, según estructura remitida desde SDS, en el marco del informe del convenio PSPIC.

2.3. Producto 123. Acciones Colectivas Diferenciales con familias Étnicas de comunidades Negras y Afrocolombiana

2.3.1. Unidad de medida

Sesión de acciones colectivas

2.3.2. Forma de reporte de ejecución del producto

Se realizarán de manera mensual en espacios concertados con las comunidades, de acuerdo con las particulares de cada uno de los equipos

2.3.3. Detalle de las actividades

2.3.3.1 Actividad 1. Acciones Interculturales de Promoción y Prevención en Salud

Las acciones colectivas son las sesiones interculturales de promoción y prevención en salud, contemplará el desarrollo de actividades colectivas ambientales y ancestrales, partiendo de los conocimientos propios de la población Afrodescendiente con sus prácticas habituales o tradicionales del territorio, dirigido a las familias y comunidad; Para ello, el equipo deberá participar de manera conjunta en el desarrollo de cada sesión. Estando, así las cosas, se realizarán actividades colectivas desde una mirada ambiental y ancestral de manera integral. El perfil de enfermera será el encargado de realizar la intervención inicial frente a la contextualización y socialización del objetivo de la estrategia, el técnico ambiental será el encargado de socializar y promover iniciativas ambientales, y con el apoyo de los perfiles ancestrales definirá los contenidos a desarrollar en materia de medicina ancestral, estos últimos deberán definir los insumos de medicina ancestral que se requieran en cada sesión, el gestor comunitario será el encargado de convocar de manera masiva

a la población y/o familias, así como, realizar la identificación y acompañamiento en la oferta de servicios distritales, con el fin de fortalecer los canales directos de comunicación con los actores estratégicos (sectores-comunidad y líderes).

El abordaje de cada una de las iniciativas ambientales debe ser acompañada inicialmente por los técnicos ambientales como mínimo dos veces al mes. De esta manera, se retomará o se propondrá una nueva iniciativa ambiental, que permita reportar el estado de avance en el que se encuentre, con el fin de verificar el sostenimiento y continuidad de las actividades planteadas.

Para esta actividad el equipo deberá proyectar una ficha técnica de acciones colectivas de cada sesión, a partir de un espacio de planeación frente a los temas a desarrollar, articulación mensual con los referentes étnicos de análisis y políticas, así como los insumos a requerir. Las acciones se registrarán en el formato de acta y registro de actividades colectivas, para lo cual se espera la asistencia mínima de 10 personas.

Tabla resumen del producto:

Nombre de la actividad	***Periodicidad***	***Perfiles del talento humano****	***Entregables***
Acciones Interculturales de Promoción y Prevención en Salud	mensualmente	1 profesional Universitario 2 (Operativo) Enfermera 1 técnico 1: técnico ambiental 1 gestor comunitario 1 comadrona o partera 1 sabedor	- Ficha técnica de acciones colectivas (ver formato en la caja de herramientas) - Formato de acta para el desarrollo de las acciones colectivas - Formato de las acciones colectivas diligenciadas con criterios de calidad y completitud.

2.4. Producto 124. Acciones Propias de Medicina Ancestral de comunidades Negras y Afrocolombianas

2.4.1. Unidad de medida

Jornadas de Medicina Ancestral

2.4.2. Forma de reporte de ejecución del producto

Se realizarán de manera mensual en espacios concertados con las comunidades negras y afrocolombianas, de acuerdo con las particulares de cada uno de los equipos.

2.4.3. Detalle de las actividades

2.4.3.1 Actividad 1. Acciones Propias de medicina ancestral

Son todas aquellas acciones que dan cuenta de la atención desde la medicina ancestral que se realizan en lugares propios (Kilombos) de la población negra y afrocolombiana conforme a la dinámica de los equipos y comunidades teniendo en cuenta los lugares físicos y cronograma de atención. El abordaje desde la medicina ancestral podrá realizarse de dos maneras: la primera, deberá desarrollarse en los lugares propios o comunitarios para lo cual el equipo definirá la dinámica a implementar garantizando la participación de la comunidad para lo cual se espera la asistencia mínima de 10 personas y la segunda se realizará en la vivienda de las familias conforme a las dinámicas comunitarias.

- El perfil de enfermera será el encargado de acompañar continuamente el ejercicio de las practicas ancestrales, potenciando las intervenciones conforme a las estrategias IEC entorno a los cuidados y promoción de la salud. A partir de la concepción de los perfiles ancestrales se realizaran las acciones pertinentes orientadas en la atención desde los saberes, usos y costumbres propias de la población negra y afrocolombiana, el técnico ambiental promoverá los entornos ambientalmente saludables y del mismo modo apoyara la intervención frente a la contextualización y socialización del objetivo de la estrategia, el perfil de gestor comunitario será el encargado de convocar de manera masiva a la población y/o familias, así como, realizar la identificación y acompañamiento en la oferta de servicios distritales, con el fin de fortalecer los canales directos de comunicación con los actores estratégicos (sectores-comunidad y líderes)

- Estas actividades se registrarán en el formato de acta de la subred que describa el desarrollo de las acciones Propias de Medicina Ancestral, que permita identificar las atenciones realizadas, teniendo en cuenta:
- Número de atenciones
- Sexo
- Curso de vida
- Motivo de consulta

Tabla resumen del producto:

Nombre de la actividad	***Periodicidad***	***Perfiles del talento humano****	***Entregables***
Acciones Propias de Medicina Ancestral	Mensualmente	1 profesional Universitario 2 (Operativo) Enfermera 1 técnico 1: técnico ambiental 1 gestor comunitario 1 comadrona o partera 1 sabedor	- Formato de acta que evidencie el desarrollo de las acciones Propias de Medicina Ancestral

2.5. Producto 124a. Estrategia de Insumos Ancestrales afrodescendientes

2.5.1. Unidad de medida

Avance mensual en la implementación de la estrategia.

2.5.2. Forma de reporte de ejecución del producto

Corresponde al seguimiento mensual al instrumento de implementación de la estrategia en el cual evidencie avances en lo concerniente a la compra, entrega, elaboración y distribución de los insumos de medicina ancestral.

2.5.3. Detalle de las actividades

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

Partiendo de la necesidad de los diferentes productos para el abordaje a familias, actividades colectivas y de Medicina Ancestral con la comunidad negra y afrocolombiana, se hace indispensable contar con insumos ancestrales que permitan la practica propia de las comunidades lo cual se evidencia en el anexo 8 del presente convenio.

Durante el primer mes del convenio el equipo de la mano con la profesional de apoyo de la subred deberá realizar reuniones de diálogo y concertación para la actualización y ajustes de ser necesarios

de la estrategia de insumos de medicina ancestral que fue avalada en vigencia anterior, el cual debe dar cuenta del proceso de compra, entrega, elaboración y distribución de insumos requeridos.

Para esto es indispensable que el equipo planee y programe los insumos que requiere de manera mensual para el desarrollo de las actividades, logrando evidenciar descripción los insumos, valor unitario y cantidad a utilizar.

Se deberá realizar el seguimiento a la "*estrategia de insumos ancestrales*", avalada la que se encuentra en ficha técnica especifica y contiene el objetivo, contexto según cada equipo étnico, y de manera descriptiva como se realizará cada uno de los siguientes momentos:

- Adquisición o Compra de insumos
- Entrega de insumos al equipo
- Preparación o elaboración de insumos por parte del equipo
- Distribución de insumos en las actividades contempladas en el abordaje (familias, actividades colectivas y de Medicina Ancestral)

Respecto a los momentos 1 y 2 se precisa:

- Para la adquisición o compra de insumos es importante que el equipo soporte el mismo mediante facturas, recibos de pago, cuentas de cobro o demás medios validos comercialmente para la acreditación de la compra, en caso de no contar con alguno de los anteriores debido a que la producción del insumo o el origen del mismo deriva de territorio o tiene alguna característica particular que impide la validación del mismo mediante los medios convencionales del comercio para su validación, se sugiere adjuntar un recibo de caja de la compra soportado con o planilla de seguimiento elaborada por el equipo en donde se caracterice el producto(s) comprado(s), esto aplica para insumos ancestrales. Para la entrega de los insumos al equipo, será precisada la formalidad en la estrategia de insumos.

Nota 2. Estos insumos relacionados son unos mínimos, que podrán variar de acuerdo con la concertación con los pueblos étnicos. De tener alguna variación, se notificará a las Subredes de manera formal, atendiendo a dichos acuerdos.

Nombre de la actividad	***Periodicidad***	***Perfiles del talento humano****	***Entregables***
Planificación de la estrategia de insumos ancestrales.	Una vez en la vigencia	1 profesional Universitario 2 (Operativo) Enfermera 1 técnico 1: técnico ambiental 1 gestor comunitario 1 comadrona o partera 1 sabedor	Actualización de la estrategia de Insumos ancestrales, con la proyección del convenio cargada al drive del entorno de la SDS en los primeros 10 días hábiles posteriores al mes del inicio del convenio.

2.5.3.2. Actividad 2. Implementación de la Estrategia de Insumos Ancestrales

De manera mensual, se debe realizar acompañamiento a la implementación de la estrategia por parte las profesionales de apoyo en donde el equipo suministrara la información de los insumos utilizados en las respectivas actividades. En este sentido, la profesional de apoyo será la responsable de consolidar y cargar al DRIVE del entorno con el resto de los productos.

La SDS realizara seguimiento a la implementación de la estrategia en concordancia con lo planeado y programado para la compra, entrega, elaboración y distribución de los insumos de medicina ancestral.

Con el ánimo de estandarizar el proceso de implementación de la estrategia de insumos ancestrales en todas las subredes se realiza entrega de Formato de implementación de la estrategia de insumos ancestrales el cual debe ser diligenciado una vez avalada la estrategia radicada por la subred y el mismo se encuentra cargado en el DRIVE dispuesto por el entorno cuidador hogar desde nivel central en carpeta entorno hogar/ tableros y reportes, se anexa enlace: https://docs.google.com/spreadsheets/d/1TtKB5wFQ-wrZ1G0cveqLaO2Kpdm-W5Tz1Gopw-Qc130/edit#gid=1661335013.

Nota: De igual manera, se deberán garantizar otros insumos que permitan el desarrollo de cada una de las actividades definidas por el equipo, como lo son papelería, servicio telefónico, elementos de bioseguridad y transporte reconociendo las particularidades del territorio en el que residen las comunidades negras y afrocolombianas.

Tabla resumen del producto:

Nombre de la actividad	***Periodicidad***	***Perfiles del talento humano****	***Entregables***
Implementación de la estrategia de insumos ancestrales.	mensualmente	1 profesional Universitario 2 (Operativo) Enfermera 1 técnico 1: técnico ambiental 1 gestor comunitario 1 comadrona o partera 1 sabedor	-Matriz de implementación de la estrategia de insumos ancestrales en la plataforma Google drive habilitada por Referentes del Entorno Cuidado Hogar con seguimiento mensual. Factura, recibos de pago, cuentas de cobro, recibos de caja y acta o planilla de compra adjunta al recibo de caja

ABORDAJE DIFERENCIAL A FAMILIAS PALENQUERAS DESDE LA ESTRATEGIA KILUMBA

Partiendo de la condición étnica de la comunidad palenquera y la afectación directa por determinantes sociales de la salud, la estrategia Kilumba pretende desarrollar acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades, así como la reducción de factores de riesgo con el reconocimiento de las dinámicas de salud urbana, lingüística propia y adecuaciones socioculturales de la comunidad, que fortalezcan las prácticas de cuidado de la salud.

La estrategia desarrollará acciones en el marco de cinco actividades a nivel distrital, la primera comprende actividades de planeación, seguimiento y fortalecimiento del equipo; la segunda, con abordajes familiares que involucran la identificación de riesgo, planes familiares concertados e implementados con sus respectivos seguimientos; seguido de las acciones colectivas las cuales tienen como objetivo gestar escenarios grupales que promuevan y refuercen aspectos de dialogo, educación en salud en materia ambiental, acciones de medicina ancestral desde las practicas, saberes, usos y costumbres tradicionales de la población Palenquera. Finalmente, se desarrollará,

la estrategia de insumos de medicina propia que dará cuenta del proceso de compra, entrega, elaboración y distribución de insumos requeridos.

2.6. Producto 126. PLANEACIÓN, SEGUIMIENTO Y FORTALECIMIENTO TÉCNICO EN EQUIPO ÉTNICO PALENQUERO.

2.6.1. Unidad de medida

Avance mensual al plan de acción

2.6.2. Forma de reporte de ejecución del producto

Corresponde al seguimiento mensual del plan de acción en el cual evidencie avances en lo concerniente al diálogo con líderes, la identificación de familias, apropiación de lineamiento y fortalecimiento de capacidades al talento humano.

2.6.3. Detalle de las actividades

2.6.3.1. Actividad 1. Alistamiento y Fortalecimiento de Capacidades.

Comprende el primer momento de apropiación del lineamiento para orientar las acciones a desarrollar, iniciando con el dialogo, concertación y acercamiento con la instancia representativa de la comunidad Palenquera, la identificación de familias priorizadas, la construcción del Plan de acción, la definición de la estrategia de fortalecimiento de capacidades al talento humano y el desarrollo de acciones comunitarias. El Kilumba opera de manera distrital a través de un equipo interdisciplinario desde la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente.

A partir de referencias de los delegados del Kuagro Monari Palenque, el conocimiento del gestor del equipo, se deberá adelantar la identificación de las familias, reconociendo que toda familia étnica podrá ser beneficiaria del abordaje de la comunidad que se encuentra en cada una de las localidades. En este sentido, el equipo deberá tener la capacidad de identificar riesgos en salud o necesidades por lo cual se priorizan las familias.

Se definirá una estrategia de fortalecimiento de capacidades al talento humano la cual se contará con 16 dieciséis horas mensuales y contemplará actividades en:

- Espacios en temas propios de las comunidades como partería, medicina ancestral, plantas medicinales, prácticas curativas, cosmovisiones entre otras

- Espacios en temas que potencialicen conocimiento, habilidades y capacidades para los diferentes perfiles algunos temas relevantes como manejo de infancia, gestación, canalización, enfermedades crónicas entre otros.

- Participación en asistencias técnicas

- Participación en la reunión mensual a cargo del proceso trasversal de gestión de políticas para el fortalecimiento de acciones y respuestas articuladas en el marco de la política pública, liderado por el profesional étnico de la subred.

- Aquellas actividades que planee o estipule la subred.

- Es de mencionar que cada una de las familias deberán tener un criterio de vulnerabilidad que le permitirá al delegado/Consultivo y equipo priorizar frente a la base de datos del total de familias identificadas con pertenencia étnica palenquera.

- El equipo debe definir los temas que requieren abordar para la Estrategia de fortalecimiento de capacidades al talento humano de manera mensual.

A su vez cada una de las personas del equipo con pertenencia étnica palenquera tendrá (8) dieciséis horas mensuales para participar de espacios o actividades comunitarias partiendo de las dinámicas propias.

En respuesta a los espacios comunitarios establecidos y programados en la dinámica de la población, cada uno de los perfiles presentara la evidencia respectiva de acta y listado de asistencia de las actividades que participo.

Igualmente, el equipo debe estar en disponibilidad para la atención de casos emergentes que se puedan presentar, para prestar apoyo y generar informe ejecutivo de los hallazgos y acciones realizadas; este informe debe ser enviado por correo electrónico a las referentes el mismo día de la intervención realizada, utilizando el formato establecido. Del mismo modo, en los casos que lo requiera se debe contemplar seguimiento en el momento de conocer casos de personas hospitalizadas o que acuden a las unidades de servicios de salud por urgencias.

Tabla resumen del producto:

Nombre de la actividad	Periodicidad	Perfiles del talento humano*	Entregables
Actividad alistamiento y fortalecimiento de capacidades	Mensual De acuerdo con las dinámicas propias del equipo	1 profesional Universitario 2 (Operativo), Enfermera-Médico 1 técnico 1: técnico ambiental 1 gestor comunitario, 1 médico ancestral o sabedor	- Plan de acción con el cronograma publicado una vez se cuente con la conformación del equipo para iniciar las actividades contempladas en el lineamiento operativo, en la plataforma Google drive habilitada por Referentes del Entorno Cuidado Hogar y su seguimiento mensual publicado en los primeros 5 días hábiles de cada mes, para su respectivo seguimiento. -Actas de reunión con los lideres del Kuagro Monari Palenque -Bases de datos de familias Priorizadas -Estrategia de fortalecimiento de capacidades al talento humano definida e implementada (acta y listado de asistencia) - Actas y listados de asistencia de los espacios o actividades comunitarias. -Informe ejecutivo atención de casos emergentes

* El desarrollo de las actividades del presente producto estará a cargo de un equipo interdisciplinario presentado a la subred Integrada de servicios de salud Sur Occidente para la respectiva contratación, previo aval por parte de la comunidad étnica tras la verificación de cumplimiento de las siguientes características:

Pertenencia Étnica Palenquera certificada por su comunidad

Conocimiento de la ciudad, lengua, y cultura de la población

Experiencia de trabajo comunitario, con énfasis en temas de salud

El perfil de medicina ancestral presentara un aval que da cuenta del conocimiento como sabedor, medico ancestral, partera o comadrona por su instancia representativa

Nota: De acuerdo con lo anterior, cada Subred será la encargada de validar la idoneidad técnica y profesional de cada uno de los perfiles, así como la respectiva documentación en congruencia a las dinámicas contractuales de cada entidad

Así mismo se aclara que, en caso de no contar con alguno de los perfiles étnicos, la subred debe presentar soporte de la gestión adelantada para dicha contratación en el menor tiempo posible y los demás perfiles deberán dar cobertura a las necesidades identificadas en las familias y comunidad, asegurando la no interrupción de las acciones y abordaje por parte de los equipos para así no afectar la calidad y periodicidad de los productos; esto aplicará para cada uno de los productos de comunidades palenqueras.

2.7 Producto 127. Plan de Cuidado Familiar Diferencial en Familias Étnicas, Palenqueras.

2.7.1 Unidad de medida

Sesión de abordaje familiar – familias palenqueras

2.7.2 Forma de reporte de ejecución del producto

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

Se realiza reporte de una unidad al completar dos ingresos a la familia, una por cada bina que conforma el equipo. Para el caso de la caracterización familiar y cierre del plan de cuidado familiar podrán ingresar los 4 perfiles en el mismo momento y esta se contará como una unidad.

2.7.3 Detalle de las actividades

2.7.3.1 Actividad 1. Plan de Cuidado Diferencial en Familias Palenqueras

Esta actividad integra las acciones a desarrollar con la población Palenquera que busca fortalecer procesos de cuidado en las familias que aporten a mejorar condiciones de vida y mitigar riesgos en salud, a través de acciones promocionales y preventivas, identificación de riesgos y alertas, canalización a rutas integrales de atención en salud o sociales y seguimiento a casos de personas, quienes por tener el criterio étnico obedecen a una priorización. De igual forma, acorde a los

eventos de interés en salud pública presentes en la familia y el curso de vida de cada uno de los integrantes.

La periodicidad en las intervenciones de cada familia dependerá del plan de acción concertado según dinámicas y necesidades, el cual se desarrollará en un ciclo de tres meses, con visitas mensuales según necesidad con mínimo 2 intervenciones mensuales, en los casos en que posterior a los 3 meses de abordaje, la familia persiste con algún riesgo o alerta que se considere debe ampliarse, se podrá realizar.

Momento 1: Caracterización Social y Ambiental: En cuanto al proceso de identificación del riesgo y caracterización social/ambiental se dará a través de diálogo de saberes entendiendo este como el proceso reflexivo, de confianza y de respeto frente a la escucha asertiva del otro, esta se realizará en la vivienda de la familia.

La intervención para las familias étnicas contemplara inicialmente el tamizaje de APGAR familiar para todas las familias abordadas, el cual deberá estar de manera física anexa formato de caracterización, predicción del riesgo cardiovascular - AMR B de la OMS, tamizaje FINDRISC a todas las personas con condición crónica a excepción de personas con diabetes, escala abreviada para identificación de personas con EPOC a personas mayores de 40 años, los resultados que arrojen deberán ser registrados en el campo dispuesto para ello del formato de caracterización social y ambiental, por lo cual no será necesario anexar el tamizaje de manera física.

Se deberá conocer las particularidades y tener la capacidad de explorar:

- Identificar a las personas que conforman la familia, factores protectores y factores de riesgo frente a desenlaces en salud.
- Identificar riesgos en salud ambiental conforme al formato correspondiente el cual se encuentra anexo en la caja de herramientas
- Identificar necesidades para la canalización a rutas sectoriales e intersectoriales, (proceso a articular con gestión de programas y eventos de interés en salud pública y gestión de políticas), según el evento. (Utilizar el formato de canalización el cual se encuentra anexo en la caja de herramientas)
- Realizar notificación a los subsistemas de vigilancia correspondiente, del 100% de los casos que cumplan con criterio, dentro de los cuales se encuentran los casos de violencia al Subsistema de Vigilancia de Violencia Infantil y Maltrato Intrafamiliar (SIVIM), los casos de conducta suicida al Subsistema de Vigilancia de Conducta Suicida (SISVECOS).

- Reconocer prácticas de autocuidado de la salud a nivel individual y de cuidado familiar colectivo reconociendo prácticas propias.
- Rescatar potencialidades y factores protectores de la familia y comunidad.
- Explorar habilidades, conocimientos, experiencias, valores, tradiciones, visiones del mundo respecto al cuidado de la salud, desde su contexto y cultura.
- Realimentar los hallazgos que el equipo identifica de manera inicial de acuerdo con la caracterización social y ambiental, contrastándolos con lo que la familia percibe de sí misma.

Es importante utilizar el formato de carta de compromiso como aceptación o disentimiento a acceder a las visitas que se realizan desde la estrategia de abordaje étnico diferencial.

Para el proceso de caracterización social y ambiental será clave la participación de las binas que conforman el equipo junto con el apoyo del gestor comunitario, con el fin de identificar necesidades presentes en la familia y así mismo poder establecer pertinencia de cada uno de los perfiles para la concertación y seguimiento del plan de cuidado familiar y en caso de identificarse necesidades de gestión y/o movilización poder dar respuesta inicial por medio del gestor comunitario.

Momento 2: Concertación del Plan de Cuidado Familiar. Durante y después de la caracterización familiar, el equipo debe identificar los principales aspectos a trabajar de manera concertada con la familia, para la mitigación de riesgos en salud y el fortalecimiento de pautas de cuidado y estilos de vida saludable acorde a las necesidades. Deberá realizar un proceso reflexivo en el cual se identifiquen los riesgos y vulnerabilidades, permitiendo la construcción del plan familiar el cual contemplará como prioridad la Estrategia Cuidado Salud de la Medicina Ancestral con sus respectivas acciones diferenciales.

Es importante que el talento humano con pertenencia étnica potencialice el uso de los recursos y ayudas materiales pedagógicas dadas a las familias desde un enfoque diferencial, así como espacios en la vivienda, horarios y prácticas comunitarias.

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

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

- El abordaje del equipo conformado por la profesional de enfermería, técnico ambiental, gestor comunitario y sabedor ancestral con proceso de caracterización
- La comunidad mantiene usos y costumbres.
- Cuentan con lengua propia "Palenquera"
- La operación del producto es a nivel distrital. Por tanto, la Subred Sur Occidente no podrá limitar la ejecución de las acciones en las localidades que no hacen parte de la Subred.

Momento 3: Implementación del Plan de Cuidado Diferencial en familias Palenqueras

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

Todas las sesiones desarrolladas como parte de la implementación deberán ser registradas en el instrumento de plan de cuidado familiar dando respuesta a los compromisos acorde a las alertas en salud encontradas en la caracterización. En este momento, se hará entrega de un tablero de plan de cuidado en donde se consignarán todos aquellos compromisos concertados con los integrantes de la familia y sus avances en cada una de las visitas de seguimiento, así como el tablero de plan de cuidado de vivienda saludable El plan familiar debe incorporar acciones como:

• Brindar Información y educación en salud para establecer compromisos de acciones que la familia puede y debe realizar en su vivienda para el manejo de los riesgos caracterizados.

• Desarrollar acciones promocionales para la adopción de comportamiento y conductas para la salud desde practicas propias de salud y cuidado, donde se incluyan acciones preventivas en el hogar. De igual forma, las relacionadas con la ruta de promoción y mantenimiento de la salud y temáticas promocionales para una vida saludable y activa.

• Posterior a la identificación del riesgo el equipo deberá realizar la canalización, notificación y seguimiento de todos los eventos de interés en salud pública, a partir del momento de la identificación se contará 24 horas para el reporte. De la misma manera, indicar dentro del plan familiar la anotación si la familia no permite realizar el proceso de canalización.

• Notificar al equipo de gestión operativa, los casos que requieren asignación de cita y que desde el equipo de las subredes se puede agendar, dado que corresponde a población capitada con la que se puede viabilizar y agilizar el acceso a los servicios de salud requeridos

• Realizar seguimiento a las variables y aspectos técnicos específicos para cada familia según su prioridad, estos deben ser diligenciados en el formato/base de datos de seguimiento familiar dispuesto para tal fin. Dicho registro se debe realizar rutinariamente, garantizando la completitud en la información, calidad técnica acorde a las características del caso y oportunidad en el reporte; aspectos que deberán ser revisados, validados por los profesionales de apoyo a la gestión operativa, así como consolidados y depurados por el técnico en sistemas que deberá tener el control de los casos remitidos y realimentados, guardando coherencia con las bases recibidas inicialmente.

• Una vez validen que se ha dado cumplimiento a los compromisos, se llevará a cabo la evaluación final, con el fin de identificar el efecto real de la acción en la familia, a partir de los indicadores trazadores según la especificidad del evento o situación que generó el abordaje a través de plan familiar; para ello, se usara la información inicial (Caracterización Social y Ambiental) y se compara con una medición posterior, para evidenciar los cambios o transformaciones generados en ellas a través del diligenciamiento del formato de caracterización en el apartado de evaluación, así como los tamizajes que corresponda. Es de aclarar que esta se puede contemplar como parte del abordaje en la última sesión.

El equipo deberá realizar una construcción de contenidos en pautas de autocuidado, cuidado y rutas para ser trasmitida a las familias y ser movilizados por los diferentes medios o espacios con las comunidades con enfoque étnico diferencial. En este sentido, se espera que se realicen de manera práctica, sencilla y diferencial contenidos (piezas comunicativas) de los temas anteriormente expuestos (Momento 1) cercanos a los procesos de orientación de cara a la dinámica en la cual se encuentra la población con el fin de garantizar que se transmiten los mensajes e información de manera adecuada. De igual manera, el equipo podrá utilizar las piezas realizadas en la vigencia anterior realizando el respectivo ajuste y actualización de la información, para esto se espera la construcción de tres contenidos (piezas comunicativas) traducidas a lengua nativa durante el convenio, una de ellas estará dispuesta para educación en salud materno-perinatal y deberá ser entregada a la SDS en el periodo abril- junio 2023, las demás piezas serán con temática autónoma dependiendo las necesidades de las comunidades.

- Con el fin de poder realizar análisis de las acciones adelantadas por cada equipo, se establece elaboración de informe trimestral o bimestral, acorde a los tiempos definidos en el documento de la coordinación PIC, según estructura establecida desde SDS.

Tabla resumen del producto:

Nombre de la actividad	***Periodicidad***	***Perfiles del talento humano****	***Entregables***
Plan de Cuidado Diferencial en Familias Palenqueras	Mensualmente e inicia según la programación en el plan de acción y de acuerdo con las dinámicas propias del equipo y la Subred.	1 profesional Universitario 2 (Operativo), Enfermera-Médico 1 técnico 1: (técnico ambiental). 1 gestor comunitario, 1 médico ancestral o sabedor	-Planilla de gestión para el gestor comunitario. -Formatos de caracterización y concertación del plan de cuidado familiar diligenciado con criterios de calidad y completitud. -Formato de canalización diligenciado y enviado a profesional de rutas del Entorno Cuidador Hogar. (según necesidad) -Notificación de eventos de interés de salud pública. (según necesidad) -Formatos de tamizajes APGAR familiar aplicados a la familia (según necesidad) -Diligenciamiento de variables de seguimiento familiar acorde a las prioridades y/o eventos de interés en salud pública de la familia. - Formatos de implementación del plan de cuidado familiar diligenciado con criterios de calidad y completitud. -Ficha técnica contenido - Pieza comunicativa. - Informe trimestral abordaje étnico comunidades palenqueras, según estructura remitida desde SDS, en el marco del informe del convenio PSPIC.

2.8 Producto 128. Acciones Colectivas Diferenciales con familias Étnicas Palenqueras.

2.8.1 Unidad de medida

Sesiones de acciones colectivas

2.8.2 Forma de reporte de ejecución del producto

Se realizarán de manera mensual en espacios concertados con las comunidades, de acuerdo con las particulares de las familias

2.8.3 Detalle de las actividades

2.8.3.1 Actividad 1. Acciones Colectivas Diferenciales

Las acciones colectivas son las sesiones interculturales de promoción y prevención en salud, contemplará el desarrollo de actividades colectivas ambientales y ancestrales, partiendo de los conocimientos propios de la población Palenquera con sus prácticas habituales o tradicionales del territorio, dirigido a las familias y comunidad; Para ello, el equipo deberá participar de manera conjunta en el desarrollo de cada sesión. Estando, así las cosas, se realizarán actividades colectivas desde una mirada ambiental y ancestral de manera integral. El perfil de enfermera será el encargado de realizar la intervención inicial frente a la contextualización y socialización del objetivo de la estrategia, el técnico ambiental será el encargado de socializar y promover iniciativas ambientales, con el apoyo de la sabedora definirá los contenidos a desarrollar en materia de medicina ancestral, estos últimos deberán definir los insumos de medicina ancestral que se requieran en cada sesión, el gestor comunitario será el encargado de convocar de manera masiva a la población y/o familias, así como, realizar la identificación y acompañamiento en la oferta de servicios distritales, con el fin de fortalecer los canales directos de comunicación con los actores estratégicos (sectores-comunidad y líderes).

El abordaje de cada una de las iniciativas ambientales, debe ser acompañada inicialmente por los técnicos ambientales como mínimo dos veces al mes. De esta manera, se retomará o se propondrá una nueva iniciativa ambiental, que permita reportar el estado de avance en el que se encuentre, con el fin de verificar el sostenimiento y continuidad de las actividades planteadas.

Para esta actividad el equipo deberá proyectar una ficha técnica de acciones colectivas de cada sesión, a partir de un espacio de planeación frente a los temas a desarrollar, articulación mensual con los referentes de étnicos de Análisis y Políticas, así como los insumos a requerir . Las acciones se registrarán en el formato de acta y registro de actividades colectivas, para lo cual se espera la asistencia mínima de 10 personas.

Tabla resumen del producto:

Nombre de la actividad	***Periodicidad***	***Perfiles del talento humano****	***Entregables***
Acciones Colectivas Diferenciales	Mensualmente	1 profesional Universitario 2 (Operativo), Enfermera-Médico 1 técnico 1: (técnico ambiental). 1 gestor comunitario, 1 médico ancestral o sabedor	- Ficha técnica de acciones colectivas (ver formato en la caja de herramientas) - Formato de acta para el desarrollo de las acciones colectivas - Formato de las acciones colectivas diligenciados con criterios de calidad y completitud.

2.9 Producto 129. Acciones Propias de Medicina Ancestral con familias Étnicas Palenqueras.

2.9.1 Unidad de medida

Jornadas de medicina ancestral

2.9.2 Forma de reporte de ejecución del producto

Se realizarán de manera mensual en espacios concertados con las comunidades, de acuerdo con las particulares del equipo y sus familias.

2.9.3 Detalle de las actividades

2.9.3.1 Actividad 1. Acciones Propias de Medicina Ancestral

Son todas aquellas acciones que dan cuenta de la atención desde la medicina ancestral que se realizan en lugares propios de la comunidad, conforme a la dinámica de la población palenquera y el equipo a nivel distrital. El abordaje desde la medicina ancestral podrá realizarse de dos maneras: la primera, deberá desarrollarse en los lugares propios o comunitarios para lo cual el equipo definirá

la dinámica a implementar garantizando la participación de la comunidad para lo cual se espera la asistencia mínima de 10 personas y la segunda se realizará en la vivienda de las familias conforme a las dinámicas comunitarias.

El perfil de enfermeria será el encargado de acompañar continuamente el ejercicio de las practicas ancestrales, potenciando las intervenciones conforme a las estrategias IEC entorno a los cuidados y promoción de la salud. A partir de la concepción del perfil ancestral se realizaran las acciones pertinentes orientadas en la atención desde los saberes, usos y costumbres propias de la población palenquera. Por otro lado, el técnico ambiental promoverá los entornos ambientalmente saludables y del mismo modo apoyara la intervención frente a la contextualización y socialización del objetivo de la estrategia, el perfil de gestor comunitario será el encargado de convocar de manera masiva a la población y/o familias, así como, realizar la identificación y acompañamiento en la oferta de servicios distritales, con el fin de fortalecer los canales directos de comunicación con los actores estratégicos (sectores-comunidad y líderes)

Estas actividades se registrarán en el formato de acta de la subred que describa el desarrollo de las acciones Propias de Medicina Ancestral, que permita identificar las atenciones realizadas, teniendo en cuenta:

- Número de atenciones
- Sexo
- Curso de vida
- Motivo de consulta

Tabla resumen del producto:

Nombre de la actividad	***Periodicidad***	***Perfiles del talento humano****	***Entregables***
Acciones Propias de Medicina Ancestral	Mensualmente	1 profesional Universitario 2 (Operativo), Enfermera-Médico	Formato de acta que evidencie el desarrollo de las acciones Propias de Medicina Ancestral

		1 técnico 1: (técnico ambiental). 1 gestor comunitario, 1 médico ancestral o sabedor	

2.10. Producto 129a. Estrategia de Insumos Ancestrales con familias Étnicas Palenqueras

2.10.1 Unidad de medida

Avance mensual en la implementación de la estrategia

2.10.2 Forma de reporte de ejecución del producto

Corresponde al seguimiento mensual al instrumento de implementación de la estrategia en el cual evidencie avances en lo concerniente a la compra, entrega, elaboración y distribución de los insumos de medicina ancestral.

2.10.3 Detalle de las actividades

2.10.3.1 Actividad 1: Planificación de la estrategia de insumos ancestrales.

Partiendo de la necesidad de los diferentes productos para el abordaje a familias, actividades colectivas y de Medicina Ancestral con la comunidad palenquera, se hace indispensable contar con insumos ancestrales que permitan la practica propia de las comunidades lo cual se evidencia en el anexo 8 del presente convenio.

Durante el primer mes del convenio el equipo de la mano con la profesional de apoyo de la subred deberá realizar reuniones de diálogo y concertación para la actualización y ajustes de ser necesarios de la estrategia de insumos de medicina ancestral que fue avalada en vigencia anterior, el cual debe dar cuenta del proceso de compra, entrega, elaboración y distribución de insumos requeridos.

Para esto es indispensable que el equipo planee y programe los insumos que requiere de manera mensual para el desarrollo de las actividades, logrando evidenciar descripción los insumos, valor unitario y cantidad a utilizar.

Se deberá realizar el seguimiento a la "*estrategia de insumos ancestrales*", avalada la que se encuentra en ficha técnica especifica y contiene el objetivo, contexto según cada equipo étnico, y de manera descriptiva como se realizará cada uno de los siguientes momentos:

- Adquisición o Compra de insumos
- Entrega de insumos al equipo

Respecto a los momentos 1 y 2 se precisa:

Para la adquisición o compra de insumos es importante que el equipo soporte el mismo mediante facturas, recibos de pago, cuentas de cobro o demás medios validos comercialmente para la acreditación de la compra, en caso de no contar con alguno de los anteriores debido a que la producción del insumo o el origen del mismo deriva de territorio o tiene alguna característica particular que impide la validación del mismo mediante los medios convencionales del comercio para su validación, se sugiere adjuntar un recibo de caja de la compra soportado con o planilla de seguimiento elaborada por el equipo en donde se caracterice el producto(s) comprado(s), esto aplica para insumos ancestrales. Para la entrega de los insumos al equipo, será precisada la formalidad en la estrategia de insumos.

Nota 2. Estos insumos relacionados son unos mínimos, que podrán variar de acuerdo con la concertación con los pueblos étnicos. De tener alguna variación, se notificará a las Subredes de manera formal, atendiendo a dichos acuerdos.

Nombre de la actividad	***Periodicidad***	***Perfiles del talento humano****	***Entregables***
Planificación de la estrategia de insumos ancestrales.	Una vez en la vigencia	1 profesional Universitario 2 (Operativo), Enfermera-Médico	Actualización de la estrategia de Insumos ancestrales, con la proyección del convenio cargada al drive del entorno de la SDS en los

		1 técnico 1: (técnico ambiental). 1 gestor comunitario, 1 médico ancestral o sabedor	primeros 10 días hábiles posteriores al mes del inicio del convenio.

2.10.3.2 Actividad 2. Implementación de la estrategia de insumos ancestrales.

De manera mensual, se debe realizar acompañamiento a la implementación de la estrategia por parte las profesionales de apoyo en donde el equipo suministrara la información de los insumos utilizados en las respectivas actividades. En este sentido, la profesional de apoyo será la responsable de consolidar y cargar al DRIVE del entorno con el resto de los productos.

La SDS realizara seguimiento a la implementación de la estrategia en concordancia con lo planeado y programado para la compra, entrega, elaboración y distribución de los insumos de medicina ancestral.

Con el ánimo de estandarizar el proceso de implementación de la estrategia de insumos ancestrales en todas las subredes se realiza entrega de Formato de implementación de la estrategia de insumos ancestrales el cual debe ser diligenciado una vez avalada la estrategia radicada por la subred y el mismo se encuentra cargado en el DRIVE dispuesto por el entorno cuidador hogar desde nivel central en carpeta entorno hogar/ tableros y reportes, se anexa enlace: https://docs.google.com/spreadsheets/d/1TtKB5wFQ-wrZ1G0cveqLaO2Kpdm-W5Tz1Gopw-Qc130/edit#gid=1661335013

Nota 3: De igual manera, se deberán garantizar otros insumos que permitan el desarrollo de cada una de las actividades definidas por el equipo, como lo son papelería, servicio telefónico, elementos de bioseguridad y transporte reconociendo las particularidades del territorio en el que residen la comunidad Palenquera.

Tabla resumen del producto:

Nombre de la actividad	***Periodicidad***	***Perfiles del talento humano****	***Entregables***
Implementación de la estrategia de insumos ancestrales.	mensualmente	1 profesional Universitario 2 (Operativo), Enfermera-Médico 1 técnico 1: (técnico ambiental). 1 gestor comunitario, 1 médico ancestral o sabedor	-Matriz de implementación de la estrategia de insumos ancestrales en la plataforma Google drive habilitada por Referentes del Entorno Cuidado Hogar con seguimiento mensual. Factura, recibos de pago, cuentas de cobro, recibos de caja y acta o planilla de compra adjunta al recibo de caja.

2.11. Producto 125. Gestión del Riesgo en Familias Indígenas de los Pagadiarios y Alojamientos

2.11.1 Unidad de medida

Avance mensual del plan de acción

2.11.2 Forma de reporte de ejecución del producto

Comprende el seguimiento a las acciones desarrolladas en la población indígena, durante el periodo del convenio por parte de la subred centro Oriente.

2.11.3. Detalle de las actividades

2.11.3.1 Actividad 1. Planeación, Seguimiento y Fortalecimiento de Capacidades

Durante la primera semana se adelantará ejercicio de lectura y apropiación del lineamiento, así como, la organización de la operación del equipo durante la vigencia del convenio, realizando la respectiva construcción del plan de acción del equipo. Es importante que mensualmente se haga el

seguimiento al plan de acción de acuerdo con el avance de este por el equipo de la Subred. Se planificará una estrategia de compra, entrega, elaboración y distribución de insumos a las personas que lo requieran, reconociendo las dinámicas y particularidades según necesidad.
Se definirán espacios de fortalecimiento de capacidades al talento humano para los cuales se contará con 16 dieciséis horas mensuales y contemplará actividades en:

- Espacios en temas de salud que fortalezcan los conocimientos en el equipo reconociendo la particularidad en el abordaje de esta población.
- Espacios en temas propios de las comunidades como partería, medicina ancestral, plantas medicinales, prácticas curativas, cosmovisiones entre otras en apoyo de gestores comunitarios
- Participación en asistencias técnicas
- Aquellas actividades que planee o estipule la subred

2.11.3.2 Actividad 2. Atención Diferencial a Situaciones Emergentes

Es importante considerar que de manera inicial el abordaje estará dirigido a la comunidad Indígena Emberá que en la actualidad presentan una situación de contingencia, derivada de sus propias particularidades y configurada como una comunidad víctima del conflicto armado, actualmente la ciudad cuenta con mayor presencia de familias. En este sentido, mientras esta población se encuentre en las condiciones de contingencia y vulnerabilidad, la respuesta del equipo estará enmarcada en las acciones definidas en el plan de atención a la contingencia (según definición de PMU o distrito).

Nota: En caso de que la situación de contingencia temporal de la población indígena emberá cambie o se movilicen a sus territorios, desde la Secretaria Distrital de Salud, se definirá el accionar del equipo en respuesta a otras situaciones que lo ameriten y que estén directamente dirigidas a la atención de población con pertenecía étnica, el cual estará definido en un plan de atención.
A continuación, se enumeran las diferentes actividades desarrolladas por este equipo:

- Recorrido en las Unidades la Rioja y la Florida de manera diaria con el fin de identificar familias o personas nuevas dentro de las mismas, así como la identificación de riesgos inminentes de las personas que allí permanecen.
- Dirigir a aquellas personas en las cuales se evidencia algún signo de alarma, o sintomatología que requiera valoración y/o observación a la UAIC, allí están dispuestas 2 auxiliares de enfermería de EAC, quienes realizan valoración integral, manejo de sintomatología y activación de ruta 123 en caso de ser necesario, es importante aclarar que los insumos que allí se requieran son suministrados por gestión del riesgo y estarán contemplados aquellos insumos propios de medicina ancestral para uso por Jaibana y/o partera.
- Realizar toma de medidas antropométricas a la totalidad de las personas identificadas en las unidades, de igual manera en caso de identificarse signos de alarma en alguno de ellos deberá activarse la ruta con la unidad móvil disponible.
- Realizar acompañamiento, demanda inducida y remisión a usuarios que requieran atención por parte del perfil de medicina en el marco de las jornadas de salud que se adelantan en las unidades por parte de EAC y ambulatorios.
- Mantener actualizada información de las dinámicas de las unidades, número de personas que se encuentran ubicadas en estas y novedades a tener a en cuenta.
- Los gestores comunitarios, tendrán como objetivo, facilitar la comunicación (traducción) de la comunidad con los equipos de salud, esto teniendo en cuenta sus características culturales; apoyo a las acciones de IEC, acompañamiento a seguimiento personas hospitalizadas y/0 cumplimiento de cita y prestación de servicios.
- Actualización permanente de base de datos de la población Identificada: Los profesionales y técnicos en salud retroalimentaran de manera diaria la información capturada en la base situación emergente- identificación de usuarios, la cual debe ser cargada en Drive Distrital de manera semanal, garantizando la totalidad de las personas valoradas durante la semana, por lo cual debe contar con proceso de precrítica y validación.
- Actualización y seguimiento a población Hospitalizada: Las profesionales y técnicos en salud cargaran de manera diaria la información capturada en la base Hospitalizados, la cual debe ser cargada en Drive Distrital de manera semanal, garantizando la totalidad de las personas valoradas durante la semana, por lo cual debe contar con proceso de precrítica y validación.
- Búsqueda de información para la consolidación de directorio de USS, Trabajos social y respuesta sectorial e intersectorial, la cual será actualizada de manera mensual.

- La profesional social deberá dar cuenta de acciones de sensibilización y articulación con actores que están involucrados en a la garantía del derecho a la atención en salud de la población, logrando la resolución de las diferentes barreras de acceso y atención para con la población. La profesional de trabajo social cargase la información capturada en la Base de datos casos con seguimiento en gestión de barrera de acceso y atención a demanda
- A través de un acta se diligenciarán las novedades en salud presentadas en la comunidad con relación a casos con traslados en móvil (ambulancia) o hallazgos/situaciones presentadas que recobren relevancia.
- El equipo debe estar en la disponibilidad para la atención de casos emergentes que se puedan presentar en las familias étnicas para prestar apoyo, estos pueden ser remitidos por la SDS, Hospitales o instituciones, una vez realizado el abordaje se deberá generar informe ejecutivo de los hallazgos y acciones realizadas; este informe debe ser enviado por correo electrónico a los referentes distritales (ljcabiativa@saludcapital.gov.co, retuntaquimba@saludcapital.gov.co, espaciovivienda@saludcapital.gov.co) a las 72 horas posterior a la intervención realizada, utilizando el formato establecido.

Tabla resumen del producto:

Nombre de la actividad	***Periodicidad***	***Perfiles del talento humano****	***Entregables***
Planeación, seguimiento y fortalecimiento técnico.	mensualmente	3 profesionales Universitario 2 (Operativo), Enfermera-Médico 1 profesional Universitario 2 (Operativo), trabajador social, psicología o de las ciencias sociales 8 técnicos 1: Auxiliar de Enfermería 11 gestores comunitarios	- Plan de acción con el cronograma publicado una vez se de inicio a las actividades contempladas en el lineamiento operativo, en la plataforma Google drive habilitada por Referentes del Entorno Cuidado Hogar y su seguimiento mensual publicado en los primeros 5 días hábiles de cada mes, para su respectivo seguimiento. -Estrategia de fortalecimiento de capacidades al talento humano definida e implementada (acta y listado de asistencia) -Estrategia a utilizar para el suministro de insumos de medicina ancestral o propios, elaborado y cargado al DRIVE del entorno, para el inicio de las actividades

Atención diferencial a situaciones emergentes	mensualmente	3 profesionales Universitario 2 (Operativo), Enfermera-Médico 1 profesional Universitario 2 (Operativo), trabajador social, psicología o de las ciencias sociales 8 técnicos 1: Auxiliar de Enfermería 11 gestores comunitarios	-Bases de datos de Población identificada cargada en Drive Distrital de manera semanal. - Bases de datos seguimiento población Hospitalizada cargada en Drive Distrital de manera semanal. - Base de datos casos con seguimiento en gestión de barrera de acceso y atención cargada en Drive Distrital de manera mensual. - Directorio USS, Trabajo social y enlaces intersectoriales, cargado en Drive Distrital de manera mensual. - Acta de novedades - Informe trimestral abordaje étnico comunidades indígenas-embera, según estructura remitida desde SDS, en el marco del informe del convenio PSPIC.

3. Interacción integral e integrada Gestión Estratégica Y Operativa Del Entorno Cuidador Hogar

Integra las acciones para la planeación, ejecución, seguimiento y monitoreo de las diferentes actividades del entorno cuidador hogar, donde se adelanta la gestión estratégica, enmarcada en los propósitos del entorno cuidador en el PSPIC y el Modelo Territorial de salud en el distrito, realizando una acción permanente e intensificada de articulación entre las diferentes líneas operativas del modelo de salud y a nivel intersectorial dada la población sujeto del entorno y los diversos actores clave que intervienen en las acciones; de igual forma, desde los componentes tácticos y operativos, se desarrollan acciones de soporte para la planeación, seguimiento, monitoreo y gestión de la información, en las actividades tanto como promocionales como de gestión del riesgo realizada a

través de la activación de rutas sectoriales e intersectoriales, que aportan al cumplimiento de indicadores de impacto ante las necesidades y expectativas de salud de las familias.

3.1. PRODUCTO 130. EJECUCIÓN ESTRATÉGICA Y TÁCTICA DEL ENTORNO CUIDADOR HOGAR

Abarca las acciones de liderazgo y direccionamiento técnico del entorno cuidador hogar, así como el desarrollo de acciones de gestión y a nivel administrativo e institucional, para garantizar los recursos necesarios para el desarrollo de las interacciones integrales e integrales en el entorno cuidador hogar.

3.1.1. Unidad de medida

Avance mensual del plan de acción

3.1.2. Forma de reporte de ejecución del producto

Se realiza reporte mensual de los avances de acuerdo al plan de acción.

3.1.3. Detalle de las actividades

3.1.3.1. Actividad 1. Gestión Estratégica a cargo del Referente del Entorno Hogar.

Descripción de Actividad

Integra las acciones de seguimiento técnico y administrativo del entorno hogar, donde se precisan las acciones estratégicas para el cumplimiento de las demandas de las familias. El referente del entorno debe contar con apropiación de las diferentes actividades, productos, medios de verificación y estrategias o tareas a seguir a partir de las dinámicas del entorno, para orientar el accionar y generar respuestas efectivas con el equipo operativo que lidera.

Dentro de las principales actividades a desarrollar, se encuentra:

- ✓ Seguimiento y evaluación a la ejecución programática, financiera y técnica del entorno hogar por cada una de las subredes y localidades a cargo, donde se debe tener control de la ejecución y causas de subejecución que se puedan presentar en la implementación del PSPIC. Para ello, se debe tener la proyección de planes de acción de aquellos productos de las diferentes

interacciones integral e integradas, que aplique, y realizar seguimiento a la ejecución, las interacciones del entorno se relacionan a continuación:

1. Cuidado para la salud Familiar
2. Estrategia de Abordaje Étnico Diferencial
3. Gestión estratégica y operativa del Entorno Cuidador Hogar

- ✓ Los planes de acción de los productos que cuenten con unidad de medida “Plan de acción” deben ser cargados en la carpeta en línea compartida a las subredes, los primeros 10 días calendario a partir del inicio del convenio PSPIC.
- ✓ Reporte mensual de los avances y aportes al cumplimiento de metas de los diferentes proyectos de inversión, a partir de las actividades contempladas en el entorno hogar, reportado en el instrumento en drive establecido por la SDS por localidad, los 7 primeros días hábiles del mes y en el aplicativo dispuesto de acuerdo a apertura del mismo. Se precisa que las actividades están dispuestas en el plan presupuestal con un nivel de operación por subred y en algunos casos distrital; sin embargo, en el momento de realizar reporte de la ejecución en el informe de gestión y en proyectos de inversión se debe discriminar por localidad. Lo anterior teniendo en cuenta las dinámicas propias de la ciudad, los eventos de interés en salud pública, los territorios y poblaciones prioritarias que puedan surgir en la vigencia.
- ✓ Garantizar las acciones de planeación, organización y ejecución requeridas para dar cumplimiento a las diferentes estrategias y acciones demandadas en el entorno.
- ✓ Liderar el direccionamiento técnico y operativo, para la implementación de las diferentes actividades del entorno hogar, con el desarrollo de espacios de reunión mensual con el equipo, entre otras estrategias.
- ✓ Realizar la gestión necesaria en el interior de la subred, para garantizar la disponibilidad de insumos necesarios para el desarrollo de las actividades, acorde a lo establecido en el anexo 8 del contrato del PSPIC, en relación a características técnicas y en las cantidades requeridas para cada una de las intervenciones. Así como el mantenimiento, calibración o cambio de insumos en estado de deterioro. La entrega de dichos insumos al equipo operativo, se deberá soportar a través de acta o kardex.

- Participar en los espacios de reunión, local y distrital a los que le sea convocado. El referente realizará la distribución de espacios de reunión convocados, de manera que participe o delegue al líder o profesional de apoyo, para cubrir todos los escenarios convocados; desde GPAISP, se

cuenta con espacios de reunión, definidos a partir de las prioridades y planes de acción emprendidos en el PSPIC. Entre otros espacios, se cuenta con:

- ✓ Equipo de la Dimensión de vida saludable y condiciones crónicas no trasmisibles. En el marco del desarrollo con el proceso de Gestión de Programas y Acciones de Interés en Salud Pública CCNT, de manera mensual realizara la **mesa de crónicos** en las Subredes Integradas de Servicios de Salud con el objetivo de liderar, articular y realizar seguimiento al proceso de canalizaciones de las RIAS de CCNT, plan estratégico y operativo para el abordaje integral de la población expuestas y/o afectada por condiciones crónicas, jornadas de intensificación, y demás temas de interés para el seguimiento a compromisos y mejoras en las subredes en el marco de la prevención y manejo de las CCNT con participación y convocatoria de gestión de políticas, referentes de canalizaciones, RIAS, vigilancia en salud pública y entornos cuidadores (referente, apoyo o referente delegado, del producto de gestión); la mesa se convocara por Subred.

- ✓ El equipo de Infancia:

- Espacio convocado: Mesa de trabajo para la infancia
- Objetivo del espacio convocado: Realizar el seguimiento a indicadores de condiciones, calidad de vida, salud y enfermedad en la primera infancia, que permita la toma de decisiones, así como la intensificación de acciones.
- Personas que se convocan: Referentes de entornos cuidadores (miembros permanentes), procesos transversales (invitados según temáticas de la agenda)
- Periodicidad: Mensual
- Definir si el espacio es por localidad o por subred: Por Subred.

Las temáticas propuestas para abordar en estas mesas son: salud mental (violencia intrafamiliar - maltrato infantil, accidentes en el hogar), enfermedades prevalentes de la infancia (IRA, EDA, DNT), mortalidad por IRA/EDA/ DNT/ neumonía/ infantil/ menor de cinco años, cáncer infantil, defectos congénitos, coberturas en valoración integral y Plan Ampliado de Inmunizaciones (PAI).

- ✓ Espacio de reunión mensual de la mesa de la transversalidad de Salud Ambiental por Subred.

Así mismo, se deberá garantizar participación en espacios locales de planeación estratégica, en el marco del direccionamiento estratégico para la GSP, que tienen como objeto orientar, integrar, articular y realizar seguimiento a las diferentes respuestas que se desarrollan desde el

sector salud en el territorio y que aporten a mejorar las condiciones de calidad de vida y salud en este. Adicionalmente, brinda el soporte técnico y operativo desde el conocimiento del territorio y las dinámicas locales en las políticas que armonice con el plan de cuidado orientado por la coordinación local dispuesta en el modelo.

Desde análisis y políticas, remiten información para la participación en dicho espacio, donde los Entornos Cuidadores serán convocados al Espacio de Direccionamiento Estratégico Local de las políticas según necesidad, evitando la multiplicidad de espacios, es importante que desde el comienzo de la vigencia sea la misma persona la que asista a las convocatorias y que tenga el conocimiento integral del proceso o entorno que representa, que tenga poder de decisión para darle una dinámica fluida al Espacio y que sean más eficientes en términos de concertaciones y compromisos viables y efectivos para la atención de las situaciones o condiciones priorizadas en el marco de las políticas. Por su parte, el equipo de políticas en cabeza del líder operativo local de políticas hará la convocatoria de manera oportuna indicando la hora, lugar y fecha y adjuntando la ficha metodológica de la sesión del Espacio de Direccionamiento Estratégico local para que el delegado o delegadas de los Entornos realice el alistamiento correspondiente"

De igual forma, desde análisis y políticas se adelantará convocatoria a espacios específicos de reunión; entre otros, se encuentran:

- ✓ En el marco de la implementación de la **Política Pública de Salud Oral y** con el propósito de mejorar los indicadores de patología bucodental, es necesario contar con la Mesa Técnica Operativa del Equipo Funcional de Salud Oral, que es el escenario de participación, análisis y discusión del estado de Salud Oral. Tiene como objeto ser el espacio en el que se coordina, diseña y se concretan acciones para mejorar la Salud Oral de los ciudadanos en la localidad. En esta mesa, se abordarán temas relacionados con la evaluación de la política (si la dinámica lo requiere), proyectos de co-inversión, jornadas, temas de intersección con otras políticas, dificultades que se presentan en la operación con otros sectores o actores y la resolución de las mismas, ya sea al interior del equipo o si se requiere escalar a instancias locales o con otras entidades.

  Se hace por subred de manera mensual, aunque se tratan particularidades de cada una de las localidades, la convocatoria la hará el delegado o delegada de la política de salud oral y participarán en esta mesa técnica los coordinadores de odontología de la subred, profesionales en odontología de los Entornos Cuidadores, profesionales del susbsistema

SISVESO, profesionales GPAISP que trabajan en la salud oral y otros actores locales que sean clave para mejorar los resultados. Cabe aclarar que no es un espacio nuevo, es el mismo que se ha venido desarrollando en la implementación de la política".

- ✓ "En la **política pública de Prevención y Atención del Consumo y la Prevención de la Vinculación a la Oferta de Sustancias Psicoactivas** en Bogotá el delegado o delegada de la política, convocará a la mesa técnica de SPA de manera mensual y por subred a los profesionales en salud mental de VESPA, GPAISP y Entornos Cuidadores con los que se pueda abordar los temas relacionados con la gestión de la política o si es el caso, para evitar la multiplicidad de espacios, acogerse a los espacios de salud mental ya sostenidos en la subred donde se permita realizar la gestión de la política".

Finalmente, se deben considerar que los espacios convocados a nivel subred, serán asumidos por referentes o apoyos del entorno/proceso; los espacios convocados a nivel local, serán asumidos por las personas delegadas para las mesas locales del cuidado por la salud, según el documento operativo de la Coordinación GSP-PSPIC; dentro de estos espacios, se encuentran las mesas locales para el cuidado de la salud, el equipo funcional comunitario, la mesa comunitaria, entre otras que se prioricen. La organización para dichos espacios se relaciona a continuación:

SUBRED	LOCALIDAD	REFERENTE SUBRED DELEGADO/A	PROFESIONAL DE APOYO	
			ENTORNOS COMUNITARIOS	PROCESOS TRANSVERSALES
SUR	USME	Hogar	Comunitario	VSP
	CIUDAD BOLIVAR	Laboral	Educativo	GPAISP
	TUNJUELITO	Comunitario	Institucional	VSA
	SUMAPAZ	Referente de ruralidad	Apoyo de ruralidad	VSP
SUR OCCIDENTE	KENNEDY	Comunitario	Hogar	VSA
	BOSA	Educativo	Laboral	GPAISP
	PUENTE ARANDA	Institucional	Comunitario	GPAISP
	FONTIBON	Hogar	Educativo	VSP
CENTRO ORIENTE	SANTA FE	Institucional	Laboral	VSP
	MARTIRES	Laboral	Comunitario	VSA
	CANDELARIA	Profesional apoyo Educativo	Comunitario	VSA

SUBRED	LOCALIDAD	REFERENTE SUBRED DELEGADO/A	PROFESIONAL DE APOYO	
			ENTORNOS COMUNITARIOS	PROCESOS TRANSVERSALES
	ANTONIO NARIÑO	Educativo	Institucional	VSP
	RARAEL URIBE URIBE	Hogar	Educativo	GPAISP
	SAN CRISTOBAL	Comunitario	Hogar	GPAISP
NORTE	SUBA	Hogar	Laboral	GPAISP
	ENGATIVA	Laboral	Comunitario	VSA
	TEUSAQUILLO	Profesional apoyo Comunitario	Institucional	VSP
	BARRIOS UNIDOS	Institucional	Educativo	VSP
	CHAPINERO	Comunitario	Educativo	VSA
	USAQUEN	Educativo	Comunitario	GPAISP

El referente del entorno deberá garantizar:

Desarrollo de Jornadas

En el marco del Modelo Territorial 'Salud a Mi Barrio – Salud a Mi Vereda', el cual busca "garantizar el derecho a la salud a través de la articulación de procesos cuidadores individuales y colectivos, la reducción de procesos deteriorantes y del acercamiento de los servicios de salud a los entornos cotidianos de quienes habitan los barrios y veredas de Bogotá" la subred, con el liderazgo de la coordinación general del GSP –PSPIC, en articulación con las coordinaciones locales, deberá garantizar la organización y desarrollo de las jornadas que se adelanten en las localidades del área de influencia de la Subred "Jornadas salud a mi barrio salud a mi vereda", disponiendo los equipos técnicos, tecnológicos, humanos e insumos requeridos para su ejecución, acorde a lo establecido en la ficha técnica y según los productos concertados en el Plan Programático y Presupuestal.

Mesa de planeación de abordaje con equipos de atención en casa

El referente del entorno lidera la articulación con los Equipos de atención en casa y garantiza la participación de los demás perfiles del equipo en el proceso de concertación, planeación, seguimiento y evaluación. La mesa de articulación se desarrollará de manera mensual; un primer momento se llevará a cabo al iniciar los dos convenios el que corresponde al PSPIC y a

Equipos de Atención en Casa. Desde el entorno se debe contar con la participación de referente, profesional de apoyo y geógrafos, con el fin de dar cumplimiento a las siguientes actividades:

- Organización operativa acorde a las actividades relacionadas en el producto de abordaje territorial.
- Definición de territorios para el abordaje. Teniendo en cuenta que esta acción se realizará de manera paralela a la intervención de los auxiliares, este perfil estará adelantando abordaje en los territorios que no finalizaron en la vigencia anterior y a las estrategias intersectoriales.

Posteriormente se desarrollarán mesas de seguimiento, con el fin de documentar las novedades de abordaje acorde a cronograma establecido, verificar las posibles demandas que surjan para los equipos en el marco del plan territorial de salud y la organización de talento humano y cronograma de actividades.

De igual forma, deberá viabilizar el desarrollo y consolidación de informes trimestrales, bimestrales y finales, correspondientes a ejecución del convenio PSPIC, con entrega acorde a las fechas establecidas en el documento operativo de la coordinación PSPIC.

3.1.3.2. Actividad 2. Líder para la respuesta integral en el Entorno Hogar

Descripción de Actividad

Comprende las acciones realizadas por el líder que apoya de manera operativa y estratégica al referente del entorno cuidador hogar para garantizar la integralidad de las acciones, en respuesta a las necesidades encontradas en las familias; esta actividad comprende la organización y seguimiento a estrategias y procedimientos para brindar respuestas complementarias entre las diferentes interacciones integradas del entorno y sus productos. Dentro de sus funciones se encuentra:

- Viabilizar la articulación entre las actividades de abordaje territorial y plan de cuidado familiar, donde se incluyan las acciones realizadas con familias étnicas y ruralidad cercanas; esta articulación debe garantizar la continuidad entre atenciones iniciales y complementarias en la intervención y la gestión integral de los riesgos a partir de las estrategias de abordaje que se tienen en los diferentes equipos, con el apoyo de los perfiles de la gestión operativa (actividad 3 de este producto).

- Realizar el enlace a nivel local e intersectorial para el desarrollo de las actividades de acuerdo a direccionamiento de SDS.
- Consolidar y realizar seguimiento a indicadores trazadores del entorno y verificar oportunidades de mejora en aquellos que no se esté dando cumplimiento. Así como la construcción de plan de análisis del entorno, acorde a direccionamiento desde SDS.
- Direccionar el proceso de agendamiento de citas de población capitada que es posible abordar desde las diferentes subredes para dar respuesta a las necesidades identificadas.
- Participar en espacios de análisis para la definición de territorios, conglomerados, poblaciones prioritarias para el desarrollo de las acciones de abordaje territorial desde el entorno.
- Participar en espacios de reunión y balance, en el marco del convenio establecido entre el sector salud y el departamento de prosperidad social.
- Direccionamiento técnico a profesionales y técnicos del equipo operativo de las acciones a desarrollar.
- Verificación del sistema de Información y garantía de criterios de calidad y completitud.
- Elaboración de informes y reportes de información en los tableros de control establecido, acorde a las periodicidades establecidas desde SDS y garantizando coherencia con bases de datos e indicadores solicitados para reporte.
- Participación en espacios de reunión local y distrital, con el fin de avanzar en la organización, planeación, seguimiento y evaluación de las acciones integradas.
- Apoyar el proceso de reporte de proyectos de inversión de las acciones integradas.

3.2. PRODUCTO 131. EJECUCIÓN TÁCTICA Y OPERATIVA DEL ENTORNO CUIDADOR HOGAR

Abarca las actividades de planeación, seguimiento, monitoreo y evaluación, de las intervenciones desarrolladas por los equipos del entorno hogar, a quienes se les debe brindar asistencia técnica y acompañamiento en territorio; estas acciones son desarrolladas por los profesionales de la gestión operativa, quienes orientan a los equipos, para la respuesta y seguimiento de la comunidad, a partir de un enfoque diferencial, poblacional y con perspectiva social y ambiental.

3.2.1. Unidad de medida

Avance mensual del plan de acción

3.2.2. Forma de reporte de ejecución del producto

Se realiza reporte mensual de los avances de acuerdo al plan de acción de acuerdo a la planeación, seguimiento, monitoreo y evaluación, de las intervenciones desarrolladas en el entorno cuidador hogar.

3.2.3. Detalle de las actividades

3.2.3.1. Actividad 1. Desarrollo del Plan Operativo en las diferentes acciones integradas del Entorno Hogar

Descripción de Actividad

Para el desarrollo de esta actividad, se cuenta con un equipo de profesionales organizados para los diferentes productos del entorno hogar, quienes desarrollan algunas acciones transversales y otras específicas acorde a la pertinencia y competencia de cada uno de los procesos dispuestos en los mismos. Dichas acciones se relacionan a continuación:

Acciones Generales

El profesional especializado operativo de apoyo realizará el acompañamiento en campo a las intervenciones realizadas en los hogares, por parte de los profesionales a cargo, con el fin de identificar aspectos a mejorar, que serán trabajados a través del desarrollo de capacidades y asistencia técnica. Así mismo, el seguimiento debe garantizar el cumplimiento en la efectividad del proceso de operación, en las diferentes modalidades que se pueda dar (presencial, virtual, telefónico, etc).

- Consolidar información relacionada al talento humano en el marco del proceso de planeación y seguimiento a la operación en el territorio, verificando productividad y efectividad en las intervenciones.
- Participación en mesas territoriales de salud por localidad, en el marco del direccionamiento estratégico para la GSP, las cuales tienen como objeto orientar, integrar, articular y realizar seguimiento a las diferentes respuestas que se desarrollan desde el sector salud en el territorio y que aporten a mejorar las condiciones de calidad de vida y salud en este.
- Adicionalmente, brinda el soporte técnico y operativo desde el conocimiento del territorio y las dinámicas locales en las políticas que armonice con el plan de cuidado orientado por la coordinación local dispuesta en el modelo.

- En coherencia con lo anterior, el proceso de direccionamiento estratégico vincula los procesos de ACCVSYE, Participación social, Intersectorialidad, Gestión del conocimiento, Vigilancia en salud pública, Acciones individuales y colectivas, IEC entre otras que surjan en cualquier momento del año y requieran ser incorporadas en el plan.
- Apoyar el proceso de convocatoria, alistamiento y desarrollo de la sesión mensual de seguimiento y asistencia técnica convocada por el referente del entorno, donde participa la totalidad del talento humano.
- Generar informes, indicadores y reportes de acciones en documentos o tableros de control, acorde a la solicitud y demanda desde SDS.
- Generar articulación permanente entre las diferentes interacciones integrales e integradas y actividades del entorno, así como con los profesionales a cargo del proceso plan choque para garantizar la trazabilidad en la intervención de las poblaciones prioritarias y generar informes y respuestas integradas desde el entorno.
- Articularse de manera permanente con el profesional a cargo de canalizaciones, con el fin de realizar seguimiento a las canalizaciones de los usuarios identificados con riesgo y barreras de acceso en las acciones desarrolladas.
- Realizar la revisión de las bases resultado de la operación de acuerdo a los procesos asignados y a cargo, garantizando criterios de oportunidad, completitud y calidad.
- Generar espacios de trabajo con los geógrafos del entorno, con el fin de verificar aspectos para la organización y planeación de la operación del entorno.
- Realizar canalización de casos de otras subredes a través de la matriz de reporte interlocal, una vez se confirma que pertenece a localidades diferentes a las de su competencia de intervención, brindando los datos de ubicación y contacto que así lo definen.
- Realizar aportes para el reporte de proyectos de inversión, acorde a competencia y responsabilidad.
- Adelantar la precrítica a todos los formatos de captura de información y bases de datos diligenciadas por los equipos, realimentar al equipo operativo, de manera que se garantice la calidad y completitud tanto de las bases como de los registros a digitar por el equipo GESI. De igual forma, verificar la oportunidad y pertinencia en la activación de rutas y notificación de eventos de interés por parte del equipo a cargo.
- Articulación con el equipo GESI de la subred, para la digitación y verificación de bases de datos acorde a proceso asignado.

- Apoyar el desarrollo de todas las jornadas distritales emprendidas desde las diferentes dimensiones, de manera que se dé el direccionamiento a los equipos operativos de las acciones y reportes puntuales a desarrollar.
- Apoyar el proceso de articulación con Participación social a partir de lo establecido en la Ficha Técnica Participación Social Incidente para el desarrollo de acciones de promotores del cuidado en el marco de la estrategia Territorios de Innovación y Participación en Salud-TIPS (Ver caja de herramientas); esto incluye el ejercicio a través de los equipos operativos que visitan las familias.

Acciones Específicas

- En la actividad de plan de cuidado familiar, el profesional de apoyo debe apoyar la Planeación Estratégica Operativa del Entorno, partiendo de la priorización y asignación de familias a los profesionales operativos.
- Realizar seguimiento técnico junto con la profesional de plan choque, con el fin de verificar acciones adelantadas por los profesionales operativos y garantizar el ingreso de información oportuno (El mismo día de la atención) por parte de los equipos operativos, en el aplicativo en línea o herramienta dispuesta desde SDS.
- Para la actividad de abordaje territorial, se debe participar en el análisis para selección de territorios a intervenir en las mesas de trabajo conjunta con los EAC, así como monitorear el proceso definido desde SDS en articulación con las Subredes y demás actores sectoriales para viabilizar el agendamiento y desarrollo de acciones individuales por parte de los diferentes prestadores, a partir de las necesidades identificadas en los grupos poblacionales prioritarios.
- De igual forma, participarán en la mesa de seguimiento mensual con EAC, con el fin de revisar y documentar las novedades de abordaje acorde a cronograma establecido, verificar las posibles demandas que surjan para los equipos en el marco del plan territorial de salud y la organización de talento humano y cronograma de actividades.
- Los profesionales de apoyo de abordaje territorial y planes de cuidado familiar deberán generar disponibilidades para la participación en los Comités de Cuidado que se desarrollan de manera conjunta con los EAC, donde participan también las auxiliares de abordaje territorial y profesionales de plan de cuidado con enfoque en ruralidad cercana. Lo anterior,

con el fin de garantizar el seguimiento y análisis del abordaje realizado a las familias abordadas por los equipos y viabilizar las acciones de respuesta requeridas desde el entorno.

- En el caso de la estrategia de abordaje étnico diferencial, apoyar el desarrollo de las acciones enmarcadas en atención a comunidades afrodescendientes, indígenas y palenqueras, teniendo en cuenta la concertación con autoridades étnicas.
- El profesional a cargo de los equipos de muestreo de conglomerados debe participar de manera activa en la verificación y definición de puntos de toma de muestras de los diferentes tipos de conglomerados a intervenir, así como tener control del sistema de información y reportes de positividad de los diferentes conglomerados y grupos selectos.
- Todos los profesionales de apoyo a la gestión operativa deberán atender acciones emergentes y contingencias acorde a demandas específicas por condiciones priorizadas desde nivel central. Deberán mantener disponibilidad para el desarrollo de las diferentes actividades requeridas ante situaciones emergentes que se puedan presentar y requieran su intervención.

Tabla resumen del producto:

Nombre de la actividad	***Periodicidad***	***Perfiles del talento humano***	***Entregables***
Gestión Estratégica a cargo del Referente del Entorno Hogar	Mensual	1 profesional especializado 2 (Referente gestión) Profesional en ciencias de la salud o ciencias sociales. Con especialización; con habilidades y experiencia para la planeación y el seguimiento técnico y administrativo de procesos en salud pública.	• Plan de acción Programático y Presupuestal del Entorno Hogar, con indicadores de seguimiento programático y financiero por Subred. • Reporte de proyectos de inversión en el instrumento establecido por la SDS, en el aplicativo y en el tablero de control. La información debe ser coincidente con bases de datos del entorno hogar. • Actas y listados de asistencia a reuniones y asistencias técnicas, según programación definida desde SDS y a nivel local para garantizar el cumplimiento de actividades.

		En el entorno, para el desarrollo de las acciones de gestión estratégica, táctica y operativa, se contará con el apoyo de un Técnico 2 (en áreas administrativas, financieras, archivo, sistemas, programación y bases de datos).	• Soporte de gestión realizada para la adquisición de insumos y entrega al talento humano. • Planes de acción de los productos las diferentes interacciones integrales e integradas con unidad de medida con plan de acción del entorno hogar.
Líder para la respuesta integral en el Entorno Hogar	Mensual	1 profesional especializado 3 (Líder operativo) Ciencias de la salud. Profesional en áreas de la Salud con experiencia mínima de 6 meses en el liderazgo, seguimiento y planeación de procesos en salud pública.	• Actas de reunión y direccionamiento técnico al equipo operativo. • Informes y reportes de información en los tableros de control establecidos, acorde a las periodicidades establecidas desde SDS. • Actas de participación en espacios de reunión local y distrital. • Reporte de proyectos de inversión acorde a competencia y responsabilidad. * • Verificación y aprobación de bases de datos acorde a competencia. * • Bases de datos de la atención integral y complementaria entre las acciones de abordaje territorial y plan de cuidado familiar, en los casos que lo requieran. • Tableros de indicadores consolidados y acciones de mejora en los que se requiera.

			• Balance de asignación de citas por parte del equipo de gestión operativa en respuesta a las necesidades. • Plan de análisis según direccionamiento de SDS.
Desarrollo del Plan Operativo en las diferentes acciones integradas del Entorno Hogar	Mensual	7 profesionales especializados 4 (Operativo) Profesionales en Ciencias de la Salud, Ciencias Sociales y humanas con experiencia en la operación en campo, los cuales deben ser asignados de acuerdo con los productos y competencias técnicas requeridas en cada uno de ellos.	• Soporte de seguimientos realizados al talento humano, en relación a productividad, calidad y efectividad de las intervenciones. • Directorio de profesionales según corresponda, actualizado mensualmente. • Soporte de participación en mesas territoriales de salud por localidad Aportes a reporte de proyectos de inversión según delegación y competencia. • Informes, reporte de acciones, tableros de control y/o indicadores acordes a solicitud de SDS. * • Matriz de reporte interlocal, con registro de los casos direccionados a otras subredes según pertinencia. • Consolidado por subred de bases de datos de las acciones desarrolladas en el entorno hogar con criterios de calidad y completitud. * • Soporte de seguimiento en campo a los equipos, precrítica de formatos, incluyendo canalizaciones y notificaciones a VSP. Así como planes de mejoramiento del talento humano a partir de hallazgos en seguimiento.

			• Soporte de participación del equipo en las jornadas distritales y en Promotores de Cuidado. *Los soportes señalados con (*), deberán ser cargados en drive dispuesto por SDS durante los 5 primeros días hábiles del mes. Para esto deberá soportarse con el pantallazo del cargue de la información.*

3.3. PRODUCTO 132: SOPORTE OPERATIVO DE LAS ACCIONES DEL ENTORNO CUIDADOR HOGAR.

A través de este producto, se lleva a cabo la planeación, organización, seguimiento y monitoreo de las acciones desarrolladas en el entorno hogar, desde el componente geográfico, así como la articulación de las intervenciones colectivas que allí se desarrollan, con las requeridas desde la atención individual que prestan los aseguradores en salud.

Este producto también integra el sistema de información, que debe cumplir con criterios de calidad y oportunidad en todos los niveles de acción, para la verificación de la efectividad de las intervenciones en el entorno, la toma de decisiones oportunas en salud y el monitoreo de resultados para la generación informes y reportes de información consistentes.

3.3.1. Unidad de medida

Avance mensual del plan de acción.

3.3.2. Forma de reporte de ejecución del producto

Se realiza reporte mensual de los avances de acuerdo al plan de acción de acuerdo a la planeación, seguimiento, monitoreo y evaluación, de las intervenciones desarrolladas en el entorno cuidador hogar.

3.3.3. Detalle de las actividades

3.3.3.1. Actividad 1. Proceso de Georreferenciación.

Descripción de Actividad

El componente geográfico del Entorno Cuidador Hogar construirá información geográfica de las acciones realizadas para el análisis y planeación. Este trabajo se llevará a cabo de la mano con el componente geográfico de ACCVSYE y con la línea operativa de Equipos de Atención en Casa, con el fin de planear las zonas donde se llevarán a cabo las intervenciones colectivas del Entorno Hogar; así mismo apoya la toma de decisiones y se organiza el abordaje territorial. Básicamente el componente geográfico del entorno construye información geográfica de las intervenciones y sus caracterizaciones (urbanas y rurales) y el de ACCVSYE organiza información de eventos y otros entornos, para que entre ambos equipos se realice la evaluación multicrirerio para priorizar zonas de intervención.

Construcción información geográfica para planeación

- Minería de Datos: Extraer información de un conjunto de datos espaciales y transformarla en una estructura comprensible para su uso posterior dentro del operar del entorno hogar.
- Proponer métodos de captura y registro de coordenadas en zonas periurbanas y rurales.
- Depuración y consolidación de datos de dirección para completar los datos de localización de los usuarios y definir usuarios únicos.
- Validación de base mediante manual de nomenclatura para el análisis espacial donde se realiza estandarización, ajuste de las direcciones, codificación y asignación de la información, correspondiente a Localidad georreferenciada, estado, UPZ georreferenciada, sector catastral y barrio.
- Actualización de novedades en el uso del suelo por predios como ejercicio del reconocimiento del territorio a abordar en capa geográfica (shape file).

Métodos de georreferenciación:

- Geocodificación y georreferenciación de datos urbanos y rurales con geocodifacodores de SDS, IDECA y google.
- Recuperación de datos espaciales por localidad con geocodificadores avalados (Open Streep Map, SDS e IDECA).
- Generación de capas (shape file) para convertir las coordenadas en datos espaciales y realizar salidas graficas a diferentes escalas (Localidad, UPZ, sector catastral y Barrio, Cuadrantes, Manzana, puntos, líneas, polilíneas y polígonos).

Análisis espacial:

- Salida grafica en diferentes escalas. Estas serán entregadas en formato PNG, PDF y EPS a 500 DPI.
- Análisis de la información (Caracterización de la población, abordaje territorial, planes de cuidado familiar por condiciones de riesgo, búsqueda activa comunitaria y abordaje diferencial de las diferentes poblaciones intervenidas).
- Priorización de áreas de intervención y cobertura realizada en esas áreas.
- Análisis espacial para identificar categorías geográficas como predio, UPL, etc.

Trabajo en campo

- Actualización de novedades en el uso del suelo por predios como ejercicio del reconocimiento del territorio a abordar en capa geográfica (shape file).
- Acompañamiento en campo en zonas de conflicto o discordancia de direcciones, para constatar las capas geográficas con la realidad del mismo, así como para brindar orientaciones al equipo operativo en relación a ubicación geográfica y estrategia de abordaje y recorridos a partir de las características territoriales.
- Inducciones a talento humano en articulación con los profesionales de apoyo a la gestión operativa, como estrategias para orientar espacialmente a los equipos en terreno. Esto incluye aplicar herramientas diseñadas para las zonas rurales y periurbanas
- Capa Shape file y salidas graficas de resultados de la estrategia (Efectividad de la operación, cobertura de las zonas priorizadas y caracterización del entorno).

Gestión, planificación y evaluación

- Recopilar desde diversas fuentes (sistemas de salud, IDECA, datos abiertos, mesas de trabajo, etc.), información geográfica tanto cualitativa como cuantitativa, que sea pertinente al análisis en salud, para los diferentes productos del entorno. La recopilación de información debe permitir la representación y el análisis cartográfico en la subred y en la secretaria Distrital de Salud.
- Consolidación del estado actual de diferentes fuentes de información espacial, para el análisis y organización operativa a nivel distrital a partir de estrategias e iniciativas de abordaje a poblaciones vulnerables.
- Análisis y generación de estrategias de acuerdo con la información para la toma de decisiones de la operación Distrital y Local.

- Generar cronograma para el fortalecimiento de capacidades y actualización a nivel local y participación en espacios distritales como mesa Distrital.
- Posterior al envío de las bases realizado por Gestión de la información del Entorno Hogar, el componente geográfico enviará el último día hábil del mes las capas de información geográfica con registros evaluados y validados derivados de las bases con las cuales se construye información de cobertura del entorno. Trimestralmente se dispondrán los acumulados de operación. Las capas por generar son abordajes, poblaciones priorizadas, salud ambiental, u otros a convenir con SDS; los consolidados serán enviados a referentes distritales del entorno y componente geográfico

Participar en las reuniones de articulación y concertación entre entornos y componentes del PIC: Es vital el diálogo entre los componentes geográficos de Vigilancia, Entorno Hogar y ACCVSyE para la generación y análisis de información geográfica sobre los eventos de interés en salud pública y la respuesta institucional del Covid19 a nivel local.

Los geógrafos hacen parte fundamental del proceso de planeación y análisis de resultados del entorno, para la puesta en marcha de las acciones de abordaje territorial principalmente, es por ello, que deben participar de las mesas de planeación y seguimiento con los equipos de atención en casa, las cuales se desarrollarán de manera mensual.

En un primer momento se deberá apoyar la definición de territorios a intervenir por parte de las binas cuidadoras, a través de un trabajo conjunto donde se identifiquen los sectores Catastrales a nivel de predio, teniendo en cuenta:

•Zonas ya intervenidas.

•Zonas sin intervención, susceptibles de abordaje (Predios pendientes por abordar).

•Zonas sin intervención, con barreras para el abordaje (Especificar la barrera: Conjuntos residenciales, zonas de difícil acceso por inseguridad, etc).

•Zonas ya intervenidas, susceptibles de “re-barrido”, por dinámicas poblacionales de alta movilidad y puede viabilizar el abordaje de nuevas familias.

A partir de ello, se generarán cronogramas de intervención territorial, donde se deberá acompañar el ejercicio en campo y la asignación de territorios a cada una de las binas cuidadoras; así mismo, será partícipe activo de las reuniones mensuales que corresponda.

Adicional a ello, deberá apoyar los demás procesos del entorno cuidador acorde a lo definido en las actividades de los diferentes productos.

Nota: Para las Subredes Integradas de Servicios de Salud ESE que desarrollen acciones en ruralidad cercana y dispersa, el componente geográfico del entorno cuidador hogar debe participar en la mesa de planeación convocada por el componente geográfico de los Equipos de Atención en Casa (EAC); de acuerdo a su necesidad.

De igual forma, en las entregas adelantadas desde el componente geográfico, se deberán incluir los registros del 100% de localidades de cada una de las subredes, vinculando los procesos de ruralidad cercana y dispersa.

3.3.3.2. Actividad 2. Seguimiento a la activación de rutas y canalización integral de atención en salud.

Descripción de Actividad

El seguimiento a la activación de ruta y canalización en el Entorno Cuidador Hogar, está definido como uno de los procesos fundamentales para dar respuesta a las necesidades evidenciadas en las familias bien sean de atención individual, intervención colectiva desde otros entornos cuidadores y a nivel intersectorial. El profesional a cargo deberá tener la integralidad del proceso de respuestas desde el SIRC y desde la asignación de citas que se pueda realizar directamente en el entorno hogar. Este proceso comprende las siguientes acciones:

1. Respuesta a activaciones de ruta desde el SIRC:

- Consolidar y realizar la revisión de la calidad del dato de los formatos de activación de rutas prioritarias, enviado por correo electrónico por parte de los profesionales de los diferentes perfiles de los equipos operativos. Esta actividad se debe realizar teniendo en cuenta, la oportunidad de entrega, la legibilidad, la identificación completa, consistencia, veracidad y concordancia de la información.
- Envió por correo electrónico al referente de canalización de la Subred Integrada de Servicios de Salud; estos formatos deben ser remitidos máximos 24 de horas desde la recepción de la activación de ruta, con el fin de garantizar criterios de oportunidad desde el entorno y los tiempos establecidos al interior del proceso para la respuesta de las activaciones generadas en el entorno (Riesgo alto 24 horas y riesgo medio 5 días).
- Revisar el cargue del aplicativo SIRC a diario para:

- Verificar que el 100% de los usuarios canalizados estén en el SIRC.
- Verificar la respuesta y la oportunidad en la asignación de citas a usuarios canalizados.
- Informar mediante envío semanal a las líderes del equipo operativo el seguimiento a la respuesta de canalización y activación de ruta, generadas desde el entorno, así como los casos recibidos para gestión pertinente.
- Realizar seguimiento y gestión a las canalizaciones generadas por los equipos del entorno hogar en el desarrollo de estrategias intersectoriales y territoriales como Tropa Social, Botón de alertas de gestantes y lactantes y las demás que se puedan generar y comunicar desde SDS.

2. Respuesta a activaciones de ruta desde el Entorno Cuidador Hogar:

- Viabilizar la gestión de alertas en salud, al identificar la no adherencia a servicios de salud de las personas que son capitadas con la subred y con quienes es posible avanzar en el proceso de asignación de citas para eliminar barreras de acceso en los casos que se han identificado, así como promover la asistencia a actividades incluidas en las rutas de promoción y mantenimiento de la salud o las rutas por grupo de riesgo. Dentro de las actividades puntuales se encuentra:
- Acciones de gestión y articulación para el agendamiento de citas de PyD y las de ruta por grupo de riesgo, de acuerdo a la agenda dispuesta por la subred y modalidades de atención definidas por contingencia por COVID_19.
- Articulación con los profesionales de apoyo de las diferentes interacciones integrales e integradas del entorno hogar para el seguimiento y gestión de los casos que presentan barreras de acceso y necesidad de asignación de citas.
- Seguimiento a la efectividad en la asignación y asistencia a citas programadas.
- Seguimiento a la gestión realizada para la respuesta efectiva de los usuarios canalizados al entorno: Familias ubicadas en zonas de ruralidad cercana y familias étnicas con condiciones de riesgo en salud; familias remitidas desde los subsistemas de vigilancia en salud pública SIVIM, SISVECOS y SISVAN acorde a los criterios de priorización definidos en el documento operativo de la interacción integral e integrada cuidado para la salud familiar.

3.3.3.3. Actividad 3. Gestión de la información del Entorno Hogar

Descripción de Actividad

A través de esta actividad se desarrolla el proceso de sistematización, depuración, consolidación, análisis y control de la información producida y recepcionada en el entorno hogar para el desarrollo de las interacciones integradas e integrales. Para ello, se cuenta con equipo conformado por digitadores, técnicos, tecnólogo e ingeniero en sistemas que realizan un proceso sistemático para garantizar criterios de oportunidad, completitud y calidad de los datos que permiten la toma de decisiones en salud; el profesional en ingeniería de sistemas será el encargado de liderar el proceso de gestión de la información del entorno.

Esta acción da respuesta a las necesidades de gestión de la información rutinaria en el entorno, liderada por el perfil de ingeniería en sistemas del entorno, quien debe direccionar y organizar el equipo para dar respuesta a todas las necesidades. Para cumplir con este propósito se desarrollan diferentes acciones paralelas, a continuación se relacionan algunas de las tareas clave a desarrollar por los diferentes perfiles del equipo, sin embargo, la distribución de tareas puede variar acorde a las necesidades y organización propia de cada subredes, la cual debe estar concertada y mediada por el referente del entorno, el líder y el ingeniero de sistemas:

DIGITADORES:

- Desarrollo de acciones de sistematización de Información, asignación de citas y contacto con usuarios:
    - Sistematización de datos en los aplicativos dispuestos, a partir de la información registrada en las fichas de recolección de información por parte de los profesionales responsables la operación en campo.
    - Las bases de datos a digitar por parte del talento humano están relacionadas con la operación del entorno según lo definido para los productos u otras necesidades que sean direccionadas desde SDS.
    - Los digitadores deben realizar el ingreso al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública-SIVIGILA, principalmente de las fichas del evento 346 que son diligenciada en el ejercicio de búsqueda activa, tras el cruce de bases realizado con resultados del procesamiento de muestras en el Laboratorio de Salud Pública y donde se identifiquen casos positivos de COVID_19, los cuales deben ser cargados a diario, el mismo día en

que se remite desde SDS los resultados correspondientes. De igual forma, los formatos físicos de encuesta de conglomerados que se empleen en contingencia cuando no se cuente con aplicativo en línea deberán ser digitadas el día siguiente al desarrollo de la jornada de búsqueda activa.

- Los digitadores, también realizarán el ejercicio de asignación de citas acorde a la disponibilidad de cada subred y de los casos que no pueden ser atendidos por los EAC, realizarán el contacto telefónico para notificar información de citas programadas y realizará el seguimiento a la asistencia.
- Apoyar los procesos de precritica de formatos generados en el entorno.
- Finalmente, apoyarán el proceso de contacto telefónico, confirmación de información y/o agendamiento en casos de bases de datos que son remitidas por estrategias sectoriales e intersectoriales que requieren intervención del equipo operativo de las acciones integradas; esto incluye los casos de planes de cuidado familiar que previamente requieren de confirmación de información de identificación, contacto, ubicación y datos básicos de necesidades en salud, así como los casos de ruteo para auxiliares de enfermería de abordaje territorial.

TECNICOS

- Recepción de base de población sujeto de abordaje, depuración y completitud de información:
  - Inicia con la verificación de bases de datos de las poblaciones sujeto de abordaje, que sean priorizadas para las intervenciones en hogares, de acuerdo a lo establecido en las metas Plan Territorial de Salud o por contingencias en salud publica informadas previamente por SDS.
  - Se realizará la depuración, validación y cruce con otras bases dispuestas por la subred con el fin de completar la información de los usuarios, definir usuarios únicos, verificar las novedades que permitan orientar la operación.
  - Se deberá retomar las bases remitidas por actores sectoriales e intersectoriales para el abordaje, de manera que se verifiquen intervenciones previas en el entono y poder evitar acciones duplicadas.
  - Finalmente se debe contar con las bases de datos depuradas y con datos de ubicación, identificación y contacto para el abordaje por parte del equipo operativo.

- Acorde a disponibilidad de aplicativo de captura de información o bases de datos, se apoyará la verificación de registros y validación de reglas de negocio de los datos ingresados por los equipos operativos:

    - Revisar toda la información registrada en las bases de datos por proceso con el fin verificar la cantidad, calidad y consistencia de los datos, e informar los hallazgos para establecer las medidas correctivas y planes de mejoramiento a los que haya lugar.
    - Consolidar las bases de datos con los aportes de los perfiles de los equipos operativos con los avances en la intervención de las familias priorizadas, validando reglas de negocio en el diligenciamiento de las variables definidas; esta actividad es complementaria a las acciones de precrítica realizada por los profesionales de apoyo a la gestión operativa en los criterios técnicos del abordaje.

- Apoyo en las acciones de relación, seguimiento, depuración y balance de activaciones de rutas emitidas y recepcionadas en el entorno, junto con la profesional a cargo.
- Apoyar los procesos de precritica de formatos generados en el entorno.
- Apoyar el proceso de agendamiento de citas acorde a la disponibilidad de agendas por la subred.

TECNÓLOGO

- A partir de la realimentación recibida por los equipos operativos, se debe diligenciar la matriz de reporte interlocal, con el reporte de los casos asignados a la subred pero que, en el ejercicio de verificación en campo y contacto con la familia, se verifica que corresponde a localidades de otra Subred; en este reporte, se deberá informar los datos de ubicación y contacto para garantizar el trabajo conjunto entre subredes y la efectividad de las acciones a nivel distrital. De igual forma, realimentar los casos que fueron remitidos desde otras subredes, a fin de conocer la efectividad del abordaje a las familias.
- Revisión de historias clínicas en el aplicativo dispuesto de cada subred, según la necesidad de verificación por parte de los diferentes procesos adelantados en el entorno.
- Centralizar, controlar y monitorear los diferentes procesos de derivaciones adelantados en el entorno, entre el equipo de abordaje territorial y planes de cuidado familiar, así como los casos remitidos a EAC, el agendamiento de citas, activaciones de rutas, respuestas intersectoriales, entre otras.

- Centralizar los procesos adelantados por los técnicos e sistemas y adelantar precritica, seguimiento y realimentación relacionados con elementos de calidad y completitud.

PROFESIONAL EN INGENIERÍA DE SISTEMAS

- Generación de informes, indicadores, registro en tableros de control y cargue de bases de datos:
  - Consolidar los productos de bases de datos y hacer entrega oficial a nivel central, según los tiempos preestablecidos, teniendo en cuenta el número de registros mínimos a entregar según lo pactado el plan de acción programático mensual.
  - Entregar las bases de datos a nivel Local y Distrital cuando sean requeridas, con previa verificación. Se precisa que las bases de datos que son administradas desde el entorno, deben ser cargadas al drive dispuesto desde SDS; de manera mensual los primeros 5 días hábiles de cada mes, junto con los demás soportes de gestión operativa del entorno para revisión y posterior concepto técnico desde SDS; de igual forma, el día 18 de cada mes, se deberá realizar el cargue de las bases correspondientes a la primera quincena del mes en curso, de manera que se tenga acceso a la información ante las constantes solicitudes y reportes.
  - Realizar el monitoreo, control y verificación de la información generada en el marco de las acciones desarrolladas en el entorno, a partir de la administración de aplicativos y bases de datos dispuestos para tal fin y el cruce de diferentes fuentes de información para direccionar los equipos y generar reportes de información.
  - Alimentar tableros de reporte y programación de actividades, solicitados desde nivel central, incluyendo el reporte SEGPLAN y tablero de indicadores.
  - Realizar el cargue del cumplimiento de controles de crecimiento y desarrollo de los niños del programa Más Familias en Acción, de acuerdo al periodo de verificación en el aplicativo SIFA según solicitud de SDS.
  - Validar y pilotear aplicativos informáticos dispuestos por la SDS; administrar usuarios acordes a premisos en aplicativos, así como emplear los roles asignados desde SDS para garantizar el flujo y calidad de la información.
  - Asegurar la calidad e integridad de la información, por medio de procesos de control de calidad de los datos de manera periódica, comparando los contenidos de las fichas de la información digitadas con la productividad.

- Realizar y/o participar en el desarrollo de procesos de fortalecimiento de competencias de talento humano, impartidos por la Subred y la Secretaría Distrital de Salud. Así mismo, asegurar la divulgación de dichos conocimientos a los profesionales, técnicos y digitadores sobre el uso correcto y eficiente de las aplicaciones para el registro de información.
- Construir procesos de cruce de bases de datos del entorno con las demás bases de la Subred (RIPS, SIVIGILA, geocodificadores, etc.), para apoyar el análisis de calidad de vida salud y enfermedad.
- Suministrar la información requerida para la generación de procesos de georreferenciación, acorde a las variables definidas para el componente geográfico.
- Participar de manera periódica a reuniones programadas por la Secretaría Distrital de Salud, correspondientes a temas de seguimiento, asistencia técnica y retroalimentación.
- Articulación permanente con el equipo GESI de la subred, con el fin de verificar calidad y concordancia de las bases a través de revisiones periódicas de las bases de datos. Identificar debilidades en el proceso y medidas de fortalecimiento a emprender con el equipo operativo, en articulación con los profesionales de apoyo del entorno.

3.3.3.4. Actividad 4. Estrategia de intervención para el seguimiento y monitoreo de casos prioritarios abordados por el entorno-Plan Choque.

Descripción de Actividad

Estas actividades son desarrolladas para el seguimiento intensificado e integral de las mujeres gestantes y niños y niñas priorizados, que requieren un monitoreo permanente de las acciones de gestión integral del riesgo que se vienen adelantando por parte del entorno hogar, de manera conjunta con otros actores del PSPIC y los equipos asistenciales de las Subredes, especialmente en los eventos de interés en salud pública abordados en las diferentes interacciones integradas del entorno. Dentro de estos casos, se encuentran los de las gestantes con morbilidad materna extrema, con enfermedades transmisibles, con conducta suicida, víctimas de violencia y con malnutrición; por su parte, los casos de niños y niñas, incluye los casos de morbilidad neonatal, bajo peso al nacer, desnutrición aguda, infección respiratoria, Hipotiroidismo Congénito y cardiopatías.

El profesional a cargo de este proceso debe tener una visión integral de los casos priorizados y abordados por el entorno, lo que requiere una articulación permanente con las profesionales de

apoyo a la gestión operativa y equipos operativos acorde a la necesidad. Las actividades a desarrollar se relacionan a continuación:

- Verificar junto con los profesionales de apoyo a la gestión operativa, el reporte diario de bases de datos y casos remitidos para el abordaje desde el entorno hogar y entrega de casos a los equipos, de acuerdo con los tiempos establecidos para la intervención en cada uno de los eventos o prioridades establecidas en el mismo.
- Adelantar seguimiento a las acciones realizadas por los equipos operativos, acorde a la pertinencia técnica del abordaje de cada uno de los eventos/prioridades, de manera que se logre el cumplimiento de los objetivos e indicadores trazadores, teniendo en cuenta las acciones adelantadas, la periodicidad, intervenciones de gestión del riesgo y avances en el abordaje familiar, los cuales deben ser realimentados a cada uno de los equipos. Lo anterior a partir del aplicativo en línea o herramienta dispuesta desde SDS para el ingreso de los seguimientos por parte de los equipos operativos.
- Llevar a cabo el seguimiento, monitoreo, análisis y reporte de indicadores acorde a direccionamiento de SDS.
- Adelantar seguimiento de la efectividad de las acciones y abordajes de los casos remitidos al entorno y reportar en la matriz interlocal, los casos que se reportaron inicialmente a la subred a cargo, pero que al verificar domicilio corresponde a localidades de otra subred. Dicho reporte se debe realizar en coherencia con los tiempos establecidos para el abordaje de cada evento, reportándolos en mismo día del seguimiento a la vivienda y así mismo, realimentar los casos que son remitidos por otras subredes. Para los casos relacionados con eventos de interés en salud pública - salud materno infantil, esto debe realizarse en un tiempo máximo de 4 días posterior a la recepción del caso.
- Participación en mesas técnicas, unidades de análisis de los casos y reuniones a nivel local, Distrital e intersectorial, acorde a pertinencia, así como el apoyo a actividades solicitadas por el equipo técnico Distrital.
- Generar informes y reportes de acciones, acorde a la solicitud y demanda desde SDS, así como realimentación de casos de las diferentes cohortes abordadas en el entorno, acorde a necesidad de nivel local y distrital.
- Apoyar los procesos de fortalecimiento técnico liderados por el equipo de gestión del entorno, realizando asistencia técnica a los perfiles operativos, acorde a la necesidad que se identifique.

Tabla resumen del producto:

Nombre de la actividad	***Periodicidad***	***Perfiles del talento humano***	***Entregables***
Proceso de Georreferenciación.	Mensual	1 profesional Universitario 2 (Operativo). Profesional en Geografía o ingeniería catastral.	• Bases georreferenciadas y validadas para el análisis espacial. • Generación de capas (shape file) o salidas graficas a diferentes escalas, como parte de la planeación de la operación de los equipos. • Capa geográfica (shape file) de resultados de las actividades desarrolladas en las diferentes interacciones integradas. • Soportes de actas de articulación con PIC y los EAC.
Seguimiento a la activación de rutas y canalización integral de atención en salud.	Mensual	1 profesional universitario 1 (líder): Profesional en enfermería o Trabajo Social.	• Instrumento control de entrega de formatos de activaciones de ruta por parte de los equipos operativos. (Base de registro en drive). • Correo soporte de entrega a GPAISP, de formatos de activación de ruta una vez garantizada la calidad. • Base semanal con seguimientos a la respuesta correspondientes a las canalizaciones generadas desde el entorno hogar y respuesta en los casos recepcionados. • Soporte de seguimiento a base de asignación de citas y seguimiento telefónico a la inasistencia, acorde a disponibilidad de agenda.

Gestión de la información del Entorno Hogar	Mensual	1 profesional Universitario 2 (Operativo). Profesional en ingeniería de Sistemas. 1 tecnólogo (administrativo, financiero, de sistemas, programación y bases de datos, mercadeo, salud ocupacional, alimentos) Tecnólogo en sistemas. 4 técnicos 2 (en áreas administrativas, financieras, archivo, sistemas, programación y bases de datos) Técnicos en Sistemas. 3 técnicos 3 (Bachiller digitador)	• Ingreso de información con criterios de calidad y completitud de las bases y aplicativos dispuestos, incluyendo el SIVIGILA. • Bases de datos con ingreso de información diaria y criterios de calidad, de las actividades desarrolladas en el entorno hogar que lo requieran. • Base de datos cargadas quincenalmente al drive dispuesto para tal fin. • Diligenciamiento de tableros de Control acorde a la periodicidad y requerimientos de SDS en las diferentes estrategias emprendidas desde el entorno. • Matriz de reporte interlocal.
Estrategia de intervención para el seguimiento y monitoreo de casos prioritarios abordados por el	Mensual	1 profesional especializado 4 (Operativo) Profesionales en Ciencias de la Salud.	• Soporte de organización, verificación y distribución de casos a los equipos operativos según estrategia adoptada por la subred y asignación en aplicativo en línea acorde a directriz de SDS.

entorno-Plan Choque.		Profesional en enfermería.	• Soporte de revisión de casos y realimentación técnica realizada a los equipos operativos, para el cumplimiento de los objetivos e indicadores trazadores en el abordaje familiar. • Informes, reporte de acciones y/o indicadores acordes a solicitud de SDS. • Matriz de reporte interlocal, con registro de los casos direccionados a otras subredes el mismo día del seguimiento en la vivienda, así como la realimentación de los casos remitidos por otras subredes. • Actas de participación en mesas técnicas, unidades de análisis de los casos y demás espacios locales y distritales acorde a convocatoria y pertinencia. • Actas de reunión con el equipo operativo en relación con notificación de eventos de interés de salud pública.

3.4. PRODUCTO 133: DEPURACIÓN Y ANÁLISIS DE INFORMACIÓN A NIVEL DISTRITAL, EN EL MARCO DE LA ARTICULACIÓN SECTORIAL E INTERSECTORIAL.

Integra las acciones de gestión de la información del entorno hogar con un alcance distrital, encaminado a favorecer la planeación, el abordaje y la respuesta desde el entorno a partir de los compromisos para el desarrollo de estrategias de intervención sectoriales e intersectoriales.

3.4.1. Unidad de medida

Avance mensual del plan de acción

3.4.2. Forma de reporte de ejecución del producto

Cumplimiento de las acciones programadas en el plan de acción

3.4.3. Detalle de las actividades

3.4.3.1. Actividad 1. Depuración, consolidación y análisis de información a nivel distrital.

Descripción de Actividad

A través de esta subactividad se desarrolla el proceso de depuración, consolidación, análisis y control de la información producida y recepcionada en el entorno hogar a nivel distrital, para el desarrollo de las interacciones integradas e integrales. Para ello, se cuenta con un tecnólogo en sistemas a nivel distrital, que realiza un proceso sistemático para garantizar la remisión de información a nivel local, así como recepcionarla, consolidarla y de esa manera poder generar informes y balances de las diferentes estrategias que se tienen a nivel distrital, verificando criterios de oportunidad, completitud y calidad de los datos remitidos desde las cuatro subredes y que permitirán realimentar y generar conceptos técnicos de las bases de datos y tableros de control.

Para cumplir con este propósito se desarrollan diferentes acciones paralelas:

- Depuración y cargue de bases de datos en drive dispuesto desde SDS, para consulta de las subredes, de manera que se viabilice la operación del entorno, a partir de los criterios de priorización establecidos para las acciones de abordaje territorial y plan de cuidado familiar.
- Consolidación de bases remitidas por las subredes integradas se servicios de salud, de manera quincenal, con el fin de verificar la realimentación de casos, avances en el abordaje y efectividad de las intervenciones.
- Validación de tableros de control y concordancia con las bases de datos de las subredes integradas.
- Diligenciamiento de matriz de conceptos técnicos de las bases de datos de las subredes, con criterios de completitud, concordancia y calidad.
- Generación de tablero de control distrital, acorde a necesidad y solicitud de referentes de la SDS.

Tabla resumen del producto:

Nombre de la actividad	***Periodicidad***	***Perfiles del talento humano***	***Entregables***
Depuración, consolidación y análisis de información a nivel distrital.	Mensual	1 tecnólogo (administrativo, financiero, de sistemas, programación y bases de datos, mercadeo, salud ocupacional, alimentos) Tecnólogo en sistemas.	• Bases depuradas y validadas, cargadas al drive para consulta de las subredes. • Consolidación de base de datos cargadas quincenalmente por las subredes, en drive dispuesto para tal fin. • Revisión de tableros de Control acorde a la periodicidad y requerimientos de SDS en las diferentes estrategias emprendidas desde el entorno. • • Matriz hallazgos de concordancia, completitud y calidad de bases de datos y tableros de control.

4. Monitoreo y seguimiento

N°.	**Nombre del indicador**	**Frecuencia de medición**	**Fórmula**	**Fuente**	**Responsable del cálculo**
1	Familias con intervenciones para la promoción de la salud	Mensual	Número de familias con intervenciones para la promoción de la salud / Total de familias intervenidas*100.	Base de datos de abordaje familiar.	Equipo de gestión estratégica y táctica del entorno, con los insumos suministrados por los equipos operativos que

					desarrollan la intervención.
2	Familias donde se identifican riesgos en salud y se emprenden acciones de gestión inicial para su mitigación.	Mensual	Número de familias donde se identifican riesgos en salud y se emprenden acciones de gestión inicial para su mitigación / Total de familias intervenidas*100.	Base de datos de abordaje familiar.	Equipo de gestión estratégica y táctica del entorno, con los insumos suministrados por los equipos operativos que desarrollan la intervención.
3	Familias con menores de 5 años identificados con desnutrición aguda, con intervención inicial para la gestión integral de riesgos	Mensual	Número de familias con menores de 5 años identificados con DNTA con intervención inicial para la gestión integral de riesgos / de familias con menores de 5 años identificados con DNTA *100	Base de datos de abordaje familiar.	Equipo de gestión estratégica y táctica del entorno, con los insumos suministrados por los equipos operativos que desarrollan la intervención.
4	Familias con acciones de gestión del riesgo implementadas.	Mensual	Número de familias acciones de gestión del riesgo implementadas/Total de familias remitidas con criterio de abordaje por el entorno hogar*100.	Base de datos de abordaje familiar. Base de datos Estadísticas Vitales- Defunciones. Aplicativo PAI.	Equipo de gestión estratégica y táctica del entorno, con los insumos suministrados por los equipos operativos que

				Aplicativo SIRC.	desarrollan la intervención.
3	Efectividad de las canalizaciones generadas.	Mensual	Número de individuos canalizados con respuesta efectiva/Total de individuos canalizados *100.	Base de datos de abordaje familiar. Base de datos Estadísticas Vitales- Defunciones. Aplicativo PAI. Aplicativo SIRC.	Equipo de gestión estratégica y táctica del entorno, con los insumos suministrados por los equipos operativos que desarrollan la intervención.
4	Efectividad de las acciones de abordaje familiar, acorde a la disminución de riesgos para la salud.	Mensual	N° de familias caracterizadas con acciones centradas en familia que disminuyen riesgos para la salud posterior al abordaje familiar/Total de familias abordadas por el entorno hogar*100.	Base de datos de abordaje familiar. Base de datos Estadísticas Vitales- Defunciones. Aplicativo PAI. Aplicativo SIRC.	Equipo de gestión estratégica y táctica del entorno, con los insumos suministrados por los equipos operativos que desarrollan la intervención.
5	Familias con menores con alerta nutricional con intervención para el mejoramiento de su	Mensual	Número de personas con activación de ruta efectiva / Total de personas con	Base de datos de abordaje familiar.	Equipo de gestión estratégica y táctica del

	condición y vinculación a programas de apoyo nutricional acorde a su necesidad.		activaciones de ruta *100	Base de datos Estadísticas Vitales- Defunciones. Aplicativo PAI. Aplicativo SIRC.	entorno, con los insumos suministrados por los equipos operativos que desarrollan la intervención.
6	Porcentaje de casos de Bajo peso al nacer con ganancia de peso para la edad.	Mensual	N° de casos de Bajo Peso al Nacer con ganancia de peso adecuada para la edad (20 o más gramos diarios)/ N° de casos de Bajo peso al Nacer intervenidos por el espacio*100.	Base de datos de abordaje familiar. Base de datos Estadísticas Vitales- Defunciones. Aplicativo PAI. Aplicativo SIRC.	Equipo de gestión estratégica y táctica del entorno, con los insumos suministrados por los equipos operativos que desarrollan la intervención.
7	Porcentaje de casos de DNT aguda con ganancia de peso para la talla.	Mensual	Número de casos de DNT aguda con recuperación nutricional (Cambio de canal de clasificación nutricional)/ N° de casos de DNT aguda intervenidos por el espacio*100	Base de datos de abordaje familiar. Base de datos Estadísticas Vitales- Defunciones. Aplicativo PAI.	Equipo de gestión estratégica y táctica del entorno, con los insumos suministrados por los equipos operativos que

				Aplicativo SIRC.	desarrollan la intervención.
8	Recuperación Nutricional de gestantes con bajo peso intervenidas (estado nutricional adecuado para la edad gestacional).	Mensual	Número de gestantes con bajo peso que presentan ganancia de peso/Número de casos de gestantes con bajo peso intervenidas por el espacio*100.	Base de datos de abordaje familiar. Base de datos Estadísticas Vitales- Defunciones. Aplicativo PAI. Aplicativo SIRC.	Equipo de gestión estratégica y táctica del entorno, con los insumos suministrados por los equipos operativos que desarrollan la intervención.
9	Familias con gestión integral en riesgos materno infantiles identificados.	Mensual	Número de familias con gestión integral en riesgos materno infantiles identificados/ Total de familias identificadas con riesgos materno infantiles *100.	Base de datos de abordaje familiar. Base de datos Estadísticas Vitales- Defunciones. Aplicativo PAI. Aplicativo SIRC.	Equipo de gestión estratégica y táctica del entorno, con los insumos suministrados por los equipos operativos que desarrollan la intervención.
10	Relación MME/MM.	Mensual	N° de casos de muerte materna temprana en las familias	Base de datos de abordaje familiar.	Equipo de gestión estratégica y táctica del

			intervenidas/N° de casos de MME*100.	Base de datos Estadísticas Vitales- Defunciones. Aplicativo PAI. Aplicativo SIRC.	entorno, con los insumos suministrados por los equipos operativos que desarrollan la intervención.
11	Índice de mortalidad perinatal por MME.	Mensual	N° de muertes perinatales de casos MME/ Número de casos de MME en las familias intervenidas*100	Base de datos de abordaje familiar. Base de datos Estadísticas Vitales- Defunciones. Aplicativo PAI. Aplicativo SIRC.	Equipo de gestión estratégica y táctica del entorno, con los insumos suministrados por los equipos operativos que desarrollan la intervención.
12	Relación Sífilis Gestacional/Sífilis Congénita	Mensual	N° de casos de Sífilis Congénita/ Número de casos de Sífilis Gestacional intervenidos*100.	Base de datos de abordaje familiar. Base de datos Estadísticas Vitales- Defunciones. Aplicativo PAI.	Equipo de gestión estratégica y táctica del entorno, con los insumos suministrados por los equipos operativos que

				Aplicativo SIRC.	desarrollan la intervención.
13	Porcentaje de casos de Sífilis Gestacional con tratamiento.	Mensual	Nº de casos de sífilis gestacional con tratamiento finalizado/Nº total de casos de sífilis gestacional intervenidos*100	Base de datos de abordaje familiar. Base de datos Estadísticas Vitales- Defunciones. Aplicativo PAI. Aplicativo SIRC.	Equipo de gestión estratégica y táctica del entorno, con los insumos suministrados por los equipos operativos que desarrollan la intervención.
14	Porcentaje de casos de Sífilis Congénita con tratamiento.	Mensual	Nº de casos de sífilis congénita con tratamiento/Nº de casos de sífilis congénita identificados*100	Base de datos de abordaje familiar. Base de datos Estadísticas Vitales- Defunciones. Aplicativo PAI. Aplicativo SIRC.	Equipo de gestión estratégica y táctica del entorno, con los insumos suministrados por los equipos operativos que desarrollan la intervención.
15	Porcentaje de casos de VIH Gestacional con tratamiento	Mensual	Nº de casos de VIH Gestacional con tratamiento/Nº de casos de VIH	Base de datos de abordaje familiar.	Equipo de gestión estratégica y táctica del

			Gestacional intervenidos*100	Base de datos Estadísticas Vitales-Defunciones. Aplicativo PAI. Aplicativo SIRC.	entorno, con los insumos suministrados por los equipos operativos que desarrollan la intervención.
16	Porcentaje de casos de Hepatitis B gestacional con tratamiento.	Mensual	Nº de casos de Hepatitis B gestacional con tratamiento/Nº de casos de Hepatitis B gestacional intervenidos*100	Base de datos de abordaje familiar. Base de datos Estadísticas Vitales-Defunciones. Aplicativo PAI. Aplicativo SIRC.	Equipo de gestión estratégica y táctica del entorno, con los insumos suministrados por los equipos operativos que desarrollan la intervención.
17	Gestantes con Adherencia a Control Prenatal.	Mensual	Número de Gestantes con Adherencia a Control Prenatal/Total de gestantes abordadas con plan familiar*100.	Base de datos de abordaje familiar. Base de datos Estadísticas Vitales-Defunciones. Aplicativo PAI.	Equipo de gestión estratégica y táctica del entorno, con los insumos suministrados por los equipos operativos que

				Aplicativo SIRC.	desarrollan la intervención.
18	Niños y niñas menores de 5 años abordados con adherencia a controles de Crecimiento y Desarrollo.	Mensual	Número de Niños y niñas menores de 5 años abordados con adherencia a controles de Crecimiento y Desarrollo/Total de niños y niñas menores de 5 años abordados por plan familia*100r.	Base de datos de abordaje familiar. Base de datos Estadísticas Vitales- Defunciones. Aplicativo PAI. Aplicativo SIRC.	Equipo de gestión estratégica y táctica del entorno, con los insumos suministrados por los equipos operativos que desarrollan la intervención.
19	Niños y niñas menores de 5 años abordados con esquema de vacunación completo para la edad.	Mensual	Número de Niños y niñas menores de 5 años abordados con esquema de vacunación completo para la edad/Total de niños y niñas menores de 5 años abordados por plan familiar*100.	Base de datos de abordaje familiar. Base de datos Estadísticas Vitales- Defunciones. Aplicativo PAI. Aplicativo SIRC.	Equipo de gestión estratégica y táctica del entorno, con los insumos suministrados por los equipos operativos que desarrollan la intervención.
20	Familias con personas con condición crónica con intervención para	Mensual	Número de familias con personas con condición crónica con intervención para la	Base de datos de abordaje familiar.	Equipo de gestión estratégica y táctica del

	la gestión de riesgo en salud.		gestión de riesgo en salud / Total de familias con personas con condición crónica*100.	Base de datos Estadísticas Vitales- Defunciones. Aplicativo PAI. Aplicativo SIRC.	entorno, con los insumos suministrados por los equipos operativos que desarrollan la intervención.
21	Familias intervenidas para la gestión integral de riesgos en salud mental.	Mensual	Número de familias intervenidas para la gestión integral de riesgos que mejoran sus habilidades en salud mental/ Total de familias identificadas con riesgos en salud mental*100.	Base de datos de abordaje familiar. Base de datos Estadísticas Vitales- Defunciones. Aplicativo PAI. Aplicativo SIRC.	Equipo de gestión estratégica y táctica del entorno, con los insumos suministrados por los equipos operativos que desarrollan la intervención.
22	Número de personas que mejoraron prácticas de salud bucal.	Mensual	Número de personas con mejores prácticas en salud bucal/Total de personas intervenidas *100.	Base de datos de abordaje familiar. Base de datos Estadísticas Vitales- Defunciones. Aplicativo PAI.	Equipo de gestión estratégica y táctica del entorno, con los insumos suministrados por los equipos operativos que

				Aplicativo SIRC.	desarrollan la intervención.

ASPECTOS TRANSVERSALES A TENER EN CUENTA

- Todos los perfiles de los equipos operativos del entorno contarán con 16 horas mensuales, para el desarrollo de actividades de fortalecimiento técnico desarrollado por el nivel central o el equipo de gestión del entorno cuidador hogar; esto incluye asistencias técnicas, reunión mensual de equipo, espacios de realimentación técnica frente a los entregables, espacios de seguimiento y desarrollo de habilidades, entre otros. Esto deberá contar con soportes de las participaciones, como parte de los entregables del proceso.

- Se precisa que, en el marco de la atención de urgencias y emergencias, en caso de requerir incrementar los equipos de búsqueda activa de casos de COVID_19, por incremento de casos en la ciudad u otra situación prioritaria reportada desde nivel central, el equipo del entorno se organizará para dar respuesta a la demanda requerida. De igual forma, en caso de presentarse alguna otra alerta o emergencia que así lo amerite; dichas situaciones serán notificadas desde nivel central, junto con los medios de verificación a contemplar y la forma de reporte de ejecución en informe de gestión.

- De igual forma, teniendo en cuenta los postulados de la resolución 295 del 16 de febrero de 2023 y la articulación con los Equipos de Atención en Casa, para la implementación de los equipos territoriales de salud, se podrán informar desde la SDS, cambios a la operación y entregables de los productos, sin que esto afecte la naturaleza de los mismos, ni el recurso asignado.

- Desde el entorno se deberán realizar las gestiones pertinentes cuando sea requerido, en torno a procesos de participación de niñas, niños, adolescentes y sus familias en el marco del Plan de Intervenciones de Salud Colectiva y Modelo Territorial de Salud, salud a mi barrio, salud a mi vereda.

- Desde el entorno, los equipos operativos, tácticos y estratégicos participarán de manera activa en las jornadas de intensificación que se desarrollan a lo largo del año, según prioridades en salud. Se aportará desde las acciones rutinarias del entorno, así como en los procesos de alistamiento, planeación y reporte acorde a la estructura y parámetros definidos desde nivel central, a cargo del equipo de gestión. Dichas jornadas, entre otras, se relacionan a continuación:

  - **Febrero**
    Jornada "Semana de prevención y lucha contra el cáncer"
  - **Marzo**
    Jornada "Semana Día Mundial de la audición"
    Jornada "Semana de prevención de muertes por cáncer de cérvix y cáncer de mama en las mujeres"
  - **Abril**
    Jornada "Día Mundial de la actividad física"
  - **Mayo**
    Jornada "Día mundial de la hipertensión"
    Jornada "Día mundial sin tabaco"
  - **Junio:**
    Jornada "Semana de la salud bucal, visual y auditiva comunicativa"
    Jornada "Semana de salud Masculina"
  - **Agosto:**
    Jornada "Conmemoración de la Semana Mundial de Lactancia Materna"
  - **Septiembre:**
    Jornada "Semana Andina de Prevención del Embarazo"
    Jornada "Semana Distrital de hábitos de vida saludables"
  - **Octubre:**
    Jornada "Conmemoración del mes de la salud bucal"
    Jornada "Día mundial de salud visual"
    Jornada "Día mundial contra el cáncer de mama"
  - **Noviembre**
    Jornada "Día mundial de la diabetes"
    Jornada "Día mundial de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) - Día mundial contra del cáncer de pulmón"
  - **Diciembre:**

Jornada "Semana de Respuesta al VIH"
Jornadas de intensificación “Prevención de quemaduras por pólvora”.

Jornadas PAI
Total 4 Jornadas a realizarse en los meses de enero (1), abril (1), julio (1), octubre (1).

<u>Temas transversales a la gestión e implementación de la GSP-PSPIC</u>

En el marco del Modelo Territorial de Salud cuyo objetivo en garantizar el derecho a la salud a partir de la articulación de procesos cuidadores individuales y colectivos, la reducción de procesos deteriorantes y el acercamiento de los servicios de salud a los entornos cotidianos de quienes habitan los barrios y veredas de Bogotá, la línea operativa de entornos cuidadores reconoce cuatro temas que transversalizan las acciones de apoyo a la Gestión de la Salud Publica y el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas, que deben ser de conocimiento y apropiación por parte de los equipos integrales de salud (técnicos operativos de los entornos cuidadores y procesos transversales), para lo cual, se contará con los respectivos documentos operativos.

Estos temas transversales se dividen en dos categorías:

- Temas que implican procesos de intervención y cuyas fichas técnicas, están inmersos en la caja de herramientas de la coordinación GSP- PSPIC.
- Temas transversales de procesos de Información, educación y comunicación, a través de los cuales se favorece la socialización, demanda (de servicios, programas y acciones) y participación de la población que se interviene desde las acciones de la GSP-PSPIC.

A la primera categoría pertenecen:

- **Implementación - activación de rutas Integrales y canalización:** Para el desarrollo de este tema transversal, consulte, apropie y aplique las fases y lo pertinente a su rol en el documento: “Ficha técnica del Procedimiento de Canalización sectorial e intersectorial distrital, para la activación de rutas integrales de atención en el marco del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (GSP – PSPIC); toda vez que dicho documento genera la línea técnica oficial sobre la cual se generará el respectivo seguimiento a los entornos cuidadores y procesos transversales.

- **Gestión del sistema de información – GESI:** Disponer de aplicativos para el proceso del ciclo de vida de la Información de las acciones realizadas con criterios de calidad, Continuidad,

Oportunidad, Pertinencia, Accesibilidad, Seguridad e integralidad, durante las etapas de planeación, ejecución, seguimiento y evaluación de las acciones colectivas desarrolladas en el marco del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas – PSPIC y GSP, para la toma de decisiones estratégicas para el mejoramiento de la salud.

- **Información, educación y comunicación –IEC**: Promover y fortalecer las capacidades para la toma de decisiones en salud informada y el desarrollo de comunidades multiplicadoras de saberes para promover la cultura de la salud y el cuidado (de sí mismo, del otro y del ambiente); en donde se procura complementar y construir colectivamente las acciones desarrolladas desde salud pública.

- **Población procedente de flujos migratorios mixtos/Migrantes**: Disponer de información para responder de manera pertinente los requerimientos de la población migrante y aportar al direccionamiento resolutivo de sus necesidades en el marco de las políticas migratorias nacionales vigentes.

- **Participación social incidente –promotores del cuidado-:** El fortalecimiento de las acciones de IEC para el cuidado de la salud se realiza mediante la socialización y vinculación de ciudadanos y ciudadanas a las iniciativas comunitarias como: proyectos de co-creación, escuela de innovación y curso de promotores del cuidado, para así fomentar la participación social incidente en la ciudadanía. En el marco de las mesas comunitarias para el fortalecimiento de capacidades y competencias en la comunidad se debe articular con el entorno cuidador comunitario quien lidera por entornos cuidadores desde el equipo funcional de participación social incidente en SDS.

La consulta documental de los temas transversales se realizará a través de la siguiente Ruta: Coordinación GSP - PSPIC / Caja de herramientas / Temas transversales.

De otro lado y con relación a los temas transversales que hacen parte del proceso de IEC – Información, educación y comunicación, se contemplan: autorregulación -negocios saludables, negocios rentables-, donación de sangre, donación y trasplante de órganos, infección respiratoria aguda –IRA y Programa Ampliado de Inmunización – PAI, por lo cual, para su orientación técnica, se contará con fichas técnicas específicas que deben ser de conocimiento de los equipos operativos. A esta categoría pertenecen:

- **Autorregulación:** busca aportar a los procesos de prevención y control de los factores de riesgo sanitarios, así como del monitoreo de los factores ambientales, a través de la sensibilización de la población sobre los aspectos que se deben tener en cuenta para minimizar o controlar los efectos en salud por inadecuadas condiciones sanitarias o ambientales, complementario con la sensibilización acerca de la responsabilidad que tienen los propietarios de los establecimientos sobre el cumplimiento de la normatividad sanitaria. Por tal motivo se promueve en la comunidad la estrategia de autorregulación, donde los proveedores o productores de bienes o servicios pueden inscribirse para la revisión de la norma sanitaria según la actividad económica, el registro, la verificación del cumplimiento normativo con base en una lista de chequeo, la solicitud de la visita sanitaria y la autorregulación posterior y de manera permanente.

Teniendo en cuenta el contexto mencionado, la Secretaría Distrital de Salud implementó en Bogotá, esta estrategia, la cual puede ser consultada a través de la página web "negocios saludables – negocios rentables", (http://autorregulacion.saludcapital.gov.co/), donde los proveedores o productores de bienes o servicios pueden inscribirse siguiendo los pasos allí establecidos, los cuales incluyen la revisión de la norma sanitaria según la actividad económica, el registro, la verificación del cumplimiento normativo con base en una lista de chequeo, la solicitud de la visita sanitaria y la autorregulación posterior y de manera permanente. Adicionalmente, la invitación a que los establecimientos se vinculen a los programas de excelencia sanitaria que brinda la Secretaría Distrital de Salud.

- **Donación de sangre -Donación y trasplante de órganos**: favorecer el despliegue de acciones de información desde los equipos técnicos de la GSP-PSPIC, enfocadas en contenidos puntuales y de divulgación permanente, que puedan llegar a la comunidad a través de diferentes canales y favorecer la conciencia y sensibilidad sobre el acto solidario y voluntario de donar, así como motivar el registro de voluntades sobre la donación.

- **Infección respiratoria aguda –IRA:** En el momento en que la Subdirección de Vigilancia en Salud Pública identifique e informe a la coordinación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PSPIC) que el número de casos de infección respiratoria aguda en la ciudad sobrepasa la zona de seguridad del canal endémico, todos los equipos de entornos cuidadores y procesos transversales desarrollarán en el marco de sus acciones con la población, estrategias de información, educación y comunicación orientadas a la prevención de la infección respiratoria, la identificación de signos de alarma y la atención oportuna de los casos

- **Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)**: desde el PAI, se orienta a los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS y demás entidades responsables de las acciones en salud para brindar una atención continua de acuerdo a los momentos del curso de vida de manera integral, mediante intervenciones de demanda inducida a los servicios de vacunación teniendo en cuenta el tipo y el enfoque diferencial previo a la identificación de la población susceptible. En este sentido, los equipos de la GSP-PSPIC, deben conocer el programa y lograr la demanda inducida a la población susceptible a vacunar, que se identifica en las diferentes entornos y procesos.

Los temas transversales mencionados anteriormente, son de vital importancia, dada la necesidad existente de posicionar y fortalecer temas de interés en salud, con la población que se interviene en los diferentes entornos cuidadores y procesos transversales de la GSP-PSPIC, que permitan promocionar el acceso a servicios, el fortalecimiento social y comunitario en salud, procesos de IVC, prácticas de co-cuidado, entre otros.

Para orientar el desarrollo de estos temas, se cuenta con una ficha técnica.

La consulta se realizará a través de la siguiente Ruta: Información, educación y comunicación IEC / Caja de herramientas / Temas transversales.

Referencias

- Ministerio de salud y protección social. Resolución 518 de 2015. Gestión de la Salud Pública y se establecen directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas – PIC.
- Ministerio de salud y protección social. Resolución 3280 de 2018. 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.
- Circular 011 de 2018. Directrices para avanzar en la construcción e implementación del Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural- SISPI a nivel territorial, en diálogo con el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Planes Integrales de Acciones afirmativas 2020-2024 políticas Indígena, Gitano, Raizal, Palenquero y negro/afrodescendiente.
- Resolución 2626 de 2019 "Línea de acción de enfoque diferencial" del Modelo de Acción Integral Territorial- MAITE.

- Resolución 050 de enero de 2021 adopción capítulo para pueblos y comunidades indígenas de Colombia como parte integral del plan decenal de salud pública.
- Ministerio de salud y protección social. Resolución 295 de 2023. Por la cual se modifican los artículos 3, 8, 11, 14, 16, y 18 de la Resolución 518 de 2015 en relación con la gestión de la salud pública, las responsabilidades de las entidades territoriales y de los ejecutores del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas y las condiciones para la ejecución.

CONTROL DE CAMBIOS

VERSIÓN	FECHA DE APROBACIÓN	RAZÓN DE ACTUALIZACIÓN
1	Marzo de 2023	Se realiza la creación del documento dado a los nuevos convenios interadministrativos celebrados ente la Secretaria Distrital de Salud – FFDS y las Subredes Integradas de Servicios de Salud E.S.E; para la ejecución de las acciones Gestión de la Salud Pública de competencia y el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas PSPIC.

Elaboró: Sindy Julieth Sánchez, María Camila Marín, Milena Useche Velásquez – Referentes Técnicos Entorno Hogar /Revisó: Marcela Martínez Contreras - Subdirectora de Acciones Colectivas, Adriana M. Ardila Sierra - Subdirectora de Determinantes en Salud. Sol Yiber Beltrán Aguilera – Subdirectora de Vigilancia en Salud Pública y Andrea Yiset López- Subdirectora en Gestión y Evaluación de Políticas en Salud Pública / Aprobó: Iliana Curiel Arismendy – Directora de Acciones Colectivas y Diane Moyano Directora de Epidemiología, Análisis y Gestión de Políticas de Salud Colectiva.

ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
Nombre: Sindy Julieth Sánchez **Cargo:** Referente Técnico Entorno Hogar **Nombre:** María Camila Marín **Cargo:** Referente Técnico Entorno Hogar **Nombre:** Milena Useche **Cargo:** Referente Técnico Entorno Hogar **Nombre:** Johana Cabiativa **Cargo:** Referente Técnico Etnias **Nombre:** Edyanni Ramos **Cargo:** Referente Técnico Etnias **Fecha:** Marzo de 2023	**Nombre:** Marcela Martínez Contreras **Cargo:** Subdirectora Acciones Colectivas **Nombre:** Andrea López **Cargo:** Subdirectora Gestión y Evaluación de Políticas en Salud Pública **Nombre:** Adriana Mercedes Ardila Sierra **Cargo:** Subdirectora Determinantes en Salud **Nombre:** Sol Yiber Beltrán Aguilera **Cargo:** Subdirectora de Vigilancia en Salud Pública **Fecha:** Marzo de 2023	**Nombre:** Iliana Francineth Curiel Arismendy **Cargo:** Directora Acciones Colectivas **Nombre:** Diane Moyano Romero **Cargo:** Directora Vigilancia en Salud Pública **Fecha:** Marzo de 2023