

PROCESO CENTRAL RESPUESTAS A NECESIDADES EN EL TERRITORIO

Subproceso: acciones promocionales en salud en los territorios
Guía Operativa. Asesorías a familias por condición y situación prioritaria

TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN	2
2. Algunos conceptos centrales de los procesos de Información, educación y comunicación en salud.....	3
3. OBJETIVOS	5
<i>General</i>	5
<i>Específicos</i>	5
4. METODOLOGÍA DE LAS ASESORÍAS EN CASA	6
4.1. Primera Fase: Alistamiento	7
El proceso de alistamiento también incluye conforme a la programación semanal la confirmación telefónica de las visitas de ser posible como un medio de recordación de las visitas y que contribuya a disminuir las visitas fallidas. Para el desarrollo de esta fase se dispone de 8 horas mensuales por persona del equipo integrado.	7
4.2. Segunda Fase: Asesorías y seguimientos en casa	7
4.2.1. A todas las familias de los microterritorios: Visita de caracterización o actualización de novedades a las familias	12
4.2.2. Esquemas de asesoría y seguimiento en casa según la prioridad de la familia	13
4.2.2.1. Familias de prioridad alta	13
4.2.2.1.1. Familias con gestantes	13
4.2.2.1.2. Familias con niños y niñas menores de cinco años.....	20
4.2.2.1.3. Familias con niños menores de un año	27
4.2.2.1.4. Visitas adicionales	28
4.2.2.1.5. Familias con niños de 1 hasta 5 años con desnutrición.....	30
4.2.2.1.6. Visitas adicionales	33
4.2.2.1.7. Criterios guía para la decisión de asesorías adicionales	34
4.2.2.1.8. Familias con miembros en situación de discapacidad.....	35
4.2.2.1.9. Familias con eventos de salud mental – Intervención Psicosocial	38
4.2.2.1.10. Familias en condición o situación de desplazamiento.....	41
4.2.2.1.11. Familias con miembros pertenecientes a grupos étnicos	43
4.2.2.1.12. Familias con prioridad alta por vivienda saludable	45

4.2.2.2.	Familias de prioridad media	49
4.2.2.2.1.	Familias con niños de 1 hasta 5 años sin desnutrición	49
4.2.2.2.2.	Familias con adolescentes y/o jóvenes.....	51
4.2.2.2.3.	Familias con personas con condiciones crónicas	55
4.2.2.2.4.	Familias con personas mayores.....	62
4.2.2.2.5.	Criterios guía para la decisión de asesorías adicionales	66
	Caja de Herramientas	66

1. INTRODUCCIÓN

Dada la mayor fragilidad de las familias que se abordan en los micro territorios de Atención Primaria en Salud (APS) en Bogotá, desde el enfoque promocional de calidad de vida y salud se requiere desarrollar procesos de educación y cultura para la salud, aportando a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, la mitigación de riesgos y daños a nivel familiar e individual.

Para ello es necesario fortalecer los procesos sociales y culturales en comunicación y educación para la salud, en una perspectiva promocional de los derechos humanos, teniendo en cuenta las particularidades diferenciales y poblacionales de las personas que habitan los territorios, entendiendo la salud como un derecho humano inalienable individual y colectivo.

El fortalecimiento de dichos procesos sociales y culturales se desarrolla en el escenario familiar mediante la asesoría en casa a las familias¹, en las cuales se abordan todas las etapas del ciclo vital individual y familiar con énfasis en las respuestas según las particularidades de cada una de ellas y se proyecta a todos los grupos poblacionales por medio de acciones en y para la **diversidad funcional, cultural y de identidad**, con especial atención a las necesidades en salud ambiental, salud mental y discapacidad existentes en las familias; igualmente, para el caso de poblaciones en situación de exclusión se considera la puerta de entrada de la familia a procesos de empoderamiento.

Mediante las asesorías en casa a las familias se permite reconocer, analizar y priorizar necesidades con el fin de organizar las respuestas, los recursos, y los responsables para su abordaje a través de los programas de salud pública y de la oferta institucional del gobierno distrital.

Esta guía estructura busca orientar la operación en campo de los equipos territoriales con el fin de detectar los riesgos en salud, desarrollar los procesos de información, educación y comunicación (IEC) en salud y la canalización a servicios según las necesidades de las familias. Para ello define tres apartados, el primero en donde se desarrolla brevemente el abordaje conceptual desde donde se plantean las acciones de IEC, el segundo en donde se despliegan los objetivos y el tercero en donde se presenta la metodología de las actividades a

¹ Es importante señalar que en las familias se desarrollan asesorías en casa y encuentros colectivos (círculos de existencia), para consultar este segundo grupo de acciones en la familia ir a la guía operativa respectiva.

desarrollar durante las asesorías en casa con las familias según su clasificación de prioridad (alta, media o baja).

La presente guía operativa es vigente a partir del mes de junio de 2012, en el periodo febrero – mayo de 2012 se operó conforme a los lineamientos técnicos del año 2011, de igual forma los formatos nuevos deben ser usados una vez se agoten las existencias de los formatos del año inmediatamente anterior.

2. Algunos conceptos centrales de los procesos de Información, educación y comunicación en salud.

El fortalecimiento de una cultura para la salud permite mejorar efectivamente la calidad de vida de la población. Los procesos de gestión integral y movilización social **se complementan** con los de educación y comunicación, para la transformación de los imaginarios, representaciones y prácticas culturales y sociales dentro de una concepción amplia de la **promoción de la salud** y la calidad de vida de las comunidades. A través de esta guía se busca dar las pautas para el manejo de la información como medio para estructurar las **acciones promocionales y preventivas** que aportan a la transformación de determinantes proximales e intermedios.² Antes de desarrollar la metodología de las asesorías en casa, es necesario reconocer algunos conceptos claves que orientaran todas actividades de información, educación y comunicación en salud que emprenderán los equipos territoriales durante las asesorías en casa.

Educar es propiciar la formación de seres humanos más empoderados, activos, autónomos, conscientes y participativos frente a sus realidades, a través de procesos de autoconocimiento y reconocimiento del contexto social y cultural. La educación conduce a la formación de un ser humano más maduro, más completo y más coherente. A través de la educación se busca la transformación cultural y social de la comunidad con el propósito de mejorar de manera autónoma su calidad de vida, es un proceso que obtiene resultados a mediano y largo plazo y por tanto es producto de un esfuerzo sostenido en el tiempo en el cual la misma comunidad es garantía de la sustentabilidad del proceso educativo.

Todo proceso educativo en cualquiera de sus formas, incluyendo la escolarizada, en un acto de comunicación que está mediado por el lenguaje y en este sentido es un trabajo cultural. Por esto cuando se realiza un proceso educativo es importante tener en cuenta su complejidad y de esta manera incluir en el diseño las dimensiones sociales que están involucradas en él, entendiendo que la educación es una práctica que va más allá de sus expresiones formales como la escuela o la universidad, para confundirse con otros aspectos que le confieren la dimensión social.

Para el diseño e implementación de un proceso educativo es muy importante definir las temáticas a abordar (delimitación del objeto), su pertinencia (para qué) teniendo en cuenta las características de aquellos y aquellas a quienes están orientadas. A esta indagación colectiva sobre el sentido de lo que se hace se le denomina saber pedagógico. La pedagogía sistematiza el saber de la educación, sus métodos y procedimientos para facilitar que los sujetos participantes perciban críticamente los procesos que suceden alrededor y concierten los

² El marco conceptual de estas acciones, se alimenta con los enfoques de derechos, poblacional, diferencial, género, perspectiva de ciclo vital y relaciones intergeneracionales.

procedimientos para intervenir en ellos para transformarlos. El proceso educativo y la práctica pedagógica deben concretarse en una propuesta didáctica.

La didáctica es el componente de la pedagogía que se ocupa de los métodos prácticos del proceso enseñanza – aprendizaje, destinado a plasmar en la realidad las intenciones del proceso educativo. Se pregunta por cómo enseñar y qué métodos emplear. Tiene como propósito saber expresar y elaborar colectivamente saberes, con un mayor número de recursos para que los participantes comprendan y apropien los contenidos temáticos de interés³.

En ese sentido, educar en salud pasa por construir relaciones de confianza y respeto que le permitan a los sujetos reconocerse individual y socialmente, identificando conscientemente sus conocimientos, habilidades, dudas y prácticas en salud con el fin de generar transformaciones tanto en quien ofrece el saber técnico como en quien presenta el saber popular, es por ello que durante las asesorías en casa con las familias debemos generar ambientes confortables en donde se aborden sin restricciones las necesidades en salud y sociales con miras a orientar y construir respuestas integrales e integradas, para lo cual es esencial desarrollar procesos de comunicación efectiva.

Comunicar es construir sentidos compartidos. La **comunicación** se caracteriza por la posibilidad de generar comprensiones mutuas, construir saberes compartidos, a partir de la confianza recíproca y diálogos significativos. A través de ella es posible crear escenarios en los ámbitos de vida cotidiana, que aporten a la generación de identidad y de transformación de las realidades que favorezcan la salud y la calidad de vida⁴.

Comunicar es desarrollar interacciones entre personas y grupos donde se construyen sentidos compartidos y vínculos emocionales, a partir del encuentro e intercambio de ideas, imaginarios, representaciones y sentimientos. Se busca la expresión de la *subjetividad* de los individuos, que a través de su interlocución se conectan con el pensar colectivo, interactuando con su entorno hacia la vivencia activa de la salud.

Es fundamental generar: un clima de respeto mutuo para hablar y escuchar; una apertura personal para escuchar las diferentes perspectivas, puntos de vistas y sentimientos; garantizar la oportunidad de expresión de cada uno de los participantes; resaltar la importancia de la confidencialidad en cada momento de encuentro con la familia; y flexibilidad para tomar diferentes posiciones y reorientar el diálogo para que se generen cambios⁵.

La comunicación no verbal también tiene un papel muy activo en el proceso de realizar asesorías integrales, grupos promotores y jornadas colectivas con la comunidad. El manejo de la corporalidad en la interacción, el tono de voz, las pausas, el humor y la gestualidad, son elementos no verbales de gran importancia en el proceso de comunicación interpersonal con la comunidad, pues generan la empatía y el contacto necesarios para crear una relación cercana y sentidos compartidos en torno a la promoción de la salud⁶.

Por último, **informar** es dar a conocer, poner a disposición los datos y conceptos necesarios para la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades y el acceso a los servicios sociales y de salud. Permite también sensibilizar a los sujetos, mostrando elementos para el

³ Basado en el documento HISTORIA Y EPISTEMOLOGIA DE LA PEDAGOGIA. UNIVERSIDAD LIBRE. NÉSTOR G. AGUDELO G.

⁴ Módulo del ámbito comunitario de curso virtual del PIC, Universidad Nacional de Colombia, 2011 (Documento inédito).

⁴ Paulo Freire - Pedagogía de la Esperanza

⁵ Documento de trabajo: "Metodología de diálogos sociales con enfoque apreciativo", SPRL- MLB.

⁶ Catalán *et al*, *Op. Cit*.

análisis de las situaciones que afectan a la comunidad y apoyar la búsqueda de posibles alternativas de solución, nuestro objetivo durante las asesorías en casa con las familias es lograr **informar para decidir lo que es mejor para todos**, en este sentido la información constituye un proceso unidireccional de transmisión de contenidos de alta trascendencia, pues viabiliza que las comunidades cuenten con bases sólidas para construir su opinión pública frente a las situaciones que afectan su calidad de vida y salud, generando procesos de toma de decisiones informadas.

La información genera amplias oportunidades para la divulgación de aspectos claves del autocuidado, hábitos y estilos de vida saludable, que pueden ser apropiadas por las audiencias como prácticas que contribuyen a la prevención de la enfermedad.

En este sentido, si la información es comprendida como proceso, es una dimensión de las acciones preventivas que fortalece la toma de decisiones, la generación de opinión y la producción de conocimientos, con un énfasis particular en los conocimientos, imaginarios y representaciones en relación con el acceso a los servicios sociales y de salud y la corresponsabilidad de la población en la protección de su salud.

Por último vale la pena señalar que además de desarrollar acciones de IEC en salud, durante las asesorías en casa debemos detectar riesgos para la salud y la calidad de vida de las familias, este ejercicio debe orientar la canalización a los servicios de salud y los servicios sociales del Distrito Capital.

3. OBJETIVOS

General

Aportar al mejoramiento de la calidad de vida y salud de las familias, mediante respuestas integradas e integrales que afecten positivamente los determinantes sociales en salud, y que promuevan el ejercicio de sus derechos a través de procesos de ciudadanía en salud.

Específicos

- Promover la salud y prevenir daños en las familias mediante acciones de información, educación y comunicación (IEC) consensuadas con la familia en un plan de seguimiento familiar a partir del reconocimiento de sus capacidades y el ejercicio de sus derechos.
- Desarrollar procesos de seguimiento y monitoreo para identificar las transformaciones que se generen en función de los procesos de comunicación y cultura para la salud.
- Canalizar a la población identificada en el territorio hacia a los servicios sociales y a los servicios de salud de acuerdo a su afiliación al SGSSS.
- Contribuir a la vigilancia de los eventos en salud pública a través de la notificación de eventos a vigilancia comunitaria.
- Divulgar los derechos y beneficios en los servicios de salud a las familias en las unidades territoriales de acción, incluyendo el enfoque diferencial para familias en desplazamiento, étnicas y situación de discapacidad.

- Promover la restitución la autonomía funcional, social y política de las personas y familias con discapacidad, desplazamiento forzado, etnias y en situaciones de riesgos emergentes en salud, sus familias, cuidadores y cuidadoras de manera que se impacte en su calidad de vida e inclusión social, mediante el desarrollo de respuestas integrales que afecten positivamente los determinantes psicosociales que inciden en ella y promuevan el ejercicio de sus derechos.
- Brindar apoyo psicológico, social y en salud, a la familia en su domicilio con el fin de activar, movilizar y fortalecer recursos individuales, familiares y sociales, que le permitan obtener cambios positivos para restituir su autonomía y la del individuo.
- Reducir el riesgo de un suicidio consumado en aquellas personas que presentan alguna manifestación no fatal de conducta suicida mediante la puesta en marcha y los restablecimientos de sus redes sociales y recursos.
- Realizar intervención psicosocial a familias desplazadas y étnicas en el marco del enfoque promocional, la atención primaria en salud y el enfoque diferencial, que conduzca al fortalecimiento de la dinámica familiar, la construcción de sus proyectos de vida, el restablecimiento emocional y la generación de herramientas psicosociales de atención integral en salud, permitiendo a su vez vincularse a procesos de desarrollo, gestión e inclusión social teniendo en cuenta su contexto situacional con incidencia dentro de los territorios de salud.
- Promover Entornos Ambientalmente Saludables que permitan el mejoramiento de la calidad de vida y salud de la población, desde acciones de promoción de hábitos, estilos y modos de vida, así como de acciones intersectoriales y comunitarias tendientes a proteger la salud ambiental a nivel territorial.

4. METODOLOGÍA DE LAS ASESORÍAS EN CASA

Esta guía y su caja de herramientas buscan orientar la operación en campo de los equipos territoriales en lo que se refiere a los procesos de: i) detección de riesgos en salud, prevención de la enfermedad y canalización a servicios, ii) restitución de la autonomía en grupos poblacionales con condiciones o situaciones diferenciales. Se parte de que el proceso de asesorías y seguimientos domiciliarios en los micro territorios, requiere del trabajo mancomunado de los profesionales y técnicos de los equipos integrados y por lo anterior la guía y sus anexos técnicos has sido construidos por el equipo distrital en su conjunto y está compuesta por las acciones concretas de los PDA y transversalidades.

La guía plantea la metodología de operación general de las dos fases de esta respuesta: 1. Alistamiento y 2. Asesorías y seguimientos domiciliarios por parte de los equipos integrados.

Sobre la segunda fase la guía además de plantear la metodología de operación se centra en el enfoque y contenido general para la realización de las asesorías en casa. Las acciones así planteadas deberán adoptar una metodología participativa y de educación para la salud hacia la reconstrucción de entornos familiares saludables.

Vale recordar que las asesorías integrales en casa a las familias se definen como una secuencia de encuentros con un sujeto individual o colectivo, en que se responde a necesidades específicas mediante actividades de educación para la salud, prevención de

daños a la salud y canalización a servicios de salud, que permiten la apropiación de saberes y prácticas para la transformación positiva de su entorno.

4.1. **Primera Fase: Alistamiento**

Esta fase comprende dos pasos: 1. Programación mensual de asesorías y seguimientos en casa por territorio integrado y 2. Preparación de registros familiares y revisión previa de los mismos. Para efectos de la guía operativa se mencionan las fuentes de información que deben ser cruzadas con el APS en línea para la programación mensual y la periodicidad con la que se disponen:

Cuadro No. 1. Relación de bases de datos

Grupo poblacional	Base de datos	Periodicidad
Gestantes	RIPS ESE	Mensual
	SISVAN	Mensual
	Atención al usuario	
Recién nacidos con bajo peso	SISVAN (incluyendo los que fueron visitados por SISVAN)	Semanal
	RIPS ESE	Mensual
Menores de cinco años con desnutrición global que fueron visitados por SISVAN.	SISVAN	Mensual
	RIPS ESE	Mensual
Personas con condiciones crónicas	RIPS ESE	Mensual

En los Anexos de la Ficha Técnica 3. Gestión Integral de la Salud Pública se detalla el procedimiento para envío y retroalimentación a SISVAN.

El proceso de alistamiento también incluye conforme a la programación semanal la confirmación telefónica de las visitas de ser posible como un medio de recordación de las visitas y que contribuya a disminuir las visitas fallidas. Para el desarrollo de esta fase se dispone de 8 horas mensuales por persona del equipo integrado.

4.2. **Segunda Fase: Asesorías y seguimientos en casa**

El trabajo con las familias en microterritorios requiere que la aproximación inicial a éstas se haga presentando el objetivo equipo territorial de APS. También es necesario no crear falsas expectativas en las familias, de forma que es necesario aclarar que estas asesorías no pretenden en ningún caso ser el reemplazo de los servicios intramurales.

El proceso a desarrollar con las familias requiere por parte de los equipos integrados actitudes y habilidades, como:

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

El proceso de asesoría y seguimiento a las familias se orienta a partir de la primera visita del año que realiza el gestor del equipo integrado a la familia y que le permite definir la prioridad de la familia y concertar con la familia un plan familiar inicial de acuerdo a las necesidades identificadas. Sin embargo, como lo menciona la Ficha Técnica 1. Planificación de la salud Pública en los Territorios, la priorización de la familia puede cambiar a lo largo del desarrollo de las asesorías en casa realizadas por cualquier integrante de los equipos.

La definición del plan familiar es una actividad que debe ser realizada de forma concertada con la familia, de forma que los miembros del equipo integrado tienen el rol de acompañar con acciones de información, educación y comunicación (IEC) y sugerir recomendaciones respetuosas pero los compromisos de la familia será una decisión autónoma de ésta. Esto no afecta que algunas situaciones requerirán acciones de notificación inmediata como son los eventos de notificación obligatoria en salud pública o la violencia intrafamiliar.

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

El contenido de las visitas domiciliarias se define a partir de las necesidades de la familia, pero a continuación se presenta el procedimiento de las asesorías con sus diferentes pasos, la propuesta de contenido general y específico según la presencia de grupos o condiciones prioritarias en las familias, así como algunos criterios orientadores para que el equipo decida asesorías adicionales en las familias o de la participación del Profesional de medicina o profesional de enfermería de los equipos.

Antes de exponer el contenido de las asesorías en casa según la prioridad de las familias, nos permitimos retomar la clasificación de las familias planteada en la Guía operativa de caracterización a las familias:

Cuadro No. 2 Priorización de las Familias

Variables	Categorización de las familias según variables trazadoras	
	Familias de prioridad alta	Familias de prioridad media
Vivienda	Vivienda tipo carpa o refugio natural	Uso productivo de la vivienda con identificación de riesgos menores
	El servicio sanitario es inodoro no conectado al alcantarillado	Hacinamiento en la vivienda
	La vivienda no dispone de acueducto	Presencia de vectores
		Disposición de basuras y falta de acceso a servicios públicos de recolección de basura
	Vivienda en zona no legalizada	
	Viviendas con uso productivo con identificación de alto riesgo	
	Viviendas con uso de combustible en actividades domésticas	
	Personas sin cuidador (Menores hasta los 12 años, ancianos, y personas con discapacidad)	Escolaridad. Analfabeta, asociado a la variable 10.1 (jefe de Hogar)

Familias	Familia en Situación de desplazamiento	Desempleado: asociado a la variable 10.1 (jefe de Hogar)
	Familia en condición de desplazamiento	
	Familia en condición de discapacidad	
	Población especial: desplazado, habitante de calle o menor abandonado	
	Algún miembro de la familia dejó de recibir alguna comida en el último mes, por falta de dinero	
	Reducción de la cantidad de comida a los niños menores de 5 años por falta de dinero	
Individuos	Menores de 5 años con Desnutrición	Niña o niño de uno a cinco años
	Presencia de limitación permanente para moverse, ver oír, hablar o comunicarse en alguno de sus integrantes	Bajo peso o DNT en algún miembro de la familia.
	Embarazo actual (cualquier mujer de la familia)	Diagnóstico de Diabetes en algún miembro de la familia.
	Niño o niña menor de 1 año	Diagnóstico de Hipertensión en algún miembro de la familia.
	Esquema de vacunación inadecuado para la edad (cualquier niño o niña)	Mujeres de 25 a 69 años en la familia sin toma de la citología vaginal en el último año.
	Violencia intrafamiliar	Menores que ocuparon la mayor parte del tiempo de la semana pasada trabajando.
	Violencia en adulto mayor	Menor desescolarizado.
	Violencia sexual en cualquier grupo de edad	Mujeres con vida sexual activa no usuarias de método de planificación.
	Explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes.	
	Antecedentes de ideación, intento o suicidio consumado	
Consumo o expendio de SPA		

La clasificación de las familias como de alta y media se debe traducir en prioridad en la oportunidad en la generación de la respuesta institucional. Las familias que no cumplen con alguno de los ítems del cuadro No. 2 son clasificadas como de baja prioridad. La oportunidad esperada para las siguientes situaciones de las familias es inmediata, y debe ser de menos de 24 horas por parte de intervención psicosocial y de notificación inmediata a SIVIM:

- Violencia intrafamiliar
- Violencia en adulto mayor
- Violencia sexual en cualquier grupo de edad: atención en Explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes

- Antecedentes de ideación, intento o suicidio consumado: atención en menos de 24 horas por parte de intervención psicosocial y notificación inmediata a SISVECO.

Para el resto de las situaciones o condiciones se espera respuesta de máximo un mes después del momento de su identificación siendo ideal tan pronto sean identificada.

Es necesario destacar que en este proceso de asesorías se espera que una familia de prioridad alta máximo tenga un total de 8 asesorías en casa al año (la vista del gestor de actualización de novedades o caracterización, 4 de la prioridad por ciclo vital y 3 de la situación/ condición diferencial - sólo en aquellas en donde esto ocurra). Los esquemas que se presentan a continuación deben orientar las asesorías en casa según la mayor prioridad encontrada en la familia, no debe desarrollarse en una sola familia más de un esquema de visitas por prioridad (Ver cuadro No. 3).

Cuadro No. 3 Resumen de intervención en las familias según nivel de prioridad

Familias según prioridad	Condición que prima en la familia, según enfoque poblacional y diferencial	Gestor en salud (actualización de novedades o caracterización)	Gestor en salud	Gestor comunitario	Agente de cambio	Técnico Ambiental	Higienista	Medico/a	Enfermera/o	Odontólogo/a	Nutricionista	Psicóloga/o	Terapeuta físico, ocupacional o fonocardióloga/o	Trabajador/a Social	No. de Asesorías en casa al año
Alta	Gestantes	1						2	2						5
	Niños y niñas menores de un año	1						2	2						5
	Niños y niñas de 1 a 4 años con desnutrición	1						1	2		1				5
	Situación o condición de desplazamiento	1										3			4
	Situación de discapacidad	1			1								3		4
	Evento de salud mental	1										3			4
	Familias étnicas	1		1										2	3
	Vivienda Saludable	1				3									4
	Visitas adicionales														

	Niños y niñas captados con menos de 2 meses (asesorías en lactancia materna)		3															3
	Niños y niñas menores de 1 año con bajo peso al nacer o desnutrición											1						1
	Gestantes con bajo peso											1						1
	Gestantes sin asesoría en el año anterior en salud oral						2				1							3
Media	Niños y niñas de 1 a 4 años no visitados en el año anterior	1	1				2			1	1							7
	Adolescentes o Jóvenes no visitados en el año anterior	1	2							1								4
	Persona con condición crónica no visitados en el año anterior	1	2							1								4
	Mujer en edad reproductiva sin CCV	1	2															3
	Persona mayor no visitados en el año anterior	1	2							1								4
	Visitas adicionales																	
	Niños y niñas de 1 a 4 años sin asesoría en salud oral en el año anterior.							2				1						3
Baja	Familia sin ninguna de las anteriores condiciones	1	1															2

4.2.1. A todas las familias de los microterritorios: Visita de caracterización o actualización de novedades a las familias

En el caso de las familias de prioridad baja el contenido de la asesoría y seguimiento aunque dependerá de la priorización del plan familiar puede abordar algunos contenidos generales que se especifican con detalle en el Formato D. Plan Familiar de esta guía y entre los cuales se destacan:

- Información sobre derechos y deberes en salud con énfasis en el sistema general de seguridad social en salud.
- Asesoría según eventos de emergencia o vigilancia en salud pública
- Condiciones de la vivienda
- Relaciones intrafamiliares
- Alimentación teniendo en cuenta las posibilidades de la familia
- Canalización a servicios de salud y servicios sociales.

Para los servicios de salud incluye los servicios de protección específica y detección temprana contemplados en la Resolución 412 de 2000. Para grupos poblacionales o con condiciones priorizadas se contemplan las guías de sus respectivos esquemas a partir del numeral 3.2.2. Para el resto de grupos poblacionales se debe canalizar así:

- ✓ Citología cervicouterina para mujeres que han iniciado su vida sexual o mayores de 25 hasta 69 años y que nunca se la han realizado o a quienes no tienen el esquema 1-1-3. En este grupo será importante hacer el seguimiento a la reclamación de resultado, lo cual será articulado con el ámbito IPS para saber las mujeres que no lo hacen.
- ✓ Consejería en planificación familiar a mujeres y hombres con sexualidad activa sin deseos de procreación y no usuarios de ningún método.
- ✓ Control del adulto mayor a 45 años cada cinco años.
- ✓ Mamografía a mayores de 50 años o que no se la han realizado en los 2 últimos años.
- ✓ Consulta de prevención en salud oral para mayores de 19 años una vez al año.
- ✓ Examen oftalmológico a los 55, 65 años y luego cada cinco años.

A continuación el procedimiento para las primeras visitas de todas las familias y las particularidades que debe tener la de familias diferidas de prioridad baja:

<p>Nombre de la acción 1: Primera visita de caracterización y medición de la vulnerabilidad de la familia o de actualización de novedades.</p> <p>Familia: Todas las de micro territorios en barrido inicial y actualización permanente de micro territorios</p> <p>Tiempo: 1 hora</p> <p>Responsable(s): Gestor en Salud</p> <p>Periodicidad: Una vez al año</p>	
<p>Actividades por pasos:</p> <p>Paso 1:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Caracterización de la familia y medición de vulnerabilidad si esta es nueva utilizando <i>Formato caracterización e identificación de vulnerabilidad familiar</i> • Actualización de novedades en familias antiguas utilizando el <i>Formato de Novedades y seguimiento</i>. <p>Paso 2:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Concertación con la familia del plan familiar y registro en el 	<p>Materiales e insumos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Formato de caracterización e identificación de vulnerabilidad familiar ✓ Formato de novedades y de seguimiento ✓ Formato de plan familiar ✓ Formato de canalización

<p><i>Formato Plan Familiar de seguimiento</i> en el cual deberá quedar acordada la siguiente visita en el caso de familias de prioridad alta y media</p> <p>Paso 3:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Información, educación y comunicación sobre aspectos priorizados (Manual del Gestor en la caja de herramientas) que será registrado en el <i>Formato de novedades y seguimiento</i>. <p>Paso 4:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Canalización a servicios de salud o sociales en caso necesario y de preferencia con programación de consulta de salud en terreno o entrega de <i>Formato la canalización de prestación de servicios de salud</i> y registro en <i>Formato de novedades y seguimiento</i>. 	<p>Subproducto: Familia caracterizada o con actualización de novedades, clasificada según prioridad y con plan familiar.</p> <p>Soportes: Formatos anteriores diligenciados completamente según familia visitada primera vez o actualización con forma de la familia -excluyendo Formato de canalización- con captura de Formato caracterización e identificación de la vulnerabilidad y Formato de novedades y seguimiento en APS en línea.</p>
--	--

4.2.2. Esquemas de asesoría y seguimiento en casa según la prioridad de la familia

4.2.2.1. Familias de prioridad alta

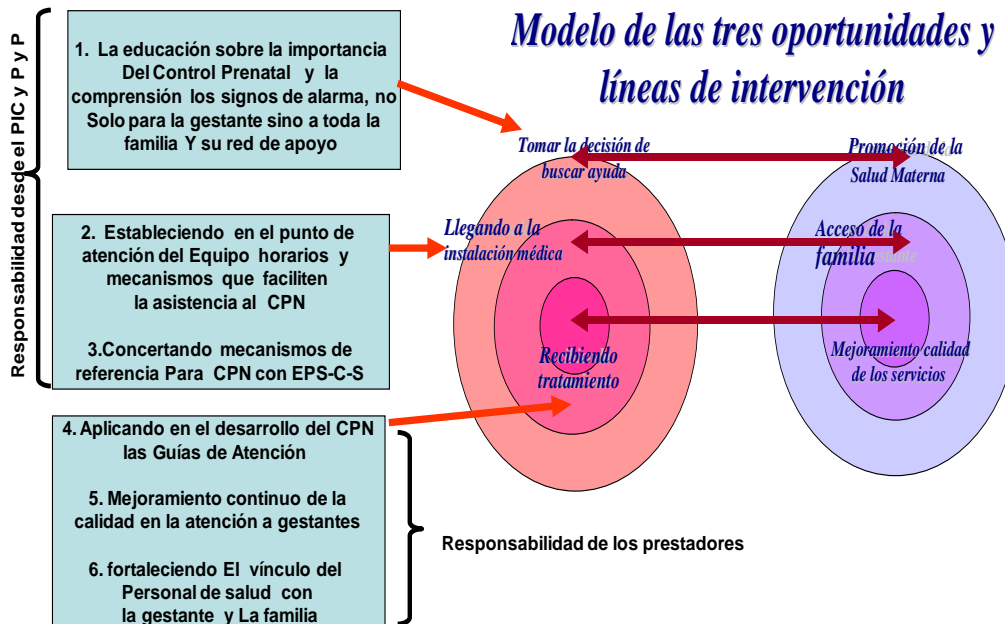
La asesoría en casa debe realizarse integralmente a la familia, pero se propone un esquema mínimo de acuerdo al criterio que predomina en la familia para ser considerada como de prioridad alta.

4.2.2.1.1. Familias con gestantes

El proceso de asesoría y seguimiento a las familias con gestantes de los micro territorios de APS busca favorecer la autonomía de la mujer gestante, el reconocimiento, ejercicio y exigibilidad de derechos sexuales y reproductivos mediante acciones de información, educación, comunicación dirigidas al fortalecimiento de los conocimientos, capacidades y habilidades en el cuidado, autocuidado y la protección del binomio madre hijo en el seno de la familia, así como desarrollar estrategias de demanda inducida, canalización efectiva y gestión, tendientes a garantizar el derecho al acceso oportuno a la atención integral en salud y al apoyo social en los casos en que sea necesario de toda familia gestante.

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

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



En el desarrollo de la asesoría y seguimiento a la gestante se debe involucrar a la pareja y a la familia para que acompañe el proceso de la gestación, siendo éste un estado natural que implica cambios físicos, sociales y psicológicos que requieren de cuidados y soporte de todo el núcleo familiar.

Se busca asesorar al 90% de las familias con gestantes identificadas en los microterritorios de APS y solamente a las gestantes que sean canalizadas como de alto riesgo biopsicosocial en familias adscritas.

La asesoría parte de la caracterización de la familia realizada por el gestor en salud durante la primera visita del año (caracterización o actualización de novedades) y de la identificación de situaciones o condiciones de la gestante y su familia de tipo biológico (historia reproductiva, condiciones de salud asociadas y del embarazo actual incluyendo signos de alarma); psicológico (planeación y deseo del embarazo y la presencia de tensiones), y social (apoyo social, de la familia y la pareja y la situación económica) que inciden en el proceso de gestación. La identificación la familia gestante debe realizarla el médico y/o enfermera utilizando el Formato de Mujer Gestante en Atención Primaria, cuyo diligenciamiento se explica en el instructivo respectivo.

A partir de esta identificación de la gestante y su familia se debe orientar el plan familiar de la gestante que incluye las acciones de IEC de acuerdo a las necesidades identificadas y a las etapas de la gestación (trimestre de gestación). De esta forma aunque el contenido de las acciones de IEC es variable para cada familia, a continuación se plantean los aspectos básicos que se deben tomar en cuenta por trimestre de gestación,^{7,8} los cuales se pueden desarrollar

⁷ Programa de Apoyo a la Reforma de la Salud, Ministerio de la Protección Social. Guía Operativas de promoción de la Salud y prevención de enfermedades en la Salud Pública. Bogotá:Scripto. 2007. Tomo1. Disponible en: www.pos.gov.co.

con el apoyo del Decálogo de compromisos y deberes de la gestante, Diario de la Gestante y el Manual del Gestor disponibles en la Caja de Herramientas.

Para cada sesión de asesoría por trimestre de la gestación se propone un tema de educación en el que se debe enfatizar, sin olvidar que los otros temas deben ser tratados pero sin tanta profundidad. Si la gestante es captada a partir del segundo o tercer trimestre deberán incluirse los contenidos del primer y segundo trimestres que sean pertinentes.

Primer trimestre de gestación

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

Otros temas

- ✓ Síntomas normales en el embarazo
- ✓ Signos de alarma y su significado.
- ✓ La importancia de la alimentación incluida la suplementación con sulfato ferroso y ácido fólico.
- ✓ Prácticas de: sexo seguro, abandono de consumo de sustancias psicoactivas (alcohol tabaco, drogas), uso de medicamentos, actividad física, vestuario, higiene bucal e íntima, cercanía a animales domésticos.
- ✓ Canalización o reforzamiento de asistencia a control prenatal, red social materno infantil, curso de maternidad y paternidad, círculos de existencia y a servicios de apoyo social como comedores comunitarios o bono de gestantes de SDIS.

Segundo trimestre de gestación

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

Otros temas

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

Tercer trimestre de gestación

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

⁸ Fescina R et al. Guías para el continuo de atención de la mujer y el recién nacido focalizadas en APS. 3 edición. Montevideo:CLAP/SMR.2011. Disponible en: <http://paho.org/clap/>

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

Puerperio tardío (hasta los 40 días posparto)

- ✓ **Tema de énfasis:** Fomento de lactancia materna exclusiva y signos de alarma en el puerperio.
- ✓ Cuidados generales de la madre lactante (episiotomía, senos, alimentación).
- ✓ Fortalecimiento de la red primaria de la nueva madre.
- ✓ Derechos en salud y oferta de servicios de salud: licencia de maternidad y tiempo para la lactancia.
- ✓ Canalización o reforzamiento de asistencia a consulta de consejería de planificación familiar, control del recién nacido, red social materno infantil, círculos de existencia y a servicios de apoyo social como comedores comunitarios.

Es importante resaltar a la familia con gestante que las sesiones de asesoría en casa no reemplazan en ningún caso al control prenatal. De hecho la canalización al mismo y el seguimiento de las gestantes inasistentes será una acción a desarrollar en todas las asesorías.

A continuación se presenta el procedimiento para el desarrollo de las sesiones de asesoría y seguimiento del esquema que como mínimo debe hacerse con la familia con gestante, dicho esquema debe desarrollarse durante toda la gestación:

<p>Nombre de la acción: Sesión de identificación de la gestante y su familia e inicio de procesos de IEC. Familias: Gestantes de microterritorios de APS y gestantes de alto riesgo de familias adscritas Tiempo: 1 hora Responsable(s): Profesional de medicina o profesional de enfermería Periodicidad: Una vez realizada la caracterización o actualización de novedades de la familia</p>	
<p>Actividades por Pasos: Paso 1: ✓ Identificación de la gestante utilizando el <i>Formato Mujer gestante en APS</i> y a partir de la información del carnet de atención materna. ✓ Aplicación de la encuesta de conocimientos, actitudes y prácticas utilizando el Formato de pre-asesoría según los aspectos que serán trabajados en el plan familiar. Paso 2: ✓ Concertación del plan familiar de la gestante y registro <i>Formato Mujer gestante en APS</i> y si se trabajan otros aspectos con la familia en el formato que corresponda de ciclo vital o el general <i>Formato de plan familiar</i> Paso 3: ✓ Información, educación y comunicación de acuerdo al trimestre de gestación y a las necesidades de la gestante y su familia (Anexo Técnico de Salud Sexual y Reproductiva y Caja de herramientas) que será registrado en el <i>Formato de mujer gestante y el de Novedades y</i></p>	<p>Materiales e insumos: ✓ Formato de caracterización e identificación de vulnerabilidad familiar ✓ Formato Mujer Gestante en APS ✓ Formato de novedades y seguimiento ✓ Formato de plan familiar o el que corresponda por ciclo vital (si se trabajan otros aspectos en la asesoría) ✓ Formato de canalización ✓ Formato de pre – asesoría.</p>

<p><i>seguimiento.</i> <i>Tema de énfasis:</i> Fortalecimiento de la red primaria de la gestante.</p> <p>Paso 4:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Canalización al control prenatal,* curso de maternidad y paternidad, red social materno-infantil, círculos de existencia de gestantes, y a los servicios de salud o sociales que requiera la familia. De preferencia con programación de consulta de salud en terreno o entrega de <i>Formato de canalización</i> y registro en <i>Formato de novedades y seguimiento.</i> ✓ Acuerdo con la familia de la próxima visita en el año que será confirmada de forma telefónica días antes de su realización. 	<p>Subproducto: Familia con gestante con identificación de riesgo biopsicosocial y definición de plan familiar de gestante.</p> <p>Soportes: Formatos anteriores diligenciados completamente con firma de la familia y sello del profesional -excluyendo <i>Formato de canalización-</i> con captura del Formato de novedades y seguimiento en APS en línea, y en la base de gestantes.</p>
<p>Nombre de la acción: Sesiones de seguimiento de gestante. Familias: Gestantes de microterritorios de APS y gestantes de alto riesgo de familias adscritas Tiempo: 1 hora cada sesión Responsable(s): Profesional de medicina o profesional de enfermería Periodicidad: 2 a 3 meses después de la primera asesoría del profesional y la última hasta un mes posparto</p>	
<p>Actividades por Pasos:</p> <p>Paso 2:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Indagación de novedades, revisión de la información de carnet de atención materna y seguimiento a los compromisos del plan de seguimiento a la gestante que permitirán ajustar el plan familiar y registro en <i>Formato Mujer gestante en APS</i> y si se trabajan otros aspectos con la familia en el formato que corresponda de ciclo vital o el general <i>Formato de plan familiar</i> <p>Paso 3:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Información, educación y comunicación de acuerdo al trimestre de captación y a las necesidades de la gestante y su familia (Caja de herramientas) que será registrado en el <i>Formato Mujer gestante en APS</i> y <i>Formato de novedades y seguimiento.</i> <p><i>Temas de énfasis:</i></p> <p>Segundo trimestre: Alimentación y signos de alarma Tercer trimestre: Signos de alarma, lactancia y planificación. Posparto: Lactancia materna y signos de alarma</p> <p>Paso 4:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Seguimiento a la canalización al control prenatal, curso de maternidad y paternidad, red social materno-infantil, círculos de existencia de gestantes y a los servicios de salud o sociales que requiera la familia. De preferencia con programación de consulta de salud en terreno o entrega de <i>Formato canalización</i> y registro en <i>Formato de novedades y seguimiento.</i> • Acuerdo con la familia de la próxima visita en el año según trimestre de gestación que será confirmada de forma telefónica días antes de su realización. 	<p>Materiales e insumos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Formato Mujer Gestante en APS ✓ Formato de novedades y seguimiento ✓ Formato de plan familiar o el que corresponda por ciclo vital (si se trabajan otros aspectos en la asesoría) ✓ Formato de canalización ✓ Formato de post – asesoría. <p>Subproducto: Familia con gestante con identificación de riesgo biopsicosocial y definición de plan familiar de gestante.</p> <p>Soportes: Formatos anteriores diligenciados completamente con firma de la familia y sello del profesional -excluyendo <i>Formato de canalización-</i> con captura del Formato de novedades y seguimiento en APS en línea, y en la base de</p>

<ul style="list-style-type: none"> Evaluación de la asesoría utilizando el <i>Formato de evaluación post - asesoría</i> en la última sesión de asesoría 	gestantes.
--	------------

* La Resolución 412 de 2000 contempla que el control prenatal debe hacerse cada mes de la gestación hasta la semana 36 y luego cada 15 días hasta el parto.

Adicional al anterior esquema a continuación el procedimiento para las visitas adicionales para las familias con gestantes, cuyo contenido se especifica en los anexos temáticos de Salud Oral y Seguridad alimentaria y nutricional:

<p>Nombre de la acción: Sesión de caracterización de salud oral. Familias: Gestantes de microterritorios de APS y gestantes de alto riesgo de familias adscritas Tiempo: 1 hora Responsable(s): Higienista o profesional de odontología Periodicidad: Una vez realizada la caracterización o actualización de novedades de la familia</p>	
<p>Actividades por pasos: Paso 1: ✓ Caracterización de salud oral de la gestante utilizando el <i>Formato Caracterización de Salud Oral</i> y a partir de la información de carnet de atención materna. Paso 2: ✓ Concertación de plan familiar de salud oral y de la gestante y registro <i>Formato de seguimiento en salud oral</i>. Paso 3: ✓ Información, educación y comunicación de acuerdo a las necesidades de la gestante y su familia que será registrado en el <i>Formato de Novedades y seguimiento</i> Paso 4: <ul style="list-style-type: none"> Canalización a la consulta de odontología. De preferencia con programación de consulta de salud en terreno o entrega de <i>Formato de canalización</i> y registro en <i>Formato de novedades y seguimiento</i>. <ul style="list-style-type: none"> Acuerdo con la familia de la próxima visita en 20 días que será confirmada de forma telefónica días antes de su realización. </p>	<p>Materiales e insumos: ✓ Formato Caracterización de Salud Oral ✓ Formato seguimiento en salud oral ✓ Formato de novedades y seguimiento ✓ Formato de canalización</p> <p>Subproducto: Familia con gestante con caracterización en salud oral.</p> <p>Soportes: Formatos anteriores diligenciados completamente con firma de la familia - excluyendo <i>Formato de canalización</i>- con captura del Formato de caracterización en salud oral y el formato de novedades y seguimiento en APS en línea</p>
<p>Nombre de la acción: Sesión de seguimiento de salud oral. Familias: Gestantes de microterritorios de APS y gestantes de alto riesgo de familias adscritas Tiempo: 1 hora Responsable(s): Higienista Periodicidad: A los 20 días de la primera visita de la higienista</p>	
<p>Actividades por pasos: Paso 2: ✓ Indagación de novedades y seguimiento a los compromisos del plan familiar de salud oral y de la gestante y registro en el <i>Formato de seguimiento en salud oral</i>. Paso 3: ✓ Información, educación y comunicación de acuerdo a las necesidades de la gestante y su familia que será registrado en el</p>	<p>Materiales e insumos: ✓ Formato seguimiento en salud oral ✓ Formato de novedades y seguimiento ✓ Formato de canalización</p>

<p><i>Formato de novedades y seguimiento.</i></p> <p>Paso 4:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Seguimiento a la canalización a la consulta de odontología. De preferencia con programación de consulta de salud en terreno o entrega de <i>Formato de canalización de canalización</i> y registro en <i>Formato de novedades y seguimiento.</i> • Evaluación de la asesoría en caso de no se requiera asesoría de odontología. 	<p>Subproducto: Familia con gestante con asesoría y seguimiento en salud oral.</p> <p>Soportes: Formatos anteriores diligenciados completamente con firma de la familia -excluyendo <i>Formato de canalización-</i> con captura del Formato de novedades y seguimiento en APS en línea</p>
<p>Nombre de la acción: Sesión de seguimiento y cierre de salud oral. Familias: Gestantes de microterritorios de APS y gestantes de alto riesgo de familias adscritas priorizadas para cierre por odontóloga. Tiempo: 1 hora Responsable(s): Profesional de Odontología Periodicidad: A los 20 días de la segunda visita de la higienista</p>	
<p>Actividades por pasos:</p> <p>Paso 2:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Indagación de novedades y seguimiento a los compromisos del plan familiar de salud oral y de la gestante y registro en el <i>Formato de seguimiento en salud oral.</i> <p>Paso 3:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Información, educación y comunicación de acuerdo a las necesidades de la gestante y su familia (<i>Anexo Técnico de Salud Oral en la Caja de herramientas</i>) que será registrado en el <i>Formato de novedades y seguimiento.</i> <p>Paso 4:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Seguimiento a la canalización a la consulta de odontología. De preferencia con programación de consulta de salud en terreno o entrega de <i>Formato de canalización de canalización</i> y registro en <i>Formato de novedades y seguimiento.</i> 	<p>Materiales e insumos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Formato de seguimiento en salud oral ✓ Formato de novedades y seguimiento ✓ Formato de canalización <p>Subproducto: Familia con gestante de alto riesgo con asesoría y seguimiento en salud oral completo.</p> <p>Soportes: Formatos anteriores diligenciados completamente con firma de la familia y sello del profesional -excluyendo <i>Formato de canalización-</i> con captura del Formato de novedades y seguimiento en APS en línea</p>
<p>Nombre de la acción: Sesión de asesoría nutricional de gestante. Familias: Gestantes con bajo peso de microterritorios de APS y gestantes de alto riesgo de familias adscritas Tiempo: 1 hora Responsable(s): Nutricionista Periodicidad: Una vez hayan sido canalizadas por el Profesional de medicina o profesional de enfermería</p>	
<p>Actividades por pasos:</p> <p>Paso 1:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Caracterización nutricional y registro en el <i>Formato Mujer</i> 	<p>Materiales e insumos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Formato de caracterización e identificación de

<p><i>gestante en APS</i> según lo contemplado en anexo técnico de SAN</p> <p>Paso 2: ✓ Concertación de compromisos y registro en el <i>Formato Mujer gestante en APS</i>.</p> <p>Paso 3: ✓ Información, educación y comunicación de acuerdo a las necesidades de la gestante y su familia que será registrado en el <i>Formato de novedades y seguimiento</i></p> <p>Paso 4: • Canalización a la consulta de nutrición. De preferencia con programación de consulta de salud en terreno o entrega de <i>Formato de canalización de canalización</i> y registro en <i>Formato de novedades y seguimiento</i></p>	<p>vulnerabilidad familiar</p> <p>✓ Formato mujer gestante en APS</p> <p>✓ Formato de novedades y seguimiento</p> <p>✓ Formato de canalización</p> <p>Subproducto: Familia con gestante con bajo peso con asesoría y seguimiento nutricional.</p> <p>Soportes: Formatos anteriores diligenciados completamente con firma de la familia y sello del profesional -excluyendo <i>Formato de canalización</i>- con captura del Formato de novedades y seguimiento en APS en línea</p>
---	---

4.2.2.1.2. Familias con niños y niñas menores de cinco años

El proceso de asesoría y seguimiento de las familias con niños menores de 5 años con desnutrición busca identificar en la dinámica familiar y en su entorno inmediato, los determinantes que influyen en los procesos de salud y enfermedad partiendo del reconocimiento de habilidades, creencias y prácticas, para construir conjuntamente con los miembros de la familia el plan de trabajo para el control de los riesgos identificados y la promoción y fortalecimiento de los factores protectores tendientes a mejorar las condiciones de vida y salud de los niños y niñas menores de 5 años, disminuyendo posibilidad de enfermar y morir por causas evitables.

Se busca realizar asesorías en casa al 90% de las familias con niños menores de un año y a las que tienen niños de 1 a 5 años con desnutrición. A las familias con niños de 1 a 5 años sin desnutrición que no fueron visitados en el año previo se dará cobertura de acuerdo a la capacidad de respuesta de los equipos integrados.

El proceso de asesoría a nivel familiar estará orientado a partir de la estrategia de Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) y la de Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia (IAMI) con la cual se busca:

- Coberturas útiles en vacunación de niños y niñas de 0 a 5 años.
- Mejorar las prácticas de cuidado de los niños y niñas menores de 5 años por parte de sus padres y cuidadores.
- Incremento en los meses de lactancia materna exclusiva (meses y días).
- Fortalecer el proceso de incorporación de alimentación complementaria.
- Incremento del 30% de asistencia al programa de control de crecimiento y desarrollo – C y D

- Prevención y manejo de las enfermedades que afectan con mayor frecuencia a la población en la primera infancia.
- Identificación de los signos de alarma y promoción de la consulta oportuna a los centros de atención
- La detección y notificación oportuna de los eventos de interés en Salud Pública en niños y niñas menores de 5 años
- Respuesta rápida y oportuna de los eventos de interés en Salud Pública mediante la articulación con el componente de Vigilancia epidemiológica
- Concertación y acompañamiento al cumplimiento del plan familiar integral.
- Disminución de accidentes en el hogar
- Mejoramiento de las condiciones higiénicas de las personas y de la vivienda.

La atención integrada propuesta por la Estrategia AIEPI, es un “modelo de abordaje” que promueve acciones de promoción del desarrollo integral de los niños y niñas, prevención y un proceso de atención en salud basada en la detección oportuna de las enfermedades prevalentes de la infancia con el uso de signos clínicos, clasificación adecuada y tratamiento oportuno. Se utilizan signos clínicos basados en resultados de investigación que logran un equilibrio cuidadoso entre sensibilidad y especificidad. Los tratamientos se llevan a cabo por clasificaciones orientadas a acciones a nivel de los servicios de salud, la familia y la comunidad. Cubre las enfermedades prevalentes de cada región y parte de medicina basada en evidencia.

El “Modelo de Atención Integrada” está diseñado para ser utilizado por profesionales de la salud, agentes comunitarios y la familia en la atención y cuidado de niños y niñas desde el nacimiento hasta los cinco años de edad. De esta forma la estrategia AIEPI se promueve para ser usada a nivel clínico al interior de los servicios de salud y también a nivel familiar y comunitario.

La implementación de la estrategia AIEPI a nivel de la familia se desarrolla en varios pasos. En primer lugar en todas las visitas realizadas a la familia por cualquier integrante del equipo integrado se debe realizar la valoración del niño desde el punto de vista de sus condiciones de salud y la de su entorno familiar mediante un proceso de comunicación orientada a la consejería de la familia, donde los elementos a tener en cuenta son el escuchar, preguntar y observar. En la identificación de problemas de salud del niño la inspección física, la revisión de carnet de aseguramiento, vacunas y de control de crecimiento y desarrollo y la conversación con el cuidador deben ser registradas en el *Formato Evaluación de la familia con niños/niñas menores de cinco años (AIEPI)*; que orienta la evaluación de:

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

La identificación inicial realizada en la primera visita y las subsecuentes permite:

1. Identificar condiciones que requieren referencia inmediata a los servicios de salud o de manejo inicial en casa. Aquellas que requieren referencia inmediata son la presencia de: cualquier signo de peligro de muerte; neumonía; EDA con deshidratación, sangre o persistente; enfermedad febril muy grave, infección de oído, desnutrición grave y anemia. En el niño menor de dos meses: el bajo peso, la ictericia, infección en el ombligo, que no reciba leche materna o tome nada, vomite todo, fiebre o temperatura muy baja. La orientación para la evaluación de estas condiciones y las orientaciones de manejo en casa se detallan en la Guía de Evaluación del Niño en AIEPI disponible en la Caja de Herramientas.
2. Concertar con la familia y el cuidador del niño un plan de primer infancia dirigido a fortalecer las pautas de crianza y cuidado del niño en el hogar a partir de las necesidades de la familia y en el cual se pueden incluir acciones de IEC relacionadas con las 18 prácticas clave que promueve la estrategia AIEPI y de acuerdo a la edad del niño explicadas en la Guía de AIEPI para profesionales y técnicos de los servicios de salud. Componente comunitario de la estrategia AIEPI disponible en la Caja de Herramientas. De forma general estas prácticas se dividen en cuatro grandes grupos y se listan a continuación:

Cuadro No 4 Prácticas claves de la estrategia AIEPI

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

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

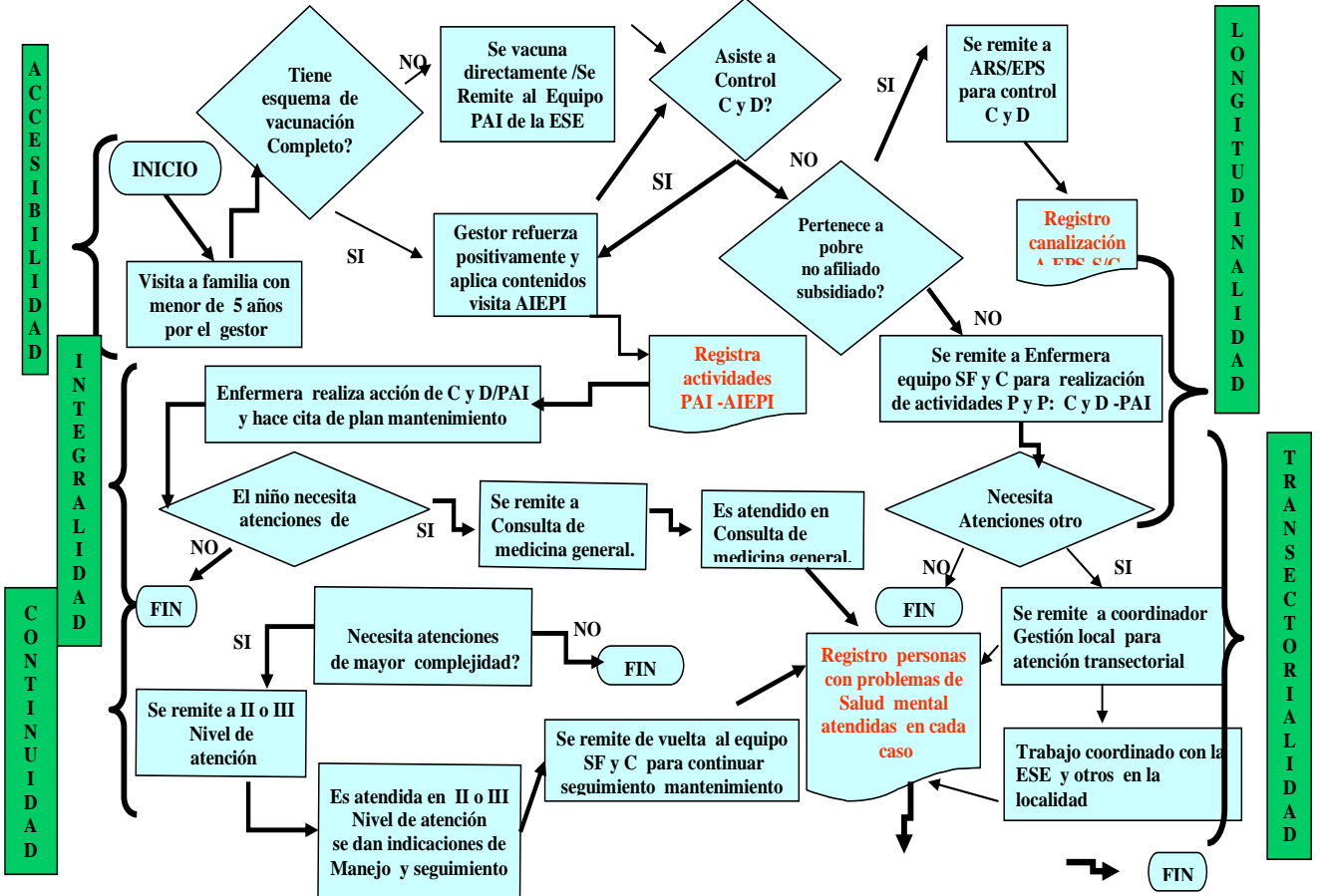
De esta forma aunque el contenido de las acciones de IEC es variable para cada familia, a continuación se plantean los aspectos básicos que se deben tomar en cuenta de acuerdo a la edad de los niños. Las orientaciones de contenido para realizar el proceso se detallan más en la Guía para la Consejería de la Niñez en la Familia: Rotafolio AIEPI Comunitario disponible en la Caja de Herramientas. Para cada sesión de asesoría se propone un tema de educación en el que se debe enfatizar, sin olvidar que los otros temas deben ser tratados pero sin tanta profundidad. Si el niño es captado tardíamente deberán incluirse los contenidos que sean pertinentes.

Cuadro No 5 Propuesta de temas de educación para las familias con niños menores de 5 años

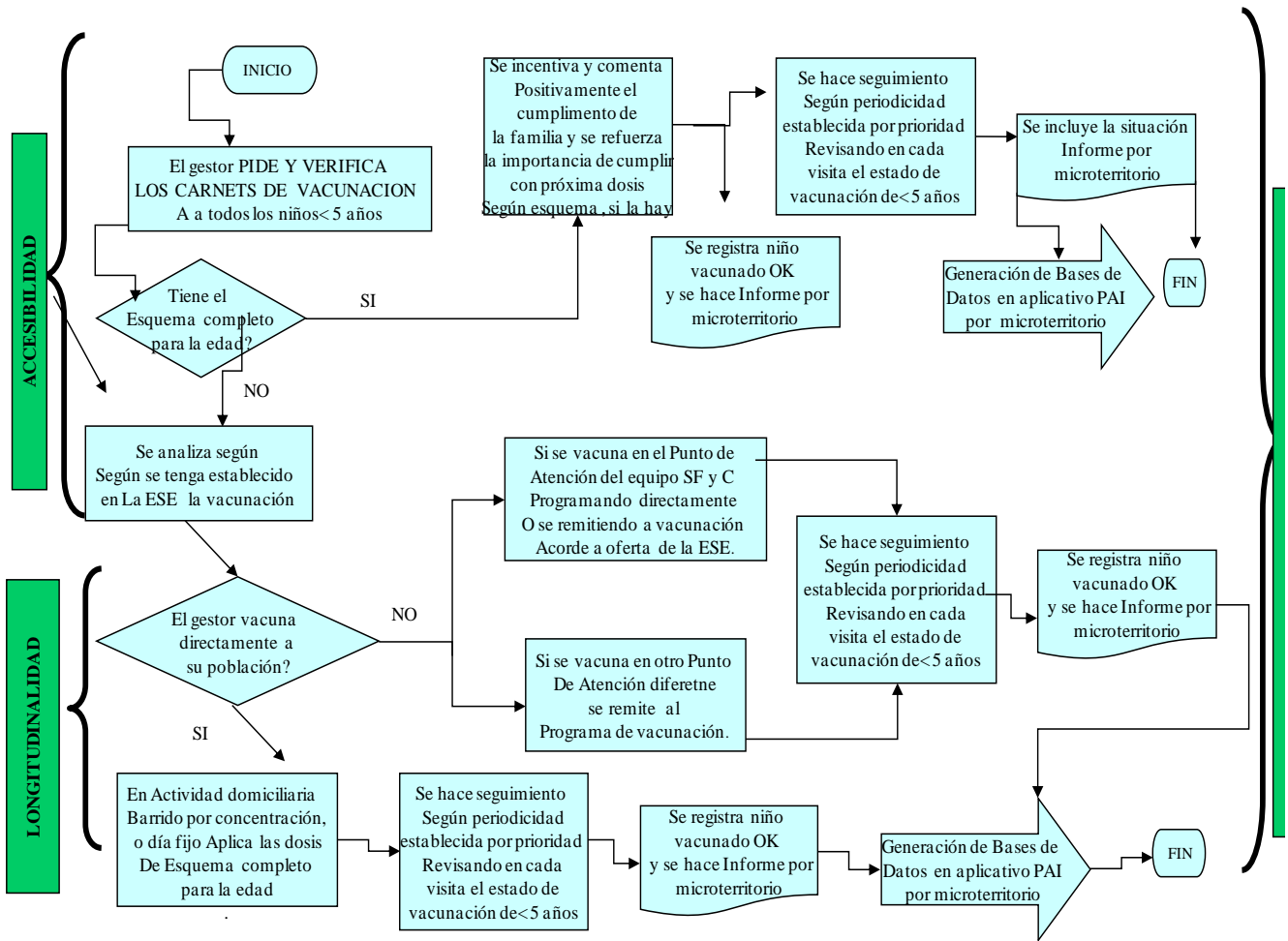
Edad	Responsable de la asesoría	Tema de énfasis	Otros temas
0-4 Meses	Médico/Enfermera	Signos de alarma en el recién nacido y manejo inicial de enfermedades prevalentes y medidas de prevención muerte súbita con prácticas demostrativas (lectura de termómetro, signos de dificultad respiratoria y deshidratación, preparación de suero). Importancia de la lactancia materna exclusiva	Higiene oral. Derechos en salud: gratuidad del control de crecimiento y desarrollo, vacunación, y del resto de servicios para población Sisben 1 y 2.
0-2 Meses	Gestor en salud formado en lactancia	Consejería en lactancia materna	
5-8 Meses	Médico/Enfermera	Estimulación del crecimiento y desarrollo para la edad.	Refuerzo de signos de alarma y manejo inicial de enfermedades prevalentes. Higiene oral.
	Nutricionista	Inicio de alimentación complementaria, utilización de cuchara, pocillo y mantenimiento de lactancia materna.	
9-12 Meses	Médico/Enfermera	Pautas de crianza Prevención de accidentes en el hogar	Refuerzo de signos de peligro en general y signos de alarma.
1-4 Años	Gestor en salud	Signos de alarma y manejo inicial de enfermedades prevalentes. Pautas de crianza (no maltrato físico, recreación del menor)	Derechos en salud: gratuidad del control de crecimiento y desarrollo, vacunación, consulta preventiva de odontología después de los 2 años y del resto de servicios para población Sisben 1 y 2 Practica demostrativa para identificación de signos de alarma. Prevención de accidentes en el hogar
	Gestor en salud	Estimulación del crecimiento y desarrollo para la edad. Alimentación balanceada.	
	Nutricionista	Consejería para la alimentación frente al riesgo nutricional.	
	Odontóloga	Técnica adecuada de cepillado Fortalecimiento de prácticas protectoras de salud oral.	Adecuación de espacio para higiene oral.
	Higienista	Técnica adecuada de cepillado Fortalecimiento de prácticas protectoras de salud oral.	Adecuación de espacio para higiene oral.

El plan concertado con la familia debe incluir también la canalización a los servicios de salud o sociales, insistiendo bien en la gratuidad de los servicios de control de crecimiento y desarrollo, vacunación y consulta de higiene oral. A continuación se presentan los flujogramas para la intervención con niños y niñas menores de 5 años:

FLUJOGRAMA ABORDAJE DE FAMILIAS CON MENORES DE CINCO AÑOS



SEGUIMIENTO A LA VACUNACION DE EN CADA TERRITORIO VULNERABLE POR EL EQUIPO SF Y C



En el desarrollo del proceso de asesoría y seguimiento se busca que el niño este presente durante cada una de las visitas ya que esta tiene un componente de valoración del niño. Sin embargo, si esto no es posible para todas las visitas se requiere que esto suceda en la visita de caracterización y la de cierre realizada por el Profesional de medicina o profesional de enfermería.

Es importante resaltar a la familia con niños que las sesiones de asesoría en casa no reemplazan en ningún caso al control de crecimiento y desarrollo y la consulta de odontología. De hecho la canalización al mismo y el seguimiento de los niños inasistentes será una acción a desarrollar en todas las asesorías.

A continuación se presenta el procedimiento para el desarrollo de las sesiones de asesoría y seguimiento:

4.2.2.1.3. Familias con niños menores de un año

En el caso de las familias con niños menores de un año se deberá dar prioridad en la programación de la asesoría a familias con niños con bajo peso al nacer, malformaciones congénitas, con condición de discapacidad, con esquema de vacunación incompleto y a quienes estuvieron hospitalizados en el período perinatal.

Vale la pena recordar que en el caso de las familias con niños con bajo peso al nacer se incluye a las familias adscritas y que a fin de no duplicar las acciones no se asesorarán las familias con niños con bajo peso que han iniciado proceso a través del SISVAN.

<p>Nombre de la acción: Sesión de identificación del niño e inicio de procesos de IEC.</p> <p>Familias: Niños y niñas menores de un año de microterritorios de APS y niños con bajo peso al nacer de familias adscritas no visitados por SISVAN</p> <p>Tiempo: 1 hora</p> <p>Responsable(s): Profesional de medicina o profesional de enfermería</p> <p>Periodicidad: Una vez realizada la caracterización o actualización de novedades</p>	
<p>Actividades por Pasos:</p> <p>Paso 1</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Identificación del niño utilizando el <i>Formato Evaluación de la familia con niños/niñas menores de cinco años (AIEPI)</i> y a partir de la información de carnet de control de crecimiento y desarrollo. ✓ Aplicación de la encuesta de conocimientos, actitudes y prácticas utilizando el Formato pre- asesoría según los aspectos que serán trabajados en el plan familiar. <p>Paso 2:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Concertación de plan familiar y de primera infancia y registro en el <i>Formato Evaluación de la familia con niños/niñas menores de cinco años (AIEPI)</i>. <p>Paso 3:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Información, educación y comunicación de acuerdo a las necesidades del niño/a y su familia (Caja de herramientas) que será registrado en el <i>Formato Evaluación de la familia con niños/niñas menores de cinco años (AIEPI)</i> y en el <i>Formato de novedades y seguimiento</i>. <p><i>Temas de énfasis:</i> Signos de alarma y manejo inicial de enfermedades prevalentes.</p> <p>Paso 4:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Canalización al control de crecimiento y desarrollo, vacunación, círculos de existencia de infancia, servicios de salud o servicios sociales que requiera la familia. De preferencia con programación de consulta de salud en terreno o entrega de <i>Formato de canalización de canalización</i> y registro en <i>Formato de novedades y seguimiento</i> • Acuerdo con la familia de la próxima visita en el año que será confirmada de forma telefónica días antes de su realización. 	<p>Materiales e insumos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Formato de caracterización e identificación de vulnerabilidad familiar ✓ Formato Evaluación de la familia con niños/niñas menores de cinco años (AIEPI) ✓ Formato de novedades y seguimiento ✓ Formato de plan familiar o el que corresponda por ciclo vital (si se trabajan otros aspectos en la asesoría) ✓ Formato de canalización ✓ Formato pre – asesoría <p>Subproducto:</p> <p>Familia con niño/a menor de un año con identificación y definición de plan de primera infancia.</p> <p>Soportes:</p> <p>Formatos anteriores diligenciados completamente con firma de la familia y sello del profesional -excluyendo <i>Formato de canalización-</i> con captura del Formato de novedades y seguimiento en APS en línea</p>

<p>Nombre de la acción: Sesiones de seguimiento del niño. Familias: Niños y niñas menores de un año de microterritorios de APS y niños con bajo peso al nacer de familias adscritas no visitados por SISVAN Tiempo: 1 hora Responsable(s): Profesional de medicina o profesional de enfermería Periodicidad: 3 a 4 meses después de la primera o segunda asesoría por Profesional de medicina o profesional de enfermería</p>	
<p>Actividades por Pasos: Paso 2: ✓ Indagación de novedades, revisión de carnet de crecimiento y desarrollo y seguimiento a los compromisos del plan de seguimiento a la primera infancia y registro en <i>Formato Evaluación de la familia con niños/niñas menores de cinco años (AIEPI)</i>. Paso 3: ✓ Información, educación y comunicación de acuerdo a las necesidades del niño y su familia (Caja de herramientas) que será registrado en el <i>Formato Evaluación de la familia con niños/niñas menores de cinco años (AIEPI) y de novedades y seguimiento</i>. <i>Temas de énfasis:</i> 5-8 meses: Estimulación del crecimiento y desarrollo para la edad. 8-12 meses: Pautas de crianza Paso 4: ✓ Seguimiento a la canalización al control de crecimiento y desarrollo, vacunación, círculos de existencia de infancia, servicios de salud o servicios sociales que requiera la familia. De preferencia con programación de consulta de salud en terreno o entrega de <i>Formato de canalización de canalización</i> y registro en <i>Formato de novedades y seguimiento</i>. <ul style="list-style-type: none"> • Acuerdo con la familia de la próxima visita en el año que será confirmada de forma telefónica días antes de su realización. • Evaluación de la asesoría utilizando el <i>Formato de evaluación post - asesoría</i> en la última sesión de asesoría </p>	<p>Materiales e insumos: ✓ Formato Evaluación de la familia con niños/niñas menores de cinco años (AIEPI) ✓ Formato de novedades y seguimiento ✓ Formato de plan familiar o el que corresponda por ciclo vital (si se trabajan otros aspectos en la asesoría) ✓ Formato de canalización ✓ Formato post- asesoría</p> <p>Subproducto: Familia con niño/a(s) menores de un año con asesoría y seguimiento del plan de primera infancia.</p> <p>Soportes: Formatos anteriores diligenciados completamente con firma de la familia y sello del profesional -excluyendo <i>Formato de canalización-</i> con captura del Formato de novedades y seguimiento en APS en línea</p>

^a La Resolución 412 de 2000 contempla que el control de crecimiento y desarrollo debe hacerse 4 veces al año en menor de un año (0-3 meses, 4-6 meses, 7-9 meses y de 10 a 12 meses).

4.2.2.1.4. Visitas adicionales

El esquema de asesoría en lactancia materna deberá ser realizado a las familias con niños captados hasta los dos meses de edad por todos los gestores en salud de los territorios quienes deberán haber sido capacitados sobre cómo hacerla por parte de la nutricionista.

La asesoría por nutricionista será realizada a los niños con bajo peso al nacer una vez concluida la asesoría en lactancia materna si esta se inició y a quienes el médico o la enfermera identifican en desnutrición a partir de la revisión de curvas de control de crecimiento y desarrollo del carnet infantil y/o hallazgos clínicos.

<p>Nombre de la acción: Primera sesión de asesoría en lactancia materna Familias: Niños y niñas captados antes de los dos meses de edad en microterritorios de APS no visitados por SISVAN. Tiempo: 1 hora Responsable(s): Gestor en salud formado en asesoría en lactancia materna Periodicidad: Una vez realizada la caracterización o actualización de novedades</p>	
<p>Actividades por Pasos: Paso 1</p> <ul style="list-style-type: none"> • Presentación del objetivo del proceso de consejería • Diagnóstico de la práctica de la lactancia materna de la familia según anexo técnico de SAN y registro en el <i>Formato de lactancia materna</i> <p>Paso 2:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Establecimiento del plan de asesoría y registro en <i>Formato de lactancia materna</i> <p>Paso 3</p> <ul style="list-style-type: none"> • Información, educación y comunicación de acuerdo a las necesidades del niño, la madre lactante y su familia (<i>Anexo técnico de Infancia y Anexo Técnico de Lactancia Materna</i> en la Caja de herramientas) que será registrado en el <i>Formato de lactancia materna y de novedades y seguimiento.</i> <p>Paso 4</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entrega del directorio de redes de apoyo comunitario de lactancia. • Acuerdo con la familia de la segunda asesoría de lactancia a la semana. 	<p>Materiales e insumos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Formato de caracterización e identificación de vulnerabilidad familiar ✓ <i>Formato de lactancia materna</i> ✓ Formato de novedades y seguimiento <p>Subproducto: Familia con niño/a menor de dos meses con primera asesoría en lactancia materna.</p> <p>Soportes: Formatos anteriores diligenciados completamente con firma de la familia con captura del Formato de novedades y seguimiento en APS en línea</p>
<p>Nombre de la acción: Segunda y tercera sesión de asesoría en lactancia materna Familias: Niños y niñas captados antes de los dos meses de edad en microterritorios de APS no visitados por SISVAN Tiempo: 1 hora cada sesión. Responsable(s): Gestor en salud formado en asesoría en lactancia materna Periodicidad: Segunda asesoría (a la semana de la primera asesoría en lactancia); Tercera asesoría (a las dos semanas de la segunda asesoría).</p>	
<p>Actividades por Pasos: Paso 2</p> <ul style="list-style-type: none"> • Indagación de novedades y seguimiento a los compromisos del plan relacionados con la práctica de la lactancia materna de la familia según <i>anexo técnico de SAN</i> y registro en el <i>Formato de lactancia materna.</i> <p>Paso 3</p> <ul style="list-style-type: none"> • Información, educación y comunicación de acuerdo a las necesidades del niño, la madre lactante y su familia que será registrado en el <i>Formato de lactancia materna y Formato de novedades y seguimiento.</i> 	<p>Materiales e insumos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Formato de lactancia materna</i> ✓ Formato de novedades y seguimiento <p>Subproducto: Familia con niño/a menor de dos meses con segunda a cuarta asesoría en lactancia materna.</p> <p>Familia con niño/a menor de dos</p>

<p>Paso 4</p> <ul style="list-style-type: none"> Entrega del directorio de redes de apoyo comunitario de lactancia. Acuerdo con la familia de la siguiente asesoría de lactancia: tercera asesoría a la semana de la segunda y cuarta al mes de la tercera Evaluación de la asesoría utilizando el <i>Formato de evaluación post - asesoría</i> en la última sesión de asesoría 	<p>meses con asesoría en lactancia materna completa.</p> <p>Soportes: Formatos anteriores diligenciados completamente con firma de la familia con captura del Formato de novedades y seguimiento en APS en línea</p>
<p>Nombre de la acción: Sesión de asesoría nutricional del niño Familias: Niños y niñas menores de un año con bajo peso de microterritorios de APS y familias adscritas no visitados por SISVAN. Tiempo: 1 hora Responsable(s): Nutricionista Periodicidad: Una vez realizada la primera visita de asesoría por Profesional de medicina o profesional de enfermería</p>	
<p>Actividades por Pasos:</p> <p>Paso 1 ✓ Caracterización nutricional del niño utilizando el <i>Formato de lactancia materna</i> y partir de la información de carnet de control de crecimiento y desarrollo según lo contemplado en el anexo técnico de SAN.</p> <p>Paso 2 ✓ Concertación de compromisos y registro en el <i>de lactancia materna</i>.</p> <p>Paso 3 ✓ Información, educación y comunicación de acuerdo a las necesidades del niño y su familia que será registrado en el <i>de lactancia materna y de novedades y seguimiento</i>.</p> <p>Paso 4</p> <ul style="list-style-type: none"> Canalización al control a la consulta de nutrición, círculos de existencia de infancia, servicios de salud o servicios sociales requeridos por la familia. De preferencia con programación de consulta de salud en terreno o entrega de <i>Formato de canalización de canalización</i> y registro en <i>Formato de novedades y seguimiento</i>. 	<p>Materiales e insumos: ✓ <i>Formato de lactancia materna</i> ✓ Formato de novedades y seguimiento ✓ Formato de plan familiar o el que corresponda por ciclo vital (si se trabajan otros aspectos en la asesoría ✓ Formato de canalización</p> <p>Subproducto: Familia con niño/a(s) menores de un año con bajo peso con seguimiento nutricional.</p> <p>Soportes: Formatos anteriores diligenciados completamente con firma de la familia y sello del profesional -excluyendo <i>Formato de canalización-</i> con captura del Formato de novedades y seguimiento en APS en línea</p>

4.2.2.1.5. Familias con niños de 1 hasta 5 años con desnutrición

<p>Nombre de la acción: Sesión de identificación del niño e inicio de procesos de IEC. Familias: Niños y niñas de 1 hasta 5 años con desnutrición de microterritorios de APS Tiempo: 1 hora Responsable(s): Profesional de medicina o profesional de enfermería Periodicidad: Una vez realizada la caracterización o actualización de novedades</p>
--

<p>Actividades por Pasos:</p> <p>Paso 1</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Identificación del niño utilizando el <i>Formato Evaluación de la familia con niños/niñas menores de cinco años (AIEPI) para la evaluación y atención del niño/a hasta los 5 años de edad</i> y a partir de la información de carnet de control de crecimiento y desarrollo. ✓ Aplicación de la encuesta de conocimientos, actitudes y prácticas utilizando el Formato de evaluación pre asesoría según los aspectos que serán trabajados en el plan familiar. <p>Paso 2:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Concertación de plan familiar y de primera infancia y registro en el <i>Formato Evaluación de la familia con niños/niñas menores de cinco años (AIEPI)</i>. <p>Paso 3:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Información, educación y comunicación de acuerdo a las necesidades del niño y su familia (Caja de herramientas) que será registrado en el <i>Formato Evaluación de la familia con niños/niñas menores de cinco años (AIEPI) y de novedades y seguimiento de Novedades</i>. <p><i>Temas de énfasis:</i> Signos de alarma y manejo inicial de enfermedades prevalentes.</p> <p>Paso 4:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Canalización al control de crecimiento y desarrollo, vacunación, círculos de existencia de infancia, servicios de salud o servicios sociales que requiera la familia. De preferencia con programación de consulta de salud en terreno o entrega de <i>Formato de canalización de canalización</i> y registro en <i>Formato de novedades y seguimiento</i> • Acuerdo con la familia de la próxima visita en el año que será confirmada de forma telefónica días antes de su realización. 	<p>Materiales e insumos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Formato de caracterización e identificación de vulnerabilidad familiar ✓ Formato Evaluación de la familia con niños/niñas menores de cinco años (AIEPI) ✓ Formato de novedades y seguimiento ✓ Formato plan familiar o el que corresponda por ciclo vital (si se trabajan otros aspectos en la asesoría) ✓ Formato de canalización ✓ Formato pre – asesoría <p>Subproducto: Familia con niño/a de 1 hasta 5 años con identificación y definición de plan de primera infancia.</p> <p>Soportes: Formatos anteriores diligenciados completamente con firma de la familia y sello del profesional -excluyendo <i>Formato de canalización</i>- con captura del Formato de novedades y seguimiento en APS en línea</p>
<p>Nombre de la acción: Sesión de asesoría nutricional del niño</p> <p>Familias: Niños y niñas de 1 hasta 5 años con desnutrición de microterritorios de APS no visitados por SISVAN.</p> <p>Tiempo: 1 hora</p> <p>Responsable(s): Nutricionista</p> <p>Periodicidad: Una vez realizada la primera visita de asesoría por Profesional de medicina o profesional de enfermería</p>	
<p>Actividades por Pasos:</p> <p>Paso 1</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Caracterización nutricional del niño utilizando el <i>Formato Evaluación de la familia con niños/niñas menores de cinco años (AIEPI) para la evaluación y atención del niño/a hasta los 5 años de edad</i> y a partir de la información de carnet de control de crecimiento y desarrollo según lo contemplado en el anexo técnico de SAN. <p>Paso 2</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Concertación de compromisos y registro en el <i>Formato Evaluación de la familia con niños/niñas menores de cinco años (AIEPI)</i>. <p>Paso 3</p>	<p>Materiales e insumos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Formato Evaluación de la familia con niños/niñas menores de cinco años (AIEPI) ✓ Formato de novedades y seguimiento ✓ Formato plan familiar o el que corresponda por ciclo vital (si se trabajan otros aspectos en la asesoría). ✓ Formato de canalización

<p>✓ Información, educación y comunicación de acuerdo a las necesidades del niño y su familia que será registrado en el <i>Formato Evaluación de la familia con niños/niñas menores de cinco años (AIEPI) y de novedades y seguimiento.</i></p> <p>Paso 4 Canalización al control a la consulta de nutrición, círculos de existencia de infancia, servicios de salud o servicios sociales requeridos por la familia. De preferencia con programación de consulta de salud en terreno o entrega de <i>Formato de canalización de canalización</i> y registro en <i>Formato de novedades y seguimiento.</i></p>	<p>Subproducto: Familia con niño(s) menores de un año con bajo peso con seguimiento nutricional.</p> <p>Soportes: Formatos anteriores diligenciados completamente con firma de la familia y sello del profesional -excluyendo <i>Formato de canalización</i>- con captura del Formato de novedades y seguimiento en APS en línea</p>
<p>Nombre de la acción: Sesiones de seguimiento del niño. Familias: Niños de 1 hasta 5 años con desnutrición de microterritorios de APS no visitados por SISVAN Tiempo: 1 hora Responsable(s): Profesional de medicina o profesional de enfermería Periodicidad: 3 a 4 meses después de la primera o segunda asesoría por Profesional de medicina o profesional de enfermería</p>	
<p>Actividades por Pasos:</p> <p>Paso 1: ✓ Indagación de novedades, revisión de carnet de crecimiento y desarrollo y seguimiento a los compromisos del plan de seguimiento a la primera infancia y registro en <i>Formato Evaluación de la familia con niños/niñas menores de cinco años (AIEPI).</i></p> <p>Paso 2: ✓ Información, educación y comunicación de acuerdo a las necesidades del niño y su familia (Caja de herramientas) que será registrado en el <i>Formato Evaluación de la familia con niños/niñas menores de cinco años (AIEPI) y de novedades y seguimiento.</i> <i>Temas de énfasis:</i> 5-8 meses: Estimulación del crecimiento y desarrollo para la edad. 8-12 meses: Pautas de crianza</p> <p>Paso 3: ✓ Seguimiento a la canalización al control de crecimiento y desarrollo, vacunación, círculos de existencia de infancia, servicios de salud o servicios sociales que requiera la familia. De preferencia con programación de consulta de salud en terreno o entrega de <i>Formato de canalización de canalización</i> y registro en <i>Formato de novedades y seguimiento.</i> ✓ Acuerdo con la familia de la próxima visita en el año que será confirmada de forma telefónica días antes de su realización. ✓ Evaluación de la asesoría utilizando el <i>Formato de evaluación post - asesoría</i> en la última sesión de asesoría</p>	<p>Materiales e insumos: ✓ Formato Evaluación de la familia con niños/niñas menores de cinco años (AIEPI) ✓ Formato de novedades y seguimiento ✓ Formato plan familiar o el que corresponda por ciclo vital (si se trabajan otros aspectos en la asesoría) ✓ Formato de canalización ✓ Formato post - asesoría</p> <p>Subproducto: Familia con niño/a(s) menores de un año con asesoría y seguimiento del plan de primera infancia.</p> <p>Soportes: Formatos anteriores diligenciados completamente con firma de la familia y sello del profesional -excluyendo <i>Formato de canalización</i>- con captura del Formato de novedades y seguimiento en APS en línea</p>

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

4.2.2.1.6. Visitas adicionales

<p>Nombre de la acción: Sesión de caracterización en salud oral del niño e inicio de procesos de IEC. Familias: Niños y niñas de 1 a 4 años de microterritorios de APS Tiempo: 1 hora Responsable(s): Higienista o profesional de odontología Periodicidad: Una vez realizada la caracterización o actualización de novedades de la familia</p>	
<p>Actividades por Pasos: Paso 1 ✓ Caracterización y clasificación de calidad de cepillado y necesidades de atención del niño utilizando el <i>Formato</i> de Caracterización en salud oral. Paso 2: ✓ Concertación de plan de salud oral y registro en el <i>Formato Seguimiento en salud oral</i> Paso 3: ✓ Información, educación y comunicación de acuerdo a las necesidades del niño y su familia sobre prácticas protectoras en salud oral que será registrado en el <i>Formato de novedades y seguimiento de Novedades</i>. Paso 4 <ul style="list-style-type: none"> • Canalización a la consulta de odontología. De preferencia con programación de consulta de salud en terreno o entrega de <i>Formato de canalización de canalización</i> y registro en <i>Formato de novedades y seguimiento</i>. • Acuerdo con la familia de la próxima visita en 20 días que será confirmada de forma telefónica días antes de su realización. </p>	<p>Materiales e insumos: ✓ Formato de Caracterización en salud oral. ✓ Formato seguimiento en salud oral. ✓ Formato de novedades y seguimiento ✓ Formato de canalización</p> <p>Subproducto: Familia con niño/a(s) de 1 a 4 años con caracterización y definición de plan de salud oral.</p> <p>Soportes: Formatos anteriores completamente con firma de la familia -excluyendo <i>Formato de canalización</i>- con captura del Formato de novedades y seguimiento en APS en línea</p>
<p>Nombre de la acción: Sesión de seguimiento en salud oral del niño Familias: Niños y niñas de 1 a 4 años de microterritorios de APS Tiempo: 1 hora Responsable(s): Higienista Periodicidad: A los 20 días de la primera visita de la higienista</p>	
<p>Actividades por Pasos: Paso 2 ✓ Seguimiento a la adherencia a plan familiar en salud oral y registro en el <i>Formato seguimiento en salud oral</i>. Paso 3 ✓ Reforzamiento a la información, educación y comunicación de acuerdo a las necesidades del niño y su familia sobre prácticas protectoras en salud oral que será registrado en el <i>Formato de novedades y seguimiento de Novedades</i>. ✓ Monitoreo de calidad del cepillado. Paso 4 ✓ Seguimiento a la canalización a la consulta de odontología. De</p>	<p>Materiales e insumos: ✓ Formato seguimiento en salud oral ✓ Formato de novedades y seguimiento ✓ Formato de canalización</p> <p>Subproducto: Familia con niño/a (s) de 1 a 4 años con seguimiento en salud oral completo (si no requiere</p>

<p>preferencia con programación de consulta de salud en terreno o entrega de <i>Formato de canalización de canalización</i> y registro en <i>Formato de novedades y seguimiento</i>.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Acuerdo con la familia de la próxima visita a los 20 días si requiere visita de refuerzo de odontólogo que será confirmada de forma telefónica días antes de su realización. ✓ Evaluación de la asesoría si no se requiere asesoría del odontólogo 	<p>evaluación de odontólogo).</p> <p>Soportes: Formatos anteriores diligenciados completamente con firma de la familia -excluyendo <i>Formato de canalización</i>- con captura del Formato de novedades y seguimiento en APS en línea</p>
<p>Nombre de la acción: Sesión de seguimiento en salud oral del niño Familias: Niños y niñas de 1 a 4 años de microterritorios de APS con condiciones que requieren visitas de refuerzo por odontólogo (Anexo técnico Salud Oral). Tiempo: 1 hora Responsable(s): Profesional de odontología Periodicidad: A los 20 días de la segunda visita de la higienista</p>	
<p>Actividades por Pasos: Paso 2 <ul style="list-style-type: none"> • Revisión con la familia en avances, logros y dificultades en el cumplimiento a plan familiar en salud oral y registro en el <i>Formato seguimiento en salud oral</i>. Paso 3 <ul style="list-style-type: none"> ✓ Reforzamiento a la información, educación y comunicación de acuerdo a las necesidades del niño/a y su familia sobre prácticas protectoras en salud oral (<i>Anexo Técnico Salud Oral</i>) que será registrado en el <i>Formato de novedades y seguimiento de Novedades</i>. ✓ Monitoreo de calidad del cepillado. Paso 4 <ul style="list-style-type: none"> • Seguimiento a la canalización a la consulta de odontología. De preferencia con programación de consulta de salud en terreno o entrega de <i>Formato de canalización de canalización</i> y registro en <i>Formato de novedades y seguimiento</i>. • Evaluación de la asesoría </p>	<p>Materiales e insumos: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Formato seguimiento en salud oral. ✓ Formato de novedades y seguimiento. ✓ Formato de canalización. Subproducto: Familia con niño/a(s) de 1 a 4 años con seguimiento en salud oral completo</p> <p>Soportes: Formatos anteriores diligenciados completamente con firma de la familia y sello del profesional -excluyendo <i>Formato de canalización</i>- con captura del Formato de novedades y seguimiento en APS en línea.</p>

^a La Resolución 412 de 2000 contempla la consulta preventiva en salud oral desde los 2 años hasta los 19 años dos veces al año.

4.2.2.1.7. Criterios guía para la decisión de asesorías adicionales

Los anteriores esquemas de familias de prioridad alta están sujetos al criterio de los profesionales del equipo integrado que pueden variar la cantidad y periodicidad de asesorías. A continuación algunas condiciones o situaciones que podrían tomarse en cuenta para definir requerimiento de asesorías adicionales en casa:

Familias con gestantes:

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

Familias con niños menores de cinco años:

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

4.2.2.1.8. Familias con miembros en situación de discapacidad

Esta intervención hace parte de la operación de la Red de RBC en los territorios en el proceso Respuestas a necesidades en el Territorio particularmente en Activación de la ruta por la inclusión. La misma, se trabaja mediante la Rehabilitación Basada en Comunidad en articulación con la estrategia promocional de calidad de vida y salud (EPCVS, 2003)⁹ y la Atención Primaria Integral en Salud (APIS renovada)¹⁰, con dos propósitos fundamentales: lograr autonomía en las personas con discapacidad, sus familias, cuidadores y cuidadoras desde el desarrollo de sus capacidades, dicha autonomía puede ser funcional, social o política; y por otro lado, su inclusión social, a partir de su empoderamiento en el ejercicio de sus derechos y su participación en escenarios colectivos que les ofrezcan herramientas para ser parte de la toma de decisiones que atañen a su calidad de vida.

Para las familias en situación de discapacidad se contempla la capacitación al cuidador en autocuidado y manejo de la persona con discapacidad; orientación en el manejo de adaptaciones y aditamentos de manera temporal o permanente; reorganización de roles y rutinas; construcción del proyecto de vida de la familia y de manera importante incluye la

9 D'Elia Y, De Negri A, Castañeda M, Vega M, Bazó M. Estrategia de Promoción de la Calidad de Vida. La construcción de Políticas Públicas por la Calidad de Vida desde una Perspectiva de Derecho y Equidad. Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS), Agencia de cooperación Alemana (GTZ). 2003.

¹⁰ Alcaldía Mayor de Bogotá. Secretaría Distrital de Salud. Atención primaria integral en salud. Estrategia para la transformación del sistema de salud y el logro de la equidad en salud. Bogotá. 2009.

canalización y seguimiento a las demás intervenciones de Rehabilitación basada en comunidad, del PIC o de otros programas sectoriales.

A continuación se presenta el procedimiento para el desarrollo de las sesiones de asesoría y seguimiento:

<p>Nombre de la acción: Primera sesión de caracterización en RBC Familias: Familias en situación de discapacidad de los microterritorios de APS y Familias adscritas con miembros en situación de discapacidad. Tiempo: 2 horas y 30 minutos Responsable(s): Terapeuta Físico, Terapeuta ocupacional o terapeuta del lenguaje y Agente de Cambio (Red RBC). El agente de cambio puede ir en cualquier momento de la intervención, siendo ideal la primera sesión de trabajo Periodicidad: Una vez realizada la caracterización o actualización de novedades de la familia</p>	
<p>Actividades por Pasos: Paso 1</p> <ul style="list-style-type: none"> Caracterización de la familia y clasificación de la discapacidad con base en la estrategia RBC utilizando el <i>Formato de Caracterización en RBC</i> (Anexo Técnico de Discapacidad y caja de herramientas). <p>Paso 2:</p> <ul style="list-style-type: none"> Concertación de plan de acción en RBC y registro en el <i>Formato plan de acción RBC</i> <p>Paso 3:</p> <ul style="list-style-type: none"> Información, educación y comunicación en los derechos de la población de acuerdo a las necesidades de la familia con miembros en condición de discapacidad registrada en el <i>Formato de novedades y seguimiento de Novedades</i>. <p>Paso 4</p> <ul style="list-style-type: none"> Canalización a los servicios de salud y al banco de ayudas si corresponde según la necesidad de la familia. De preferencia con programación de consulta de salud en terreno o entrega de <i>Formato de canalización</i> y registro en <i>Formato de novedades y seguimiento</i>. Acuerdo con la familia de la próxima visita en 15 días que será confirmada de forma telefónica días antes de su realización. 	<p>Materiales e insumos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Formato de caracterización e identificación de vulnerabilidad familiar ✓ Formato de Caracterización en RBC. ✓ Formato de plan de acción en RBC. ✓ Formato de novedades y seguimiento ✓ Formato de canalización ✓ Formato de evaluación pre – asesoría <p>Subproducto: Familia con miembros en situación de discapacidad caracterizada y con definición de plan de acción en RBC.</p> <p>Soportes: Formatos anteriores completamente con firma de la familia -excluyendo <i>Formato de canalización</i>- con captura del Formato de novedades y seguimiento en APS en línea.</p>
<p>Nombre de la acción: Segunda sesión de seguimiento en RBC Familias: Familias en situación de discapacidad de los microterritorios de APS y Familias adscritas con miembros en situación de discapacidad. Tiempo: 2 horas Responsable(s): Terapeuta Físico, Terapeuta ocupacional o terapeuta del lenguaje Periodicidad: A los 15 días de la primera sesión de RBC.</p>	
Actividades por Pasos:	Materiales e insumos:

<p>Paso 1</p> <ul style="list-style-type: none"> Realizar el seguimiento del plan y compromisos asumidos por la persona con discapacidad, su cuidador y la familia, evaluando el cumplimiento de tareas. Revisar y registrar avances en autonomía para la realización de actividades cotidianas sugeridas dentro del plan y puesta en marcha del proyecto de vida. Ver instrumento de asesoría. Realizar el seguimiento a la intervención y canalizaciones realizadas a otras instancias acorde al plan de acción. <p>Paso 2</p> <ul style="list-style-type: none"> Orientar a la familia, cuidador o cuidadora en el manejo cotidiano de la persona con discapacidad en movilidad, relaciones, comunicación, tiempo libre, aprendizaje, actividades de la vida diaria y motivación. Formar al cuidador y la cuidadora en autocuidado, técnicas para manejo de estrés, manejo de fatiga y conservación de energía. Verificar, apoyar y/u orientar en la realización de aditamentos o adaptaciones de baja complejidad o hacer las recomendaciones correspondientes a los -las cuidadoras. Retomar la formación en los derechos de las personas con discapacidad con base en el documento de Convención Internacional de los Derechos de las personas con discapacidad y la formación en la política pública de familia, 2006 y la política pública de discapacidad, 2007. Registrar en la información obtenida durante la asesoría en el formato de informe de la sesión. <p>Paso 3</p> <ul style="list-style-type: none"> Se canaliza la familia a los círculos de existencia, a otras intervenciones de RBC, del PIC, servicios sociales y de salud, acorde con lo identificado, registrada en el formato de novedades y seguimiento. Acuerdo con la familia de la próxima visita en 15 días que será confirmada de forma telefónica días antes de su realización. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Formato de informe a las actividades durante la asesoría ✓ Formato de novedades y seguimiento ✓ Formato de canalización <p>Subproducto: Familia con miembros en situación de discapacidad con visita de seguimiento por red RBC realizada.</p> <p>Soportes: Formatos anteriores diligenciados completamente con firma de la familia -excluyendo <i>Formato de canalización</i>- con captura del Formato de novedades y seguimiento en APS en línea</p>
<p>Nombre de la acción: Cierre y retroalimentación de la implementación del plan y cambios en la autonomía en la estrategia RBC</p> <p>Familias: Familias en situación de discapacidad de los microterritorios de APS y Familias adscritas con miembros en situación de discapacidad.</p> <p>Tiempo: 1 hora</p> <p>Responsable(s): Terapeuta Físico, Terapeuta ocupacional o terapeuta del lenguaje y Agente de Cambio (Red RBC), este último sólo si la condición de la familia lo requiere</p> <p>Periodicidad: A los 15 días de la segunda visita de RBC</p>	
<p>Actividades por Pasos:</p> <p>Paso 1</p> <ul style="list-style-type: none"> Cerrar y retroalimentar la implementación del plan y cambios en la autonomía, de la persona con discapacidad, su cuidador y la familia, evaluando el cumplimiento de tareas y ajustes en el entorno. <p>Paso 2</p> <ul style="list-style-type: none"> Reforzar aspectos de relaciones, tiempo libre, recreación y 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Formato de informe a las actividades durante la asesoría ✓ Formato de novedades y seguimiento ✓ Formato de evaluación post – asesoría

<p>socialización y autocuidado de la cuidadora o cuidador.</p> <ul style="list-style-type: none"> Identificar la efectividad de las estrategias utilizadas y orientación a la persona con discapacidad, su cuidadora o cuidador y familia para la solución de las necesidades encontradas. Revisar efectividad de las canalizaciones y registrar en el informe. <p>Paso 3</p> <ul style="list-style-type: none"> Diligenciar el Formato “informe de asesoría domiciliaria a familias en situación de discapacidad”, registrando recomendaciones finales. Diligenciar la información de la familia con proceso completo en la base de datos de discapacidad 	<p>Subproducto: Familia con miembros en situación de discapacidad con visita de seguimiento por red RBC realizada.</p> <p>Soportes: Formatos anteriores diligenciados completamente con firma de la familia – excluyendo con captura de la información en la base de datos de discapacidad.</p>
---	---

4.2.2.1.9. Familias con eventos de salud mental – Intervención Psicosocial

En el marco de la salud mental, la asesoría está orientada a intervenir sobre procesos psicológicos para fomentar cambios en las interacciones personales como medio para solucionar problemas y promover un incremento en el bienestar individual y familiar con el propósito que la familia reconozca las dificultades que alteran las relaciones intrafamiliares, potenciar sus capacidades para entenderlas, superarlas y asimilarlas o modificarlas como un medio efectivo en el desarrollo integral de sus miembros.

A continuación se presenta el procedimiento para el desarrollo de las sesiones de asesoría y seguimiento:

<p>Nombre de la acción 1: Análisis, resumen y registro de la información de evaluación familiar. Población: Familias de los microterritorios de APS salud canalizadas por el equipo de contacto. Familias de la localidad con evento en conducta suicida. Tiempo: 30 minutos Responsables: Profesional en Psicología Periodicidad: Una vez realizada la caracterización o actualización de novedades de la familia, o sea canalizada la familia</p>	
<p>Actividad: Análisis, resumen y registro de la información recolectada por APS u otras fuentes en la ESE.</p> <p>Paso 1</p> <ul style="list-style-type: none"> Realizar un análisis y evaluación de la información recogida en la primera visita, a través de la revisión de los sistemas de información, instrumentos de caracterización y medición de la vulnerabilidad, instrumentos de tamizaje y de registro, con el fin de establecer el análisis de la información pertinente tanto en términos cuantitativos como cualitativos. Esto permitirá abordar con mayor efectividad el proceso de intervención psicosocial y proporciona elementos de juicio para desarrollar las acciones o tomar decisiones proactivas para la intervención (Anexo Técnico Salud Mental). <p>Paso 2</p> <ul style="list-style-type: none"> Canalización a Encuentros de familias por ciclo vital - Círculos de Existencia. En caso relacionado con Conducta Suicida, la actividad se realiza de manera articulada con el profesional del Sistema de 	<p>Materiales e insumos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Formato de caracterización e identificación de vulnerabilidad familiar Formato Registro de Intervención - Salud Mental. Formato de Tamizaje. Listado de eventos en salud mental y factores psicosociales. Formato Base de Datos acumulada intervención psicosocial. <p>Subproducto:</p> <ul style="list-style-type: none"> Registro de Intervención en Salud Mental con el registro del resumen de análisis y

<p>Vigilancia Epidemiológica de la Conducta Suicida - SISVECOS.</p>	<p>evaluación de la información que sobre la familia se tenga en la ESE.</p> <p>Soportes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Formatos anteriores diligenciados completamente con firma de la familia – excluyendo con captura de la información en la base de datos de la intervención psicosocial
<p>Nombre de la acción 2: Primera asesoría en casa a familias con evento de salud mental. Población: Familias de los micro territorios de APS canalizadas por el equipo territorial. Familias de la localidad con evento en conducta. Tiempo: 1 hora y 30 minutos Responsables: Profesional en Psicología Periodicidad: Una vez realizada la caracterización o actualización de novedades de la familia, o sea canalizada la familia (incluyendo la caracterización a familias adscritas que requieran esta intervención).</p>	
<p>Actividad: Asesoría en casa de apoyo psicológico, verificación y asesoría a la familia.</p> <p>En esta visita se profundiza en la valoración de la dinámica familiar, calidad de las relaciones intrafamiliares y con el entorno, funcionamiento familiar, se evalúan las tareas concertadas en la primera visita, el avance en el cambio y se determinan y delegan otras tareas y compromisos. (Anexo Técnico Salud Mental y caja de herramientas).</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Confirmación o redefinición de la problemática o evento en salud mental. ✓ Realizar un seguimiento y valorar la efectividad de la primera visita domiciliaria. ✓ Verificar el cumplimiento del proceso de canalización si fue necesario. ✓ Obtener la información necesaria para fortalecer el plan de trabajo individual y familiar. ✓ Apoyar y dar orientación al generador del evento para realizar acciones concretas que él mismo o la familia propongan encaminadas a la superación del evento. El profesional debe sugerir alternativas. ✓ Si el caso relacionado con VIOLENCIA fue notificado a las autoridades de protección o judiciales, se debe conocer el alcance de la respuesta, el avance del proceso, beneficio y corresponsabilidad de la familia. ✓ Cuando por alguna razón el evento haya generado consecuencias que ameriten del conocimiento de instituciones de protección, justicia u otras, y se generen medidas de protección u otras, éstas se valoran con la familia con el fin de dar orientación para la asimilación de la situación, su corresponsabilidad e implicaciones a su interior que conlleven a fortalecer factores protectores. 	<p>Materiales e insumos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Formato de registro de Intervención Psicosocial. ✓ Formatos de recolección de información y evaluación de la intervención psicosocial. <p>Subproducto: Familia con evento de salud mental con primera visita de profesional de psicología realizada.</p> <p>Soportes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Formato de registro de Intervención en Salud Mental diligenciada completamente hasta la Primera visita. ✓ Formatos anteriores diligenciados completamente con firma de la familia –excluyendo con captura de la información en la base de datos de la intervención psicosocial.

<p>Nombre de la acción 2: Segunda asesoría en casa a familias con evento de salud mental.</p> <p>Población: Familias de los microterritorios de APS canalizadas por el equipo territorial. Familias de la localidad con evento en conducta.</p> <p>Tiempo: 2 horas</p> <p>Responsables: Profesional en Psicología</p> <p>Periodicidad: De 8 a 20 días después de la primera asesoría en casa a la familia con evento de salud mental.</p>	
<p>Actividad: Asesoría en casa de apoyo psicológico a la familia.</p> <p>Realizar un seguimiento y monitoreo del plan de intervención para identificar los cambios positivos y proponer ajustes para mantener, incrementar y fomentar los mismos. La efectividad de la intervención debe empezar a producir resultados positivos esperados de acuerdo con los objetivos, se debe orientar sobre el mantenimiento y fomento de los cambios, así como las fortalezas y recursos protectores. Se realiza evaluación de los cambios positivos hasta ahora logrados en la familia, e incidencia de la intervención sobre la problemática y percepción de la intervención por parte de la familia.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Monitoreo y seguimiento del plan de intervención. ✓ Seguimiento puntual a la persona generadora del evento. ✓ Reconocer los recursos personales y familiares. ✓ Verificar la relación con el entorno. ✓ Motivar a la familia para mantener, incrementar y fomentar los cambios positivos. ✓ Efectuar evaluación de tareas y compromisos. 	<p>Materiales e insumos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Formato de registro de Intervención Psicosocial. ✓ Formatos de recolección de información y evaluación de la intervención psicosocial. <p>Subproducto: Familia con tercera visita terminada.</p> <p>Soportes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Formatos anteriores diligenciados completamente con firma de la familia –excluyendo con captura de la información en la base de datos de la intervención psicosocial.
<p>Nombre de la acción 4: Tercera asesoría en casa a familias con evento de salud mental.</p> <p>Población: Familias de los territorios de salud canalizadas por el equipo de contacto. Familias de la localidad con evento en conducta suicida.</p> <p>Responsables: Profesional en Psicología</p> <p>Tiempo: 2 horas</p> <p>Periodicidad: De 8 a 20 días después de la primera asesoría en casa a la familia con evento de salud mental.</p>	
<p>Actividad: Visita domiciliaria de seguimiento, orientación, cierre familiar y evaluación de la intervención e impacto.</p> <p>Durante esta asesoría se realiza seguimiento y monitoreo del plan de intervención concertado con la familia en el cual se identifiquen los cambios positivos y proponer ajustes para mantener, incrementar y fomentar los mismos. Se configura en una visita de mediano plazo dentro de la intervención. Para este entonces, su efectividad debe producir resultados positivos esperados de acuerdo con los objetivos, por último se debe orientar sobre el mantenimiento y fomento de los cambios positivos. Se realiza la evaluación de los mismos con la familia e incidencia de la intervención sobre la problemática, el logro de objetivos de la intervención, percepción de la intervención por parte de la familia que permita conocer el impacto y realización de cierre del caso.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Monitoreo y seguimiento del plan. ✓ Seguimiento puntual a la persona generadora del evento. ✓ Reconocer los recursos personales y familiares. ✓ Verificar la relación con el entorno. 	<p>Materiales e insumos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Formato de registro de Intervención Psicosocial. ✓ Instrumentos de recolección de información y evaluación. <p>Subproducto:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Familia con intervención completa ✓ APS en línea con registro de la intervención a la familia. <p>Soportes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Formatos anteriores diligenciados completamente con firma de la familia –excluyendo con captura de la información en la base de datos de la intervención psicosocial.

<ul style="list-style-type: none"> ✓ Motivar a la familia para mantener los cambios positivos. ✓ Efectuar evaluación de tareas y compromisos. ✓ Hacer el Cierre del caso. 	
<p>Subproductos mensuales:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Aportes para el Sistema de Seguimiento del PIC, APS y SISVECOS según corresponda. ✓ Aporte al Informe periódico de gestión de la ESE. ✓ Otros aportes pertinentes al PDA Salud Mental. ✓ Informe mensual Base de datos mensual acumulada, Anexo 4, con el registro de las familias nuevas abordadas por la intervención al mes informado incluidas las de conducta suicida, enviada a la Secretaría Distrital de Salud, entregada el último día de cada mes calendario a través del correo psicosocialsds@yahoo.com ✓ Base de Datos mensual acumulada con el registro de familias abordadas por la Intervención Psicosocial, con evento en conducta suicida entregada el último día hábil de cada mes calendario en medio magnético al Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Conducta Suicida - SISVECOS de la Localidad. 	

4.2.2.1.10. Familias en condición o situación de desplazamiento

Para las familias en situación de desplazamiento, el abordaje psicosocial adopta la acción afirmativa desde el enfoque poblacional que reconoce como sujeto de la política a la población desplazada víctima del conflicto armado interno en sus actuales condiciones (discapacidad) y diversidad (comunidad étnica) y en el territorio reconoce a la población que habita en Bogotá en el espacio geográfico, histórico, político y cultural donde se desarrolla la vida individual y colectiva. En este sentido, el abordaje psicosocial y en salud mental se da en este orden, a partir de la situación emocional o psicológica derivada de circunstancias propias producto de la situación y fragilidad, esperando entonces potenciar herramientas de construcción en la vida familiar, ya que los diversos traumas psicológicos y sociales enfrentados recobra en sus historias de vida fragilidades que se transforman en un obstáculo para el adecuado restablecimiento de derechos e integración al medio social receptor, en éste caso Bogotá.

A continuación se presenta el procedimiento para el desarrollo de las sesiones de asesoría y seguimiento:

<p>Nombre de la acción: Primera asesoría en casa a Familias en condición o situación de desplazamiento</p> <p>Familias: Familias en condición o situación de desplazamiento de los microterritorios de APS</p> <p>Tiempo: 2 horas</p> <p>Responsable(s): Profesional de psicología</p> <p>Periodicidad: Una vez realizada la caracterización o actualización de novedades de la familia (incluyendo la caracterización a familias adscritas que requieran esta intervención).</p>	
<p>Actividades por Pasos:</p> <p>Paso 1</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar proceso de caracterización psicosocial (incluye pruebas de tamizaje en salud mental) y registrar la información en el Formato de registro de la intervención psicosocial para familias desplazadas. <p>Paso 2</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificación y definición de problemáticas psicosociales en la familia (Anexo Técnico Desplazados y caja de herramientas). • Elaboración del plan de acción psicosocial de asesoría. <p>Paso 3</p> <ul style="list-style-type: none"> • Canalización a los servicios de salud y servicios sociales según la 	<p>Materiales e insumos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Formato de caracterización e identificación de vulnerabilidad familiar ✓ Formato de registro de Intervención psicosocial, con resumen y análisis psicosocial poblacional diferencial (etnia, genero, etapa de ciclo) hasta la primera visita. ✓ Formato de novedades

<p>necesidad de la familia. De preferencia con programación de consulta de salud en terreno o entrega de <i>Formato de canalización</i> y registro en <i>Formato de novedades y seguimiento</i>.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acuerdo con la familia de la próxima visita en 15 días que será confirmada de forma telefónica días antes de su realización. • Diligenciar la información de la familia en la base de datos de familias desplazadas. 	<p>y seguimiento</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Formato de canalización ✓ Formato de evaluación pre – asesoría <p>Subproducto: Familia en condición o situación de desplazamiento con primera visita por profesional de psicología.</p> <p>Soportes: Formatos anteriores completamente con firma de la familia -excluyendo <i>Formato de canalización</i>- con captura del Formato de novedades y seguimiento en APS en línea, y del formato de la intervención en la base de datos de familias desplazadas, formato de evaluación capturado en base de datos.</p>
<p>Nombre de la acción: Segunda asesoría en casa a Familias en condición o situación de desplazamiento Familias: Familias en condición o situación de desplazamiento de los microterritorios de APS Tiempo: 2 horas Responsable(s): Profesional de psicología Periodicidad: A los 15 días de la primera visita del profesional de psicología.</p>	
<p>Actividades por Pasos:</p> <p>Paso 1</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar seguimiento al plan de acción familiar concertado durante la primera visita, con registro de la información en el formato de registro de la intervención psicosocial para familias desplazadas. <p>Paso 2</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar acciones de IEC en promoción de factores protectores, prevención de riesgos en salud mental, orientación hacia la mitigación de impactos psicosociales en el orden individual y familiar, fortalecimiento de relaciones intrafamiliares, promoción de redes sociales y comunitarias e inclusión en derechos hacia la restitución. <p>Paso 3</p> <ul style="list-style-type: none"> • Canalización la familia a los círculos de existencia, a otras intervenciones del PIC, servicios sociales y de salud, acorde con lo identificado, registrada en el formato de novedades y seguimiento. • Acuerdo con la familia de la próxima visita en 15 días que será confirmada de forma telefónica días antes de su realización. • Diligenciar la información de la familia en la base de datos de familias desplazadas. 	<p>Materiales e insumos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Formato de registro de Intervención psicosocial, con resumen y análisis psicosocial poblacional diferencial (etnia, genero, etapa de ciclo) hasta la primera visita. ✓ Formato de novedades y seguimiento ✓ Formato de canalización <p>Subproducto: Familia en condición o situación de desplazamiento con segunda visita por profesional de psicología.</p> <p>Soportes: ✓ Formatos anteriores completamente con firma de la familia -excluyendo <i>Formato de canalización</i>- con captura del</p>

	Formato de novedades y seguimiento en APS en línea, y del formato de la intervención en la base de datos de familias desplazadas
<p>Nombre de la acción: Tercera asesoría en casa a Familias en condición o situación de desplazamiento Familias: Familias en condición o situación de desplazamiento de los microterritorios de APS Tiempo: 2 horas Responsable(s): Profesional de psicología Periodicidad: A los 15 días de la segunda visita del profesional de psicología.</p>	
<p>Actividades por Pasos: Paso 1</p> <ul style="list-style-type: none"> Cerrar y retroalimentar la implementación del plan y cambios en la autonomía de la familia, con evaluación de la intervención <p>Paso 2</p> <ul style="list-style-type: none"> Orientación a las familias en promoción de derechos en articulación con componente de gestión local, fortalecimiento a la atención psicosocial por parte de otros sectores, socialización de ruta local y canalización a servicios de salud énfasis en salud mental en caso necesario <p>Paso 3</p> <ul style="list-style-type: none"> Aplicar formato de evaluación post - asesoría Diligenciar la información de la familia en la base de datos de familias desplazadas. 	<p>Materiales e insumos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Formato de registro de Intervención psicosocial, con resumen y análisis psicosocial poblacional diferencial (etnia, genero, etapa de ciclo) hasta la primera visita. ✓ Formato de evaluación post- asesoría <p>Subproducto: Familia en condición o situación de desplazamiento con segunda visita por profesional de psicología.</p> <p>Soportes: Formatos anteriores completamente con firma de la familia -excluyendo <i>Formato de canalización</i>- con captura del Formato de novedades y seguimiento en APS en línea, y del formato de la intervención en la base de datos de familias desplazadas, formato de evaluación capturado en base de datos.</p>

4.2.2.1.11. Familias con miembros pertenecientes a grupos étnicos

Esta acción integradora pretende dar respuesta al propósito de avanzar en la inclusión social de las personas en situación de discriminación y exclusión en el marco de los derechos humanos y la justicia social, con una respuesta psicosocial enmarcada en el enfoque poblacional y articulada con la dinámica de “acciones colectivas en y para la diversidad funcional, cultural y de identidad” bajo la metodología que proponen las acciones de base comunitaria y la estrategia promocional de calidad de vida.

Adicionalmente, se articula con la promoción de prácticas favorables para la salud de las familias en el marco de los círculos de existencia mediante la canalización a los encuentros de familias donde, a partir de espacios de construcción y diálogo social reconozcan la diversidad poblacional, sus capacidades e intereses comunes que las conduzcan a ser parte de redes sociales promotoras de salud y calidad de vida en un contexto de participación e inclusión social.

A continuación se presenta el procedimiento para el desarrollo de las sesiones de asesoría y seguimiento:

<p>Nombre de la acción: Primera asesoría en casa a Familias étnicas</p> <p>Familias: Familias étnicas de los microterritorios de APS, de las localidades: Santa fe Mártires, Usme, Bosa, Kennedy Ciudad Bolívar, Rafael Uribe Uribe, San Cristóbal, Fontibón y Suba</p> <p>Tiempo: 2 horas</p> <p>Responsable(s): Profesional de trabajo social y gestor comunitario</p> <p>Periodicidad: Una vez realizada la caracterización o actualización de novedades de la familia.</p>	
<p>Actividades por Pasos:</p> <p>Paso 1</p> <ul style="list-style-type: none"> Revisar la información de la familia étnica en la ficha de caracterización e identificación de la vulnerabilidad familiar, previamente a la visita, y correlacionar con las bases de datos disponibles. <p>Paso 2</p> <ul style="list-style-type: none"> Desarrollar con la familia formato de evaluación pre – asesoría, en el componente de familias étnicas. Desarrollar con las familias, mediante estrategias lúdico – pedagógicas, acciones orientadas al fortalecimiento del auto reconocimiento y la identidad étnica; aplicación del instrumento de caracterización, (en este momento es de suma importancia preguntar al entrevistado sobre su pertenencia étnica; y para el caso de las familias indígenas, se debe preguntar sobre el pueblo o comunidad a la que pertenecen) y en la identificación de necesidades individuales, familiares y del entorno, elaboración del plan familiar y canalizaciones a los servicios de salud y a los servicios sociales y comunitarios a que haya lugar (Anexo Técnico Etnias y caja de herramientas). Revisar y consolidar la información relacionada con las condiciones de aseguramiento; revisar las intervenciones realizadas desde el sector salud, y desde otros sectores, a partir de las canalizaciones; realizar asesorías sobre la importancia de su vinculación a procesos organizativos y a los círculos de existencia. Concertar con la familia un plan familiar y registrar la información en el formato de plan familiar. <p>Paso 3</p> <ul style="list-style-type: none"> Canalización a los servicios de salud y servicios sociales según la necesidad de la familia, y a los círculos de existencia. De preferencia con programación de consulta de salud en terreno o entrega de <i>Formato de canalización</i> y registro en <i>Formato de novedades y seguimiento</i>. Acuerdo con la familia de la próxima visita en 15 días que será confirmada de forma telefónica días antes de su realización. 	<p>Materiales e insumos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Formato de caracterización e identificación de vulnerabilidad familiar ✓ Formato de plan familiar ✓ Formato de evaluación pre – asesoría ✓ Formato de canalización <p>Subproducto: Familia en condición o situación de desplazamiento con primera visita por profesional de trabajo social y gestor comunitario.</p> <p>Soportes: Formatos anteriores completamente con firma de la familia -excluyendo <i>Formato de canalización</i>- con captura del Formato de novedades y seguimiento en APS en línea.</p>

<p>Nombre de la acción: Segunda asesoría en casa a Familias étnicas</p> <p>Familias: Familias étnicas de los microterritorios de APS, de las localidades: Santa fe Mártires, Usme, Bosa, Kennedy Ciudad Bolívar, Rafael Uribe Uribe, San Cristóbal, Fontibón y Suba</p> <p>Tiempo: 2 horas</p> <p>Responsable(s): Profesional de trabajo social</p> <p>Periodicidad: a los 20 días de la primera asesoría en casa a familias étnicas</p>	
<p>Actividades por Pasos:</p> <p>Paso 1</p> <ul style="list-style-type: none"> Realizar seguimiento al plan de acción familiar concertado durante la primera visita, con registro de la información en el formato de registro del plan familiar incluyendo avances, logros y dificultades. <p>Paso 2</p> <ul style="list-style-type: none"> Desarrollar acciones de IEC en promoción de factores protectores, prevención de riesgos en salud, orientación hacia el reconocimiento de la medicina tradicional en el orden individual y familiar, fortalecimiento de relaciones intrafamiliares, promoción de redes sociales y comunitarias e inclusión en derechos hacia la restitución. <p>Paso 3</p> <ul style="list-style-type: none"> Realizar la correspondiente evaluación y cierre del proceso; aplicación del formato de evaluación post – asesoría. 	<p>Materiales e insumos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Formato de registro de Intervención psicosocial, con resumen y análisis psicosocial poblacional diferencial (etnia, genero, etapa de ciclo) hasta la primera visita. ✓ Formato de novedades y seguimiento ✓ Formato de canalización <p>Subproducto: Familia en condición o situación de desplazamiento con segunda visita por profesional de trabajo social.</p> <p>Soportes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Formatos anteriores completamente con firma de la familia -excluyendo <i>Formato de canalización</i>- con captura del Formato de novedades y seguimiento en APS en línea, y del formato de la intervención en la base de datos de familias desplazadas

4.2.2.1.12.

Familias con prioridad alta por vivienda saludable

La estrategia de Vivienda integra iniciativas que promuevan y protejan la salud de las personas de los peligros a los que están expuestas en la vivienda y el entorno en el cual están inmersas, desde acciones educativas y de asistencia tecnológica. Es así como se incluyen procesos de educación a través de *asesorías* buscando promover conocimientos y prácticas hacia una vivienda saludable, mientras de forma complementaria se desarrollan intervenciones para el *fortalecimiento del entorno proximal* a partir de brigadas en las viviendas o por cuadras, seguimientos en saneamiento alternativo u otras acciones que conduzcan a disminuir los riesgos en salud que se originan en la vivienda y el entorno.

La priorización de familias a intervenir desde la Estrategia de Vivienda Saludable, debe considerar familias previamente caracterizadas en los microterritorios, como aquellas con necesidades de mejora en sus condiciones de habitabilidad.

A continuación se presenta el procedimiento para el desarrollo de las sesiones de asesoría y seguimiento:

<p>Nombre de la acción: Primera asesoría en casa de Vivienda Saludable Familias: Familias priorizadas por condiciones higiénico- sanitarias inadecuadas de los microterritorios de APS Tiempo: 1 hora Responsable(s): Técnicos ambientales o auxiliares en salud pública Periodicidad: Una vez realizada la caracterización o actualización de novedades de la familia.</p>	
<p>Actividades por Pasos: Paso 1 <ul style="list-style-type: none"> Identificar y evaluar las condiciones higiénico – sanitarias de los espacios vitales de la vivienda registrando la información en el Formato de asesoría vivienda saludable (Anexo técnico Salud Ambiental) Paso 2 <ul style="list-style-type: none"> Realizar la orientación en hábitos saludables. Paso 3 <ul style="list-style-type: none"> Canalización a los servicios de salud y servicios sociales de otros sectores según la necesidad de la familia, y a los círculos de existencia. De preferencia con programación de consulta de salud en terreno o entrega de <i>Formato de canalización</i> y registro en <i>Formato de novedades y seguimiento</i>. Acuerdo con la familia de la próxima visita en 20 a 30 días que será confirmada de forma telefónica días antes de su realización. Diligenciar la información de la familia en la base de datos de Vivienda saludable. </p>	<p>Materiales e insumos: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Formato de caracterización e identificación de vulnerabilidad familiar ✓ Formato de asesoría en vivienda saludable ✓ Formato de novedades y seguimiento ✓ Formato de canalización ✓ Base de datos de vivienda saludable. Subproducto: Asesoría de vivienda saludable realizada y sistematizada en la base de datos (incluye las asesorías de familias étnicas y el instrumento de sistematización de vivienda diferencial) Base de datos de vivienda saludable con entrega trimestral a nivel central, radicada en la SDS. Soportes: Formatos anteriores completamente con firma de la familia -excluyendo <i>Formato de canalización</i>- con captura del Formato de novedades y seguimiento en APS en línea, y del formato de la intervención en la base de datos de vivienda saludable.</p>
<p>Nombre de la acción: Segunda asesoría en casa de Vivienda Saludable Familias: Familias priorizadas por condiciones higiénico- sanitarias inadecuadas en de los microterritorios de APS Tiempo: 45 minutos Responsable(s): Técnico ambiental o auxiliares en salud pública. Periodicidad: A los 20 o 30 días de la primera visita.</p>	

<p>Actividades por Pasos:</p> <p>Paso 1</p> <ul style="list-style-type: none"> En función de las necesidades identificadas en la vista anterior deberán seleccionarse las herramientas educativas (Anexo técnico Salud Ambiental) <p>Paso 2</p> <ul style="list-style-type: none"> Desarrollar acciones de IEC con la familia en promoción de factores protectores de la salud ambiental con base en los módulos priorizados, registrando la información en el formato de asesoría de vivienda saludable. <p>Paso 3</p> <ul style="list-style-type: none"> Canalización la familia a los círculos de existencia, a otras intervenciones del PIC, servicios sociales y de salud, acorde con lo identificado, registrada en el formato de novedades y seguimiento. Acuerdo con la familia de la próxima visita en 15 días que será confirmada de forma telefónica días antes de su realización. Diligenciar la información de la familia en la base de datos de vivienda saludable. 	<p>Materiales e insumos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Formato de asesoría en vivienda saludable ✓ Formato de novedades y seguimiento ✓ Formato de canalización ✓ Base de datos de vivienda saludable. <p>Subproducto: Asesoría de vivienda saludable realizada y sistematizada en la base de datos (incluye las asesorías de familias étnicas y el instrumento de sistematización de vivienda diferencial)</p> <p>Base de datos de vivienda saludable con entrega trimestral a nivel central, radicada en la SDS.</p> <p>Soportes: Formatos anteriores completamente con firma de la familia -excluyendo <i>Formato de canalización</i>- con captura del Formato de novedades y seguimiento en APS en línea, y del formato de la intervención en la base de datos de vivienda saludable.</p>
<p>Nombre de la acción: Tercera asesoría en casa a Familias de Vivienda Saludable</p> <p>Familias: Familias priorizadas por condiciones higiénico- sanitarias inadecuadas de los microterritorios de APS</p> <p>Tiempo: 45 minutos</p> <p>Responsable(s): Técnico ambiental o auxiliar de salud pública</p> <p>Periodicidad: A los 20 a 30 días de la segunda visita de vivienda saludable.</p>	
<p>Actividades por Pasos:</p> <p>Paso 1</p> <ul style="list-style-type: none"> Verificar la implementación de prácticas protectoras en salud ambiental con base en los ocho módulos temáticos de la estrategia. <p>Paso 2</p> <ul style="list-style-type: none"> Cerrar y retroalimentar la implementación del plan y cambios en la higiénico sanitarias de los espacios vitales de la vivienda, con registro en el formato de asesoría en vivienda saludable. <p>Paso 3</p> <ul style="list-style-type: none"> Diligenciar la información de la familia en la base de datos de vivienda saludable. 	<p>Materiales e insumos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Formato de asesoría en vivienda saludable ✓ Formato de novedades y seguimiento ✓ Formato de canalización ✓ Base de datos de vivienda saludable. <p>Subproducto: Asesoría de vivienda saludable</p>

	<p>realizada y sistematizada en la base de datos (incluye las asesorías de familias étnicas y el instrumento de sistematización de vivienda diferencial)</p> <p>Base de datos de vivienda saludable con entrega trimestral a nivel central, radicada en la SDS.</p> <p>Soportes: Formatos anteriores completamente con firma de la familia -excluyendo <i>Formato de canalización</i>- con captura del Formato de novedades y seguimiento en APS en línea, y del formato de la intervención en la base de datos de vivienda saludable.</p>
--	---

➤ **Transferencia de tecnología en opciones de saneamiento**

Las ESE's que cuentan con Unidades Alternativas de Saneamiento (UAS) y filtros de agua para consumo humano en el marco de los Planes de Entornos, deben acoger el seguimiento y control de estos, a partir de acciones periódicas; inicialmente de verificación del avance de las familias en la adopción de la tecnología y el funcionamiento de los sistemas, posteriormente se plantean seguimientos en ambos sentidos, donde puedan identificarse aspectos correctivos y acciones de mejora en el uso, mantenimiento de los sistemas y apropiación de la familia.

Las siguientes frecuencias de seguimientos, se establecen con base en la experiencia previa del sector salud:

Periodos de funcionamiento de la UAS o Filtros	Frecuencia mínima de Seguimientos
De 0 a 3 meses	1 vez por semana
De 4 meses a 6 meses	1 vez cada 15 días
De 7 meses a 1 año	1 vez al mes
Entre 1 a 3 años	1 vez cada 3 meses
> a 4 años	Cierre del proceso

Estos seguimientos deben guiarse por las frecuencias anteriormente definidas y el registro en campo del Anexo 3. Formato de Seguimiento a Unidades de Saneamiento y 3.1 Formato de Seguimiento a Filtros de Agua para Consumo, incluyendo la sistematización de avances y resultados periódicos e identificando el mejoramiento de las condiciones de salud de las

familias. En caso de la reubicación de filtros o de UAS deberá acogerse el Anexo 3.2 o Formato de selección de familias y reiniciarse el proceso de educación con las familias.

Dentro de las opciones tecnológicas podrán considerarse otras experiencias que den respuesta a necesidades identificadas en los diferentes espacios vitales, como: el aprovechamiento adecuado de agua en instituciones educativas y de protección, construcciones sostenibles y experiencias de iluminación en viviendas con las de 1 Litro de Luz, a iniciarse en algunas localidades piloto en 2012.

Sub – Productos:

- Seguimientos a filtros de agua para consumo humano
- Seguimientos a unidades de saneamiento alternativo realizados según frecuencias y con resultados sistematizados.

4.2.2.2. Familias de prioridad media

A continuación se presenta el procedimiento para el desarrollo de las sesiones de asesoría y seguimiento:

4.2.2.2.1. Familias con niños de 1 hasta 5 años sin desnutrición

<p>Nombre de la acción: Sesión de identificación del niño e inicio de procesos de IEC. Familias: Niños y niñas de 1 hasta 5 años de microterritorios de APS Tiempo: 1 hora Responsable(s): Gestor en salud Periodicidad: Una vez realizada la caracterización o actualización de novedades</p>	
<p>Actividades por Pasos: Paso 1 a) Identificación del niño utilizando el <i>Formato Evaluación de la familia con niños/niñas menores de cinco años (AIEPI) para la evaluación y atención del niño/a hasta los 5 años de edad</i> y a partir de la información de carnet de control de crecimiento y desarrollo. b) Aplicación de la encuesta de conocimientos, actitudes y prácticas utilizando el Formato de evaluación pre – asesoría según los aspectos que serán trabajados en el plan familiar. Paso 2: c) Concertación de plan familiar y de primera infancia y registro en el <i>Formato Evaluación de la familia con niños/niñas menores de cinco años (AIEPI)</i>. Paso 3: d) Información, educación y comunicación de acuerdo a las necesidades del niño/a y su familia (Caja de herramientas) que será registrado en el <i>Formato Evaluación de la familia con niños/niñas menores de cinco años (AIEPI) y de novedades y seguimiento de Novedades</i>.</p>	<p>Materiales e insumos: ✓ Formato de caracterización e identificación de vulnerabilidad familiar ✓ Formato Evaluación de la familia con niños/niñas menores de cinco años (AIEPI) ✓ Formato de novedades y seguimiento ✓ Formato plan familiar o el que corresponda por ciclo vital (si se trabajan otros aspectos en la asesoría) ✓ Formato de canalización ✓ Formato de evaluación pre – asesoría. Subproducto:</p>

<p><i>Temas de énfasis:</i> Signos de alarma y manejo inicial de enfermedades prevalentes.</p> <p>Paso 4:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Canalización al control de crecimiento y desarrollo, vacunación, círculos de existencia de infancia, servicios de salud o servicios sociales que requiera la familia. De preferencia con programación de consulta de salud en terreno o entrega de <i>Formato de canalización de canalización</i> y registro en <i>Formato de novedades y seguimiento</i> • Acuerdo con la familia de la próxima visita en el año que será confirmada de forma telefónica días antes de su realización. 	<p>Familia con niño/a menor de un año con identificación y definición de plan de primera infancia.</p> <p>Soportes: Formatos anteriores diligenciados completamente con firma de la familia - excluyendo <i>Formato de canalización</i>- con captura del Formato de novedades y seguimiento en APS en línea</p>
<p>Nombre de la acción: Sesiones de seguimiento del niño. Familias: Niños y niñas de 1 hasta 5 años de microterritorios de APS Tiempo: 1 hora Responsable(s): Profesional de enfermería Periodicidad: 4 a 5 meses después de la primera asesoría</p>	
<p>Actividades por Pasos:</p> <p>Paso 1:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Indagación de novedades, revisión de carnet de crecimiento y desarrollo y seguimiento a los compromisos del plan de seguimiento a la primera infancia y registro en <i>Formato Evaluación de la familia con niños/niñas menores de cinco años (AIEPI)</i>. <p>Paso 2:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Información, educación y comunicación de acuerdo a las necesidades del niño/a y su familia (Caja de herramientas) que será registrado en el <i>Formato Evaluación de la familia con niños/niñas menores de cinco años (AIEPI) y de novedades y seguimiento</i>. <p><i>Temas de énfasis:</i> Estimulación del crecimiento y desarrollo para la edad y pautas de crianza</p> <p>Paso 3:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Seguimiento a la canalización al control de crecimiento y desarrollo, vacunación, círculos de existencia de infancia, servicios de salud o servicios sociales que requiera la familia. De preferencia con programación de consulta de salud en terreno o entrega de <i>Formato de canalización de canalización</i> y registro en <i>Formato de novedades y seguimiento</i>. ✓ Acuerdo con la familia de la próxima visita en el año que será confirmada de forma telefónica días antes de su realización. 	<p>Materiales e insumos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Formato Evaluación de la familia con niños/niñas menores de cinco años (AIEPI) ✓ Formato de novedades y seguimiento ✓ Formato plan familiar o el que corresponda por ciclo vital (si se trabajan otros aspectos en la asesoría. ✓ Formato de canalización <p>Subproducto: Familia con niño/a(s) menores de un año con asesoría y seguimiento del plan de primera infancia.</p> <p>Soportes: Formatos anteriores diligenciados completamente con firma de la familia - excluyendo <i>Formato de canalización</i>- con captura del Formato de novedades y seguimiento en APS en línea</p>
<p>Nombre de la acción: Sesiones de seguimiento del niño. Familias: Niños y niñas de 1 hasta 5 años de microterritorios de APS Tiempo: 1 hora Responsable(s): Gestor en salud</p>	

Periodicidad: 4 a 5 meses después de la primera asesoría	
<p>Actividades por Pasos:</p> <p>Paso 1:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Cierre del proceso, seguimiento a los compromisos del plan de seguimiento a la primera infancia y registro en <i>Formato Evaluación de la familia con niños/niñas menores de cinco años (AIEPI)</i>. <p>Paso 2:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Seguimiento a la canalización al control de crecimiento y desarrollo, vacunación, círculos de existencia de infancia, servicios de salud o servicios sociales que requiera la familia. <p>Paso 3:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Evaluación de la asesoría utilizando el <i>Formato de evaluación post-asesoría</i> en la última sesión de asesoría 	<p>Materiales e insumos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Formato Evaluación de la familia con niños/niñas menores de cinco años (AIEPI) ✓ Formato de novedades y seguimiento ✓ Formato plan familiar o el que corresponda por ciclo vital (si se trabajan otros aspectos en la asesoría. ✓ Formato de canalización Formato de evaluación post asesoría <p>Subproducto:</p> <p>Familia con niño/a(s) menores de un año con asesoría y seguimiento del plan de primera infancia.</p> <p>Soportes:</p> <p>Formatos anteriores diligenciados completamente con firma de la familia - excluyendo <i>Formato de canalización</i>- con captura del Formato de novedades y seguimiento en APS en línea</p>

Las visitas adicionales de salud oral se deben realizar con el mismo procedimiento planteado en familias con niños menores de 5 años con desnutrición.

4.2.2.2. Familias con adolescentes y/o jóvenes

La población de 10 a 19 años y de 20 a 26 años que corresponde a la adolescencia y juventud respectivamente, vive múltiples situaciones que la expone a riesgos y situaciones no deseables para su pleno desarrollo, para ello se está fortaleciendo a la par con la garantía del derecho a la salud los aspectos que fomenten la vinculación emocional entre los miembros de la familia, así como el fortalecimiento de la cercanía entre las generaciones, el incremento del tiempo compartido y el establecimiento de compromisos familiares para potenciar de manera positiva la formación especialmente de los(as) adolescentes en el seno de la familia y al mismo tiempo brindar elementos que prevengan situaciones de riesgo y promocionar factores protectores en la medida que se aporta en la construcción de relaciones que tengan en cuenta los cambios según las edades (10 a 13) y (14 a 19) puesto que se encuentran en períodos con diferencias

importantes en cuanto se maduran y ponen a prueba valores familiares que fundamentan la subjetividad.

Una de las problemáticas priorizadas en el abordaje a las familias beneficiarias en los microterritorios que ha sido más difícil de abordar en la ciudad, la constituye la presencia de un número creciente de **embarazos en las adolescentes y las jóvenes**; esta situación implica el reconocimiento y visibilización de los y las adolescentes en su condición de **sujetos de derecho**. Para este grupo poblacional se contemplan como metas en el Plan de Desarrollo Distrital 2008-2012: reducir en 100% los embarazos en adolescentes entre 10 y 14 años (se asumen como un abuso sexual) y reducir en 20% los embarazos en adolescentes entre 15 y 19 años.

El embarazo en adolescentes convoca la complejidad de determinantes estructurales, particulares y singulares de tipo económico, social y cultural. Dentro de éstos algunos a nivel singular y particular son:

*Socialmente, no se permite a los/las adolescentes expresar de manera libre su percepción acerca del ejercicio sexual; sus imaginarios en torno a la paternidad y/o maternidad, así como las representaciones sociales de este evento para este grupo poblacional.

*Los jóvenes construyen imaginarios sociales en torno a su proyecto de vida, en el marco de su experiencia de vida al interior de la familia, donde se le asignan roles de pseudo-paternidad maternidad y se les coloca como cuidadores de sus hermanos.

*La joven utiliza la maternidad como herramienta de la cual puede obtener algún tipo de "ganancia" en términos de reconocimiento en la vida de pareja, movilizándolo al adolescente hombre a ejercer un papel comprometido y activo en la relación afectiva.

El proceso de asesoría y seguimiento a las familias con adolescentes y/o jóvenes tiene como objetivos:

1. Identificar factores de riesgo que le aporten a la prevención del embarazo y otras situaciones que afectan la salud de los adolescentes, con el propósito de transmitir ideas y mensajes que apunten al fortalecimiento de la cohesión y la vinculación emocional entre los miembros de la familia, lo cual le brindará elementos para mejorar la adaptabilidad, afectar sus relaciones, roles, ajustar o reafirmar las normas y reglas en función de las necesidades, demandas o situaciones de peligro que pudiera llegar a proteger al adolescente.
2. Fortalecer la identificación y canalización efectiva de los y las adolescentes y jóvenes a los servicios amigables para adolescentes y jóvenes, así como brindar la información y educación relevantes para este paso vital y frente a eventos, condiciones y necesidades identificadas, en especial en los eventos relacionados con salud sexual y reproductiva.

El proceso de asesoría y seguimiento requiere en lo posible poder tener privacidad con el adolescente o joven y debe partir por la identificación de la situación de salud de los adolescentes y/o jóvenes de una familia de forma integral, por lo cual interesa conocer sus percepciones y prácticas de riesgo o protectoras en relación con la sexualidad, uso del tiempo libre, salud mental, trastornos de conducta alimentaria, actividad física, consumo de sustancias psicoactivas, conocimiento de los servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes entre otras.

A partir de esta identificación inicial se debe orientar el componente de información, educación y comunicación de las asesorías y seguimientos que deberán ser dirigidas principalmente a l@s adolescentes y/o jóvenes y cuando se valore necesario también a los padres o familiares. A continuación se proponen algunos temas énfasis para el componente educativo de las sesiones de asesoría que podían ser abordados en éstas. La propuesta para desarrollarlos se especifica en el Anexo Técnico Adolescentes y Jóvenes.

Responsable de la asesoría	Tema de énfasis	Otros temas
Gestor en salud	Derechos sexuales y reproductivos	Uso del tiempo libre y reconocimiento de organizaciones sociales juveniles del microterritorio o el territorios GSI.
Gestor en salud	<p>Desarrollo sexual y reproductivo Sexo seguro y prevención de infecciones de transmisión sexual (VIH, Hepatitis, Sífilis).</p> <p>Síntomas de las infecciones de trasmisión sexual:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Secreción purulenta o maloliente por pene o vagina. - Aparición de granos indoloros o de vejigas pequeñas muy dolorosas en zona genital. - Inflamación de ganglios en la zona inguinal 	<p>Efectos del consumo de sustancias psicoactivas.</p> <p>Socialización de los servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes insistiendo en el acceso gratuito a la consulta del joven y a la consejería y métodos de regulación de la fecundidad y la modalidad de consulta diferenciada y/o unidad amigable según organización del servicio en la ESE.</p> <p>Socialización de la Línea 106</p>

A continuación el procedimiento para realizar las sesiones de asesoría y seguimiento:

Es importante resaltar a la familia con adolescentes y/o jóvenes que las sesiones de asesoría en casa no reemplazan en ningún caso al control del joven ni la consejería en planificación familiar. De hecho la canalización al mismo y el seguimiento a ésta será una acción a desarrollar en todas las asesorías.

Nombre de la acción: Sesión de asesoría del adolescente o joven e inicio de procesos de IEC.	
Familias: Adolescentes y/o jóvenes de microterritorios de APS	
Tiempo: 1 hora	
Responsable(s): Gestor en salud	
Periodicidad: Una vez realizada la caracterización o actualización de novedades	
Actividades por Pasos:	Materiales e insumos:
<p>Paso 1</p> <p>e) Caracterización de la situación de salud del adolescente o joven.</p> <p>f) Aplicación de la encuesta de conocimientos, actitudes y prácticas utilizando el Formato de evaluación pre - asesoría según los aspectos que serán trabajados en el plan familiar.</p> <p>Paso 2</p> <p>g) Concertación de plan de asesorías y seguimientos y registro en <i>Formato Plan Familiar de Seguimiento</i>.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Formato plan familiar ✓ Formato de novedades y seguimiento ✓ Formato que corresponda por ciclo vital (si se trabajan otros aspectos en la asesoría) ✓ Formato de canalización

<p>Paso 3 h) Información, educación y comunicación de acuerdo a las necesidades del adolescente o joven y su familia (Caja de herramientas) que será registrado en el <i>Formato plan familiar y de novedades y seguimiento de Novedades</i>. <i>Temas de énfasis:</i> Derechos sexuales y reproductivos</p> <p>Paso 4</p> <ul style="list-style-type: none"> • Canalización a los servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes, consulta preventiva en salud oral, círculos de existencia de jóvenes, servicios de urgencias o servicios sociales. De preferencia con programación de consulta de salud en terreno o entrega de <i>Formato de canalización de canalización</i> y registro en <i>Formato de novedades y seguimiento</i> • Acuerdo con la familia de la próxima visita en el año que será confirmada de forma telefónica días antes de su realización. 	<p>✓ Formato de evaluación pre - asesoría</p> <p>Subproducto: Familia con adolescente(s) o joven(es) con primera visita de asesoría y seguimiento.</p> <p>Soportes: Formatos anteriores diligenciados completamente con firma de la familia - excluyendo <i>Formato de canalización</i>- con captura del Formato de novedades y seguimiento en APS en línea</p>
<p>Nombre de la acción: Sesión de seguimiento del adolescente o joven Familias: Adolescentes y/o jóvenes de microterritorios de APS Tiempo: 1 hora Responsable(s): Gestor en salud Periodicidad: 4 a 5 meses después de la primera asesoría</p>	
<p>Actividades por Pasos:</p> <p>Paso 2 i) Indagación de novedades, y seguimiento a los compromisos del plan de seguimiento al adolescente o joven y registro en <i>Formato 1E</i>.</p> <p>Paso 3 j) Información, educación y comunicación de acuerdo a las necesidades del adolescente o joven y su familia (Caja de herramientas) que será registrado en el <i>Formato plan familiar y de novedades y seguimiento</i>. <i>Temas de énfasis:</i> Desarrollo sexual y reproductiva y sexo seguro y prevención de infecciones de transmisión sexual (VIH, Hepatitis, Sífilis).</p> <p>Paso 4</p> <ul style="list-style-type: none"> • Seguimiento a la canalización a los servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes, consulta preventiva en salud oral, círculos de existencia de jóvenes, servicios de urgencias o servicios sociales. De preferencia con programación de consulta de salud en terreno o entrega de <i>Formato de canalización de canalización</i> y registro en <i>Formato de novedades y seguimiento</i> • Acuerdo con la familia de la próxima visita en el año que será confirmada de forma telefónica días antes de su realización. • Evaluación de la asesoría utilizando el <i>Formato de evaluación post-asesoría</i> en la última sesión de asesoría 	<p>Materiales e insumos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Formato plan familiar ✓ Formato de novedades y seguimiento ✓ Formato que corresponda por ciclo vital (si se trabajan otros aspectos en la asesoría) ✓ Formato de canalización ✓ Formato de evaluación post – asesoría. <p>Subproducto: Familia con adolescente(s) o joven(es) con asesoría y seguimiento completo.</p> <p>Soportes: Formatos anteriores diligenciados completamente con firma de la familia - excluyendo <i>Formato de canalización</i>- con captura del Formato de novedades y seguimiento en APS en línea</p>

^a La Resolución 412 de 2000 contempla 4 consultas preventivas del adolescente y joven en adolescencia inicial, media, tardía y adulto joven.

^b La Resolución 412 de 2000 contempla la consulta preventiva en salud oral desde los 2 años hasta los 19 años dos veces al año.

4.2.2.3. Familias con personas con condiciones crónicas

Las condiciones crónicas se presentan con frecuencia en la etapa adulta (27 a los 59 años) o adulta mayor (65 años o más), pero se considerarán familias de prioridad media cuando cualquier integrante de la familia presente condiciones crónicas, pero en el caso de que se identifiquen familias con niños menores de 5 años o gestantes con éstas, estas deberán ser abordadas de acuerdo al esquema planteado para familias de prioridad alta.

Para la programación de estas asesorías dado el perfil epidemiológico de la población de la ciudad, se deben priorizar a familias con personas con hipertensión arterial y diabetes y a mujeres con hallazgos anormales en su citología o mamografía.

El proceso de asesoría y seguimiento para las familias con personas en estas condiciones tiene como objetivo aportar elementos que contribuyan a la prevención de complicaciones de estos daños y al mejoramiento de su condición de salud.

Este proceso debe iniciar con la evaluación de la situación del adulto o persona mayor con estas condiciones en su contexto familiar y social en las siguientes dimensiones:

- ✓ Antecedentes médicos cardiovasculares o metabólicos.
- ✓ Tipo de alimentación (consumo de grasas, carbohidratos, frutas y verduras).
- ✓ Práctica de actividad física.
- ✓ Consumo de sustancias psicoactivas.
- ✓ Manejo del estrés
- ✓ Cuidado de pies y uso de calzado adecuado (Diabetes).
- ✓ Verificación de la asistencia a consultas de control (p ej. medicina general, oftalmología) y adherencia al tratamiento (medicamentos).

La valoración de las anteriores dimensiones permitirá concertar con la familia un plan familiar y orientar los procesos de IEC que deben estar dirigidos tanto a la persona con la condición crónica como a su familia. A continuación se proponen algunos temas énfasis para el componente educativo de las sesiones de asesoría que podían ser abordados en éstas.

Personas con hipertensión y diabetes

Responsable de la asesoría	Tema de énfasis educativo	Otros temas
Gestor en salud	<p>Derechos en salud del paciente con enfermedad crónica dentro del Plan Obligatorio de Salud (Resolución 412/00):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valoración por médico general para control de su enfermedad de base: tamizaje para complicaciones de la HTA o la DM 2 una vez al año (exámenes: BUN, creatinina, cuadro hemático, potasio sérico, glicemia, parcial de orina, electrocardiograma, hemoglobina glicosilada -para diabéticos-). • Valoración por oftalmólogo una vez al año. • Valoración por médico internista (en caso de alguna complicación de la enfermedad crónica) • Entrega de medicamentos para la enfermedad. <p>Resolución de inquietudes sobre sus enfermedades: origen de la enfermedad, complicaciones (en el riñón, el ojo, el corazón y el cerebro) y necesidad de adherencia a los tratamientos.</p>	<p>Canalización a la consulta médica de control, club de hipertensos y diabéticos.</p> <p>Consejería para desestimular el consumo de psicoactivos (cigarrillo, alcohol, drogas alucinógenas).</p>
Profesional de enfermería	<p>Signos de alarma para acudir de forma INMEDIATA a los servicios de URGENCIAS para personas con diagnóstico de hipertensión arterial y/o diabetes mellitus:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dolor de cabeza intenso. • Dificultad para respirar. • Dolor en el pecho. • Presencia súbita (de repente) de sudor excesivo, ahogo, sensación de náuseas y/o vómito. • Desmayo (pérdida de conciencia) o sensación de mareo. • Sensación de muerte. • Alteración de la conciencia (estar muy dormido o muy activo – agresivo, desorientación del tiempo, del espacio o la persona). • Alteración del lenguaje. • Inflamación de los pies. • Cambio en la coloración de las extremidades. 	

	<p>Cuidados en casa para prevenir las complicaciones de las enfermedades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alimentación balanceada: no fritos, una harina en comida, frutas y verduras frecuentes, no gaseosas, proteína de origen animal (carne magra, sin gordos). • Promoción de la actividad física: deseablemente 30 minutos diarios que pueden ser fraccionados de caminata, baile lento o según posibilidades • Uso de calzado amplio (no apretado y duros en la punta). • Revisión continua de los pies y las manos – diabéticos-. • No consumo de sal adicional en las comidas (retirar la sal de la mesa). • Adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos indicados por los profesionales en salud. <p>Fortalecimiento de la red de apoyo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mantener informada a la familia sobre la enfermedad que se tiene tanto en el origen, el tratamiento, las complicaciones y los signos de alarma para acudir a urgencias. • Asistir en compañía a la consulta médica y a los controles de programas de detección temprana. • Dialogo continuo entre los familiares sobre las preocupaciones cotidianas, los proyectos individuales y colectivos a corto, mediano y largo plazo. 	
--	--	--

A continuación el procedimiento para realizar las sesiones de asesoría y seguimiento:

<p>Nombre de la acción: Sesión de caracterización de la persona con condición crónica e inicio de procesos de IEC. Familias: Personas con condición crónica de microterritorios de APS Tiempo: 1 hora Responsable(s): Gestor en salud Periodicidad: Una vez realizada la caracterización o actualización de novedades</p>	
<p>Actividades por Pasos: Paso 1 k) Identificación de la situación de salud de la persona mayor. l) Aplicación de la encuesta de conocimientos, actitudes y prácticas utilizando el Formato de evaluación pre - asesoría según los aspectos que serán trabajados en el plan familiar. Paso 2</p>	<p>Materiales e insumos: ✓ Formato de crónicos ✓ Formato de novedades y seguimiento ✓ Formato plan familiar o el que corresponda por ciclo vital (si se trabajan otros</p>

<p>m) Concertación de plan de asesorías y seguimientos y registro en <i>Formato de crónicos</i>.</p> <p>Paso 3</p> <p>n) Información, educación y comunicación de acuerdo a las necesidades del adolescente o joven y su familia (Caja de herramientas) que será registrado en el <i>Formato crónicos y de novedades y seguimiento de Novedades</i>.</p> <p>Paso 4</p> <ul style="list-style-type: none"> • Canalización a los servicios de salud círculos de existencia, servicios de salud o servicios sociales requeridos por la familia. De preferencia con programación de consulta de salud en terreno o entrega de <i>Formato de canalización de canalización</i> y registro en <i>Formato de novedades y seguimiento</i>. • Acuerdo con la familia de la próxima visita en el año que será confirmada de forma telefónica días antes de su realización. 	<p>aspectos en la asesoría</p> <p>✓ Formato de canalización</p> <p>✓ Formato de evaluación pre – asesoría.</p> <p>Subproducto: Familia con persona con condición crónica con primera visita de asesoría y seguimiento.</p> <p>Sportes: Formatos anteriores diligenciados completamente con firma de la familia - excluyendo <i>Formato de canalización</i>- con captura del Formato de novedades y seguimiento en APS en línea</p>
<p>Nombre de la acción: Sesión de seguimiento a personas con condición crónica</p> <p>Familias: Personas con condición crónica de microterritorios de APS</p> <p>Tiempo: 1 hora</p> <p>Responsable(s): Profesional de enfermería</p> <p>Periodicidad: 2 a 3 meses después de la primera asesoría</p>	
<p>Actividades por Pasos:</p> <p>Paso 1</p> <p>o) Indagación de novedades, y seguimiento a los compromisos del plan de seguimiento al adolescente o joven y registro en <i>Formato de crónicos</i>.</p> <p>Paso 2</p> <p>p) Información, educación y comunicación de acuerdo a las necesidades de la persona en condición crónica (Caja de herramientas) que será registrado en el <i>Formato de crónicos y en de novedades y seguimiento</i>.</p> <p>Paso 4</p> <ul style="list-style-type: none"> • Seguimiento a la Canalización a los servicios de salud círculos de existencia, servicios de salud o servicios sociales requeridos por la familia. De preferencia con programación de consulta de salud en terreno o entrega de <i>Formato de canalización de canalización</i> y registro en <i>Formato de novedades y seguimiento</i>. • Acuerdo con la familia de la próxima visita en el año que será confirmada de forma telefónica días antes de su realización. 	<p>Materiales e insumos:</p> <p>✓ Formato de crónicos</p> <p>✓ Formato de novedades y seguimiento</p> <p>✓ Formato plan familiar o el que corresponda por ciclo vital (si se trabajan otros aspectos en la asesoría)</p> <p>✓ Formato de canalización</p> <p>Subproducto: Familia con persona con condición crónica con asesoría y seguimiento completa</p> <p>Sportes: Formatos anteriores diligenciados completamente con firma de la familia - excluyendo <i>Formato de canalización</i>- con captura del Formato de novedades y seguimiento en APS en línea, y del formato de crónicos en la base de datos de crónicos.</p>

<p>Nombre de la acción: Sesión de seguimiento a personas con condición crónica</p> <p>Familias: Personas con condición crónica de microterritorios de APS</p> <p>Tiempo: 1 hora</p> <p>Responsable(s): Gestor en salud</p> <p>Periodicidad: 2 a 3 meses después de la primera asesoría</p>	
<p>Actividades por Pasos:</p> <p>Paso 1</p> <p>q) Indagación de novedades, y seguimiento a los compromisos del plan de seguimiento al adolescente o joven y registro en <i>Formato de crónicos</i>.</p> <p>Paso 2</p> <p>r) Información, educación y comunicación de acuerdo a las necesidades de la persona en condición crónica (Caja de herramientas) que será registrado en el <i>Formato de crónicos y en de novedades y seguimiento</i>.</p> <p>Paso 4</p> <ul style="list-style-type: none"> • Seguimiento a la Canalización a los servicios de salud círculos de existencia, servicios de salud o servicios sociales requeridos por la familia. De preferencia con programación de consulta de salud en terreno o entrega de <i>Formato de canalización de canalización</i> y registro en <i>Formato de novedades y seguimiento</i>. • 	<p>Materiales e insumos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Formato de crónicos ✓ Formato de novedades y seguimiento ✓ Formato plan familiar o el que corresponda por ciclo vital (si se trabajan otros aspectos en la asesoría) ✓ Formato de canalización <p>Subproducto: Familia con persona con condición crónica con asesoría y seguimiento completa</p> <p>Soportes: Formatos anteriores diligenciados completamente con firma de la familia - excluyendo <i>Formato de canalización</i>- con captura del <i>Formato de novedades y seguimiento</i> en APS en línea, y del formato de crónicos en la base de datos de crónicos.</p>

Mujeres con hallazgos anormales en la citología cervicouterina y/o mamografía

El proceso de asesoría y seguimiento a las familias con mujeres con hallazgos anormales en estos exámenes de tamizaje para cáncer de cérvix o seno busca hacer un proceso de acompañamiento que les permita hacer una búsqueda oportuna del diagnóstico definitivo y tratamiento con los cuales se prevenga la progresión del cáncer y otras complicaciones y redunde en la calidad de vida de las mujeres.

La identificación de las mujeres con estas situaciones se hará mediante los procesos de barrido y caracterización de las familias y mediante la referencia mensual del ámbito IPS de las mujeres con estas situaciones.

A continuación se proponen algunos temas énfasis para el componente educativo de las sesiones de asesoría que podrían ser abordados en estas familias:

Responsable de la asesoría	Tema de énfasis educativo	Otros temas
Gestor en salud	<p>Importancia del diagnóstico y tratamiento oportuno frente al temor de continuar el proceso.</p> <p>Derechos para continuar el proceso de atención:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gratuidad de los exámenes que confirman el diagnóstico de cáncer de cérvix (colposcopia con biopsia, biopsia de las masas de seno). • Gratuidad del tratamiento una vez confirmado el diagnóstico de cáncer (medicamentos y cirugías). • Consulta a los profesionales de salud que se requiera (medicina general y especializada, psicología) • Gratuidad de la consejería y los métodos de planificación familiar (temporales y definitivos) <p>Hallazgos anormales en citología: derechos sexuales reproductivos y prevención de ITS</p>	Seguimiento a la canalización a los servicios de salud y acompañamiento del proceso de diagnóstico y tratamiento a nivel familiar.
Gestor en salud	<p>Fortalecimiento de la red de apoyo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mantener informada a la familia sobre la enfermedad que se tiene tanto en el origen, el tratamiento, las complicaciones y los signos de alarma para acudir a urgencias en caso de cáncer (sangrado vaginal abundante, fiebre persistente, salida de material purulento por vagina o por el seno, etc.) • Asistir en compañía a la consulta médica y a los controles de programas de detección temprana. • Diálogo continuo entre los familiares sobre las preocupaciones cotidianas, los proyectos individuales y colectivos a corto, mediano y largo plazo. 	

A continuación el procedimiento para realización del proceso de asesoría y seguimiento:

Nombre de la acción 1: Sesión de asesoría de a la mujer con hallazgos anormales en la mamografía o en la citología cervicovaginal.
Familias: Mujer con hallazgos anormales en la mamografía o en la citología cervicovaginal. de microterritorios de APS
Tiempo: 1 hora
Responsable(s): Gestor en salud
Periodicidad: Una vez realizada la caracterización o actualización de novedades

<p>Actividades por Pasos:</p> <p>Paso 1</p> <p>s) Identificación de la situación de salud de la mujer. t) Aplicación de la encuesta de conocimientos, actitudes y prácticas utilizando el Formato pre asesoría según los aspectos que serán trabajados en el plan familiar.</p> <p>Paso 2</p> <p>u) Concertación de plan familiar de asesorías y seguimientos y registro en <i>Formato Plan Familiar de Seguimiento</i>.</p> <p>Paso 3</p> <p>v) Información, educación y comunicación de acuerdo a las necesidades de la mujer y su familia que será registrado en el <i>Formato plan familiar y de novedades y seguimiento de Novedades</i>.</p> <p><i>Temas de énfasis:</i> Prácticas de autocuidado y autogestión con el apoyo familiar, fortalecimiento red de apoyo y derechos en salud.</p> <p>Paso 4</p> <p>w) Canalización a los servicios de salud de consulta externa o urgencias, consulta de odontología, consulta de oftalmología, círculos de existencia de género o servicios sociales (Programa de adulto mayor y centro día de SDIS). De preferencia con programación de consulta de salud en terreno o entrega de <i>Formato de canalización de canalización</i> y registro en <i>Formato de novedades y seguimiento</i></p> <p>x) Acuerdo con la familia de la próxima visita en el año que será confirmada de forma telefónica días antes de su realización.</p>	<p>Materiales e insumos:</p> <p>✓ Formato de novedades y seguimiento ✓ Formato plan familiar o el que corresponda por ciclo vital (si se trabajan otros aspectos en la asesoría ✓ Formato de canalización ✓ Formato de evaluación pre - asesoría</p> <p>Subproducto: Familia con persona mayor con primera visita de asesoría y seguimiento.</p> <p>Soportes: Formatos anteriores diligenciados completamente con firma de la familia - excluyendo <i>Formato de canalización</i>- con captura del Formato de novedades y seguimiento en APS en línea.</p>
<p>Nombre de la acción: Sesión de seguimiento de la mujer con hallazgos anormales en la mamografía o en la citología cervicovaginal. Familias: Mujer con hallazgos anormales en la mamografía o en la citología cervicovaginal. de microterritorios de APS Tiempo: 1 hora Responsable(s): Gestor en salud Periodicidad: 4 a 5 meses después de la primera asesoría</p>	
<p>Actividades por Pasos:</p> <p>Paso 1</p> <p>y) Indagación de novedades, y seguimiento a los compromisos del plan de seguimiento a la persona mayor y registro en <i>Formato plan familiar</i></p> <p>Paso 2</p> <p>z) Información, educación y comunicación de acuerdo a las necesidades de la mujer y su familia que será registrado en el <i>Formato plan familiar y de novedades y seguimiento</i>.</p> <p><i>Temas de énfasis:</i> Prácticas de autocuidado y fortalecimiento de la red de apoyo.</p> <p>Paso 3</p> <ul style="list-style-type: none"> Seguimiento a la canalización a los servicios de salud de consulta externa o urgencias, consulta de odontología, consulta de oftalmología, círculos de existencia de género o servicios sociales (Programa de adulto mayor y centro día de SDIS). De 	<p>Materiales e insumos:</p> <p>✓ Formato de novedades y seguimiento ✓ Formato plan familiar o el que corresponda por ciclo vital (si se trabajan otros aspectos en la asesoría ✓ Formato de canalización ✓ Formato de evaluación post - asesoría</p> <p>Subproducto: Familia con persona mayor con de asesoría y seguimiento completo.</p> <p>Soportes: Formatos anteriores</p>

<p>preferencia con programación de consulta de salud en terreno o entrega de <i>Formato de canalización de canalización</i> y registro en <i>Formato de novedades y seguimiento</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación de la asesoría utilizando el <i>Formato de evaluación post-asesoría</i> en la última sesión de asesoría. 	<p>diligenciados completamente con firma de la familia - excluyendo <i>Formato de canalización</i>- con captura del Formato de novedades y seguimiento en APS en línea.</p>
---	---

Es importante resaltar a la familia con mujeres con hallazgos anormales en la mamografía o en la citología cervicovaginal que las sesiones de asesoría en casa no reemplazan en ningún caso a la consulta médica de control. De hecho la canalización al mismo y el seguimiento de éste será una acción a desarrollar en todas las asesorías.

4.2.2.4. Familias con personas mayores

La vejez es el último de los pasos del ciclo de la vida, que comienza alrededor de los 65 años y termina con la muerte. La situación de calidad de vida de las personas mayores en Bogotá es precaria, su situación laboral es peor que la de otros grupos etarios ya que 83.9% de los ocupados trabajan en la informalidad, el 9.5% se declaran incapacitados para trabajar dado que quienes superan 45 años encuentran cada vez más dificultades para acceder al empleo.

Respecto a la seguridad económica 28.2% de hogares con personas mayores no les alcanzan los ingresos, baja proporción cuenta con un ingreso distinto de pensiones y un porcentaje alto de los perceptores de ingresos de esos hogares trabajan de manera informal sin contrato o con contratos verbales y por tanto no cotizan al sistema seguridad social. Al 37.4% de hogares con personas mayores no les alcanza el dinero para comprar la comida y por tanto no pueden satisfacer las necesidades alimentarias lo cual se incrementa cuando la persona mayor es jefe del núcleo. Adicionalmente, existe un desconocimiento de la nutrición conveniente para ellos agravando la situación.

La educación superior fue privilegio de 1 de cada 8 personas mayores, el 58% estudió primaria y 24% terminó secundaria, el 8.4% no sabe leer ni escribir siendo principalmente mujeres (6.4%) existiendo exclusión en programas educativos y de capacitación. El 27% de las viviendas donde residen tienen fuentes cercanas de contaminación, condiciones inadecuadas de la estructura de las viviendas y hacinamiento crítico.

En el proceso de envejecimiento tienden a aumentar las enfermedades crónicas y degenerativas; el 12.6% de la población de más de 60 años estuvo hospitalizada el último año, encontrando servicios de salud de regular calidad, con un tiempo promedio entre la solicitud de una cita y la atención efectiva de una semana (el promedio se triplica para personas mayores en miseria), agravado por las barreras de acceso al servicio de medicamentos. El 7.5% no tienen afiliación a la seguridad.

La Política Pública Social para el envejecimiento y la Vejez en el D.C. busca trabajar frente a los retos del envejecimiento demográfico, el envejecimiento femenino, la enfermedad, la discapacidad, la dependencia y la calidad de vida de las personas mayores, las condiciones de exclusión social, el imaginario cultural adverso y las representaciones sociales discriminatorias del envejecimiento y la vejez, el hambre y la pobreza extrema en las personas mayores en

condiciones de vulnerabilidad. Para ello, su centro está dado por la dignidad humana y los principios de igualdad, diversidad y equidad, solidaridad inter generacional, justicia social distributiva, participación social y enfoque diferencial. Es importante destacar que la Política Pública Social de Envejecimiento y Vejez fue lanzada con el Decreto 345 el 18 de Agosto del 2010.

El proceso de asesoría y seguimiento a las familias con personas mayores busca aportarles elementos que contribuyan a mejorar sus condiciones de vida y salud, partiendo del fortalecimiento de las relaciones familiares para el apoyo de su autocuidado, entendiendo que este es un factor primordial, que le permitirá movilizar acciones para su toma de decisiones, que permitirán definir su proceso de autogestión, el cual afectará directamente su calidad de vida.

Este proceso debe iniciar con la evaluación de la situación de la persona mayor en su contexto familiar y social en las siguientes dimensiones:

- ✓ Dinámica de las relaciones familiares y/o disponibilidad de red social de apoyo para la persona mayor.
- ✓ Autonomía para realizar su ABC (p ej. asearse, vestirse, alimentarse, salud oral) o existencia de alguna limitación física, cognitiva o social.
- ✓ Calidad de la alimentación.
- ✓ Manejo de tiempo libre, de ocio y realización de actividad física.
- ✓ Identificación de síntomas de depresión y de maltrato familiar.
- ✓ Consumo de sustancias psicoactivas
- ✓ Uso de servicios de salud preventivos (Una consulta cada cinco años de acuerdo a la Resolución 412 de 2000) y de medicamentos.

La valoración de las anteriores dimensiones permitirá concertar con la familia un plan familiar y orientar los procesos de IEC que deben estar dirigidos tanto a la persona mayor como a su familia. A continuación se proponen algunos temas énfasis para el componente educativo de las sesiones de asesoría que podrían ser abordados en éstas:

Responsable de la asesoría	Tema de énfasis	Otros temas
Gestor en salud	<p>Prácticas de autocuidado y autogestión con el apoyo familiar (alimentación, uso del baño, salud oral - higiene bucal y manejo de prótesis- estimulación de la memoria a corto y medio plazo, adecuación del espacio de residencia para prevención de accidentes, toma de medicamentos).</p> <p>Fortalecimiento de la red familiar y/o social para buen trato de la persona mayor y comprensión sobre el proceso de envejecimiento.</p> <p>Información y educación sobre derechos en salud:</p> <p>Gratuidad en las consultas de protección específica: consulta anual de quinquenio (cada 5 años) por médico general después de los 45 años, consulta de optometría anual desde los 60 años.</p> <p>Prioridad en la atención para la solicitud de citas en los servicios de consulta externa de las IPS.</p>	<p>Educación en sexualidad activa y sexo seguro.</p> <p>Consejería para el desestimular el consumo de psicoactivos.</p> <p>Autocuidado cuando son cuidadores (pareja, nietos, otros familiares)</p> <p>Canalización a la consulta de prevención de persona mayor, citología, mamografía.</p> <p>Socialización y canalización a redes sociales, como centro día de la Secretaria de Integración Social.</p>
Gestor en salud	<p>Manejo del tiempo libre y de ocio y promoción de la actividad física según antecedentes cardiovasculares y otros médicos (moderado-30 minutos diarios de caminata, baile lento o según posibilidades)</p>	

A continuación el procedimiento para desarrollar el proceso de asesoría y seguimiento:

Es importante resaltar a la familia con personas mayores que las sesiones de asesoría en casa no reemplazan en ningún caso a la consulta médica. De hecho la canalización al mismo y el seguimiento a ésta será una acción a desarrollar en todas las asesorías.

<p>Nombre de la acción 1: Sesión de asesoría de la persona mayor e inicio de procesos de IEC.</p> <p>Familias: Personas mayores de microterritorios de APS</p> <p>Tiempo: 1 hora</p> <p>Responsable(s): Gestor en salud</p> <p>Periodicidad: Una vez realizada la caracterización o actualización de novedades</p>	
<p>Actividades por Pasos:</p> <p>Paso 1</p> <p>aa) Identificación de la situación de salud de la persona mayor.</p> <p>bb) Aplicación de la encuesta de conocimientos, actitudes y prácticas utilizando el Formato 1Q según los aspectos que serán trabajados en el plan familiar.</p> <p>Paso 2</p> <p>cc) Concertación de plan familiar de asesorías y seguimientos y registro en <i>Formato Plan Familiar de Seguimiento</i>.</p> <p>Paso 3</p> <p>dd) Información, educación y comunicación de acuerdo a las necesidades de la persona mayor y su familia que será</p>	<p>Materiales e insumos:</p> <p>✓ Formato de novedades y seguimiento</p> <p>✓ Formato plan familiar o el que corresponda por ciclo vital (si se trabajan otros aspectos en la asesoría</p> <p>✓ Formato de canalización</p> <p>✓ Formato de evaluación pre - asesoría</p>

<p>registrado en el <i>Formato plan familiar y de novedades y seguimiento de Novedades</i>.</p> <p><i>Temas de énfasis:</i> Prácticas de autocuidado y autogestión con el apoyo familiar, fortalecimiento red de apoyo y derechos en salud.</p> <p>Paso 4</p> <p>ee) Canalización a los servicios de salud de consulta externa o urgencias, consulta de odontología, consulta de oftalmología, círculos de existencia de persona mayor o servicios sociales (Programa de adulto mayor y centro día de SDIS). De preferencia con programación de consulta de salud en terreno o entrega de <i>Formato de canalización de canalización</i> y registro en <i>Formato de novedades y seguimiento</i></p> <p>ff) Acuerdo con la familia de la próxima visita en el año que será confirmada de forma telefónica días antes de su realización.</p>	<p>Subproducto: Familia con persona mayor con primera visita de asesoría y seguimiento.</p> <p>Soportes: Formatos anteriores diligenciados completamente con firma de la familia - excluyendo <i>Formato de canalización</i>- con captura del Formato de novedades y seguimiento en APS en línea.</p>
<p>Nombre de la acción: Sesión de seguimiento de la persona mayor Familias: Personas mayores de microterritorios de APS Tiempo: 1 hora Responsable(s): Gestor en salud Periodicidad: 4 a 5 meses después de la primera asesoría</p>	
<p>Actividades por Pasos:</p> <p>Paso 2</p> <p>gg) Indagación de novedades, y seguimiento a los compromisos del plan de seguimiento a la persona mayor y registro en <i>Formato plan familiar</i></p> <p>Paso 3</p> <p>hh) Información, educación y comunicación de acuerdo a las necesidades de la persona mayor y su familia que será registrado en el <i>Formato 1E y de novedades y seguimiento</i>.</p> <p><i>Temas de énfasis:</i> Manejo del tiempo libre y de ocio y promoción de la actividad física</p> <p>Paso 4</p> <p>ii) Seguimiento a la canalización a los servicios de salud de consulta externa o urgencias, consulta de odontología, consulta de oftalmología, círculos de existencia de persona mayor o servicios sociales (Programa de adulto mayor y centro día de SDIS). De preferencia con programación de consulta de salud en terreno o entrega de <i>Formato de canalización de canalización</i> y registro en <i>Formato de novedades y seguimiento</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Acuerdo con la familia de la próxima visita en el año que será confirmada de forma telefónica días antes de su realización. • Evaluación de la asesoría utilizando el <i>Formato de evaluación post-asesoría</i> en la última sesión de asesoría. 	<p>Materiales e insumos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Formato de novedades y seguimiento ✓ Formato plan familiar o el que corresponda por ciclo vital (si se trabajan otros aspectos en la asesoría) ✓ Formato de canalización ✓ Formato de evaluación post - asesoría <p>Subproducto: Familia con persona mayor con de asesoría y seguimiento completo.</p> <p>Soportes: Formatos anteriores diligenciados completamente con firma de la familia - excluyendo <i>Formato de canalización</i>- con captura del Formato de novedades y seguimiento en APS en línea.</p>

^a La Resolución 412 de 2000 contempla la consulta preventiva del adulto después de los 45 años cada cinco años.

^b La Resolución 412 de 2000 contempla la consulta preventiva en salud oral desde los 19 años una vez al año.

^c La Resolución 412 de 2000 contempla la consulta preventiva de oftalmología a los 55 y 65 años y luego cada cinco años si no hay necesidad de control regular.

4.2.2.2.5. Criterios guía para la decisión de asesorías adicionales

Los anteriores esquemas de familias de prioridad media podrían requerir que el gestor en salud solicite el apoyo de asesorías por los profesionales del equipo integrado. A continuación algunas condiciones o situaciones que podrían tomarse en cuenta para definir requerimiento de estas asesorías adicionales en casa:

Familias de prioridad media

Familias de difícil abordaje por parte del gestor en salud (Enfermería)
Persistencia de la inasistencia a las acciones de protección específica y detección temprana a pesar de haber sido canalizados (Enfermería)
Hospitalización reciente que requiera seguimiento en casa (Medicina)
Con morbilidades descompensadas (Médico)
Enfermedades terminales (Médico)

Familias con niños de 1 a 5 años

Alteraciones del desarrollo psicomotor (Médico)

Familias con adolescentes o jóvenes

Diagnóstico o sospecha de infecciones de transmisión sexual sin búsqueda de atención (Enfermería)

Familias con personas con condiciones crónicas

Con obesidad mórbida (nutricionista)
Mujeres con hallazgo anormal en citología o mamografía que no continúan el diagnóstico y tratamiento pese a haber sido canalizadas (Enfermería).
Pobre adherencia a tratamientos instaurados pese a haber completado proceso de asesoría (Enfermería).

Familias con persona mayor

Con pobre red de apoyo familiar o social pese a haber completado proceso de asesoría (Enfermería).

Caja de Herramientas

Tema relacionado	Título	Utilidad
Asesorías en casa a las familias	Manual del Gestor en Salud	Guía orientadora sobre aspectos claves para los procesos de IEC por parte del gestor en salud
Gestantes	Decálogo de los derechos y deberes de la gestante	Folleto para ser entregado y para guía sobre la información de derechos y deberes
	Diario de la gestante	Instrumento para entregar a la gestante con mensajes clave sobre cuidados durante la gestación
Niños menores de cinco años	Guía de valoración y clasificación de AIEPI	Orientador sobre cómo hacer la valoración AIEPI del niño en la asesoría en casa y saber qué hacer ante ciertas situaciones.
	Guía para profesionales y técnicos de los servicios de salud de la estrategia AIEPI	Resumen clave de mensajes claves para la promoción de prácticas claves del AIEPI
	Guía para la atención y consejería de la niñez en la familia	Rotafolio para realizar la consejería en AIEPI.
	Esquema de vacunación 2012	Esquema de vacunación actual a fin de poder identificar niños con esquema incompleto para referirlos.
Adolescentes y jóvenes	Rotafolio para la asesoría integral en salud sexual y reproductiva	Orientador para realizar la asesoría en derechos sexuales y reproductivos y salud sexual y reproductiva