



Lineamientos para la organización y operación de los Equipos Básicos de Salud

Resolución 2788 de 2022

(Modificada por la Resolución
2519 de 2022)

Dirección de Promoción y Prevención
Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria
Ministerio de Salud y Protección Social
Febrero 2023

Tabla de contenido

Introducción.....	5
1. Definiciones.....	6
1.1. Niveles territoriales de intervención sociosanitaria.....	6
1.1.1. Municipio.....	6
1.1.2. Territorio.....	6
1.1.3. Micro territorios de salud.....	7
1.2. Equipo Básico de Salud- EBS.....	9
1.2.1. Tipología de Equipos.....	9
1.3. Plan Integral de Cuidado Primario - PICP.....	10
2. Orientaciones metodológicas - operativas para la organización de microterritorios y operación de EST.....	10
2.1. Metodología para la identificación de los microterritorios de salud.....	11
2.2. Metodología para la organización y operación de Equipos de Salud Territorial.....	15
2.3. Actividades a ejecutar por los equipos de salud territorial.....	18
3. Plan Integral de Cuidado Primario (PICP).....	19
4. Monitoreo y seguimiento por parte de las ESE y del MSPS a la operación de EST en el marco de la Atención Primaria en Salud.....	22
4.1. Monitoreo de los equipos por parte de los ESE.....	22
4.2. Monitoreo a la implementación y ejecución de los recursos de la resolución 2788 de 2022 por parte del Ministerio de Salud y Protección Social.....	23
5. Dinámicas de operación de los Equipos de Salud Territorial.....	23
5.1. Intervenciones colectivas en el entorno hogar.....	24
5.2. Intervenciones colectivas en el entorno educativo.....	24
5.3. Intervenciones colectivas en el entorno comunitario.....	25
5.4. Intervenciones colectivas en el entorno laboral.....	25
5.5. Intervenciones colectivas en el entorno institucional.....	26
5.6. El rol del líder comunitario en los equipos de salud territorial.....	27
6. Proceso de atención en salud con orientación individual, familiar y comunitaria.....	27
6.1. Valoración Integral en salud.....	27
6.2. Valoración Familiar.....	27
6.2.1. ¿Cómo se realiza la valoración familiar por los equipos?.....	28

6.2.1.1.	Visita familiar	28
6.2.1.2.	Instrumentos de valoración de la Historia Familiar de Salud	29
6.2.1.3.	Seguimiento	32
6.2.2.	¿Cómo hacer la valoración comunitaria?	33
6.2.3.	Identificación de redes de apoyo social - comunitario	34
6.2.4.	Fortalecimiento de la Capa Comunitaria de la prestación de servicios.....	36

Lista de Figuras

	Página
Figura 1. Tipología de microterritorios	6
Figura 2. Nivel de intervención de los Equipos de Salud Territorial en zona de concentración alta	7
Figura 3. Niveles territoriales de intervención sociosanitaria	8
Figura 4. Criterios de interés en salud pública para la priorización de Microterritorios	12
Figura 5. Red de apoyo social extrafamiliar – ECOMAPA	35
Figura 6. Articulación entre dispositivos comunitarios, rehabilitación basada en la comunidad, servicios de salud y otros servicios	35

Lista de Tablas

	Página
Tabla 1. Propuesta de costos del equipo básico de salud por mes	16
Tabla 2. Indicadores obligatorios para el monitoreo de los EST por parte de las ESE	20
Tabla 3. Indicadores opcionales para el monitoreo de los EST por parte de las ESE	21
Tabla 4. Intervenciones colectivas en el entorno hogar	22
Tabla 5. Intervenciones colectivas en el entorno educativo	23
Tabla 6. Intervenciones colectivas en el entorno comunitario	23
Tabla 7. Intervenciones colectivas en el entorno laboral	24
Tabla 8. Intervenciones colectivas en el entorno institucional	24
Tabla 9. Instrumentos de valoración de la Historia Familiar de Salud	27
Tabla 10. Matriz del APGAR Familiar	29

Lista de Mapas

	Página
Mapa 1 Espacialización de territorios y microterritorios en un municipio	11
Mapa 2. Localización de microterritorios priorizados en un municipio.	13
Mapa 3. Ejemplo de cartografía social básica	14

Introducción

El Ministerio de Salud y Protección Social mediante Resolución 2788 del 28 de diciembre de 2022 asignó recursos financieros a 163 Empresas Sociales del Estado para la financiación, conformación y operación del Programa de Equipos Básicos de Salud.

En el artículo 5 de la referida resolución se establece que las Empresas Sociales del Estado conformarán y operarán el Programa de Equipos Básicos de Salud de acuerdo con los lineamientos expedidos por las Direcciones de Promoción y Prevención y de Prestación de Servicios y Atención Primaria del Ministerio de Salud y Protección Social.

Adicionalmente la Resolución 2206 de 2022 modificada por la Resolución 2529 de 2022, en el artículo 4 establece los aspectos para tener en cuenta para la expedición de los lineamientos para la conformación y operación del Programa de Equipos Básicos de Salud.

Así las cosas, mediante el presente documento se expiden los referidos lineamientos para la ejecución de los recursos asignados mediante la Resolución 2788 de 2022.

1. Definiciones

1.1. Niveles territoriales de intervención sociosanitaria

1.1.1. Municipio

Es la unidad político-administrativa a nivel funcional y estructural del ordenamiento territorial del Estado. Se distinguen zonas urbanas con sus barrios y zonas rurales organizadas en corregimientos y veredas. En el caso de los pueblos indígenas se considerarán los resguardos, en los pueblos afrocolombianos los concejos comunitarios y en las zonas campesinas, aquellas que se acuerden con sus asociaciones y organizaciones. Para el caso de la Resolución 2788 de 2022 los municipios son los señalados en el artículo 1, en la columna “Municipios donde operarán los equipos”.

1.1.2. Territorio

Espacio territorial en el que se comparten dinámicas geográficas, poblacionales y factores socio ambientales y culturales que inciden en las condiciones de salud y el reconocimiento de zonas de impacto y de riesgo. Un territorio estará conformado por un rango variable de entre 3 a 10 microterritorios, dependiendo del nivel de dispersión geográfica y la densidad poblacional, de modo que un territorio puede abarcar hasta 5.000 familias, siendo recomendable configurar territorios con un máximo de 2.000 familias.

Este nivel se configura como el espacio de intervención permanente, sistemática e integrada de los Equipos de Salud Territorial (EST), para la ejecución de intervenciones colectivas e individuales dirigidas a la familia. *(Los recursos de la resolución 2788 de 2022, permitirán la financiación de EST para aumentar la cobertura de las intervenciones colectivas)*

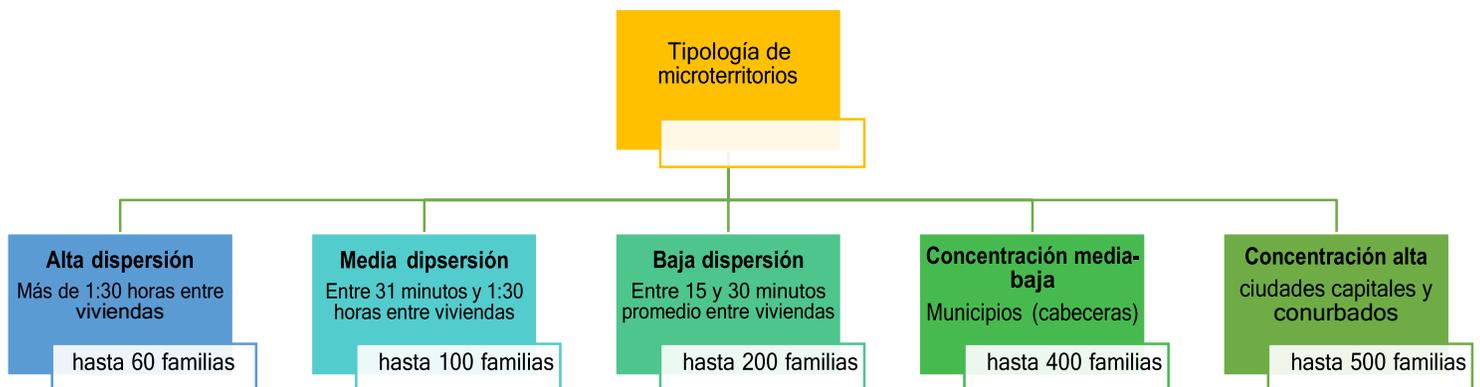
En el territorio; las personas, familias y comunidades se encuentran en los entornos, comprendidos estos como: “los escenarios de la vida cotidiana en los cuales los sujetos se desarrollan, donde constituyen su vida subjetiva, construyen vínculos y relaciones con la vida social, histórica, cultural y política de la sociedad a la que pertenecen. Son escenarios configurados por dinámicas y por condiciones sociales, físicas, ambientales, culturales, políticas y económicas, donde las personas, las familias y las comunidades conviven y en los que se produce una intensa y continua interacción y transformación entre ellos y el contexto que les rodea.

Se caracterizan por tener sujetos con roles definidos y una estructura organizativa, que comprende condiciones de base socio demográfica que pueden ser urbanas o rurales” (MSPS, 2015.Estrategia entornos saludables).

1.1.3. Micro territorios de salud

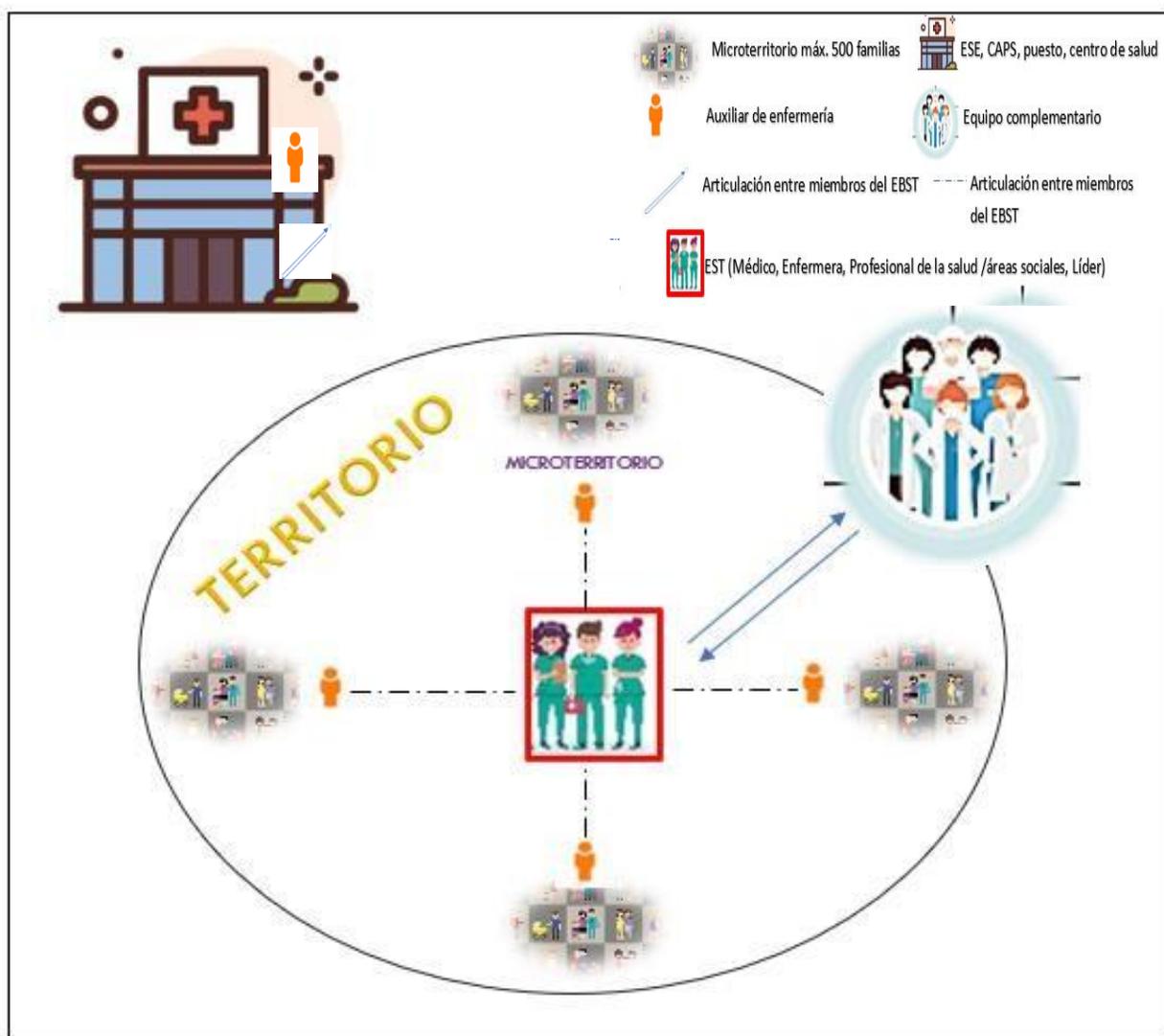
Espacio territorial y social conformado por un número de familias, que podrán ajustarse dependiendo de la concentración o dispersión poblacional, variando de 60 familias o menos en zonas de alta dispersión, hasta 500 familias en zonas de alta concentración como capitales y municipios conurbados. Incluyen tanto a los hogares, como las dinámicas comunitarias, ambientales e institucionales, considerándose la unidad mínima de intervenciones sociosanitarias ejecutadas por equipos de salud territorial. Las familias de cada microterritorio son asignadas a una auxiliar de enfermería quien coordina diferentes actividades e intervenciones con todos los miembros del EST, resaltando que la puerta de entrada de estas auxiliares es el entorno hogar, mediante el proceso de caracterización familiar.

Figura 1. Tipología de microterritorios



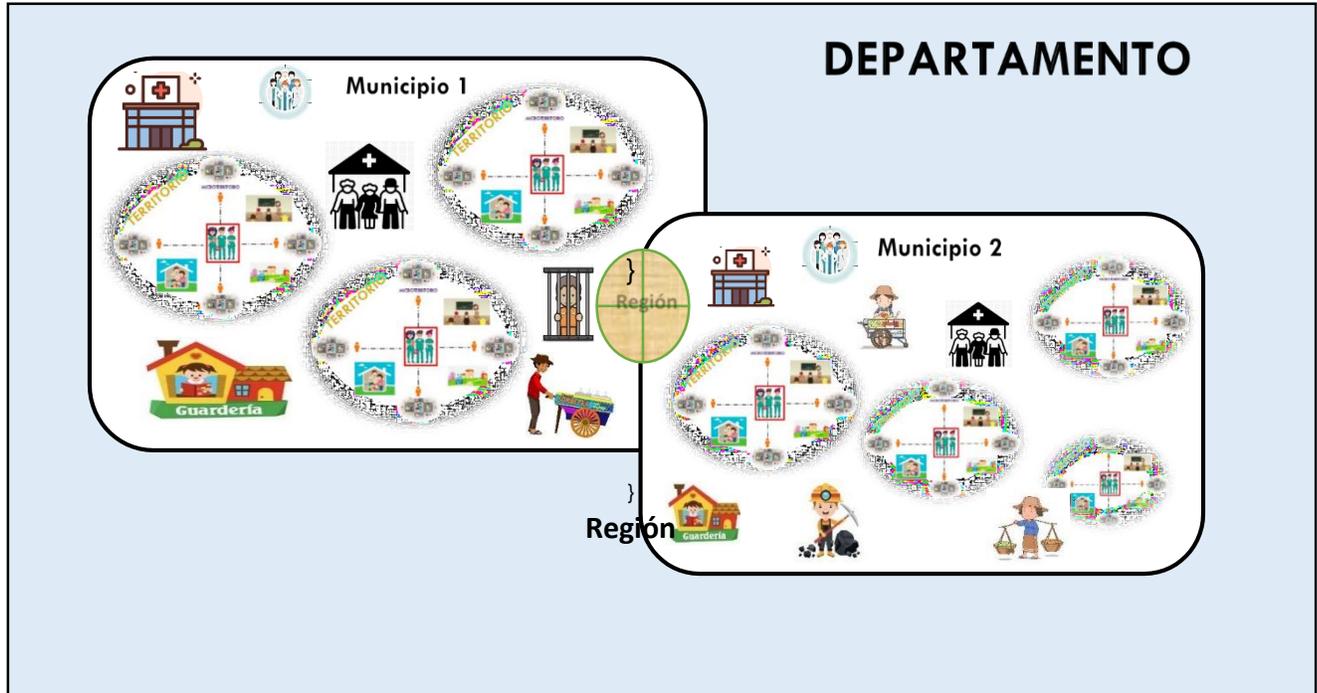
Fuente: Elaboración propia – Ministerio de Salud y Protección Social

Figura 2. Nivel de intervención de los Equipos de Salud Territorial en zona de concentración alta



Fuente: Elaboración propia – Ministerio de Salud y Protección Social

Figura 3. Niveles territoriales de intervención sociosanitaria



Fuente: Elaboración propia Ministerio de Salud y Protección Social

1.2. Equipo Básico de Salud- EBS

Son estructuras funcionales y organizativas del talento humano en salud en el marco de la prestación de los servicios de salud en todos los entornos de desarrollo que permiten facilitar el acceso y la continuidad de la atención integral en salud en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud que tendrán entre sus funciones las definidas en el artículo 16 de la Ley 1438 de 2011.

1.2.1. Tipología de Equipos

- **Equipo de salud territorial (EST):**

Estructura funcional y operativa básica en capacidad de ejecutar intervenciones colectivas e individuales en un territorio de hasta 5000 familias, conformado por 1 Médico, 1 enfermera (o), 4 auxiliares de enfermería, 1 líder comunitario / promotor y 1 profesional de la salud o de área social según necesidad en salud pública y oferta del talento humano en la zona.

Los perfiles así como el número de profesionales y técnicos en salud que integran los equipos de salud, puede variar de acuerdo con la oferta del talento humano en la región,

así como la necesidad de hacer adaptación socio cultural en territorios con presencia de comunidades indígenas, escenario en el que pueden integrarse líderes comunitarios.

Los equipos básicos de salud territorial pueden ser financiados con recursos del SGP de salud pública, UPC en el marco del artículo 115 de la resolución 2808 de 2022, sistema general de regalías, recursos de la resolución 2788 de 2022 y demás fuentes que dispongan las entidades territoriales desde el nivel nacional al municipal.

- **Equipo complementario:**

Estructura funcional y operativa en capacidad de ejecutar acciones de gestión de riesgos individuales y colectivas; conformados por profesionales y técnicos: nutrición, odontología, gerontología, optometría, terapia física, ocupacional y del lenguaje, técnico ambiental, vacunador, anotador, entre otros.

Este tipo de equipo tiene cobertura municipal y su se financian con cargo a los recursos del SGP, subcuenta de salud colectiva y pueden articularse con los recursos del sistema de salud destinados a las intervenciones individuales. El número de equipos complementarios dependerá del número de territorios en el municipio, en tanto que los perfiles que lo conforman también pueden ajustarse de acuerdo con la disponibilidad de talento humano en el territorio y las prioridades en salud pública.

1.3. Plan Integral de Cuidado Primario - PICP

Según el Decreto 1599 del 2022 Art. 2.11.3 el PICP es una Herramienta operativa que le permite al equipo de salud identificar, planear, implementar, monitorear y evaluar las acciones prioritarias en salud a nivel individual, familiar y colectivo, en los diferentes momentos de curso de vida, considerando las particularidades poblacionales y territoriales.

El PICP contempla una serie de acciones que están agrupadas en información general para todas las familias, educación específica por tipo de prioridad y general para todas las familias, canalización específica por tipo de prioridad, búsqueda activa de casos para todas las familias y canalización a otros sectores o actores locales.

2. Orientaciones metodológicas - operativas para la organización de microterritorios y operación de EST

Al iniciar este proceso se recomienda generar un espacio de concertación entre la entidad territorial y la ESE, con el fin de planear la ejecución de las intervenciones colectivas de manera coordinada, así como la concurrencia de recursos de diversas fuentes, la priorización de microterritorios, identificar los entornos en los cuales se van a realizar las intervenciones colectivas, así como el número de equipos de salud territorial que se requieren.

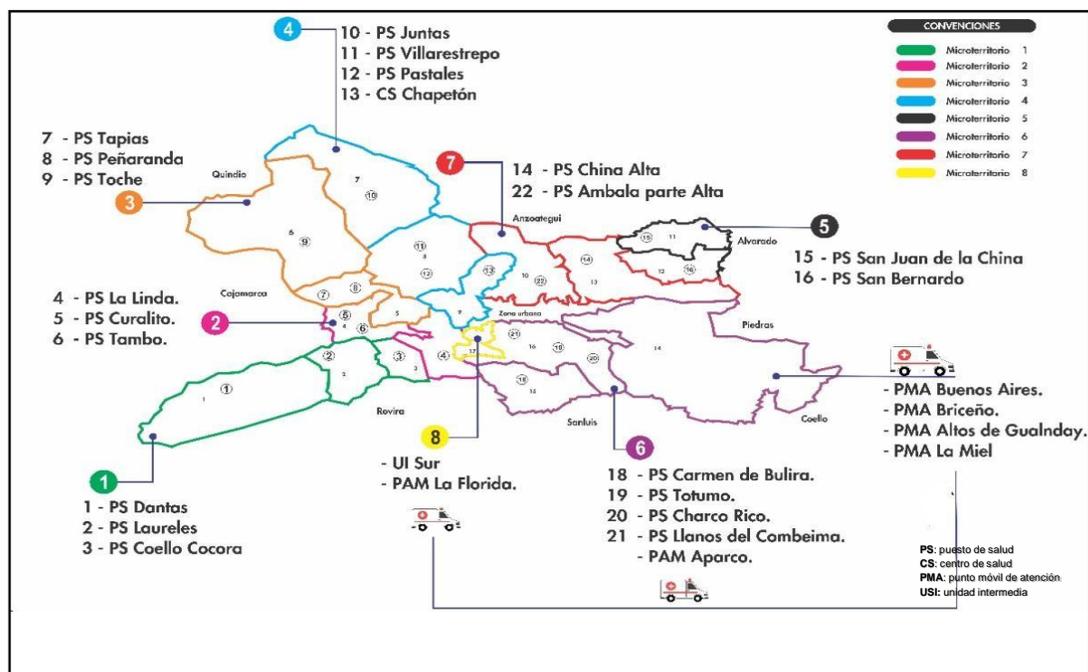
2.1. Metodología para la identificación de los microterritorios de salud

Un microterritorio de salud es el espacio territorial y social conformado por un número de familias, que podrán ajustarse dependiendo de la concentración o dispersión poblacional, variando desde 60 familias en zonas de alta dispersión, hasta 500 familias en zonas de alta concentración como capitales y municipios conurbados.

Para su organización se recomienda surtir los siguientes pasos:

- **Reconocimiento de la información territorial básica:** En este paso, se espera que de manera conjunta la entidad territorial y la ESE tenga disponibilidad de la información sociodemográfica de tipo cuantitativo y cualitativo que dé cuenta de la división político-administrativa del territorio, zonas geográficas, la distribución poblacional, indicadores demográficos y ejercicios de cartografía social, como los obtenidos durante el desarrollo de la metodología PASE en el marco de la construcción del Plan Territorial de Salud. *(Se recomienda disponer de los mapas de corregimientos, veredas, comunas y barrios del municipio, así como de la identificación de la población, el número de hogares y / o familias por cada uno).*
- **Identificación de la información socioeconómica básica:** Disponer de los datos de pobreza, nivel de desempleo, reconocimiento de las principales actividades económicas de la población por corregimiento, vereda, comuna y barrios del municipio.
- **Análisis de la situación de salud de la población:** para ello se recomienda revisar el último ASIS municipal, procurando analizar el comportamiento de la morbimortalidad por género, cursos de vida, grupo étnico e identificar las prioridades en salud pública, que permitan la orientación y focalización de las intervenciones colectivas.
- **Calcule espacios territoriales:** Proceda a identificar zonas o espacios territoriales que agrupen un número de familias contiguas de acuerdo con la tipología de microterritorios presentados en la figura No. 1, teniendo en cuenta accesibilidad geografía compartida, interacción de condiciones de salud, dinámicas sociales, sanitarias, ambientales, y económicas. Los microterritorios pueden ser distantes entre sí, lo importante es que reflejen la priorización respecto de bajas o nulas coberturas de las actividades del plan de intervenciones colectivas, de bajas coberturas de las intervenciones individuales de valoración integral para la promoción y mantenimiento de la salud, detección temprana de alteraciones, protección específica y educación para la salud y de ocurrencia de eventos de interés en salud pública y de riesgos sociales o ambientales, baja oferta de servicios de salud.
- **Espacialización de territorios y microterritorios:** Tome un mapa de su municipio y plasme con diversos colores los microterritorios y territorios calculados, utilice convenciones según necesidad. El microterritorio no debe superar 500 familias. A continuación, se observa un ejemplo de espacialización de microterritorios y territorios.

Mapa 1. Espacialización de territorios y microterritorios en un municipio.



Fuente. Secretaria de salud de Ibagué. (2019)

Nota: Recordar que a cada microterritorio se asigna una auxiliar de enfermería, quien lleva a cabo el proceso de caracterización familiar y articula actividades e intervenciones con los miembros del equipo básico de salud territorial.

- **Priorice los microterritorios a intervenir:** para esto identifique en el mapa los microterritorios ubicados en zonas rurales, urbanas y poblacionales o grupos sociales donde se cuente con poca o ninguna actividad del plan de intervenciones colectivas, en el marco de lo dispuesto en el artículo 2 de la resolución 2788 de 2022. Se debe establecer la *cobertura del plan de intervenciones colectivas (contratado por la entidad territorial) en cada microterritorio, (emplee convenciones y colores para identificarlos).*

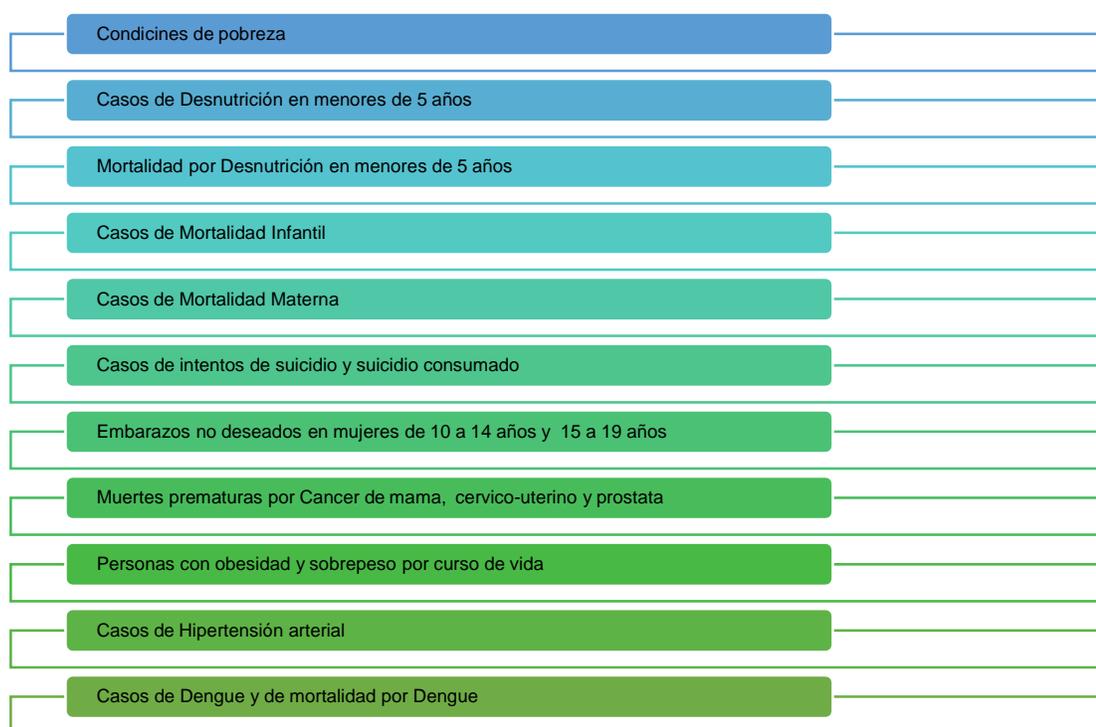
Se recomienda de manera adicional, tener en cuenta otros criterios para la priorización de microterritorios:

Información sociodemográfica de interés: características demográficas, diferenciando número de personas por momento del curso de vida, índice de ruralidad y nivel de dispersión, diversidad cultural, población campesina, grupos étnicos, sujetos de especial protección, y de manera específica identificando niños, niñas y adolescentes, mujeres en edad fértil, gestantes, desplazados, víctimas de violencia y del conflicto armado, la población adulta mayor, personas con diagnóstico de enfermedades huérfanas y personas en condición de discapacidad,

entre otras condiciones de vulnerabilidad como pobreza, desempleo por barrio, comuna, corregimiento y vereda, para lo cual se recomienda el uso de diagnósticos locales, la información suministrada por el DANE, así como del Sistema Integral de Información de la Protección Social – SISPRO.

Situación de salud y dinámicas sanitarias de sus microterritorios: comportamiento de la morbilidad y mortalidad por cursos de vida, distribución de condiciones de riesgo en la población y estado de los principales eventos de interés en salud pública, presencia de problemas en salud de origen ambiental.

Figura 4. Criterios de interés en salud pública para la ´priorización de Microterritorios



Fuente: Elaboración propia Ministerio de Salud y Protección Social

Estado actual de la red de prestación de servicios de salud: identifique el número, ubicación y distribución de hospitales, centros de atención primaria, puestos, centros de salud y clínicas, así como las EPS de régimen subsidiado y contributivo que operan en el territorio, con el fin de analizar la oferta de servicios y disponibilidad de la red, diferenciando por área rural y urbana.

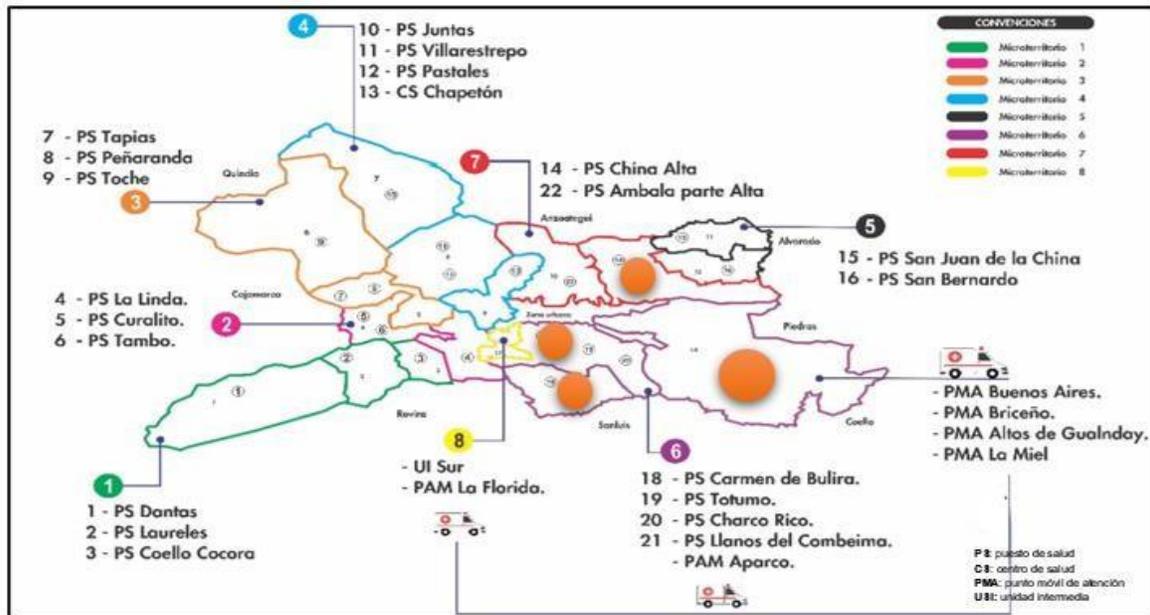
Coberturas de las atenciones individuales para la promoción de la salud: identifique coberturas de acciones de detección temprana, protección específica y mantenimiento de la salud por curso de vida, fijando especial atención en captación temprana de gestantes y atención integral a población materno perinatal. Este

ejercicio incluye analizar barreras de acceso efectivo a los servicios de promoción y prevención en los diferentes entornos de desarrollo.

Concurrencia de otros programas sectoriales e intersectoriales: identifique en los microterritorios, la oferta de servicios provenientes de educación, ICBF, Prosperidad social, cultura, deporte, banco de ayudas técnicas para población con discapacidad, apoyo alimentario y nutricional, casas de paso o albergues, apoyo psicosocial, entre otros.

- **Localización espacial de microterritorios priorizados:** en el mapa previamente elaborado (Mapa 1) identifique los microterritorios priorizados mediante una convención o color. Esta actividad debe ser realizada de manera conjunta entre la entidad territorial y la Empresa Social del Estado. Observe la figura de localización a continuación:

Mapa 2. Localización de microterritorios priorizados en un municipio

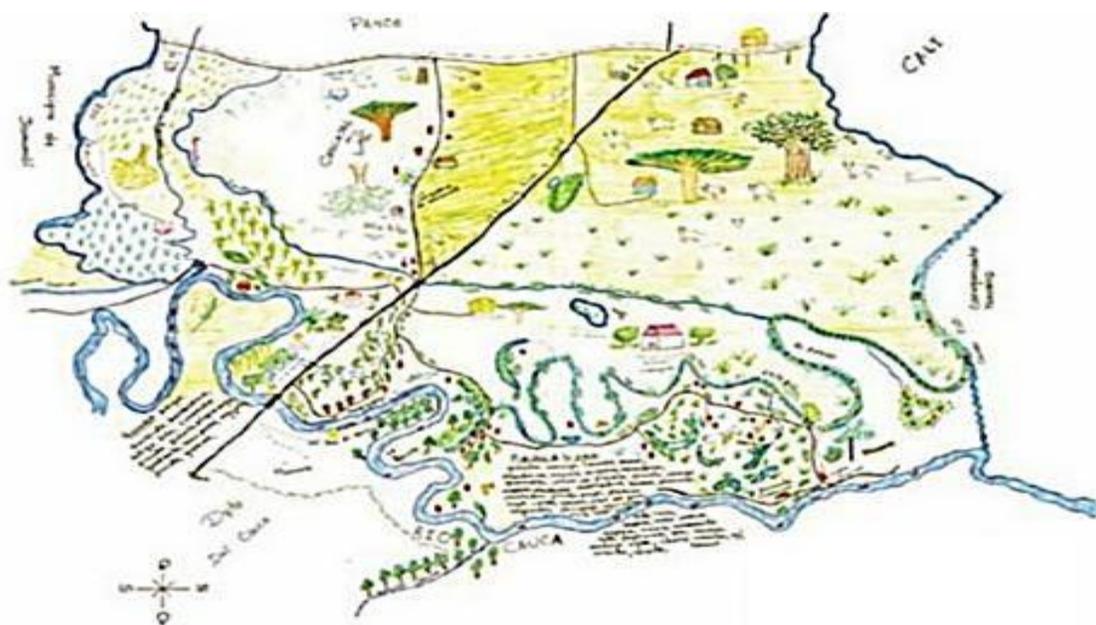


Fuente. Secretaria de salud de Ibagué. (2019)

- **Cartografía social de microterritorios priorizados**

Para efectos del presente lineamiento, esta herramienta permite la representación e identificación de los dispositivos comunitarios, condiciones ambientales, sociosanitarias, de accesibilidad geográfica, distribución de viviendas, (concentración / dispersión), actividades económicas de riesgo para la población, entre otros elementos de interés para la caracterización de los entornos en el microterritorio a intervenir, en el marco de los determinantes sociales de la salud y la gestión transectorial de la salud pública. Esta herramienta puede elaborarse de manera básica como se observa a continuación y se recomienda que el líder comunitario oriente este paso, dado su óptimo nivel de reconocimiento del territorio y comprensión de las dinámicas comunitarias. En este sentido también se pueden tomar como insumo base para su elaboración, mapas político-administrativos suministrados por la entidad territorial.

Mapa 3. Ejemplo de cartografía social básica



Fuente. Artículo de reflexión metodológica sobre cartografía social. Revista Scielo. 2012.

2.2. Metodología para la organización y operación de Equipos de Salud Territorial

Para la conformación de equipos de salud territorial se debe tener en cuenta la oferta del talento humano en salud en el área de influencia, la presencia de comunidades indígenas, rom, afro, entre otras, con el fin de adaptar socioculturalmente tanto la estructura del equipo

como las metodologías de intervención y relacionamiento comunitario de los integrantes del EST, en armonía con la cosmovisión de los pueblos y los contenidos de la resolución 050 de 2021.

Para la organización de los equipos de salud territorial se recomienda tener en cuenta los siguientes pasos:

- **Defina el número ideal de equipos de salud territorial necesarios para dar cobertura total a sus microterritorios:** Por cada microterritorio (máximo 500 familias) estime una auxiliar de enfermería, recuerde que para efectos de la resolución 2788 de 2022 un territorio estará conformado por máximo 4 microterritorios (máximo 2.000 familias).
- **Verifique la cantidad de equipos financiados por la Resolución 2788 de 2022:** la ESE debe verificar los recursos asignados en el marco de la citada resolución.
- **Analice la posibilidad de armonizar los recursos de la resolución 2788 con los del SGP salud pública vigencia 2023 u otras fuentes:** Se recomienda articular estos recursos de forma coordinada y concertada entre la entidad territorial y la ESE, lo cual permitirá aumentar la cobertura de intervenciones colectivas, así como garantizar la continuidad de estos equipos aumentando el plazo de operación de estos.

En caso de que no sea posible la articulación de estos recursos, se indica la organización y operación del número de equipos asignados bajo la resolución objeto del presente lineamiento. No obstante, si la armonización de recursos de diferentes fuentes es posible en su municipio, establezca una relación entre los recursos totales disponibles para la financiación de EST y el número ideal de equipos para cubrir los microterritorios priorizados.

El cuadro de costos estimados por el Ministerio de salud para cada uno de los perfiles que conformarán los EST, establece los valores máximos para cada concepto, de acuerdo al análisis de oferta de talento humano y costos del mismo en las diferentes regiones del país, sin embargo estos valores pueden ser ajustados por cada ESE de acuerdo al análisis del mercado en el territorio, la existencia de tablas para la estimación de honorarios y las disposiciones contenidas en los manuales únicos de contratación.

Tenga en cuenta los siguientes aspectos:

- En ninguno de los casos se puede superar el valor máximo unitario mensual por concepto de talento humano, establecido por el Ministerio de Salud y Protección Social.
- Se permitirá el traslado y ejecución de saldos no ejecutados en el concepto de talento humano al ítem de transporte, cuando el valor de este último asignado por el MSPS sea inferior al valor real del servicio de transporte

ofertado en el territorio.

- No se permitirá el traslado de recursos del concepto de costos directos al de costos indirectos.
- El valor de los profesionales y auxiliares incluye un reconocimiento por trabajo extramural.
- En el caso del profesional de la salud u otras áreas sociales, la ESE municipal, de acuerdo con las necesidades de la población definirá el perfil profesional a vincular.

Tabla No. 1 Propuesta de costos del equipo básico de salud por mes

	Talento Humano	Cantidad	Valor unitario máximo / mes	Total
	COSTOS DIRECTOS	Auxiliares de enfermería en salud	4	\$2.997.818
Líder comunitario / promotor		1	\$1.560.000	\$1.560.000
Profesional en medicina (Incluye un 30% adicional por concepto de desplazamiento, dispersión geográfica y comunicación con miembros del EST)		1	\$9.013.333	\$9.013.333
Profesional en enfermería (Incluye un 30% adicional por concepto de desplazamiento, dispersión geográfica y comunicación con miembros del EST)		1	\$6.985.333	\$6.985.333
Profesional de la salud o de áreas sociales (psicólogo, odontólogo, trabajador social u otro perfil según necesidad en el territorio)		1	\$4.940.000	\$4.940.000
Subtotal, Talento Humano		8		\$34.489.939
Transporte (terrestre, fluvial, marítimo, aéreo)				\$10.500.000
Total costos directos				\$44.989.939
COSTOS INDIRECTOS	Costos Indirectos 15% (derivados de la gestión u operación, tales como papelería, carnetización, impresos, llamadas, servicios públicos, gestión administrativa y presupuestal, elaboración de contratos, gestión del presupuesto, seguros, costos bancarios, impuestos, personal de apoyo administrativo y de sistematización de información)			\$6.748.491
	Total valor EST / mes			\$51.738.430

Fuente: Dirección de Promoción y Prevención. Ministerio de Salud y Protección Social.

- **Contratación de los equipos de salud territorial:** Las Empresas Sociales del Estado deberán adelantar la contratación del talento humano en salud tomando como referencia los valores máximos mensuales establecidos en la tabla 1, dando cumplimiento a las normas que rigen la contratación de la entidad e incluirán en los contratos las obligaciones establecidas en el artículo 16 de la Ley 1438 de 2011, de acuerdo con los perfiles.

- **Planificación de la Operación de los Equipos:** priorizados los microterritorios, la Empresa Social del Estado deberá realizar la planeación operativa del trabajo en terreno de los equipos, así como la programación y organización de las intervenciones individuales y familiares definidas en el PICIP, derivado del proceso de caracterización.

De igual forma, deberá identificar las rutas, vías de acceso y medios de comunicación de cada territorio, como guía para la movilidad y operación de los equipos, así como para definir los procesos de referencia, contrareferencia y modalidades de prestación de servicios de salud (extramural y la telemedicina).

- **Inducción y capacitación del talento humano que conforma el EST:** La Empresa Social del Estado deberá fortalecer las competencias de los EST para el desarrollo de sus funciones, para lo cual el Ministerio de Salud y Protección Social pondrá a disposición de todo el territorio nacional de un módulo virtual para el desarrollo de capacidades técnico – operativas del talento humano en salud, en el marco de la estrategia de APS.

Las ESE podrán solicitar acompañamiento al proceso de inducción de los EST, al grupo de gestión para la promoción y prevención, y al grupo de APS del Ministerio de Salud y Protección Social.

2.3. Actividades a ejecutar por los equipos de salud territorial

- En el marco de las intervenciones colectivas: Caracterización familiar y del entorno, de acuerdo con el registro administrativo o instrumento que tenga la entidad territorial, considerando los sistemas de seguimiento nominal y otros sistemas de alerta de los cuales se disponen en el territorio para favorecer la gestión de atenciones no prestadas (por ejemplo el Sistema de Seguimiento al Desarrollo Integral de Primera Infancia).
- Ejecución de intervenciones colectivas de acuerdo con la caracterización; como la conformación y fortalecimiento de redes sociales y comunitarias, zonas de orientación escolar, centros de escucha, procesos de educación para la salud dirigida a los colectivos, estrategias de información en salud, procesos de rehabilitación basada en comunidad, entre otros; de acuerdo a las necesidades detectadas, los resultados en salud concertados y las prioridades establecidas en el territorio.
- Formulación del plan integral del cuidado primario de acuerdo con los resultados de la caracterización realizada, identificando intervenciones individuales que deben garantizarse por momento de curso de vida y a la población materno perinatal; valorando riesgos previamente detectados; proyectando procesos de educación para la salud dirigido a las personas y/o a la familia (u otros sujetos colectivos de acuerdo al entorno abordado); definiendo contenidos a abordar en el marco de la información en salud; reconociendo necesidades de gestión intersectorial de acuerdo a necesidades detectadas y oferta territorial; entre otros. (Ver ampliación en numeral 4)

- Identificación del riesgo individual, familiar y comunitario de la población adscrita, por momento de curso de vida, sexo-genero, etnia y condiciones socioeconómicas y ambientales.
- Brindar información sobre la oferta de servicios a que tiene derecho.
- Promoción de la afiliación al sistema de seguridad social en salud realizando los trámites correspondientes en coordinación con la Empresa Social del Estado.
- Inducción a la demanda de servicios de los eventos relacionados con las prioridades en salud pública y aquellos que ocasionen un alto impacto en salud pública. Identificar, notificar y gestionar la atención y el control de los eventos de interés en salud pública.
- Canalización a la institución prestadora de servicios de salud primaria, conforme a los riesgos identificados, la mortalidad evitable y la discapacidad prevenible.
- Seguimiento al acceso efectivo a los servicios de salud en su respectiva red de prestación de servicios.
- Promoción de espacios de conciliación, concertación y mediación entre los procesos de salud propia de los grupos étnicos y los actores del SGSSS, cuando aplique.
- Promoción y gestión de la articulación de los servicios de salud, sociales y ambientales, entre otros, de acuerdo con las necesidades de la población.
- Socialización de los resultados de la caracterización familiar y del entorno, con las comunidades atendidas.
- Realizar la sistematización y el reporte de información en los registros administrativos establecidos por el Ministerio, los cuales incluyen la caracterización, el plan integral de cuidado primario, la canalización y el seguimiento a los avances del plan.

3. Plan Integral de Cuidado Primario (PICP)

En el marco del Decreto 1599 de 2022, con los PICP se espera que los equipos de salud centren la atención en salud en las personas, familias y comunidades como sujetos del derecho fundamental a la salud, teniendo en cuenta el enfoque diferencial poblacional, entendiendo que la atención debe estar centrada en la:

- **Persona:** reconociendo la capacidad de cuidado para la salud y autogestión para mantener y mejorar su salud. Da cuenta de la atención integral de la salud, sin perder de vista el contexto social, familiar y comunitario.
- **Familia:** como un sistema complejo, sujeto de derechos y entorno de acciones en salud; identificando los determinantes que influyen en el estado de salud de cada colectivo familiar. Considera la estructura, ciclo vital, funcionamiento y dinámica familiar, e interviene los factores que afectan y potencian su capacidad para afrontar, desde una perspectiva colectiva, situaciones de salud familiar.
- **Comunidad:** como sujeto político capaz de transformar su entorno y realidad social. Reconoce las condiciones de salud de las comunidades y colectivos, identificando los procesos de determinación, riesgos y potencialidades. Permite planear e implementar las acciones necesarias para el mantenimiento o recuperación de la salud de las comunidades, con el propósito de apoyar el impacto sobre los procesos educativos, demovilización social e intervención positiva sobre los procesos de determinación social de la salud.

Dentro de las actividades relacionadas con el Plan Integral de Cuidado Primario, se encuentran:

- Identificar las potencialidades y riesgos en los entornos, para así priorizar las intervenciones individuales, colectivas, sociosanitarias y ambientales, en coherencia con los Planes Territoriales de Salud.
- Concertar y programar, las acciones sectoriales e intersectoriales con las familias, la comunidad y con los actores y sectores según corresponda. En esta primera fase los EST se centran en las acciones del PIC.
- Programar acciones de trabajo colaborativo, capacitación, cuidado al cuidador y seguimiento a la gestión del Equipo.
- Implementar las intervenciones colectivas concertadas en el PICIP que están a cargo del EST y agendar o gestionar directamente la garantía de las atenciones individuales para la promoción y mantenimiento de la salud, detección temprana y gestión de los riesgos en salud, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos.
- Gestionar, con los servicios sociales ubicados en el territorio, la asistencia social de las personas, familias o comunidades, que por su situación lo requieran.
- Activar los mecanismos de referencia y contrareferencia hacia servicios e intervenciones, para garantizar la continuidad e integralidad en la atención.
- Identificar y gestionar las barreras de acceso geográficas, culturales,

administrativas, económica, entre otras, para garantizar el acceso oportuno a la atención en salud, de su población adscrita.

- Diseñar y desplegar estrategias para el seguimiento, búsqueda activa y recuperación de persona y familias que no consultan, acceden o participan en las atenciones para la salud.
- Realizar reuniones al interior del equipo para seguimiento, capacitación, cuidado al cuidador, asesoría y supervisión al trabajo colaborativo, así como el análisis de casos y definición de la conducta de manejo.
- Registrar la información de las intervenciones en salud realizadas en el registro administrativo.
- Establecer mecanismos o estrategias de comunicación accesible e incluyente con las personas, familias y comunidades, reconociendo sus necesidades de apoyo y ajustes razonables, así como su contexto sociocultural.
- Hacer uso de la modalidad de telemedicina y otras acciones de telesalud, disponibles en el territorio para garantizar la continuidad e integralidad en la atención de la población adscrita.
- Realizar el seguimiento y ajuste de los PICP dirigidos a la persona, familia y comunidad.
- Revisar el avance en el cumplimiento de las acciones y metas establecidas en los PICP para las personas, familias y comunidades.
- Identificar oportunidades de mejora y realizar los ajustes a los PICP, a partir del seguimiento realizado.
- Hacer seguimiento al cumplimiento de metas de cobertura de la población asignada, considerando las intervenciones individuales, familiares y comunitarias – colectivas del PICP.
- Programar reuniones del Equipo y de retroalimentación con la comunidad, para identificación, análisis y toma de decisiones sobre los factores que inciden en el desempeño del Equipo.

4. Monitoreo y seguimiento por parte de las ESE y del MSPS a la operación de EST en el marco de la Atención Primaria en Salud

4.1. Monitoreo de los equipos por parte de los ESE.

Para el monitoreo y evaluación de las acciones de los EST en los diferentes microterritorios se propone los siguientes indicadores de monitoreo obligatorio que se evaluarán mensualmente por parte de la ESE y harán parte integral del informe técnico reportado al MSPS.

Tabla 2. Indicadores obligatorios para el monitoreo de los EST por parte de las ESE

INDICADOR	DESCRIPCION DEL INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR
Proporción de hogares atendidos a través de equipos básicos de salud	Este indicador muestra el porcentaje de hogares que han sido atendidos en el territorio (caracterizados, con clasificación de riesgo y PICP en ejecución o terminado)	NUMERADOR: Número de hogares atendidas a través de equipos de salud territorial DENOMINADOR: Total de hogares planeadas en el territorio FACTOR: 100
Proporción de hogares con acceso a intervenciones colectivas (entorno hogar)	Porcentaje de hogares que acceden a intervenciones colectivas en relación con el total de hogares en un territorio	Numerador: Número de hogares que acceden a intervenciones colectivas Denominador: Total de hogares planeadas en el territorio FACTOR x100
Proporción de personas con acceso a intervenciones colectivas en todos los entornos del microterritorio (entorno hogar + escolar + comunitario + institucional + laboral informal)	Porcentaje de personas que acceden a intervenciones colectivas relación con el total de habitantes en un microterritorio	Numerador: Número de personas que acceden a intervenciones colectivas en todos los entornos. Denominador: Total de personas en un microterritorio FACTOR x 100

Si la ESE o la entidad territorial dispone de la información del número de familias en su municipio, comunas, barrios, corregimientos y veredas podrá emplear opcionalmente los siguientes indicadores:

Tabla 3. Indicadores opcionales para el monitoreo de los EST por parte de las ESE

INDICADOR	DESCRIPCION DEL INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR
Proporción de familias atendidas a través de equipos de salud	Este indicador muestra el porcentaje de familias que han sido atendidos en el territorio (caracterizados, con clasificación de riesgo y PICP en ejecución o terminado)	NUMERADOR: Número de familias atendidas a través de equipos de salud territorial DENOMINADOR: Total de hogares / familias planeadas en el territorio FACTOR: 100

INDICADOR	DESCRIPCION DEL INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR
Proporción de familias con acceso a intervenciones colectivas (entorno hogar)	Porcentaje de familias que acceden a intervenciones colectivas relación con el total de familias en un territorio	Numerador: Número de familias que acceden a intervenciones colectivas Denominador: Total de familias planeadas en el territorio FACTOR x100

A largo plazo, con la implementación sostenida de la estrategia de APS en los respectivos territorios, garantizando la continuidad de la operación de los equipos de salud, con intervenciones sistemáticas, ininterrumpidas, oportunas y con enfoque adscripción territorial, se logrará la transformación en el comportamiento de los principales eventos de interés en salud pública, con lo cual de forma prospectiva se podrá evaluar el impacto de la puesta en marcha de los EST en el marco de la APS mediante la medición de indicadores trazadores de salud pública.

4.2. Monitoreo a la implementación y ejecución de los recursos de la resolución 2788 de 2022 por parte del Ministerio de Salud y Protección Social.

El Ministerio de Salud y Protección Social hará el seguimiento a la ejecución técnica y financiera de los recursos asignados en el marco de la resolución 2788 de 2022, de forma mensual, a través del grupo de gestión para la promoción y prevención, el cual podrá solicitar los siguientes documentos que deben cargarse a la plataforma PISIS:

- Informe técnico de monitoreo elaborado por la ESE (incluye el análisis de los indicadores obligatorios del numeral 5.1)
- Relación de procesos contractuales celebrados para la ejecución de los recursos.
- Relación de órdenes de pagos y pagos realizados durante el mes.
- Informe de conciliación bancaria y de generación rendimientos financieros mensuales.

5. Dinámicas de operación de los Equipos de Salud Territorial

Un aspecto importante en la dinámica de la operación de los equipos de salud territorial es que en cada microterritorio, el/la auxiliar de enfermería tendrá a cargo un número de hogares de manera permanente, en los cuales realizará la caracterización individual, familiar y comunitaria, para la identificación, categorización y priorización de riesgos identificados, como base para la elaboración del Plan Integral de Cuidado Primario- PíCP, con los demás integrantes del equipo.

El Equipo realizará las intervenciones colectivas de promoción y mantenimiento de la salud (*en caso que corresponda podrán definirse intervenciones colectivas dirigidas a población materno perinatal*), de acuerdo con las prioridades en salud de los individuos y las familias y los resultados en salud que se concierten en los territorios.

Estas intervenciones deben ser continuas, territorializadas, sistemáticas y se ejecutarán directamente en los entornos hogar, educativo, institucional, laboral y comunitario, mediante diferentes metodologías de acuerdo con la naturaleza de la intervención seleccionada en el marco de la resolución 3280 de 2018. A continuación, se listan las intervenciones, procedimientos y actividades, que puede realizar los Equipos de Salud Territorial, en los diferentes entornos de desarrollo: ¹

5.1. Intervenciones colectivas en el entorno hogar

Son todas aquellas actividades que se realizan con las personas y familias en los hogares que conforman los microterritorios, con el propósito de desarrollar o fortalecer condiciones protectoras para la salud, identificar y gestionar el riesgo en salud de cada uno de los integrantes de la familia.

Tabla 4. Intervenciones colectivas en el entorno hogar

Intervención colectiva	Perfil ejecutor
Caracterización social y ambiental del entorno hogar	Auxiliar de enfermería
Información en salud	Auxiliar de enfermería
Educación para la salud	Profesional en medicina Profesional en enfermería
Tamizajes	Profesional en medicina
Rehabilitación basada en comunidad – RBC	Profesional en enfermería Profesional en Psicología

En todos los casos los integrantes del equipo deben realizar seguimiento a los procesos de canalización y acceso efectivo a los servicios de salud.

5.2. Intervenciones colectivas en el entorno educativo

Comprenden actividades que se realizan con la comunidad educativa constituida por estudiantes (niños, niñas, adolescentes, jóvenes, adultos y personas mayores), padres de familia, directivos, educadores y personal administrativo de los diferentes escenarios, con el objetivo de desarrollar o fortalecer factores protectores para la salud e identificar y gestionar el riesgo en salud de los integrantes de la comunidad educativa.

¹ Resolución 3280 de 2018. Lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal.

Tabla 5. Intervenciones colectivas en el entorno educativo

Intervención colectiva	Perfil ejecutor
Caracterización social y ambiental del entorno hogar	Auxiliar de enfermería
Información en salud	Auxiliar de enfermería Profesional
Educación para la salud	en medicina Profesional en enfermería
Tamizajes	
Conformación y fortalecimiento de redes sociales y comunitarias	Profesional en medicina Profesional en enfermería Profesional en
Zonas de Orientación y centros de escucha	Sicología

5.3. Intervenciones colectivas en el entorno comunitario

Estas actividades buscan incidir en el bienestar y protección de la salud de comunidades, reconociendo la dinámica social de las personas y los colectivos dispuestos en grupos de base, redes sociales y comunitarias, organizadas de manera autónoma y solidaria, con el fin de promover la salud y el cuidado, proteger los entornos y gestionar riesgos en salud, mediante el desarrollo de capacidades.

Tabla 6. Intervenciones colectivas en el entorno comunitario

Intervención colectiva	Perfil ejecutor
Caracterización social y ambiental del entorno hogar	Auxiliar de enfermería
Información en salud	Auxiliar de enfermería Profesional en
Educación para la salud	medicina Profesional en enfermería
Conformación y fortalecimiento de redes sociales y comunitarias	
Centros de escucha comunitaria	Profesional en medicina Profesional
Rehabilitación basada en comunidad	en enfermería Profesional en Psicología

5.4. Intervenciones colectivas en el entorno laboral

Actividades que se realizan en el entorno laboral informal con el objetivo de desarrollar o fortalecer factores protectores para la salud e identificar y gestionar el riesgo en salud, favorecer bienestar y protección de la salud de los trabajadores informales relacionado con su trabajo, ocupación u oficio.

- Trabajadores de las actividades de la economía informal, agricultura, ganadería, pesca, silvicultura, manufactura, minería, comercio y artesanías y priorizadas en el Plan Decenal de Salud Pública o en la norma que lo modifique o sustituya.

- Mujeres rurales trabajadoras, adultos mayores trabajadores, personas trabajadoras con discapacidad que trabajan en el sector informal de la economía.

Tabla 7. Intervenciones colectivas en el entorno laboral

Intervención colectiva	Perfil ejecutor
Caracterización social y ambiental del entorno hogar	Auxiliar de enfermería
Información en salud	Auxiliar de enfermería Profesional en medicina Profesional en enfermería
Educación para la salud	
Tamizajes	Profesional en medicina Profesional en enfermería Profesional en Psicología
Conformación y fortalecimiento de redes sociales y comunitarias	

5.5. Intervenciones colectivas en el entorno institucional

Actividades que buscan desarrollar o fortalecer factores protectores para la salud e identificar y gestionar el riesgo en salud, el bienestar y protección de la salud de personas -generalmente no parientes- que participan de una vida en común, de manera temporal o permanente, las cuales pueden estar institucionalizadas por sus características especiales en los siguientes escenarios:

- Instituciones prestadoras de servicios de salud: entidades cuyo objeto social es la prestación de servicios de salud y que se encuentran habilitadas de conformidad con el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud.
- Instituciones que prestan servicios sociales o protección integral.
- Establecimientos que concentran o aglomeran individuos como población privada de libertad, batallones, conventos, centros vida, entre otros.

Tabla 8. Intervenciones colectivas en el entorno institucional

Intervención colectiva	Perfil ejecutor
Información en salud	Auxiliar de enfermería Profesional en medicina Profesional en enfermería
Educación para la salud	
Tamizajes	Profesional en medicina Profesional en enfermería Profesional en Psicología

5.6. El rol del líder comunitario en los equipos de salud territorial

Es la persona que representa los intereses y aspiraciones de su comunidad, pues conoce las dinámicas de relacionamiento social, condiciones de vida, comportamiento de la morbilidad así como las interacciones de diferentes factores que inciden en la calidad de vida del colectivo. En el marco de la organización de los EST, los líderes son un elemento fundamental en el proceso de contacto, comunicación, aceptación y concertación de intervenciones a implementar en todos los entornos de desarrollo de las personas y familias. Se espera que los líderes comunitarios:

- Participe en la priorización de microterritorios
- Elaboración de cartografía social
- Sean el enlace directo entre los EST y la comunidad
- Apoyen el relacionamiento inicial entre los EST y la comunidad
- Fortalezcan el análisis de los determinantes sociales del bienestar
- Identifiquen tempranamente situaciones de riesgo en salud
- Fortalezcan las actividades de información, educación y canalización
- Realicen seguimiento familiar al PCIP

6. Proceso de atención en salud con orientación individual, familiar y comunitaria

6.1. Valoración Integral en salud

Desarrolla los aspectos relacionados con la identificación de necesidades y riesgos que ameriten atención en los servicios de salud para la prevención de enfermedades, detección temprana, protección específica, recuperación de la salud, rehabilitación del daño y atención paliativa, los cuales deben ser gestionados por el equipo para su atención de acuerdo con la afiliación de la población.

6.2. Valoración Familiar

La atención integral de salud a las familias implica garantizar su reconocimiento como sujeto, al acceso a integralidad en la atención, en el marco de un proceso que permita dinamizar, actualizar y gestionar acompañamiento y continuidad. Así mismo, la garantía de la continuidad implica además de las acciones promocionales, la conexión y remisión a procesos resolutivos y de acompañamiento permanente según la situación. De este modo, la atención a las familias, debe ser un proceso informado y concertado considerando la decisión y compromiso de estas en su proceso de fortalecimiento y mejora de la salud familiar en un marco promocional².

La valoración familiar consiste en la evaluación que hace el EST en la vivienda donde se encuentra la familia, que le permite obtener un conocimiento integral del estado de salud de esta y cada uno de sus miembros, los factores de riesgo, así como poder evaluar la dinámica familiar, estructura familiar, recursos y redes de apoyo social, al igual que las

características del entorno domiciliario y del medio ambiente, como parte de los determinantes de la salud³.

Los resultados de esta valoración son base para la elaboración del Plan Integral de Cuidado Primario- PICP por parte del Equipo, la planificación de los cuidados y de las actividades de promoción y prevención a través de la gestión del riesgo a nivel individual, familiar y comunitario en el área donde habita la familia a través de la coordinación intersectorial.

Esta valoración se realiza para elaborar la HISTORIA FAMILIAR DE SALUD empleando los instrumentos que permiten evaluar las condiciones anteriormente mencionadas y que se archivan en la CARPETA FAMILIAR correspondiente a cada una de las familias evaluadas como son la caracterización social y ambiental en el entorno hogar, la definición de plan integral de cuidado primario, el FAMILIOGRAMA, el APGAR familiar y el ECOMAPA y su aplicación permite conocer la funcionalidad familiar, el apoyo intrafamiliar y la relación de la familia y/o sus miembros con las redes de apoyo social.

6.2.1. ¿Cómo se realiza la valoración familiar por los equipos?

La valoración familiar es uno de los aspectos más importantes del programa territorial de salud, que hacen parte de la extensión de la atención de las personas y su grupo familiar desde los servicios de salud intramurales hacia la comunidad.

6.2.1.1. Visita familiar

La responsabilidad del proceso de planeación, ejecución y seguimiento de la visita familiar está a cargo del EST, el cual está adscrito a un territorio de salud con unas características particulares en oferta de servicios y necesidades de salud que se deben armonizar para realizar una adecuada gestión del riesgo y promoción de la salud a nivel familiar, comunitario e incidencia en políticas públicas.

La visita familiar facilita al EST estar en contacto directo con los individuos, la familia, la comunidad y el entorno para identificar además de las necesidades de atención en salud, otras a nivel de los determinantes sociales de la salud, involucrando a las personas y la comunidad en la solución de sus necesidades y problemas, promoviendo la organización y cohesión social. Es importante que el equipo de salud asuma como parte de la gestión del riesgo y la promoción de la salud de las familias, un rol de liderazgo que permita incidir en la toma de decisiones sobre las políticas públicas en todos los sectores, para mitigar y superar el impacto de las amenazas ambientales, sociales, económicas y culturales en la salud y bienestar de las personas.

La visita familiar integra las dimensiones: física, mental, ambiental, redes sociales y de servicios de salud a través del *Plan Integral de Cuidado Primario- PICP*, el cual da cuenta de los acuerdos y el cumplimiento de un conjunto de logros familiares que permiten establecer el grado de salud y bienestar alcanzado por las familias en un periodo de tiempo

en respuesta a la adopción de medidas de control del riesgo y prácticas de cuidado, surgidas de los compromisos realizados por la familia durante cada encuentro con el EST.

6.2.1.2. Instrumentos de valoración de la Historia Familiar de Salud

- **Carpeta familiar**

La Carpeta familiar ha sido un instrumento utilizado para realizar la caracterización de las familias la cual es aplicada por el equipo territorial y permite guardar todos los componentes de la historia familiar.

Tabla 9. Instrumentos de valoración de la Historia Familiar de Salud

Instrumentos de valoración de la Historia Familiar de Salud	Utilidad
Caracterización Familiar	Permite conocer la composición familiar y características socio - demográficas de sus miembros
	Identifica las condiciones de riesgo a nivel del ambiente socioafectivo, la morbimortalidad y condiciones de la vivienda.
Estructura y tipología familiares (FAMILIOGRAMA)	<p>Permite conocer la tipología y la estructura familiares de 3 generaciones, mediante la identificación y representación gráfica de i) trazado de la estructura familiar, (ii) registro de información sobre miembros e historia familiar y (iii) Delineado de las relaciones familiares.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dentro de la información que proporciona el familiograma se encuentra: patrones de género, tipología y curso de vida familiar, patrones intergeneracionales, dinámica familiar, contexto de creencias, costumbres, estilos y modos de relación, tendencias en salud – enfermedad, así como identificación de “enfermedades hereditarias, adaptación de la familia a la enfermedad, recursos familiares y eventos críticos”

Instrumentos de valoración de la Historia Familiar de Salud	Utilidad
Estructura y tipología familiares (FAMILIOGRAMA)	<p>La tipología familiar permite clasificar a las familias con base en la estructura del familiograma y las definiciones de familia que se han realizado en Colombia. Los tipos de familia se agrupan por:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Convivencia entre generaciones • Por relación de pareja • Por tipo de asociación
Clasificación del curso de vida familiar	<p>Etapas sucesivas por las que transita la familia desde que se forma hasta su disolución. Se clasifica en familia en formación, expansión, consolidación, apertura, nido vacío y disolución y sirve para identificar logros, peligros y crisis.</p>
<p>Recursos familiares APGAR FAMILIAR (Intrafamiliar)</p> <p>ECOMAPA (Extrafamiliar)</p>	<p>Son los mecanismos de defensa y de adaptación que se encuentran disponibles para la familia o los individuos en el momento de presentarse una enfermedad o una crisis de cualquier índole. Los recursos pueden ser intrafamiliares y extrafamiliares, constituyéndose la RED SOCIAL DE APOYO FAMILIAR.</p> <p>La valoración de la red social se realiza a través de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El APGAR familiar es un instrumento útil para evidenciar la forma en que una persona percibe el funcionamiento de su familia en un momento determinado. • Ecomapa: Valora recursos extrafamiliares comunitarios y de los sectores sociales que trabajan a nivel del territorio por el bienestar (educación, defensoría, recreación, trabajo etc.) <p>El Ecomapa permite diagramar el tipo de relación que la familia o alguno de sus miembros tiene con el recurso siendo fuerte, débil, estresante o nula.</p>
Valoración individual integral	<p>La valoración del riesgo de la salud individual es un instrumento que se emplea para evaluar el perfil de riesgo de cada uno de los miembros de la familia de convivencia, los cuales están definidos por antecedentes de enfermedades familiares relevantes, estilos de vida no saludables, problemas afectivos y de la salud oral, existencia o no de vacunación, quimioprofilaxis o tamizajes de acuerdo al individual, asistencia o no a los programas de promoción y prevención que ofrecen los CAPS para así lograr realizar el plan de intervención.</p>
Evaluación de determinantes sociales de la salud	<p>Esta valoración se realiza a través de la detección de los riesgos socioeconómicos, ambientales, por la prestación de servicios de salud y los relacionados con las personas. Estos datos se encuentran a lo largo de la valoración familiar en la Carpeta familiar que incluye la historia familiar de Salud e individual.</p>

Fuente. Grupo de Atención Primaria en Salud- Ministerio de salud y protección social

- Instrumento de caracterización familiar

La caracterización es una actividad conducente a establecer las condiciones determinantes de la salud del entorno hogar; así como de la familia y de los individuos como sujetos de derecho, con el fin de identificar las condiciones de vida de los sujetos para proyectar un *Plan Integral de Cuidado Primario- PICIP*, que reconozca entre otras las características de la vivienda, condición, de la dinámica y situaciones de la familia, verificar el estado de

garantía de atenciones en salud en los miembros de la familia según su momento de curso de vida y en las gestantes identificar algunos riesgos en los integrantes de la familia, así como capacidades, factores protectores que permitan definir del *Plan Integral de Cuidado Primario- PICIP* familiar e individual, según grado de vulnerabilidad.

La caracterización y ejecución de *Plan Integral de Cuidado Primario- PICIP*, se realiza a las familias ubicadas en el territorio y considerando su alcance como herramienta para la planeación de la atención en salud, se realiza en primera instancia por un auxiliar en enfermería, y de acuerdo con los hallazgos se articula con la entrega de atenciones en salud por parte de los profesionales de la salud del equipo de acuerdo al momento de curso de vida de los sujetos y en el caso de las mujeres gestantes de acuerdo al momento de captación de la misma. *(El MSPS diseñará un instrumento guía de caracterización para dicho fin)*

Para el desarrollo de esta caracterización y ejecución de *Plan Integral de Cuidado Primario- PICIP*, a las familias se identifican cuatro momentos que a su vez están conformados por actividades y cuentan con herramientas para soportar la recolección de información. El producto de la caracterización resultará en un *Plan Integral de Cuidado Primario- PICIP*, que serán ejecutados por los EST en coordinación con las instituciones prestadores de servicios de salud en el marco de las redes integrales e integradas territoriales de prestación de servicios de salud.

- Formato de Plan Integral de Cuidado Primario- PICIP

En una herramienta operativa que le permite al equipo de salud identificar, planear, implementar, monitorear y evaluar las acciones prioritarias en salud a nivel individual, familiar y colectivo, en los diferentes momentos de curso de vida, considerando las particularidades poblacionales y territoriales. *(El MSPS diseñará una herramienta para la elaboración del PICIP que pondrá a disposición de las ESEs).*

- Apgar familiar

La aplicación del APGAR permite identificar el grado de satisfacción familiar y de las situaciones de conflicto o riesgo familiar en términos del grado de disfuncionalidad familiar. El APGAR Familiar valora la funcionalidad familiar a partir de 5 elementos: i) adaptación; ii) participación; iii) gradiente de recursos; iv) afectividad y v) recursos o capacidad resolutiva.

Tabla 10. Matriz del APGAR Familiar

	SIEMPRE(4)	LA MAYORIA DE VECES (3)	ALGUNAS VECES (2)	MUY POCAS VECES (1)	NUNCA(0)
PREGUNTAS					
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema o necesidad					
Me satisface la participación que mi familia brinda y permite					
Me satisface como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades.					
Me satisface como mi familia expresa afectos y responde a mis emociones como rabia, tristeza y amor.					
Me satisface como compartimos en familia: El tiempo para estar juntos Los espacios en casa El dinero					

Fuente: APGAR familiar. Tomado de Zurro, A. M. Solà, G. J. Atención familiar y salud comunitaria: conceptos y materiales para docentes y estudiantes. Elsevier. España 2011. Incorporado en anexo de instrumentos obligatorios de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y el mantenimiento de la salud

- Formato de canalización

Documento diseñado para consignar los datos más relevantes que motivan la remisión hacia las diferentes instituciones existentes en la municipalidad, con el fin de mejorar el nivel de salud de los individuos o para la retribución de derechos de estos. Este instrumento de remisión permite evaluar mediante indicadores cuantitativos la efectividad de los agentes de atención primaria en el desarrollo de sus actividades, por lo cual es fundamental recopilarlas y mensualmente hacer el balance entre el número de remisiones por cada uno de los agentes y las remisiones efectivas. *(Las ESE podrán usar el formato de su preferencia para dicho fin).*

6.2.1.3. Seguimiento

Verifica el cumplimiento de compromisos, asumiendo a la familia como el primer evaluador del logro de compromisos, mediante el registro de la autoevaluación en el programador de cuidado, procurando de esta manera la adherencia al cuidado y tratamientos, además de

permitir a la familia y al equipo de salud estrechar vínculos. Es el momento en el cual se evalúan y planifican objetivos tentativos para la próxima visita o control de salud, los cuales quedan registrados como hallazgos y compromisos en el programador de cuidado familiar. El seguimiento es utilizado como herramienta para garantizar la continuidad del cuidado, esto implica que una vez se realiza el primer contacto con la familia, el equipo y el sistema de salud deben estar en capacidad de mantener un contacto permanente con ésta; que asegure mejores condiciones de salud en términos de un cuidado integral, integrado (perspectiva de gestión del riesgo y determinantes sociales) y continuo.

Cuidado familiar básico: El seguimiento se realiza dos veces por año y está a cargo de la auxiliar de enfermería o técnico de saneamiento ambiental según corresponda.

Cuidado familiar especial: El seguimiento es utilizado como herramienta para garantizar la continuidad del cuidado, esto implica que una vez se realiza el primer contacto con la familia, el equipo y el sistema de salud deben estar en capacidad de mantener un contacto permanente con ésta; que asegure mejores condiciones de salud en términos de un cuidado integral, integrado (perspectiva de gestión del riesgo y determinantes sociales) y continuo.

Durante la visita de seguimiento se debe evaluar el cumplimiento de los compromisos de cuidado en términos de cuidado por ciclo vital, cuidado familiar, asistencia a consultas de protección específica y detección temprana, consultas de control por enfermedad general o crónica, asistencia a grupos de apoyo, grupos de cuidado, asistencia a programas sociales entre otros.

6.2.2. ¿Cómo hacer la valoración comunitaria?

Este proceso implica la lectura de las condiciones sociosanitarios donde se puedan identificar las nuevas formas de organización de las comunidades y realizar el análisis de las condiciones de vivienda, productividad y sistemas de participación, con el fin de permitir el diseño de acciones tendientes al fortalecimiento de procesos de autogestión, de liderazgo y de reconstrucción de las redes sociales.

Al igual que en el entorno hogar, en el entorno comunitario se deben identificar los riesgos sociosanitarios y diseñarse los planes de acción para la intervención positiva de determinantes sociales de la salud, para ello debe garantizarse una adecuada participación comunitaria.

La participación comunitaria en la gestión de la salud, es un ejemplo de trabajo en red: Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la participación comunitaria se define como “un proceso de autotransformación de los individuos en función de sus propias necesidades y las de su comunidad, que crea un sentido de responsabilidad sobre la salud y la capacidad de actuar en el desarrollo comunal, creación de oportunidades exequibles a todos los miembros de una comunidad y en conjunto a toda la sociedad, para contribuir activamente e influenciar el proceso de desarrollo y compartir equitativamente los frutos de

ese desarrollo”.²

El desarrollo comunitario representa un conjunto de complejos procesos para lograr un trabajo sinérgico con los esfuerzos de la gente de una misma comunidad, en función de mejorar las condiciones sociales, económicas y culturales para integrar las comunidades dentro de la vida de la nación y lograr una contribución al progreso de esta. Es un proceso mediante el cual, los miembros de una comunidad participan democrática y activamente en los programas o actividades, que se planean, ejecutan y evalúan conjuntamente y que satisfacen sus anhelos. Los principales principios para la participación comunitaria son: la autoayuda, des medicalización y democratización.

6.2.3. Identificación de redes de apoyo social - comunitario

Durante la valoración familiar es importante que la familia identifique sus redes de apoyo y que tipo de vínculo tienen para resolver algún problema o crisis; las personas e instituciones de la red se denominan “puentes de la red”⁵ y las redes que se pueden tejer son intrafamiliares y extrafamiliares.

- *¿Cómo se define la red de apoyo y para qué sirven?*

Es la sinergia de servicios entre grupos de instituciones públicas, mixtas y privadas, religiosas o de economía solidaria, que se interrelacionan para lograr un fin común. Las redes están compuestas de nodos (punto de intersección de las redes) y articuladores.

Desde el enfoque sistémico la familia se relaciona conformando redes entre personas, grupos y organizaciones con el fin de lograr satisfacer las necesidades tanto de la familia como de cada uno de sus miembros a nivel de apoyo emocional, logro del proyecto de vida familiar y satisfacer demandas materiales. En este sentido, cobran importancia las redes de apoyo extrafamiliar, éstas son modos de participación comunitaria y del estado o de la sociedad civil que permite suplir diferentes necesidades relacionadas con la salud y la calidad de vida, las cuales deben ser identificadas y activadas por el EST sea al interior de los CAPS o fuera de ellos. El instrumento que se emplea para identificar las redes de apoyo social es el ECOMAPA.

Las redes que se requieren para resolver los problemas de salud integral y con enfoque diferencial depende de:

- Enfoque diferencial: Redes de apoyo existentes para las poblaciones indígenas, desplazada por el conflicto armado y postconflicto, para la mujer desde el enfoque de género y la discapacidad.
- El curso de vida: Redes de apoyo para la infancia, la adolescencia y la persona mayor.

² Fundamentos en Salud Familiar. ASCOFAME, 2008, págs. 299-300.

- Atención integral de la familia: Red de servicios de salud de baja y alta complejidad, escolaridad, trabajo, recreación, grupos comunitarios y espiritual.
- Grupos de autoayuda: Alcohólicos, consumo de sustancias psicoactivas, personas con diagnóstico de demencia, epilepsia, condiciones crónicas renales, etc.

Las redes pueden ser intersectoriales cuando se relacionan diferentes sectores para una misma población, es el caso de las redes existentes para atender la población desplazada cuando llega a una ciudad receptora y las intersectoriales cuando se relacionan redes de un mismo sector por ejemplo las del sector salud.

Figura 5. Red de apoyo social extrafamiliar – ECOMAPA



Fuente: Ministerio de Salud. Dirección de Promoción y Prevención. Ministerio de Salud. (s.f.). Fundamentos y Principios de Medicina Familiar. Bogotá

El ecomapa, es un instrumento que permite identificar de forma rápida las interrelaciones de la familia con el contexto socio cultural en el que está inmersa, por ende, constituye un complemento del familiograma.

Esta herramienta mediante un diagrama explica el contacto de la familia con el exterior (comunidad, sociedad) y cómo puede afectar, positiva o negativamente, la estructura familiar. Incluye todos los agentes externos que tienen relación con el núcleo familiar en cuestión; en otras palabras, permite establecer la red social de apoyo y el acceso a recursos económicos en un momento en el tiempo, pero con un seguimiento a futuro.

Es muy importante que el talento humano que conforma los EST para trabajar en Salud familiar y Comunitaria, conozcan las diferentes redes existentes en el territorio donde se ubica el trabajo con personas y familias y elaboren un directorio de redes, el cual debe estar disponible para todo el talento humano, con el fin de lograr identificarlas y activarlas para resolver los problemas de salud de la población que atiende; el acercamiento puede desarrollarse a partir de la aplicación de los instrumentos mencionados así como en el proceso de relacionamiento que se establece con los grupos y colectivos del territorio.

6.2.4. Fortalecimiento de la Capa Comunitaria de la prestación de servicios

Con lo anterior se hace importante resaltar también el papel del primer contacto dentro de la organización operativa de la capa comunitaria, que corresponde a organizaciones de base comunitaria y gubernamentales que pertenecen a la población de especial protección y poblaciones con riesgo detectado (Estrategia OMS/OPS Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente. Pacientes cuidando Pacientes); líderes/as, grupos y redes comunitarias; así como los equipos de salud que realizan el primer abordaje con las personas, familias o comunidades y que deben conducir la persona hasta las puertas de entradas del Sistema de Salud.

De este modo, la acción desde las diferentes organizaciones de capa comunitaria orienta los esfuerzos en torno a los siguientes ejes: hacia la promoción, prevención, tratamiento integral, rehabilitación integral e inclusión social, con acciones en un continuo que involucren todos los momentos de curso de vida de las personas, sus familias y comunidades, los entornos y las diferencias territoriales y culturales donde se desarrollan. Busca movilizar determinantes de la salud, incluyendo las del orden psicosocial – relacional.⁶

Todas estas pueden ofrecer orientación y apoyo, escucha activa, herramientas de cuidado (incluyendo el abordaje inicial de problemas clínicos específicos), promueven espacios de confianza y seguridad emocional, promueven la ayuda mutua, la ayuda social y comunitaria, apoyan la identificación y detección temprana, la gestión de casos y la derivación a procesos de apoyo específico. Contempla acciones estratégicas articuladas entre sí de gestión para la atención integral en salud incluida la educación para la salud y el fortalecimiento de la gobernanza de la Autoridad Sanitaria para movilizar la capacidad de respuesta territorial mediante su liderazgo y generación de alianzas⁷.

En el sector Salud podemos encontrar entre otros, los dispositivos comunitarios que incluyen los centros de escucha y zonas de orientación cuyo propósito es fortalecer las comunidades orientadas a la planeación y organización comunitaria entorno a la cohesión e inclusión social, para el cuidado de la salud, la promoción de la salud mental y la identificación y gestión de riesgos asociados a problemas de salud mental, consumo de sustancias psicoactivas en los entornos, articulando la respuesta institucional y comunitaria.⁸

La Rehabilitación Basada en Comunidad (RBC) es otro de los recursos de base comunitaria que de acuerdo con la Resolución 3280 de 2018, se define como una estrategia intersectorial de inclusión social y desarrollo comunitario que permite la generación de oportunidades para la población que presenta una condición de discapacidad, problemas o trastornos mentales y afectaciones psicosociales, sus familias y cuidadores.

No se trata de crear servicios exclusivos para estas personas sino transformar las condiciones que puedan estar impidiendo su inclusión en la vida comunitaria y en las actividades, programas y servicios que ya existen en esa comunidad desde los diferentes sectores, incluyendo fuentes de empleo y generación de ingresos para así disfrutar de su vida social, familiar, recreativa, cultural, deportiva, política, económica, religiosa, entre otras.

Figura 6. Articulación entre dispositivos comunitarios, rehabilitación basada en la comunidad, servicios de salud y otros servicios



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Dirección de Promoción y Prevención. Grupo de Salud Mental. Dispositivos y RBC SM.

Así como se describe para salud mental, para otras situaciones de salud también se han planteado estrategias comunitarias como la de infección respiratoria aguda -IRA o la enfermedad diarreica aguda -EDA, o en VIH, entre otras, a cuya articulación como "capa comunitaria" contribuyen los EST.

ANEXO 1. FICHA DE IDENTIFICACIÓN DEMICROTERRITORIOS

Datos generales					
Fecha					
Municipio					
Gerente de la ESE					
Secretario (a) de salud					
Coordinador / Enlace PIC					
Ubicación del Microterritorio					
Código		Nombre Municipio + No. Territorio + Número de Microterritorio. Ejemplo: Soacha0101			
Corregimiento <input type="checkbox"/>	Vereda	Comuna	Barrio		
Población total					
0-5 años	6 a 11 años	12 a 18 años	19 a 26 años	27 a 59 años	> 60 años
Hogares <input type="checkbox"/>	N°	Familias <input type="checkbox"/>	N°		
Identificación de límites: Dirección y/o elementos de identificación: ríos, quebradas, caminos o carreteras.					
Criterios de priorización /Indicadores de pobreza, dispersión geográfica y de salud					
Nombre de la Auxiliar de enfermería asignada:					