

# Plan integral de cuidado primario PICP



# Plan integral de cuidado primario

El Plan Integral de Cuidado Primario\* se constituye en la herramienta operativa que le permite al Equipo Básico de Salud-EBS, a partir de la identificación de procesos deteriorantes y cuidadores, acompañar a las familias y sus integrantes en el cuidado de la salud.

Es el resultado de un proceso de construcción conjunta entre las familias, las personas, comunidades y los EBS.

Organiza las atenciones, intervenciones y acciones para fortalecer la capacidad de cuidado y la promoción de la salud, así como para identificar y gestionar los riesgos y condiciones de salud individual, familiar y comunitaria y la movilización para la acción comunitaria, social e intersectorial.

Con pueblos y comunidades étnicas, el proceso debe ser previamente concertado y adecuado socioculturalmente en coordinación con las Autoridades Tradicionales/Ancestrales del territorio.



\*Ministerio de Salud y  
Protección Social. (2024).  
Lineamiento técnico-operativo  
de equipos básicos de salud:  
conformación, operación y  
seguimiento. Modelo  
Prevención y Predictivo.  
Fortalecimiento de la APS en  
el nivel primario de atención  
(Versión actualizada 3 de  
septiembre de 2024). Bogotá,  
Colombia.

Antes de iniciar el trabajo en territorio, las ESE o IPS responsables deben acordar con los EBS la microplaneación operativa, asegurando claridad sobre el territorio asignado, la población a atender, las prioridades en salud y las estrategias de coordinación. Para ello, se establecen los siguientes acuerdos:

- 1. Definición de territorios y microterritorios:** delimitación clara del ámbito de acción del EBS y conocimiento de las características sociales, culturales y de salud del territorio.
- 2. Acuerdos de planeación y gestión:** compromisos con actores locales y comunitarios para coordinar las acciones en salud.
- 3. Acuerdos para el aseguramiento en salud:** identificación y gestión de personas o familias no afiliadas o con dificultades en su aseguramiento.
- 4. Acuerdos para la gestión de atenciones:** organización de las atenciones individuales y colectivas en el marco de las Rutas Integrales de Promoción y Mantenimiento de la Salud (RIPSS).
- 5. Acuerdos para la vigilancia en salud pública:** mecanismos de reporte y respuesta ante eventos de interés en salud pública.
- 6. Acuerdos para fortalecer capacidades del EBS:** formación y acompañamiento técnico para optimizar su desempeño.
- 7. Acuerdos intersectoriales y transectoriales:** articulación con otros sectores (educación, ambiente, desarrollo social, entre otros) para actuar sobre los determinantes sociales de la salud.



# Atenciones, intervenciones y acciones del PICP



El PICP debe incluir y poner en marcha las atenciones, intervenciones y acciones que se desarrollan en diferentes momentos del proceso de acompañamiento a las familias y comunidades. Estas acciones pueden ser inmediatas y realizarse antes, durante o después de identificar los procesos deteriorantes y los cuidadores; concertadas, aquellas que se acuerdan con la familia según sus necesidades, posibilidades y prioridades; y orientadas a logros, que buscan alcanzar los objetivos definidos de manera conjunta con la familia.

En este proceso, es fundamental tener en cuenta el contexto sociocultural y comunitario, las capacidades y prácticas de cuidado que ya existen en la familia, así como las prioridades en salud y la clasificación del riesgo, que permite identificar alertas y orientar las acciones.

El PICP debe integrar de manera equilibrada los saberes, conocimientos y prácticas de cuidado técnicas (científicas) y tradicionales (culturales) de las personas, familias y comunidades. Aunque algunas prácticas tradicionales puedan parecer distintas o contrarias a la visión científica del EBS, este debe reconocerlas, respetarlas y articularlas al plan como prácticas complementarias que fortalecen el cuidado de la salud familiar y comunitaria.

El PICP organiza su trabajo en cuatro ámbitos complementarios de acción, que permiten brindar una atención integral a las personas, las familias y las comunidades.

## 1. Atención individual y familiar

El EBS realiza acciones de atención directa a las personas y familias, según lo definido en las Rutas Integrales de Atención en Salud (Resolución 3280 de 2018). Estas incluyen:

- Valoración integral de la salud y detección temprana de alteraciones.
- Protección específica y educación para la salud, concertadas con la familia según las prioridades encontradas.
- Orientación familiar básica, información y consejería en salud.
- Atenciones individuales de promoción y mantenimiento en cada momento del curso de vida.
- Atenciones maternas y perinatales.
- Seguimiento y control individual o familiar cuando se identifiquen riesgos.
- Atención inicial de urgencias y primeros auxilios psicológicos en situaciones que lo requieran.

Estas acciones pueden desarrollarse durante las visitas domiciliarias, en jornadas de salud o mediante coordinación con la red de servicios de salud (presencial, extramural o por telemedicina).



## 2. Atenciones colectivas



Son intervenciones que buscan promover la salud y gestionar los riesgos en poblaciones o comunidades completas a lo largo del curso de vida.

El EBS las desarrolla principalmente en el hogar, pero también en entornos comunitarios, educativos, laborales o institucionales, según las necesidades del territorio. Incluyen:

- Identificación de procesos cuidadores y deteriorantes.
- Educación e información en salud.
- Conformación y fortalecimiento de redes familiares, comunitarias y sociales.
- Tamizajes y control de vectores.
- Creación de Zonas de Orientación o centros de escucha.
- Rehabilitación Basada en la Comunidad.
- Entrega de medicamentos o insumos para prevenir o controlar eventos de interés en salud pública.

Estas acciones buscan complementar las intervenciones individuales, fomentando el cuidado colectivo y la participación comunitaria.

### 3. Gestión de la salud pública

Corresponde a las acciones de coordinación y articulación lideradas por las Entidades Territoriales de Salud, en las que el EBS actúa como puente entre la comunidad y las instituciones. Incluye:

- Apoyar a las familias en el aseguramiento en salud y garantizar la continuidad de la atención (citas, controles, referencias, transporte, hogares de paso).
- Apoyar la vigilancia en salud pública, con énfasis en la vigilancia comunitaria.
- Fortalecer la participación y empoderamiento comunitario en espacios de decisión o redes sociales.
- Participar en el análisis de procesos cuidadores y deteriorantes, y en el seguimiento de los Planes de Cuidado Primario (PICP).
- Colaborar en la articulación intersectorial, junto con otros actores del territorio.

Su propósito es mejorar los resultados en salud mediante la gestión, vigilancia, participación y coordinación interinstitucional.



## 4. Gestión poblacional e intersectorial



Son las acciones que se desarrollan junto con otros sectores (educación, ambiente, desarrollo social, etc.) para influir en los determinantes sociales de la salud, bajo el liderazgo de la Entidad Territorial. El EBS:

- Orienta y acompaña a las familias para acceder a servicios, programas y recursos de otros sectores (educación, vivienda, trabajo, cultura, etc.).
- Informa y comunica los hallazgos y acuerdos del plan de cuidado para que las entidades territoriales puedan tomar decisiones.
- Participa en la construcción de políticas, programas o estrategias de salud y de otros sectores que mejoren las condiciones de vida.
- Promueve formas propias de cuidar la salud, reconociendo saberes locales y prácticas socioculturales.
- Facilita el diálogo y la concertación entre comunidades e instituciones, fortaleciendo la participación y la acción conjunta.

Estas acciones requieren que la entidad territorial mapee actores del territorio, establezca mecanismos de coordinación y seguimiento, y lidere los espacios intersectoriales.

# Operatividad del PICP

Comprende el proceso mediante el cual el EBS, en articulación con la familia y la comunidad, elabora, acuerda, implementa y da seguimiento al PICP. Se desarrolla en cuatro momentos principales:

## 1 Identificación de procesos cuidadores y deteriorantes y acciones inmediatas

A partir del análisis integral de la información obtenida, el EBS formula una propuesta que combina el conocimiento técnico con los saberes tradicionales y culturales de las familias. Luego, en un diálogo participativo, se concertan las acciones, se actualizan los datos de salud, se ajustan las propuestas según el contexto y se definen compromisos mutuos. Este proceso busca fortalecer la corresponsabilidad de la familia en el cuidado de su salud.

Corresponde al primer acercamiento del EBS con la familia, momento clave para generar confianza y establecer un vínculo respetuoso.

En esta etapa se reconocen las capacidades, prácticas de cuidado y necesidades de salud, y se responden las situaciones urgentes.

Las acciones inmediatas incluyen la atención básica ante emergencias, la gestión de apoyos comunitarios o institucionales y la concertación de respuestas rápidas para resolver prioridades identificadas.

## 2 Diseño y concertación del plan con la familia

El EBS y la familia establecen metas concretas, medibles y alcanzables, acordes con las capacidades y condiciones identificadas. Las actividades deben ser simples y viables dentro de la vida cotidiana, con tiempos, frecuencias y responsables claramente definidos. Esto permite mantener la motivación y facilitar el seguimiento continuo de los avances.

## 3 Definición de logros concertados

El EBS programa las visitas domiciliarias de implementación. El seguimiento se realiza en dos niveles:

- Con la familia: actualización del plan, revisión de logros, identificación de nuevas capacidades y reclasificación de riesgos si es necesario.
- Entre equipos: espacios periódicos de análisis de casos, intercambio de experiencias y ajuste de estrategias, orientados a fortalecer capacidades, mejorar la gestión intersectorial y adaptar las intervenciones al contexto local.

## 4 Implementación y seguimiento del PICP

# Propuesta para reconocer aspectos claves al desarrollar el PICP, desde la mirada de los EBS de Santander

Esta propuesta surge como respuesta a una necesidad prioritaria identificada por los EBS, en todas las provincias del departamento de Santander y fue *“aprender a desarrollarlo como una herramienta práctica y funcional, y no como una tarea que complejiza aún más el trabajo”*.

Esta necesidad se hizo evidente porque las y los profesionales de los equipos mencionaron que debido a la falta de una metodología clara se presentaban diferentes formas de hacer, y esto se evidenció durante los ejercicios prácticos, tanto entre municipios como entre los mismos equipos dentro de un municipio.

Por estas razones, nace la propuesta de crear una herramienta que permita que todas las personas que tienen responsabilidades frente a la planeación, ejecución y seguimiento al PICP, reconozcan qué aspectos deben considerar, logrando una herramienta útil, ajustada a las realidades locales y que favorezca el trabajo colaborativo.

**Las soluciones propuestas por los EBS se estructuraron en tres grupos, planificación, ejecución y seguimiento:**



# 1. Antes de la visita

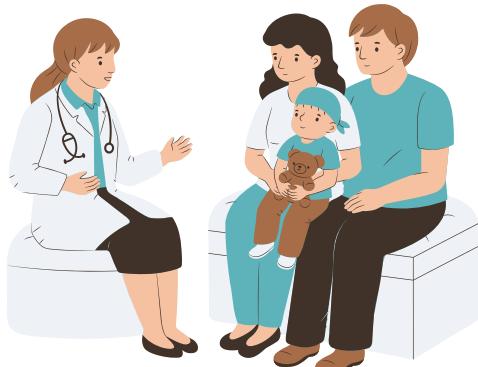
## Planificación

ACTIVIDADES A DESARROLLAR	RECURSOS NECESARIOS	RESPONSABLES
<ul style="list-style-type: none"><li>• Revisar la información previa y el contexto de las familias.</li><li>• Realizar una reunión previa para alinear objetivos y funciones del equipo.</li><li>• Planear y llevar a cabo capacitación en habilidades comunicativas, trabajo en equipo y valoración familiar.</li><li>• Organizar los formatos de recolección de información.</li><li>• Coordinar aspectos logísticos: transporte, programación de visitas y articulación interinstitucional.</li><li>• Garantizar la disponibilidad de equipos biomédicos.</li></ul>	Documentación de las familias.  Acta de reunión con objetivos y funciones del equipo definidas.  Material de capacitación.  Formatos de recolección de información.  Recursos logísticos y biomédicos.	Gerente de la ESE.  Coordinador del EBS.  Profesionales de EBS.  Gestores comunitarios.



## 2. Durante la visita Ejecución

ACTIVIDADES A DESARROLLAR	RECURSOS NECESARIOS	RESPONSABLES
<p>Para establecer vías de comunicación con la familia:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Aplicar escucha activa para comprender necesidades de la familia.</li><li>• Observar y registrar señales no verbales relevantes.</li><li>• Identificar factores de riesgo y protección.</li><li>• Utilizar lenguaje comprensible y evitar tecnicismos.</li></ul> <p>Para la elaboración del plan:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Construir el plan de salud de manera participativa con la familia.</li><li>• Establecer acuerdos claros entre la familia y el equipo de salud.</li><li>• Asegurar un registro estructurado y preciso de la información.</li></ul>	<p>Material de apoyo para reconocimiento de prácticas claves a mejorar.</p> <p>Plan Integral de Cuidado Primario (PICP)</p>	<p>Equipo básico de salud en terreno.</p> <p>Familia participante.</p>



### 3. Después de la visita Seguimiento

ACTIVIDADES A DESARROLLAR	RECURSOS NECESARIOS	RESPONSABLES
<ul style="list-style-type: none"><li>• Reunirse con el equipo en pleno para analizar y sistematizar la información recolectada.</li><li>• Identificar necesidades comunes y factores de riesgo/protectores.</li><li>• Complementar el PICP en base a la información obtenida.</li><li>• Compartir el plan con actores involucrados para abordar necesidades de manera integral.</li><li>• Definir estrategia de seguimiento, asignando responsabilidades y fechas de revisión.</li><li>• Realizar capacitaciones continuas y ajustes en el plan según experiencias en terreno.</li></ul>	Software o formatos para análisis de datos. Espacios para reuniones. Recursos para capacitaciones.	Gerente de la ESE. Coordinador del EBS. Profesionales de EBS. Gestores comunitarios.





CURSO DE  
CAPACITACIÓN A  
**EQUIPOS BÁSICOS  
DE SALUD**  
EN EL MARCO DE LA APS