



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS
DE SALUD SUR E.S.E

EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES DE HOGAR

PRODUCTOS:

**INFORME DE AVANCE EN LA GESTIÓN TÉCNICA,
ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA**

CONVENIO 7126502 DE 2024

**DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR
E.S.E.**

**FECHA (14/05/2025)
Bogotá D.C**



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS
DE SALUD SUR E.S.E

Contenido

1. INTRODUCCIÓN	1
2. OBJETO	2
3. ALCANCE	2
4. DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS POR PROCESO	2
4.1 PLANEACIÓN TERRITORIAL	2
4.1.1 APROPIACIÓN TERRITORIAL	3
4.1.2 GESTIÓN TERRITORIAL	5
4.1.3 PLANEACIÓN DEL ABORDAJE	5
4.1.3.1 ACCESO	6
4.1.3.2.1 Agendamiento de citas	6
4.1.3.2.2 Seguimiento a las citas agendadas	7
4.1.3.2.3 Gestión de la estrategia de ruteo	7
4.2 GESTIÓN FAMILIAR E INDIVIDUAL	10
4.2.1 ABORDAJE TERRITORIAL Y CARACTERIZACIÓN PARA LA IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS.	10
4.2.2. EJECUCIÓN DE PLAN DE CUIDADO FAMILIAR E INDIVIDUAL	11
4.2.3. ATENCIÓN DE JORNADAS Y CONTINGENCIAS	21
5. GESTIÓN OPERATIVA	21
5.1.1 COORDINACIÓN TÉCNICA, ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	22
5.1.2. CONTRATOS ESTABLECIDOS	24
5.1.3. GESTIÓN AMBIENTAL	25
5.2. DINAMIZACIÓN DE LAS ACCIONES DE LOS EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES DE HOGAR.	25
5.2.1. GERENCIA DE LA INFORMACIÓN.	25
5.2.2. GESTIÓN Y SEGUIMIENTO A COHORTES DE RIESGO	27
5.2.3 DERIVACIONES Y ACTIVACIÓN DE RUTAS SECTORIALES E INTERSECTORIALES.	28
5.3. APOYO DE LAS ACCIONES DE LOS EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES DE HOGAR	31
6. MONITOREO Y EVALUACIÓN	33
7. CONCLUSIONES	38

1. INTRODUCCIÓN

El presente informe tiene como propósito presentar las actividades realizadas por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E, corresponde al avance de gestión durante el periodo del 1 al 30 de abril de 2025 del Convenio Interadministrativo N. 7126502 de 2024. Con el objeto del convenio “Aunar esfuerzos entre el FFDS y la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E, para realizar actividades de la Gestión del riesgo individual y colectivo en la modalidad extramural de acuerdo con las necesidades y prioridades de la población a nivel individual, familiar y territorial de los sectores catastrales asignados en el Distrito Capital, en concordancia con las normas que regulan el sistema general de seguridad social en salud, el plan territorial en salud y el modelo de atención en salud “MAS Bienestar”.

Las partes, determinaron que el valor total, para ejecutar las intervenciones, procedimientos, actividades y gestión de insumos del convenio es de hasta por la suma de ONCE MIL NOVECIENTOS CUARENTA Y OCHO MILLONES TRESCIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL PESOS CONSTANTES, valor exento de IVA (\$11.948.352.000).

Dentro de las actividades realizadas por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E, se encuentra la planeación de la operación, iniciando por el proceso de contratación de talento humano en respuesta a la necesidad del servicio y estructuración de plan de trabajo de acuerdo con las especificaciones establecidas en las distintas cláusulas del convenio, así mismo se realizan acciones que responden al plan de capacitación establecido para los EBEH (Equipos básicos Extramurales Hogar).

2. OBJETO

Aunar esfuerzos entre el FFDS y la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E, para realizar actividades de gestión del riesgo individual y colectivo, y de promoción para el cuidado de la salud, en la modalidad extramural de acuerdo con las necesidades y prioridades de la población a nivel individual, familiar y territorial en el Distrito Capital, en concordancia con las normas que regulan el sistema general de seguridad social en salud, el plan territorial en salud y el modelo de atención en salud “MAS Bienestar”.

3. ALCANCE

A través de este convenio se aunarán esfuerzos entre el FFDS-SDS y la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E; en cumplimiento del objeto del convenio, las partes se comprometen a aportar los recursos económicos, técnicos y administrativos, de acuerdo con los compromisos de cada entidad, para la implementación de actividades de gestión del riesgo individual y colectivo, y de promoción para el cuidado de la salud, en la modalidad extramural de acuerdo con las necesidades y prioridades de la población a nivel individual, familiar y territorial en el Distrito Capital; de acuerdo con el Plan Territorial de Salud y las metas de los proyectos de inversión, los lineamientos señalados en los Anexos N°.5 “lineamiento operativo”; Anexo N° 6 “ Plan Programático y Presupuestal -PPP” y Anexo N°.7.“Insumos requeridos”; en los cuales se establecen las directrices para la ejecución de

Comentado [1]: Ese no es el objeto del convenio, el objeto relacionado corresponde al convenio 6912917

Comentado [lb2R1]: Resuelto

las acciones y los productos, documentos que son de obligatorio cumplimiento por parte de la Subred.

4. DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS POR PROCESO

4.1 PLANEACIÓN TERRITORIAL

Para el presente informe se tuvo con un proceso de reestructuración territorial, esto debido a la necesidad de tener todo el territorio de la subred sur delimitada, en la cual se presentaron cambios en cuanto a la cantidad de territorios, se pasa de tener 250 territorios de carácter urbano a tener 196 territorios, en cuanto a la ruralidad cercana y Sumapaz se contará con 8 territorios, de esta forma la subred sur quedó con un total 204 territorios entre el área urbana y rural. Estas modificaciones también representan que cada uno de los territorios del área urbana quedarán conformados en esta oportunidad entre 1600 a 1800 familias.

Esta nueva delimitación se encuentra organizada de la siguiente forma: 102 territorios para la localidad de Ciudad Bolívar, 67 para la localidad de Usme y 27 para la localidad de Tunjuelito, para un total de 196 territorios urbanos. Además, se complementa con la delimitación de 4 territorios para la ruralidad cercana en la cuenca río Tunjuelo en el que se delimitan 2 territorios en el área rural de Ciudad Bolívar y 2 territorios en el área rural de Usme, también se cuenta con la delimitación de 4 territorios de la localidad de Sumapaz, 2 corresponden a la cuenca Río Blanco y los otros 2 a la cuenca de Río Sumapaz.

De esta forma toda la subred se encuentra delimitada y hace parte de algún territorio, A Continuación, se relaciona la tabla de delimitación territorial por localidad. con la cantidad de sectores catastrales delimitados al interior

Tabla 1A. Delimitación territorial

LOCALIDAD	SECTORES CATASTRALES	CANTIDAD DE TERRITORIOS POR LOCALIDAD	TOTAL DE MANZANAS DENTRO DE LOS TERRITORIOS
CIUDAD BOLIVAR	122	104	5471
TUNJUELITO	17	27	831
SUMAPAZ	22	4	53
USME	118	69	3341
Total, Subred	279	204	9696

Comentado [3]: COMPLETAR LA CANTIDAD DE MANZANAS DELIMITADAS POR LOCALIDAD

Comentado [4R3]: Resuelto

4.1.1 APROPIACIÓN TERRITORIAL

Con los ajustes realizados a la delimitación territorial y a la cantidad de territorios que conforman la subred sur, al finalizar el mes 203 territorios contaban con promotor, ya que en la fase anterior el proceso de contratación de los 250 promotores se encontraba bastante avanzada, esto permite que la nueva delimitación esté cerca del 100% de los territorios con apropiación. Al finalizar el mes de Abril se tuvo la apropiación de 67 territorios en la localidad de Usme, 101 territorios en la localidad de Ciudad Bolívar, 27 territorios en la localidad de Tunjuelito para un total de 195 territorios con apropiación para el área urbana, en los casos de la ruralidad cercana que son 4 territorios, todos se encuentran con la debida apropiación territorial al igual que los 4 territorios de la localidad de Sumapaz que también se encuentran apropiados.

Para los procesos de las jornadas de apropiación territorial se hizo la revisión correspondiente de que territorios hacían parte de la delimitación anterior, en cuales ya se habían adelantado las jornadas de apropiación y en cuáles no, y finalmente se identificaron los territorios completamente nuevos. De acuerdo a esta revisión se definieron los territorios que debían hacer jornadas completas de la apropiación territorial.

En cuanto a los demás perfiles es decir Enfermería, Medicina, Psicología, Terapeutas, Nutricionistas, Ambientales, Auxiliares de cuidado y psicólogos clínicos la apropiación territorial se realizó en mesas de trabajo en conjunto con el componente geográfico de la Secretaría de Salud en compañía de 2 profesionales de apoyo de la subred sur, 1 dinamizador y el componente geográfico de la Subred, que según la cantidad de casos dispuestos para cada perfil y la cantidad de talento humano del mismo se hace la distribución de los territorios en los cuales cada profesional de cada perfil realizan sus actividades correspondientes.

En la siguiente tabla se relacionan la cantidad de territorios para cada una de las localidades, en esta tabla se incluyen tanto los territorios urbanos como rurales, y los cambios que surgieron de talento humano en cuanto al perfil de promotor, en donde solo se evidencio una modificación en la localidad de Ciudad Bolívar.

Tabla 2A. Apropiación territorial

LOCALIDAD	CON APROPIACIÓN	SIN APROPIACIÓN	%
CIUDAD BOLÍVAR	104	1	1,04%
USME	69	0	0%
TUNJUELITO	27	0	0%



SUMAPAZ	4	0	0%
Resultado	204	1	0,49%

Fuente: Base de Datos Geográfica Subred Sur GDB dataset Planeación - Límite Territorial 30-04-2025

Al momento de hacer la delimitación territorial, se tomaron en cuenta todos los sectores catastrales de la Subred Sur, sin embargo hay sectores que no cuentan con ninguna actividades de tipo residencial, algunos ya han sido identificados previamente, mientras otros el reconocimiento se ha realizado mientras se van desarrollando los diferentes procesos de identificación en el territorio.

Para el caso de la localidad de Tunjuelito se identifican 3 sectores que no cuentan con actividad de tipo residencial, uno de ellos Escuela General Santander, este sector abarca el polígono de la Escuela de Cadetes de Policía General Santander, por lo cual es muy poco probable que este sector catastral a futuro pueda ser un sector de tipo residencial abordable, otro sector es Area Artillería, este polígono abarca la Escuela de Artillería General por lo cual es muy poco probable que este sector catastral a futuro pueda ser un sector de tipo residencial abordable, por último el sector Parque el Tunal, este sector abarca lo corresponde al polígono del parque el Tunal y el Portal de Transmilenio del Tunal, por lo cual es muy poco probable que este sector catastral a futuro pueda ser un sector de tipo residencial abordable.

Para el caso de la localidad de Usme se identificaron los sectores de Yomasa Norte, este sector abarca lo correspondiente a la Estación de Policía de Monteblanco, Un centro Educativo y el parque Cantarrana por lo cual es muy poco probable que este sector catastral a futuro pueda ser un sector de tipo residencial abordable, también está el Pedregal II, el polígono de este sector corresponde a la Ladrillera Helios por lo cual es muy poco probable que este sector catastral a futuro pueda ser un sector de tipo residencial abordable.

En el caso de la localidad de Ciudad Bolívar se identifica el sector de Guadalupe, en este sector se encuentra el centro Comercial Paseo Villa del Río, algunos concesionarios automovilísticos, 2 grandes zonas de parqueo para buses del SITP y algunas entidades financieras, es importante destacar una zona sin desarrollar, la cual a futuro puede ser usada para la construcción de conjuntos residenciales por lo cual es probable que este sector catastral a futuro pueda ser un sector de tipo residencial abordable, cabe aclarar que en el sector catastral se encuentran algunas manzanas en donde hay principalmente actividad comercial y algunas viviendas sin embargo esa zona del sector catastral no está dentro de los límites geográficos de la Subred Sur. Para el sector San Antonio del Mirador, se encuentra en zona sin ningún tipo de desarrollo, sin embargo por la dinámicas poblacionales de la localidad es probable que se conformen asentamientos en esta parte del territorio, y que probablemente sigan con los procesos correspondientes de legalización como ya se ha evidenciado en otros sectores de la Subred.

Los datos que se registran en la tabla siguiente son únicamente de los sectores catastrales en donde no hay nada de actividad residencial.

Tabla 2B. Sectores catastrales sin actividad residencial

LOCALIDAD	CÓDIGO DE SECTOR CATASTRAL	NOMBRE DE SECTOR CATASTRAL	FECHA	TOTAL, DE MANZANAS DE SECTORES CATASTRAL ES SIN POBLACION.
TUNJUELITO	002405	ESCUELA GENERAL SANTANDER	21/10/2024	1
TUNJUELITO	002410	PARQUE EL TUNAL	21/10/2024	2
TUNJUELITO	002512	AREA ARTILLERIA	21/10/2024	1
CIUDAD BOLÍVAR	004563	GUADALUPE	28/10/2024	4
CIUDAD BOLÍVAR	002451	SAN ANTONIO DEL MIRADOR	28/10/2024	34
USME	002586	YOMASA NORTE	5/11/2024	1
USME	002640	EL PEDREGAL II	7/04/2025	1
Total, Subred	7	7	7	44

Fuente: Base de datos GDB

4.1.2 GESTIÓN TERRITORIAL

De acuerdo con la apropiación realizada hasta la fecha, cada uno de los promotores se les compartió una nueva carpeta de los territorios, en esta carpeta tienen la cartografía correspondiente de la delimitación de cada uno de sus territorios, esta cartografía además de tener la delimitación tiene la malla vial, la codificación de cada una de las manzanas y los predios del territorio, teniendo en cuenta el direccionamiento de secretaria se realizó la asignación total del territorio a los promotores en el mes de abril según la nueva delimitación de los territorios.

Para el mes de abril los promotores debían empezar sus actividades bajo la estrategia de ruteo por medio de casos priorizados que fueron entregados por parte de Secretaria de Salud según la nueva delimitación territorial, asimismo se trabajó simultáneamente haciendo los seguimientos correspondiente al nuevo territorio. Sin embargo se identificó por

parte de los promotores de salud bastantes dificultades para el desarrollo de las actividades bajo el ruteo ya que la información de residencia o de contacto estaba bastante desactualizada lo que dificultó la atención a estos casos, por lo cual se evaluó la situación de cada territorio para que realizaran actividades simultáneamente bajo la estrategia de casa a casa.

Como método de control se hace entrega de la información de predios según avanza el abordaje, así se tiene conocimiento de las manzanas en las cuales va haciendo las respectivas intervenciones el promotor de cada territorio, además de esto se ha hecho el proceso de georreferenciación para el abordaje por medio del ruteo de diferentes eventos en salud según la apropiación territorial, razón por la cual se observa que el abordaje se encuentra disperso a lo largo de todo el territorio asignado.

Es de aclarar que en la tabla que se menciona a continuación las manzanas con alguna barrera, que al momento han sido por situaciones de inseguridad ya que se han presentado robos o amenazas a las promotoras en terreno en los la localidad de Ciudad Bolívar en el sector de Compartir, Arborizadora Alta 2, Quiba y localidad de Usme en el sector de El Refugio I y Nuevo Portal II, algunas manzanas se alcanzaron a abordar parcialmente, por tal razón el total de avance no varía con respecto al porcentaje de manzanas abordadas.

Tabla 3. Gestión territorial

LOCALIDAD	MANZANAS CON DELIMITACIÓN	MANZANAS ABORDADAS	%	MANZANAS CON BARRERA	%	% Total de avance
CIUDAD BOLÍVAR	5488	3326	60,60%	4	0,08%	60,60%
USME	3349	2204	65,81%	4	0,14%	65,81%
TUNJUELITO	838	442	52,74%	0	0%	52,74%
SUMAPAZ	53	41	77,36%	0	0%	77,36%
Total Subred	9728	6013	61,81%	8	0,09%	61,81%

4.1.3 PLANEACIÓN DEL ABORDAJE

Durante el mes de abril de 2025, la planeación del abordaje por parte de los Equipos Básicos Extramurales de Hogar (EBEH) de la Subred Sur se realizó conforme a los lineamientos técnicos actualizados y al nuevo esquema territorial definido. Esta planeación se orientó a garantizar una intervención efectiva, priorizada y organizada del territorio, articulando talento humano, herramientas tecnológicas y estrategias metodológicas de atención.

Se desarrolló un plan de acción operativo basado en las cohortes de riesgo identificadas y los casos priorizados entregados por la Secretaría Distrital de Salud, con énfasis en las dimensiones de salud pública, curso de vida y condiciones crónicas. A partir de este plan, se definieron territorios por perfil profesional, se consolidaron carpetas territoriales con cartografía actualizada y se realizaron mesas de trabajo interdisciplinarias con apoyo del componente geográfico.

En el marco de esta planificación, se adoptaron dos estrategias clave para el abordaje:

Ruteo por cohortes de riesgo: estrategia complementaria que permitió focalizar la atención en población priorizada (gestantes, crónicos, salud mental, discapacidad), articulando la información de los aplicativos GTAPS y las bases de datos suministradas.

Casa a casa: estrategia utilizada para la identificación, caracterización y contacto directo con las familias, especialmente en casos donde no se contaba con datos actualizados o existían dificultades de contacto.

La planeación del abordaje consideró también las particularidades del territorio, incluyendo zonas con barreras de seguridad o dificultades de acceso. Se tomaron medidas como el ajuste de estrategias de abordaje, refuerzo de protocolos de seguridad para el personal en campo y actualización permanente del estado del territorio.

En conclusión, la planeación del abordaje permitió orientar de manera efectiva la operación de los equipos, integrando los diferentes perfiles y optimizando los recursos en función de las necesidades del territorio y de la población, garantizando así una gestión territorial con enfoque diferencial y de riesgo.

4.1.3.1 ACCESO

En el desarrollo de las actividades ejecutadas por el grupo de acceso, se han logrado avances significativos en la implementación de metodologías y estrategias para optimizar la gestión de casos y articulación interna con facturación de la SISS. Para el mes de abril se abrieron un total de 512 ingresos, de los cuales 399 (99,8%) corresponden a Capital

Salud, 1 a Sanitas, 1 Nueva Eps, 17 Famisanar, 1 Compensar, 2 Coosalud y 1 Salud Total en relación con las atenciones de medicina correspondiente a 422 ingresos con 390 atenciones efectivas; también se abrieron 90 para sesiones individuales por psicología. Con un total general de 512 ingresos.

4.1.3.2 AGENDAMIENTO

Durante el periodo evaluado, la finalización del convenio interadministrativo anterior y la modificación de los lineamientos generaron cambios significativos, especialmente en el grupo de acceso, lo que provocó interrupciones en algunos procesos. Siguiendo la directriz técnica del 21 de abril, se establecieron espacios de orientación para aclarar dudas y definir la nueva metodología de trabajo, la cual fue ajustada progresivamente durante el resto del mes. La adopción de herramientas tecnológicas mejoró la captura y gestión de la información, optimizando la programación de consultas para las cohortes priorizadas.

El grupo actual está compuesto por nueve bachilleres que, aunque reciben formación continua, han tenido dificultades con ciertos aspectos técnicos del sistema. La articulación con las EPS se mantiene conforme al protocolo previamente establecido, mediante comunicación con el referente designado vía correo, llamada o canales disponibles. Se identificó que el servicio más solicitado, tanto por los equipos operativos como a través del módulo de alertas, es Medicina General para pacientes crónicos. Este mismo patrón se confirmó mediante el nuevo módulo de agendamiento, implementado en la última semana del mes.

Tabla 4. Agendamiento

4.1.3.2.1 Agendamiento de citas

Agendamiento / Consultas	Órdenes pendientes meses anteriores	Órdenes solicitadas en el mes de reporte	Citas agendadas en el periodo	Citas agendadas periodos posteriores	Pendientes
Agenda en unidades primarias resolutivas	17	107	22	67	18
Agenda en unidades básicas resolutivas de usuarios tipo 4 realizado por promotores y profesionales	0	36	25	11	0
Total	17	141	47	76	18

Fuente: Aplicativo GTAPS módulo de agendamiento

Comentado [5]: describir flujo de comunicación con las EPS para la asignación oportuna de citas, Acuerdos o compromisos logrados con EPS para mejorar el proceso.

Comentado [6R5]: RESUELTO

Flujo de comunicación con las EPS y compromisos para la mejora del proceso de agendamiento

Con el objetivo de garantizar la asignación oportuna de citas médicas y mejorar la efectividad del agendamiento, se han adelantado mesas de trabajo con diferentes Entidades Promotoras de Salud (EPS). Estas mesas han permitido avanzar en varios aspectos clave del proceso:

1. **Establecimiento de canales de comunicación definidos:** En estas sesiones se ha trabajado en la definición y formalización de los canales de comunicación entre la institución y las EPS, tanto para el trámite de autorizaciones como para la atención posterior al agendamiento. Esto incluye la designación de puntos de contacto directos y horarios de atención para agilizar el flujo de información.
2. **Actualización de bases de datos de contacto:** Un hallazgo relevante fue la falta de información actualizada de contacto (teléfonos, correos, responsables de autorización y agendamiento en EPS), lo que dificultaba obtener respuestas oportunas. A través de las mesas de trabajo, se ha iniciado un proceso de actualización de estos datos, con el fin de garantizar una comunicación más fluida y respuestas más veraces y oportunas sobre las órdenes enviadas y citas programadas.

4.1.3.2.2 Seguimiento a las citas agendadas

Durante el período evaluado, se realizó seguimiento a las citas agendadas a través del módulo del aplicativo GTAPS, lo cual permitió mejorar la trazabilidad y gestión de la información; se identificó que el cumplimiento exitoso de las citas ha estado influenciado por factores como la implementación del nuevo módulo de agendamiento, el uso de recordatorios telefónicos y mensajes de WhatsApp por parte de los promotores, así como la disponibilidad de espacios en las unidades primarias resolutorias. Sin embargo, también se evidenciaron múltiples razones que afectan la asistencia, entre ellas la desactualización de datos de contacto, motivos personales no notificados por los usuarios, percepción de mejoría en la condición de salud y dificultades de acceso por condiciones económicas o de movilidad. Las principales barreras identificadas incluyen la falta de conocimiento técnico preciso sobre la Resolución 3280 de 2018 y la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud, especialmente para determinar frecuencias y tiempos de las atenciones. Para abordar esta situación, se han realizado espacios de capacitación liderados por el referente de agendamiento de la Subred y se ha fortalecido el conocimiento de la 3280 mediante socializaciones continuas y acompañamiento técnico. Persisten dificultades por desactualización de datos de contacto, percepción de mejoría y barreras geográficas.

Tabla 5. Seguimiento a agendamiento

Agendamiento / Consultas	Citas agendadas	Citas con estado cumplido	Citas con estado inasistentes	Citas con estado inatención	Citas pendientes por seguimiento	Total
Órdenes Agendadas por el promotor o profesional Tipo 4	36	19	2	3	3	27
Órdenes agendadas por el grupo de acceso de usuarios que capitán con la SISS	22	17	5	0	0	44

Fuente aplicativo GTAPS- Base agendamiento corte a abril 2025.

Durante el periodo evaluado (corte a abril de 2025), se evidencia que del total de 44 órdenes agendadas, el grupo de acceso gestionó 22 citas, con una tasa de cumplimiento del 77% (17 cumplidas) y una tasa de inasistencia del 23% (5 inasistencias). No se reportaron inatenciones ni citas pendientes por seguimiento en este grupo.

Por su parte, los promotores y profesionales tipo 4 agendaron 36 citas, de las cuales 19 fueron cumplidas, 3 registraron inasistencias, 3 fueron marcadas como inatención y 3 quedaron pendientes por seguimiento, para un total de 28 citas gestionadas dentro del corte.

Del resto de las citas agendadas por promotores a través de la EAPB, no se obtuvo respuesta, ya que nunca se pudo confirmar ni con la EAPB ni con el usuario, lo cual limitó la posibilidad de seguimiento y verificación del cumplimiento.

Estos resultados reflejan una mayor efectividad en el seguimiento por parte de los profesionales y promotores, posiblemente asociada al contacto directo con el usuario, uso de recordatorios, y mayor conocimiento de las rutas y sus frecuencias.

En contraste, el grupo de acceso de usuarios presenta oportunidades de mejora, especialmente en la reducción de inasistencias. Se recomienda fortalecer los procesos de articulación y seguimiento posterior a la asignación de la cita, así como continuar con la capacitación en la Resolución 3280 de 2018, a fin de mejorar la pertinencia del agendamiento.

Adicionalmente, se destaca que los usuarios tipo 4, en su mayoría con condiciones crónicas, presentan una marcada inasistencia, atribuida a baja adherencia a los controles y

Comentado [7]: No hay datos

Comentado [8R7]: RESUELTO

escasa percepción del riesgo. Esto sugiere la necesidad de implementar estrategias de educación en salud y fortalecimiento del trabajo comunitario para mejorar la adherencia.

Ecuanto al agendamiento realizado por el grupo de acceso, se evidencia un enfoque dirigido principalmente a cohortes relacionadas con alteraciones crónicas y del curso de vida, como:

- Alteraciones de la vejez (60 años y más)
- Alteraciones de la adultez (29 a 59 años – quinquenios)
- Crónico resolutivo
- Psicología

Estas agendas responden a usuarios que capitán con la SISS, pero cuyo seguimiento debe reforzarse con base en las frecuencias definidas por la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud (Resolución 3280 de 2018), cuya comprensión y aplicación aún representa una barrera operativa. Para ello, se han fortalecido espacios de capacitación con el referente de agendamiento de la Subred, priorizando el conocimiento de dicha resolución, la evaluación de frecuencias según grupo etario y condición, y la articulación con los equipos operativos para mejorar la adherencia y cobertura.

4.1.3.2.3 Gestión de la estrategia de ruteo

A partir de los ajustes en los lineamientos operativos y la consecuente modificación de la estrategia de ruteo, se conformaron mesas de trabajo interdisciplinarias con los equipos de geografía, sistemas, acceso y profesionales de apoyo, orientadas a definir y responder a la gestión de casos.

Este proceso implicó una reestructuración operativa y una nueva adscripción territorial. Cada equipo realiza seguimiento continuo a los casos asignados mediante el módulo de ruteo, en articulación con las cohortes de riesgo.

Tabla 6. Casos Gestionados. Estrategia Ruteo.

Grupo de Riesgo	Número de casos cargados desde SDS	Número de casos asignados desde la Subred	Total de Casos para el abordaje (Suma de las dos columnas anteriores)	Total de Casos Gestionados



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS
DE SALUD SUR E.S.E

GESTANTES	11511	0	11511	976
INFANCIA	4369	0	4369	344
CRÓNICOS	45439	0	45439	2726
SALUD MENTAL	6592	0	6592	71
DISCAPACIDAD	5747	0	5747	56

Fuente: Aplicativo GTAPS. Plano de Gestión de Ruta

Análisis de los datos frente al contacto telefónico, acciones implementadas de acuerdo con los resultados obtenidos.

GESTIÓN TELEFÓNICA			
Estado de Gestión	Casos plan de cuidado familiar	Casos plan de cuidado individual	Total
Contactado	4215	0	4440
No contactado 1	2850	0	5325
No contactado 2	254	0	1116
No contactado 3	182	0	667
Visita en campo	361	0	379
Total	7862	0	11927

Fuente: Módulo ruteo aplicativo GTAPS

Tabla 7. Gestión ruteo- casos contactados

Se cuenta con un estado dominante -Acepta atención- representa casi dos tercios (63.4%) del total, lo que indica una buena tasa de aceptación frente a la gestión de los casos esto sugiere una efectividad operativa alta en la fase de contacto y asignación; a su vez la gestión efectiva que no requiere visita representa un 9.8 % lo que demuestra una gestión previa o una mejora en la autogestión de los usuarios, los casos que no fueron efectivos, con estado rechazado suman un 7.86% lo cual es una cifra significativa y requiere generar unas estrategias de reevaluación y/o reenganche con los criterios de elegibilidad y/o comunicación con el usuario especialmente para población con estado rechazado.

ESTADO DE LA GESTIÓN PARA LOS CASOS CONTACTADOS		
Estado de Gestión	Número de Casos Cargados desde SDS	Número de Casos Asignados desde la Subred
ACEPTA ATENCIÓN	2743	0
FALLECIDO	49	0
NO REQUIERE VISITA GESTIÓN EFECTIVA	480	0

Comentado [9]: Datos no coinciden con plano de ruteo

👤 MATERNO PERINATAL asignado 11.511
gestionado: 976

👤 INFANCIA asignado 4.369 gestionado: 344

👤 SALUD BUCAL asignado 199 gestionado: 42

👤 SALUD MENTAL asignado 6.592

gestionado: 71

👤 DISCAPACIDAD asignado

5.747 gestionado: 56

👤 CCVM asignado 45.439 gestionado: 2.726

Comentado [10R9]: RESUELTO

Comentado [11]: No coinciden datos con plano ruteo :

CONTACTADO 4215

NO CONTACTADO 1 2850

NO CONTACTADO 2 254

NO CONTACTADO 3 182

VISITA EN CAMPO 361

Comentado [12R11]: RESUELTO



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS
DE SALUD SUR E.S.E

FUERA DE LA CIUDAD	141	0
RECHAZADO	340	0
ACTUALIZAR DIRECCIÓN MISMA SUBRED	181	0
OTRA SUBRED	113	0
CAMBIO DE PRIORIDAD	68	0
NO CUMPLE CRITERIO	19	0
INFORMACIÓN ERRADA	81	0
TOTAL	4215	0

Fuente: Módulo ruteo aplicativo GTAPS

Tabla 8. Gestión ruteo- Estado final (Corresponde a los casos cargados desde la SDS).

Actualmente no se cuenta con un archivo plano que se pueda obtener desde GTAPS en relación al estado final del caso correspondiente, desde el equipo de Sistemas de Información se elevó la solicitud para poder obtener este dato y hacer la gestión y análisis adecuado.

Comentado [13]: Datos no colinden con plano ruteo
ACEPTA ATENCIÓN 2743
FALLECIDO 49
NO REQUIERE VISITA GESTION EFECTIVA 480
FUERA DE LA CIUDAD 141
RECHAZADO 340
ACTUALIZAR DIRECCION MISMA SUBRED 181
OTRA SUBRED 113
CAMBIO DE PRIORIDAD 68
NO CUMPLE CRITERIO 19
INFORMACIÓN ERRADA 81
Total 4215

ESTADO FINAL DEL CASO	
ESTADO DE CIERRE	# CASOS
EFFECTIVO	0
FALLIDO	0
NO RESIDENCIAL	0
TOTAL	0

Fuente: Módulo ruteo aplicativo GTAPS

Comentado [14]: Generar datos con el cruce de información de plano de caracterizaciones y PCF Planes de cuidado familiar

Comentado [DB15R14]: sin ajustar

4.2 GESTIÓN FAMILIAR E INDIVIDUAL

4.2.1 ABORDAJE TERRITORIAL Y CARACTERIZACIÓN PARA LA IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS.

Como se observa en la tabla siguiente la mayor parte del abordaje se ha realizado en la localidad de Ciudad Bolívar, ya que es la localidad con mayor número de población, de territorios, y en donde se reportan la mayor cantidad de necesidades en salud para el abordaje de carácter prioritario. En todas las localidades se evidencia bajo reporte de los diferentes estados al efectivo, siendo el estado de ausente el de mayor reporte, esto se da en la espera del promotor de poder volver hacer el intento en el predio para poder recuperar la visita y hacerla efectiva mientras desarrolla sus actividades en las manzanas que se encuentran a su alrededor, en el caso de la localidad de Sumapaz el reporte está dado principalmente en los predios efectivos ya que allí las visitas o acercamientos se hacen a casos ya identificados en abordajes pasados o por bases en donde se agendan los casos a atender.

A continuación se reporta la gestión de predios en los diferentes estados, aclarando que la información reportada corresponde únicamente a los reportado por los promotores y por localidad.

Tabla 7. Abordaje Territorial – Estrategia Barrido Casa a Casa y Ruteo.

LOCALIDAD	TOTAL PREDIOS GESTIONADOS	TOTAL DE PREDIOS CON GESTIÓN EFECTIVA	TOTAL DE PREDIOS CON GESTIÓN FALLIDA	TOTAL DE PREDIOS CON GESTIÓN EN ESTADO RECHAZADOS	TOTAL DE PREDIOS CON GESTIÓN EN ESTADO NO RESIDENCIAL	TOTAL DE PREDIOS CON GESTIÓN EN AUSENTES
19- Ciudad Bolívar	27699	24389	536	905	710	2441
05- Usme	19772	17076	217	733	373	2326
06- Tunjuelito	2970	2439	118	78	69	565

20-Sumapaz	444	439	2	2	0	8
TOTAL	50885	44343	873	1718	1152	5340

Fuente: Base de Datos Geográfica Subred Sur GDB dataset Planeación - Límite Territorial 30-04-2025

Tabla 8. Prioridades identificadas

A partir de los abordajes desarrollados y el resultado de la caracterización o actualización familiar, adelantar descripción y análisis de las prioridades y clasificación familiar.

LOCALIDAD	TOTAL DE FAMILIAS CARACTERIZADAS	TOTAL FAMILIAS CON ACTUALIZACIÓN	TOTAL DE INDIVIDUOS CARACTERIZADOS Y ACTUALIZADOS	TOTAL DE FAMILIAS CLASIFICADAS EN PRIORIDAD ALTA	TOTAL DE FAMILIAS CLASIFICADAS EN PRIORIDAD MEDIA	TOTAL DE FAMILIAS CLASIFICADAS EN PRIORIDAD BAJA
5- Usme	2954	1786	5479	291	914	4274
6-Tunjuelito	1030	285	1482	93	352	1037
19- Ciudad Bolívar	4500	2540	7982	447	1746	5789
20-Sumapaz	75	61	165	7	84	74
Total	8559	4672	15108	838	3096	11174

Fuente: Sistema Gestión Información, EBEH, Subred Sur, abril 01 a 30 de 2025

En la tabla anterior se relaciona el total de caracterizaciones realizadas por los Equipos Básicos Extramurales de Hogar (EBEH) en el periodo del 01 al 30 de abril de 2025. Se evidencia un total de 8.559 familias caracterizadas en la Subred Sur, de las cuales el 55% corresponde a la localidad de Ciudad Bolívar, seguida de Usme con un 37%, Tunjuelito con el 7% y Sumapaz con un 1%.

En cuanto a los individuos caracterizados y actualizados, se registra un total de 15.108 personas, de las cuales el 74% (n=11.174) fueron clasificadas con prioridad baja, el 20% (n=3.096) con prioridad media y el 6% (n=838) con prioridad alta. A todos los usuarios se les brindaron acciones de educación de acuerdo con los riesgos y necesidades identificadas, mientras que en los casos clasificados con prioridad media y alta, se implementaron acciones de gestión enfocadas en la mitigación de riesgos y la promoción del bienestar y la salud.

Tabla 9. Acciones de seguimiento familiar acorde a prioridad:

Comentado [16]: Verificar los totales de familias caracterizadas y actualizadas con la última data disponible del mes de abril

Comentado [17R16]: resuelto

Tipo de seguimiento / Prioridad	Alta	Media	Baja
Presenciales	302	2681	0
Telefónicos	0	0	0
Total	302	2681	0

Fuente: Sistema Gestión Información, EBEH, Subred Sur, abril 01 a 30 de 2025

Durante el periodo comprendido entre el 01 y el 30 de abril de 2025, se realizaron acciones de seguimiento familiar a un total de 2,983 familias caracterizadas por los Equipos Básicos Extramurales de Hogar (EBEH) de la Subred Sur, priorizadas en prioridades altas y medias. De estas, 302 corresponden a familias clasificadas con prioridad alta en donde en estas predominan los usuarios crónicos que no son adherentes a controles y 2,681 a familias con prioridad media en donde en la visita de caracterización en la aplicación de los diferentes tamizajes tales como OMS, Findrisc, EPOC y APGAR presenta una alteración en sus resultados. Todas las acciones de seguimiento se realizaron de manera presencial, sin registro de seguimiento telefónico durante este periodo.

El proceso de seguimiento se realiza conforme a los lineamientos del Documento Operativo de los EBEH, el cual establece que las familias clasificadas con prioridades altas y medias deben recibir intervenciones orientadas a gestionar los riesgos identificados durante la caracterización. En los seguimientos presenciales se refuerzan acciones educativas, se realiza verificación de cumplimiento de las recomendaciones entregadas, se actualiza la información en caso de cambios en las condiciones del hogar y se identifican nuevas necesidades que requieren articulación con otros servicios del sistema de salud o intersectorial.

La ausencia de seguimientos telefónicos evidencia una oportunidad de mejora en la diversificación de las modalidades de seguimiento, especialmente en contextos donde la visita puede verse limitada por factores logísticos o de acceso.

4.2.2. EJECUCIÓN DE PLAN DE CUIDADO FAMILIAR E INDIVIDUAL

Teniendo en cuenta las necesidades identificadas en el territorio a través de la gestión integral del riesgo, reportar las acciones de respuestas, a través de la descripción de avances de la operación en el marco de las atenciones colectivas e individuales, con el reporte desde cada uno de los perfiles. Estableciendo las acciones integrales desarrolladas en los territorios.

Tabla 9. Atenciones perfil de medicina



LOCALIDAD	TOTAL, ATENCIONES INDIVIDUALES	TOTAL DE ACCIONES EDUCATIVAS INDIVIDUALES	TOTAL DE GRUPOS DE FAMILIAS	TOTAL DE ACCIONES GUARDIANES DE GESTANTES
19 - Ciudad Bolívar	209	0	52	0
05 - Usme	148	0	12	0
06 - Tunjuelito	33	0	44	0
Total general	390	0	108	0

Fuente: Reporte de intervenciones y Atenciones aplicativo GTAPS.

Durante el mes de abril de 2025, el perfil de Medicina de los Equipos Básicos Extramurales de Hogar llevó a cabo un total de 390 atenciones individuales con corte al 9 de abril, ya que a causa de los cambios presentados en los lineamientos operativos los criterios de abordaje se modificaron, generando un traumatismo en el proceso que ya se llevaba; los pacientes atendidos fueron atenciones dirigidas principalmente a pacientes con enfermedades crónicas (HTA-DM-EPOC) que no mantenían un control adecuado de sus patologías o por motivos socioeconómicos no han logrado nuevamente vincularse a sus controles correspondientes.

La población de pacientes con enfermedades crónicas (HTA-DM-EPOC) que no tuvieron control y estaban fuera de metas terapéuticas son del 3,78 % los cuales fueron captados sin controles recientes, se realizó la historia clínica de crónicos correspondiente establecida por la subred HC241, y de esta manera lograr incluirlos dentro de la ruta CCVM. A su vez se enviaron las órdenes de laboratorio, interconsultas y formulación correspondiente.

El proceso de agendamiento ha permitido establecer canales de comunicación con las EAPB aunque persisten dificultades en el contacto con algunas de ellas en especial Salud Total y Sura como se detalla en el apartado de agendamiento. Se recomienda fortalecer la coordinación con las EPS para garantizar la continuidad del cuidado y realizar evaluaciones trimestrales del impacto de las intervenciones en los indicadores de salud. Estas acciones son clave para consolidar los avances alcanzados y optimizar la atención dirigida a las poblaciones en riesgo.

En relación a los grupos familiares realizados por el perfil de medicina estos fueron validados por las atenciones realizadas en el Terminal del Sur donde realizaron valoración a población en el curso de vida Vejez mayores de 60 años con el fin de identificar el riesgo/beneficio de la aplicación de la vacuna de Fiebre Amarilla según la emergencia sanitaria dispuesta por el Ministerio de Salud.

Tabla 10. Atenciones perfil de enfermería

LOCALIDAD	TOTAL, DE FAMILIAS INTERVENIDAS POR ACCIONES COLECTIVAS	TOTAL, ATENCIONES INDIVIDUALES	TOTAL, DE ACCIONES EDUCATIVAS INDIVIDUALES	TOTAL, DE GRUPOS DE FAMILIAS
5- Usme	433	0	0	0
6- Tunjuelito	77	0	0	0
19- Ciudad Bolívar	781	0	0	0
20- Sumapaz	100	0	0	0
TOTAL	1391	0	0	0

FUENTE: Sistema Gestión Información, EBEH, Subred Sur, abril de 2025.

En la tabla anterior, se relaciona el total de familias intervenidas por el perfil de enfermería en el área urbana de los Equipos Básicos Extramurales de Hogar en el periodo de abril del 2025. Se relaciona que se generó un total de 1391 familias intervenidas pertenecientes al área urbana de la Subred Sur correspondientes a 1428 sesiones, en donde se evidencia que, el 56% corresponde a la localidad de Ciudad Bolívar y el restante, se distribuye entre las localidades de Usme y Tunjuelito.

Así mismo, se identifica que en el área urbana, de las 1291 familias intervenidas por el perfil de enfermería, se realizó abordaje en el 73,7% (n= 953) de familias remitidas por condiciones crónicas, 6,2% (n= 80) de familias remitidas por familias con menores de 5 años, 4,9% (n= 63) de familias remitidas por familias con gestantes, 4,5% (n= 58) de familias remitidas por morbilidad materna extrema, 4% (n= 51) de familias remitidas por menores con exceso de peso, 2,7% (n= 35) de familias remitidas por desnutrición aguda moderada o severa, 1,9% (n= 25) de familias remitidas por sífilis gestacional, 0,4% (n= 5) de familias remitidas por obesidad gestacional, 0,3% (n= 4) de familias remitidas por IRA, 0,2% (n= 3) de familias remitidas por bajo peso gestacional, 0,2% (n= 3) de familias remitidas por otros casos priorizados, 0,2% (n= 3) de familias remitidas por bajo peso al nacer pretérmino, 0,2% (n= 2) de familias remitidas por cáncer infantil, 0,2% (n= 2) de familias remitidas por maternas adolescentes, 0,2% (n= 2) de familias remitidas por VIH gestacional, 0,1% (n= 1) de familias remitidas por hepatitis B gestacional y 0,1% (n= 1) de familias remitidas por malformaciones congénitas. Se brinda la claridad que de las familias intervenidas se abordaron 21 gestantes, con quienes se da inicio al proceso de seguimiento, con énfasis

Comentado [18]: de todas estas familias ninguna tenía gestantes ??

Comentado [19R18]: En el análisis realizado se expone que se tuvieron de las 1391 familias, 4,9% (n= 63) de familias remitidas por familias con gestantes, 4,5% (n= 58) de familias remitidas por morbilidad materna extrema, 1,9% (n= 25) de familias remitidas por sífilis gestacional, 0,4% (n= 5) de familias remitidas por obesidad gestacional, 0,2% (n= 3) de familias remitidas por bajo peso gestacional, 0,2% (n= 2) de familias remitidas por maternas adolescentes, 0,2% (n= 2) de familias remitidas por VIH gestacional, 0,1% (n= 1) de familias remitidas por hepatitis B gestacional.

Comentado [20]: si tienen una base de datos y una gestion que hacen con las gestantes de MME no tienen pacientes para la estrategia de guardianes de la gestacion

Comentado [21R20]: RESUELTO

en el cuidado materno perinatal, ubicados en diferentes territorios por lo cual el insumo es insuficiente para el desarrollo de la estrategia guardianes de gestantes.

Con base en lo anterior, se evidencia que, para el periodo analizado, los principales riesgos de las familias intervenidas se centraron en abordaje de familias con condiciones crónicas, en donde se evidencia en algunos casos, la no adherencia al tratamiento farmacológico y a la asistencia a los controles por su patología de base, lo que conlleva que durante la captación del usuario se presenten cifras tensionales y glucometrías elevadas. Con base en ello, se realiza la respectiva gestión del riesgo. A partir de ello, se han fortalecido las competencias en el proceso de canalizaciones relacionadas con la ruta cardiocerebrovascular. De igual forma, durante el acompañamiento técnico por parte del profesional de apoyo se fortalecen los conocimientos para el abordaje de usuarios con condiciones crónicas.

Se brinda la claridad que durante el mes de abril no se realizaron grupos familiares ni atenciones individuales por parte del perfil de enfermería.

Para la localidad de Sumapaz se realizó atención en 100 familias intervenidas por el perfil de enfermería, 64, % (n= 64) de familias remitidas por condiciones crónicas, 28% (n= 28) de familias remitidas por familias con menores de 5 años, 5% (n= 5) de familias remitidas por familias con gestantes, 1% (n= 1) de familias remitidas por bajo peso al nacer pretérmino, 1% (n= 1) de familias remitidas por [maternas] adolescentes, 1% (n= 1) de familias remitidas por menores con exceso de peso. Se evidencia que para la localidad de Sumapaz las condiciones crónicas son el factor prevalente para la morbilidad de la población; debido al tipo de alimentación, hábitos y costumbres que se presentan en la ruralidad, estas actividades son fortalecidas por parte del perfil de enfermería con el ánimo de mitigar los riesgos en salud por medio de la promoción de hábitos de vida saludable, adherencia a controles médicos, adherencia a tratamiento farmacológico, reconocimiento de signos de alarma, adherencia a las rutas integrales en salud e implementando acciones promocionales y de gestión del riesgo.

Comentado [22]: de estas maternas ninguna para la estrategia??

Tabla 11. Atenciones perfil de nutrición

LOCALIDAD	TOTAL, DE FAMILIAS INTERVENIDAS POR ACCIONES COLECTIVAS	TOTAL, ATENCIONES INDIVIDUALES	TOTAL, DE ACCIONES EDUCATIVAS INDIVIDUALES	TOTAL, DE GRUPOS DE FAMILIAS
05-Usme	29	0	0	0
06-Tunjuelito	9	0	0	0
19-Ciudad Bolívar	13	0	0	0
20-Sumapaz	6	0	0	0



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS
DE SALUD SUR E.S.E

Total	57	0	0	0
-------	----	---	---	---

Fuente: Reporte de intervenciones y Atenciones aplicativo GTAPS

En la tabla anterior se evidencia el abordaje realizado por el perfil profesional de nutricionista durante el mes de abril de 2025, que corresponde a 37 familias intervenidas correspondientes a 57 intervenciones colectivas. Para el evento de Desnutrición aguda moderada o severa se tuvo un total de 52 intervenciones colectivas en las localidades de la subred sur, distribuidas en de la siguiente manera, Usme 51,9% (27), Tunjuelito 17,3% (9) Ciudad Bolívar 19,2% (10) y Sumapaz 11,5% (6), de las cuales se tuvo recuperación nutricional en 11 familias. Para el evento de bajo peso gestacional se abordaron 3 familias, para la localidad de Usme 66,6% (2) y ciudad bolívar 33,3% (3). En el ejercicio de implementación de acciones del perfil de nutrición con las familias se establecieron compromisos que permitan prevenir y gestionar el riesgo ante la presencia de alteraciones nutricionales y estado de salud de los menores y las gestantes, acciones de educación nutricional, seguimiento a ganancia de peso, seguimiento al plan de alimentación y fortalecimiento de buenas prácticas y seguridad alimentaria y nutricional; en las situaciones donde se identifican determinantes sociales asociados a los diagnósticos de desnutrición se realiza canalización a través del SIRC a rutas intersectoriales que permitan gestionar el riesgo, en el caso de los niños entre 0 y 4 años, 11 meses y 29 días, se prioriza la canalización a la Secretaría Distrital de Integración Social al servicio social de Infancia a través de la vinculación a jardines infantiles donde se garantiza el alimento caliente, en los casos de menores de 6 meses se garantiza lactancia exclusiva en cuanto sea posible y la madre garantice el proceso durante la permanencia, de lo contrario se realiza suministro de leche de fórmula, así mismo; se canaliza al servicio social alimentación integral, oferta disponible para las familias, existen varios tipos de servicios dentro de esta: comedores comunitarios, bonos canjeables por alimentos, canastas alimentarias y entrega de apoyo alimentario de contingencia, en torno a la población gestante existe el servicio social de creciendo juntos que garantiza la entrega de un bono canjeable por alimentos una vez por mes.

Tabla 12. Grupo de riesgo diferencial

LOCALIDAD	TOTAL, DE FAMILIAS INTERVENIDAS POR LA ESTRATEGIA REHABILITACIÓN BASADA EN COMUNIDAD	TOTAL, INTERVENCIONES COLECTIVAS POR PROFESIONAL DE TERAPIAS		TOTAL, INTERVENCIONES COLECTIVAS POR AGENTE DE CAMBIO		TOTAL, INTERVENCIONES POR AUXILIAR DE CUIDADO	TOTAL, ATENCIONES INDIVIDUAL POR PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA	
		SESIONES PRESENCIALES	SESIONES TELEFÓNICAS	SESIONES PRESENCIALES	SESIONES TELEFÓNICAS		SESIONES PRESENCIALES	SESIONES TELEFÓNICAS
5- Usme	128	177	0	0	0	58	33	0
6- Tunjuelito	22	29	0	0	0	6	8	0
19- Ciudad Bolívar	134	162	0	0	0	56	27	0
20- Sumapaz	41	54	0	0	0	19	22	0
TOTAL	325	422	0	0	0	139	90	0

Fuente: Reporte de intervenciones y Atenciones aplicativo GTAPS

En la tabla anterior se evidencia el abordaje realizado por el equipo de Rehabilitación Basada en Comunidad (RBC) durante el periodo del 1 al 30 de abril, se registra intervención a 325 familias en las 4 localidades adscritas a la Subred Sur, la localidad de Ciudad Bolívar con el 41% de las familias, seguido por la localidad de Usme con 39% de las familias, posteriormente se encuentra la localidad de Sumapaz con el 13% y finalmente la localidad de Tunjuelito con el 7% de las familias.

En el ejercicio del equipo de la estrategia RBC se realiza aplicación de Tamizaje Zarit identificando familias que cumplen con los criterios para la estrategia de relevo a cuidador, dada la sobrecarga que se presenta en quien ejerce el rol de cuidador, para el mes de abril se realizan 139 relevos por parte de las auxiliares cuidadoras, evidenciando que la localidad con mayor requerimiento fue Usme con 58 sesiones de relevo, seguido por la localidad de Ciudad Bolívar con 56 sesiones de relevo, posteriormente la localidad de Sumapaz con 19 relevos y finalmente la localidad de Tunjuelito con 6 sesiones de relevo.

Durante las sesiones se realizaron acciones de IEC en prácticas de cuidado (cuidado mutuo, autocuidado, socio-cuidado y cuidado del ambiente), uso de dispositivos de asistencia personal y la orientación a la familia o persona cuidadora en las rutinas y rituales de cuidado de la persona con discapacidad y/o dependencia funcional frente a situaciones relacionadas con su movilidad, comunicación, aprovechamiento del tiempo libre, aprendizaje, actividades de la vida diaria y motivación, entre otros, se establecen compromisos y se realiza identificación de necesidades y prioridades de la persona con

Comentado [23]: Resuelto:

1. Se ajusta el dato de acuerdo a PPP
2. Logros y avances desde el perfil de psicología

Por equivocación se borró el comentario de la referente Diana Ulloa

Comentado [DP24R23]: OK

Comentado [25]: agregar un apartado de los temas abordados en las sesiones del terapeuta

Comentado [26R25]: Resuelto

discapacidad, la persona cuidadora y el núcleo familiar a partir de la anamnesis y la aplicación de tamizajes, de la misma forma se orienta el plan de cuidado a través del ejercicio que realiza el terapeuta y la concertación de acciones de mantenimiento a través de la auxiliar de cuidado en articulación con las familias.

En términos del ejercicio que se realiza por parte del terapeuta las temáticas trabajadas en el abordaje con las familias corresponden a ejercicio de derechos, oferta distrital de servicios en torno a RBC, sistema distrital de cuidado, certificación de discapacidad, rutas de empleabilidad y productividad, equilibrio de hábitos, rutinas y roles del cuidado en la familia, prácticas de cuidado y salud individual y colectiva, ajustes razonables y apoyos necesarios a la persona con discapacidad, estrategias de afrontamiento, imaginarios sobre la persona con discapacidad, interacciones familiares, manejo de estrés, fatiga, posturas, conservación de energía y uso del tiempo libre, educación en salud y prácticas de cuidado (cuidado mutuo, autocuidado, sociocuidado y cuidado del ambiente), estas acciones que se desarrollan por parte del perfil profesional de terapias se fortalecen a través de los planes de cuidado que desarrollan las auxiliares de relevo en el caso de los usuarios tipo 2.

Es importante indicar que para el mes de abril no se cuenta con el perfil de agente de cambio, situación por la que no se reportan acciones en torno a esta unidad de gestión, se realiza publicación nuevamente de la pieza comunicativa en todas las redes sociales que se maneja desde la Subred Sur con el objetivo de recibir las hojas de vida de los proponentes, así mismo; se realiza proceso de voz a voz con los diferentes servicios, programas y convenios de la Subred, con familias vinculadas, líderes comunales, etc.; en el mes de abril se logra la contratación de un agente de cambio, que cumple con dos de los criterios, persona con discapacidad y cuidador, que realiza el proceso de inducción y acciones durante 1 día en campo sin registro en aplicativo, realiza la terminación anticipada del contrato indicando que su condición de salud y el ejercer el rol de cuidador, le impide continuar en el proceso, dado el contacto permanente con la población y la exposición a diferentes enfermedades contagiosas, puesto que generan un alto riesgo para su salud y la de su madre (Persona que requiere el cuidado), desde el proceso administrativo se continua en el proceso de convocatoria para el perfil.

Para el periodo del 1 al 30 de abril, se realizaron atenciones individuales por parte del perfil de psicología, en donde se abordaron casos remitidos por los terapeutas y que cumplieran con una sobrecarga al cuidador del usuario tipo 2, con un total de 93 atenciones individuales de psicología discriminado de la siguiente manera: Para la localidad de Usme se realizó el 41% (n=38) para la localidad de Ciudad Bolívar se realizó 27% (n= 25), para la localidad de Sumapaz se realizó el 24% (n=22) y para la localidad de Tunjuelito se realizó 8% (n= 8).

Para la Localidad de Sumapaz en el mes de Abril 2025 por parte de la estrategia RBC se

realizó el abordaje de 41 familias, donde se desarrollan 54 intervenciones por parte del perfil de terapia ocupacional de manera transversal en la localidad de Sumapaz en la cuenca río blanco y cuenca río sumapaz, el abordaje a 30 familias usuarios tipo 1 y 11 familias usuarios tipo 2. Se realizaron 40,7% (n=22) actualizaciones, 40,7% (n=22) seguimientos y 18,6% (n=10) cierre por cumplimiento de plan de cuidado familiar. En cuanto al perfil de psicología se realizaron 22 atenciones individuales en casos remitidos por la terapeuta mitigando los riesgos en salud mental de los usuarios abordados para favorecer la disminución de carga del cuidador, finalmente por parte del perfil de auxiliar cuidadora se realizaron 19 sesiones de relevos de forma transversal en la localidad.

Frente a las acciones individuales que se realizan por parte del perfil de psicología, para el mes de abril se realizan 90 atenciones a los cuidadores que a la aplicación del tamizaje Zarit arrojó como resultado Moderado o Intenso haciendo énfasis en la promoción de estilos de vida saludable, posibilidad de volver a proyectar actividades personales, orientar al cuidador para que retome su proyecto de vida, acciones orientadas a la disminución de situaciones estresores, estrategias de autorregulación, que permitan disminuir sintomatología relacionada con trastornos como ansiedad, depresión, síntomas de irritabilidad, cansancio, agotamiento, dificultad para dormir, problemas de salud, cambios de humor y estados de ánimo, se orienta desde el ejercicio para la vinculación a redes de apoyo, manzanas de cuidado, en términos de sensibilizar frente a la discapacidad, el auto reconocimiento de condición y situación en la persona con discapacidad, la persona cuidadora y la familia, de esta manera motivar frente a la toma de conciencia frente a la inclusión y la importancia del papel de la familia como red primaria, es importante resaltar que en el mes de marzo se apertura por el perfil de psicología 24 casos de la estrategia de relevo a cuidadores.

Tabla 13. Grupo de riesgo de Salud Mental

LOCALIDAD	TOTAL, DE FAMILIAS INTERVENIDAS POR ACCIONES COLECTIVAS	SESIONES REALIZADAS		TOTAL, DE GRUPOS DE FAMILIAS
		SESIONES PRESENCIALES	SESIONES TELEFÓNICAS	
19- Ciudad Bolívar	712	1066	0	16
05- Usme	437	684	0	0
20- Sumapaz	77	219	0	0
06- Tunjuelito	41	99	0	2

Comentado [27]: Se agradece el reporte de la información Y se solicitan los siguientes ajustes:
1. el reporte de Actividades deben concentrarse entre las realizadas por el perfil universitario y clínico, presentando una única tabla.
2. Por favor revisar los datos reportados, no coinciden con la información reportada en la PPP radicada.

Comentado [28R27]: corregido

Comentado [DP29R27]: OK



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS
DE SALUD SUR E.S.E

TOTAL	1.267	2.068	0	18
-------	-------	-------	---	----

Fuente: Reporte de intervenciones y Atenciones aplicativo GTAPS

De acuerdo con la tabla, para el periodo del 1 al 30 de abril se abordaron un total de 1.267 familias, con un total de 2.068 sesiones, con la siguiente distribución; con prevalencia la localidad de Ciudad Bolívar con el 56,20% (n=712) familias intervenidas, seguida de la localidad de Usme con el 34,49% (n=437) familias intervenidas, seguido de la localidad de Tunjuelito con el 6,08% (n=77) familias intervenidas y para finalizar se encuentra la localidad de Sumapaz con el 3,24% (n=41) familias intervenidas.

Para las intervenciones se realizaron las estrategias CONFRONTATE 7 donde se fortaleció el afrontamiento para hacer frente a eventos estresores o sucesos vitales que vivencian, generando herramientas que permitan mejorar sus competencias y habilidades protectoras de la salud mental para enfrentarlos, mitigarlos y superarlos, PAUTAS DE CRIANZA donde se fortaleció factores protectores en las familias, promover estilos de crianza positivos, realizar seguimiento a la ruta de atención a las violencias dispuestas en el distrito y construir nuevas formas de relacionamiento a nivel familiar, partiendo del reconocimiento de los estilos de crianza y orientando a la familia a la adopción de estilos democráticos, respetuosos y amorosos ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL donde se fortaleció las habilidades protectoras de la salud mental en familias en las que se identifiquen riesgos psicosociales relacionados con afectaciones en la forma cómo una persona piensa, se siente, se comporta y se relaciona con los demás, y que esté generando malestar o algunos inconvenientes, en torno al deterioro en la vida social, laboral o en otras áreas importantes de las actividades cotidianas.

Grupos familiares

Se evidencia que para el mes de abril se realizaron un total de 18 grupos familiares por parte de los equipos básicos extramurales. Se entiende que para el mes de abril tuvimos un modificadorio el cual se realizaron ajustes a las actividades que se venían desarrollando. la adherencia a los cambios tuvieron efecto en la reducción de grupos familiares para este mes, para el mes de abril los grupos familiares contaron con intervención del perfil de psicología, el cual realizó educación sobre las alertas en salud mental y la solución de problemas. esto entendiendo que dentro de los territorios donde se realizó los grupos familiares aún mayor índice de abordaje por el evento de ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL y ESTRATEGIA DE ATENCIÓN INICIAL PARA EL CUIDADO Y BIENESTAR EMOCIONAL.

Tabla 14 Grupo de riesgo de Salud Mental por eventos intervenidos

EVENTOS DE SALUD MENTAL	NÚMERO DE FAMILIAS	TOTAL, SESIONES REALIZADAS
-------------------------	--------------------	----------------------------

ACOMPANAMIENTO PSICOSOCIAL	1.121	1.827
CONDUCTA SUICIDA (IDEACIÓN)	59	107
VIOLENCIA REITERADA	45	73
CONDUCTA SUICIDA (INTENTO)	26	39
APOYO PSICOLOGICO EN DUELO	14	19
CONDUCTA SUICIDA (AMENAZA)	1	1
CONDUCTA SUICIDA (CONSUMADO)	1	2
TOTAL	1.267	2.068

Fuente: Reporte de intervenciones y Atenciones aplicativo GTAPS

Las atenciones fueron divididas por los siguientes eventos: se abordaron 1267 familias. Para los eventos de salud mental abordados por los equipos básicos extramurales de la subred sur. el evento que más de abordó RIESGO PSICOSOCIAL con un total de 88,48% (n=1121) familias los cuales fueron identificados en el abordaje territorial del perfil de promotor, entendiendo la necesidad de la población adscrita a la subred el cual radica en los factores sociales, ambientales y emocionales los cuales se hace oportuno intervenir por la estrategia acompañamiento psicosocial, posterior sigue el evento de conductas suicidas los cuales fueron remitidos por el equipo de vigilancia de la subred y por parte de los psicólogos de EBEH se abordan por la estrategia confróntate 7 siendo un total 87 familias abordados durante el periodo mencionado, las cuales se dividen en: Conducta Suicida (ideación) 4,66% (n=59), Conducta Suicida (intento) 2,05% (n=26), Conducta Suicida (amenaza) 0,08% (n=1), Conducta Suicida (consumado) 0,08% (n=1), después sigue la intervención al evento de VIOLENCIA REITERADA, la cual en su mayoría fue abordada por parte del equipo de psicólogas clínicas que juntos con los profesionales universitarios de psicología abordaron un total de 3,55% (n=45).

1. Conclusiones y logros de las atenciones individuales por perfil de psicología

En conclusión, a la gestión realizada por parte del perfil de psicología de EBEH de la subred sur, para el mes de abril continúa el incremento al abordaje de los eventos de riesgo psicosocial. la razón por lo cual este evento generó un aumento en cuanto las atenciones por parte del perfil de psicología, es teniendo en cuenta que los usuarios que manifiestan síntomas o signos como depresión o ansiedad son abordados por esta estrategia. Por tal motivo el aumento de las patologías de salud mental por parte de la población de las localidades de la subred, han sido abordadas por parte del equipo de psicólogos. aunque si se identifica la necesidad de contemplar estrategias diferenciales para los trastornos de depresión y ansiedad por parte de los equipos básicos extramurales. También se observa la disminución del abordaje de los eventos de conductas suicidas y violencias, dado la nueva modalidad de ruteo se ha dejado de abordar los casos enviados desde canalización entre entornos, lo cual estos casos no se encuentran en ruteo y por tal motivo no se ha podido aperturar nuevos casos.

Logros

Como logro para el mes de marzo se observa la reducción de riesgo de 82 familias, de las cuales están divididas en los siguientes eventos. 70 Familias cumplieron con los planes de cuidado por el evento de acompañamiento psicosocial, 1 familia¹ que cumplió el plan de cuidado familiar para el evento de duelo, 5 familias que cumplieron el plan de cuidado por conducta suicida (ideación), 4 familias que cumplieron el plan de cuidado familiar por el evento de conducta suicida (intento), 2 familias que cumplieron el plan de cuidado familiar por evento de violencia reiterada.

Tabla 15. Grupo de riesgo de Salud Ambiental

LOCALIDAD	TOTAL DE FAMILIAS INTERVENIDAS POR LA ESTRATEGIA VIVIENDA SALUDABLE	TOTAL DE GRUPOS DE FAMILIAS REALIZADOS
5- Usme	105	2
6- Tunjuelito	27	0
19- Ciudad Bolívar	150	8
20- Sumapaz	82	0
Total	364	10

Fuente: Reporte de intervenciones y Atenciones aplicativo GTAPS

En la tabla anterior se presentan los planes de cuidado familiar con énfasis en vivienda saludable realizado durante el periodo de abril del 2025. Se llevó a cabo seguimiento en la localidad de Usme, Ciudad Bolívar y Tunjuelito a 282 familias priorizadas por riesgo ambiental correspondientes a 389 sesiones ejecutadas. De las 282 familias intervenidas, se encuentra que pertenecen a la localidad de Usme 105, Tunjuelito 27, Ciudad Bolívar 150 y Sumapaz 88. Se realizaron acciones promocionales en salud ambiental, temas como la prevención de accidentes en el hogar, el manejo adecuado de mascotas, la educación en medidas de prevención y control de enfermedades transmitidas por animales y vectores, la promoción de prácticas de consumo responsable, la separación adecuada de residuos en la fuente y el aprovechamiento de materiales reciclables.

En la localidad de Sumapaz para el periodo de abril se abordaron 82 familias priorizadas por riesgo ambiental con la ejecución de 109 intervenciones. De las cuales corresponden a 0,92% (n=1) actualización, 92,66% (n=101) seguimientos y 6,42% (n=7) cierres, con cumplimiento de plan de cuidado familiar, se promueve el fortalecimiento o instauración de huertas caseras en 15 familias potencializando acciones de salud ambiental dado contexto del territorio rural y las condiciones de vida de las familias campesinas, como una de las prácticas principales y favorecedoras en lo relacionado a la seguridad alimentaria y nutricional, tanto como fuente suplementaria de productos alimenticios o como fuente de

aprovisionamiento durante la estancia no productiva, se realiza articulación con el Parque Chaquen en la cuenca río blanco para la plantación de estos insumos.

Es importante mencionar que las principales transformaciones de la familia y mitigación de riesgos ambientales evidenciados son:

- Identificación y mitigación de los riesgos que se encuentran en los diferentes espacios de la vivienda.
- Cambios de percepción y comportamiento frente al uso eficiente del agua.
- Implementación de prácticas que fomenten el manejo adecuado de residuos sólidos como lo son el consumo responsable, separación de residuos, identificación de residuos posconsumo y su disposición final.
- Reconocimiento de la importancia de realizar una manipulación adecuada de los alimentos en la vivienda, con énfasis en el impacto en la salud y la frecuencia de las enfermedades transmitidas por alimentos.
- Apropiación e identificación de las medidas que previenen riesgos relacionados por tenencia inadecuada de sustancias químicas.
- Implementación de prácticas de tenencia responsable de animales de compañía: vacunación, desparasitación, higiene y manejo de excretas.
- Reconocimiento de los signos de alarma para identificación de monóxido de carbono.

En el desarrollo de los grupos familiares del componente de Cuidado para la salud familiar con enfoque en vivienda saludable, en articulación con otros perfiles, se desarrollan acciones de promocionales frente a las alertas de riesgo identificados en el proceso de caracterización social y ambiental que realizan los EBEH en cada una de las localidades. Se ejecutaron 10 grupos familiares donde participaron 105 personas, en las temáticas abordadas se tiene la implementación de medidas de prevención y control de zoonosis y vectores para la localidad de Ciudad Bolívar, donde se ha identificado que por la inadecuada disposición de residuos sólidos en la comunidad aumenta la problemática de presencia de vectores, para esta actividad se sensibilizan a 44 personas; otra necesidad que se identificó en la localidad de Ciudad Bolívar es la tenencia inadecuada de mascotas, donde se observan en los diferentes territorios incremento en la habitabilidad de perros abandonados en calle y es por esto que se desarrolla la temática de prácticas de tenencia responsable de animales de compañía en 2 grupos familiares, donde se tiene la participación de 20

personas.

Se evidencia que en la localidad de Usme y Ciudad Bolívar se tiene en común los riesgos relacionados por tenencia inadecuada de sustancias químicas en los hogares, es por esto que en los grupos familiares se aborda el tema de prevención de accidentes en el hogar, logrando sensibilizar a 21 personas de la localidad de usme y 20 personas en la localidad de Ciudad Bolívar.

Tabla 16. Grupo de riesgo de Salud Bucal

LOCALIDAD	TOTAL DE FAMILIAS INTERVENIDAS POR LA ESTRATEGIA CUIDADO Y AUTOCUIDADO PARA LA SALUD BUCAL FAMILIAR.	TOTAL DE GRUPOS DE FAMILIAS REALIZADOS
05-Usme	118	0
06-Tunjuelito	0	0
19-Ciudad Bolívar	123	4
20- Sumapaz	40	0
TOTAL	295	4

Fuente: Reporte de intervenciones y Atenciones aplicativo GTAPS

Establecer análisis de los resultados generados teniendo en cuenta cada uno de los grupos de riesgo identificados y atendidos con los resultados obtenidos.

Para el periodo comprendido entre el 1 y el 31 de abril del 2025 se realizaron para las localidades de Usme, Tunjuelito, Ciudad Bolívar y Sumapaz. Se realizaron 259 atenciones en familias que presentaban riesgos en salud oral en uno o en varios integrantes.

En la localidad de Usme se realizaron 118 familias con 9 actualizaciones, 109 implementaciones y 14 cierres. Para las familias de cierre se desarrolló el plan de cuidado familiar en donde se identificó el 100% (n=14) cumpliendo los compromisos concertados para el plan de cuidado familiar adoptando prácticas de autocuidado y reducción de riesgos por su salud bucal.

En la localidad de Tunjuelito se realizaron 0 familias con 0 actualizaciones, 0 implementación y 0 cierres. Para la única familia se da el cierre del plan de cuidado familiar en donde se identificó el 100% (n=0) cumpliendo los compromisos concertados para el plan de cuidado familiar adoptando prácticas de autocuidado y reducción de riesgos por su salud bucal.

En la localidad de Ciudad Bolívar se realizaron 123 familias con 33 actualizaciones, 92 implementaciones y 15 cierres. Para las 9 familias de cierre se desarrolló el plan cuidado familiar se identificó el 100% (n=15) cumplieron los compromisos concertados para el plan de cuidado familiar adoptando prácticas de autocuidado y reducción de riesgos por su salud bucal. Durante el mes de abril se realizaron 4 sesiones de grupos familiares en la localidad de Ciudad Bolívar.

Y en la localidad de Sumapaz se realizó intervención a 40 familias con un total de 54 intervenciones, se realizó actividades de manera transversal en la cuenca río blanco y cuenca río sumapaz, se realizó 5 actualizaciones, 46 implementaciones y 3 cierres. Para las 3 familias de cierre se desarrolló el plan de cuidado familiar se identificó el 100% (n=3) cumplieron los compromisos concertados para el plan de cuidado familiar adoptando prácticas de autocuidado y reducción de riesgos por su salud bucal.

Tabla 17. Equipos Étnicos. Población Negra – Afrocolombiana

LOCALIDAD	Número de familias con Formulación e implementación de Plan de Cuidado Diferencial en Familias de comunidades Negras y Afrocolombiana	Número de acciones colectivas diferenciales con familias étnicas de comunidades negras y afrocolombiana	Número de acciones propias de medicina ancestral de comunidades negras y afrocolombianas	Número de atenciones Individuales de comunidades negras y afrocolombianas		
				Medicina	Enfermería	Nutrición
TUNJUELITO	40	2	4	0	6	0
USME	40	2	4	0	0	0



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS
DE SALUD SUR E.S.E

CIUDAD BOLÍVAR	40	2	4	0	6	0
Total	120	6	12	0	12	0

Fuente: Reporte de intervenciones y Atenciones aplicativo GTAPS

Para el periodo reportado del 1 al 30 de abril del 2025 en cuanto a las atenciones realizadas a las familias en la localidad de Ciudad Bolívar se realizaron 24 cierres en las familias que redujeron los riesgos en salud y se abre paso a la identificación y caracterización de otras familias para el siguiente mes. Se realizaron 10 caracterizaciones a familias nuevas y 6 implementaciones. Se realiza atención a 20 familias con personas crónicas, 14 en familias con menores de 5 años, 3 acciones con familias con gestantes y 3 acciones en familias con otros casos priorizados.

Se realizan 2 acciones colectivas: 1 en centro día sierra morena con el tema de intercambio de saberes ancestrales y en el kilombo con calidad de aire en espacios interiores. Se realizan 4 acciones de medicina ancestral en el kilombo ubicado en la casa de la cultura de tunjuelito los días jueves y cuyos cursos de vida se encuentran distribuidos de la siguiente manera: vejez: 25, adultez: 11 y juventud: 4.

Para la localidad de Tunjuelito se realizaron 30 caracterizaciones y se realiza el empalme entre el kilombo Ubuntu y el kilombo Yemaya con el fin de continuar la implementación de 10 de las familias ubicadas en esta localidad. Se realiza atenciones a 15 familias con pacientes crónicos, 8 familias con menores de 5 años y 17 familias con otros casos priorizados

Las acciones colectivas del presente periodo de ejecución se realizan en el espacio de la casa de la cultura de tunjuelito los días martes, espacio asignado por la Consultiva distrital y se trataron los temas de aprovechamiento de residuos y separación en la fuente y la calidad del aire en el interior y exterior de los hogares. En el mismo espacio se realizan 4 acciones de medicina ancestral y cuyos cursos de vida se encuentran distribuidos de la siguiente manera: vejez: 36, adultez: 4.

Para la localidad de Usme en el presente periodo de ejecución el kilombo cuenta con un espacio propio gestionado por la referente de políticas y se realizaron 40 atenciones de implementación a 13 familias con pacientes crónicos, 12 familias con otros casos priorizados y a 15 familias con menores de 5 años.

Se realizaron dos acciones colectivas: en la primera realizaron la socialización a la consultiva de la localidad y a la referente de políticas de la SDS, la 2a se realiza en el kilombo fortaleciendo en los participantes el reconocimiento de las medicinas ancestrales en el cuidado del cuerpo, el alma y es espíritu. En el mismo espacio se realizan 4 acciones

Comentado [30]: los datos son de importancia, sin embargo se recomienda revisar la presentación de la información, para que sea de más fácil comprensión, así mismo es necesario profundizar en el aporte a los sistemas de conocimiento propio Negro Afrocolombiano- presentar dificultades si se han identificado

Comentado [31R30]: corregido

de medicina ancestral y cuyos cursos de vida se encuentran distribuidos de la siguiente manera: vejez: 29, adultez: 8, infancia: 1, adolescencia: 1, juventud: 1.

Teniendo en cuenta las atenciones realizadas e identificando aquellos pacientes que presentan nivel de riesgo 4 poco o nada adherentes a los tratamientos farmacológicos y a las recomendaciones dadas por los profesionales en salud frente a las patologías presentadas; las enfermeras de los Kilombos Yemaya y Ubuntu de las localidades de Tunjuelito y Ciudad Bolívar respectivamente, realizan la derivación de 12 familias para atenciones individuales por los perfiles de enfermería, medicina o nutrición, los cuales se pasan a acceso con el fin de realizar análisis de frecuencias de uso y realizar las respectivo agendamiento, encontrando lo siguiente:

3 de los 12 usuarios derivados por enfermedades crónicas se encuentran adherentes al tratamiento y a control médico cada 3 meses.

2 usuarios menores de edad aplicaron por curso de vida a PYD médico para primera infancia, 2 usuarios adultos con enfermedad crónica que aplican por curso de vida PYD vejez y 2 que aplican por curso de vida PYD adultez al momento de verificar las frecuencias de uso se evidencia en el sistema que no han tenido consultas por lo que no es posible verificar si se deben asignar atenciones individuales.

De las 12 personas derivadas al verificar la frecuencia de uso efectivamente aplican para las atenciones y se les realizará asignación para visita individual por enfermería o medicina.

Por lo anteriormente mencionado se realizará fortalecimiento en el mes de mayo al perfil de enfermería étnico con el equipo de acceso con el fin de fortalecer criterios de derivación a las atenciones individuales por los perfiles de medicina, enfermería y nutrición.

Como aporte fundamental a las comunidades negras atendidas en las tres localidades por medio de la estrategia Kilombo está el visibilizar la atención individual en medicina ancestral en la sanación de las enfermedades tratadas por sabedores y médicos ancestrales así como capacitar a los pacientes en la implementación de plantas medicinales curativas.

Tabla 19. Equipos Étnicos. Población Indígena Wounaan Baud Mos

LOCALIDAD	Número de familias con Formulación e	Número de acciones colectivas	Número de acciones propias de	Número de atenciones Individuales de población Indígena Wounaan Baud Mos
-----------	--------------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	--

	implementación de Plan de Cuidado Diferencial en Familias Indígena Wounaan Baud Mos	diferenciales con familias étnicas Indígena Wounaan Baud Mos	medicina ancestral Indígena Wounaan Baud Mos	Medicina	Enfermería	Nutrición
TUNJUELITO	0	0	0	0	0	0
USME	0	0	0	0	0	0
CIUDAD BOLÍVAR	11	3	4	0	0	0
Total	11	3	4	0	0	0

Fuente: Reporte de intervenciones y Atenciones aplicativo GTAPS

Para el periodo reportado del 1 al 30 de abril del 2025 realizan atención a 11 familias con las siguientes prioridades:

4 familias con gestantes en donde la partera del equipo de salud les orienta sobre cuidados que debe tener para con ella y para con el hijo durante la gestación y posterior al parto previniendo enfermedades ancestrales por medio del uso de plantas medicinales y observando los cuidados propios del pueblo indígena; en estos casos el equipo en salud les proporcionan las plantas adecuadas y dan indicaciones de preparación y usos.

1 familia con menor de 5 años a quien desde el profesional de enfermería les orienta sobre todo lo relacionado al aseguramiento del menor en Bogotá para el disfrute pleno de todos los servicios en salud a los que como menor tiene derecho, se le gestiona con PAI vacunación en casa.

6 familias con otros casos priorizados los cuales corresponden a enfermedades ancestrales que son tratadas por el Baekhyun y que son llevadas a mesas de salud para su sanación espiritual.

Se realizaron 3 acciones colectivas: la 1a se realiza socialización a la comunidad indígena y a las autoridades en el cabildo ubicado en la localidad de Ciudad bolívar, en la 2a tratan el tema de como aliviar el dolor de cabeza de manera natural con medicinas ancestrales. En la 3a sesión colectiva tratan el tema de prevención del consumo de bebidas alcohólicas, tabaco y otras drogas, tema que sale de la lectura de necesidades de la comunidad con los

jóvenes quienes han ingresado en el consumo de otras sustancias psicoactivas lo que preocupa a la comunidad Wounaan.

Por lo anterior se realiza articulación con el equipo de Educación en salud de la Subred Sur con el fin de generar herramienta educ comunicativa como material para acciones colectivas con los y las jóvenes de la comunidad en la prevención del consumo de sustancias psicoactivas. Se proyectan las articulaciones para el mes de mayo.

Realizan 4 acciones de medicina ancestral en domicilio en donde la partera realiza seguimiento al estado de embarazo de una usuaria, le da recomendaciones sobre alimentación saludable y la motiva para que asista a sus controles prenatales desde la medicina occidental. En la segunda usuaria también en estado de gestación, trata el dolor bajito y por medio del sobijo acomoda al bebe. El Benkhuun realiza tratamiento a una familia en la mesa espiritual por presentar sombra negra de espíritus malos y en otra familia realiza ritual para cambio de sombra.

Tabla 23. VACUNACIÓN

Vacunación	Usuarios Remitidos	Usuarios Vacunados
Menores de 5 años	47	34
Gestantes	9	9
Mayores de 60 años	54	53
Total	110	96

Fuente: Base PAI EBEH - 01 al 30 de abril de 2025

En la tabla anterior se establece que, para el mes en mención se logró una cobertura de vacunación de 96 usuarios teniendo en cuenta la necesidad de cada uno de ellos. Se indica que, se logró vacunar al 73% de los menores de 5 años derivados para completar el esquema de vacunación regular en Colombia, es de aclarar que el restante de los menores derivados al realizar la verificación por el aplicativo PAI ya contaban con el esquema de vacunación completo para la edad. Así mismo se resalta que, se logró aumentar la vacunación de usuarios mayores de 60 años con la aplicación de vacuna de Neumococo e influenza según disponibilidad. Se especifica que, desde los Equipos Básicos Extramurales de Hogar - EBEH, se ha generado la intensificación en el reconocimiento del esquema de vacunación incompletos según el curso de vida y se ha contribuido a la mitigación de riesgos en salud asociados a patologías que pueden ser prevenibles mediante la vacunación. Se indica la necesidad de continuar con el abordaje de los territorios priorizados y de tal manera, mejorar las coberturas de vacunación de acuerdo con la disponibilidad de los biológicos, así como la disposición de los usuarios a la administración de las vacunas. Se continuará reforzando en los colaboradores operativos la importancia del reconocimiento y notificación de los usuarios que requieran completar el esquema de vacunación con el fin de contribuir de manera progresiva en la calidad de vida y bienestar de los usuarios.

Comentado [32]: Retomar los comentarios de la población Afro, son similares con las acciones con este pueblo

Comentado [33R32]: Resuelto

4.2.3. ATENCIÓN DE JORNADAS Y CONTINGENCIAS

A partir del sábado 12 de abril, y en respuesta a la alerta emitida a nivel nacional debido al incremento de casos de fiebre amarilla —una enfermedad viral aguda de notificación obligatoria, transmitida por mosquitos infectados, con riesgo potencial de brotes en zonas endémicas—, desde Nivel Central se solicitó apoyo a la Subred Sur para fortalecer las acciones de vacunación en el punto ubicado en el Terminal del Sur, adscrito a la Subred Sur Occidente.

La atención inicial fue asignada a un profesional del área médica, con el objetivo de garantizar la valoración clínica y la indicación adecuada de la vacuna, conforme a los lineamientos del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI). Posteriormente, se incorporó un auxiliar de enfermería para apoyar las actividades operativas del proceso de vacunación, asegurando así la continuidad y cobertura oportuna de la población viajera susceptible.

Fecha	Nombre de la Jornada/Contingencia	Actividad Realizada	Talento Humano que participó (Técnicos y Profesionales)	Cantidad de Talento Humano que participó (Técnicos y Profesionales)	Horas empleadas (turno 12h)	Horas empleadas (turno 6h)
12/04/2025	Fiebre Amarilla	Acompañamiento y direccionamiento para vacunación	Profesionales en medicina y auxiliares en enfermería (promotor)	6 médicos 8 promotores	52 turnos de 12 horas total de 624 horas	5 turnos de 6 horas total de 30 horas

Comentado [34]: Separar en dos filas: En una los turnos de 12 horas, con el rango de fechas en la columna "Fecha". Y otra igual con los turnos de 6 horas

Comentado [35R34]: resuelto

5. GESTIÓN OPERATIVA

Durante el mes de abril de 2025, la Subred Sur avanzó significativamente en la gestión operativa del modelo de atención extramural a través de los Equipos Básicos Extramurales de Hogar (EBEH), fortaleciendo la articulación técnico-administrativa, la contratación, el cumplimiento ambiental y la dinamización territorial.

En cuanto a la coordinación técnica, administrativa y financiera, se garantizó el seguimiento al desarrollo del convenio en los diferentes niveles de gestión, articulando esfuerzos entre las áreas de talento humano, contratación, supervisión técnica y planeación. Esta coordinación permitió mantener el funcionamiento de los equipos, dar respuesta a las directrices emitidas desde la Secretaría Distrital de Salud, y ejecutar los ajustes necesarios frente a los cambios en lineamientos operativos.

En el componente de contratación, se logró asegurar el recurso humano necesario para la operación de los equipos, avanzando en la adecuación de perfiles y cobertura territorial. Pese a algunas fluctuaciones puntuales en ciertos perfiles, se mantuvo una cobertura funcional que permitió alcanzar altos niveles de apropiación territorial.

Desde el Sistema de Gestión Ambiental institucional, se fortaleció la implementación del Plan Institucional de Gestión Ambiental (PIGA), promoviendo prácticas responsables entre el personal, especialmente en la atención extramural, y manteniendo el seguimiento a los indicadores ambientales en el marco del Sistema Integrado de Gestión.

En cuanto a la dinamización de las acciones extramurales, se desplegaron estrategias de intervención directa y trabajo en campo, garantizando la ejecución del modelo territorial con enfoque en riesgo. La articulación entre componentes técnicos, administrativos y geográficos permitió optimizar procesos como la planeación territorial, el abordaje por cohortes de riesgo, la ejecución de planes de cuidado y la activación de rutas.

El componente operativo fue clave para sostener la continuidad del modelo EBEH, facilitando su adaptación a las realidades del territorio y las necesidades emergentes de la población, en línea con los compromisos del convenio y los lineamientos técnicos establecidos.

5.1.1 COORDINACIÓN TÉCNICA, ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

Durante el mes de abril de 2025, la coordinación técnica, administrativa y financiera de la Subred Sur desempeñó un papel fundamental en el desarrollo y sostenibilidad operativa del modelo de atención extramural a través de los Equipos Básicos Extramurales de Hogar (EBEH). Esta coordinación se estructuró a partir de una gestión interdependiente entre los diferentes niveles operativos de la Subred, los referentes técnicos, el equipo administrativo del convenio y los lineamientos distritales definidos por la Secretaría Distrital de Salud.

Desde la dimensión técnica, se garantizó el acompañamiento permanente a los equipos en territorio, mediante reuniones de seguimiento, espacios de asistencia técnica y revisión de cumplimiento de metas e indicadores establecidos. Se fortalecieron los procesos de orientación operativa, especialmente frente a los cambios derivados del modificadorio del convenio y los ajustes en los lineamientos técnicos, asegurando su correcta implementación en campo.

En el componente administrativo, se avanzó en la articulación con las áreas de talento humano y contratación para asegurar la continuidad operativa de los perfiles requeridos. Aunque se presentaron algunas novedades y ajustes en ciertos perfiles específicos (como en el caso del agente de cambio), la cobertura general de los equipos se mantuvo, permitiendo un despliegue territorial eficaz. Así mismo, se consolidaron las estrategias de control documental, seguimiento a novedades contractuales y soporte a los equipos en procesos logísticos básicos.

En cuanto al ámbito financiero, se realizaron los seguimientos correspondientes al uso adecuado de los recursos asignados, conforme a los compromisos establecidos en el Plan Programático y Presupuestal (Anexo 6). Se llevó a cabo el control y verificación de soportes de ejecución (asistencias, informes, evidencias de campo), articulado con el equipo de supervisión y el componente contable, asegurando así la trazabilidad de los recursos ejecutados y el cumplimiento de los procedimientos establecidos.

Finalmente, se fortaleció el trabajo conjunto con el equipo de supervisión del convenio, a través de reuniones periódicas, revisión de avances y entrega de reportes requeridos por la SDS, permitiendo una gestión integrada, transparente y orientada al logro de los objetivos establecidos en el marco del convenio interadministrativo vigente.

Tabla 26. Distribución del Talento Humano

PERFIL	SUBRED SUR			
	No de personas requeridas	No de personas contratadas	Pendiente por contratar	% de contratación
COORDINADOR	1	1		100%
TECNICO ADMINISTRATIVO	2	2		100%
DINAMIZADOR TERRITORIAL DE GESTIÓN DEL RIESGO (ORGANIZADO POR LOCALIDADES)	2	2		100%
APOYO	10	10		100%
INGEN SIS	1	1		100%
PROFESIONALES COHORTES(2 ENFERMEROS, 1 PSICÓLOGO, 1 TO) Y LIDER DE ACCESO/UNIVERSITARIO I	5	4	1	80%
GEÓGRAFO	2	2		100%
TÉCNICOS SISTEMAS	5	5		100%
PROFESIONAL UNIVERSITARIO	1	1		100%
INGENIERO DISTRITAL	1	1		100%
BACHILLER ACCESO	15	11	4	73.33%

TECNICO AVANZADA	4	4		100%
GESTOR COMUNITARIO	4	4		100%
PROMOTOR (TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA)	200	191	9	95.50%
MÉDICO	14.5	14.5		100%
ENFERMERÍA	27	22	5	81.48%
PSICOLOGÍA	27	26	1	96.30%
NUTRICIÓN	2	1	1	50%
TERAPIA	7	6	1	85.71%
AGENTE DE CAMBIO	3	3		100%
CIENCIAS AMBIENTALES	2	2		100%
TÉCNICO AMBIENTAL	5	5		100%
ODONTOLOGÍA	5	4	1	80%
PSICÓLOGO CLÍNICO	3	3		100%
AUXILIARES CUIDADORES	8	8		100%
AUXILIARES PAI	2	2		100%
PROMOTOR (TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA)-SUMAPAZ	4	4		100%
APOYO SUMAPAZ	1	1		100%
MÉDICO-SUMAPAZ	0.5	0.5		100%
ENFERMERÍA-SUMAPAZ	2	1	1	50%
PSICOLOGÍA-SUMAPAZ	2	2		100%
NUTRICIÓN -SUMAPAZ	1	0	1	0%
TERAPIA-SUMAPAZ	1	1		100%
CIENCIAS AMBIENTALES-SUMAPAZ	2	2		100%
ODONTOLOGÍA-SUMAPAZ	1	1		100%
AUXILIARES CUIDADORES-SUMAPAZ	1	1		100%
GESTORES ÉTNICOS AFRO	9	9		100%
GESTORES ÉTNICOS INDIGENA	1	1		100%
PROFESIONAL ETNICO AFRO	3	3		100%
TÉCNICO ETNICO AFRO	3	3		100%
TÉCNICO ETNICO INDIGENA	1	1		100%
TOTAL	387	368	25	93.64 %

Fuente: Matriz Talento Humano Convenio No. 7126502 de 2024

De las 387 personas que se requerían para la ejecución del Convenio Interadministrativo N° 7126502 de 2024, se han contratado hasta la fecha un total de 368 personas, lo que representa un 95% de cumplimiento respecto al número de personal solicitado. Sin embargo, es importante destacar que 6 vacantes aún están pendientes de cubrir. A pesar del alto nivel de cobertura, aún quedan 6 vacantes por cubrir. Con el objetivo de lograr el 100% de cumplimiento, se plantea el siguiente plan de acción:

- Identificación de perfiles faltantes: Revisar los perfiles específicos de las vacantes pendientes, sus requerimientos técnicos y las razones por las cuales no han sido cubiertas (por ejemplo, baja disponibilidad de candidatos, condiciones laborales, etc.).
- Reforzamiento de la estrategia de difusión: Ampliar y diversificar los canales de convocatoria (portales de empleo, redes sociales, instituciones educativas, asociaciones profesionales y territoriales), priorizando las zonas donde se requieren los profesionales.
- Optimización del proceso de selección: Agilizar los tiempos de revisión y respuesta a los postulantes, sin comprometer la calidad del proceso, para no perder candidatos potenciales por demoras.

Este plan tiene como objetivo cerrar completamente la brecha de contratación y garantizar que la operación del convenio se desarrolle con el personal requerido en su totalidad.

Tabla 27. Ejecución financiera Plan programático y presupuestal - PPP

MES	VALOR PROGRAMADO	VALOR EJECUTADO	% DE EJECUCIÓN	VALOR SUBEJECUTADO	% SUBEJECUCIÓN
DICIEMBRE	\$ 1.303.240.893	\$ 869.596.025	67.83%	\$ 406.630.425	31,72 %
ENERO	\$ 1.853.453.362	\$ 1.225.750.646	66.09%	\$ 628.823.682	33,91 %
FEBRERO	\$ 1.842.579.420	\$ 1.452.101.172	78.81%	\$ 390.448.248	21.19 %
ABRIL	\$ 1.655.560.311	\$ 1.342.290.544	81.07%	\$ 313.269.767	18.93 %
TOTAL	\$ 6.654.833.986	\$ 4.889.738.387	73.48%	\$ 1.765.095.599	26.52 %

Fuente: Informe de gestión general - Plan Programático Presupuestal –PPP

El porcentaje de ejecución es del 81.07 %, lo que indica que no se alcanzó el valor programado, con una subejecución de \$313.269.767 lo que equivale a un 18.93 % de la cantidad inicialmente planeada.

Se puede evidenciar una mejora en lo ejecutado con respecto a los meses anteriores, lo que indica que se han realizado unas mejoras para realizar la ejecución de la meta programada y se redujo la subejecución en el mes, por lo tanto se seguirán implementando mejoras de mecanismos de seguimiento con el talento humano en cuanto a la contratación del 100% de ella y su continua mejora en la revisión periódica del avance de las metas proyectadas y comparar los resultados obtenidos con los objetivos propuestos. En cuanto a la adquisición de insumos se realizará una programación de compras y de necesidades.

Tabla 28. Ejecución financiera

Comentado [36]: Reportar la información de acuerdo con el modificadorio 2 adición y prórroga

Comentado [37R36]: RESUELTO



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS
DE SALUD SUR E.S.E

CONCEPTO	VALOR PROGRAMADO	VALOR EJECUTADO	% DE EJECUCIÓN	VALOR SUBEJECUTADO	% SUBEJECUCIÓN
TALENTO HUMANO	\$ 681.454.3732	\$ 4.932.293.230	72.38 %	\$ 1.882.250.502	27.62 %
INSUMOS	\$ 408.872.624	\$ 108.357.975	26.50 %	\$ 300.514.649	73.50 %
ADMINISTRATIVOS	\$ 1.908.072.245	\$ 1.381.042.104	72.38 %	\$ 527.030.141	27.62 %
TOTAL	\$ 9.131.488.601	\$ 6.421.693.309	70.32 %	\$ 2.709.795.292	29.68 %

Fuente: Matriz Financiera 2025

El valor ejecutado que se evidencia es un 70.32% de ejecución. Esto indica que el talento humano que se asignó según lo planeado no ejecuta el porcentaje adecuado en el total de las actividades, la acción de mejora que se implementó fue una contratación más oportuna para llegar al 100% de los perfiles asignados. Sin embargo, el porcentaje de subejecución es de 29.68%, y lo ideal es que se ejecute el 100% de las actividades para no tener ninguna subejecución. En la ejecución de insumos se realizará una adquisición de insumos, para mejorar esta subejecución se realizará una programación de compras y de necesidades.

Comentado [38]: Reportar información de acuerdo con la matriz financiera entregada en el VI desembolso, así mismo establecer el análisis, incluir las acciones de mejora que se han realizado desde la subred para mitigar la subejecución

Comentado [39R38]: RESUELTO

Tabla 29. Desembolsos realizados

NÚMERO DE DESEMBOLSO	VALOR DESEMBOLSADO	No. FACTURA	FECHA
PRIMER DESEMBOLSO	\$1.907.329.303	9251323	10/12/2024
SEGUNDO DESEMBOLSO	\$1.025.663.607	9265724	09/01/2025
TERCER DESEMBOLSO	\$ 1.318.710.351	9285880	07/02/2025
CUARTO DESEMBOLSO	\$ 1.318.710.351	9304207	05/03/2025
QUINTO DESEMBOLSO	\$ 1.318.710.351	9326188	07/04/2025
TOTAL	\$ 6.889.123.963		

Fuente: Matriz Financiera 2025

Se evidencia que se realizaron 5 desembolsos, se puede evidenciar que del 100% del total del convenio equivalente a \$ 11.773.323.490 se desembolsaron un 58.51 %.

5.1.2. CONTRATOS ESTABLECIDOS

Promover la implementación de procesos de abastecimiento con criterios de sostenibilidad de acuerdo con lo establecido por la Guía de compras públicas sostenibles con el ambiente de Colombia Compra Eficiente en los contratos derivados del presente convenio.

Comentado [40]: Los 5 desembolsos se encuentran girados a la subred de acuerdo a lo programado, registrar en el análisis la reserva de glosa realizada e incluir desembolsos faltantes.

Comentado [41R40]: RESUELTO



Tabla 28. Contratos vigentes

Los contratos que se tienen ejecutados con transporte y Necsoft con la subred han sido una pieza clave para poder realizar una ejecución correcta del convenio; a abril se tiene un valor ejecutado por \$796.431.327 en vehículos, en cuenta a Necsoft un valor de \$ 81.525.900.

Comentado [42]: Esto es lo que dice la minuta, cual es el análisis de los contratos que tiene la subred, cual ha sido su ejecución, realizar análisis de la información.

Comentado [43R42]: RESUELTO

Tabla 28. Contratos vigentes

N o	CONTRAT O	PROCES O SECOP	CONTRATISTA	OBJETO	FECHA	VALOR	PLAZO
1	2711-2025	ID 008-2025	TRANSPORTE S ESPECIALES ALIADOS S.A.S	PRESTACIÓN DE SERVICIO DE TRANSPORTE PÚBLICO TERRESTRE AUTOMOTOR ESPECIAL, PARA EL CUMPLIMIENTO DE LA GESTIÓN ASISTENCIAL Y ADMINISTRATIVA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	24/01/2025	1.200.000.000	45 días
2	4839-2024	IC 050-2024	NECSOFTPC S.A.S	SERVICIO DE ARRENDAMIENTO DE EQUIPOS DE CÓMPUTO, IMPRESORAS, SCANNER, DUPLICADORAS, FOTOCOPIADORAS, ACCESS POINT Y DEMÁS EQUIPOS, COMO SOPORTE TÉCNICO PARA EL DESARROLLO DE LA PRESTACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ASISTENCIALES Y ADMINISTRATIVAS EN LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	1/06/2024	2.040.000.000	60 días

Fuente: <https://community.secop.gov.co/Public/Tendering/ContractNoticePhases/View?PPI=CO1.PPI.34160501&isFromPublicArea=True&isModal=False>

En la tabla anterior se evidencia los dos contratos que se tienen activos para el convenio los cuales son de prestación de servicio de transporte y de arrendamiento de TIC'S.

5.1.3. GESTIÓN AMBIENTAL

La Subred Sur, en cumplimiento de su compromiso con la sostenibilidad y la normatividad ambiental vigente, continúa fortaleciendo la implementación de su Sistema de Gestión Ambiental (SGA) en el marco del Sistema Integrado de Gestión Institucional. Durante el

mes de abril de 2025, se desarrollaron acciones orientadas a garantizar el uso eficiente de los recursos, la correcta disposición de residuos, la sensibilización del talento humano frente a prácticas responsables y el cumplimiento de los lineamientos establecidos por la Secretaría Distrital de Salud y la normatividad nacional.

Entre las principales acciones se destacan:

La continuidad en la implementación del Plan Institucional de Gestión Ambiental (PIGA) en las unidades operativas, con énfasis en separación en la fuente, ahorro de agua y energía, y disposición adecuada de residuos peligrosos y ordinarios.

Procesos de capacitación y sensibilización dirigidos al personal asistencial y administrativo, especialmente a los nuevos contratistas de los Equipos Básicos Extramurales de Hogar (EBEH), sobre el manejo adecuado de residuos durante la atención en terreno y la protección del entorno.

Articulación con las áreas de servicios generales y seguridad y salud en el trabajo (SST) para fortalecer las medidas de control ambiental en los puntos de atención y sedes operativas.

Seguimiento a los indicadores ambientales institucionales establecidos, como consumo de energía, agua, papel y gestión de residuos, en cumplimiento con la Resolución 2423 de 2018 y otros lineamientos del sector salud.

Estas acciones hacen parte del compromiso de la Subred Sur con el desarrollo sostenible, la prevención de impactos ambientales negativos y la promoción de una cultura institucional ambientalmente responsable, en concordancia con la política pública distrital y nacional.

5.2. DINAMIZACIÓN DE LAS ACCIONES DE LOS EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES DE HOGAR.

La dinamización de las acciones de los EBEH en la Subred Sur durante abril de 2025 se fortaleció mediante la articulación intersectorial y el despliegue territorial operativo de los diferentes perfiles profesionales.

Se evidenció una gestión activa en todos los componentes del modelo, destacando la implementación de estrategias como el ruteo, la caracterización familiar e individual, el abordaje diferencial y el desarrollo de intervenciones tanto colectivas como individuales. La asignación efectiva del talento humano permitió dar respuesta a los riesgos identificados en salud física, mental, ambiental y nutricional.

Desde la gerencia de la información (5.2.1), se consolidaron los datos operativos en los sistemas GTAPS y la Base Geográfica de Planeación de la Subred, facilitando la trazabilidad, monitoreo y análisis de la gestión. Esta gestión permitió identificar barreras, optimizar los recursos y ajustar la operación a las dinámicas reales del territorio.

Además, se dinamizó la respuesta comunitaria a través del fortalecimiento de espacios de participación y el desarrollo de acciones educativas, lo cual fomenta la corresponsabilidad de las familias frente a su salud y bienestar. Las estrategias de canalización, seguimiento y cierre de planes de cuidado evidencian una gestión integral del riesgo en concordancia con los lineamientos establecidos.

5.2.1. GERENCIA DE LA INFORMACIÓN.

1. Describa los avances y logros en la implementación de los tableros de control, su operación y articulación con los demás perfiles

Proceso	Descripción
Avances en implementación	Se realizó la implementación de los tableros de control para la medida de cantidad, calidad, completitud y oportunidad para CSA, VSP, GRUPOS y ATENCIONES INDIVIDUALES
Logros en operación	Se ha logrado un seguimiento casi en tiempo real debido a las descargas diarias que retroalimentan los cuadros de control, se logró un fortalecimiento con la implementación de la completitud para que el talento humano se enterara en tiempo real lo faltante con el fin de que el día de la precritica todo este al día, y el plus que se generó fue la revisión de la oportunidad para inactivar los registros que serían inválidos y generar las respectivas alertas para que se genere nuevamente la visita de estos.
Articulación con otros perfiles	Se realizó articulación con los Dinamizadores y Profesionales de apoyo para el conocimiento de las herramientas implementadas, explicación del manejo y retroalimentación de posibles cambios para que las herramientas se conviertan en un apoyo tanto para el seguimiento como para la certificación.

Comentado [44]: Para los próximos informes presentar el avance del tablero frente al comportamiento por mes

Comentado [45R44]: Entendido

2. Procesos de capacitación y fortalecimiento técnico al talento humano nuevo y antiguo.

Perfil	Proceso	Tema	Total Participantes
Promotor	Agendamiento y gestión ruteo	Capacitación descarga base de ruteo, transformación de datos, explicación módulo de	227

		ruteo, gestión, clasificación y gestión final. Inducción módulo de agendamiento y proceso de articulación con el grupo de acceso	
Agrónomo	Agendamiento y gestión ruteo	Capacitación descarga base de ruteo, transformación de datos, explicación módulo de ruteo, gestión, clasificación y gestión final. Inducción módulo de agendamiento y proceso de articulación con el grupo de acceso	3
Auxiliar relevo	Sesiones relevo	Capacitación módulos predios, hogares, sesiones e instrucciones de diligenciamiento aplicativo y explicación de articulación con el terapeuta para la derivación de casos.	3
Enfermera	Agendamiento y gestión ruteo	Capacitación descarga base de ruteo, transformación de datos, explicación módulo de ruteo, gestión, clasificación y gestión final. Inducción módulo de agendamiento y proceso de articulación con el grupo de acceso	26
Fisioterapeuta	Agendamiento y gestión ruteo	Capacitación descarga base de ruteo, transformación de datos, explicación módulo de ruteo, gestión, clasificación y gestión final. Inducción módulo de agendamiento y	4

		proceso de articulación con el grupo de acceso	
Gestor comunitaria	Agendamiento y gestión ruteo	Capacitación descarga base de ruteo, transformación de datos, explicación módulo de ruteo, gestión, clasificación y gestión final. Inducción módulo de agendamiento y proceso de articulación con el grupo de acceso	7
Ing ambiental	Agendamiento y gestión ruteo	Capacitación descarga base de ruteo, transformación de datos, explicación módulo de ruteo, gestión, clasificación y gestión final. Inducción módulo de agendamiento y proceso de articulación con el grupo de acceso	2
Médico	Agendamiento y gestión ruteo	Capacitación descarga base de ruteo, transformación de datos, explicación módulo de ruteo, gestión, clasificación y gestión final. Inducción módulo de agendamiento y proceso de articulación con el grupo de acceso	15
Nutricionista	Agendamiento y gestión ruteo	Capacitación descarga base de ruteo, transformación de datos, explicación módulo de ruteo, gestión, clasificación y gestión final. Inducción módulo de agendamiento y proceso de articulación con el grupo de acceso	1

Odontólogos	Agendamiento y gestión ruteo	Capacitación descarga base de ruteo, transformación de datos, explicación módulo de ruteo, gestión, clasificación y gestión final. Inducción módulo de agendamiento y proceso de articulación con el grupo de acceso	4
Psicóloga Clínica	Agendamiento y gestión ruteo	Capacitación descarga base de ruteo, transformación de datos, explicación módulo de ruteo, gestión, clasificación y gestión final. Inducción módulo de agendamiento y proceso de articulación con el grupo de acceso	2
Psicólogos	Agendamiento y gestión ruteo	Capacitación descarga base de ruteo, transformación de datos, explicación módulo de ruteo, gestión, clasificación y gestión final. Inducción módulo de agendamiento y proceso de articulación con el grupo de acceso	28
Técnico ambiental	Agendamiento y gestión ruteo	Capacitación descarga base de ruteo, transformación de datos, explicación módulo de ruteo, gestión, clasificación y gestión final. Inducción módulo de agendamiento y proceso de articulación con el grupo de acceso	7
Terapeuta	Agendamiento y gestión ruteo	Capacitación descarga base de ruteo, transformación de datos,	2

		explicación módulo de ruteo, gestión, clasificación y gestión final. Inducción módulo de agendamiento y proceso de articulación con el grupo de acceso	
--	--	--	--

3. Creación y/o Actualización de planes de contingencia de los Sistemas de información (tener en cuenta las Aplicaciones Geográficas).

Para el mes de febrero se continúa con el mismo plan de contingencia establecido desde el área de TIC y Equipos Básicos Extramurales de Hogar (EBEH), se cuenta con una mesa de ayuda (ASYSTECH) donde se gestionan los incidentes que desde la gerencia de información no se puede solucionar, y este escalamiento lo realiza la gerencia de información realizando el seguimiento diario con el número de ticket generado. Los fines de semana hay un grupo de ayuda técnica desde TIC, donde se asigna un técnico que nos da soporte si Dinámica gerencial presenta afectaciones. Desde sistemas de información de EBEH tenemos disponibilidad para soporte técnico de lunes a viernes de 8 a 7 pm y fines de semana sábados de 8 a 4 pm y domingos de 8 a 1 pm, para mejorar la oportunidad de ingreso de información ya que los profesionales usan los fines de semana para el ingreso de información y antes no lo contaban.

Procesos custodia Tic: Dinámica (Servidores) Mesas de ayuda (ASYSTECH) Internet
Procesos custodia EBEH: Soporte aplicativo (lunes a viernes 5 a 7 // sábado 8 a 4 // Domingo 8 a 1) Mesas de ayuda (SDS) Requerimientos SDS Asignación para soporte técnico por apoyo Dinámica (Permisos)

4. Inventario y actualización de los Sistemas de información interno y externo de la SISS

Nº	Nombre del Sistema	Tipo (Interno /Externo)	Descripción Breve	Responsable	Versión Actual	Fecha Última Actualización	Estado (Operativo/En Mantenimiento)
1	Base Maestra:	Interno	Repositorio de los casos remitidos para tratar los diferentes eventos	Técnicos e ingeniería	2025	Diaria	Operativo

Comentado [46]: Es importante que en los proceso de capacitación tambien se haga un repaso de los diferentes modulos al talento humano para que se evidencie la importancia de la articulación de todos los perfiles en el aplicativo

Comentado [47R46]: Entendido, se hace un repaso en caracterización y se enfoca en los modulos pertinentes, de acuerdo a la observación se dara de ahora en adelante el repaso por todos los modulos para mejor claridad

			de salud pública, donde se asignan los casos por parte del apoyo.				
2	Base Derivaciones:	Interno	Repositorios de las derivaciones generadas desde el aplicativo Gitapps según los diferentes criterios epidemiológicos.	Técnicos e ingeniería	2025	Mensual	Operativo
3	Drives individuales:	Interno	Repositorios de las agendas para las atenciones individuales en este periodo desarrolladas para Médicos, Enfermeros y Psicólogos.	Técnicos, ingeniería y acceso	2025	Diario	Operativo
4	Buscador de predios:	Interno	Herramienta generada para que todo el talento humano pueda conocer el número de predio para la	Técnicos e ingeniería	2025	Diario	Operativo

			gestión en el aplicativo, con los datos principales del mapa (Manzana, localidad y número de predio).				
5	Formulario de ajustes:	Interno	Formulario realizado para llevar control de los ajustes dentro de la subred y llevar control para suministrar los ajustes revisados a SDS	Técnico	2025	Diario	Operativo
6	Th apropiación	Externo	Drive creado con la nueva apropiación para la creación de usuarios nuevos en el aplicativo gitapps y actualización de territorios por perfil	Técnicos e ingeniera	2025	07/05/2025	Operativo
7	Mesa Sur	Externo	Drive dividido por hojas según requerimientos solicitados para realizar los	Técnicos e ingeniera	Jueves	08/05/2025	Operativo

			respectivos ajustes en el aplicativo				
8	Seguimiento a Cohortes	Interno	Drive relacionado por hojas según cortes y alimentada por el ruteo y casos remitidos a la subred para su seguimiento	Técnicos y profesionales de Cohortes	Semanal	Abril 2025	Operativo
9.	Tableros de control:	Interno	Tableros implementados para medir la cantidad, la calidad, completitud y oportunidad de los registros digitados en el aplicativo gitaps	Ingeniera	Diario	Abril 2025	Operativo

5. Gestión de usuarios del aplicativo GTAPS del periodo.

Tabla 31. Creación Usuarios

Perfil Vs Aplicativo	GTAPS	
	Creación	Inactivación
Médicos	0	0
Enfermeros	0	0
Nutricionistas	0	0
Psicología	0	0
Técnico Sistemas	0	0
Auxiliar Relevo	2	0



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS
DE SALUD SUR E.S.E

Promotores	2	0
Digitadores	2	0
Odontologo	1	0
....		
Total	7	0

Fuente: Th aplicativo Vs Base th ebeh

5.2.2. GESTIÓN Y SEGUIMIENTO A COHORTES DE RIESGO

COHORTE	ACCIONES DE ACOMPANIAMIENTO EN CAMPO	ACCIONES DE FORTALECIMIENTO TÉCNICO	NÚMERO DE CASOS DERIVADOS	RESPUESTAS EFECTIVAS A CASOS DERIVADOS
GESTANTES	0	2	11511	2570
MENOR DE 18 MESES	0	1	4365	1647
CRÓNICO	0	1	45439	3879
SALUD ORAL	0	1	199	8
VACUNACIÓN	0	0	0	0
SALUD MENTAL	0	0	6592	452
DISCAPACIDAD	0	0	5747	311
SALUD AMBIENTAL	0	0	0	0
TOTAL	0	5	73853	8867

Fuente: Gestión de Ruteo, Reporte de intervenciones y Atenciones aplicativo GTAPS

A partir de la fecha de cargue de los estados de ruteo y su socialización con el personal de los Equipos Básicos Extramurales de Hogar, se ha implementado un proceso de gestión para cada una de las cohortes, con el objetivo de proporcionar un estado de contacto telefónico, hasta llegar a la visita en campo. De los 73.853 casos asignados para ruteo, el 12% (8867) ha mostrado una respuesta efectiva a los casos derivados incluyendo las categorías de “No contactado 1”, “No contactado 2”, “No contactado 3”, “Contactado” y “Visita en campo”.

Desde la cohorte de gestantes de una derivación total por ruteo (11.511), se observa un avance para el mes de abril con gestión de algún estado de contacto telefónico del 22.33%, (2570). Dentro de esta gestión se observa con estado contactado 8.94% (1030) hasta el estado de visita en campo de 0.19% (22) de gestantes visitadas en el mes de Abril.

Comentado [48]: describir cual es el perfil de morbilidad de estos casos cual es el riesgo obstetrico como se derivan a angeles guardianes que se hace con ellas como se establece la comunicacion con la ruta como se entregan

Comentado [49R48]: _Marked as resolved_

Comentado [50R48]: _Re-opened_
resuelto

De acuerdo con la estrategia *Guardianes de Gestantes*, y según lo establecido en el lineamiento, se debe generar la base de usuarias caracterizadas correspondientes al mes inmediatamente anterior. A partir de esta base, se realizó un cruce con la base de ruteo, identificándose que solo dos usuarias contaban con caracterización familiar.

Es importante resaltar que, para garantizar la efectividad de las sesiones virtuales, las usuarias gestantes deben estar previamente caracterizadas, ya que esto permite el correcto cargue de las sesiones en el aplicativo GTAPS. Adicionalmente, se debe tener en cuenta que, los 2.570 casos registrados hacen referencia a algún estado de contacto, no todos cuentan con un estado final ni con una visita efectiva en campo.

Los casos identificados dentro de la cohorte de gestantes y que presentan un perfil de morbilidad son aquellos con alta prevalencia de malnutrición en los estratos socioeconómicos más bajos. En total, 2.635 gestantes del estrato 1 y 2 presentan esta condición, ya sea por obesidad o bajo peso, lo que corresponde aproximadamente al 22,89 % de la población gestante total. Este hallazgo es significativo y requiere un abordaje prioritario desde la salud pública, dado su impacto en los desenlaces maternos y perinatales. La malnutrición durante el embarazo conlleva un aumento del riesgo de complicaciones severas para la madre, incluyendo condiciones asociadas a Morbilidad Materna Extrema (MME) como hipertensión gestacional, preeclampsia, eclampsia, así como la presencia de patologías crónicas preexistentes y mayor probabilidad de partos prematuros o con desenlaces adversos.

Se identificaron 86 gestantes sin control prenatal, lo que requiere una búsqueda activa para garantizar su ingreso oportuno a los servicios de salud, ya que la detección tardía del embarazo aumenta significativamente el riesgo de complicaciones obstétricas y mortalidad materna, debido a la falta de atención oportuna y a demoras en la toma de decisiones para acceder a los servicios de salud. Esta situación también dificulta el reconocimiento de signos de alarma durante el embarazo y el posparto, lo cual limita la capacidad de las gestantes para identificar situaciones de riesgo y buscar atención de manera oportuna.

Para los casos críticos como los son MME post egreso que aunque se registran únicamente 9 casos, estos requieren un seguimiento especializado y continuo ya que puede evidenciar fallas en el sistema de atención materna.

Para la fase de planeación se realiza la construcción del plan de trabajo para la cohorte el cual cuenta con las siguientes variables: producto, actividad, acciones específicas, responsables, soportes, cronograma de actividades y seguimiento. Se realiza socialización con los profesionales y promotores sobre el orden de abordaje poblacional conforme se encuentra establecido en el anexo operativo, en el cual se describen los grupos de riesgo y los indicadores establecidos para la cohorte de gestantes, dentro de las estrategias se realizan dos sesiones de fortalecimiento, una para el perfil de enfermería teniendo en cuenta que los casos clasificados como riesgo alto y de acuerdo al orden de abordaje poblacional deben ser abordados por este perfil, promoviendo una participación más dinámica y

constructiva. La siguiente sesión se realiza de forma masiva en la cual asisten los demás perfiles y se generan claridades frente al abordaje, las derivaciones y la clasificación del riesgo.

Además se realizó fortalecimiento técnico al equipo de profesionales de enfermería, en donde se socializa ruta materno perinatal, hitos de la ruta, flujograma de atención materno perinatal de la subred sur, implementación y definición de la ruta, funcionamiento de la RIA, identificación y seguimiento, prevenir y gestionar riesgo materno perinatal, estrategia SI RieS, socialización de cómo nos ve el externo al equipo EBEH, fortalecimiento en educación, información y corresponsabilidad de acuerdo a los registros en el módulo GTAPS, todos aportamos Estrategia MESI (modelo de excelencia sin sífilis) estrategia Ángeles Guardianes, socialización de escala de alertas tempranas, socialización de indicadores, socialización de piezas comunicativas para uso en campo.

Como parte de las acciones de retroalimentación, se generan alertas dirigidas a cada profesional y su respectivo apoyo, con base en el orden de abordaje poblacional según el grupo de riesgo. Se realiza el seguimiento correspondiente, priorizando inicialmente la gestión de los casos clasificados como alto riesgo y posteriormente, los de bajo riesgo.

Para el análisis y gestión de los casos derivados, así como para la intervención en aquellos pendientes, se proyecta la implementación de un sistema digital de seguimiento. Esta herramienta facilitará el monitoreo nominal de cada caso, optimizando la gestión y efectividad de las intervenciones. Además, establecerá canales de comunicación efectivos entre la coordinación, los líderes de cohorte y los profesionales asignados, permitiendo la generación de alertas oportunas que aseguren la atención de los casos aún no abordados.

Como acciones de seguimiento a indicadores desde la cohorte se asiste a reunión mensual y mesa de salud sexual y reproductiva, en la cual se socializa las acciones realizadas por el equipo EBEH. Se realiza entrega de Rotafolio Digital de Sífilis Gestacional como herramienta de apoyo a la consulta y visitas realizadas en domicilio para el abordaje de los casos. Notificación de casos de sífilis Gestacional a otra subredes según necesidad asegurando una respuesta oportuna y coordinada. Socialización de la estrategia MESI para fortalecer la atención integral en salud sexual y reproductiva. Revisión y validación de la completitud de los registros en el aplicativo GTAPS, garantizando la calidad y precisión de la información. Para fortalecer las acciones de seguimiento, es fundamental identificar oportunidades de mejora que optimicen la toma de decisiones y el impacto de las intervenciones.

Con una observación para la cohorte de menores de 18 meses de la cantidad total (4365 casos) del descargue del plano de ruteo a partir del 09 de abril, el 37.7% del total de estos casos recibió un estado de contacto telefónico.

Los casos que recibieron un estado de contacto (1030), representando un 8.94% hasta la gestión del estado de visita en campo es del 0.57% es decir 25 casos. durante el proceso de fortalecimiento de la cohorte de menores de 18 meses se relaciono con los profesionales

en campo la necesidad de reconocer la necesidad de actualizar los conocimientos para la gestión a través del módulo ruteo del aplicativo GTAPS, el reconocimiento de los grupos de priorización por grupo de riesgo y cohorte, orden de abordaje territorial, y derivación según profesional y/o gestión del promotor, esta gestión se da con el fin de que los perfiles comprendan la importancia de generar una trazabilidad en la gestión del ruteo, desde la gestión estado de contacto telefónico hasta estado final, para el monitoreo y seguimiento de estos casos se implementa la creación de la base de seguimiento a la gestión de ruteo desde el estado de contacto, estado final y el seguimiento a la atención con respecto a lo gestionado por el perfil en el aplicativo.

De este modo un proceso hacia la mejora continua en la priorización, atención y gestión de los casos para la cohorte se deben generar encuentros, mediante una acción participativa de los perfiles (nutrición, odontología, enfermería y auxiliar promotor) con un enfoque colaborativo para la búsqueda de las soluciones a la problemáticas que se encuentran durante el proceso de visita y atención, casos para la gestión del ruteo sobre la gestión y generación de alertas a los perfiles.

Para la Cohorte de Condiciones Crónicas (CCVM) de una derivación total por ruteo (45439), se observa un avance para el mes de abril con gestión de algún estado de contacto telefónico del 8.53%, (3879). Dentro de esta gestión se observa con estado contactado 4.2% (1909) hasta el estado de visita en campo de 0.09% (41) de usuarios con condiciones crónicas visitados en el mes de Abril.

Comentado [51]: describir cuantos de estos pacientes se encuentran en meta terapéutica cuantos no que se hace desde la gestión de las cohortes

Comentado [52R51]: resuelto

Del total de casos asignados por Ruteo, para el mes de abril se realizó visita efectiva a 3039 usuarios (6.6%), de los cuales 2,198 usuarios (72.3%) están en meta terapéutica es decir, con Tensión Arterial controlada y adherencia adecuada al tratamiento y, 841 usuarios (27.7%) están fuera de meta terapéutica, esto representa una alerta, debido a que estas condiciones favorecen la progresión de la enfermedad y aumentan el riesgo de eventos como hospitalizaciones, complicaciones agudas o crónicas, y deterioro de la calidad de vida lo que sugiere mayor necesidad de intervención. De estos, solo 327 fueron derivados a PCF, lo que representa un 38.88%. El 61.12% restante no tiene una derivación registrada, lo que indica una oportunidad de mejora importante en el seguimiento así mismo el fortalecimiento de las acciones en el territorio.

En la fase de planeación, se elabora el plan de trabajo para la cohorte de condiciones crónicas, el cual incluye diferentes variables.. Se realiza una socialización con los profesionales y promotores sobre el orden de abordaje poblacional para el grupo de riesgo con condiciones crónicas, conforme a lo establecido en el anexo operativo. Este anexo describe los grupos de riesgo y los indicadores establecidos para la cohorte de personas con condiciones crónicas, con el fin de garantizar una atención oportuna y adecuada. Como parte de las estrategias implementadas, se organiza una sesión de fortalecimiento dirigida a todos los perfiles profesionales involucrados en la atención de personas con condiciones crónicas, durante esta sesión, se clarifican aspectos fundamentales del abordaje,

incluyendo la clasificación del riesgo, las derivaciones pertinentes y las estrategias de intervención específicas para cada caso. Este espacio busca asegurar que cada miembro del equipo esté alineado y capacitado para ofrecer una atención integral y personalizada, promoviendo la participación activa del paciente en su proceso de salud.

Como parte de las acciones de retroalimentación, se generan alertas dirigidas a cada profesional y su respectivo apoyo, basadas en el orden de abordaje poblacional según el grupo de riesgo. Se realiza el seguimiento correspondiente, priorizando inicialmente la gestión de los casos clasificados como alto riesgo y posteriormente, los de bajo riesgo.

Para el análisis y gestión de los casos derivados, así como para la intervención en aquellos pendientes, se proyecta la implementación de un sistema digital de seguimiento. Esta herramienta facilitará el monitoreo nominal de cada caso, optimizando la gestión y efectividad de las intervenciones. Además, establecerá canales de comunicación efectivos entre la coordinación, los líderes de cohorte y los profesionales asignados, permitiendo la generación de alertas oportunas que aseguren la atención de los casos aún no abordados. Esta estrategia busca mejorar la continuidad de la atención y garantizar que los pacientes con condiciones crónicas reciban el seguimiento adecuado, contribuyendo a una mejor calidad de vida y a la prevención de complicaciones asociadas a sus enfermedades.

SALUD MENTAL

Desde la cohorte de salud mental se identificaron 6592 casos derivados, con respuestas efectivas de 452.

Se realiza un plan de trabajo enfocado a la prevención y disminución en riesgos altos de salud mental, como son las conductas suicidas en todos sus eventos, como ideación, amenaza intento y consumado.

Brindando fortalecimiento a los profesionales sobre violencias y depresiones, para evitar que se puedan convertir en conductas suicidas desencadenantes. A su vez solicitando y reiterando a los profesionales de psicología y psicología clínica un abordaje individual, familiar, y de fortalecimiento de redes de apoyo y notificaciones pertinentes, a cada caso.

DISCAPACIDAD

Desde la gestión para la cohorte de discapacidad en el mes de abril se gestionaron desde el módulo ruteo del aplicativo 5747 de casos, de los cuales los estados con gestión telefónica y algún estado contactado (311), para la gestión de los casos la mayoría están derivados para el perfil profesional terapeuta, desde los cuales para el estado contactado recibió una gestión de 54 casos, 14 con información errada y 3 con No requiere visita; 25 aceptaron la atención por parte del perfil profesional terapeuta. La mayoría de casos sin gestión tuvieron observaciones sobre datos incorrectos, direcciones que no coinciden.

Comentado [53]: Se solicita ampliar el análisis de acuerdo con la indicación técnica de actividades para este perfil y el requerimiento en el formato establecido para el proceso. "Análisis por cada una de las cohortes de riesgo teniendo en cuenta lo que se hace desde la gestión lo que se identifica en las cohortes y las decisiones que se toman frente a estos hallazgos)"

Comentado [54]: ampliar en el apartado de gestión el avance del abordaje en los casos efectivos

A partir del seguimiento a la cohorte de discapacidad, se plantean estrategias de articulación para el fortalecimiento de los profesionales y promotores en los temas transversales de la estrategia de rehabilitación basada en comunidad, haciendo énfasis en que el equipo tenga el conocimiento sobre la articulación con entidades de la localidad y distrital para la garantía y acceso en derechos en educación, salud, trabajo y demás.

5.2.3 DERIVACIONES Y ACTIVACIÓN DE RUTAS SECTORIALES E INTERSECTORIALES.

El proceso de canalizaciones y activación de rutas es generado por el equipo operativo de los Equipos Básicos Extramurales de Hogar, quienes detectan los factores de riesgo en las intervenciones realizadas en campo, para el periodo del 1 de enero de 2025 al 30 de abril de 2025 se generó un total de 15.214 canalizaciones y activaciones de ruta a las EAPB.

Tabla 25. Canalizaciones Generadas desde los EBEH

Tablero de control RIAS EBEH	SUR			
	Número de canalizaciones o activaciones	Número de canalizaciones o activaciones efectivas	Número de canalizaciones o activaciones con otros estados	% efectividad
1 Ruta de promoción y Mantenimiento de la salud	9425	7898	1392	99%
16 RIAS para población con riesgo o presencia de trastornos visuales y auditivos.	3242	2808	406	99%
6 RIAS para población con riesgo o presencia de trastornos psicosociales y del comportamiento.	478	431	44	99%
2 RIAS para población con riesgo o presencia de alteraciones cardio — cerebro — vascular — metabólicas manifiestas	1347	1208	126	99%
9 RIAS para población materno — perinatal.	75	58	13	95%
3 RIAS para población con riesgo o presencia de enfermedades respiratorias crónicas.	258	232	25	100%
4 RIAS para población con riesgo o presencia de	4	3	1	100%

alteraciones nutricionales.				
7 RIAS para población con riesgo o presencia de alteraciones en la salud bucal.	59	44	14	98%
5 RIAS para población con riesgo o presencia de trastornos mentales y del comportamiento manifiestos debido a uso de sustancias psicoactivas y adicciones.	16	12	4	100%
17 RIAS para población con riesgo o presencia de trastornos degenerativos, neuropatías y auto-inmunes.	23	20	1	91%
8 RIAS para población con riesgo o presencia de cáncer.	2	2	0	100%
14 RIAS para población con riesgo o presencia de enfermedades y accidentes relacionados con el medio ambiente.	4	2	2	100%
13 RIAS para población con riesgo o sujeto de agresiones, accidentes y traumas.	29	26	3	100%
15 RIAS para población con riesgo o presencia de enfermedades huérfanas.	1	1	0	100%
10 RIAS para población con riesgo o presencia de enfermedades infecciosas.	5	4	1	100%
Sin aseguramiento	170	111	59	100%
Intersectorial	76	66	10	100%
Total	15214	12926	2101	99%

Fuente: Aplicativo SIRC, módulo canalizaciones. Consulta realizada el 15/05/2025. Subred Sur.

Con respecto a la efectividad de las RIAS activadas para el periodo del mes de enero 2025 a abril del 2025, se evidencia una efectividad del 84.96% (n=12.926) de estas activaciones realizadas, corresponden principalmente en un 61.94% (n=9.425) a promoción y mantenimiento de la salud, seguida de 21.30% (n=3.242) población con riesgo o presencia de trastornos visuales y auditivos. Adicional, con un 8.85% (n=1.347) población con riesgo o presencia de alteraciones cardio cerebro vasculares o metabólicas manifiestas.

Para los usuarios que no cuentan con un aseguramiento, se abordaron 170 casos canalizados con el propósito de obtener una respuesta por parte de Atención al ciudadano / orientación y afiliación de oficio SAT. Por otra parte, las canalizaciones intersectoriales activadas para los usuarios en las actividades rutinarias para el periodo en cuestión, se arrojaron un total de 76 activaciones, de las cuales, una cantidad importante se generaron para Secretaria de Integración Social y Alcaldía Local.

Comentado [55]: En la base enviada por el tecnico de Gesi se evidencia mas canalizaciones

Comentado [56R55]: Se realiza actualizacion segun descarga de planos SIRC

Desde la intersectorialidad, aseguramiento y EAPB adscritas al distrito, se evidencia el logro de respuestas efectivas, brindando como resultado la generación de un contacto oportuno con el usuario para el seguimiento y eliminación de barreras de acceso que se puedan presentar, así mismo, la prestación de la atención según la necesidad identificada mediante la aplicación de los tamizajes realizados por el equipo operativo. Se fortalece el proceso de canalizaciones y activaciones de ruta para mejorar en la calidad del dato y en la frecuencia de uso de la Resolución 3280 del 2018 para las atenciones y consecución de respuestas por parte de la EAPB.

Tabla 25. Canalizaciones Gestionadas desde los EBEH

Fuente que Genera la Canalización	SUR			
	Número de canalizaciones o activaciones	Número de canalizaciones o activaciones efectivas	Número de canalizaciones o activaciones con otros estados	% efectividad
10 Entorno Institucional	2	0	0	0%
2 Entorno Educativo	3	1	0	33%
4 Entorno Comunitario	1	0	0	0%
5 Transversalidad Vigilancia en Salud Pública	745	29	265	39%
6 Transversalidad GPAISP	3	0	0	0%
7 Transversalidad Gobernanza	2	1	0	50%
17 EBE - HOGAR	6	0	6	100%
Total	762	31	265	39%

Fuente: Aplicativo SIRC, módulo canalizaciones. Consulta realizada el 12/05/2025. Subred Sur.

R Durante el periodo comprendido entre el 1 de enero y el 30 de abril de 2025, desde EBEH se recibieron un total de 762 activaciones de ruta. De estas, una amplia mayoría corresponde a la fuente de transversalidad en Vigilancia en Salud Pública, representando un 97.76% del total (n=745). A la fecha de corte, se cuenta con una respuesta del 39.46% (n=294), distribuida en los diferentes estados de gestión de los casos.

Es importante destacar que la asignación de estas canalizaciones se realiza de acuerdo con las necesidades operativas y la capacidad de apertura de casos por parte de los profesionales en campo, que en su mayoría al ser casos de abordaje por criterio de

Comentado [57]: Que ha pasado con el abordaje de los demás casos? Por que no se ha dado respuesta y se tiene sólo el 39% de efectividad?

Comentado [58R57]: Verificar el total de canalizaciones por gestionar desde los EBEH, dado que se tiene un número mayor en estadísticas del SIRC

Comentado [59R57]: Actualmente no es posible generar una respuesta directamente en el SIRC ya que no se encuentra habilitada esta opción, se tiene un archivo compartido (DRIVE) con Canalizaciones del PIC en donde se realiza el cargue de la respuesta generada por parte de EBEH es por esto que los valores pueden variar

priorización en salud mental se asignan al perfil de psicología, quienes tienen una alta carga de seguimiento e intervención. Para mejorar la efectividad en la atención de estos casos, se ha implementado una estrategia de priorización mediante ruteo, la cual permite una distribución más equitativa y eficiente de los casos gestionados, acorde al territorio y perfil profesional correspondiente.

En cuanto al proceso de retroalimentación, se ha establecido una primera respuesta que permite clasificar el acceso al servicio como un “acceso efectivo”. Esta categoría se subdivide, a su vez, en “soporte de servicio de salud al que accedió la persona, familia o comunidad”. Dicho seguimiento se realiza con base en la información que inicialmente identifica la profesional encargada de canalizaciones mediante el Aplicativo SIRC, quien remite los casos al equipo de profesionales de apoyo. Posteriormente, los profesionales de apoyo asignan los casos a los profesionales de campo, teniendo en cuenta el territorio asignado y las competencias requeridas para su adecuado seguimiento. La información relacionada con el avance y cierre de estos casos es retroalimentada a través de un drive compartido con el equipo de canalizaciones del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), dado que aún no es posible realizar este proceso directamente en el aplicativo SIRC. Cabe señalar que las canalizaciones provenientes de la fuente EBE-HOGAR presentaron inconsistencias durante el proceso de digitación. Actualmente, estos casos se encuentran en proceso de revisión y ajuste, con el fin de corregir los errores identificados y garantizar la calidad de la información registrada.

5.3. APOYO DE LAS ACCIONES DE LOS EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES DE HOGAR

- El equipo de digitadores definió un plan de trabajo estructurado, en el cual se desglosaron las actividades específicas a desarrollar. Para garantizar su adecuada ejecución, se implementaron diversas herramientas de apoyo, tales como repositorios en Drive, bases de datos, guías operativas, sesiones de capacitación y procesos de reinducción. Asimismo, se articuló el flujo operativo con los equipos de Facturación y Agendamiento de la SISS, así como con el equipo de Gestión Operativa, con el fin de asegurar una integración eficiente de los procesos. Como parte del control y monitoreo, se establecieron mecanismos de seguimiento, incluyendo tableros de control, revisión de agendas, verificación del diligenciamiento de herramientas y otros instrumentos, permitiendo así un seguimiento sistemático y continuo del avance de las actividades.
- Adelantar balance de los casos abordados por los equipos, donde se evidencie el abordaje integral adelantado entre los promotores y los profesionales de cada uno de los territorios; así como el seguimiento a los planes de cuidado familiar instaurados.

Casos Derivados de promotor a Plan de Cuidado Familiar	Casos Derivados de promotor a Plan de	Casos derivados con respuesta	Casos derivados pendientes de respuesta por el
--	---------------------------------------	-------------------------------	--



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS
DE SALUD SUR E.S.E

(Acumulado de toda la vigencia; desde 10/12/2024 a la fecha de reporte)	Cuidado Familiar en el mes de reporte.	efectiva por el perfil correspondiente.	perfil correspondiente.
15970	3593	277	3316

Fuente: Reporte de intervenciones y Atenciones aplicativo GTAPS

En relación a los casos derivados desde el promotor a plan de cuidado familiar se tiene un consolidado del convenio de un total de 15.970 y para el periodo del 01 de abril al 30 de abril del 2025 se cuenta con un total de 3593 para un porcentaje de efectividad de 7.70% (n:277) es importante mencionar que la asignación de casos a los perfiles profesionales se realizan según el requerimiento de estos y a los planes de cuidado familiar que actualmente se encuentran con una implementación del plan de cuidado familiar.

Comentado [60]: No es clara esta justificación. Por favor ampliar y dar claridad del bajo porcentaje de efectividad

PLANES DE CUIDADO FAMILIAR (PCF) POR PERFIL/EQUIPO	PCF CONCERTADOS EN EL MES DE REPORTE	PCF CONCERTADOS EN LA VIGENCIA- ACUMULADO (Desde 10/12/2024 a la fecha de reporte)	PCF CON CIERRE EN EL MES DE REPORTE	PCF CON CIERRE EN LA VIGENCIA- ACUMULADO (Desde 10/12/2024 a la fecha de reporte)	% DE PCF CON CIERRE (Acumulado de PCF Concertado / Acumulado de PCF con cierre)	PCF ACTIVOS CON MÁS DE 6 SESIONES DE IMPLEMENTACIÓN
Enfermería	204	1349	265	1328	101.5%	183
Psicología	338	1367	257	1378	99%	331
Odontología	34	303	29	168	180%	2
Terapias	113	539	102	564	95.5%	3
Nutrición	2	21	19	83	25.3%	56
Ciencias Ambientales	136	289	85	366	79%	53
Equipos Afro	1	40	24	68	59%	70
Equipo Palenquero	0	0	0	0	0	0
Equipo Gitano	0	0	0	0	0	0
Equipos Ruralidad Cercana	17	100	25	122	82%	12
TOTAL	845	4008	806	4077	98.3%	710

Fuente: Reporte de intervenciones y Atenciones aplicativo GTAPS

Comentado [61]: Revisar datos. Se evidencia inconsistencia, dado que refieren tener sólo 69 planes de cuidado por cerrar (1.7%), pero por otro lado dicen tener activos 710 con más de 6 sesiones de implementación

En la tabla anterior se puede evidenciar que para algunos perfiles profesionales el porcentaje de planes de cuidado de cuidado familiar (PCF) con cierre supera el 100% lo anterior es debido a que para el nuevo convenio se realizaron cierres de PCF de meses anteriores correspondientes a los anteriores convenios.

Comentado [62]: Se debe relacionar únicamente los procesos de la vigencia actual

En relación a los PCF activos con más de 6 sesiones de implementación se puede evidenciar que estos se presentan en una mayor proporción con los eventos de acompañamiento psicosocial 33.80% (n: 240) debido a que se presentan eventos de interés en salud pública relacionados a conductas suicidas y/o signos de alarma en salud mental lo que impide el cierre del PCF debido a que se evidencian riesgos en la familia en relación a diagnósticos en salud mental diagnosticados durante las intervenciones realizadas según las activaciones de ruta realizadas por el perfil profesional seguido de este encontramos eventos de conductas suicidas 14.92% (n:106) en los cuales se identifica un alto riesgo debido a la no continuidad del tratamiento y/o consulta por los diferentes perfiles relacionados a barreras de acceso a

los servicios de salud; posteriormente tenemos el evento de DNT aguda/moderada en donde en su mayoría son menores en los cuales no se evidencia una ganancia de peso adecuada a pesar de ser adherentes a tratamiento nutricional y a los controles de pediatría o nutrición; familias con gestantes 8.59% (n: 61) debido a que las usuarias presentan complicaciones en donde en relaciones a los riesgos identificados pueden llegar a presentar una Morbilidad Materna Extrema y finalmente el evento de violencia reiterada 6.19% (n:44) en donde al seguir evidenciando riesgos en salud relacionados a negligencia y/o a lo no adherencia a servicios de salud relacionado a barreras en el acceso a los servicios de salud requiere de dar continuidad al PCF, es importante mencionar que el restante de los eventos presenta una menor proporción de casos que continúan sin cierre de PCF, se continúa retroalimentando a los profesionales la importancia de cierre de casos según los riesgos identificados en la familia y así mismo el alcance de los compromisos cumplidos.

Comentado [63]: En el primer porcentaje hace referencia a factores de riesgo psicosocial o conducta suicida???Que acciones se toman para la gestión y cierre de los planes de cuidado?

6. MONITOREO Y EVALUACIÓN

Las acciones de monitoreo y evaluación de los Equipos Básicos Extramurales de Hogar se llevan a cabo de manera permanente a partir de la implementación de los planes de cuidado territorial, familiar e individual, sin embargo, se establecen algunos indicadores de monitoreo permanente, que se alimentan en los espacios de comité de cuidado, con los avances permanentes que se tienen de la operación rutinaria de los equipos.

Tabla 32. Descripción Indicadores de gestión EBEH

INDICADORES DE GESTIÓN EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES							
No	Nombre	Definición	Numerador	Denominador	Uso	Línea de Base	Observación

1	Porcentaje de familias con cumplimiento de plan de cuidado familiar bajo Supervisión de los EBEH	Este indicador mide el porcentaje de familias dentro de la población objetivo que tienen cierre del plan de cuidado familiar por los EBEH en un período de tiempo específico.	Número de familias con cierre identificadas con Cumplimiento del Plan de Cuidado Familiar concertado	Número de familias con cierre	* Evaluar la efectividad de las acciones de gestión del riesgo familiar en modalidad extramural. * Monitorear el desempeño de los EBE y realizar ajustes necesarios para mejorar la cobertura.	95%	Este indicador debe tener la medición a nivel local, por sector catastral y equipo EBE y Promotor de salud
2	Porcentaje de Gestantes con Sífilis Gestacional que completan el Tratamiento bajo Supervisión de los EBEH	Este indicador mide el porcentaje de mujeres embarazadas diagnosticadas con sífilis que han completado el tratamiento recomendado bajo la supervisión de los Equipos Básicos Extramurales (EBEH).	Total, de mujeres embarazadas diagnosticadas con sífilis que han completado el tratamiento durante el período de evaluación.	Total, de mujeres embarazadas diagnosticadas con sífilis remitidas por las EPS o diagnosticadas por los EBEH durante el período de evaluación.	* Evaluar la efectividad de los programas de tratamiento de sífilis gestacional. * Identificar barreras en la administración y adherencia al tratamiento. * Planificar y asignar recursos de manera más eficiente. * Monitorear y mejorar la calidad de la atención prenatal.	100%	Este indicador requiere medición local y por EPS
3	Porcentaje de la población menor de 5 años del territorio asignado al EBEH con esquema de vacunación completo para la edad.	Este indicador mide el porcentaje de niños menores de 5 años en el territorio asignado a los Equipos Básicos Extramurales (EBEH) que han recibido todas las vacunas establecidas para su edad según el programa nacional de vacunación.	Total de niños menores de 5 años que han recibido todas las vacunas definidas para su edad durante el período de evaluación.	Total de niños menores de 5 años en el territorio asignado a los EBEH durante el período de evaluación.	* Evaluar la efectividad de los programas de vacunación infantil. * Identificar áreas geográficas o grupos poblacionales con baja cobertura de vacunación. * Planificar y asignar recursos de manera más eficiente. * Monitorear y mejorar la calidad de los servicios de vacunación.	95%	Este indicador requiere medición local y por EPS

4	Porcentaje de Gestantes con Sífilis Gestacional que presentan reinfección	Este indicador mide el porcentaje de mujeres embarazadas diagnosticadas con sífilis que han presentado reinfección bajo la supervisión de los Equipos Básicos Extramurales (EBEH).	Total, de mujeres embarazadas diagnosticadas con sífilis con reinfección durante el período de evaluación.	Total, de mujeres embarazadas diagnosticadas con sífilis remitidas por las EPS o diagnosticadas por los EBEH durante el período de evaluación.	* Evaluar la efectividad de los programas de tratamiento de sífilis gestacional. * Identificar barreras en la administración y adherencia al tratamiento. * Planificar y asignar recursos de manera más eficiente. * Monitorear y mejorar la calidad de la atención prenatal.	100%	Este indicador requiere medición local y por EPS
5	Porcentaje de Recuperación nutricional en menores de 5 años con DNT Y RIESGO	Este indicador mide el porcentaje de menores de 5 años que recuperaron peso bajo la supervisión de los Equipos Básicos	Menor de 5 años con recuperación de peso Zscore Mayor que -1,5	Menor de 5 años Identificada con DNT en intervención por los EBEH	* Evaluar la efectividad de los programas de vacunación infantil. * Identificar áreas geográficas o grupos poblacionales con baja cobertura de vacunación. * Planificar y asignar recursos de manera más eficiente. * Monitorear y mejorar la calidad de los servicios de vacunación.	95%	Este indicador requiere medición local y por EPS
6]	Fortalecimiento en habilidades de afrontamiento	Este indicador mide el porcentaje de usuarios que mejoran habilidades de afrontamiento bajo la supervisión de los Equipos Básicos	Usuarios con plan de cuidado terminado que mejoran habilidades de afrontamiento	Usuarios con plan de cuidado familiar terminado para habilidades de afrontamiento	- Evaluar la efectividad de las acciones de gestión del riesgo familiar en modalidad extramural. * Monitorear el desempeño de los EBE y realizar ajustes necesarios para mejorar la cobertura.	Por establecer	Este indicador requiere medición local y por EPS

7	Paciente controlado HTA	Este indicador mide el porcentaje de usuarios con cifras tensionales en rangos normales en población con HTA bajo la supervisión de los Equipos Básicos	Usuarios con cifras tensionales en rangos normales terminado la implementación de plan de cuidado	Usuarios con plan de cuidado de automanejo terminado	Evaluar la efectividad de las acciones de gestión del riesgo familiar en modalidad extramural. * Monitorear el desempeño de los EBE y realizar ajustes necesarios para mejorar la cobertura.	Por establecer	Este indicador debe tener medición por: * EPS que deriva casos * Población de grupo de riesgo por EPS (gestantes, menores de 5 años, usuarios con HTA y DM) y demás definidas en comité técnico.
8	Paciente controlado DM	Este indicador mide el porcentaje de usuarios con cifras tensionales en rangos normales en población con DM bajo la supervisión de los Equipos Básicos	Usuarios con glucometría en rangos normales terminado la implementación de plan de cuidado	Usuarios con plan de cuidado de automanejo terminado	Evaluar la efectividad de las acciones de gestión del riesgo familiar en modalidad extramural. * Monitorear el desempeño de los EBE y realizar ajustes necesarios para mejorar la cobertura.	Por establecer	Este indicador debe tener medición por: * EPS que deriva casos * Población de grupo de riesgo por EPS (gestantes, menores de 5 años, usuarios con HTA y DM) y demás definidas en comité técnico.
9	Efectividad en la Gestión de casos Ruteo	Este indicador mide el porcentaje de usuarios en la estrategia Ruteo con intervenciones efectivas bajo la supervisión de los Equipos Básicos	Número de casos con intervención efectiva por parte de los EBEH	Número de casos con gestión efectiva	* Evaluar la efectividad de las intervenciones en territorio de la modalidad de ruteo de los Equipos Básicos Extramurales. * Identificar sectores catastrales o grupos poblacionales con baja cobertura. * Monitorear el desempeño de los EBE y realizar ajustes necesarios para mejorar la cobertura.	Por establecer	Este indicador debe tener medición por: * EPS que deriva casos * Población de grupo de riesgo por EPS (gestantes, menores de 5 años, usuarios con HTA y DM) y demás definidas en comité técnico.

Fuente: Tablero de control interno de Indicadores de Gestión de EBEH

Tabla 33. Indicadores de gestión EBEH

INDICADORES DE GESTIÓN EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES				
No	Nombre	Numerador	Denominador	Porcentaje
1	Porcentaje de familias con cumplimiento de plan de cuidado familiar bajo Supervisión de los EBEH	807	885	91%
2	Porcentaje de Gestantes con Sífilis Gestacional que completan el Tratamiento bajo Supervisión de los EBEH	33	33	100%
3	Porcentaje de la población menor de 5 años del territorio asignado al EBEH con esquema de vacunación completo para la edad	767	845	91%
4	Porcentaje de Gestantes con Sífilis Gestacional que presentan reinfección	4	33	12%
5	Porcentaje de Recuperación nutricional en menores de 5 años con DNT Y RIESGO	52	92	57%
6	Fortalecimiento en habilidades de afrontamiento	0	0	
7	controlado HTA	224	243	92%
8	Paciente controlado DM	79	80	99%
9	Efectividad en la Gestión de casos Ruteo	2195	3169	69%

Fuente: Tablero de control interno de Indicadores de Gestión de EBEH

1. Cumplimiento de Plan de Cuidado Familiar

Comentado [64]: Validar los datos con las salidas finales

Comentado [Ib65R64]: Resuelto

El 91% de las familias bajo supervisión de los EBEH cumplieron con el plan de cuidado familiar, lo cual evidencia una adecuada adherencia a las recomendaciones y seguimiento efectivo por parte del equipo. Este resultado refleja un proceso de intervención territorial sólido y bien estructurado.

2. Tratamiento Completo de Sífilis Gestacional

El 100% de las gestantes con sífilis gestacional completaron su tratamiento bajo supervisión de los EBEH, lo que representa una gestión óptima del riesgo en salud materna y demuestra la efectividad del modelo en el seguimiento.

3. Vacunación en Menores de 5 Años

Se logró que el 91% de los menores de 5 años contaran con su esquema de vacunación completo según edad, lo que refleja una fuerte articulación con el componente de inmunizaciones y una adecuada cobertura de servicios básicos en el territorio.

4. Reinfeción por Sífilis Gestacional

Un 12% de las gestantes tratadas presentaron reinfeción, lo cual indica una alerta sobre factores de riesgo persistentes en el entorno de las gestantes, particularmente relacionados con determinantes sociales y adherencia en pareja. Este punto requiere fortalecimiento en educación sexual y seguimiento del entorno familiar.

5. Recuperación Nutricional en Menores con DNT y Riesgo

El 57% de los niños logró recuperación nutricional, este porcentaje refleja una oportunidad de mejora.

7. Paciente Controlado con HTA

La tasa de control en hipertensos es de 92%, lo que demuestra seguimiento clínico riguroso y cumplimiento terapéutico por parte de la población. Este indicador es clave para la reducción de eventos cardiovasculares y debe mantenerse o mejorar.

8. Paciente Controlado con Diabetes Mellitus

Se observa un excelente resultado en el control de pacientes con diabetes de un 99%. Este indicador destaca la efectividad del modelo extramural para seguimiento de enfermedades crónicas, particularmente con un abordaje integral y cercano al hogar.

9. Efectividad en la Gestión de Casos por Ruteo

El porcentaje de efectividad es del 69%, podría estar limitada por dificultades de contacto, datos desactualizados, rechazo a la atención o factores geográficos. Se deben reforzar estrategias de actualización de datos y comunicación efectiva.

7. CONCLUSIONES

Durante el mes de abril de 2025, la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur logró consolidar avances significativos en la implementación del modelo de atención extramural a través de los Equipos Básicos Extramurales de Hogar (EBEH). La reestructuración territorial permitió una delimitación más precisa y operativa del territorio, favoreciendo la cobertura de 204 territorios urbanos y rurales, de los cuales el 99.5% cuenta con apropiación efectiva.

Se evidenció un importante despliegue operativo en la ejecución de los planes de cuidado familiar e individual, con énfasis en riesgos priorizados como enfermedades crónicas, salud mental, salud ambiental, salud bucal, y condiciones diferenciales de grupos étnicos. La articulación intersectorial, la implementación del ruteo por cohortes de riesgo y la gestión de casos a través de los aplicativos institucionales permitieron una intervención más oportuna y eficiente.

Pese a los logros alcanzados, persisten desafíos operativos relacionados con la actualización de bases de datos, dificultades de contacto con los usuarios, y barreras en la adherencia a los controles en población con condiciones crónicas. Estos aspectos requieren estrategias de mejora continua y fortalecimiento de la capacidad instalada, en especial en procesos de seguimiento telefónico, capacitación técnica del talento humano y optimización del uso de herramientas digitales.

En conclusión, la gestión adelantada refleja una adecuada implementación de los lineamientos técnicos y operativos, así como una respuesta efectiva y comprometida frente a las necesidades en salud de la población adscrita. Se resalta la importancia de mantener el enfoque territorial, la participación comunitaria y la gestión diferencial como ejes centrales del modelo de atención extramural.