BOGOTÁ | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.

EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES DE HOGAR

PRODUCTOS:
INFORME DE AVANCE EN LA GESTIÓN TÉCNICA, ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA
CONVENIO7124327 DE 2024
DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.

FECHA (07/07/2025)
Bogotá D.C

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 TECNICA, 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 BASICOS EXTRAMURALES DE HOGAR 31
6. MONITOREO Y EVALUACIÓN 33
7. CONCLUSIONES 38

1. INTRODUCCIÓN

El presente documento da cuenta de los procesos de planeación desarrollados por el equipo de gestión y operativos de los Equipos Básicos Extramurales de Hogar, con el objetivo de garantizar la ejecución del convenio y el desarrollo de la operación, la información acá descrita da cuenta de la ejecución de acciones del 1 al 30 de junio del 2025

2. OBJETO

Aunar esfuerzos entre el FFDS y la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte 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 “MÁS Bienestar”.

3. ALCANCE

A través de este convenio se aunarán esfuerzos entre el FFDS-SDS y la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte 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 Nº.5 “lineamiento operativo”; Anexo Nº 6 “ Plan Programático y Presupuestal -PPP” y Anexo Nº.7.“Insumos requeridos”; en los cuales se establecen las directrices para la ejecución de 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

Comentado [1]: geografos

Para el ejercicio de planeación y delimitación territorial del mes de junio, y considerando la disponibilidad del talento humano contratado para este período, se realizó la apropiación y gestión de 117 territorios con promotores adscritos. Sin embargo, para cubrir las necesidades de la población y en reconocimiento de la importancia de atender los 83 territorios restantes, se optó por asignar provisionalmente a promotores que, tras un análisis geográfico por vecindad, se identificaron como cercanos a dichos territorios.

De esta manera, para el mes de junio, los 200 territorios de la Subred Norte se encuentran apropiados por promotores fijos o provisionales, sujetos a cambios diarios en la medida en que se adelante la contratación de nuevo talento humano. El total de manzanas delimitadas dentro de la Subred Norte es de 14.833

Tabla 1A. Delimitación territorial

LOCALIDAD	SECTORES CON DELIMITACIÓN	CANTIDAD DE TERRITORIOS POR LOCALIDAD	TOTAL DE MANZANAS DENTRO DE LOS TERRITORIOS
12-BARRIOS UNIDOS	38	6	1.218
02-CHAPINERO	56	7	1.183
10-ENGATIVÁ	81	68	4.241
11-SUBA	120	85	4.829
13-TEUSAQUILLO	33	7	1.026
01-USAQUEN	79	27	2.336
TOTAL	**407**	200	14.833

Fuente: Base de datos GDB

4.1.1 APROPIACIÓN TERRITORIAL

Comentado [2]: geografos

Para el mes de junio, dieciocho territorios presentaron cambios en el talento humano asignado, debido a la finalización de los contratos de los promotores adscritos (NT 010, NT015,NT028 NT037,NT039,NT044, NT049,NT050,NT052,NT059,NT064,NT066,NT067, TN095,TN102,TN137,TN145,TN150). No obstante, estas novedades fueron cubiertas con el ingreso de nuevo talento humano. De estos territorios, trece corresponden a la localidad de Engativá y cinco a la localidad de suba, Los cambios se presentaron de manera aleatoria y, en su mayoría, por motivos no directamente relacionados con la operación.

Cabe señalar que, durante el mes de junio, el enfoque operativo se centró en las tomas por sector catastral. En consecuencia, los promotores apropiados no desarrollaron acciones puntuales en sus territorios, como se venía realizando en meses anteriores. En el momento, contamos con 83 territorios sin promotor, sin embargo, tenemos apropiado un promotor provisional para dar cobertura.

Tabla 2A. Apropiación territorial

LOCALIDAD	CON APROPIACIÓN	SIN APROPIACIÓN	%
LOCALIDAD (Una fila por cada localidad de la subred)	Número de Territorios	Numero de territorios con cambios de talento humano en el periodo	Es el porcentaje territorios apropiados que tuvieron cambios en la distribución del talento humano
12-BARRIOS UNIDOS	6	**0**	**0**

02-CHAPINERO	7	**0**	**0**
10-ENGATIVÁ	68	**0**	**0**
11-SUBA	85	**0**	**0**
13-TEUSAQUILLO	7	**0**	**0**
01-USAQUEN	27	**0**	**0**
TOTAL	200	**0**	**0%**

Fuente: base de datos Geografica GDB subred Norte

Durante el ejercicio de apropiación para la intervención en sectores catastrales, se identificó un total de 21 sectores que se identificaron como no abordables, como se observa en la tabla 2B, pues su uso del suelo no corresponde a fines residenciales.

Estos sectores están conformados principalmente por parques metropolitanos, riberas de ríos, humedales, centros de convenciones, predios de uso estatal (como instalaciones militares) y, en algunos casos, zonas de reserva ambiental.

Aunque estos sectores actualmente no registran población residente, requieren un monitoreo constante por parte del componente geográfico, ya que algunos presentan predios urbanizados no edificados. Esta condición sugiere una alta probabilidad de transformación futura, especialmente hacia desarrollos como propiedades horizontales o incluso asentamientos informales, lo que podría modificar sustancialmente la dinámica territorial.

Tabla 2B. Sectores catastrales sin actividad residencial

LOCALIDAD	CODIGO DE SECTOR CATASTRAL	NOMBRE DE SECTOR CATASTRAL	FECHA	TOTAL, DE MANZANAS DE SECTORES CATASTRALES SIN POBLACION.
BARRIOS UNIDOS	005112	PARQUE DISTRITAL SALITRE	29/05/2025	2
	005115	PARQUE POPULAR SALITRE		
CHAPINERO	008319	EL BAGAZAL	29/05/2025	1
ENGATIVA	005662	EL CEDRO	29/05/2025	3
	005664	EL DORADO		
	106201	EL PANTANO		
	106301	ENGATIVA EL DORADO		

SUBA	009138	CASABLANCA SUBA URBANO I	29/05/2025	7
	009246	DELMONTE		
	009247	IRAGUA		
	009134	SAN JOSE V SECTOR		
	009268	SANTA CECILIA DE SUBA I		
	207801	SANTA CECILIA		
TEUSAQUILLO	005114	CAMPO EUCARISTICO	29/05/2025	10
	005109	CENTRO ADMINISTRATIVO OCC.		
	005108	CIUDAD UNIVERSITARIA		
USAQUÉN	008409	ESCUELA DE CABALLERÍA I	29/05/2025	21
	008419	ESCUELA DE CABALLERÍA II		
	008410	ESCUELA DE INFANTERÍA		
	008424	SEGUNDO CONTADOR		
	008539	TORCA I		

Fuente: Base de datos GDB

4.1.2 GESTIÓN TERRITORIAL

Comentado [3]: geografos

Para el mes de junio, el ejercicio de abordaje territorial se enfocó en las jornadas de toma por sector catastral. Por ende, no se realizó asignación de manzanas individuales a los promotores; en su lugar, la asignación se llevó a cabo por sector catastral y fue dirigida a las profesionales de apoyo a cargo de cada jornada. Esta estrategia tuvo como finalidad que cada profesional responsable pudiera distribuir el ingreso a las manzanas del sector catastral entre los diferentes promotores asignados para el desarrollo de las jornadas.Así pues, para el mes de junio se realizó la toma de 1.627 manzanas correspondientes a los 27 sectores catastrales priorizados durante este período: 114 en Barrios Unidos, 830 en Engativá, 630 en Suba y 53 en Teusaquillo.

De estas manzanas, el componente geográfico logró identificar 443 que presentan algún tipo de barrera, ya sea de carácter social, de seguridad, político o ambiental. Es importante resaltar el caso de las manzanas asignadas en las localidades de Barrios Unidos y Teusaquillo, las cuales, por sus características, presentan barreras de tipo social asociadas a la estratificación socioeconómica y al uso del suelo industrial, respectivamente. Para estos sectores en particular, se realizaron acercamientos con líderes sociales y presidentes de juntas de acción comunal, con el fin de lograr mayor visibilidad y garantizar la participación de la comunidad en las jornadas. De igual manera, la implementación de actividades

complementarias, como la “ feria de servicios”, con tomas rápidas y vacunación tanto humana como canina, permitió una mayor receptividad por parte de la comunidad.

Dentro del ejercicio de seguimiento a la gestión territorial, el componente geográfico elaboró mapas de efectividad por sector catastral, los cuales presentan, uno a uno, una radiografía del ejercicio desarrollado en cada sector. Para el análisis espacial, se destacó especialmente la receptividad de la comunidad en las manzanas aledañas a los puntos de encuentro y en aquellas cercanas a la ruta predefinida para el tránsito del equipo de artistas del componente comunitario.

Este análisis no solo evidencia la necesidad de mantener una articulación constante entre entornos, sino que también permite evaluar internamente la pertinencia de fortalecer el abordaje territorial con una mayor oferta de servicios en salud, de acuerdo con las características sociodemográficas de cada sector a intervenir.

Enlace a mapas de efectividad por sector catastral

MAPAS DE EFECTIVIDAD POR SECTOR CATASTRAL

Fuente: Elaboración propia

. **Tabla 3. Gestión territorial**

LOCALIDAD	MANZANAS CON DELIMITACION	MANZANAS ABDORDADAS	%	MANZANAS CON BARRERA	%	% Total de avance
12-BARRIOS UNIDOS	1.218	114	7.01%	114	7.01%	7.01
02-CHAPINERO	1.183	0	0	5	0	0
10-ENGATIVÁ	4.241	830	19.57%	250	5.89%	19.57%
11-SUBA	4.829	630	13,04%	70	1.44%	13.04%
13-TEUSAQUILLO	1.026	53	5.16%	9	5.16%	5.16%
01-USAQUEN	2.336	0	0	0	0	0
TOTAL	**14.833**	**1627**	**44.78%**	**443**	**19.5%**	**44.78%**

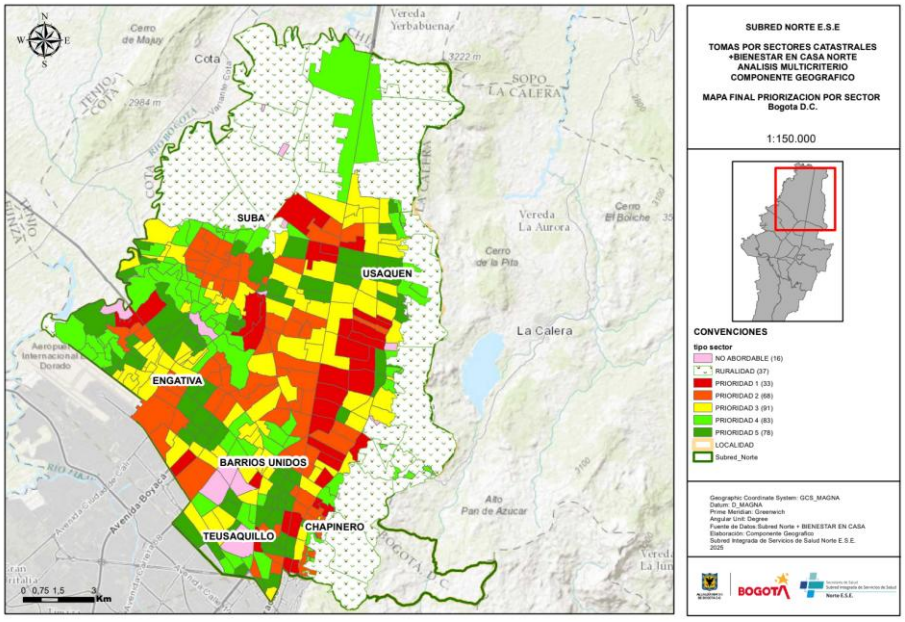
Fuente: base de datos Geográfica GDB subred Norte.

4.1.3 PLANEACIÓN DEL ABORDAJE

Durante el periodo comprendido entre el 1 y el 30 de junio, se llevaron a cabo las Jornadas "Más Bienestar a tu Hogar" en los sectores denominados “sectores naranjas”, definidos tras el análisis multicriterio realizado en mayo. Estas jornadas se articularon con los entornos del PIC y contaron con el acompañamiento de artistas, perifoneo, vacunación PAI, así como carpas de vacunación felina y canina.

Comentado [4]: En este apartado se debe incluir un mapa junto con la explicación de los sectores en color naranja y los demás colores, ya que representan una forma de organización del territorio previamente explicada por el componente geográfico. Es importante que no solo el equipo geográfico comprenda esta clasificación, sino también los demás actores involucrados en el proceso. Esta diferenciación territorial constituye un elemento fundamental en la gestión geográfica que se ha venido desarrollando y debe ser comprendida de manera transversal por todos los equipos.

Mapa general tomas por sector catastral.



Fuente: Elaboración componente geográfico Subred Norte.







En total, se realizaron 27 jornadas durante el mes, en las cuales nuestros gestores recorrieron las manzanas de los sectores, llevando a cabo caracterizaciones y difundiendo el programa.

Comentado [5]: se debe colocar una tabla con los sectores catastrales que se aboradaron en las tomas por localidad y fecha.

Tabla 1. Jornadas realizadas en el mes de Junio.

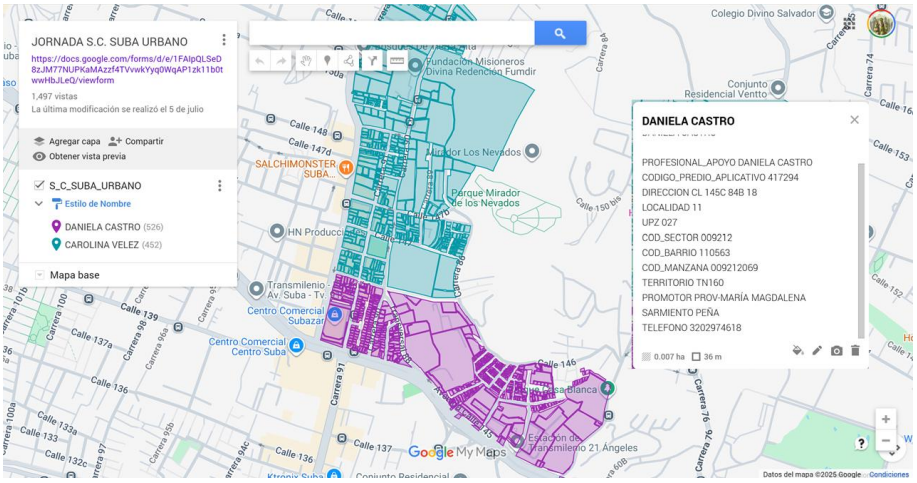
Número de Jornada	FECHA	LOCALIDAD	ID_SECTOR	SECTOR CATASTRAL
1	05/06/2025	ENGATIVA	005613	LA SERENA
2	05/06/2025	SUBA	009267	VILLA MARIA I
3	06/06/2025	ENGATIVA	005406	BONANZA
4	09/06/2025	ENGATIVA	005614	VILLA LUZ
5	10/06/2025	SUBA	009221	LA CHUCUA
6	10/06/2025	BARRIOS UNIDOS	007406	SANTA SOFIA
7	10/06/2025	BARRIOS UNIDOS	007402	JUAN XXIII
8	11/06/2025	ENGATIVA	005607	SAN IGNACIO
9	11/06/2025	ENGATIVA	005649	VILLAS DE GRANADA I
10	12/06/2025	SUBA	009203	PUERTA DEL SOL
11	12/06/2025	SUBA	009258	CASA BLANCA SUBA I
12	13/06/2025	ENGATIVA	005621	FLORIDA BLANCA
13	16/06/2025	ENGATIVA	005612	PARIS GAITAN
14	16/06/2025	SUBA	009228	LOMBARDIA
15	17/06/2025	SUBA	009108	CIUDAD JARDIN NORTE
16	17/06/2025	SUBA	009208	COSTA AZUL
17	18/06/2025	ENGATIVA	005668	VILLAS DE ALCALA
18	18/06/2025	SUBA	009211	EL POA
19	19/6/2025	SUBA	009120	NUEVA ZELANDIA
20	19/6/2025	ENGATIVA	005611	AUTOPISTA MEDELLÍN
21	20/6/2025	SUBA	009207	VILLA ELISA
22	24/6/2025	ENGATIVA	005601	EL MINUTO DE DIOS
23	25/6/2025	BARRIOS UNIDOS	005304	LA CASTELLANA
24	25/6/2025	TEUSAQUILLO	007107	LAS AMERICAS
25	26/6/2025	TEUSAQUILLO	007207	GALERÍAS
26	26/6/2025	SUBA	005402	SANTA ROSA
27	27/6/2025	ENGATIVA	005625	LOS ALAMOS

Fuente: Elaboración componente geográfico.

Para el desarrollo de cada jornada, desde el componente geográfico se brindó acompañamiento en campo, además de suministrar diariamente un Drive con la distribución del talento humano asignado a cada profesional de apoyo, así como un mapa en My Maps, donde se señalaban la delimitación del sector y la información catastral de cada predio. Asimismo, mediante un formulario de Google, los profesionales solicitaron el cargue de los predios que resultaron efectivos.

- My maps de referencia: https://www.google.com/maps/d/edit?mid=1M6Z23pxZJHlpibCTkDPFYpvX7m6QOWo&usp=sharing

Comentado [6]: esta muy bien colocar el link, pero seria bueno tambien mostrar el mapa en el documento, ya que al final el documento es impreso.



Hasta el momento, se ha cumplido el objetivo de visibilizar a nuestros equipos de "Más Bienestar" en el territorio, y se ha evidenciado una buena receptividad por parte de la población. A pesar de que algunos sectores presentaron alta complejidad —como aquellos con un alto porcentaje de propiedad horizontal, estratificación alta o rechazo hacia el programa—, se ha percibido un incremento en la efectividad de las jornadas.

Adicionalmente, los equipos de avanzada están realizando acercamientos uno o dos días antes de cada jornada, estableciendo contacto con líderes sociales, actores comunitarios y presidentes de juntas de acción comunal, con el fin de facilitar la difusión del programa y gestionar el ingreso a conjuntos residenciales.

Finalmente, a la fecha se continúa realizando alimentación al archivo de control, en donde podrán visualizar el cronograma y las fechas de las jornadas, datos del sector como número de predios, número de manzanas, número de promotores a asistir, profesionales de apoyo de la jornada, el punto de encuentro y los enlaces de la cartografía análoga en formato PDF y los enlaces de MyMaps.

4.1.3.1 ACCESO

Comentado [7]: joice

Durante el periodo del 1 al 30 de junio se ha realizado la gestión, seguimiento y monitoreo a las actividades de admisión, acceso y agendamiento desarrolladas por el grupo de acceso, para la implementación de planes de cuidado individual. Se avanza en el enlace y contacto con las EPS para la autorización de atenciones individuales cuando el caso lo amerite de acuerdo con las frecuencias de uso establecidas en la resolución 3280 de 2018 y el tipo de riesgo identificado. Se llevan a cabo 1048 admisiones discriminadas así:

- **Finalidad de la consulta**: Atención en planificación familiar 13, Consulta Psicología (2 Sesión) 42, Consulta Psicología (3 Sesión) 33, Consulta Psicología (4 Sesión) 17, Consulta Psicología (5 Sesión) 8, Consulta Psicología (6 Sesión) 6, Consulta Psicología (Sesión Final) 27, Consulta Psicología 1 vez 78, Crónico resolutivo 5, Detección de alteración de la vejez 367, Detección de alteración del joven 39, Detección de alteraciones de la adolescencia 5, Detección de alteraciones del adulto 337, Detección de alteraciones del crecimiento y desarrollo 31, Detección de alteraciones del embarazo 24, Resolutiva Enfermedad General 16, para un total de 1048 admisiones, donde se evidencia con mayor finalidad la consulta de Detección de alteración de la vejez con 367 de solicitudes admisiones un porcentaje de 35% evidenciando que que este grupo de población es el que tiene mayor solicitud de admisiones, seguido de la consulta de Detección de alteraciones del adulto con 337 solicitudes de admisión para un 32% y en un tercer lugar la Consulta Psicología 1 vez con 78 solicitudes para un 7%. Consultas por los profesionales de consulta de enfermería, medicina y psicología siendo estos tres perfiles los que solicitaron admisiones para atenciones individuales.
- **EAPB de solicitud de admisiones:** Aliansalud 5, Capital Salud 564, Compensar 41, Coomeva 2, Coosalud 2, Famisanar 56, No Asegurado 175, Nueva EPS 107, Otro 19, Salud Total 15, Sanidad Policía Nacional 9, Sanitas 48, Sura 5; siendo la EPS Capital Salud con mayor solicitud de admisiones con 564 solicitudes para un 54%. Las 1048 solicitudes de admisión se encuentran con estado de admisión ingresado, para posteriormente realizar la atención individual correspondientes.

4.1.3.2 AGENDAMIENTO

Este proceso se realizó acorde a la disponibilidad de la agenda de la subred, a partir de las necesidades identificadas por los Equipos Mas Bienestar a tu Hogar en territorio, tanto para consultas de la ruta de promoción y mantenimiento de la salud, atenciones resolutivas o de especialidades o procedimientos, en los casos de contar con órdenes pendientes por la asignación, igualmente la asignación correspondiente y seguimiento de las citas TIPO 4 ; para el mes de Junio se continuó con el fortalecimiento a gestores , profesionales y grupo de acceso frente al proceso de agendamiento de citas de población capitada en la subred como citas tipo 4, se realiza proceso de inducción el 05, 11 y 20 de junio a gestores y profesionales nuevos para el proceso de agendamiento, inducción a Digitadora nueva el 12 de junio con todo lo concerniente al proceso de agendamiento y cargue en el aplicativo de este proceso, fortalecimiento a digitadores en el agendamiento el 6 de junio, articulación con la SISS frente al proceso de agendamiento en Dinámica, facilitación de guías de agendamiento, claves de verificación de derechos de EPS Famisanar, Sanitas, Coosalud y Capital Salud y acuerdos para agendamiento de citas de especialidades cuando no se encuentre agenda por parte del grupo de acceso, esta reunión se lleva a cabo el 24 de junio,

reunión de equipo de fortalecimiento a Gestores y profesionales el 17 de junio, revisión de hallazgos de agendamiento por parte de los digitadores semanalmente donde se enfatiza en la recordación de las citas en el tiempo establecido, datos de contacto, seguimiento a la asistencia y diligenciamiento de base de agendamiento oportunamente, se lleva a cabo el envió de alertas de agendamiento inadecuado por promotor o profesional a las profesionales de apoyo con el fin de disminuir la no efectividad de la solicitud de la cita; la no efectividad se continua presentando por solicitudes de citas a población no capitada en la subred, a población migrante irregular, a población afiliada fuera de Bogotá, población sin documento, población sin afiliación activa a la EPS, solicitud de agenda de especialidad sin orden médica, usuarios no ubicables, no corresponde la frecuencia o rechazan el servicio. Se continúa con el cargue de las citas tipo 4 en el aplicativo posterior al agendamiento de estas por parte de los profesionales y promotores que es lo estipula el lineamiento, igualmente desde el grupo de acceso se continúa con la gestión de los casos que no tuvieron agendamiento en terreno siempre y cuando sea posible este agendamiento y el usuario lo permita, ya que en muchas ocasiones no es posible dado a que cuando se hace el contacto con el usuario el refiere que no desea la cita, que no tiene patologías crónicas, que no le sirve la agenda en lugar y hora que se tienen, no confía en el agendamiento, no está afiliado en Bogotá y no se puede hacer el agendamiento, es retirado o suspendido de la EPS, es migrante irregular por lo anterior no se les puede realizar el agendamiento para la mayoría de usuarios TIPO 4 que no se les realiza el agendamiento en terreno.

Como estrategia de mejora se continúa con la retroalimenta semanalmente a las profesionales de apoyo frente al agendamiento inadecuado para que le realicen el seguimiento correspondiente al grupo a cargo; con el grupo de acceso se realiza verificación diaria de las citas agendadas que tengan recordación a tiempo, igualmente se verifica semanalmente en el plano para evidenciar el seguimiento a la asistencia si este realiza, se revisa la frecuencias no realizadas si estas corresponden a las citas no efectivas, se mantiene articulación constantes con el área de agendamiento de la SISS para solicitudes de agenda, se tienen contacto directo con promotores y profesionales para agendamiento Tipo 4 en caso de no ser posible por parte de ellos la solicitan a la profesional de agendamiento y para claridades en la de solicitud de las citas. Se continua con el envío de solicitud a citas a las EPS cuando sea requerido el agendamiento y autorización de atención individual cuando el usuario tipo 4 es inasistente.

Tabla 4. Agendamiento

4.1.3.2.1 Agendamiento de citas

Comentado [8]: joice

Agendamiento / Consultas	Órdenes pendientes meses anteriores	Órdenes solicitadas en el mes de reporte	Citas agendadas en el período	Citas agendadas períodos posteriores	**Pendientes**
Agenda en unidades primarias resolutivas (se incluye la gestión de ordenes identificadas como pendientes en las diferentes intervenciones, gestión de las ordenes generadas en las atenciones individuales y las solicitadas por los equipos para usuarios capitados con la SISS)	311	996	928	123	256

Agenda en unidades básicas resolutivas de usuarios **tipo 4** realizado por promotores y profesionales	0	169	156	13	0
Total	**311**	**1165**	**1084**	**136**	**256**

Fuente: Aplicativo GTAPS módulo de agendamiento

Comentado [9]: Datos no coinciden con información en plano de agendamiento

En la anterior tabla de agendamiento se evidencia que para el mes de Junio se generan 996 órdenes para población capitada en la subred y se tenían pendientes de mes anterior 311 órdenes para un total 1307 de órdenes de población capitada, se logra el agendamiento de 1051 citas en unidades primarias resolutivas, para un porcentaje de cumplimiento de agendamiento del 80,41%, quedando 256 órdenes pendientes de agendamiento para un 19,59% pendiente, de las citas agendadas, 928 se agendaron para el mes de junio y 123 para periodos posteriores; en cuanto al agendamiento tipo 4 se agendan para el mes 169 citas, 156 de ellas para el mes de junio y 13 para periodos posteriores.

Tabla 4.1 Servicios agendados población capitada en la subred

Servicios agendados	Cuenta
ALTERACIÓN DEL MENOR EN 1 INFANCIA (0 MESES A 5 AÑOS)	11
ALTERACIÓN DEL MENOR EN INFANCIA (6 AÑOS A 11 AÑOS)	4
ALTERACIONES DE LA ADOLESCENCIA (12 AÑOS A 17 AÑOS)	9
ALTERACIONES DE LA ADULTEZ (29 AÑOS A 59 AÑOS - QUINQUENIO)	113
ALTERACIONES DE LA JUVENTUD (21 AÑOS A 26 AÑOS)	12
ALTERACIONES DE LA VEJEZ (60 AÑOS Y MÁS)	172
ALTERACIONES DEL EMBARAZO	2
AYUDAS DIAGNÓSTICAS	44
CIRUGÍA	5
CRÓNICO RESOLUTIVO	199
GASTROENTEROLOGÍA	1
GINECOBSTETRICIA	5
HIGIENE ORAL	93
MEDICINA FAMILIAR	42
MEDICINA INTERNA	26
NEUROLOGÍA	1
NUTRICION Y DIETETICA	16
OFTALMOLOGÍA	32
ORTOPEDIA Y/O TRAUMATOLOGIA	12
OTORRINOLARINGOLOGIA	1
OTRAS ESPECIALIDADES	36
PEDIATRÍA	17
PLANIFICACIÓN FAMILIAR	5
PROGRAMA CÁNCER DE COLON (DESPUÉS DE LOS 50)	8
PROGRAMA CÁNCER DE MAMA (50-69)	13
PROGRAMA CANCER DE PROSTATA (50-75)	4
PROGRAMA CCU (25 -69)	17
PROGRAMA TAMIZAJE VISUAL	35
PSICOLOGÍA	21
PSIQUIATRÍA	12
TOMA DE LABORATORIOS	78

UROLOGÍA	5
Total general	**1051**

Fuente: Aplicativo Módulo Agendamiento

En el cuadro se servicio agendado se logra ver que para el mes de Junio se agendan 1036 citas en unidades primarias resolutivas, con un aumento de agendamiento de 224 citas comparadas con el mes anterior, siendo la cita de crónico Resolutivo (Medicina General) la de mayor asignación con un 19% de lo agendado, seguida por la cita de alteraciones de la vejez con un 16% del agendamiento y en tercer lugar está la cita de alteraciones en la adultez con un 10%; evidenciando que el grupo etario de vejez son los que tienen mayor agendamiento.

Tabla 4.2 Servicios agendados población capitada en la subred por curso de vida

GRUPO DE ETARIO	CANTIDAD
ADOLESCENCIA	22
ADULTEZ	385
INFANCIA	16
JUVENTUD	64
PRIMERA INFANCIA	60
VEJEZ	504
Total general	**1051**

Fuente: Aplicativo Módulo Agendamiento

En el cuadro de agendamiento por curso de vida se observa que el grupo etario con mayor agendamiento fue el de vejez con 504 citas agendadas para un 48% de la agenda, seguido por el grupo de adultez con en 36% de la agenda y por último el grupo de juventud con un 6% de la agenda.

4.1.3.2.2 Seguimiento a las citas agendadas

Para este periodo se ha avanzado en el proceso de recordación de citas ya que se verifica diariamente en el aplicativo que citas se tienen para recordar y se realiza oportunamente, sin embargo también se ha evidenciado como falencia que él no cargue de la atención inmediatamente afecta la recordación, ya que se tienen 4 días posteriores para este cargue desde los promotores y profesionales, en ocasiones cuando se carga la atención y hay solicitud de cita tipo 4, ya la cita ha pasado o es el mismo día que se realiza la actualización del plano, para estas agendas se presentaría novedad de recordaciones; en el caso de las recordaciones de las citas capitada en la subred no se presentan estos inconvenientes dado a que el agendamiento se realiza directamente por el digitador, igualmente se revisa el plano para verificar si las citas tienen recordación y seguimiento a la asistencia realizando la retroalimentación al equipo de agendamiento, también se observa como falencia algunos datos de contacto erróneos por lo que se establece como recurso la revisión de diferentes fuentes para la actualización y poder comunicarse con los usuarios para las recordaciones y el seguimiento, cuando se trata de población capitada se realiza el seguimiento directamente en la página establecida y si no han reportado la asistencia se llama directamente al usuario, igualmente continua con fortalecimiento a Promotores donde se retroalimenta en criterios de priorización e identificación de riesgos, y citas que se deben agendar para dar resolutividad al tipo 4.

Para el mes de Junio se registran 169 agendas de usuarios tipo 4, los servicios agendados fueron Alteración Del Menor En primera Infancia (0 Meses A 5 Años) - T4 / 4, Alteraciones Del Embarazo - T4 / 7, Crónico Resolutivo - T4 / 22, Medicina Familiar - T4 / 7, Medicina General - T4 / 117, Medicina Interna - T4 / 12; evidenciando que el mayor servicio agendado fue medicina general con un 69% de asignación para este servicio.

Frente a la recordación se realiza de todos los usuarios agendados 1 día anterior o en algunos casos el mismo día en la mañana, o el día hábil anterior a la cita, las razones de inasistencia que se presentan son viaje, falta de interés, enfermedad general, no llega a tiempo a la cita, se les cruza con el trabajo, motivos personales, frente a esto se continúa fortaleciendo a los digitadores en la importancia de la recordación de citas enfatizando en hora, lugar y fecha de cita para que no presente esto; para el seguimiento a las citas agendadas se realiza desde el equipo de acceso la verificación en aplicativo de agendamiento o directamente con el usuario para confirmar que la cita haya sido cumplido, en caso de no asistencia se reporta a la EPS para el reagendamiento o para la autorización de atención individual, para las 28 citas canceladas, no asistentes o con inatencion T4, se realiza reagendamiento de 9 de la EPS capital salud, se envían autorizar 3 usuarios para atención individual de la EPS Capital las cuales fueron aprobadas, 4 usuarios de la EPS compensar de los cuales 3 fueron rechazados por qué no cumplían con criterio o por es hicieron ellos directamente la inclusión en la ruta y 1 en estado pendiente, Coosalud 1 el cual se encuentra pendiente, nueva EPS 3 en estado pendiente, Sanitas 1 en estado pendiente y Sura 2 en estado rechazado a los cuales les hicieron reagendamiento

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	169	141	23	5	0	169
Ordenes agendadas por el grupo de acceso de usuarios que capitán con la SISS	1051	903	114	33	1	1051

Fuente: Aplicativo GTAPS módulo de agendamiento

En el siguiente cuadro se puede observar un agendamiento de citas TIPO 4 de 169 agendadas con 83% de cumplimiento, las inasistentes son 23 que serían la suma de 12 no asistidas más las 11 canceladas para un total de 23, el cual disminuye con relación al mes anterior; el cumplimiento de la cita de la población capitada es de un 86% de efectividad, el cual aumentó 12% de cumplimiento con relación al mes anterior; quedan 1 cita por verificación de asistencia de la población capitada y 0 de agendamiento T4, ya que son agendadas para el mes siguiente; de la población capitada 77 fueron inasistentes y 37 canceladas para un total de inasistencia de 114 no asistidas, mostrando una disminución con relación al mes anterior que fueron 183 no asistidas. Las EPS donde se realizó el agendamiento TIPO 4 fueron: Unidad - Aliansalud 3, Unidad - Coosalud 1, Unidad - EPS Capital Salud 79, Unidad - EPS Compensar 28, Unidad - EPS Famisanar 14, Unidad - EPS

Salud Total 7, Unidad – EPS Sanitas 18, Unidad - Nueva EPS 13, Unidad – EPS Sura 5, Régimen especial 1, siendo la EPS Capital donde se agendaron mayor cantidad de citas T4 con 47% de lo agendado. Se continua trabajando en el bajo agendamiento de citas T4 ya que estas son responsabilidad del gestor y profesional en campo donde se les informa a las profesionales de apoyo el agendamiento realizado y las alertas T4 identificadas para la precrítica correspondiente con sus equipos; adicionalmente a los que no se les pudo agendar cita T4 cuando se les realiza el contacto para el agendamiento refieren que no necesitan la cita, que no la desean, que no tienen una condición crónica que amerite el agendamiento, que ya realizaron el agendamiento, que no desean dar datos, la agenda no es para donde ellos desean, no se encuentran afiliados, están sin portabilidad o traslado, están suspendidos de la EPS, son migrantes irregulares , lo que impide el agendamiento T4; la acción de mejora generada para el mes siguiente es que el grupo de acceso se continuara contactando con los no agendados para realizar el agendamiento en los casos que sea posible, igualmente se genera como acción de mejora la creación de una línea de contacto con un digitador para que se realice el agendamiento en tiempo real en caso de no ser posible por parte del gestor y profesional en campo, donde ellos después de no haber conseguido el agendamiento lo deben solicitar por esta línea; también se genera como plan de mejora el contacto directo con el gestor o profesional para esos casos no ubicables para que proporcionen nuevos números de contacto de esos usuarios tipo 4 a los cuales no les puede generar agendamiento porque no se pudo realizar el contacto con ellos, se continua con la inducción a los colaboradores nuevos para la comprensión de los agendamientos y también fortalecimiento en las reuniones de equipo y por último se envía el reporte diario con las profesionales de apoyo para la identificación de la población no agendada en campo.

4.1.3.2.3 Gestión de la estrategia de ruteo

Comentado [10]: joice

Durante el mes de junio, se llevó a cabo el seguimiento a los casos asignados por el nivel central a través del módulo de ruteo, los cuales corresponden a las cohortes priorizadas de riesgo: curso de vida mayor (CCVM), personas con discapacidad, materno perinatal y salud mental. En total, se identificaron 129.580 casos cargados desde los sistemas de información del nivel central, sin evidenciarse nuevas asignaciones directas por parte de la Subred en dicho periodo. Esta situación sugiere que no se han incorporado registros adicionales a las bases primarias del módulo de ruteo.

Comentado [11]: ajustar : MATERNO PERINATAL 1.093 INFANCIA 452 SALUD BUCAL 0 SALUD MENTAL 12.390 DISCAPACIDAD 6.580 CCVM 109.065 Total 129.580

Se logró avanzar en el proceso de acercamiento inicial a los usuarios, priorizados dentro del aplicativo de ruteo por cohortes de riesgo. Estas acciones incluyeron contactos telefónicos y visitas domiciliarias, facilitando así el inicio de la verificación de datos básicos y la caracterización preliminar de barreras que limitan el abordaje efectivo en territorio.

Avances y limitaciones en la implementación operativa

En comparación con los resultados obtenidos en mayo, para el mes de junio se reportó un crecimiento del 0,45% en la gestión de casos, lo cual representa un incremento marginal en la respuesta operativa. Sin embargo, persisten condiciones estructurales que dificultan la eficacia del proceso, entre las que se destacan:

Implementación de la estrategia salud ando ando, lo cual requirió que el 100 % de gestores en salud, de respuesta a la toma por sectores catastrales dejando a un segundo plano la gestión a los casos asignados desde la estrategia de ruteo para los gestores de salud, disminuyendo así el porcentaje de respuesta a dicha base.

Deficiencias en la calidad de la información registrada: Se identificaron errores frecuentes en los datos de localización, especialmente en los campos relacionados con números telefónicos y direcciones. Esta situación ha dificultado el contacto efectivo con un porcentaje representativo de la población priorizada.

Restricciones en la redistribución de casos asignados: La plataforma no contempla mecanismos automáticos de reasignación para aquellos usuarios que fueron vinculados a colaboradores que ya no hacen parte activa del proceso (ya sea por cambio de rol o desvinculación). Esto ha ocasionado la acumulación de casos sin responsable de seguimiento, generando un rezago en la cobertura proyectada.

Durante el mes, se adelantaron diferentes espacios de revisión técnica y seguimiento con los equipos operativos, donde se evaluaron los progresos obtenidos en la información consignada en el aplicativo GTAPS y se reforzaron lineamientos metodológicos. Estas sesiones de ajuste permitieron actualizar orientaciones clave en relación con el abordaje territorial, así como con el uso estratégico de la información disponible para mejorar la trazabilidad y gestión de los casos.

En cuanto al análisis específico de la base de Ruteo Cohortes, se identificaron una serie de hallazgos operativos relevantes que requieren atención para la toma de decisiones:

Durante el mes de junio, se mantuvo estable la asignación de usuarios en la base, con un total de **93,846 usuarios** durante la mayor parte del periodo. Sin embargo, hacia el cierre del mes se realizó un ajuste en la distribución, incrementando la asignación en varias cohortes específicas:

- **Cohorte materno perinatal**: se incrementó en **1,041 usuarios para un total de 1093 casos**, reflejando una ampliación en la cobertura de este grupo prioritario y de este grupo se avanzo en 11 caracterizaciones .
- **Cohorte de crónicos**: recibió un aumento significativo de **34,250 usuarios**, lo que representa una estrategia de fortalecimiento en la atención continua de condiciones de salud persistentes.
- **Cohorte de infancia**: se asignaron **452 usuarios.** .

Como resultado de estos ajustes, el mes finalizó con una asignación total de **129,580 usuarios** distribuidos entre las diferentes cohortes.

Comentado [12]: Soportar estas observaciones con datos , de esta manera se puede evidenciar el impacto en el avance de la estrategia

La cohorte de crónicos presentó una asignación total de **61.922 usuarios**, distribuidos en las diferentes manzanas que conforman la **Subred Norte**. Esta distribución se realizó entre diversos gestores en salud, sin embargo, se evidenciaron **desigualdades en la asignación**, principalmente en aquellas **UPZ con mayor concentración de casos**, lo que generó una carga desproporcionada para algunos gestores en salud, a pesar de esta asignación, **47,143 usuarios** permanecen **sin gestión activa por parte de un gestor en salud**, debido a que dichos casos no tienen una reasignación a un nuevo colaborador.

Se identificaron varios factores que contribuyen a esta situación:

- Algunos registros continúan vinculados a **gestores que ya no forman parte de los Equipos Básicos Extramurales de Hogar**.
- Otros gestores han sido **reubicados en funciones distintas**, lo que ha dejado sus asignaciones sin seguimiento.

Como consecuencia, **el 43.93% de los casos están pendientes por reasignar,** lo que ha tenido un impacto negativo en los resultados acumulados del periodo, afectando los indicadores operativos.

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
CCVM	109.065	0	109.065	179
DISCAPACIDAD	6.580	0	6.580	28
MATERNO PERINATAL	1093	0	1093	11
INFANCIA	452	0	452	0
SALUD MENTAL	12.390	0	12.390	203
TOTAL	129580	0	129580	421

Fuente: Módulo ruteo gestionados aplicativo GTAPS

Comentado [13]: Ajustar

Comentado [14]: Ajustar

En términos de avance operativo, se logró gestionar un total de 421 casos, cifra que corresponde a la suma de usuarios contactados telefónicamente y aquellos visitados presencialmente en territorio. Al desagregar esta información por cohorte, se observa el siguiente progreso en términos porcentuales frente al total de casos cargados:

Condiciones Crónicas (CCVM): 179 casos gestionados de 109.065, lo que representa un avance del 0,16%.

Discapacidad: 28 casos gestionados de 6.580, equivalente al 0,43%.

Materno perinatal: se evidenció un avance del 5.58%, representado por 11 casos gestionados de un total de 1093 registros. Sin embargo, es fundamental precisar que estos 11 casos se encuentran relacionados con una base de datos reciente, cargada al sistema hacia finales de dicho mes, y cuya calidad presenta limitaciones importantes.

Durante la validación técnica, esta base fue **r**etornada al nivel central debido a la detección de múltiples **i**nconsistencias estructurales, tales como duplicación de registros y asignaciones repetidas de usuarios que ya estaban siendo atendidos por los equipos operativos. Esta situación generó interferencias en la trazabilidad de los casos y evidenció

fallas en los procesos de depuración y control previo a la asignación de nuevas cargas operativas.

Adicionalmente, se identificó que una la totalidad de los casos reportados en ruteo ya contaba con intervención desde el mes de mayo, en cumplimiento de los criterios de priorización clínica y territorial previamente establecidos. Por tanto, aunque el porcentaje de avance registrado puede interpretarse insignificante, en realidad no incorpora esfuerzos acumulados en ciclos anteriores.

Este escenario resalta la necesidad urgente de fortalecer los mecanismos de validación y cruce de información interinstitucional, con el fin de evitar duplicidades, garantizar la oportunidad en las asignaciones y preservar la calidad del dato como eje fundamental para la toma de decisiones en salud pública.

Salud mental: 203 casos gestionados sobre un total de 12.390, con un avance del 1,64%. En conjunto, la gestión global frente al universo total de casos alcanza apenas un 0,45%, lo que evidencia una brecha significativa en la respuesta operativa frente a las necesidades de contacto y abordaje.

Un factor determinante que afectó este bajo desempeño fue el inicio de la estrategia Salud Ando Ando, implementada por los gestores territoriales durante el mes. Esta actividad, que requirió la presencia activa en territorio de gran parte del personal operativo, dificulta la respuesta oportuna a los casos asignados del grupo de condiciones crónicas, particularmente en lo relacionado con el abordaje remoto y telefónico.

Adicionalmente, se identificaron diversos elementos estructurales que continúan limitando el flujo eficiente del proceso de gestión de casos en el módulo de ruteo:

Desigualdad en la asignación de casos entre gestores, lo cual genera una carga operativa desbalanceada y reduce la equidad en el abordaje territorial.

Priorización de casos críticos provenientes de otras estrategias como Ángeles Guardianes, reportes por referencia distrital, y bases institucionales como SIVIM o SISVECO, lo que desvía recursos humanos hacia situaciones de atención inmediata.

Restricciones éticas y técnicas asociadas a los tiempos establecidos para la atención de algunas cohortes, especialmente aquellas que requieren intervención clínica oportuna, donde no es viable postergar la gestión para ciclos posteriores sin poner en riesgo al usuario.

La ausencia del recurso humano proyectado para la vigencia actual ha limitado significativamente la capacidad operativa del equipo, lo que ha impedido la ejecución de un mayor número de abordajes durante el mes. Esta situación ha restringido el avance en la gestión de casos contenidos en la base de ruteo, afectando directamente el cumplimiento de los objetivos establecidos en términos de cobertura y respuesta a las cohortes priorizadas.

A pesar de estas limitaciones, se desarrollaron acciones estratégicas para fortalecer el proceso de ruteo, entre ellas:

Depuración y cruce de información con diversas fuentes, incluyendo bases como el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) y el listado de usuarios capitados, con el fin

de mejorar la calidad de los datos y facilitar el contacto efectivo.

Verificación de información por parte del equipo técnico, mediante llamadas de validación aleatorias a usuarios no contactados o con estado de fallo, permitiendo la actualización de datos de contacto y la rectificación de inconsistencias.

Fortalecimiento de capacidades del talento humano, mediante jornadas de capacitación en campo, con énfasis en la correcta interpretación del módulo de ruteo, manejo de cohortes y enfoque territorial.

Seguimiento continuo del avance operativo, a través del envío periódico de reportes a dinamizadores y profesionales de apoyo, promoviendo la retroalimentación constante y la toma de decisiones informada.

Estas acciones han sido clave para iniciar el fortalecimiento del proceso, mejorar la consistencia de la información y desarrollar habilidades técnicas en el equipo territorial, en línea con los principios del Modelo MÁS Bienestar y las directrices del enfoque de gestión del riesgo en salud. No obstante, se hace necesario redoblar esfuerzos en términos de priorización, asignación equitativa y sostenibilidad operativa, con el fin de garantizar una respuesta más eficiente y oportuna frente a los casos priorizados.

GESTIÓN TELEFÓNICA			
Estado de Gestión	**Casos plan de cuidado familiar**	**Casos plan de cuidado individual**	**Total**
Contactado	399	0	399
No contactado 1	216	0	216
No contactado 2	87	0	87
No contactado 3	227	0	227
Visita en campo	22	0	22
Total	951	0	951

Fuente: Módulo ruteo gestionados aplicativo GTAPS

Durante el mes de junio, se registraron avances puntuales en la estrategia de contacto telefónico dirigida a los usuarios priorizados dentro del plan de cuidado familiar, en el marco del seguimiento de la base de datos del módulo de ruteo. De un total de 421 casos gestionados por los equipos operativos, se logró establecer contacto con 399 usuarios, lo que representa un 41,94% de efectividad en las llamadas realizadas. Esta cifra incluye aquellas situaciones en las que se entabló comunicación directa con el usuario o su núcleo familiar, independientemente de si se concretó o no una intervención presencial.

El restante 58,06% (552 casos) se clasificó como no contactado, distribuyéndose de la siguiente manera:Primer intento fallido: 216 casos. Segundo intento sin respuesta: 87 casos.Tercer intento sin contacto exitoso: 227 casos. Casos que requirieron desplazamiento a territorio: 22 casos, correspondientes a visitas domiciliarias.

Estos resultados evidencian las limitaciones operativas en la efectividad del canal telefónico, atribuibles en gran medida a la falta de calidad en los datos de contacto

suministrados desde las bases centrales. Esta problemática ha generado un desgaste considerable en el personal encargado, debido al tiempo invertido en intentos de contacto infructuosos y la imposibilidad de avanzar en la caracterización oportuna de los casos priorizados.

En respuesta a este escenario, se han implementado acciones correctivas que incluyen la priorización de visitas presenciales como alternativa al contacto telefónico, aunque su cobertura sigue siendo limitada en relación con la magnitud de la base asignada. También se han ejecutado ajustes parciales en la conformación del equipo de trabajo, como consecuencia de renuncias, cambios de rol y rotaciones internas.

Adicionalmente, se identificó que la distribución actual de casos presenta una desigualdad significativa, con algunos colaboradores que gestionan más de 400 usuarios, mientras otros no cuentan con asignaciones activas. Este desequilibrio operativo, sumado a la participación del equipo en actividades externas y contingencias territoriales como el acompañamiento a comunidades en el Parque Nacional, terminales de transporte, instituciones educativas, paga diarios y la estrategia Salud Ando Ando ha limitado la disponibilidad del recurso humano para actividades de rastreo telefónico.

En este contexto, se hace necesario implementar una reorganización territorial de los casos, acompañada de una redistribución equitativa de las cargas operativas, con el objetivo de mejorar la eficiencia institucional, optimizar el rendimiento del talento humano disponible y garantizar una mayor cobertura de contacto efectivo durante los próximos ciclos operativos.

Tabla 7. Gestión ruteo- casos contactados

Comentado [15]: joice

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	200	0
FALLECIDO	2	0
NO REQUIERE VISITA GESTION EFECTIVA	3	0
FUERA DE LA CIUDAD	7	0
RECHAZADO	58	0
ACTUALIZAR DIRECCION MISMA SUBRED	1	0
OTRA SUBRED	10	0
CAMBIO DE PRIORIDAD	2	0
NO CUMPLE CRITERIO	0	0
INFORMACIÓNN ERRADA	138	0
TOTAL	421	0

Fuente: Módulo ruteo gestionados aplicativo GTAPS

Durante el mes de junio, el análisis de la gestión de casos contactados revela que, de un total de 421 registros provenientes del SDS, una proporción significativa, 200 casos,

equivalente al 47.5%, aceptaron la atención ofrecida. Este dato resulta alentador, ya que indica un grado considerable de receptividad por parte de la población intervenida. La aceptación sugiere que los mecanismos de contacto inicial, el mensaje transmitido por los equipos de campo y la pertinencia de la oferta de servicios fueron percibidos como válidos y confiables.

Por otro lado, una de las principales causas de gestión inefectiva es la existencia de información errada, que afecta a 138 casos, es decir, el 32.8% del total. Esta categoría concentra situaciones donde los datos de contacto estaban desactualizados, mal registrados o duplicados, lo cual imposibilitó ejecutar la gestión. Este hallazgo pone en evidencia una falla estructural en las fuentes de información utilizadas para la carga inicial, y subraya la necesidad de establecer procesos sistemáticos de depuración, verificación y cruce de datos antes de que se dé paso a la asignación territorial. La articulación interinstitucional, por ejemplo, con EPS, Sisbén o bases del sistema local, podría ser clave para reducir esta incidencia y mejorar la eficiencia operativa en futuras intervenciones.

En cuanto a los casos en los que la gestión fue rechazada de manera explícita, se identificaron 58 casos (13.8%). Estos rechazos podrían atribuirse a múltiples causas, entre ellas, desconfianza hacia el personal de salud, experiencias previas poco satisfactorias, o desconocimiento del objetivo de la intervención. Frente a este escenario, es crucial replantear las estrategias comunicativas utilizadas, fortaleciendo tanto la empatía en el abordaje como la claridad en la transmisión del propósito de la atención. Se sugiere también reforzar los procesos de sensibilización comunitaria antes del contacto, involucrando actores locales que puedan ejercer un papel mediador para facilitar la aceptación.

Otras categorías que también impidieron una gestión efectiva, aunque con menor frecuencia, fueron los casos fuera de la ciudad (7), asignaciones a otra subred (10), o aquellos que requerían una actualización de dirección dentro de la misma subred (1). Estas situaciones, sumando un 4.3% del total, reflejan desafíos logísticos relacionados con la georreferenciación y la asignación territorial de los casos. Es importante implementar mecanismos que permitan verificar el lugar de residencia real antes de realizar la asignación, así como desarrollar procedimientos más ágiles para la reasignación intersubred, de forma que se eviten pérdidas de oportunidad en la atención.

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

ESTADO FINAL DEL CASO	
ESTADO DE CIERRE	**# CASOS**
EFECTIVO	142
FALLIDO	9
NO RESIDENCIAL	0
TOTAL	151

Fuente: Módulo ruteo gestionados aplicativo GTAPS

Comentado [16]: Cuales son los motivos del bajo porcentaje de casos con una respuesta en campo . dado que de los 200 casos que en contacto telefónico aceptan la visita solo 46 sean abordados en campo.

De los 200 casos gestionados que lograron alcanzar un estado acepta atención, se evidencia que 142 fueron catalogados como **efectivos**, lo que representa aproximadamente

el 71% del total. Esta proporción sugiere una gestión sólida y bien articulada por parte del equipo responsable, pues una gran mayoría de los casos lograron concluir de manera satisfactoria los procesos de atención o acompañamiento planteados inicialmente.

En contraste, se identificaron **7 casos con estado de cierre fallido**, lo que equivale al 13.2% del total. Aunque el número absoluto es relativamente bajo, resulta clave analizar sus posibles causas para fortalecer futuras estrategias. Estos casos fallidos muy probablemente se relacionan con categorías identificadas en los datos anteriores, tales como “rechazado”, “información errada” o “fuera de la ciudad”. Es decir, podría tratarse de usuarios que inicialmente aceptaron la atención, pero en el transcurso del proceso no se pudo consolidar la visita, no se logró contacto efectivo por dificultades operativas, o finalmente desistieron. Este tipo de fallas también podrían estar vinculadas con cambios no anticipados en la disponibilidad del usuario, la desconfianza frente a la intervención o una desconexión entre las expectativas generadas inicialmente y el tipo de servicio efectivamente ofrecido.

Frente a estos fallos, es importante destacar que ya se han venido implementando acciones correctivas y preventivas, como la depuración de bases de datos para reducir la incidencia de información errada, el fortalecimiento de estrategias de comunicación empática desde el primer contacto y la reestructuración de los flujos de reasignación territorial en casos de subred incorrecta o cambios de residencia. Además, para los casos rechazados o no concluidos, se están explorando rutas de recontacto y abordajes diferenciados que tengan en cuenta las particularidades sociales, culturales y emocionales del usuario, lo cual es fundamental para recuperar la confianza y promover una atención centrada en la persona.

Finalmente, es importante señalar que no se reportaron casos en la categoría **“no residencial”**, lo cual indica que se pudo verificar que los predios estuvieran habitables y además de confirmar datos del usuario índice, dando así alguna gestión a los casos reportados.

4.2 GESTIÓN FAMILIAR E INDIVIDUAL

4.2.1 ABORDAJE TERRITORIAL Y CARACTERIZACIÓN PARA LA IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS.

En el marco del proceso de apropiación territorial, se evidencia una gestión destacada, con un total de **7.217 predios gestionados** en las diferentes localidades. De estos, **el 99,25%** de las visitas fueron efectivas (7.163 predios), lo que refleja una sólida capacidad operativa y una ejecución altamente eficiente por parte del equipo de gestión.

Los resultados también revelan lo siguiente:

- **0,47%** de los predios fueron clasificados como *ausentes* (34 predios).
- **0,17%** corresponden a *predios no residenciales* (12 predios).
- **0,08%** fueron registrados como *en estado rechazado* (6 predios).
- **0,03%** se catalogaron como *gestiones fallidas* (2 predios).

Comentado [17]: Este porcentaje tendría que ir en relación a los 200 usuarios que aceptan la visita.

Comentado [18]: Revisar cual es el aspecto positivo, teniendo en cuenta que previo a este estado, se hizo un contacto telefónico en donde se verifican datos de ubicación del usuario.

Comentado [19]: juan, por fi no olvidar analisis

Estos indicadores confirman un proceso de campo altamente efectivo, con un margen mínimo de incidencias no exitosas. La alta proporción de visitas con gestión efectiva sugiere una adecuada planificación, un profundo conocimiento del territorio y una sólida articulación operativa. Sin embargo, la presencia de predios ausentes o rechazados resalta oportunidades de mejora, tanto en la programación estratégica de las visitas como en el fortalecimiento del vínculo con la comunidad.

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
1 – Usaquén	145	144	0	1	0	0
2 - Chapinero	59	59	0	0	0	0
10 – Engativá	3514	3507	0	1	1	5
11 – Suba	2901	2880	2	4	1	14
12 – Barrios Unidos	359	334	0	0	10	15
13 – Teusaquillo	239	239	0	0	0	0
Total	7217	7163	2	6	12	34

Fuente:

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.

Se intervinieron 7.217 predios, de los cuales 7.163 fueron gestionados de manera efectiva, lo que equivale a una efectividad del 99,25%. Este resultado refleja una implementación eficaz del proceso. Con base en los abordajes desarrollados en las diferentes localidades, se logró caracterizar un total de 6.503 familias, de las cuales 754 corresponden a procesos de actualización, lo que representa aproximadamente un 11,6% del total. Estas acciones han permitido la identificación y priorización de familias de acuerdo con su nivel de vulnerabilidad, clasificándose en alta, media y baja prioridad.

Las localidades con mayor número de familias caracterizadas son:

- Engativá, con 3.287 familias (50,5% del total).
- Suba, con 2.558 familias (39,3% del total).

Comentado [20]: juan

Comentado [21]: analisis daniela

Estas dos localidades concentran más del 89% del total de familias caracterizadas, lo cual refleja una focalización territorial hacia zonas con mayor densidad poblacional y probablemente con mayores necesidades de intervención.

En cuanto a la clasificación por niveles de prioridad:

- 2.247 familias (34,5%) fueron clasificadas en prioridad alta.
- 747 familias (11,5%) en prioridad media.
- 3.509 familias (53,9%) en prioridad baja.

Estos datos permiten orientar acciones más precisas y focalizadas según el grado de vulnerabilidad, optimizando así la planificación y ejecución de intervenciones sociales y comunitarias en cada territorio.

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
1 – Usaquén	51	23	88	37	6	8
2 – Chapinero	21	37	59	11	0	10
10 – Engativá	3287	369	3909	1104	380	1803
11 – Suba	2558	284	3039	911	303	1344
12 – Barrios Unidos	306	40	376	117	40	149
13 – Teusaquillo	280	1	285	67	18	195
Total	6503	754	7756	2247	747	3509

Fuente:

Tabla 9. Acciones de seguimiento familiar acorde a prioridad:

Comentado [22]: juan

Conforme a los datos reportados en la tabla, se identifican un total de 1003 seguimientos familiares realizados, la mayoría en modalidad presencial y solo 1 telefónico. El seguimiento se distribuyó según la prioridad asignada a las familias durante el proceso de caracterización, con el siguiente resultado:

Tipo de seguimiento / Prioridad	Alta	Media	Baja
Presenciales	331	19	652

Telefónicos	0	0	1
Total	331	19	653

4.2.2. EJECUCIÓN DE PLAN DE CUIDADO FAMILIAR E INDIVIDUAL

Comentado [23]: vicki

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
01-Usaquen	83	83	109	0
02- Chapinero	0	0	5	0
10-Engativá	186	186	0	0
11-Suba	267	267	1	0
12- Barrios Unidos	6	6	14	0
13-Teusaquillo	5	5	0	0
TOTAL	547	547	129	0

Fuente: Reporte de intervenciones y Atenciones aplicativo GTAPS.

Comentado [24]: la estrategia guardianes de la gestación más bienestar se dejó como único producto de reporte en la política pública y es compromiso desde el parem para el ministerio de salud les pregunto nuevamente no se logró hacer atenciones en la estrategia???????????????

La tabla evidencia las actividades realizadas en las 6 localidades de la Subred Norte, en estas 5 localidades se llevaron a cabo atenciones individuales y acciones educativas individuales, registrando el mayor número en la localidad de Suba con el 55.6% (n=267),seguido por la localidad de Engativá con 34.5% (n=186), en un tercer lugar la localidad Usaquén con el 15.2% (n=83), por último se identifican la localidad de Barrios Unidos con el 1,1 % (n=6) y Teusaquillo 1 % (n=5), se evidencia con respecto al mes inmediatamente anterior que se duplicó el número de atenciones individuales aunque se continúa con el abordaje y jornadas de fiebre amarilla y atención a la comunidad embera, se atendieron sus necesidades de acuerdo con los hallazgos identificados y se realizó la entrega de órdenes de laboratorio y medicamentos para su respectiva gestión.

Durante el período de atención, se realizaron un total de 546 atenciones. El grupo etario con mayor número de atenciones fue el de adultez, con un 45,4% (n=248), seguido por vejez, con un 25,4% (n=139), luego los jóvenes con un 12.6% (n=69), . A continuación, se presentan los diagnósticos más prevalentes durante las atenciones; sin embargo, es importante señalar que el diagnóstico más frecuente fue el Examen Médico General, correspondiente a la consulta de Pyd, con un 90.8% (n=496), , seguido por el control de salud de rutina del niño con 5.3% (n=29).

Durante el período de atención, se realizaron un total de 546 atenciones. La mayoría de estas se concentraron en el grupo etario de la adultez, que representó el 45,4% (n=248) del total, seguido por el grupo de vejez con un 25,4% (n=139), y en tercer lugar los jóvenes, con un 12,6% (n=69). El restante 16,5% corresponde a otros grupos etarios no especificados en el informe. En cuanto a los diagnósticos más frecuentes, el Examen Médico General, correspondiente a la consulta de Pyd, fue el más común, representando un 90,8% de las atenciones (n=496), lo que evidencia un fuerte enfoque en el control general de salud. En segundo lugar se encuentra el control de salud de rutina del niño, con un 5,3% (n=29). Estos datos indican que la mayor demanda de atenciones provino de la población adulta y adulta mayor, lo que puede reflejar una alta necesidad de seguimiento médico en estas etapas de la vida. Por otro lado, la baja proporción de atenciones pediátricas y en jóvenes podría sugerir una menor utilización de los servicios de salud por parte de estos grupos o una menor prevalencia de afecciones que requieran atención médica frecuente.

Con respecto al seguimiento y entrega de estos usuarios, se continúa realizando el envío mensual de los usuarios atendidos a la ruta cardio-cerebrovascular y metabólica, para dar continuidad al tratamiento y garantizar la adherencia a la misma.

Se reportan 129 grupos de familias para las 6 localidades. Siendo la localidad de Usaquén la que presente el mayor número de sesiones con 14.7% (n=109), el segundo lugar la localidad de Barrios Unidos con el 10.8% (n=14), las localidades de Chapinero y Suba con un 3.8% (n=5) y Suba 0.7% (n=1) , se abordaron temáticas de acuerdo con el curso de vida y que fortalecen las acciones colectivas e individuales realizadas en las viviendas.

Durante este período se llevaron a cabo jornadas de vacunación contra la fiebre amarilla, siguiendo las directrices de la Secretaría Distrital de Salud (SDS). Estas actividades se desarrollaron en la localidad de Usaquén, específicamente en la Terminal de Transporte del Norte. En el lugar, cuatro médicos estuvieron a cargo de la atención a los usuarios realizando el diligenciamiento de encuesta que evalúa los criterios para administración de vacuna en mayores de 60 años, también estuvieron en disposición para atender cualquier evento adverso que se pueda presentar con respecto a la vacunación en la jornada que requerían la vacuna. En total, se realizaron 109 jornadas de vacunación.

Asimismo, se brindó acompañamiento integral a la comunidad Emberá, inicialmente ubicada en el Parque Nacional. Durante este proceso, se identificaron riesgos en salud y se ofreció atención médica a cada una de las personas que lo requirieron, con el objetivo de favorecer su condición de desplazamiento y prevenir complicaciones que pudieran incrementar los factores de morbimortalidad. En total, se desarrollaron 5 jornadas de atención dirigidas específicamente a esta población.

Se realizaron jornadas en pagadiarios de las localidades de Barrios Unidos, Chapinero identificando riesgos en la población residente y mitigando riesgos en salud.

Aunque se ha logrado avanzar en la caracterización de las gestantes, la implementación de la estrategia “Guardianes de las Gestantes” ha enfrentado dificultades, principalmente relacionadas con la disponibilidad de tiempo de los padrinos, la incompatibilidad de horarios y el perfil profesional requerido, que corresponde al área de medicina, para quien están dirigidas estas actividades. A pesar de que ya se han realizado varias jornadas y atenciones individuales, se continuará trabajando en la concertación de estos espacios, favoreciendo la participación del perfil médico adecuado para su desarrollo.

Comentado [25]: por favor levantar un plan de choque en el marco de la implementación de esta estrategia dado que es el producto de reporte al parem del ministerio por favor describir que se realizara con el equipo para el próximo mes en la atención de esta estrategia

Plan choque estrategia Guardianes de las gestantes

- Consolidar base de datos de gestantes en seguimiento y nuevas identificadas durante las visitas domiciliarias.
- Clasificar según trimestre de gestación
- Designación de responsable EBEH para convocatoria al taller
- Seguimiento telefónico por parte del equipo EBEH para verificar y convocar a la usuaria y su padrino a la sesión
- Jornada educativa por parte del profesional de Medicina de acuerdo con la convocatoria realizada para para la estrategia guardianes de las gestantes

Tabla 10. Atenciones perfil de enfermería

Comentado [26]: laura

LOCALIDAD	TOTAL, DE FAMILIAS INTERVENIDAS POR ACCIONES COLECTIVAS	TOTAL, ATENCIONES INDIVIDUALES	TOTAL, DE ACCIONES EDUCATIVAS INDIVIDUALES	TOTAL, DE GRUPOS DE FAMILIAS
1-USAQUÉN	164	0	0	0
2-CHAPINERO	13	0	0	0
10-ENGATIVÁ	433	0	0	0
11-SUBA	502	15	0	0
12-BARRIOS UNIDOS	15	0	0	0
13-TEUSAQUILLO	55	0	0	0
TOTAL	1182	15	0	0

Fuente: Reporte de intervenciones y Atenciones aplicativo GTAPS

Durante el período comprendido entre el 1 y el 30 de Junio de 2025, el perfil de enfermería realizó un total de 1182 visitas efectivas, enmarcadas en el Modelo de Atención MÁS Bienestar. Estas intervenciones permitieron asegurar la atención integral de los individuos, orientándose hacia la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. La labor del equipo de enfermería facilitó la identificación de riesgos en el entorno familiar, tales como la adherencia a los servicios de salud de acuerdo con la condición específica de cada persona, la adopción de hábitos de vida saludable y la presencia de determinantes sociales que pudieran afectar su bienestar. A través de acciones de gestión del riesgo, se implementaron estrategias para mitigar dichos factores y fortalecer los elementos protectores. Las intervenciones estuvieron centradas en la detección temprana de alteraciones en la salud, la identificación de factores de riesgo y protección, y la ejecución de medidas orientadas al manejo integral del riesgo en salud.Estos esfuerzos contribuyeron significativamente a mejorar el acceso a los servicios de salud y a reducir la exposición a situaciones de riesgo, bajo un enfoque articulado que consideró tanto la dimensión individual como la colectiva del cuidado.

Para el mes de junio se dio inicio a la implementación de planes de cuidado desde el perfil de enfermería, se realizó el abordaje a las familias que contaban con los siguientes eventos: BPN Pretérmino 8, Condiciones Crónicas 416, Menores con alteración nutricional 209,

Familias con gestantes 140, Morbilidad Materna Extrema 247, otros casos priorizados 116 y sífilis gestacional 47.

Con el fin de dar cumplimiento a la estrategia de guardianes de gestantes MÁS bienestar el cual es desarrollada desde el perfil de medicina, el perfil de enfermería ha socializado la estrategia en las familias abordadas que cuentan con el criterio para el producto; este hecho ha permitido favorecer la articulación entre los perfiles con el fin de llevar a cabalidad el acciones sin embargo se han presentado diversas dificultades que se describen en el apartado del perfil de medicina.

Durante el periodo evaluado, se llevaron a cabo intervenciones colectivas dirigidas a un total de 1182 familias, en las cuales se desarrolló el plan de cuidado en salud. La localidad con mayor cobertura fue Suba con 502 atenciones registradas, seguida por Engativá que reportó 433 intervenciones.

En contraste, las localidades con menor número de atenciones fueron Barrios Unidos con 15 registros, y Chapinero con 13. Esta baja cobertura se atribuye a las características del territorio, como la predominancia de zonas comerciales, propiedades en régimen de propiedad horizontal y una alta estratificación socioeconómica. Adicionalmente, se identificó una considerable proporción de población flotante, asociada principalmente a estudiantes residentes en la zona debido a la presencia de instituciones universitarias, lo cual ha dificultado el acceso efectivo a la población objetivo y generado un número significativo de visitas no exitosas. Por su parte, Usaquén reportó un total de 164 atenciones, mientras que en Teusaquillo se registraron 55. En cuanto al abordaje del perfil, los eventos con mayor índice de casos fueron: usuarios con condiciones crónicas, mujeres con diagnóstico de Morbilidad Materna Extrema siendo la principal causa los trastorno hipertensivos, seguidos por las familias con menores de cinco años y las familias con gestantes.

De acuerdo al abordaje desde el perfil de enfermería para el mes de Junio de 2025 no se realizó proceso de notificación para eventos de 113, desnutrición aguda moderada o severa de acuerdo que los casos abordados son remitidos desde sisvan; y para los casos derivados desde abordaje territorial han contado con percentil de riesgo de desnutrición aguda los cuales han sido abordados desde este perfil.

Para el mes de Junio 2025 se realizaron 9 acciones de abordaje individual desde el perfil de enfermería por atención a usuarios migrantes irregulares desde la jornada PAISS.

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
01-Usaquen	0	0	0	0
02- Chapinero	0	0	0	0
10-Engativá	0	0	0	0
11-Suba	0	0	0	0
12- Barrios Unidos	0	0	0	0
13-Teusaquillo	0	0	0	0

Fuente: Reporte de intervenciones y Atenciones aplicativo GTAPS

Comentado [27]: 140 familias con gestantes y al menos 5 no fueron objeto de las atenciones de la estrategia guardianes de la gestación por favor buscar como se va a implementar que las enfermeras difieran esta población a la estrategia describir en este informe como se realizaría eso

Comentado [28]: sindy

Durante el mes de Junio, no se cuenta con el perfil de nutrición dentro de su equipo interdisciplinario de la subred norte, por tanto, no se registran acciones colectivas, individuales, ni grupales, a pesar de haber gestionado la solicitud ante el área de Talento Humano con el propósito de incluir este perfil profesional en la estructura de los equipos, como parte fundamental para la atención integral de usuarios con alteraciones nutricionales.

Se han evidenciado dificultades con el proceso, principalmente debido a la escasez de profesionales disponibles para ocupar el cargo, sin embargo, se continúa con estrategias activas de búsqueda y difusión de la convocatoria, para lograr la vinculación del perfil.

Pese a la situación presentada y dando prioridad a la atención de los eventos de BPN pretérmino, menores de 5 años con obesidad, menores de 5 años con diagnóstico de riesgo de desnutrición aguda, menores de 5 años con diagnóstico de desnutrición aguda moderada y severa, bajo peso y obesidad gestacional, se asignaron lo casos a los profesionales de enfermería quienes abordar dichos eventos, evidenciándose para este periodo un total de 63 intervenciones por acciones colectivas, en las cuales se realizó la valoración de los usuarios enfocada en la determinación del estado nutricional y se implementaron acciones que promueven la recuperación nutricional, la prevención de complicaciones asociadas a la malnutrición, educación para la salud y signos de alarma según el tipo de evento abordado.

Se realizan 3 intervenciones de bajo peso gestacional en la localidad de usaquén, 8 seguimientos de BPN pretérmino en las localidades de engativá y suba, 28 intervenciones de menores con DNT aguda moderada o severa, con 23 sesiones en la localidad de engativá, 3 en suba y 2 en teusaquillo y en el evento de menores con exceso de peso, se realizan 24 intervenciones en las localidades de engativá y suba. el mayor número de casos reportados se dan en las localidades de Engativá y Suba, debido a su densidad poblacional y a su vulnerabilidad conocida.

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
Engativa	85	136	0	9	0	32	30	0
Barrios unidos	64	64	0	4	0	5	12	0
Suba	155	248	0	24	0	110	177	0
Usaquén	8	9	0	0	0	26	13	0
Teusaquillo	0	0	0	0	0	0	0	0
Chapinero	1	1	0	0	0	0	1	0
Total	313	458	0	37	0	180	232	0

Fuente: Reporte de intervenciones y Atenciones aplicativo GTAPS

Durante el mes de junio de 2025, se brindó atención a un total de 313 familias como parte de la Estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad (RBC). La localidad que reportó mayor cobertura fue Suba, con 155 familias beneficiados, seguida por Engativá, con 85 familias atendidas.

En cuanto a las sesiones colectivas, se realizaron 458 en total. Suba nuevamente se destacó con 248 sesiones, mientras que en Engativá se llevaron a cabo 136. A partir de este mes, se incorporó un Agente de Cambio, quien facilitó 37 sesiones, con una mayor concentración de actividades en Suba. Paralelamente, se han impulsado acciones para atraer más personas interesadas en este rol, incluyendo la elaboración y difusión de material informativo en redes sociales, así como la creación de vínculos con la comunidad. No obstante, muchos aspirantes manifiestan que la compensación económica no es proporcional a las responsabilidades del cargo.

Respecto al trabajo de los auxiliares de cuidado, se llevaron a cabo 180 sesiones en total. Suba lideró nuevamente con 110 sesiones, seguida de Engativá con 32, en donde se ha realizado en cada uno de las familias fortalecimiento en ****

Durante el periodo evaluado, se realizaron 232 sesiones psicológicas individuales en el marco de la Estrategia de Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC). Estas intervenciones estuvieron dirigidas a cuidadores de personas con discapacidad que enfrentan altos niveles de sobrecarga emocional y física, con el objetivo de mejorar su bienestar psicosocial y fortalecer su rol en el proceso de cuidado.

Las sesiones fueron diseñadas con un enfoque personalizado y terapéutico, centrado en las necesidades individuales de cada cuidador. Se aplicaron principios de psicoeducación y técnicas cognitivo-conductuales, abordando temas como:

- Manejo del estrés y la ansiedad
- Técnicas de relajación y autocuidado
- Resolución de conflictos
- Habilidades de afrontamiento
- Fomento de la resiliencia y la autocompasión

Cabe destacar que el programa ha venido creciendo de manera sostenida. En el marco de la RBC, se han desarrollado diversas actividades dirigidas tanto a personas con discapacidad como a sus cuidadores, con el objetivo de fomentar su inclusión y participación en la comunidad. Entre estas iniciativas se encuentran talleres de sensibilización sobre derechos humanos y autonomía, orientación para el acceso a servicios de salud y educación inclusiva, capacitaciones en habilidades para la vida diaria y actividades de carácter productivo.

Asimismo, se ha fortalecido el trabajo conjunto entre los profesionales y auxiliares, lo que ha permitido mejorar los planes de cuidado, beneficiando tanto a las personas que requieren apoyo como a sus cuidadores. También se habilitaron espacios de apoyo psicosocial enfocados en el bienestar emocional de los cuidadores, brindándoles herramientas útiles

para su labor diaria.

Estas acciones han tenido un impacto positivo en la integración social, la promoción de la equidad y el empoderamiento de las personas con discapacidad y sus familias dentro de su comunidad.

1. Conclusiones avances y logros de abordaje por perfil de psicología.

Estas herramientas permitieron a los cuidadores adquirir recursos prácticos para enfrentar los desafíos emocionales y físicos asociados con su labor, esto ha llevado a

- Reducción de la sobrecarga emocional: Se observó una mejora significativa en la gestión del estrés y los síntomas de ansiedad, gracias a la implementación de técnicas de regulación emocional.
- Mejora en las estrategias de afrontamiento: Los participantes mostraron mayor capacidad para enfrentar situaciones de agotamiento y tensión, aplicando las herramientas aprendidas.
- Fomento de la resiliencia y la autovaloración: A través de actividades enfocadas en el autocuidado, los cuidadores reconocieron la importancia de atender sus propias necesidades emocionales.
- Transformación de la dinámica familiar: Las intervenciones promovieron relaciones más colaborativas dentro del núcleo familiar, reduciendo la carga exclusiva del cuidador principal y fomentando una corresponsabilidad compartida.

  Generando así: 204 sesiones individuales, dirigidas a cuidadores en situación de riesgo psicosocial.

- Aumentó la percepción de calidad de vida, con reportes de mayor satisfacción personal, estabilidad emocional y bienestar general.
- Se promovió la adopción de rutinas de autocuidado sostenidas en el tiempo, lo cual ayuda a prevenir el síndrome de desgaste por empatía (burnout).
- Se fortalecieron redes de apoyo familiares y sociales, reduciendo el aislamiento y generando espacios de contención emocional.

Las intervenciones psicológicas individuales realizadas han demostrado ser una herramienta efectiva para promover la salud mental y emocional de los cuidadores. Estos resultados repercuten positivamente no solo en su bienestar personal, sino también en la calidad del cuidado que brindan a las personas con discapacidad o adultos mayores con dependencia.

Desde las familias participantes, se ha manifestado el interés en dar continuidad y ampliar estas intervenciones y en general la estrategia completa, tanto en cobertura como en tiempo.

Tabla 13. Grupo de riesgo de Salud Mental

Comentado [29]: kathe

LOCALIDAD	TOTAL, DE FAMILIAS INTERVENIDAS POR ACCIONES COLECTIVAS	SESIONES REALIZADAS		TOTAL, DE GRUPOS DE FAMILIAS
		SESIONES PRESENCIALES	SESIONES TELEFÓNICAS	
USAQUÉN	120	188	**0**	4
CHAPINERO	33	48	**0**	0
ENGATIVA	393	699	**0**	13
SUBA	338	559	**0**	13
BARRIOS UNIDOS	80	136	**0**	4
TEUSAQUILLO	21	33	**0**	2
TOTAL	985	1663	**0**	**36**

Fuente: Reporte de intervenciones y Atenciones aplicativo GTAPS

Se observó que la mayor cantidad de familias intervenidas durante el mes se concentró en las localidades de Engativá y Suba con un 40% (n=393) y un 35% (n=338), respectivamente. En contraste, Teusaquillo registró la menor participación, con solo un 2% del total. Asimismo, se evidenció una disminución del 3% en la población atendida en la localidad de Chapinero en comparación con el período anterior. Como resultado de estas intervenciones, se llevaron a cabo un total de 1663 sesiones orientadas a la implementación de planes de cuidado familiar, con un enfoque en el bienestar emocional y la salud mental.

Durante el período evaluado, los profesionales en psicología intervinieron en problemáticas psicosociales relacionadas con la regulación y expresión emocional de la población atendida. Estas intervenciones estuvieron orientadas a la promoción del bienestar psicológico mediante estrategias específicas, como el fortalecimiento de relaciones interpersonales, el desarrollo de habilidades para la toma de decisiones y el manejo del estrés, estrategias de afrontamiento, así como el apoyo integral en la salud física y mental. Para ello, se implementaron espacios de diálogo, escucha activa, psicoeducación y estrategias para el fortalecimiento de patrones de crianza saludables, con un enfoque en el bienestar familiar. Estas acciones permitieron generar entornos de confianza y contención emocional, promoviendo la prevención y gestión adecuada de conflictos personales e intrafamiliares.

Las intervenciones grupales orientadas a núcleos familiares constituyeron una estrategia efectiva para fortalecer el vínculo con la comunidad, permitiendo un acercamiento significativo y contribuyendo a la desmitificación de la salud mental. Estas acciones promovieron la aceptación social del tema y facilitaron la socialización del modelo de salud + Bienestar Se evidencia una mayor cobertura de estas intervenciones en la localidad de Engativá, con un 40%, seguida por Suba con un 35%, y en menor medida Teusaquillo, con un 2%.

Dentro de las acciones desarrolladas se destacan la implementación de espacios de sensibilización dirigidos a promover el cuidado integral de la salud mental, así como la detección e intervención temprana de problemáticas emocionales y comportamentales. Asimismo, se llevaron a cabo actividades didácticas y lúdicas con enfoque psicoeducativo, orientadas al fortalecimiento de procesos cognitivos, promoviendo el desarrollo emocional y social de los participantes.

Por último, se destacó la promoción de los servicios distritales en salud mental, que incluyó las líneas de atención para intervención en crisis y orientación psicológica. Estas herramientas han facilitado el acceso a los servicios de salud mental para la población atendida, fortaleciendo las estrategias de prevención y respuesta ante situaciones de vulnerabilidad emocional.

Tabla 14 Grupo de riesgo de Salud Mental por eventos intervenidos

EVENTOS DE SALUD MENTAL	NÚMERO DE FAMILIAS	TOTAL, SESIONES REALIZADAS
ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL	511	854
APOYO PSICOSOCIAL EN DUELO	8	13
VIOLENCIA REITERADA	187	321
CONDUCTA SUICIDA	263	**453**
VIOLENCIA EN GESTANTES	16	**22**
TOTAL	**985**	**1663**

Fuente: Reporte de intervenciones y Atenciones aplicativo GTAPS

Para el mes de junio del 2025, se llevó a cabo el abordaje de 985 familias del grupo de riesgo de salud mental. Del total de atenciones en la subred, el 52% correspondió a procesos de acompañamiento psicosocial, orientados a mitigar riesgos identificados y al fortalecimiento de habilidades para la vida en los usuarios. proceso que se realiza con base en estrategias como preguntas orientadoras, tamizajes y rapport fue posible reconocer necesidades personales y familiares relacionadas con factores de riesgo psicosocial, lo cual permitió canalizar o derivar adecuadamente los casos hacia intervenciones psicológicas específicas.

En lo que respecta a los eventos registrados, el 27% de los casos estuvieron vinculados a conductas suicidas, mientras que los eventos relacionados con situaciones de violencia representaron el 1,6% en violencia en gestantes y violencias reiteradas 19%, según la información consignada en las bases de datos institucionales.

Producto de las atenciones brindadas, se ejecutaron un total de 1663 intervenciones, orientados por la periodicidad y las acciones estipuladas para la gestión del riesgo en salud mental. Los resultados de estas intervenciones varían según múltiples factores, tales como la complejidad del caso, la disposición del usuario, las estrategias terapéuticas empleadas y la duración del proceso. Sin embargo, en términos generales, se han identificado avances significativos en diferentes dimensiones del bienestar emocional y psicológico de los usuarios.

1. Conclusiones avances y logros de abordaje por perfil de psicología.

De los principales avances ha sido la mejora en el manejo emocional. Durante los seguimientos realizados, los profesionales observaron que los usuarios han logrado identificar, comprender y regular sus emociones de manera más adecuada, lo que se ha traducido en una reducción de reacciones impulsivas y una mayor estabilidad emocional.

Comentado [30]: Se agradece el reporte de la información con el cumplimiento de la orientación técnica, sin embargo, se solicitan los siguientes ajustes.
* Por favor revisar los datos reportados, no coinciden con las salidas radicadas.

Comentado [DP31R30]: OK

Comentado [32]: diana

Gracias a los procesos de educación en salud mental como por ejemplo frente a habilidades para la vida se evidencia que contribuye significativamente al desarrollo integral de las personas, fortaleciendo su autoestima, capacidad de tomar decisiones responsables, manejo de emociones y relaciones interpersonales. Estos aprendizajes no solo mejoran el bienestar personal y el rendimiento académico, sino que también promueven una convivencia más pacífica y reducen conductas de riesgo.

También se ha evidenciado un fortalecimiento en las habilidades de afrontamiento. evaluado por medio de la aplicación del tamizaje Cope en sesiones iniciales y de cierres, donde se evidencia que gracias a las acciones implementadas y al cumplimiento de los compromisos acordados con las familias, los usuarios han desarrollado mecanismos más efectivos para enfrentar situaciones estresantes, adversas o traumáticas, lo cual ha contribuido al fortalecimiento de su resiliencia, disminuyendo comportamientos de evitación y fortaleciendo habilidades de afrontamiento

Tabla 15. Grupo de riesgo de Salud Ambiental

Comentado [33]: diana

LOCALIDAD	TOTAL DE FAMILIAS INTERVENIDAS POR LA ESTRATEGIA VIVIENDA SALUDABLE	TOTAL DE GRUPOS DE FAMILIAS REALIZADOS
01-Usaquen	44	2
02- Chapinero	39	0
10-Engativá	40	4
11-Suba	38	2
12- Barrios Unidos	39	2
13-Teusaquillo	0	0

Fuente: Reporte de intervenciones y Atenciones aplicativo GTAPS

Desde La estrategia de vivienda saludable se vienen abordando familias con prioridades ambientales de las localidades de la Subred Norte, logrando la intervención de las necesidades de las familias identificadas, en la anterior tabla se describen por localidad, especificando a continuación el total de las intervenciones por localidad. Usaquén con 79, Chapinero con 78, Engativá con 78, Suba con 78 y Barrios Unidos con 78. En términos generales, se logra identificar que la estrategia mantiene una cobertura acorde a las metas proyectadas con un total de 390 intervenciones realizadas.

Teniendo en cuenta lo anterior, en el abordaje de viviendas con necesidades ambientales se establecen planes de cuidado familiar, con el objetivo de realizar un diagnóstico participativo que permita visibilizar las problemáticas existentes. A partir de este análisis, se fortalecen estrategias educativas orientadas a la adopción de hábitos sostenibles y al desarrollo de un aprendizaje significativo con enfoque ambiental. Asimismo, se evalúan las acciones implementadas por cada familia, reconociendo los avances y los aprendizajes adquiridos durante el proceso.

De las familias abordadas se evidencian 30 cierres, cumpliendo con el 100% de los planes de cuidado concertados,donde por medio de la evaluación de riesgos ambientales, alcanzando el cumplimiento de los planes de cuidado familiar, así como se logra la implementación de estrategias donde las personas desarrollan una mayor comprensión de los problemas ambientales locales y globales, así como de sus causas y consecuencias. Así como las familias se sienten capacitadas para actuar frente a los problemas ambientales, convirtiéndose en agentes de cambio en sus contextos.

A partir de la ejecución de acciones con grupos familiares, se abordan temáticas orientadas a sensibilizar y educar a la comunidad sobre los conceptos fundamentales de la salud ambiental. Estas actividades buscan identificar puntos en común entre las familias, especialmente aquellos relacionados con su cercanía a aeropuertos, cerros, humedales o ríos. El objetivo es promover prácticas responsables en el manejo y aprovechamiento de los residuos generados, contribuyendo así a la construcción de entornos más saludables y sostenibles.

Tabla 16. Grupo de riesgo de Salud Bucal

Comentado [34]: daniela

LOCALIDAD	TOTAL DE FAMILIAS INTERVENIDAS POR LA ESTRATEGIA CUIDADO Y AUTOCUIDADO PARA LA SALUD BUCAL FAMILIAR.	TOTAL DE GRUPOS DE FAMILIAS REALIZADOS
11. SUBA	87	1
10. ENGATIVA	141	0
1. USAQUÉN	39	3
Total	267	4

Fuente: Reporte de intervenciones y Atenciones aplicativo GTAPS

Para esta estrategia en salud bucal por parte de los equipos básicos extramurales hogar, realiza acciones de promoción de la salud bucal y gestión del riesgo colectivo que se realizan en las familias, dichas acciones buscan lograr la apropiación de prácticas adecuadas de cuidado y autocuidado en salud bucal para prevenir enfermedades bucales. De las seis localidades de la subred norte del del 1 de junio al 30 de junio de 2025. Se atendieron un total de 267 familias, con una mayor concentración en las localidades de Engativá y Suba. La distribución por género muestra una prevalencia de mujeres (75%) frente a hombres (25%), lo que refleja un enfoque dirigido hacia la población femenina, que podría estar más involucrada en la gestión del cuidado familiar y la salud bucal.

En términos de cobertura territorial, se registró una mayor concentración de estas intervenciones en la localidad de Engativá, con una participación del 53%, seguida por Suba 23 % y Usaquén 14,7 %

Las intervenciones grupales dirigidas a núcleos familiares se consolidaron como una estrategia operativa eficaz para el fortalecimiento del vínculo comunitario, facilitando un acercamiento significativo y promoviendo acciones enmarcadas en la prevención y promoción de la salud bucal. Durante estas actividades, se abordaron temáticas como:

- Educar sobre la importancia de asistir periódicamente al servicio de odontología.
- Motivar la mejora de los hábitos de higiene bucal.
- Fomentar la adquisición de elementos adecuados y necesarios para una correcta higiene oral.

Estas acciones contribuyeron significativamente a la sensibilización de la comunidad frente a la importancia del cuidado bucodental, así como a la apropiación del modelo Mas Bienestar, avanzando en la construcción de una cultura de autocuidado y salud preventiva.

En la distribución de los profesionales asignados para la intervención en eventos prioritarios en salud bucal, se dispone de cinco odontólogos transversales para las seis localidades. Sin embargo, considerando la cantidad de familias atendidas, no se logra cubrir la totalidad de las intervenciones. Esto sugiere que las intervenciones odontológicas fueron relativamente concentradas o distribuidas de manera que se atendieran únicamente las necesidades esenciales. Durante este período se trabajó en acciones de promoción de la salud bucal, como sesiones educativas sobre la importancia del cuidado oral y la correcta técnica de cepillado. Esta información se proporcionó de manera directa a las familias, lo que tiene un impacto positivo en la reducción de enfermedades bucales y la mejora de los hábitos de higiene bucal en la comunidad. Además, la mejora en la frecuencia y técnica del cepillado dental es fundamental para reducir riesgos en la salud bucal, se ha realizado un esfuerzo significativo en la implementación de acciones de promoción y gestión del riesgo, aún existen obstáculos que dificultan la mejora de las prácticas de salud bucal en la comunidad. No obstante, con una mayor cobertura, una adaptación cultural adecuada y estrategias de seguimiento efectivas.

Como resultado del proceso, se logró el cierre exitoso del plan de cuidado familiar concertado con 16 familias, las cuales participaron activamente en las sesiones informativas, mejorando sus prácticas de cuidado oral.

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
01 USAQUEN	33	1	0	0	0	0
02 CHAPINERO	7	1	4	0	0	0
10 ENGATIVÁ	40	2	4	0	0	0
11 SUBA	39	1	4	0	0	0
12 BARRIOS UNIDOS	1	1	0	0	0	0
13 TEUSAQUILLO	40	2	4	0	0	0
TOTAL	160	8	16	0	0	0

Fuente: Reporte de intervenciones y Atenciones aplicativo GTAPS

Durante el mes de junio, los equipos interdisciplinarios de los Kilombos desarrollaron acciones orientadas a la promoción de la salud y prevención de enfermedades, en el marco del **componente diferencial étnico-afrocolombiano**, priorizando las necesidades identificadas en cada núcleo familiar. Este proceso de atención integral se llevó a cabo mediante un enfoque intercultural que fortaleció el uso de la medicina ancestral, integrando los saberes de nuestro **médico sabedor, partera, enfermera profesional, técnico ambiental y gestor comunitario**.

En total, se identificaron **160 beneficiarios**, distribuidos geográficamente de la siguiente manera:

- **Teusaquillo**: 40 beneficiarios (25%)
- **Engativá**: 40 beneficiarios (25%)
- **Suba**: 39 beneficiarios (24,37%)
- **Usaquén**: 33 beneficiarios (20,62%)
- **Chapinero**: 7 beneficiarios (4,37%)
- **Barrios Unidos**: 1 beneficiario (0,62%)

Las localidades de **Usaquén, Engativá, Suba y Teusaquillo** concentraron el mayor número de atenciones, reflejando un avance significativo en la identificación de familias con pertenencia étnica, conforme a los lineamientos establecidos. Por su parte, en las localidades de **Chapinero y Barrios Unidos**, el abordaje de esta población ha sido más limitado, razón por la cual se continúa trabajando en estrategias de concertación y articulación comunitaria.

Acciones Colectivas Diferenciales (Producto 32)

Se llevaron a cabo **acciones colectivas interculturales** de promoción y prevención en salud, enfocadas en fortalecer los lazos comunitarios y promover prácticas de cuidado ancestral propias de las comunidades negras y afrocolombianas. Estas actividades integraron saberes tradicionales y ambientales, rescatando prácticas cotidianas de autocuidado desde la cosmovisión afrodescendiente.

Distribución de acciones:

- **Engativá y Teusaquillo**: 2 acciones colectivas por localidad
- **Usaquén, Suba, Barrios Unidos y Chapinero**: 1 acción colectiva por localidad

Estas sesiones promovieron el reconocimiento del territorio, la transmisión de saberes, y el diálogo de saberes entre la medicina tradicional y los sistemas contemporáneos de salud.

Acciones Propias de Medicina Ancestral (Producto 33)

Durante este mes, se desarrollaron acciones propias de **medicina ancestral afrocolombiana**, realizadas en espacios comunitarios conocidos como **Kilombos**, los cuales permiten atender a la población desde un enfoque de salud propia, respetando la dinámica cultural de cada comunidad.

Las acciones fueron implementadas en las localidades de **Suba, Chapinero, Engativá y Teusaquillo**, con una distribución equitativa del 25% por localidad, cumpliendo la meta programada. Estas actividades reafirmaron la importancia de la medicina ancestral como eje central del cuidado integral, legitimando la participación de los sabedores en los procesos de atención.

Estrategia de Insumos Ancestrales (Producto 41)

Como parte fundamental de la estrategia, se incorporaron **insumos ancestrales** que facilitaron el abordaje diferencial en las acciones individuales y colectivas. Estos insumos —entre ellos plantas medicinales, preparados naturales y elementos rituales— fueron utilizados por sabedores y parteras, fortaleciendo la práctica de la medicina propia.

El uso de estos elementos no solo promovió la **autonomía en el cuidado** de la salud dentro de las comunidades, sino que también permitió la **articulación entre los saberes ancestrales y la medicina contemporánea**, logrando un enfoque holístico, pertinente y culturalmente adaptado a cada territorio.

Esta estrategia no solo rescató prácticas tradicionales transmitidas de generación en generación, sino que también fortaleció la **identidad cultural**, el **sentido de pertenencia**, y reafirmó la riqueza y el valor de los saberes afrocolombianos en el marco del derecho a una atención en salud diferencial, digna y respetuosa.

Tabla 18. Equipos Étnicos. Población Indígena Emberá

LOCALIDAD	Número de familias con caracterización familiar para la identificación de riesgos en salud Población Indígena Emberá	Número de acciones colectivas diferenciales con familias étnicas de Población Indígena Emberá	Número de acciones propias de medicina ancestral de Población Indígena Emberá	Número de atenciones Individuales de población Indígena Embera		
				Medicina	Enfermería	Nutrición

10 ENGATIVÁ	35	1	31	25	157	0

Fuente: Reporte de intervenciones y Atenciones aplicativo GTAPS

Al 30 de junio de 2025, el equipo identificó un total de 157 usuarios de la población Emberá, de este total, 12 corresponden a identificaciones iniciales y 145 a seguimientos efectuados entre el 1 y el 30 de junio de 2025, reflejando un aumento en la cobertura respecto a meses anteriores. Este incremento se atribuye a las jornadas de intensificación lideradas por el equipo de salud, enfocadas en la valoración y desparasitación de niños y niñas menores de 5 años, gestantes y población en general.

En la distribución por grupos etarios se evidencia que el 50.3% de los usuarios atendidos corresponde a primera infancia (79 personas), 9.5% a infancia (15 personas), 8.2% adolescencia (13 personas), 12.7% juventud (20 personas), 15.9% adultez (25 personas) y 3.1% vejez (5 pers onas) que fueron tamizados por el equipo de salud durante el mes.

En cuanto a la composición étnica, el 47,13% de los usuarios identificados pertenece al pueblo Katío (74 personas), el 28.2% al pueblo Dobida (44 personas) y el 24.8% al pueblo Chamí (39 personas). Estos datos reflejan un mayor alcance en la atención de la población Katio, lo que podría estar relacionado con factores territoriales, culturales o demográficos propios de esta comunidad.

Este contexto evidencia un proceso dinámico de atención y acompañamiento, destacando la importancia de reconocer y analizar los factores culturales y territoriales que influyen en la identificación y el seguimiento de los distintos grupos de riesgo.

Dentro de las actividades realizadas está el seguimiento a los usuarios hospitalizados para verificar la evolución de su estado de salud, adherencia al tratamiento y enlace psicosocial entre paciente, familia e institución. A continuación, se muestra el número de seguimientos a usuarios hospitalizados en las diferentes USS del distrito, realizados por el equipo Emberá de Equipos Más Bienestar a tu Hogar.

Para el mes de junio ingresaron 17 usuarios a las diferentes Unidades de Servicios de Salud del distrito, de las cuales en 49 oportunidades se realizaron seguimientos hospitalarios.

Posterior al egreso del usuario de la USS el equipo interdisciplinario Emberá de Equipos Más Bienestar a tu Hogar gestiona los medicamentos ordenados, controles y brinda educación en la importancia de continuar con el tratamiento farmacológico y no farmacológico, adherencia a control post egreso, asistencia a plan canguro si es el caso. Sensibilización a los padres por el cuidado de salud del menor, cuando

no hablan español gestiona el traductor, puesto que no comprenden el tratamiento, se explica la importancia de la medicina occidental y continuar medidas de autocuidado.

Dando respuesta a las necesidades propias de la población indígena Emberá desde el perfil psicosocial se realiza búsqueda de información para la consolidación de directorio de USS, trabajo social y respuesta sectorial e intersectorial, además, acciones de sensibilización y articulación con actores que están involucrados en la garantía de los derechos a la atención en salud de la población, logrando la resolución de las diferentes barreras de acceso y atención para con la población. A continuación, se muestra el número de acciones realizadas para mitigar las barreras de acceso a los servicios de salud: en el mes de junio se realizaron 6 afiliaciones, se gestionaron 3 portabilidades, 17 autorizaciones de servicios, 35 solicitudes de citas médicas y gestión y dispensación de 55 órdenes de medicamentos para la población Emberá.

De la misma forma contribuyendo a la mitigación del riesgo con 116 gestiones de barreras de acceso y atenciones para la población étnica Emberá. En su mayoría las gestiones realizadas están enfocadas en la solicitud de citas médicas para la población con un total de 35 citas gestionadas por medicina general, psicología, odontología, pediatría, nutrición y dietética, enfermería, medicina interna, psiquiatría, entre otras, sin embargo, cabe resaltar que la demanda de citas disminuyó respecto de los meses anteriores, ya que desde el 05 de mayo no contamos con ruta de salud, lo que dificulta el desplazamiento de la población, adicional, se realiza la solicitud de autorizaciones y/o portabilidad a diversas EAPB, para garantizar la atención oportuna a la población.

Comentado [35]: Importante que, en las acciones reportadas, se mantenga el flujo del proceso de cada uno de las acciones que se hacen con esta comunidad, visibilizando los logros que se han obtenido incluida la gestión de los insumos ancestrales; ampliar lo diferencial en las respuestas.

Tabla 19. VACUNACIÓN

Vacunación	Usuarios Remitidos	Usuarios Vacunados
Menores de 5 años	34	14
Gestantes	2	2
Mayores de 60 años	489	489
Total	525	505

Fuente:

Comentado [36]: vicki

Teniendo en cuenta los lineamientos técnicos vigentes la población priorizada para iniciar, completar y terminar los esquemas de vacunación, la cual es, menores de 6 años con el esquema de vacunación permanente de acuerdo con la edad, gestantes desde la semana 12 con COVID 19 y mayores de 60 con neumococo 23. Se obtienen los siguientes resultados derivados de las remisiones realizadas por los equipos EBEH en las 6 localidades que conforman la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte:

- Población menor de 5 años: de los 40 menores reportados, contaban con esquema de vacunación incompleto para la edad y se logran vacunar bajo la estrategia un

total de 14, obteniendo así un 41% de efectividad; de estos tenían su esquema de vacunación al día frente al aplicativo PAI.

- Población gestante: se reporta un total de 2 usuarias, de las cuales, se logró vacunación efectiva de 2, obteniendo así un 100% de efectividad en este grupo poblacional.
- Población mayor de 60 años: frente al biológico de COVID 19, para el cual, no se encontraba disponibilidad a nivel distrital. vacunación influenza, neumo 23 en instituciones de SDIS, pagadiarios, comunidad emberá y población general en las jornadas de tomas por localidad

4.2.3. ATENCIÓN DE JORNADAS Y CONTINGENCIAS

Comentado [37]: LAURA

Relación de las jornadas, contingencias, alertas de salud pública atendidas por el equipo, describiendo las actividades desarrolladas:

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
01/06/2025	VACUNACIÓN FIEBRE AMARILLA TERMINAL NORTE	Realizar encuesta, consentimiento y seguimiento telefónico de población mayor de 60 años para vacunación contra fiebre amarilla	1 MÉDICO 2 AUXILIARES EN ENFERMERÍA	3	12
01/06/2025	ATENCION POBLACION EMBERA PARQUE NACIONAL	Realizar identificación y atención de riesgos en salud de la población embera asentada en parque nacional	3 Enfermeros 3 auxiliar de enfermeria	6	15
02/06/2025	VACUNACIÓN FIEBRE AMARILLA	Realizar encuesta, consentimien	1 MÉDICO	3	12

	TERMINAL NORTE	**to y seguimiento telefónico de población mayor de 60 años para vacunación contra fiebre amarilla**	**2 AUXILIARES EN ENFERMERÍA**		
03/06/2025	**ATENCION POBLACION EMBERA PARQUE NACIONAL**	**Realizar identificación y atención de riesgos en salud de la población embera asentada en parque nacional**	**1 Enfermeros 2 auxiliar de enfermeria**	**3**	**15**
03/06/2025	**VACUNACIÓN FIEBRE AMARILLA TERMINAL NORTE**	**Realizar encuesta, consentimiento y seguimiento telefónico de población mayor de 60 años para vacunación contra fiebre amarilla**	**1 MÉDICO 2 AUXILIARES EN ENFERMERÍA**	**3**	**12**
04/06/2025	**ATENCION POBLACION EMBERA PARQUE NACIONAL**	**Realizar identificación y atención de riesgos en salud de la población embera asentada en parque nacional**	**1 Enfermeros 1 Médico 2 auxiliar de enfermeria**	**4**	**15**
04/06/2025	**VACUNACIÓN FIEBRE AMARILLA TERMINAL NORTE**	**Realizar encuesta, consentimiento y seguimiento telefónico de**	**1 MÉDICO 2 AUXILIARES EN ENFERMERÍA**	**3**	**12**

		población mayor de 60 años para vacunación contra fiebre amarilla			
05/06/2025	**VACUNACIÓN FIEBRE AMARILLA TERMINAL NORTE**	**Realizar encuesta, consentimiento y seguimiento telefónico de población mayor de 60 años para vacunación contra fiebre amarilla**	**1 MÉDICO 2 AUXILIARES EN ENFERMERÍA**	**3**	**12**
06/06/2025	**VACUNACIÓN FIEBRE AMARILLA TERMINAL NORTE**	**Realizar encuesta, consentimiento y seguimiento telefónico de población mayor de 60 años para vacunación contra fiebre amarilla**	**1 MÉDICO 2 AUXILIARES EN ENFERMERÍA**	**3**	**12**
07/06/2025	**VACUNACIÓN FIEBRE AMARILLA TERMINAL NORTE**	**Realizar encuesta, consentimiento y seguimiento telefónico de población mayor de 60 años para vacunación contra fiebre amarilla**	**1 MÉDICO 2 AUXILIARES EN ENFERMERÍA**	**3**	**12**
08/06/2025	**VACUNACIÓN FIEBRE AMARILLA TERMINAL NORTE**	**Realizar encuesta, consentimiento y seguimiento**	**1 MÉDICO 2 AUXILIARES EN ENFERMERÍA**	**3**	**12**

		telefónico de población mayor de 60 años para vacunación contra fiebre amarilla			
09/06/2025	**VACUNACIÓN FIEBRE AMARILLA TERMINAL NORTE**	**Realizar encuesta, consentimiento y seguimiento telefónico de población mayor de 60 años para vacunación contra fiebre amarilla**	**1 MÉDICO 2 AUXILIARES EN ENFERMERÍA**	**3**	**12**
10/06/2025	**VACUNACIÓN FIEBRE AMARILLA TERMINAL NORTE**	**Realizar encuesta, consentimiento y seguimiento telefónico de población mayor de 60 años para vacunación contra fiebre amarilla**	**1 MÉDICO 2 AUXILIARES EN ENFERMERÍA**	**3**	**12**
11/06/2025	**VACUNACIÓN FIEBRE AMARILLA TERMINAL NORTE**	**Realizar encuesta, consentimiento y seguimiento telefónico de población mayor de 60 años para vacunación contra fiebre amarilla**	**1 MÉDICO 2 AUXILIARES EN ENFERMERÍA**	**3**	**12**
12/06/2025	**VACUNACIÓN FIEBRE AMARILLA TERMINAL NORTE**	**Realizar encuesta, consentimiento y**	**1 MÉDICO 2 AUXILIARES EN ENFERMERÍA**	**3**	**12**

		seguimiento telefónico de población mayor de 60 años para vacunación contra fiebre amarilla			
13/06/2025	**VACUNACIÓN FIEBRE AMARILLA TERMINAL NORTE**	**Realizar encuesta, consentimiento y seguimiento telefónico de población mayor de 60 años para vacunación contra fiebre amarilla**	**1 MÉDICO 2 AUXILIARES EN ENFERMERÍA**	**3**	**12**
14/06/2025	**VACUNACIÓN FIEBRE AMARILLA TERMINAL NORTE**	**Realizar encuesta, consentimiento y seguimiento telefónico de población mayor de 60 años para vacunación contra fiebre amarilla**	**1 MÉDICO 2 AUXILIARES EN ENFERMERÍA**	**3**	**12**
15/06/2025	**VACUNACIÓN FIEBRE AMARILLA TERMINAL NORTE**	**Realizar encuesta, consentimiento y seguimiento telefónico de población mayor de 60 años para vacunación contra fiebre amarilla**	**1 MÉDICO 2 AUXILIARES EN ENFERMERÍA**	**3**	**12**
16/06/2025	**VACUNACIÓN FIEBRE AMARILLA**	**Realizar encuesta, consentimien**	**1 MÉDICO 2 AUXILIARES EN ENFERMERÍA**	**3**	**12**

	TERMINAL NORTE	**to y seguimiento telefónico de población mayor de 60 años para vacunación contra fiebre amarilla**			
17/06/2025	**VACUNACIÓN FIEBRE AMARILLA TERMINAL NORTE**	**Realizar encuesta, consentimiento y seguimiento telefónico de población mayor de 60 años para vacunación contra fiebre amarilla**	**1 MÉDICO 2 AUXILIARES EN ENFERMERÍA**	**3**	**12**
18/06/2025	**VACUNACIÓN FIEBRE AMARILLA TERMINAL NORTE**	**Realizar encuesta, consentimiento y seguimiento telefónico de población mayor de 60 años para vacunación contra fiebre amarilla**	**1 MÉDICO 2 AUXILIARES EN ENFERMERÍA**	**3**	**12**
19/06/2025	**VACUNACIÓN FIEBRE AMARILLA TERMINAL NORTE**	**Realizar encuesta, consentimiento y seguimiento telefónico de población mayor de 60 años para vacunación contra fiebre amarilla**	**1 MÉDICO 2 AUXILIARES EN ENFERMERÍA**	**3**	**12**
20/06/2025	**VACUNACIÓN FIEBRE AMARILLA**	**Realizar encuesta,**	**1 MÉDICO**	**3**	**12**

	TERMINAL NORTE	**consentimiento y seguimiento telefónico de población mayor de 60 años para vacunación contra fiebre amarilla**	**2 AUXILIARES EN ENFERMERÍA**		
21/06/2025	**VACUNACIÓN FIEBRE AMARILLA TERMINAL NORTE**	**Realizar encuesta, consentimiento y seguimiento telefónico de población mayor de 60 años para vacunación contra fiebre amarilla**	**1 MÉDICO 2 AUXILIARES EN ENFERMERÍA**	**3**	**12**
22/06/2025	**VACUNACIÓN FIEBRE AMARILLA TERMINAL NORTE**	**Realizar encuesta, consentimiento y seguimiento telefónico de población mayor de 60 años para vacunación contra fiebre amarilla**	**1 MÉDICO 2 AUXILIARES EN ENFERMERÍA**	**3**	**12**
23/06/2025	**VACUNACIÓN FIEBRE AMARILLA TERMINAL NORTE**	**Realizar encuesta, consentimiento y seguimiento telefónico de población mayor de 60 años para vacunación contra fiebre amarilla**	**1 MÉDICO 2 AUXILIARES EN ENFERMERÍA**	**3**	**12**

24/06/2025	**VACUNACIÓN FIEBRE AMARILLA TERMINAL NORTE**	**Realizar encuesta, consentimiento y seguimiento telefónico de población mayor de 60 años para vacunación contra fiebre amarilla**	**1 MÉDICO 2 AUXILIARES EN ENFERMERÍA**	**3**	**12**
25/06/2025	**VACUNACIÓN FIEBRE AMARILLA TERMINAL NORTE**	**Realizar encuesta, consentimiento y seguimiento telefónico de población mayor de 60 años para vacunación contra fiebre amarilla**	**1 MÉDICO 2 AUXILIARES EN ENFERMERÍA**	**3**	**12**
26/06/2025	**VACUNACIÓN FIEBRE AMARILLA TERMINAL NORTE**	**Realizar encuesta, consentimiento y seguimiento telefónico de población mayor de 60 años para vacunación contra fiebre amarilla**	**1 MÉDICO 2 AUXILIARES EN ENFERMERÍA**	**3**	**12**
27/06/2025	**VACUNACIÓN FIEBRE AMARILLA TERMINAL NORTE**	**Realizar encuesta, consentimiento y seguimiento telefónico de población mayor de 60 años para vacunación contra fiebre amarilla**	**1 MÉDICO 2 AUXILIARES EN ENFERMERÍA**	**3**	**12**

28/06/2025	**VACUNACIÓN FIEBRE AMARILLA TERMINAL NORTE**	**Realizar encuesta, consentimiento y seguimiento telefónico de población mayor de 60 años para vacunación contra fiebre amarilla**	**1 MÉDICO 2 AUXILIARES EN ENFERMERÍA**	**3**	**12**
29/06/2025	**VACUNACIÓN FIEBRE AMARILLA TERMINAL NORTE**	**Realizar encuesta, consentimiento y seguimiento telefónico de población mayor de 60 años para vacunación contra fiebre amarilla**	**1 MÉDICO 2 AUXILIARES EN ENFERMERÍA**	**3**	**12**
30/06/2025	**VACUNACIÓN FIEBRE AMARILLA TERMINAL NORTE**	**Realizar encuesta, consentimiento y seguimiento telefónico de población mayor de 60 años para vacunación contra fiebre amarilla**	**1 MÉDICO 2 AUXILIARES EN ENFERMERÍA**	**3**	**12**
05/06/2025	**ATENCION POBLACION EMBERA PARQUE NACIONAL**	**Realizar identificación y atención de riesgos en salud de la población embera asentada en parque nacional**	**1 Enfermeros 2 auxiliar de enfermeria**	**3**	**15**

06/06/2025	**ATENCION POBLACION EMBERA PARQUE NACIONAL**	**Realizar identificación y atención de riesgos en salud de la población embera asentada en parque nacional**	**1 Enfermeros 2 auxiliar de enfermeria**	**3**	**15**
08/06/2025	**ATENCION POBLACION EMBERA PARQUE NACIONAL**	**Realizar identificación y atención de riesgos en salud de la población embera asentada en parque nacional**	**2 Enfermeros 4 auxiliar de enfermeria**	**6**	**15**
09/06/2025	**ATENCION POBLACION EMBERA PARQUE NACIONAL**	**Realizar identificación y atención de riesgos en salud de la población embera asentada en parque nacional**	**1 Enfermeros 2 auxiliar de enfermeria**	**3**	**15**
10/06/2025	**ATENCION POBLACION EMBERA PARQUE NACIONAL**	**Realizar identificación y atención de riesgos en salud de la población embera asentada en parque nacional**	**1 Enfermeros 3 auxiliar de enfermeria**	**4**	**15**
11/06/2025	**ATENCION POBLACION EMBERA PARQUE NACIONAL**	**Realizar identificación y atención de riesgos en salud de la población embera**	**1 Enfermeros 2 auxiliar de enfermeria**	**3**	**15**

		asentada en parque nacional			
12/06/2025	**ATENCION POBLACION EMBERA PARQUE NACIONAL**	**Realizar identificación y atención de riesgos en salud de la población embera asentada en parque nacional**	**1 Enfermeros 2 auxiliar de enfermeria**	**3**	**15**
13/06/2025	**ATENCION POBLACION EMBERA PARQUE NACIONAL**	**Realizar identificación y atención de riesgos en salud de la población embera asentada en parque nacional**	**1 Enfermeros 2 auxiliar de enfermeria**	**3**	**15**
14/06/2025	**ATENCION POBLACION EMBERA PARQUE NACIONAL**	**Realizar identificación y atención de riesgos en salud de la población embera asentada en parque nacional**	**2 Enfermeros 4 auxiliar de enfermeria**	**6**	**15**
16/06/2025	**ATENCION POBLACION EMBERA PARQUE NACIONAL**	**Realizar identificación y atención de riesgos en salud de la población embera asentada en parque nacional**	**1 Enfermeros 2 auxiliar de enfermeria**	**3**	**15**
17/06/2025	**ATENCION POBLACION EMBERA**	**Realizar identificación y atención de riesgos en**	**1 Enfermeros 2 auxiliar de enfermeria**	**3**	**15**

	PARQUE NACIONAL	**salud de la población embera asentada en parque nacional**			
18/06/2025	**ATENCION POBLACION EMBERA PARQUE NACIONAL**	**Realizar identificación y atención de riesgos en salud de la población embera asentada en parque nacional**	**1 Enfermeros** **1 Medico** **2 auxiliar de enfermeria**	**4**	**15**
19/06/2025	**ATENCION POBLACION EMBERA PARQUE NACIONAL**	**Realizar identificación y atención de riesgos en salud de la población embera asentada en parque nacional**	**1 Enfermeros** **2 auxiliar de enfermeria**	**3**	**15**
20/06/2025	**ATENCION POBLACION EMBERA PARQUE NACIONAL**	**Realizar identificación y atención de riesgos en salud de la población embera asentada en parque nacional**	**1 Enfermeros** **2 auxiliar de enfermeria**	**3**	**15**
21/06/2025	**ATENCION POBLACION EMBERA PARQUE NACIONAL**	**Realizar identificación y atención de riesgos en salud de la población embera asentada en parque nacional**	**2 Enfermeros** **5 auxiliar de enfermeria**	**7**	**15**

22/06/2025	**ATENCION POBLACION EMBERA PARQUE NACIONAL**	**Realizar identificación y atención de riesgos en salud de la población embera asentada en parque nacional**	**2 Enfermeros 4 auxiliar de enfermeria**	**6**	**15**
23/06/2025	**ATENCION POBLACION EMBERA PARQUE NACIONAL**	**Realizar identificación y atención de riesgos en salud de la población embera asentada en parque nacional**	**2 Enfermeros 4 auxiliar de enfermeria** **1 Trabajadora social**	**7**	**15**
24/06/2025	**ATENCION POBLACION EMBERA PARQUE NACIONAL**	**Realizar identificación y atención de riesgos en salud de la población embera asentada en parque nacional**	**1 Enfermeros 2 auxiliar de enfermeria**	**3**	**15**
25/06/2025	**ATENCION POBLACION EMBERA PARQUE NACIONAL**	**Realizar identificación y atención de riesgos en salud de la población embera asentada en parque nacional**	**1 Enfermeros 3 auxiliar de enfermeria**	**3**	**15**
26/06/2025	**ATENCION POBLACION EMBERA PARQUE NACIONAL**	**Realizar identificación y atención de riesgos en salud de la población embera**	**1 Enfermeros 2 auxiliar de enfermeria**	**3**	**15**

		asentada en parque nacional			
27/06/2025	**ATENCIÓN POBLACIÓN EMBERA PARQUE NACIONAL**	**Realizar identificación y atención de riesgos en salud de la población embera asentada en parque nacional**	**1 Enfermeros 2 auxiliar de enfermeria**	**3**	**15**
25/06/2025	**JORNADA PAGADIARIOS**	**Realizar identificación y atención de riesgos en salud, además educación en salud de la población que habita los pagadiarios**	**2 Médicos 2 Auxiliares de enfermería**	**4**	**6**
26/06/2025	**JORNADA PAGADIARIOS**	**Realizar identificación y atención de riesgos en salud, además educación en salud de la población que habita los pagadiarios**	**2 Médicos 2 Auxiliares de enfermería**	**4**	**6**
27/06/2025	**JORNADA PAGADIARIOS**	**Realizar identificación y atención de riesgos en salud, además educación en salud de la población que habita**	**2 Médicos 2 Auxiliares de enfermería**	**4**	**6**

		los pagadiarios			

Para la jornada de vacunación contra la fiebre amarilla en la Terminal Norte, fue necesario contar en cada turno con 1 médico y 2 auxiliares de enfermería. Ellos se encargaron de aplicar la encuesta, gestionar el consentimiento informado y dar seguimiento telefónico a la población mayor de 60 años vacunada, a lo largo de todo el mes de Junio. Durante la jornada de atención a la población Embera fue necesario contar, en algunas ocasiones, con el perfil de trabajo social, además de garantizar permanentemente la disponibilidad de personal de enfermería, medicina y auxiliar de enfermería, con el propósito de identificar y atender los riesgos en salud de la población Embera asentada en el Parque Nacional durante el mes de Junio, de manera adicional inicia la jornada de atención en Pagadiarios de los sectores priorizados de la subred norte principalmente en la localidad de Barrios Unidos.

5. GESTIÓN OPERATIVA

Para el periodo del presente informe la organización y planeación se centró en la consecución de talento humano, y organización acorde a las indicaciones brindadas por parte de SDS en la nueva el cual ha venido ingresando de manera progresiva y con corte al 30 de junio del 2025, se cuenta con un total de 274 perfiles entre profesionales y técnicos; adicionalmente se organizan las sedes de operación para los EBEH las cuales a la fecha se cuentan con 3: Ferias, Fray Bartolomé de las casas y servitá.

Se realiza cronograma de fortalecimientos técnicos al interior de la subred, con el objetivo de garantizar apropiación conceptual para la operación de los EBEH, como inducciones en el aplicativo, inducción en campo entre otros fortalecimientos en diferentes áreas.

Se participó en mesas de trabajo con rutas, dirección de gestión de riesgo con el fin, de continuar gestionando insumos físicos, de talento humano y propias de la operación.

5.1.1 COORDINACIÓN TECNICA, ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

Describa de manera puntual la organización y planeación que realizo durante el periodo

Comentado [38]: Cual es la descripción?

Tabla 26. Distribución del Talento Humano

PERFIL	SUBRED XXX			
	No de personas requeridas	**No de personas contratadas**	**Pendiente por contratar**	**% de contratación**
COORDINADOR	1	1	0	100%
TECNICO ADMINISTRATIVO	2	2	0	100%
DINAMIZADOR TERRITORIAL DE GESTIÓN DEL RIESGO (ORGANIZADO POR LOCALIDADES)	2	2	0	100%
APOYO	9	9	0	100%
INGEN SIS	1	1	0	100%

GEOGRAFO	2	2	0	100%
TECNICOS SISTEMAS	5	5	0	100%
PROFESIONAL UNIVERSITARIO	1	1	0	100%
BACHILLER ACCESO	9	8	1	89%
TECNICO AVANZADA	4	4	0	100%
GESTOR COMUNITARIO	4	3	1	75%
PROMOTOR (TECNICO AXILIAR DE ENFEMERIA)	200	115	87	89%
MEDICO	8	7	1	88%
ENFERMERIA	28	20	8	71%
PSICOLOGIA	28	25	3	89%
NUTRICION	2	0	2	0%
TERAPIA	7	6	1	86%
AGENTE DE CAMBIO	3	1	2	33%
CIENCIAS AMBIENTALES	1	1	0	100%
TECNICO AMBIENTAL	5	5	0	100%
ODONTOLOGIA	5	5	0	100%
PSICOLOGO CLINICO	3	3	0	100%
AUXILIARES CUIDADORES	9	9	0	100%
GESTORES ETNICOS	12	11	1	92%
PROFESIONAL ETNICO	2	2	0	100%
TÉCNICO ETNICO	6	5	1	85%
TOTAL	380	274	106	**72%**

Fuente: Matriz Talento Humano EBEH Junio 2025

De acuerdo a la tabla anterior , en el periodo del 1 al 30 de junio del 2025 se tuvieron variaciones importantes en la cantidad del talento humano, para el mes se cierra con 274 personas activas, pero durante el mismo mes del informe se presentan 17 terminaciones anticipadas de contrato, estas corresponden a los perfiles de: 3 profesionales de enfermería, 14 auxiliares de enfermería. El perfil que se evidencia con mayor rotación es el de auxiliar de enfermería (promotores de salud), uno de los motivos de retiro que se logró identificar es la oferta en otras subredes para el mismo perfil, lo que les permite seleccionar el lugar que sea más cercano a su lugar de residencia, entre otras se identifica que las acciones a desarrollar no cumplen con las expectativas esperadas.

Tabla 27. Ejecución financiera Plan programático y presupuestal - PPP

MES	VALOR PROGRAMADO	VALOR EJECUTADO	% DE EJECUCIÓN	VALOR SUBEJECUTADO	% SUB EJECUCIÓN

dic-24	$ 1.352.742.759,00	$ 571.129.645,80	42%	$ 781.613.113,20	58%
ene-25	$ 1.933.174.075,00	$ 889.549.072,60	46%	$ 1.043.625.002,40	54%
feb-25	$ 1.932.213.247,00	$ 903.057.945,00	47%	$ 1.029.155.302,00	53%
mar-25	$ 1.352.131.323,00	$ 571.129.645,80	42%	$ 781.001.677,20	58%
abr-25	$ 1.579.789.554,00	$ 909.405.350,00	58%	$ 670.384.204,00	42%
may-25	$ 1.585.719.032,21	$ 1.007.960.976,00	64%	$ 577.758.056,21	36%
jun-25	$ 1.557.062.445,12	$ 1.043.844.149,00	67%	$ 513.218.296,12	33%
TOTAL	**$ 11.292.832.435,33**	**$ 5.896.076.784,20**	**52%**	**$ 5.396.755.651,13**	**48%**

Fuente: Información consolidada corte al 30 de junio de 2025, basada en la Matriz PPP (Plan Programático y Presupuestal) del convenio.

La ejecución financiera del Plan Programático y Presupuestal (PPP) muestra una mejora progresiva en el comportamiento mensual, alcanzando para el mes de junio de 2025 una ejecución acumulada del 52%, equivalente a $ 5.896.076.784,20 del total programado de $ 11.292.832.435,33. A pesar del avance, aún persiste una subejecución del 48%, equivalente a $ 5.396.755.651,13.

Se observa una tendencia positiva en el mes de junio, con una ejecución del 67%, superior al promedio de los meses anteriores de (diciembre: 42%, enero: 46%, febrero: 47%, abril 58%). Esta mejora sugiere que se ha empezado a superar algunos de los cuellos de botella operativos.

Sin embargo, el acumulado continúa reflejando un nivel de ejecución similar al de meses anteriores. Tal como se ha identificado previamente, uno de los factores que ha limitado el avance del convenio ha sido la disponibilidad insuficiente de talento humano, lo que ha afectado la capacidad operativa y, por tanto, el cumplimiento de las metas programadas.

Tabla 28. Ejecución financiera

CONCEPTO	VALOR PROGRAMADO	VALOR EJECUTADO	% DE EJECUCIÓN	VALOR SUBEJECUTADO	% SUBEJECUCIÓN
TALENTO HUMANO	$ 1.027.661.214	$ 839.950.442	82%	$ 187.710.772	18%
INSUMOS	$ 93.423.747	$ 24.009.709	26%	$ 69.414.038	74%
ADMINISTRATIVOS	$ 435.977.485	$ 235.186.124	54%	$ 200.791.361	46%
TOTAL	**$ 1.557.062.445**	**$ 1.099.146.275**	**71%**	**$ 457.916.170**	**29%**

Fuente: Información consolidada con datos proporcionados por la Matriz PPP (Informe de Gestión Plan Programático Presupuestal), áreas de Recursos Físicos, Dirección Administrativa, Costos, TICS, actualizados a junio 2025.

La ejecución en el talento humano es bastante alta (82%), lo que indica que se utilizó la mayor parte del presupuesto asignado para Talento Humano. Sin embargo, hay un 18% de subejecución, lo que significa que una porción del presupuesto no se utilizó, pero esta cifra no es excesivamente preocupante. Podría haber sido por razones como faltantes en el talento humano, ajustes en la contratación o cambios en los planes de personal.

Respecto de los insumos, esta categoría muestra un bajo porcentaje de ejecución (26%) y una alta subejecución (74%). Esto es una señal clara de que no se ha gastado lo presupuestado para insumos. La diferencia es significativa, obedeciendo a retrasos en la adquisición de materiales, cambios en la estrategia de compra, o problemas logísticos.

La ejecución financiera, en su concepto de Administrativos, es moderada con un 54% de ejecución correspondiente a $235.186.124, y la subejecución es considerable con un 46% por valor de $200.791.361. Aunque no es tan marcado como en los insumos, sigue mostrando que casi la mitad del presupuesto no se ha ejecutado. Este patrón de ejecución revela que, aunque se han logrado avances en algunas áreas, persiste una significativa subejecución, lo cual está relacionado con limitaciones en la disponibilidad de talento humano.

Comentado [39]: Cual rubro?, mejorar redacción

El total global muestra un 71% de ejecución y un 29% de subejecución. Esto indica que, en general, se ha ejecutado una buena parte del presupuesto, pero una cantidad significativa sigue sin utilizarse. El total subejecutado ($457,916,170) es una cifra importante, lo que sugiere que se tiene una relación directamente proporcional con las limitaciones del talento humano.

Tabla 29. Desembolsos realizados

NÚMERO DE DESEMBOLSO	VALOR DESEMBOLSADO	No. FACTURA	FECHA

PRIMER DESEMBOLSO	$ 1.996.986.847	SN288579	DICIEMBRE 2024
SEGUNDO DESEMBOLSO	$ 952.251.949	SN305946	ENERO 2025
TERCER DESEMBOLSO	$ 1.224.323.935	SN330043	FEBRERO 2025
CUARTO DESEMBOLSO	$ 1.224.323.935	SN354157	MARZO 2025
QUINTO DESEMBOLSO	$ 1.224.323.935	SN383670	ABRIL 2025
SEXTO DESEMBOLSO	$ 476.394.838	SN409200	MAYO 2025
SÉPTIMO DESEMBOLSO	$ 785.427.964	SN440588	JUNIO 2025
TOTAL	**$ 7.884.033.403**		

Fuente: Dirección Financiera y área de Facturación de la Subred Norte, información consolidada con corte a 30 de junio de 2025, basada en los registros de facturación y desembolsos relacionados con el convenio.

En el marco del convenio de Equipos Básicos Extramurales de Hogar, el FFDS ha desembolsado hasta la fecha un total de $7.884.033.403, lo que representa el 83% de los recursos estipulados en la minuta como aporte al convenio. Se observa una tendencia en la que los desembolsos iniciales (diciembre, enero, febrero, marzo y abril) fueron más altos, con el mayor desembolso realizado en diciembre. Luego, en mayo y junio, los desembolsos disminuyeron en comparación con los primeros. Los desembolsos se realizaron en intervalos mensuales, entre diciembre de 2024 y junio de 2025, con la misma cantidad en tres meses consecutivos (febrero, marzo y abril).

Comentado [40]: Realizar analisis de la reserva de glosa frente al primer seguimiento retrospectivo realizado al convenio

	No. Des	**Factura**	**Recaudo**	**Reserva de Glosa 12%**
dic-24	1	$ 1.996.986.847	$ 1.996.986.847	$ 0
ene-25	2	$ 1.082.104.488	$ 952.251.949	$ 129.852.539
feb-25	3	$ 1.391.277.199	$ 1.224.323.935	$ 166.953.264
mar-25	4	$ 1.391.277.199	$ 1.224.323.935	$ 166.953.264
abr-25	5	$ 1.391.277.199	$ 1.224.323.935	$ 166.953.264
may-25	6	$ 476.394.838	$ 419.227.457	$ 57.167.381
jun-25	7	$ 785.427.964	$ 691.176.608	$ 94.251.356
jul-25	8	$ 785.427.964	$ 691.176.608	$ 94.251.356
TOTAL		**$ 9.300.173.698**	**$ 8.423.791.274**	**$ 876.382.424**

El mes de diciembre de 2024 muestra un recaudo completo (100%), sin glosa. A partir de enero de 2025, se establece una reserva de glosa, que representa el 12% de la factura. La

glosa acumulada asciende a $876.382.424, con una glosa sistemática que se aplica uniformemente a cada factura desde enero en adelante.

Los meses de febrero, marzo y abril tienen facturación idéntica, correspondiente a desembolsos recurrentes. El mes de mayo muestra una caída significativa en la facturación (casi un tercio respecto a meses anteriores). La diferencia entre lo facturado y el recaudado es del 90.58%, lo cual es aceptable pero requiere seguimiento.

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.

Tabla 30. Contratos vigentes (no talento humano)

No	CONTRATO	PROCESO SECOP	CONTRATISTA	OBJETO	FECHA	VALOR	PLAZO
1	002-2024	Unión Temporal Subred Norte JHS - TEA	Unión Temporal Subred Norte JHS - TEA	Contratar el servicio de transporte especial de pasajeros para el ejercicio del cumplimiento de las funciones de las unidades de prestación de servicios que conforman la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	15/04/2025	$ 109.400.000	30 días
2	042-2025	Necsoft S.A.S.	Necsoft S.A.S.	Contratar el servicio de alquiler de equipos de cómputo de escritorio y portátiles que permitan la adecuada prestación de los servicios y cubrimiento de la demanda de estos equipos.	01/05/2025	$ 87.077.060	2 meses
3	9030714044-13	TIGO - UNE	TIGO - UNE	Prestar el servicio de proveedor de datos mediante el paquete, el cual incluirá la provisión de conectividad de datos móviles, para satisfacer las necesidades de operación del convenio.	22/04/2025	$ 54.567.700	30 días

Fuente:SECOP II y Facturas proveedores mes de mayo de 2025.

De la tabla anterior se precisa indicar que los contratos se encuentran vigentes; siendo los dos primeros contratos No. 002-2024 con UNIÓN TEMPORAL SUBRED NORTE JHS – TEA y No. 042-2025 con NECSOFTPC SAS correspondientes a procesos públicos adjudicados a través de la plataforma de compras electrónicas SECOP II. Conforme la información de la plataforma SECOP II, estos contratos se suscribieron en el año 2024 y 2025 respectivamente, los cuales se han venido adicionando y prorrogando para suplir la

necesidad del servicio, en cumplimiento de las condiciones establecidas en el convenio. Mientras que el contrato con TIGO – UNE corresponde a Prestación de Servicios Públicos, que incluye la provisión de conectividad de datos móviles y minutos a celular para satisfacer las necesidades operativas del convenio, el cual no hace parte del SECOP II.

5.1.3. GESTIÓN AMBIENTAL

Para el mes de Junio, la subred continuó implementando acciones de salud ambiental, implementando el Plan Institucional de Gestión Ambiental, el cual se convierte en un instrumento de planificación de la promoción de la gestión ambiental.

En este sentido la subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E, consciente de su responsabilidad frente al mejoramiento de las condiciones ambientales del distrito, presenta su Plan Institucional de Gestión Ambiental - PIGA que se convierte en un instrumento básico para formular, diseñar, describir y ejecutar planes y proyectos que mejoren la calidad ambiental de la entidad y que busquen crear una cultura ambiental que armonice el bienestar, productividad, competitividad y compromiso de la institución frente a los lineamientos de la política ambiental distrital.

Dentro de su contenido el PIGA inicia con el establecimiento de estrategias de acción enmarcadas en la educación, sensibilización, capacitación, acciones para el fortalecimiento institucional, recursos financieros e importancia de comprometerse al mejoramiento continuo, seguimiento y evaluación de la gestión ambiental.

Como parte fundamental dentro del plan, se encuentra el análisis de la situación ambiental donde se describen las condiciones geográficas, territoriales, organización institucional, valoración de las condiciones del entorno, análisis de las condiciones internas y el análisis del uso y manejo de los recursos, esta parte es fundamental para la formulación de los planes y proyectos que mejorarán las condiciones ambientales de la institución.

De acuerdo a lo anterior, los EBEH, garantiza que el plan institucional se cumpla, desde las acciones propias de los colaboradores que pertenecen a los equipos, en este sentido, en las instalaciones donde se encuentran los colaboradores administrativos, se dispone según el plan, las canecas para la clasificación de los residuos y cuartos donde se hace la disposición final; asimismo, de acuerdo a las acciones realizadas para la toma de glucometría, se garantiza los insumos para la aplicación y disposición del mismo, entregando guardianes y orientando a los colaboradores frente a la rotulación y disposición final de los mismos, las cuales se realizan en las unidades de servicio de salud de la Subred.

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

Durante el mes de Junio se realizaron procesos de planeación y organización para la operación, los cuales estuvieron enmarcados en asistencias técnicas por parte de SDS asociados a las tomas territoriales por sectores que, tienen como objetivo la visibilización de los equipos MÁS Bienestar en el territorio, a partir de esto se realizaron acciones de articulación por parte de las líderes dinamizadores, con los líderes de políticas, entornos cuidadores, líderes APS, participación social, con el fin de socializar el objetivo de las jornadas y generar plan de acción en conjunto para dar respuesta a las tomas territoriales, así mismo, se realizaron mesas de trabajo con el equipo de profesionales de apoyo, geógrafos, ingeniero de sistemas, para generar la planeación y ejecución de la tomas en territorio.

Se participaron en las mesas locales de salud, para cada una de las localidades, la cual busca realizar procesos de articulación constante con el sector y otros sectores como respuesta a la implementación del modelo más bienestar, cabe aclarar que para el mes de junio, se realizaron mesas sectoriales, con el fin de continuar concertando en plan local de cuidado en salud y los avances obtenidos en el segundo trimestre; es importante mencionar que se generan compromisos para el reporte de los datos en el mes siguiente; así mismo se recuerdan las diferentes necesidades que se abordan en las localidades de la subred norte como embarazos en adolescentes de 10 a 14 años, violencia intrafamiliar y de género, conducta suicida, transmisión de ITS en adolescentes y jóvenes, MME extrema en adolescentes y jóvenes y consumo de spa, las cuales están priorizadas en las mesas locales de bienestar, aportando así al plan de acción de cada localidad para disminuir los riesgo de esta población.

Se han realizado articulaciones conjuntas con las acciones individuales y colectivas que se requieran para cada familia abordada; junto con las profesionales de apoyo, profesional de acceso para dar respuesta a cada una de las necesidades de las familias según rutas integrales de atención.

Se participó en las mesas sectoriales de políticas realizando Análisis de situaciones de calidad de vida en cada una de las localidades, estableciendo desde los EBEH las diferentes acciones realizadas por el equipo operativo aportando así soluciones a las problemáticas identificadas de cada una de las políticas públicas.

Se realizó Consolidación y seguimiento a indicadores trazadores, identificando los avances por cada uno.

5.2.1. GERENCIA DE LA INFORMACIÓN.

Comentado [41]: juan

1.

Proceso	Descripción
Avances en implementación	En el marco de la implementación de los nuevos procesos contemplados en el convenio actual, se han desarrollado diversas herramientas que permiten un control más específico y eficiente de las acciones

	establecidas en los lineamientos. Estos tableros de seguimiento se construyen de manera progresiva, en respuesta a las necesidades operativas que se identifican diariamente, razón por la cual su desarrollo se encuentra en constante actualización y mejora continua. En la gestión realizada de Ruteo se vio un avance significativo con la gestión del estado Contactado comparado con el mes de mayo con un total de 2180, en el mes de junio 4975. En la validación de las salidas de información se ve un avance positivo en la medición del mismo desde su primer momento en el periodo de mayo, pasando de un 89 % en su primera revisión a un 92% en su primera revisión en el mes de junio, esto muestra de los procesos de precrítica semanales realizados por el equipo de técnicos y digitadores en sistema, utilizando las herramientas generadas para la validación, seguimos trabajando en mejorar la oportunidad del cargue de la información enfatizando la importancia a nuestros colaboradores. Envío diario de precríticas y concordancia para el seguimiento de los profesionales de apoyo y la verificación en los días de precritica por parte del equipo técnico y de digitadores.
Logros en operación	● Mayor control y trazabilidad de las acciones en campo. ● Optimización en la toma de decisiones. ● Adaptabilidad operativa frente a necesidades emergentes. ● Fortalecimiento de los procesos de seguimiento y evaluación. ● Reducción de errores y mejora en la calidad de la información. ● Mayor completitud y seguimiento al cargue de las acciones al aplicativo. ● Seguimiento con el apoyo de perfiles técnico y Bachilleres de acceso, así mismo realizando un fortalecimiento a estos perfiles de las acciones realizadas en el aplicativo, para el posterior apoyo al proceso de precríticas.
Articulación con otros perfiles	● Articulación con profesionales de apoyo para las precriticas diarias ● Articulación con los perfiles que apoyan la gestión de ruteo desde las cohortes ● Articulación con los geógrafos para la planeación de acciones territoriales y asignación de casos.

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

Perfil	Proceso	Tema	Total Participantes

Comentado [42]: Sí como se realizo la comparación con el tablero de gestion ruteo validar el comportamiento de los demas tableros instaurados

Comentado [43R42]: Se realiza comparacion en los avances en la implementación.

Profesionales de apoyo, avanzada,	Aplicativo Gitapps	Fortalecimiento equipo de avanzada	10
Profesionales de apoyo, avanzada,	Asignación predios aplicativo	Socialización matriz propiedad horizontal	10
Técnicos-Digitadores-	Herramientas calidad del dato	Socialización herramientas módulos pendientes - diferencia de fechas	14
Gestores, Profesionales de apoyo,	Aplicativo Gitapps - bases y herramientas internas	Capacitación aplicativo Gitapps gestores nuevos	5

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

   Desde el equipo de gerencia de la información para el mes de junio se continúan implementando y mejorando varias acciones para salvaguardar la información y la gestión de las mismas, entre esas acciones está la descarga diaria de los planos del aplicativo GTAPPS los cuales posteriormente se realiza la actualización de unas macros creadas para la consolidación de los mismos y se realiza la actualización de unas herramientas para la precrítica las cuales son enviadas diariamente vía correo electrónico a los líderes y profesionales de apoyo, con los cuales logramos identificar los módulos pendientes por diligenciar en el aplicativo y a su vez los hallazgos de calidad del dato. Contamos con unos drivers creados para la gestión y el seguimiento a las bases suministradas desde SDS, contamos con un reporte diario para realizar el seguimiento a las acciones reportadas por los colaboradores vs las acciones cargadas al aplicativo, adicional se crearon tableros de control para el seguimiento a la calidad, oportunidad y pertinencia de la información cargada en el aplicativo Gitapps, así mismo poder medir los diferentes indicadores solicitados desde el ente territorial.

   En el correo institucional Gerenciadelainformacion@subrednorte.gov.co se generan los backup de la información del entorno en caso de alguna incidencia contar con la disponibilidad del 100% de la información.

   Los Planes de contingencia generados para posibles incidentes son los siguientes.

   - Mantener **descargas diarias** de los planos del aplicativo GTAPPS, los cuales se consolidan mediante macros y se actualizan en herramientas de precrítica.

   - En caso de indisponibilidad de los servidores, la información más reciente se encuentra **resguardada localmente** y en **copias almacenadas en el correo institucional** (Gerenciadelainformacion@subrednorte.gov.co).

   - Los tableros de control y reportes diarios permiten continuar el análisis y seguimiento con la última información disponible hasta que se restablezca el

servicio.

- Los drivers internos permiten la organización y seguimiento a las bases suministradas, protegiendo la integridad y confidencialidad de los datos.
- Ante cualquier incidencia, el acceso a los backups permitirá reanudar las actividades sin pérdida significativa de datos.

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	VPN	INTERNO	Contamos con 43 portátiles con VPN institucional asignados.	Juan Pablo Tello Mendoza	Forticlient vpn 7.2		Activos
2	Escritorios remotos	Interno	Contamos con 43 portátiles con usuario de escritorio remoto, para la conexión a dinámica gerencial.	Juan Pablo Tello Mendoza			Activos
3	Dinámica	Interno	52 Usuarios de dinámica para profesionales y bachilleres de acceso				Activos
4	Macro consolidacion VSP	Interno	Macro creada para la consolidacion de las VSP en un solo archivo	Juan Pablo Tello Mendoza		20/05/2025	Operativo
5	Macro Consolidacion archivos planos	Interno	Macro creada para la consolidación del 100% de los planos del	Juan Pablo Tello Mendoza			Operativo

			aplicativo Gitapps				
6	Herramienta concepto	Interno	Herramienta creada para el seguimiento al concepto técnico.	Juan Pablo Tello Mendoza		08/06/2025	Operativo
7	Herramienta módulos pendientes y verificación fechas.	Interno	Herramientas creada para el seguimiento a los modulos pendientes por cargar al aplicativo y la diferencia de fechas entre formularios para la solicitud de los ajustes.	Juan Pablo Tello Mendoza		Diario	Operativo
8	Mapas bogota	Externo	Herramienta utilizada para generacion de informacion Geografica	Institucional SDS			Operativo

5. Gestión de usuarios del aplicativo GTAPS del periodo.

Tabla 31. Creación Usuarios

Para este periodo se realiza verificación del talento humano que cuenta con terminación del contrato y con el aval de las profesionales de apoyo y las líderes dinamizadoras se solicita la inactivación de dichos usuarios del aplicativo.

Perfil Vs Aplicativo	GTAPS	
	Creación	Inactivación
Médicos	1	2
Enfermeros	1	0
Nutricionistas	0	0
Psicología	2	2
Técnico Sistemas	0	2

Auxiliar Relevo	0	0
Gestores	25	10
Ambientales	1	0
Total	30	14

Se realiza validación periódica de la base de talento humano para verificar los usuarios que tuvieron finalización de contrato y se solicita a las líderes y apoyos la aprobación para la inactivación de dichos usuarios.

5.2.2. GESTIÓN Y SEGUIMIENTO A COHORTES DE RIESGO

Comentado [44]: daniela castro, carolina velez, irma y alejandra

COHORTE	ACCIONES DE ACOMPAÑAMIENTO EN CAMPO	ACCIONES DE FORTALECIMIENTO TÉCNICO	NÚMERO DE CASOS DERIVADOS	RESPUESTAS EFECTIVAS A CASOS DERIVADOS
GESTANTES	6	2	0	0
MENOR DE 18 MESES	3	2	0	0
CRÓNICO	9	2	23	0
SALUD ORAL	1	1	0	0
VACUNACIÓN	1	1	4	4
SALUD MENTAL	10	2	0	0
DISCAPACIDAD	9	3	81	
SALUD AMBIENTAL	1	1	0	0
TOTAL	40	14	108	

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

Comentado [45]: No se evidencia la gestión realizada con estás cohortes

Establecer análisis de los resultados generados teniendo en cuenta cada uno de los grupos de riesgo intervenidos, donde se plasme el reporte y análisis de las acciones de planeación, acompañamiento en campo y fortalecimiento técnico de los equipos, aportando al mejoramiento de la gestión operativa, **(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)**

Así mismo establecer el análisis de los casos derivados, las acciones de intervención y atención, así como los avances de planeación y gestión de los que se encuentran pendientes.

Para finalizar reportar las acciones de seguimiento a indicadores, socialización de oportunidades y aportes en la toma de decisiones.

Cohorte de Gestantes

Durante el mes de junio, se evidenció una disminución significativa en la búsqueda y contacto telefónico de usuarias gestantes incluidas en la base de ruteo, en comparación con el avance logrado en mayo. Esta reducción puede explicarse, en parte, por el

Comentado [46]: por favor desde la líder de esta estrategia establecer un plan de choque con actividades puntuales a realizar en el marco de la implementación de la estrategia guardianes de la gestación dado que se debe reportar como producto al parem del ministerio de salud agradezco el discriminado de las acciones a realizar en este informe

incremento en el ingreso de gestantes desde otras fuentes, como el CRUE y la estrategia Ángeles Guardianes, a través de las cuales se integró un número importante de usuarias.

En este periodo, el perfil de enfermería registró los siguientes avances:

- Familias con gestantes: 140
- Morbilidad Materna Extrema: 247
- Sífilis gestacional: 47

Estos casos fueron abordados principalmente en las localidades priorizadas. La base de ruteo correspondió únicamente a 11 casos, lo cual representa el 18 % del total de gestantes atendidas en el mes.

Caracterización por localidades

Un total de 89 usuarias fueron caracterizadas, distribuidas de la siguiente manera:

- Suba: 55,05% (n=49)
- Engativá: 26,9% (n=21)
- Usaquén: 13,48% (n=12)
- Chapinero: 1,12% (n=1)
- Barrios Unidos: 1,12% (n=1)

Además, se reportaron 299 familias en seguimiento y 46 con cierre de caso.

Edad gestacional al momento de la caracterización

- Primer trimestre: 4,49% (n=4)
- Segundo trimestre: 10,1% (n=9)
- Tercer trimestre: 21,34% (n=19)
- Cuarto trimestre: 49,43% (n=44)
- Post-parto (posterior al puerperio): 14,6% (n=13)

Afiliación al sistema de salud

Del total de familias caracterizadas:

- 66% (n=59) estaban afiliadas al régimen contributivo
- 29,21% (n=26) al régimen subsidiado

Comentado [47]: más de 400 casos con gestantes y no se logra llevar al menos a 5 a la estrategia guardianes de la gestación ????

- 1,12% (n=1) al régimen de excepción
- 3 gestantes no contaban con aseguramiento

Condiciones clínicas y gestión del riesgo

Se identificaron antecedentes médicos relevantes como hipertensión arterial e infecciones urinarias, factores de riesgo asociados a posibles complicaciones en el último trimestre. Según los registros del aplicativo GTPAS, cinco usuarias no presentaban adherencia a los controles prenatales y/o enfrentaban barreras para la asignación de citas. Por ello, se realizaron cinco canalizaciones. Las gestantes sin aseguramiento fueron remitidas a organizaciones no gubernamentales y al convenio PAISS.

Vacunación

Solo 16 gestantes registraban esquema de vacunación completo en GTPAS. Esta situación resalta la necesidad de continuar fortaleciendo el direccionamiento oportuno a las IPS o puntos de vacunación, así como la educación a las gestantes y sus familias sobre los beneficios de la inmunización en este grupo poblacional de alta vulnerabilidad.

Fortalecimiento técnico – Cohorte Gestante

Durante el mes, se avanzó en el fortalecimiento técnico del equipo, enfocado en dotar a los profesionales de herramientas para el abordaje integral de gestantes, tanto aquellas con criterios epidemiológicos como las sin antecedentes clínicos. Las capacitaciones incluyeron:

- Elaboración de anamnesis y examen físico.
- Educación en signos de alarma por trimestre.
- Prácticas de autocuidado.
- Verificación de exámenes y ecografías correspondientes a cada trimestre.
- Esquemas de vacunación durante la gestación.

El objetivo fue fortalecer la atención integral, promover el autocuidado y garantizar la asistencia a controles rutinarios y servicios de urgencias, conforme a la ficha técnica de atención a gestantes.

Se llevaron a cabo:

- 2 sesiones de fortalecimiento colectivo (signos de alarma por trimestre y valoración de gestantes).
- 8 acompañamientos individuales en campo dirigidos a gestores.

Cabe destacar la participación activa de los profesionales de cohorte en las jornadas “Salud-ando MÁS Bienestar en Casa”, muchas de las cuales se desarrollaron en territorio.

Como parte de las actividades proyectadas para junio, se planea la implementación de la estrategia *Guardianes de Gestantes MÁS Bienestar*.

Sin embargo, se han presentaron algunas limitaciones en la concertación de fechas con los profesionales médicos, debido a la disponibilidad de tiempo de las familias. Además, algunas gestantes residen en sectores con baja cobertura de red telefónica, lo que ha dificultado el desarrollo remoto de esta estrategia.

Estrategia “Guardianes de Gestantes MÁS Bienestar”

La educación para la salud es un proceso pedagógico, dialógico e intencionado que, mediante el intercambio de saberes, fortalece las capacidades de personas, familias y comunidades para promover el autocuidado, gestionar riesgos y transformar positivamente sus entornos. Se hace necesario fortalecer y garantizar que la estrategia de guardianes gestantes se realice con criterios de calidad, oportunidad con el fin de favorecer controles prenatales, identificación de situaciones de riesgo, fortalecer la toma de decisiones de las usuarias y sus padrinos, teniendo en cuenta que a la fecha no se ha logrado, teniendo en cuenta ese hallazgos, se planea en el próximo mes entregar las bases de gestantes o puérperas abordadas con sus números de contacto telefónico para que los profesionales realicen la gestión de contactarlas y planear las sesiones establecidas para esta estrategia, además durante los fortalecimientos técnicos con los colaboradores que tienen acciones con este grupo de mujeres se sensibilizara frente a la necesidad prioritaria de socializar la estrategia con las usuarias y establecer con las familias el compromiso de la asistencia a la convocatoria que realicen los profesionales de medicina.

Como parte de las acciones ejecutadas en junio, se realizaron tres revisiones de calidad a las bases de descarga de información registrada en el aplicativo GTPAS. Los hallazgos más recurrentes fueron identificados, destacados y retroalimentados a los profesionales responsables de los casos. Estos hallazgos también se socializaron con los profesionales de apoyo con el fin de unificar criterios y fortalecer el proceso de registro, promoviendo una documentación oportuna, veraz y completa de la totalidad de las acciones realizadas por el equipo.

Es importante resaltar que este ejercicio debe asumirse como un proceso continuo, considerando la movilidad del personal, el volumen de hallazgos y la importancia del registro como insumo verificable para otros procesos administrativos y operativos del programa.

Cohorte de Menores de 18 Meses

Para el mes de junio del año en curso la cohorte de menores de 18 meses, no cuenta con base de ruteo. Se expone el análisis cuantitativo y cualitativo de los registros correspondientes a población infantil, clasificada por tipo de aseguramiento, presencia de patología base y asistencia a servicios de salud. Esta información resulta clave para orientar acciones de seguimiento, priorización de intervenciones y ajustes operativos en el marco del Modelo MAS Bienestar, El total de las familias caracterizadas con menores de 18 meses para este mes fueron un total de 19,81%(n=44), familias con seguimiento 78,82% (n=219), familias a quienes se les realizo cierre del plan del cuidado familiar 1,35%(n=3).

La distribución por tipo de aseguramiento de las familias caracterizadas durante el mes de Junio fue la siguiente: en el régimen contributivo 61,4% (n=27), régimen subsidiado 31,8% (n=14), no asegurados 6,8% (n=3), la mayor proporción de usuarios corresponde al régimen contributivo. . No obstante, existe un grupo no asegurado (6,8 %) que requiere acciones de afiliación y seguimiento prioritario.

Distribución de casos de menores por patología de base: RNBP 20,5% (n=20,5), Prematurez 4,5% (n=2, otros patologías 2,3% (n=1), sin datos de antecedentes o no registran antecedentes 72,7% (n=32), solo el 27,3% de los casos tiene una patología registrada del total de los casos caracterizados durante el mes de junio. De este grupo de 44 familias con menores caracterizados se encuentra que el 56,8% (n=25), cuentan con consulta de pediatría, el 25,0% (n=11) son valorados por los profesionlaes de nutrición y pediatria, un 2,3% (n=1) solamente cuenta con la valoración de nutrición, en un porcentaje de 9,1% (n=4), asisten a las consultad de PyD, un 6,8% (n=3) no cuentan con valoración de profesionales de salud, para este grupo de menores los profesionales que intervienen en los planes de cuidado realizaron las canalizaciones y agendamientos respectivos según registro en el aplicativo GTAPS. El 84 % de los casos cuenta con algún tipo de atención clínica, principalmente pediatría. El abordaje nutricional es reducido (sólo 1 caso exclusivo) a pesar de los antecedentes clínicos de riesgo.

Como fortalezas en el grupo de menores caracterizados en el mes de junio se evidencia que el 57% de los menores cuentan con controles por pediatría y abordajes combinados pediatría y nutrición 25% reflejan un enfoque integral,, la identificación clara de casos con RNBP y prematurez permite orientar seguimientos diferenciados, el registro de aseguramiento esta mayormente completo (93% con afiliación identificada.

Durante el mes de Junio se realizaron dos revisiones de calidad del dato para las bases que registran a menores de 18 meses como caso índice evidenciando algunos casos que se presume como datos incompletos o no coherentes entre las variables de respuesta corta y las retroalimentaciones por eso es importante mejorar calidad del registro en el aplicativo, fortalecer el abordaje por profesionlaes de nutrición, activar los seguimientos prioritarios a los casos sin control y sin aseguramiento, continuar con los fortalecimientos técnicos e individuales con el fin de brindar herramientas que favorezcan las competencias técnicas y así fortalecer la atención integral de los menores y sus familias.

Cohorte de Condiciones Crónicas

Durante el mes de junio se evidenció una disminución notable en las acciones de intervención realizadas por los gestores de salud frente a los casos asignados dentro de la cohorte de condiciones crónicas. Esta situación obedece a la implementación de la estrategia Salud Ando Ando, la cual se encuentra en ejecución hasta el 31 de julio y ha requerido que la totalidad del personal operativo redireccione sus funciones hacia la ejecución de actividades extramurales intensivas, enfocadas en la búsqueda activa comunitaria casa a casa. Como consecuencia, se ha suspendido temporalmente el abordaje estructurado de los casos priorizados dentro del componente de ruteo, generando retrasos en la continuidad de atención y dificultades en el seguimiento de los usuarios que integran la cohorte de riesgo. Esta reorientación operativa ha limitado la capacidad de respuesta frente a la gestión requerida para los casos de ruteo.

A pesar de estas limitaciones, se logró llevar a cabo la intervención a 109 familias que forman parte de la cohorte de enfermedades crónicas no transmisibles, distribuidas en cuatro localidades del distrito. El análisis territorial de estas acciones revela una mayor concentración de actividades en zonas con densidad poblacional elevada y antecedentes

de riesgo epidemiológico. En detalle, se reportaron 47 intervenciones en Engativá, 35 en Suba, 9 en Barrios Unidos y 4 en Usaquén. Este patrón de distribución responde a una planeación territorial diferencial, orientada a priorizar áreas con mayores indicadores de vulnerabilidad social y prevalencia de enfermedades crónicas. El 75% de las acciones se concentraron en Engativá y Suba, lo que evidencia una implementación estratégica de los Equipos Básicos Extramurales de Hogar (EBEH), que alinean sus intervenciones con los criterios de priorización definidos en el análisis situacional de salud.

En cuanto a los hallazgos clínicos identificados en la población intervenida, se encontró que 62 de los casos correspondían a usuarios con diagnóstico de hipertensión arterial; de estos, 3 no contaban con seguimiento activo mediante controles periódicos, lo cual representa un riesgo en la evolución de la patología. Por otra parte, se abordaron 20 personas diagnosticadas con diabetes mellitus, registrándose un caso con baja adherencia al plan de atención en alteraciones metabólicas. Asimismo, se intervinieron 5 familias con antecedentes de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) los cuales son adherentes a sus controles rutinarios. Cabe destacar que 22 de los casos gestionados no presentaban diagnósticos confirmados de enfermedades crónicas; sin embargo, estos usuarios hacen parte de la base poblacional de crónicos remitida desde el nivel central, lo que sugiere la necesidad de depurar y actualizar las bases de datos para evitar dispersiones en los recursos de atención. Esta información permite refinar el enfoque de los equipos territoriales y mejorar la segmentación de intervenciones futuras.

Respecto a las acciones de gestión del riesgo, se documentó la activación de un caso dentro de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) y la programación de una cita médica para asegurar la continuidad del proceso clínico asistencial de un usuario identificado en condición crítica durante el primer contacto. Estas acciones representan un avance hacia una atención más oportuna, con énfasis en la articulación efectiva entre los diferentes niveles de atención y la respuesta inmediata ante situaciones que requieren intervención clínica prioritaria. El fortalecimiento de estas rutas permite consolidar un modelo de atención centrado en el usuario, orientado a la prevención de complicaciones y a la gestión integral de los determinantes que afectan el estado de salud.

En relación con el componente de inmunización, se identificaron cuatro personas mayores con esquemas de vacunación incompletos. Esta situación fue gestionada a través del equipo de vacunación del territorio, quienes lograron integrar a estos usuarios al esquema ampliado de inmunización, garantizando así su protección frente a enfermedades prevenibles por vacuna. Este hallazgo resalta la importancia de mantener una vigilancia activa de los cursos de vida más vulnerables, así como implementar estrategias de educación continua dirigidas a cuidadores y familiares, con el fin de mejorar los niveles de cobertura y adherencia al esquema nacional de vacunación. La intervención en este grupo poblacional refuerza el enfoque preventivo del modelo de atención integral en salud.

En lo que respecta al componente de seguimiento y continuidad del cuidado, se registraron 23 casos remitidos al plan de cuidado familiar, los cuales, a la fecha de corte del informe, no han sido intervenidos por los profesionales responsables. Esta ausencia total de respuesta representa una alerta crítica dentro del proceso de gestión territorial, ya que indica una efectividad del 0% en la atención de los casos priorizados, situación que pone en evidencia falencias estructurales en los mecanismos de asignación, trazabilidad y respuesta institucional frente a las remisiones realizadas. Esta situación puede deberse a múltiples factores, como la sobrecarga operativa del talento humano y la ausencia del mismo ya que no se cuenta con el 100 % del talento humano establecido para los equipos básicos extramurales. La no atención oportuna de estas familias no solo impide el avance en los objetivos de control y seguimiento de condiciones crónicas, sino que también

aumenta el riesgo de descompensaciones clínicas y discontinuidad en los procesos de atención integral.

Durante el mes en curso, se realizaron un total de nueve acompañamientos en campo dirigidos a gestores de salud y profesionales de enfermería, quienes durante sus recorridos cotidianos captan usuarios con diagnóstico de enfermedades crónicas. Estas visitas permitieron observar de manera directa prácticas que requieren ajustes técnicos y operativos para garantizar la calidad de las intervenciones realizadas. Entre las principales oportunidades de mejora identificadas se encuentra la heterogeneidad en la técnica de toma de muestras capilares para glucometría, evidenciándose el uso de distintos métodos de higienización como torundas secas, con alcohol, con gel antiséptico, con agua o jabón, sin una estandarización clara del procedimiento. Este aspecto representa un riesgo en la calidad de la muestra y la bioseguridad. Igualmente, durante la medición de la presión arterial se constató un uso incorrecto tanto del brazalete como del fonendoscopio, afectando la precisión de los resultados. En lo referente a la aplicación de tamizajes, especialmente el Apgar familiar, se identificó que no todos los colaboradores cuentan con una herramienta propia que les permita consignar adecuadamente la información recolectada, lo cual genera omisión de variables clave en la caracterización. Por el contrario, aquellos que sí disponen de instrumentos estructurados logran una recolección de datos más completa y veraz, lo que mejora la calidad de la información reportada.

Asimismo, se evidenció que en el desarrollo de tamizajes como el de la OMS, FINDRISK y EPOC, en varias ocasiones no se socializan los resultados obtenidos con los usuarios, omitiendo una etapa crucial para la generación de conciencia y comprensión del riesgo. Esta falta de retroalimentación limita la posibilidad de que los individuos tomen decisiones informadas respecto a su autocuidado y su estado de salud actual o futuro. En cuanto a las acciones educativas dirigidas a las familias, se observó que, en algunos casos, estas no están debidamente alineadas con el riesgo identificado ni con el curso de vida del usuario, presentándose como intervenciones poco específicas y sin un enfoque diferencial. Esta debilidad no muestra el impacto de las actividades de promoción de la salud ejecutadas, ya que no logra conectar efectivamente con las realidades particulares de cada núcleo familiar. En relación con la plataforma GTAPS, se encontró que no todos los registros de casos se digitalizan dentro de las primeras 24 horas posteriores a la intervención, lo que representa una barrera para la gestión oportuna de la información. Además, en el módulo de planes de cuidado, muchas observaciones registradas carecen de profundidad y no permiten evidenciar las condiciones particulares de las familias, ni los riesgos priorizados, ni las acciones ejecutadas con enfoque educativo o preventivo.

Frente a estos hallazgos, se definieron acciones de mejora encaminadas al fortalecimiento técnico del equipo operativo haciendo énfasis en la capacitación y actualización de conocimientos dirigidas tanto a auxiliares de enfermería como a profesionales de enfermería. El cual se enfocó en optimizar las competencias adquiridas en sus procesos formativos y mejorar el desempeño en el abordaje integral de personas con condiciones crónicas. Para ello, se desarrollaron ejercicios prácticos orientados a reforzar la identificación de determinantes sociales, factores económicos, antecedentes personales y familiares, así como la ejecución correcta del examen físico y la gestión del riesgo. Esta última incluye desde el agendamiento de citas, activación de rutas integrales, derivaciones, hasta la remisión oportuna a servicios de urgencias. Adicionalmente, se enfatizó la importancia de las estrategias de comunicación familiar, recordando que la educación debe ser específica y contextualizada, con base en los riesgos identificados y la estructura familiar del usuario. Estas acciones tienen como fin sensibilizar al personal sobre la necesidad de promover el autocuidado desde un enfoque humanizado, educativo y participativo, alineado con los principios del modelo Más Bienestar, logrando así mayor efectividad en las intervenciones individuales y colectivas.

En el marco del plan de acción definido desde mayo, se compartió con el equipo operativo una estrategia que incluye la creación de una herramienta de chequeo propia. Esta lista permite a cada profesional recopilar, de manera sistemática, los datos necesarios para realizar una intervención integral y mejorar la calidad del registro. En su diseño se integraron variables claves sugeridas por los mismos equipos en campo, como la inclusión completa de las preguntas para detectar inseguridad alimentaria, los componentes del Apgar familiar, y los ítems correspondientes al tamizaje FINDRISK. Esta herramienta busca evitar omisiones, estandarizar la recolección de información y facilitar su posterior digitación en el sistema. Con esta iniciativa se promueve la autonomía técnica de los colaboradores y se avanza hacia la consolidación de procesos más rigurosos, precisos y adaptados a las necesidades de cada territorio y familia.

Como parte del seguimiento continuo a las oportunidades de mejora, se plantea la necesidad de mantener el proceso de fortalecimiento técnico de manera sistemática, con énfasis en grupos focalizados según los hallazgos más recurrentes identificados tanto en la revisión documental del aplicativo GTAPS, como en los acompañamientos en campo y en la revisión de la digitación diaria de las intervenciones. Se busca que un número creciente de colaboradores adopte el uso de herramientas autónomas de recolección de datos para mejorar la calidad de la información obtenida durante la caracterización familiar. A su vez, se sostienen los acompañamientos en campo hasta el mayor número de talento humano evaluado. Esta acción permitirá estandarizar prácticas, fortalecer competencias técnicas, y detectar de manera temprana cualquier desviación en la ejecución de las intervenciones. Finalmente, se destaca la importancia de continuar articulando hallazgos y alertas con las profesionales de apoyo y el grupo dinamizador, con el fin de diseñar nuevas acciones correctivas y preventivas que aseguren una atención centrada en la calidad, la oportunidad y la continuidad del cuidado.

Cohorte de Salud Oral

Durante el mes de junio, no se registraron asignaciones de casos desde el nivel central para la cohorte de salud oral. No obstante, los Equipos Básicos Extramurales de Hogar (EBEH) mantuvieron activas sus intervenciones territoriales y lograron atender a un total de 264 familias mediante acciones individuales enfocadas en la identificación de necesidades odontológicas, factores de riesgo y condiciones determinantes del estado bucodental. Adicionalmente, se realizaron intervenciones grupales dirigidas a poblaciones específicas, lo que permitió fortalecer procesos educativos y de promoción de la salud oral bajo un enfoque diferencial según el curso de vida de los participantes. Estas acciones contribuyen al mantenimiento del componente de salud oral dentro del modelo territorial, y evidencian el compromiso del talento humano con la continuidad del cuidado y el cumplimiento de metas del plan operativo.

En este mismo periodo, se realizó un acompañamiento en campo que permitió observar de forma directa la intervención realizada por el personal operativo en una familia priorizada. Durante dicha visita se constató una atención integral que incluyó la caracterización de las condiciones socioeconómicas del hogar, las dinámicas familiares, la identificación de factores de riesgo en salud oral y la ejecución de actividades educativas pertinentes al contexto del usuario y su curso de vida. Sin embargo, al realizar la verificación del registro de esta intervención en el aplicativo GTAPS, se identificaron inconsistencias significativas en la calidad del dato digitado. En particular, se evidenció que las observaciones registradas eran incompletas y no reflejaban con claridad ni la profundidad de la intervención realizada, ni los hallazgos relevantes sobre la familia ni las acciones educativas llevadas a cabo. Esta brecha entre lo ejecutado en campo y lo consignado en el sistema representa una oportunidad de mejora, ya que impacta directamente en la trazabilidad, el análisis técnico y el seguimiento de las intervenciones en salud oral.

Ante este hallazgo, se definieron acciones de fortalecimiento técnico dirigidas al equipo de profesionales de odontología, con el propósito de optimizar la calidad del registro en el aplicativo GTAPS. En este sentido, se realizó una jornada de retroalimentación orientada a recordar la correcta digitación de los datos, enfatizando la importancia de registrar observaciones completas, estructuradas y pertinentes, que respondan a los mínimos requeridos en términos de caracteres y contenido técnico. Como parte del ejercicio, se llevó a cabo una actividad práctica en la que los profesionales simularon el proceso de carga de una intervención familiar real. Esta actividad permitió identificar vacíos frecuentes en la construcción de las observaciones, como la omisión de hallazgos específicos del caso, la falta de contextualización sobre las condiciones de la familia, y la ausencia de descripciones detalladas sobre las acciones educativas impartidas. Asimismo, se aprovechó este espacio para sensibilizar al equipo sobre la importancia de brindar educación específica según el tipo de riesgo evidenciado en el hogar, abordando temas como higiene oral, alimentación saludable, frecuencia de cepillado, uso del fluoruro, y acceso oportuno a servicios odontológicos. Esta estrategia formativa tiene como fin reforzar las competencias técnicas y mejorar la trazabilidad de las intervenciones, permitiendo una adecuada articulación entre la acción territorial y los registros administrativos, y garantizando así la calidad del proceso asistencial.

A pesar de los retos identificados en la calidad del registro en el aplicativo GTAPS, el balance general del componente de salud oral durante el mes de junio presenta avances significativos en términos de cobertura, enfoque territorial y compromiso del talento humano. La atención a las familias evidencia una capacidad operativa autónoma y proactiva por parte de los equipos extramurales, quienes han logrado mantener y fortalecer la presencia institucional en las comunidades priorizadas. La ejecución de acciones grupales dirigidas a poblaciones específicas también demuestra una comprensión integral del modelo de atención, al combinar estrategias educativas con intervenciones preventivas que responden a los determinantes sociales y al curso de vida. El acompañamiento en campo permitió constatar la calidad técnica de las intervenciones, así como el enfoque humanizado con el que los profesionales abordan a las familias, priorizando la identificación de riesgos en salud bucal y la orientación sobre prácticas de autocuidado. Si bien se requieren ajustes en los procesos de registro, estos no opacan la labor realizada ni el impacto generado en los territorios. Por el contrario, las oportunidades de mejora han sido identificadas de forma oportuna y se han traducido en acciones concretas de fortalecimiento técnico, que sin duda contribuirán a una gestión más eficiente y a una trazabilidad más precisa de las acciones en salud oral. Este panorama reafirma la importancia de continuar potenciando las capacidades del equipo operativo, garantizando así la sostenibilidad del componente de salud oral dentro del modelo de atención integral con enfoque territorial.

Cohorte de Salud Mental

Durante junio, las acciones reportadas para la cohorte de Salud Mental se consolidaron a partir de la información registrada por el equipo en la base de ruteo y en las plataformas SIVIM y SISVECOS, con verificación directa por parte de la coordinación técnica. Se desarrollaron 10 acciones de acompañamiento en campo y 2 acciones de fortalecimiento técnico, con el objetivo de fortalecer las capacidades de promotores y profesionales en la identificación de factores protectores y de riesgo, priorizando la atención a usuarios en condición de vulnerabilidad emocional y social.

En estos espacios de fortalecimiento se abordaron orientaciones específicas para la aplicación y socialización de tamizajes, el abordaje diferencial según población objetivo, y la gestión de riesgos detectados mediante canalizaciones, agendamiento de citas y registro en sistemas oficiales. Se promovió el uso de herramientas estandarizadas y la unificación de criterios para asegurar la pertinencia de las intervenciones.

Comentado [48]: Se agradece el reporte de la información con el cumplimiento de la orientación técnica, sin embargo, se solicitan los siguientes ajustes.
* Establecer el análisis del reporte de los datos de esta cohorte, toda vez que no es clara la fuente.
* No se logra identificar las acciones de control, socialización al equipo de gestión de oportunidades de mejora.
* No se identifican las acciones de fortalecimiento que se plantean según la socialización de hallazgos.
* Se sugiere revisar la redacción, toda vez que se identifican 2 párrafos con la misma información.

Comentado [DP49R48]: OK

A partir de la base de ruteo, se gestionaron 32 acciones efectivas: 28 procesos de caracterización y 4 actualizaciones de información. Los eventos validados fueron: 28 por riesgo psicosocial, 1 por conducta suicida, 2 por violencia reiterada y 1 sin criterio definido. Territorialmente, se concentraron en Engativá (28), Suba (1) y Chapinero (7). Aunque no se generaron derivaciones al Plan de Cuidado Familiar, se activaron rutas en 10 casos, evidenciando capacidad de respuesta ante signos de alarma.

El análisis de estos datos refleja una alta concentración de casos en una sola localidad y un predominio de riesgo psicosocial, lo que sugiere la necesidad de fortalecer el acompañamiento técnico y el seguimiento en dichos territorios. La ausencia de derivaciones al Plan de Cuidado Familiar plantea un reto en la articulación con estrategias de continuidad del cuidado, mientras que la activación de rutas demuestra un avance en la detección oportuna.

Acciones de control y socialización

Durante el mes, se realizaron sesiones de retroalimentación periódica con el equipo profesional para validar la calidad y oportunidad de los registros, identificando mejoras en la trazabilidad de la información. Se socializaron las inconsistencias detectadas en la base inicial, acordando su actualización y depuración para garantizar la confiabilidad de los datos. Como control, se estableció la verificación semanal del registro de caracterizaciones y el seguimiento a la gestión de casos con rutas activadas.

Acciones de fortalecimiento a partir de hallazgos

En respuesta a las oportunidades de mejora, se definió:

- Reforzar el uso de herramientas visuales para la socialización de resultados con los usuarios.
- Capacitar al equipo en criterios unificados para la aplicación de tamizajes y abordajes educativos.
- Aumentar la cobertura territorial en localidades con menor número de acciones registradas.
- Implementar un seguimiento específico a casos de riesgo psicosocial persistente.
- Se identificó como oportunidad de mejora el fortalecimiento en el diligenciamiento del aplicativo, de acuerdo con el perfil del colaborador, haciendo énfasis en la correcta identificación de los campos de obligatoriedad y en la necesidad de que estos cuenten con oportunidad y pertinencia en su registro. Así mismo, se ofreció retroalimentación frente a la elaboración de la nota, resaltando aspectos clave para garantizar un adecuado registro, así como la identificación del avance y la evaluación en cada caso y según el evento en salud mental, promoviendo la calidad y coherencia de la información consignada en correspondencia con las funciones y competencias propias del rol.

Finalmente, la participación en las jornadas “Salud Ando Ando” facilitó el reconocimiento de factores de riesgo emocional y la identificación de situaciones de violencia, permitiendo su canalización a instancias distritales de atención gratuita. Estas actividades fortalecieron la capacidad del talento humano para intervenir de manera contextualizada y con enfoque preventivo.

Cohorte de Discapacidad

Durante el mes de junio se implementaron acciones orientadas a los grupos de riesgo priorizados desde un enfoque intersectorial e integral, abarcando las áreas de gestantes, menores de 18 meses, personas con condiciones crónicas, salud oral, salud mental, discapacidad y salud ambiental.

En lo correspondiente a la cohorte de discapacidad se desarrolló una intervención intensiva que permitió alcanzar un total de 634 atenciones, realizadas tanto por profesionales de terapia como por las gestoras de cuidado. Este volumen de actividad da cuenta del compromiso sostenido del equipo en garantizar el acceso efectivo y diferencial a servicios para esta población.

Dentro de estas atenciones, 278 corresponden directamente a la estrategia de Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC), lo cual refleja la implementación estructurada de acciones centradas en el entorno familiar, comunitario y funcional. De estas, 98 fueron ejecutadas por profesionales en terapia y 180 por gestoras de cuidado, lo que evidencia un trabajo complementario y coordinado entre los actores técnicos del equipo. Las actividades estuvieron distribuidas territorialmente en las seis localidades priorizadas, lo que permitió una cobertura equitativa y adaptada al contexto de cada comunidad.

De manera paralela, los terapeutas realizaron 363 atenciones adicionales relacionadas con otros casos priorizados, las cuales se distribuyeron geográficamente de la siguiente forma: Usaquén (10), Chapinero (1), Engativá (107), Suba (181) y Barrios Unidos (58). Es importante resaltar que de estas atenciones, 354 fueron efectivas, consolidando un desempeño operativo de alto impacto.

Como parte de los resultados obtenidos, se logró la caracterización de 104 familias por parte del equipo de terapeutas, lo cual permitió identificar de manera específica las necesidades funcionales, contextuales y de acceso a servicios. Esta caracterización se distribuyó así: Usaquén (2), Engativá (25), Suba (52) y Barrios Unidos (25). Esta información constituye la base para la formulación de planes de intervención individual y familiar, con enfoque de ciclo de vida y derechos.

Adicionalmente, se generaron 81 derivaciones hacia planes de cuidado familiar, fortaleciendo las rutas de atención coordinada. Entre estas derivaciones se destacan: 41 para acompañamiento psicosocial, 2 para atención de condiciones crónicas, 31 para otros casos priorizados, 7 para salud oral, y 25 activaciones de ruta, desglosadas en 20 por agendamiento desde territorio, 2 gestionadas directamente por las EAPB a través de la ruta de promoción y mantenimiento de la salud, y 3 derivadas por canales intersectoriales y/o servicios sociales del Distrito Capital, que se encuentran en gestión.

Estos resultados evidencian el fortalecimiento progresivo del componente de discapacidad, especialmente en lo relativo al despliegue territorial, la articulación de actores técnicos y la optimización de las rutas de atención a través del enfoque RBC.

Como parte del proceso de mejora continua en la atención a la cohorte de discapacidad, y en cumplimiento con la planeación operativa, se desarrollaron acciones de fortalecimiento técnico dirigidas específicamente a los profesionales en terapia y a las gestoras de cuidado. Estas acciones respondieron a los hallazgos identificados durante las actividades de precrítica, acompañamiento en campo y análisis de calidad del dato, con énfasis en la oportunidad y completitud del registro de atenciones en el aplicativo institucional GTAPS.

El fortalecimiento se centró en el manejo adecuado del sistema, promoviendo el registro coherente, oportuno y veraz de las atenciones, y estableciendo lineamientos sobre cómo traducir los compromisos adquiridos con las familias en acuerdos medibles,

contextualizados y pertinentes para cada núcleo familiar. Para lograrlo, se implementaron sesiones prácticas en las que se abordaron ejemplos reales, se aclararon dudas técnicas y se alinearon los criterios con los enfoques diferenciales que rigen la estrategia de Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC).

Dentro de este proceso formativo, se hizo especial énfasis en la correcta aplicación de los instrumentos de tamizaje estandarizados: **APGAR familiar, WHODAS y ZARIT**. Se orientó al equipo en la importancia de aplicar el **APGAR familiar de manera textual y contextualizada directamente en el hogar**, asegurando así un abordaje más cercano a la dinámica relacional y funcional del entorno. De igual forma, se reforzó que los planes de cuidado familiar formulados deben contener **objetivos claros, medibles y ajustados a las necesidades identificadas**, garantizando que la atención sea pertinente y focalizada.

Complementariamente, se realizaron orientaciones generales dirigidas a gestores de salud y demás profesionales vinculados, con el fin de consolidar criterios técnicos frente a la identificación de casos en territorio que ameritan ser derivados a planes de cuidado familiar bajo el enfoque de RBC. Esta articulación interprofesional permitió homogeneizar la mirada territorial del riesgo, fortalecer la trazabilidad de los casos y mejorar la toma de decisiones clínicas y sociales en el ámbito comunitario.

Como parte del proceso de mejora y monitoreo continuo del componente de discapacidad, se realizó un **seguimiento sistemático a los indicadores clave** de cobertura, oportunidad y eficacia de las acciones implementadas. En particular, se puso especial atención a los registros contenidos en la base de **Ruteo**, herramienta fundamental para garantizar la trazabilidad de las acciones en territorio. No obstante, durante el mes de junio no se evidenció un avance significativo en la gestión de dicha base, debido a la dinámica operativa del equipo terapéutico, cuyo modelo de atención se encuentra ajustado a metas establecidas que se mantienen durante ciclos bimensuales. Este modelo, aunque funcional para el cumplimiento de cobertura, limita la rotación de nuevos casos y afecta la movilidad de gestión de Ruteo en el corto plazo.

Adicionalmente, se identificaron limitaciones estructurales relacionadas con la calidad de los datos contenidos en la base. La persistencia de errores y registros desactualizados ha generado **desgaste operativo en el talento humano**, manifestado en múltiples intentos de contacto fallidos (llamadas no efectivas), visitas domiciliarias infructuosas, y cargues en el aplicativo GTAPS que no se traducen en reconocimiento del esfuerzo por parte del profesional. Esta situación, además de impactar la eficiencia técnica, genera afectaciones en el tiempo productivo y en la percepción del valor del trabajo invertido, ya que dichas acciones —aunque realizadas con rigurosidad— no tienen correspondencia directa en los honorarios ni en la validación institucional del tiempo dedicado.

Estos hallazgos subrayan la necesidad de fortalecer la depuración y actualización continua de las bases de datos, así como de avanzar en el diseño de mecanismos que garanticen el **reconocimiento proporcional de la gestión no efectiva pero necesaria**, como parte integral del proceso de atención comunitaria.

Cohorte de Salud Ambiental.

Durante el desarrollo del componente de salud ambiental, se registraron un total de 459 atenciones realizadas por parte del equipo de técnicos ambientales, de las cuales 458 fueron catalogadas como efectivas. Este resultado refleja un alto nivel de desempeño operativo y técnico por parte del equipo, considerando además que estas intervenciones se distribuyeron a lo largo de seis localidades distintas, lo que evidencia una adecuada

cobertura territorial. Un aspecto a destacar de estas atenciones es que ninguna de ellas requirió la activación de rutas especiales, ni derivaciones al plan de cuidado familiar.

El enfoque estratégico del componente estuvo sustentado en los hallazgos encontrados a partir de ejercicios de precrítica, revisión de calidad del dato y monitoreo oportuno de las atenciones. A partir de estos insumos, se diseñaron procesos de fortalecimiento técnico dirigidos de manera directa al equipo general, con especial énfasis en la correcta gestión del aplicativo GTAPS. Las actividades se centraron en optimizar tanto el registro oportuno de la información como la coherencia entre lo documentado y los compromisos establecidos con las familias. Para ello, se implementaron ejercicios prácticos en los que se promovió la formulación de compromisos claros, medibles y ajustados a la realidad y prioridades de cada núcleo. Este enfoque permitió no solo mejorar la trazabilidad del proceso, sino también garantizar que los planes de cuidado se mantuvieran alineados con objetivos funcionales y alcanzables.

Adicionalmente, se realizaron espacios de articulación y formación dirigidos a los gestores de salud y otros profesionales del componente, con el fin de revisar colectivamente los casos identificados en territorio que, por su naturaleza o complejidad, amerita derivación hacia el Plan de Cuidado Familiar con enfoque de Salud ambiental. Este proceso permitió generar criterios compartidos frente a cuándo y cómo derivar a este proceso, asegurando que la derivación no solo sea oportuna, sino también coherente con el proceso longitudinal de acompañamiento de cada familia. En conjunto, estas acciones refuerzan un modelo de atención centrado en la calidad, la especificidad territorial y la articulación interprofesional.

5.2.3 DERIVACIONES Y ACTIVACIÓN DE RUTAS SECTORIALES E INTERSECTORIALES.

Comentado [50]: vanesa

En los Equipos Básicos Extramurales de Hogar (EBEH), el proceso de canalizaciones desarrollado entre el 1 de enero y el 30 de junio de 2025 se ha llevado a cabo conforme a la normatividad vigente establecida en la Resolución 3280 de 2018. Este proceso ha integrado operativamente el enfoque de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RÍAS), siguiendo los lineamientos establecidos por las referencias de canalización emitidas por la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.

Con el objetivo de asegurar una adecuada implementación del proceso, se realizó la socialización del instrumento y el instructivo de canalizaciones al talento humano operativo.

A continuación, se presenta el comportamiento de las canalizaciones realizadas por los equipos básicos extramurales hogar (EBEH) durante el periodo mencionado, en respuesta a las necesidades identificadas en las familias y usuarios:

Tabla 25. Canalizaciones Generadas desde los EBEH (Acumulado desde el 1 de enero/2025 hasta el mes de reporte)

Tablero de control RIAS EBEH	NORTE			
	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.	2225	1692	243	87%
16 RIAS para población con riesgo o presencia de trastornos visuales y auditivos.	508	405	58	91%
6 RIAS para población con riesgo o presencia de trastornos psicosociales y del comportamiento.	387	296	50	89%
2 RIAS para población con riesgo o presencia de alteraciones cardio — cerebro — vascular — metabólicas manifiestas.	631	531	64	94%
9 RIAS para población materno — perinatal.	63	56	3	94%
3 RIAS para población con riesgo o presencia de enfermedades respiratorias crónicas.	18	16	1	94%
4 RIAS para población con riesgo o presencia de alteraciones nutricionales.	14	13	1	100%
7 RIAS para población con riesgo o presencia de alteraciones en la salud bucal.	133	85	11	72%
5 RIAS para población con riesgo o presencia de trastornos mentales y del comportamiento manifiestos debido a uso de sustancias psicoactivas y adicciones.	6	5	0	83%
17 RIAS para población con riesgo o presencia de trastornos degenerativos, neuropatías y autoinmunes.	4	3	1	100%
8 RIAS para población con riesgo o presencia de cáncer.	3	2	1	100%
14 RIAS para población con riesgo o presencia de enfermedades y accidentes relacionados con el medio ambiente.	4	3	0	75%
13 RIAS para población con riesgo o sujeto de agresiones, accidentes y traumas.	6	5	1	100%
15 RIAS para población con riesgo o presencia de enfermedades huérfanas.	0	0	0	
10 RIAS para población con riesgo o presencia de enfermedades infecciosas.	4	3	1	100%
Sin aseguramiento	106	0	0	0%
Total	4112	3115	435	86%

Fuente: SIRC

Comentado [51]: Validar la ruta 1 - 2 - 4 - 7 - 9 - 16 no concuerdan los datos

De la tabla anterior se logra identificar las siguientes tendencias por ruta:

Ruta de promoción y mantenimiento de la salud, es la más utilizada y clave para la prevención de riesgos, presentó un buen desempeño en general.

Ruta alteraciones cardio cerebro vasculares, tuvo una alta demanda y buena articulación con los servicios.

La ruta de trastornos visuales y auditivos, presentó un alto porcentaje de canalizaciones efectivas.

Las rutas de alteraciones nutricionales, riesgo o presencia de cáncer, riesgo o presencia de enfermedades infecciosas y degenerativas en cantidad fueron pocas, pero con alta efectividad.

Las rutas de salud bucal, medio ambiente y población con riesgo o presencia de trastornos mentales y del comportamiento manifiestos debido a uso de sustancias psicoactivas y adicciones, supera el 72% de la efectividad, se espera incrementar el acceso efectivo.

El proceso de canalización presenta, en términos generales, una alta efectividad. Las rutas con mayor volumen de activaciones mantienen un buen desempeño. Como parte de las acciones de mejora continua, se ha reforzado la capacitación del talento humano en el uso del instrumento de canalización y en la aplicación adecuada de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS).

En conjunto, el proceso desarrollado por los Equipos Básicos Extramurales de Hogar (EBEH) Norte, entre enero y junio de 2025, presentan cifras cercanas o iguales al 100% de la efectividad.

Tabla 25. Canalizaciones Gestionadas desde los EBEH (Acumulado desde el 1 de enero/2025 hasta el mes de reporte)

Fuente que Genera la Canalización	**NORTE**			
	Número de canalizaciones o activaciones recibidas	***Número de canalizaciones o activaciones con gestión efectiva***	***Número de canalizaciones o activaciones pendientes por gestión***	***% efectividad***
Entorno Laboral	**2**	**2**	**0**	**100%**
Entorno Educativo	**4**	**2**	**2**	**100%**
Entorno Comunitario	**16**	**3**	**11**	**88%**
Transversalidad Vigilancia en Salud	**1831**	**677**	**970**	**90%**

Pública				
Transversalidad GPAISP	**0**	**0**	**0**	
Análisis y políticas para la Salud y la Vida	**34**	**10**	**24**	**100%**
Línea 106	**2**	**1**	**1**	**100%**
Entorno Institucional	**0**	**0**	**0**	
Red Distrital de Banco de Sangre	**0**	**0**	**0**	
DASCD	**0**	**0**	**0**	
Universidades	**0**	**0**	**0**	
Contrato Jurídico Indígena	**0**	**0**	**0**	
Total	**1889**	**695**	**1008**	**90%**

Fuente: SIRC

Comentado [52]: Validar los datos base gestionados Numerador = TipoDeCierreSubRed > Efectivos Denominador = NomEntidadCanaliza + EspacioTransversabilidadGeneraCanalizacion

En la tabla anterior se observa que el total de canalizaciones recibidas fue de 1889, de las cuales 695 se han gestionado de manera efectiva, logrando así una

efectividad global del 90%. Este dato representa un indicador muy positivo que demuestra un compromiso firme en la atención y el seguimiento de los casos canalizados. En las fuentes como Entorno Laboral, Entorno Educativo y Línea 106, la efectividad alcanza el 100%, lo que significa que en su mayoría las canalizaciones provenientes de estos ámbitos fueron atendidas con éxito. La transversalidad en Vigilancia en Salud Pública concentra la mayoría de las canalizaciones (1831), manteniendo un buen nivel de efectividad. Los resultados evidencian que las gestiones se llevan a cabo de forma ordenada, con un control claro de los pendientes y los logros alcanzados.

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

Comentado [53]: angelica descripcion

Durante el mes de junio de 2025, se dio continuidad al desarrollo del plan de acción enmarcado en los lineamientos vigentes de la estrategia MÁS Bienestar. En este periodo, se fortalecieron acciones mediante la articulación de los perfiles transversales, sistemas de información, profesionales de cohortes, líderes dinamizadores y el equipo de coordinación.

Como parte del proceso de articulación, se realizaron reuniones semanales, quincenales y mensuales con el objetivo de identificar falencias en la operación y definir puntos de control que permitan minimizar hallazgos.

Adicionalmente, se ha implementado el reporte periódico, a través de correo electrónico, de

las diferentes bases de datos con los hallazgos identificados por cada colaborador operativo, lo que ha permitido mejorar el seguimiento y la trazabilidad de las acciones implementadas.

Como acciones específicas se cuenta con:

-Precriticas de archivos planos
Periodicidad: Diaria

-Herramienta para la emisión de conceptos técnicos
Periodicidad: Según requerimiento

-Herramienta de seguimiento a módulos pendientes del aplicativo
Periodicidad: Diaria

-Reporte Agendamiento Tipo 4
Periodicidad: Semanal

-Reporte Agendamiento Población Capitada Subred Norte
Periodicidad: Semanal

-Reuniones planeación y control de la gestión
Periodicidad: Mensual

-Reporte de Bases desde Canalizaciones
Periodicidad: Semanal

-Socialización de Hallazgos Canalizaciones
Periodicidad: Quincenal

-Precrítica y Revisión de bases al equipo operativo
Periodicidad: Dos Veces a la Semana

-Acompañamiento en Jornadas
Periodicidad: Diaria

-Acompañamientos en Campo
Periodicidad: Mensual

-Procesos de Inducción y acompañamiento al th nuevo
Periodicidad: Mensual

- Describir la articulación, estrategias de trabajo, puntos de control y herramientas implementadas con los perfiles digitadores y técnicos en sistemas. Realizar balance de las alertas identificadas y acciones de mejora implementadas a partir de dicha articulación.

Durante el mes de junio de 2025, se fortaleció el proceso de articulación con los perfiles de digitadores y técnicos en sistemas, como parte integral del desarrollo del plan de acción en el marco de la estrategia MÁS Bienestar. Esta articulación ha sido clave para mejorar la eficiencia operativa, garantizar la calidad de la información y optimizar los procesos de captura, sistematización y análisis de datos.

Estrategias:

-Asignación de roles y responsabilidades claras para digitadores y técnicos, permitiendo una gestión más eficiente de las tareas operativas y técnicas.

-Reuniones de seguimiento, en las que se comparten avances, se analizan dificultades y se acuerdan acciones conjuntas.

-Canales de comunicación directos y efectivos

-Capacitaciones puntuales sobre herramientas de registro y control de datos, orientadas a mejorar la precisión en la digitación y la resolución de inconsistencias técnicas.

Puntos de control:

-Verificación de bases de datos, entre digitadores y técnicos, para identificar incongruencias o duplicidades.

-Reportes diarios de hallazgos, enviados por correo, donde cada colaborador consigna errores o alertas detectadas durante el procesamiento de información.

-Tablero de seguimiento compartido, que permite visualizar en tiempo real el avance del procesamiento de datos y la resolución de hallazgos.

-Matriz de control de calidad, implementada por los técnicos en sistemas, para validar los formatos y estructura de las bases de datos antes de su consolidación final.

Herramientas:

-Macro de Consolidación VSP y archivos planos

-Macro de Consolidación de Salidas de Información

-Herramienta para la emisión de conceptos técnicos

-Herramienta de seguimiento a módulos pendientes del aplicativo

Adicionalmente, se ha establecido un espacio presencial de precrítica que se realiza dos veces por semana, con la participación de los técnicos en sistemas y digitadores asignados a cada equipo. Este espacio tiene como propósito principal revisar los módulos pendientes por carga en el aplicativo institucional, identificar ajustes necesarios y gestionar de manera oportuna su corrección.

La implementación de estas sesiones ha contribuido no sólo al control efectivo de las actividades operativas, sino también a la identificación proactiva de oportunidades de mejora tanto en los procesos técnicos como en los procedimientos de digitación. Este mecanismo de revisión anticipada fortalece la calidad de la información, reduce los errores recurrentes y permite una respuesta ágil frente a posibles inconsistencias.

- 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 (Acumulado de toda la vigencia; desde 10/12/2024 a la fecha de reporte)	Casos Derivados de promotor a Plan de Cuidado Familiar en el mes de reporte.	Casos derivados con respuesta efectiva por el perfil correspondiente.	Casos derivados pendientes de respuesta por el perfil correspondiente.
9125	1142	2902	6223

Comentado [54]: juan tabla, analisis angelica

Balance de Derivaciones del Perfil Promotor y Análisis de Capacidad de Respuesta – Vigencia desde el 10 de diciembre de 2024

Desde el inicio de la vigencia, el 10 de diciembre de 2024; el perfil de promotor ha realizado un total de 9.125 derivaciones a los diferentes profesionales responsables del Plan de Cuidado Familiar (PCF), conforme a los criterios establecidos para su abordaje. De estas derivaciones, se ha logrado la atención de 4.044 casos, lo que representa un 44% del total.

Durante el período evaluado, se ha evidenciado un bajo porcentaje de ejecución en la respuesta a los casos identificados en territorio. Esta situación se atribuye a diversos factores, entre los que destacan:

- **Alta rotación del talento humano**, lo cual ha afectado la continuidad operativa, el cumplimiento de metas establecidas y la calidad de los procesos.
- **Falta de personal proyectado**, lo que ha limitado la capacidad operativa de los equipos territoriales.
- **Cambios en las directrices operativas emitidas desde nivel central**, que han exigido ajustes en la organización interna de los equipos.

Estas condiciones han generado la necesidad de reasignar funciones, capacitar continuamente a nuevos colaboradores y reformular cronogramas de trabajo, lo que ha ocasionado retrasos en la ejecución de las acciones y una sobrecarga de tareas para el personal activo.

Adicionalmente, es importante considerar que los casos incluidos en el Plan de Cuidado Familiar requieren una periodicidad mínima de dos seguimientos mensuales durante un período de entre 60 y 90 días. Esta exigencia implica una dedicación sostenida por parte de los profesionales, lo que reduce la capacidad de iniciar nuevos abordajes frente al volumen de casos derivados diariamente por los promotores.

Por otra parte, desde la cobertura de abordaje y la capacidad del talento humano, se ha dado prioridad a otros casos de abordaje que para el mes de junio 2025 han sido reportados en alta cantidad como lo son evento asociados a mujeres en estado de gestación, bajo peso al nacer, casos de ERA-IRA, salud mental, entre otros; los cuales permiten brindar una respuesta inmediata acorde a los riesgos que la familia pueda presentar.

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	166	2050	208	1456	71%	322
Psicología	204	1808	318	1785	99%	783
Odontología	121	722	75	627	87%	2
Terapias	79	467	85	321	69%	3
Nutrición	0	18	0	18	100%	0
Ciencias Ambientales	94	383	26	324	85%	1
Equipos Afro	20	216	23	131	61%	178
Equipo Palenquero	0	0	0	0	0%	0
Equipo Gitano	0	0	0	0	0%	0
Equipos Ruralidad Cercana	24	245	78	207	84%	161
TOTAL	708	5909	813	4851	82%	1450

Comentado [55]: JUAN TABLA

ANALISIS XIOMI

Realizar un análisis de los resultados obtenidos, precisando la justificación de planes de cuidado familiar que cuentan con más de 6 sesiones y no se han cerrado, soportar con descricpción de causas, eventos de interés en salud pública y datos puntuales que lo respalden.

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 GESTION EQUIPOS BASICOS 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 Cuidad 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.

Tabla 33. Indicadores de gestión EBEH

INDICADORES DE GESTION EQUIPOS BASICOS EXTRAMURALES				
No	Nombre	Numerador	Denominador	Porcentaje
1	Porcentaje de familias con cumplimiento de plan de cuidado familiar bajo Supervisión de los EBEH	765	823	93%
2	Porcentaje de Gestantes con Sífilis Gestacional que completan el Tratamiento bajo Supervisión de los EBEH	3	3	100%
3	Porcentaje de la población menor de 5 años del territorio asignado al EBEH con esquema de vacunación completo para la edad	219	253	87%
4	Porcentaje de Gestantes con Sífilis Gestacional que presentan reinfección	0	0	0
5	Porcentaje de Recuperación nutricional en menores de 5 años con DNT Y RIESGO	27	47	57%
6	Fortalecimiento en habilidades de afrontamiento	74	78	95%
7	controlado HTA	100	114	88%
8	Paciente controlado DM	50	54	93%
9	Efectividad en la Gestión de casos Ruteo	200	421	48%

Fuente: Tablero De Indicadores EBEH Junio 2025

Comentado [56]: Validar los datos con las salidas finales

Porcentaje de familias con cumplimiento de plan de cuidado familiar bajo Supervisión de los EBEH: Durante el mes de junio, se logró el cierre de 765 Planes de Cuidado Familiar (PCF) previamente instaurados. Del total de casos, el 93% de los núcleos familiares cumplió con los compromisos definidos por los distintos perfiles profesionales de los Equipos Básicos Extramurales de Hogar (EBEH) de la Subred Norte.

Según los registros en los archivos planos, el 7% de los casos cerrados corresponde a familias que se trasladaron fuera de la ciudad por razones laborales o dinámicas familiares, desistieron voluntariamente del proceso o no cumplían con los criterios para la implementación del PCF.

El análisis evidencia que en el 93% de los casos cerrados se observa una reducción significativa de las alertas en salud identificadas durante la caracterización socioambiental inicial. No obstante, se identifica un incremento en el porcentaje de familias que desisten del proceso, situación que se relaciona directamente con el aumento en el número de cierres de planes de cuidado familiar

Porcentaje de Gestantes con Sífilis Gestacional que completan el Tratamiento bajo Supervisión de los EBEH: Durante el mes de junio se abordan 3 mujeres gestantes diagnosticadas con sífilis, de las cuales 3 de ellas han completado el tratamiento recomendado bajo la supervisión de los Equipos Básicos Extramurales correspondiente al 100% de las gestantes con sífilis contribuyendo a la reducción de la incidencia de este evento y avanzar hacia la mitigación de la sífilis congénita. Esto se consiguió mediante la reducción de barreras en el acceso a los servicios de salud, la prestación de una atención

de calidad y un trabajo articulado que garantizara la administración del tratamiento completo para la usuaria.

Porcentaje de la población menor de 5 años del territorio asignado al EBEH con esquema de vacunación completo para la edad: al identificar menores de 5 años con esquema de vacunación incompleto a través de las vacunadoras de los EBEH a el 17 % de niños y niñas menores de cinco años se viene apoyando el proceso de programación y aplicación de esquema de vacunación. y se continuará con este proceso en los meses que por concertación con la familia se logre completar el esquema. adicional de mantener las acciones de seguimiento educación.

Porcentaje de Gestantes con Sífilis Gestacional que presentan reinfección: Se ha realizado un seguimiento intensificado a las usuarias en estado de gestación con diagnóstico de sífilis gestacional, con el objetivo de prevenir procesos de reinfección. Para ello, se ha garantizado el tratamiento tanto para ellas como para sus contactos sexuales, además de entregar preservativos durante cada uno de los seguimientos.Para el mes de junio no se presentaron casos de reinfección para mujeres en estado de gestación con antecedente de sífilis gestacional.

Porcentaje de Recuperación nutricional en menores de 5 años con DNT Y RIESGO: Durante el mes de Junio se abordaron 47 menores de 5 años con DNT y en riesgo, de los cuales 27 usuarios han logrado tener una adecuada recuperación nutricional bajo la supervisión de los Equipos Básicos Extramurales correspondiente al 57% de los menores con estos diagnósticos contribuyendo a la reducción de la incidencia de este evento, Esto se consiguió mediante la reducción de barreras en el acceso a los servicios de salud, la prestación de una atención de calidad y un trabajo articulado que garantiza la administración del tratamiento a los usuarios, en conjunto con la educación en salud, se evidencia que en los 20 usuarios que no lograron subir de peso, se brindó educación acerca de importancia de seguir el plan nutricional, se identificó barreras de acceso al mismo, se gestionaron riegos y se brindó educación en salud acerca de identificación de signos de alarma en los menores.

Fortalecimiento en habilidades de afrontamiento: Por medio de las acciones de intervención y seguimiento a los casos con evaluación de las estrategias de afrontamiento se identifican avances con relación a la apropiación de comportamientos intervinieron en problemáticas psicosociales relacionadas con la regulación y expresión emocional de la población atendida. Estas intervenciones estuvieron orientadas a la promoción del bienestar psicológico mediante estrategias específicas, como el fortalecimiento de relaciones interpersonales, el desarrollo de habilidades para la toma de decisiones y el manejo del estrés,estrategias de afrontamiento así como el apoyo integral en la salud física y mental. Para ello, se implementaron espacios de diálogo, escucha activa, psicoeducación y estrategias para el fortalecimiento de patrones de crianza saludables, con un enfoque en el bienestar familiar. Estas acciones permitieron generar entornos de confianza y contención emocional, promoviendo la prevención y gestión adecuada de conflictos personales e intrafamiliares Se identifica que de los usuarios con plan de cuidado familiar terminado evaluando las habilidades de afrontamiento el 95% mejoran las habilidades de afrontamiento.

Paciente controlado HTA: Durante el periodo evaluado, se evidenció un avance significativo en el control de la presión arterial entre los usuarios que culminaron su plan de cuidado de automanejo. Alta efectividad del plan de cuidado personalizado, centrado en el automanejo. Mejora en la adherencia terapéutica y en los hábitos de vida saludable por parte de los usuarios. Una posible optimización en la educación en salud y en el seguimiento por parte del equipo asistencial. Este avance consolida el programa como una estrategia efectiva para el control de enfermedades crónicas como la hipertensión.Del total de usuarios que finalizaron su plan de cuidado de automanejo el 88% logró alcanzar cifras tensionales dentro de los rangos normales al finalizar la intervención. Este resultado refleja una alta efectividad del plan de cuidado de automanejo en el control de la presión arterial, lo que sugiere una adecuada adherencia al tratamiento y un fortalecimiento en la capacidad de autocuidado de los usuarios.

Paciente controlado DM: Durante el periodo evaluado, se evidenció un avance significativo en el control de las cifras de glucosa en sangre entre los usuarios que culminaron su plan de cuidado de automanejo. Alta efectividad del plan de cuidado personalizado, centrado en el automanejo. Mejora en la adherencia terapéutica y en los hábitos de vida saludable por parte de los usuarios. Una posible optimización en la educación en salud y en el seguimiento por parte del equipo asistencial. Este avance consolida el programa como una estrategia efectiva para el control de enfermedades crónicas como la diabetes mellitus. Del total de usuarios que finalizaron su plan de cuidado de automanejo el 93% logró alcanzar glucometrias dentro de los rangos normales al finalizar la intervención. Este resultado refleja una alta efectividad del plan de cuidado de automanejo en el control de la diabetes, lo que sugiere una adecuada adherencia al tratamiento y un fortalecimiento en la capacidad de autocuidado de los usuarios.

Efectividad en la Gestión de casos Ruteo: De los 421 usuarios con gestión efectiva, se logró que aceptaran la atención de 200 usuarios para un porcentaje del 48 % de intervención para el mes de junio, los 221 usuarios restantes por intervención muy probablemente se relacionan con motivos tales como “rechazado”, “información errada” o “fuera de la ciudad”. Es decir, podría tratarse de usuarios que inicialmente aceptaron la atención, pero en el transcurso del proceso no se pudo consolidar la visita, no se logró contacto efectivo por dificultades operativas, o finalmente desistieron. Este tipo de fallas también podrían estar vinculadas con cambios no anticipados en la disponibilidad del usuario, la desconfianza frente a la intervención o una desconexión entre las expectativas generadas inicialmente y el tipo de servicio efectivamente ofrecido, también algunos casos quedaron agendados para el mes de julio; igualmente el no cumplimiento se pudo presentar por las jornadas territoriales en las localidades de la subred que demanda la atención de todos los gestores de salud a esta.

7. CONCLUSIONES

Comentado [57]: JOICE, MONICA, KATHE

Comentado [58R57]: _Marked as resolved_

Comentado [59R57]: _Re-opened_

- Se identifica experiencia significativa en el mes de junio con las tomas territoriales, evidenciando reconocimiento de la comunidad del equipo MÁS Bienestar, y alta efectividad en el abordaje realizado; sin embargo, se menciona

- En junio de 2025, nuestros equipos interdisciplinarios en los Kilombos trabajaron con dedicación y pasión para cuidar y proteger la salud y el bienestar de 160 personas afrocolombianas. Con un enfoque respetuoso y diferencial, integramos la medicina ancestral y las prácticas comunitarias para brindar un cuidado integral y culturalmente adecuado. Lograron cumplir con las metas programadas, destacando el valor de los saberes tradicionales y los insumos ancestrales en la promoción de la salud y el bienestar en nuestras comunidades. Estamos orgullosos de haber podido contribuir a la preservación y fortalecimiento de las prácticas culturales y medicinales de nuestras comunidades afrocolombianas.

- Al 30 de junio de 2025, el equipo identificó un total de 157 usuarios de la población Emberá, de este total, 12 corresponden a identificaciones iniciales y 145 a seguimientos efectuados entre el 1 y el 30 de junio de 2025, reflejando un aumento en la cobertura respecto a meses anteriores. Este incremento se atribuye a las jornadas de intensificación lideradas por el equipo de salud, enfocadas en la valoración y desparasitación de niños y niñas menores de 5 años, gestantes y población en general.

- Para el mes de junio se ha realizado la gestión, seguimiento y monitoreo a las actividades de admisión, acceso y agendamiento desarrolladas por el grupo de acceso, para la implementación de planes de cuidado individual. Se avanza en el enlace y contacto con las EPS para la autorización de atenciones individuales cuando el caso lo amerite de acuerdo con las frecuencias de uso establecidas en la resolución 3280 de 2018 y el tipo de riesgo identificado, llevando a cabo 1048 admisiones ingresadas.

- En el mes de Junio se tenían para gestión de agendamiento un total 1307 órdenes de población capitada en la Subred, se logra el agendamiento de 1051 citas en unidades primarias resolutivas, para un porcentaje de cumplimiento de agendamiento del 80%, igualmente se logra un agendamiento Tipo 4 de 169 citas para el mes.
- Para el mes de Junio se agendan 1051 citas en unidades primarias resolutivas, con un aumento de agendamiento de 224 citas comparadas con el mes anterior, siendo la cita de crónico Resolutivo (Medicina General) la de mayor asignación con un 19% de lo agendado, seguida por la cita de alteraciones de la vejez con un 16% del agendamiento y en tercer lugar está la cita de alteraciones en la adultez con un 10%; evidenciando que el grupo etario de vejez son los que tienen mayor agendamiento.

- Para el mes en curso se observa que de las 169 citas agendadas T4 con 83% de cumplimiento, las inasistentes son 23 que serían la suma de 12 no asistidas más las 11 canceladas para un total de 23, el cual disminuye con relación al mes anterior;

el cumplimiento de la cita de la población capitada es de un 86% de efectividad, el cual aumentó 12% de cumplimiento con relación al mes anterior; quedan 1 cita por verificación de asistencia de la población capitada y 0 de agendamiento T4, ya que son agendadas para el mes siguiente; de la población capitada 77 fueron inasistentes y 37 canceladas para un total de inasistencia de 114 no asistidas, mostrando una disminución con relación al mes anterior que fueron 183 no asistidas.

- Durante el mes de junio, se llevó a cabo el seguimiento a los casos asignados por el nivel central a través del módulo de ruteo, los cuales corresponden a las cohortes priorizadas de riesgo: curso de vida mayor (CCVM), personas con discapacidad, materno perinatal y salud mental. En total, se identificaron 129.580 casos cargados desde los sistemas de información del nivel central, sin evidenciarse nuevas asignaciones directas por parte de la Subred en dicho periodo. Esta situación sugiere que no se han incorporado registros adicionales a las bases primarias del módulo de ruteo.

- Se logró avanzar en el proceso de acercamiento inicial a los usuarios de la estrategia ruteo, priorizados dentro del aplicativo de ruteo por cohortes de riesgo. Estas acciones incluyeron contactos telefónicos y visitas domiciliarias, facilitando así el inicio de la verificación de datos básicos y la caracterización preliminar de barreras que limitan el abordaje efectivo en territorio.