SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

SUBSECRETARIA DE SALUD PÚBLICA/
SUBSECRETARIA DE SERVICIOS DE SALUD Y ASEGURAMIENTO

# EQUIPOS DE MAS BIENESTAR EN TU HOGAR

**ACCIÓN INTEGRAL E INTEGRADA:**

**Cuidado Continuo Por una Vida con Bienestar.**

**LINEA OPERATIVA: Promoción de la Salud y Gestión del Riesgo Familiar.**

**ACCIONES DE BIENESTAR: Gestores MAS Bienestar.**

**VIGENCIA: OCTUBRE 01 DE 2025 A 30 DE JUNIO 2027.**

**Bogotá D.C. 2025**

## Contenido


1. Acción de Bienestar 2: Gestor de Bienestar en línea. ..... 7
1.1 Conceptualización de los elementos centrales de la acción de bienestar… 7
1.2 Objetivo General ..... 8
1.3 Población sujeto ..... 8
1.4 Talento humano: ..... 8
1.5 Unidad de medida ..... 8
1.6 Forma de reporte de ejecución del producto ..... 8
1.7 Descripción de la acción de bienestar: ..... 9
Criterios de priorización, perfiles para la gestión y orden de abordaje ..... 13
1.7.1 Actividad 1. Gestión de la estrategia de abordaje mediante ruteo. ..... 17
1.7.1.1 Acciones en primer contacto telefónico ..... 17
1.7.1.2 Programación de contacto presencial por parte de profesionales: . 22
1.7.2 Actividad 2. Agendamiento para la Gestión Integral del Riesgo en unidades básicas resolutivas ..... 23
7.2.2.1 Proceso de recordación y verificación de asistencia a citas ..... 24
1. 7.3 Actividad 3. Seguimiento Familiar. ..... 26
1.7.4 Actividad 4. Abordaje Territorial. ..... 27
1.8 Tabla resumen de la acción de bienestar: ..... 27
1.9 Indicadores ..... 29
2. Acción de Bienestar: ..... 29
2.1. Conceptualización de los elementos centrales de la acción de bienestar. 29
2.2. Objetivo General ..... 30
2.3 Población sujeto ..... 30
2.4. Talento humano: ..... 30
2.5 Unidad de medida ..... 30
2.6. Forma de reporte de ejecución del producto ..... 30
2.7. Descripción de la acción de bienestar: ..... 31
2.7.1. Actividad 1. Contacto inicial. ..... 31
2.7.2. Actividad 2. Caracterización Integral en el entorno hogar. ..... 36
2.7.3. Actividad 3. Plan de Bienestar en respuesta a necesidades en salud .. 43
2.7.4. Actividad 4. Seguimiento Familiar. ..... 55
2.8 Tabla resumen de la acción de bienestar: ..... 57
2.9 Indicadores ..... 59
Referencias bibliográficas ..... 60
Control de cambios ..... 60

# FICHA TÉCNICA ACCIONES DE BIENESTAR: GESTORES MAS BIENESTAR.

Para la puesta en marcha de las acciones de los Equipos MAS Bienestar en tu Hogar, se debe organizar el talento humano en equipos funcionales que de manera articulada y complementaria desarrollen las acciones de promoción del cuidado de la salud y gestión integral del riesgo, a través de modalidades de intervención remota y presencial.

Para ello, los perfiles del componente geográfico del equipo adelantan los procesos de delimitación y asignación territorial a los gestores en línea, gestores de bienestar, profesionales de planes de bienestar y de estrategias de abordaje diferencial, de manera que se brinde una atención continua e integral acorde a las necesidades sentidas en los individuaos, familias y comunidades abordadas.

Como parte de la dinamización de estas acciones, se cuenta con los procesos de apropiación territorial que serán desarrollados por los gestores en línea y gestores de bienestar, quienes se encuentran asignados a los sectores catastrales, y posteriormente sus resultados se socializan, debaten y analizan con los demás perfiles del equipo interdisciplinario que participan en los comités territoriales. A continuación, se describen las actividades de apropiación territorial que desarrollará los gestores en línea y de bienestar y que hacen parte de las acciones de bienestar 2 y 3:

## Desarrollo de Jornadas de Apropiación Territorial y Cartografía Social

Las jornadas de apropiación territorial, son escenarios fundamentales de interacción comunitaria. Estos espacios están diseñados para promover el reconocimiento colectivo del territorio, fortalecer la identidad comunitaria y construir herramientas visuales que sirvan como soporte para la planificación y la toma de decisiones locales.

Con el fin de fortalecer el proceso de apropiación territorial que se plantea para el desarrollo de las acciones de los Equipos Más Bienestar en tu Hogar, estas jornadas se constituyen en la base metodológica para comprender las dinámicas sociales, culturales, poblacionales y ambientales que caracterizan a cada territorio. De esta manera, no solo se busca recoger información, sino generar un proceso participativo que permita reconocer los recursos y problemáticas existentes, construir propuestas comunitarias y orientar la gestión integral en salud y bienestar.

El objetivo principal de estas jornadas es adelantar un reconocimiento integral de los territorios asignados, garantizando que se tengan en cuenta factores como la delimitación territorial, los aspectos catastrales y demográficos, las condiciones sociales, la presencia de equipamientos institucionales y comunitarios, así como los riesgos y potencialidades presentes en el entorno. Todo ello se articula con las acciones de bienestar familiar, comunitario e individual establecidos en el marco del convenio.

## Metodología

Estas jornadas serán desarrolladas por los gestores de bienestar y los gestores en línea, quienes de manera articulada adelantarán los procesos de reconocimiento y análisis de los territorios de acuerdo con la apropiación territorial.

La metodología aplicada variará según el momento en que se encuentre el territorio. Cuando se trate de una apropiación territorial inicial, el proceso comenzará con la identificación de actores clave y la convocatoria a la comunidad, la elaboración de un cronograma de actividades y la preparación de insumos como mapas base, matrices de información, cartografía detallada y registros poblacionales y catastrales. Con estos materiales, los gestores realizarán recorridos de campo en los que identificarán aspectos sociales, culturales, poblacionales, de infraestructura y seguridad, apoyándose en la orientación del equipo dinamizador y del componente geográfico.

Por otro lado, cuando se requiera una actualización de la apropiación territorial, los gestores deberán realizar un reconocimiento más ágil, enfocado en registrar las nuevas condiciones del territorio. Esta información se consignará en los mapas y será remitida al equipo dinamizador y al componente geográfico para su actualización en las bases de datos.

Estas actualizaciones también se llevarán a cabo una vez al año, de manera que a partir de los avances del equipo en el abordaje de los territorios, así como los resultados de los comités territoriales, se pueda alimentar la realidad territorial, junto con las nuevas necesidades y expectativas en salud que puedan ser reconocidas.

## Apropiación territorial por primera vez

Cuando un territorio es conformado y asignado por primera vez, el proceso de apropiación debe iniciar con la identificación de actores clave y la convocatoria a la comunidad, garantizando la participación activa desde el comienzo.

Posteriormente, los gestores elaboran un cronograma de actividades y preparan los materiales e insumos necesarios, entre ellos los mapas base, la matriz de recolección de información y la cartografía organizada por manzanas y predios.

El equipo dinamizador y el componente geográfico de la subred son los responsables de proporcionar estos insumos, que incluyen además la orientación del orden de las manzanas a abordar, la información catastral, los datos poblacionales del Censo DANE, así como los registros de abordajes previos en el territorio.

Con estos elementos se desarrollan las actividades de reconocimiento en campo, durante las cuales los gestores identifican directamente en el terreno los aspectos más relevantes, de acuerdo con los temas definidos en la sesión inicial con el equipo dinamizador y el componente geográfico. Este proceso constituye la base para una caracterización completa y participativa del territorio.

## Actualización de apropiaciones

Las actualizaciones se realizan cuando existe un cambio en el talento humano asignado (gestor) o cuando las dinámicas poblacionales o territoriales lo hacen necesario. En estos casos, los gestores llevan a cabo un nuevo reconocimiento del territorio, enfocado en registrar las condiciones que han cambiado y reportarlas, mediante los mapas y registros correspondientes, al equipo dinamizador y al componente geográfico.

La información recolectada es incorporada en las bases de datos, de manera que la planeación y las acciones se ajusten a la nueva realidad territorial.

## Recorridos en territorio

Los recorridos en territorio se realizarán conforme a los cronogramas previamente establecidos y tendrán como insumo principal la cartografía social a mano alzada. Esta herramienta participativa permite recopilar, analizar y representar la información directamente desde la perspectiva de los habitantes, generando mapas construidos colectivamente. A través de este ejercicio se busca reflejar de manera integral las dinámicas sociales, los recursos disponibles, las problemáticas presentes y las potencialidades que pueden aprovecharse en la comunidad.

## Desarrollo del ejercicio

Durante el desarrollo de la apropiación territorial, los gestores —tanto en línea como de bienestar— deberán identificar y registrar los principales factores que inciden en la vida del territorio. Entre ellos se encuentran los aspectos sociales, culturales, poblacionales, de infraestructura y de seguridad.

Toda la información debe consignarse en la matriz de recolección, utilizando los formatos previamente definidos en el marco del convenio. Este ejercicio es fundamental, ya que dichos factores determinan las dinámicas de desarrollo, bienestar y calidad de vida de la población, y permiten orientar acciones de intervención más ajustadas a la realidad del territorio.

## Validación y socialización

Una vez consolidada la información, se actualiza el mapa final, asegurando que contenga una leyenda clara y que los límites territoriales estén debidamente señalados.

De manera paralela, el insumo generado por los gestores se lleva al comité territorial, donde los profesionales realizan un análisis más profundo sobre lo que el mapa revela. Este espacio técnico permite discutir, complementar y apropiar la información obtenida, de modo que sea incorporada en los procesos de planeación de los equipos.

Para las actualizaciones anuales, al realizar la apropiación, se gestionará junto con el equipo de avanzada, espacios en los que pueda ser presentado a la comunidad para su revisión colectiva. En esta socialización, los gestores pueden emplear diversas estrategias narrativas como relatos, historias comunitarias o registros fotográficos que complementen la comprensión de los hallazgos.

## Productos finales

El proceso de apropiación territorial genera dos productos principales:

- Mapa definitivo del territorio

Un documento gráfico que representa los recursos, problemáticas y propuestas identificadas en el proceso. Este mapa incluye la localización de factores clave como equipamientos sociales, zonas de riesgo, áreas culturales, recursos naturales y dinámicas poblacionales, entre otros.

- Informe descriptivo

Un documento breve, de máximo dos páginas, que complementa al mapa con detalles sobre los elementos representados y las discusiones surgidas durante el proceso. En este informe se sintetizan los factores sociales, culturales, poblacionales, de infraestructura y seguridad del territorio. Además, deben incluirse las propuestas de abordaje e intervención, formuladas a partir de los hallazgos del diagnóstico y en coherencia con los objetivos de los Equipos Mas bienestar en tu hogar.

- Matriz de captura de información

Diligenciada a partir de los atributos definidos desde nivel central, y donde se relacionan los aspectos clave a nivel territorial que puedan servir como insumo para la toma de decisiones en salud y planeación para la puesta en marcha de estrategias de abordaje.

## 1. **Acción de Bienestar 2:** Gestor de Bienestar en línea.

### 1.1 Conceptualización de los elementos centrales de la acción de bienestar.

La Gestión del Riesgo es un pilar central del Modelo de Salud MAS Bienestar, orientado a reconocer y abordar, de manera integral, los factores que inciden en la salud y el bienestar de las familias. En este marco, el Gestor MAS Bienestar en Línea se constituye como un actor fundamental para la implementación de las acciones de los equipos MAS Bienestar en tu Hogar, ya que articula el primer contacto con la población y la gestión oportuna del riesgo en salud. Su labor está dirigida a la identificación temprana de necesidades, la orientación en los procesos de atención y la activación de rutas integrales de servicios, lo que garantiza un acompañamiento cercano, continuo y efectivo.

Más allá de la identificación inicial de riesgos, el Gestor asume la responsabilidad de avanzar en una gestión activa del riesgo, facilitando el acceso a los servicios a través del agendamiento de citas según las necesidades detectadas, con el propósito de asegurar la vinculación efectiva de las personas a las rutas integrales de atención en salud. De igual manera, apoya la derivación hacia la concertación

de planes de bienestar, liderados por los profesionales de los equipos, los cuales orientan el desarrollo de acciones familiares e individuales enfocadas en el fortalecimiento del cuidado y la promoción de la salud.

Adicionalmente, el Gestor realiza un seguimiento continuo a las familias y facilita la activación de rutas intersectoriales, lo que posibilita ofrecer respuestas integrales a los usuarios, con ello, su labor lo posiciona como un enlace estratégico entre la comunidad y los equipos en territorio, favoreciendo la continuidad en los procesos de atención.

### 1.2 Objetivo General

Fortalecer la gestión familiar del riesgo en el marco de la implementación de los equipos MAS Bienestar en tu Hogar del Modelo de Salud MAS Bienestar, mediante la labor del Gestor en Línea, orientada a la identificación temprana de necesidades, el acceso oportuno a los servicios de salud, la derivación a planes de bienestar familiar e individual y a rutas integrales e intersectoriales, así como al acompañamiento continuo de las familias, con el propósito de garantizar respuestas integrales y efectivas.

### 1.3 Población sujeto

Población perteneciente a las cohortes de riesgo definidas para la implementación de las acciones por los equipos MAS Bienestar en tu Hogar.

### 1.4 Talento humano:

Bachiller (operativo) con experiencia en salud o salud pública, o estudiantes en formación en programas de nivel técnico, tecnólogo o profesional en el área de la salud. También se consideran perfiles como técnicos en salud y auxiliares de enfermería.

### 1.5 Unidad de medida

Avance al plan de acción.

### 1.6 Forma de reporte de ejecución del producto

- Se reporta una unidad por cada uno de los gestores en línea, una vez adelantado el seguimiento mensual de las acciones programadas en el

marco de la gestión del riesgo en línea, teniendo en cuenta las 4 actividades de la acción de bienestar, con sus indicadores de gestión y resultado.

- Para las acciones de apropiación territorial del gestor en línea, se contará con 8 horas en caso de sectores catastrales ya apropiados; tiempo en el cual realizarán la verificación y reconocimiento del área que gestionarán de manera remota y/o presencial acorde a lo definido en la descripción de la acción de bienestar. De igual manera contarán con 8 horas en las jornadas de actualización, realizando de manera conjunta el abordaje con el gestor de bienestar.

  Estos tiempos deben estar considerados en el plan de acción y soportados por cada gestor.

### 1.7 Descripción de la acción de bienestar:

El abordaje territorial se estructura a partir de dos modalidades complementarias: en línea y presencial, con el propósito de garantizar la cobertura, continuidad y efectividad de las acciones. Para su implementación, se contará con talento humano distribuido en los diferentes sectores catastrales, que hará parte del equipo operativo bajo la orientación de los líderes operativos.

La modalidad en línea tiene como finalidad establecer el primer contacto con los usuarios, realizando la verificación y actualización de su información para contar con datos que orienten la gestión. A partir de este proceso, se define la clasificación de riesgos y derivación hacia intervenciones presenciales en los casos que lo requieran. De igual manera, esta modalidad facilita el seguimiento no presencial a aquellos usuarios cuya clasificación de riesgo en salud lo permita, a través de acciones de orientación, acompañamiento y gestión de los riesgos identificados.

Por su parte, el abordaje presencial se dirige a los usuarios que presentan condiciones de riesgo más altas según criterios de priorización, brindando intervenciones directas, integrales y personalizadas, que favorecen el acceso oportuno a los servicios y la articulación con rutas de atención en salud y acciones intersectoriales. En conjunto, ambas modalidades conforman una estrategia de

atención diferenciada, que responde tanto a las necesidades específicas de cada usuario como a las particularidades de los territorios y grupos poblacionales priorizados.

En este marco, y con el propósito de consolidar y fortalecer dichos procesos, se continúa fortaleciendo la estrategia de Ruteo, la cual orienta el abordaje hacia un enfoque de intervención por eventos de riesgo poblacional en salud. Esta estrategia se fundamenta en la necesidad de optimizar los recursos y mejorar la efectividad de la atención, adaptándose tanto a las demandas actuales como a los contextos cambiantes de las comunidades.

Teniendo en cuenta que la intervención por eventos de riesgo poblacional permite un abordaje más estratégico y orientado a la prevención, esta estrategia facilita la identificación, priorización y actuación específica sobre los riesgos más prevalentes dentro de la población. Promueve la intervención focalizada en los grupos más vulnerables y en los eventos de riesgo más críticos, lo que favorece un manejo más eficiente de los recursos y permite una mayor cobertura en menos tiempo. Además, la estrategia de ruteo posibilita la recolección de datos y el análisis de patrones de salud en la población, lo que facilita una planificación y priorización más adecuada de las intervenciones.

Para el abordaje de los usuarios mediante la estrategia de ruteo, se contará con la información proveniente de diversas fuentes de datos, a partir de la identificación de riesgos en salud. Entre las principales fuentes se encuentran:

- Casos remitidos para el abordaje de los profesionales de los equipos Más Bienestar en tu Hogar: se desarrollarán actividades de plan de cuidado familiar y/o individual. En estos casos, el gestor en línea realizará la gestión inicial y la concertación de las visitas, y posteriormente el profesional responsable del caso adelantará la actualización, concertación e implementación del plan de bienestar.
  Estos casos podrán ser remitidos mediante el aplicativo SIRC o a través del envío de bases de datos por parte de los subsistemas de vigilancia en

salud pública, procesos transversales y entornos cuidadores del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas, o por las EPS, que informarán y aprobarán el abordaje de usuarios no adherentes a las RIAS, con necesidad de contacto en el domicilio para la gestión en salud, consulta en casa y acercamiento a los servicios de salud intramurales.

- Estrategias intersectoriales: se recibirán reportes desde la Estrategia Territorial Integral Social (ETIS) – Tropa Social, el botón de alerta de gestantes y lactantes de la plataforma Bogotá Cuidadora, entre otras.
- Otras activaciones: se generarán desde el sector salud o a través de alianzas estratégicas con otros sectores, las cuales serán informadas por la Secretaría Distrital de Salud (SDS).

Una vez se cuente con la información, el equipo técnico de la SDS llevará a cabo un proceso de depuración, con el objetivo de identificar a los usuarios que cumplan con los criterios de inclusión para esta estrategia, así como la información necesaria para la gestión de los casos. Aquellos usuarios que no cumplan con los criterios de inclusión serán devueltos a la fuente de información que inicialmente los remitió.

Una vez depurada la información, se procederá con un proceso de geocodificación de las direcciones, con el fin de asignar los casos a cada SISS, validando aquellos casos que ya cuentan con caracterización por parte del gestor. Es importante señalar que aquellos casos que no puedan ser geocodificados pero que cuenten con datos de contacto serán asignados a las SISS a través del aplicativo GTAPS o cualquier otro medio previamente establecido.

Como parte del proceso de gestión inicial de los casos, una vez que la subred cuente con la información de los casos asignados para atención bajo la estrategia de ruteo, se realizan algunas actividades antes del desplazamiento del equipo a la vivienda del usuario, y se detallan a continuación:

- Soporte de Información: El grupo encargado de soporte de información de la subred realizará un cruce de bases de datos de usuarios asignados, considerando la caracterización familiar, el PGP, las bases de defunciones, y las bases de las RIAS (como Promoción y Mantenimiento, materno-perinatal, alteraciones nutricionales, entre otras) para determinar la pertinencia de la atención por parte de los EBEH, de acuerdo con el criterio o motivo de priorización.

- Revisión por el Profesional de cohortes: quien será el enlace con los líderes operativos para la coordinación de actividades que desarrollará el grupo de gestores en línea, revisará los usuarios asignados a la SISS para llevar a cabo las actividades de planeación necesarias para iniciar la gestión de los casos. Entre las actividades previas se incluye la revisión de bases de datos, la definición del orden de atención según prioridades, y la organización y agrupación de casos por sector catastral, de manera que el agendamiento de los usuarios se realice considerando la cercanía geográfica, optimizando los desplazamientos del equipo operativo en el terreno.

Este proceso de gestión asegura que el abordaje de los casos sea realizado de manera ordenada y priorizada, optimizando los recursos y mejorando la efectividad en la atención de los usuarios.

Una vez los casos sean asignados a los gestores, estos deberán iniciar el proceso de gestión, garantizando el contacto telefónico con el 100% de los casos correspondientes a su territorio. De manera complementaria, los profesionales responsables del seguimiento a las cohortes de riesgo desarrollarán un monitoreo detallado del abordaje y de la respuesta a las necesidades identificadas, en concordancia con los criterios de priorización establecidos. Este proceso contará con una línea técnica de apoyo permanente, que orientará el desarrollo de las acciones en el marco de las estrategias integrales de abordaje, con el propósito de asegurar una atención adecuada, oportuna y pertinente para cada caso.

La gestión de los casos estará a cargo de los gestores (gestores en línea y gestores de bienestar), distribuidos de acuerdo con la apropiación territorial. Dichos gestores tendrán la responsabilidad de realizar el primer contacto telefónico con los usuarios, con el fin de activar de manera oportuna las acciones de gestión del riesgo y promoción de la salud, garantizando continuidad en el acompañamiento y articulación con las intervenciones presenciales cuando sea necesario.

En este marco:

- Para los casos que deban ser derivados a un plan de bienestar, el primer contacto será realizado por el gestor en línea, quien concertará la visita del profesional correspondiente y registrará la derivación mediante el aplicativo aplicativo. Así mismo, se realizará el registro en la herramienta de agendamiento de los profesionales.

- Para los casos que requieran ser derivados a un plan de bienestar, el primer contacto será efectuado por el gestor en línea, quien se encargará de concertar la visita del profesional correspondiente y de registrar la derivación en el aplicativo. De igual forma, se deberá realizar el registro en la herramienta de agendamiento de los profesionales.

## Criterios de priorización, perfiles para la gestión y orden de abordaje

A continuación, se presenta la tabla con los criterios establecidos para cada una de las prioridades, el perfil responsable de realizar el primer contacto y la orientación del perfil encargado para realizar la derivación de los casos.

De igual manera, se define un orden de abordaje frente a las cohortes de riesgo, priorizando de manera progresiva a la población materna, la infancia, los casos de cáncer, salud mental, discapacidad, condiciones crónicas y, finalmente, a la población general del Distrito Capital. Esta organización responde a la necesidad de intervenir en primera instancia a los grupos con mayor vulnerabilidad y riesgo, asegurando la continuidad del cuidado y la articulación con las rutas de atención en salud.

Adicionalmente, se estiman unos tiempos máximos de gestión de los casos, de acuerdo con el nivel de prioridad asignado: gestantes (5 días hábiles), infancia (8 días hábiles), cáncer (10 días hábiles), salud mental (15 días hábiles), discapacidad (20 días hábiles) y condiciones crónicas (30 días hábiles).

Asimismo, se establece una clasificación de prioridades que resulta útil para orientar la periodicidad de los seguimientos remotos en aquellos casos que, posterior a la primera llamada, el usuario acepte únicamente este tipo de acompañamiento.

| cohorte de Riesgo | Orden de abordaje | Prioridad | Tipo de Prioridad | Perfil Primer contacto | Perfil a quien deriva |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. MATERNO PERINATAL | 1 | Alta | MME post egreso hospitalario. | Gestor en línea | Enfermería |
| | 2 | Alta | Gestantes con resultados positivos en pruebas de tamización no adherentes o sin tratamiento. | Gestor en línea | Enfermería |
| | 3 | Alta | Gestantes con ITS - VIH. | Gestor en línea | Enfermería |
| | 4 | Alta | Gestantes con ITS - Sífilis. | Gestor en línea | Enfermería |
| | 5 | Alta | Gestantes con ITS - HB. | Gestor en línea | Enfermería |
| | 6 | Alta | Gestante sin CNP. | Gestor en línea | Gestor en línea |
| | 7 | Alta | Gestante con riesgo cardio cerebro vascular y metabólico, no adherente. | Gestor en línea | Enfermería |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | 8 | Alta | Gestantes con Edades Extremas, NO ADHERENTE | Gestor en línea | Enfermería |
| | 9 | Alta | Gestante migrante y/o sin aseguramiento. | Gestor en línea | Enfermería |
| | 10 | Alta | Gestantes con Bajo Peso. | Gestor en línea | Enfermería |
| | 11 | Alta | Gestantes con obesidad. | Gestor en línea | Enfermería |
| | 12 | Alta | Gestantes con alerta en salud bucal. | Gestor en línea | Odontología |
| | 13 | Baja | Gestantes Adherentes a la RIAS | Gestor en línea | Gestor en línea |

| Cohorte de Riesgo | Orden de abordaje | Prioridad | Tipo de Prioridad | Perfil Primer contacto | Perfil a quien deriva |
|---|---|---|---|---|---|
| 2. INFANCIA | 1 | Alta | Recién nacidos pretérmino con Bajo Peso al Nacer sin adherencia al plan canguro. | Gestor en línea | Enfermería |
| | 2 | Alta | Recién nacido con sífilis congénita. | Gestor en línea | Enfermería |
| | 3 | Alta | Recién nacidos con Morbilidad neonatal - Sepsis. | Gestor en línea | Enfermería |
| | 4 | Alta | Recién nacidos con Morbilidad neonatal Asfixia. | Gestor en línea | Enfermería |
| | 5 | Alta | Cáncer Infantil. | Gestor en línea | Enfermería |
| | 6 | Alta | Recién nacido con defectos Congénitos. | Gestor en línea | Enfermería |
| | 7 | Alta | Menores de un año con Hipotiroidismo Congénito. | Gestor en línea | Enfermería |
| | 8 | Alta | Niños y niñas menores de 18 meses con antecedente de hospitalización por ERA perteneciente a cohorte de riesgo (prematurez, DNT, bajo peso al nacer, patologías crónicas, defectos congénitos) y reconsultantes o reingreso. | Gestor en línea | Enfermería |
| | 9 | | Menores de 2 años con bronquiolitis o sibilante recurrente de alto riesgo sin control | Gestor en línea | Enfermería |
| | 10 | Alta | Menores post egreso de sala ERA no contactable o sin asistencia a control. | Gestor en línea | Enfermería |
| | 11 | Alta | Niños y niñas menores de 1 año con IRAG. | Gestor en línea | Enfermería |
| | 12 | Alta | Recién nacidos con tamizaje endocronometabólico positivo. | Gestor en línea | Enfermería |
| | 13 | Alta | Niños de 0 a 59 meses con indicador nutricional de DNT aguda moderada o severa inhaderentes. | Gestor en línea | Nutrición |
| | 14 | Alta | Menores de 5 años con Desnutrición Aguda Moderada. | Gestor en línea | Nutrición |
| | 15 | Alta | Menores de 5 años con Desnutrición Aguda severa. | Gestor en línea | Nutrición |
| | 16 | Alta | Niños y niñas 0 a 59 meses con clasificación nutricional de riesgo de desnutrición aguda según indicador de peso para la talla entre -1.5 y -2.0 sin atención. | Gestor en línea | Enfermería |
| | 17 | Media | Niños o niñas menores de 1 mes con dificultades en el proceso de lactancia materna. | Gestor en línea | Enfermería |
| | 18 | Alta | Niñas o niñas menores de 5 años con presencia de tres o más episodios de Enfermedad diarreica Aguda (EDA) en el último mes sin control. | Gestor en línea | Enfermería |
| | 19 | Alta | Menores de 5 años con obesidad. | Gestor en línea | Enfermería |
| | 20 | Alta | Niños, niñas menores de 5 años con alerta en salud bucal. | Gestor en línea | Odontología |
| | 21 | Media | Niños y niñas menores de 5 años SIN ADHERENCIA A LA RIAS de PyM. | Gestor en línea | Gestor en línea |

| Cohorte de Riesgo | Orden de abordaje | Prioridad | Tipo de Prioridad | Perfil Primer contacto | Perfil a quien deriva |
|---|---|---|---|---|---|
| 3. CÁNCER | 1 | Alta | Enfermedades huérfanas de curso oncológico. | Gestor en línea | Enfermería |
| | 2 | Alta | Cáncer de mama: Usuario con sospecha sin definición de diagnóstico o tratamiento.<br>Usuario con diagnostico sin tratamiento o no adherente | Gestor en línea | Enfermería |
| | 3 | Alta | Cáncer de Cuello Uterino: Usuario con sospecha sin definición de diagnóstico o tratamiento.<br>Usuario con diagnostico sin tratamiento o no adherente | Gestor en línea | Enfermería |
| | 4 | Alta | Cáncer de colon: Usuario con sospecha sin definición de diagnóstico o tratamiento.<br>Usuario con diagnostico sin tratamiento o no adherente | Gestor en línea | Enfermería |
| | 5 | Alta | Cáncer de próstata: Usuario con sospecha sin definición de diagnóstico o tratamiento.<br>Usuario con diagnostico sin tratamiento o no adherente | Gestor en línea | Enfermería |

| Cohorte de Riesgo | Orden de abordaje | Prioridad | Tipo de Prioridad | Perfil Primer contacto | Perfil a quien deriva |
|---|---|---|---|---|---|
| 4. SALUD MENTAL | 1 | Alta | Riesgo de Feminicidio | Gestor en línea | Enfermería |
| | 2 | Alta | Conducta suicida en gestantes. | Gestor en línea | Psicología |
| | 3 | Alta | Casos de ideación estructurada e intento suicida en niños, niñas y adolescentes hasta 17 años, 11 meses y 29 días. | Gestor en línea | Psicología |
| | 4 | Alta | Conducta suicida con trastorno mental de base en niños, niñas y adolescentes hasta 17 años, 11 meses y 29 días. | Gestor en línea | Psicología Clínica |
| | 5 | Alta | Personas mayores de 60 años con intento de suicidio | Gestor en línea | Psicología |
| | 6 | Alta | Intento suicida reiterado | Gestor en línea | Psicología |
| | 7 | Alta | Personas entre 29 y 59 años notificadas con intento suicidio previo<br>Intento suicida reiterado | Gestor en línea | Psicología |
| | 8 | Alta | Casos de violencia sexual ejercida contra gestantes. | Gestor en línea | Psicología Clínica |
| | 9 | Alta | Violencia ejercida contra gestantes. | Gestor en línea | Psicología |
| | 10 | Alta | Maltrato infantil reiterado en niños, niñas y adolescentes (17 a, 11 m, 29 d) | Gestor en línea | Psicología |
| | 11 | Alta | Maltrato infantil reiterado con presencia de violencia sexual ejercida en niños, niñas y adolescentes. | Gestor en línea | Psicología Clínica |
| | 12 | Alta | Menores de 14 años en gestación o Postparto, sin atención. | Gestor en línea | Psicología Clínica |
| | 13 | Alta | Casos de duelo asociado a suicidio consumado | Gestor en línea | Psicología Clínica |
| | 14 | Alta | Casos de duelo por Muertes Perinatales | Gestor en línea | Psicología Clínica |
| | 15 | Alta | Casos de duelo asociado a moralidad materna | Gestor en línea | Psicología Clínica |
| | 16 | Alta | Usuarios con sobrecarga (resultado de zarit moderado o intenso) | Gestor en línea | Psicología |
| | 17 | Alta | Usuarios con resultado de APGAR Familiar en disfunción severa. | Gestor en línea | Psicología |
| | 18 | Alta | Usuarios con Depresión no adherentes a proceso terapéutico | Gestor en línea | Psicología |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | 19 | Alta | Usuarios con Ansiedad no adherentes a proceso terapéutico | Gestor en línea | Psicología |
| | 20 | Alta | Consumo experimental o problemático de SPA en adolescentes | Gestor en línea | Psicología |
| | 21 | Alta | Factor de riesgo psicosocial | Gestor en línea | Psicología |
| | 22 | Baja | Trastornos mentales de base en tratamiento, adherentes a la RIAS | Gestor en línea | Gestor en linea |

| Cohorte de Riesgo | Orden de abordaje | Prioridad | Tipo de Prioridad | Perfil Primer contacto | Perfil a quien deriva |
|---|---|---|---|---|---|
| 5. DISCAPACIDAD | 1 | Alta | Personas con discapacidad sin atenciones para su condición. | Gestor en línea | Terapeuta |
| | 2 | Alta | Personas con discapacidad sin adherencia a las RIAS con limitación de movilidad. | Gestor en línea | Terapeuta |
| | 3 | Alta | Persona con discapacidad y cuidador | Gestor en línea | Terapeuta |
| | 4 | Alta | Personas con discapacidad con adherencia a la RIAS. | Gestor en línea | Terapeuta |
| | 5 | Alta | Personas con dependencia funcional mayores de 60 años por condiciones crónicas o edad. | Gestor en línea | Terapeuta |

| Cohorte de Riesgo | Orden de abordaje | Prioridad | Tipo de Prioridad | Perfil Primer contacto | Perfil a quien deriva |
|---|---|---|---|---|---|
| 6. CCVM | 1 | Alta | Paciente con patología Crónica NO controlado (cifras tensiones superiores 180/110 o Hemoglobina glicosilada mayor a 10%). | Gestor en línea | Enfermería |
| | 2 | Media | Persona con capacidad de gestar con intención reproductiva con patología crónica no adherente | Gestor en línea | Gestor en línea |
| | 3 | Media | Persona con capacidad de gestar sin intención reproductiva con patología crónica sin método de regulación de la fecundidad. | Gestor en línea | Gestor en línea |
| | 4 | Alta | Paciente con patología Crónica NO adherente, ultimo control > 12 meses. | Gestor en línea | Enfermería |
| | 5 | Alta | Usuarios con patología crónica con discapacidad sin atención | Gestor en línea | Terapeuta |
| | 6 | Media | Usuarios con patología crónica (HTA-DM) cuidadores de personas con alta dependencia. | Gestor en línea | Gestor en línea |
| | 7 | Baja | Personas con resultado de tamizaje Framighan mayor a 20%, en la valoración por parte de medicina. | Gestor en línea | Gestor en línea |
| | 8 | Baja | Pacientes con patología crónica (DM e HTA) Adherentes a la RIAS. | Gestor en línea | Gestor en línea |
| | 9 | Baja | Usuario con patología crónica (HTA-DM) no adherente a la RIAS con pérdida de pieza dental. | Gestor en línea | Odontología |

| Cohorte de Riesgo | Orden de abordaje | Prioridad | Tipo de Prioridad | Perfil Primer contacto | Perfil a quien deriva |
|---|---|---|---|---|---|
| | 1 | Alta | Población priorizada que rechaza la presencialidad | Gestor en línea | Gestor en línea |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 7. Población Distrito Capital | 2 | Baja | Población general estratos 3 o más remitidos por fuente de información secundaria | Gestor en línea | Gestor en línea |

| Cohorte de Riesgo | Orden de abordaje | Prioridad | Tipo de Prioridad | Perfil Primer contacto | Perfil a quien deriva |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. GESTANTES | 1 | Alta | Gestante con discapacidad sin atención. | Gestor de Bienestar | Gestor de Bienestar |
| 2. INFANCIA | 2 | Alta | Recién nacidos sin control. | Gestor de Bienestar | Gestor de Bienestar |
| 6. CCVM | 3 | Alta | Usuarios post egreso hospitalario IAM-ACV | Gestor de Bienestar | Gestor de Bienestar |
| | 4 | Media | Paciente con patología Crónica NO adherente, ultimo control entre 6 y 12 meses. | Gestor de Bienestar | Gestor de Bienestar |
| 7. Población Distrito Capital | 5 | Baja | Población estrato 1 y 2 no identificada por fuente de información secundaria | Gestor de Bienestar | Gestor de Bienestar |

### 1.7.1 Actividad 1. Gestión de la estrategia de abordaje mediante ruteo.

#### 1.7.1.1 Acciones en primer contacto telefónico

El gestor en línea y gestor de bienestar contará con la base de datos de los casos con prioridad que se encuentren en su sector catastral y que han sido identificados y remitidos por las diferentes fuentes para el abordaje de los equipos Mas Bienestar; a partir de ello, realizará contacto telefónico con cada una de las familias, teniendo en cuenta el orden de abordaje relacionado en la tabla 1 (Criterios de priorización, perfiles para la gestión y orden de abordaje).

En este primer contacto telefónico, se definirá un estado inicial, donde para el caso de contactos efectivos (contactado), el gestor virtual deberá adelantar las siguientes acciones durante la llamada:

- Confirmación de datos de ubicación:

  Se realizará la verificación de la dirección de residencia, números de contacto y demás datos de localización del usuario, con el propósito de asegurar que la información registrada sea actual y permita garantizar la continuidad en los procesos de atención y seguimiento.

- Confirmación de la condición de salud por la cual fue referido el caso:

Se indagará con el usuario o su familia sobre la situación de salud que motivó la remisión del caso, con el fin de identificar si la condición de riesgo persiste, ha cambiado o ha sido resuelta. Esto permitirá orientar de manera adecuada las acciones a implementar, evitando duplicidad de intervenciones y garantizando pertinencia en la gestión del riesgo.

- Revisión de información en la historia clínica:

A través del Visor o del mecanismo dispuesto para tal fin, se revisará la historia clínica del usuario, verificando aspectos como asistencia a citas médicas, tratamientos instaurados, adherencia a los mismos, planes de manejo, evolución del caso etc. Esta información servirá como base para complementar la valoración y la toma de decisiones frente a las intervenciones requeridas.

- Revisión de frecuencias de uso según la Resolución 3280 de 2018:

Se verificará el cumplimiento de las frecuencias de uso establecidas en dicha resolución, con el objetivo de determinar si el usuario requiere ser derivado a una atención individual o colectiva, de acuerdo con su edad, condición de salud y factores de riesgo identificados.

- Indagación sobre la conformación familiar y otros riesgos en salud:

Se recopilará información relacionada con la estructura del hogar, identificando los integrantes de la familia y posibles riesgos en salud presentes, como enfermedades crónicas, eventos de interés en salud pública, situaciones de violencia, consumo de sustancias psicoactivas, entre otros. Esta indagación permitirá establecer prioridades de intervención y orientar la gestión hacia una mirada integral.

- Clasificación del riesgo:

Con base en la información recopilada y verificada, así como en lo referido por la familia, se procederá a clasificar el nivel de riesgo del usuario y su núcleo familiar. Esta clasificación será la guía para definir las acciones posteriores, el tipo de seguimiento requerido y la ruta de atención más adecuada.

A partir de la clasificación de riesgo realizada, el gestor deberá dar inicio a las acciones de promoción de la salud, ajustadas a la realidad y características de cada familia. Estas acciones estarán orientadas según:

- La conformación familiar indagada, identificando número de integrantes, edades y condiciones particulares, lo que permitirá adaptar los mensajes y actividades a cada contexto.
- Las necesidades específicas de la familia, de acuerdo con los riesgos identificados, las barreras de acceso a los servicios y las prioridades expresadas por los propios integrantes.
- Las campañas y acciones de información en salud vigentes, que respondan a alertas sanitarias, jornadas de vacunación, programas de salud pública y demás estrategias territoriales definidas por la SDS.
- Las actividades de promoción del cuidado, que incluyan orientación sobre hábitos saludables, prevención de enfermedades y uso adecuado de los servicios de salud, fortaleciendo la capacidad de autocuidado y gestión en salud dentro del hogar entre otras.

De esta manera, la gestión en línea no solo permitirá dar seguimiento a los riesgos, sino también acercar a las familias a intervenciones preventivas y educativas, contribuyendo al mejoramiento de sus condiciones de salud y bienestar.

De igual forma, como parte del plan de cuidado instaurado, se establece la concertación de compromisos con la familia y contactos presenciales por el equipo operativo. Para las familias que en el contacto telefónico se identifiquen con prioridad alta, se definirá el abordaje por el profesional de los equipos Mas bienestar que corresponda, quien se encargará de la implementación del plan de cuidado con las estrategias integrales que se requieran según a prioridad (Tabla de criterios, prioridades estrategias de plan de Bienestar familiar); en estos casos, el gestor en línea, debe informar a la familia el perfil y nombre del profesional que lo contactará posteriormente para su abordaje presencial en la vivienda. Simultáneamente el gestor en línea deberá hacer el registro de la fecha de concertación de la visita en la herramienta dispuesta para tal fin.

Por su parte, las familias con riesgo bajo que fueron contactadas por el gestor de bienestar se programaran para ser caracterizadas o continuar con seguimientos según la prioridad, para ello el gestor verificará si ya cuentan con caracterización en el hogar y la fecha de la misma, de manera que para las familias que no cuenta con caracterización o que esta fue hace más de un año, en la misma llamada, se concerté la visita a realizar para su caracterización o actualización, según corresponda y se genere el agendamiento para visita en el hogar. En caso de

contar con caracterización menor a un año, el gestor de más bienestar continuará con seguimientos acorde a la periodicidad establecida según prioridad familiar.

Así mismo, para los casos asignados al gestor en línea, se deberán ejecutar todas las acciones previamente descritas y establecidas para realizar durante la llamada. En estos casos, la acción principal será el agendamiento de citas en las unidades básicas resolutivas, de acuerdo con la necesidad que motivó el ingreso del caso a la estrategia de ruteo.

Es importante señalar que, para los usuarios que requieran realizar caracterización, actualización o que se encuentren en estado de “no contactado” (después de tres intentos fallidos en momentos diferentes), se deberá efectuar la visita de manera presencial.

En estos casos, el tiempo máximo para la visita será el siguiente:

- Gestantes: dentro de las 48 horas posteriores al último intento de contacto telefónico.
- Menores de 5 años: dentro de las 72 horas.
- Personas con condiciones crónicas: hasta una semana para realizar el acercamiento presencial, con el fin de llevar a cabo la acción definida por el gestor, de acuerdo con el intento de contacto telefónico.

En caso de que los tres intentos de contacto sean reportados como fallidos por el gestor en línea, este deberá realizar la derivación al gestor de bienestar, quien será el encargado de llevar a cabo la caracterización o actualización correspondiente.

Así mismo, como parte del plan de cuidado instaurado, se encuentran las derivaciones que se requieran a los diferentes actores sectoriales, intersectoriales y comunitarios, según las necesidades de la familia. Esto, a través de los mecanismos de activación de rutas mediante aplicativo SIRC, agendamiento de citas en cada subred, agendamiento en los canales dispuestos por las EPS.

Al finalizar el contacto telefónico, el gestor en línea deberá registrar en el aplicativo GTAPS todas las acciones realizadas durante la gestión. Además, deberá garantizar el registro de un estado de gestión del caso conforme a las siguientes precisiones:

- **No contactado:** En caso de no lograrse establecer contacto telefónico con el usuario en el primer intento, se deberán realizar al menos dos intentos adicionales en fechas y horarios distintos.
- **Visita en campo:** Si luego de tres intentos telefónicos no es posible contactar al usuario, se deberá registrar esta opción para derivar el caso al gestor de bienestar correspondiente. El objetivo es realizar una verificación en campo en la dirección registrada para validar la ubicación del usuario y concertar una visita presencial.

**Contactado:**
Corresponde a los casos en los que se logra establecer comunicación efectiva con el usuario. A partir de este contacto, se podrá definir alguno de los siguientes estados de gestión, según la información suministrada y la disposición del usuario:

- **Programa atención:** Corresponde a un contacto telefónico efectivo en el cual el usuario acepta la atención, y se logra la concertación y programación de la visita por parte del equipo correspondiente de MAS Bienestar, según la información suministrada por la familia a través del canal telefónico.
- **Rechazada:** Casos en que el usuario manifiesta explícitamente que no desea recibir la atención ni la visita por parte de los Equipos operativos.
- **Rechazada – acepta educación:** Corresponde a los casos en los que el usuario manifiesta no aceptar las acciones por parte de los Equipos Operativos; sin embargo, expresa su disposición a recibir acciones de educación en salud, de acuerdo con su condición de salud y la clasificación de riesgo previamente establecida.
- **Fallecido:** Categoría aplicable a los casos en los que se reporta que el usuario ha fallecido.
- **Fuera de la Cuidad**: Corresponde a los casos en los que, según la información suministrada por el usuario, su lugar de residencia actual se encuentra por fuera de la ciudad de Bogotá.
- **Otra subred:** Casos en que se identifique que el usuario según su dirección del lugar de residencia se ubique en otra subred diferente a la que se encuentra asignado.
- **No requiere visita con gestión efectiva:** Casos en que de acuerdo con revisión de atenciones en historia clínica o cruces de bases de datos de las atenciones de las RIAS se identifique que el usuario cuenta con atenciones

en donde se haya dado respuesta la necesidad por la cual está ingresando a la estrategia de ruteo. (Aplica para los casos remitidos para atención individual, en que se puede verificar en historia clínica ultimas atenciones según frecuencias de uso).

- **Actualizar información de la misma subred:** Corresponde a los casos en los que, tras el contacto telefónico con el usuario, se logra actualizar la información de ubicación, identificando que reside en una localidad o zona distinta, pero que aún pertenece a la misma subred en la que fue inicialmente asignado. Esta actualización permite redireccionar la gestión sin necesidad de reasignar a otra subred.
- **No cumple criterio:** Corresponde a los casos en los que, a pesar de lograrse el contacto telefónico y realizar la verificación de condiciones de salud y actualización de datos, se determina que el usuario no pertenece a ninguna de las cohortes de riesgo priorizadas para la atención por parte de los Equipos Operativos. Sin embargo, el usuario manifiesta su interés en recibir la visita domiciliaria, aunque no cumpla con los criterios definidos para la intervención.
- **Cambio de prioridad:** Aplica en los casos en que, tras establecer contacto telefónico y verificar las condiciones de salud del usuario, se identifica que pertenece a una cohorte priorizada, pero con una variación en la clasificación del riesgo frente a la inicialmente registrada. Aunque el grupo de riesgo ha cambiado, el usuario sigue siendo parte de la población priorizada para la intervención de los Equipos Operativos.
- **Acepta monitoreo remoto:** Corresponde a los casos en los que, durante la llamada, el usuario manifiesta no estar interesado en recibir seguimiento ni visitas presenciales, pero acepta participar en un esquema de seguimientos telefónicos orientados al monitoreo y gestión de riesgos, de acuerdo con sus condiciones de salud.

#### 1.7.1.2 Programación de contacto presencial por parte de profesionales:

- Concertar visita: El gestor de bienestar en línea realizará la concertación de la visita para la derivación a los planes de bienestar familiar e individual.
- Agendar visita: Posterior a la concertación, se deberá programar la visita con el perfil operativo que corresponda, de acuerdo con la priorización del usuario y la población priorizada.
- Verificar información: Antes de agendar, se deberá revisar si el usuario cuenta con caracterización familiar o con planes de cuidado previamente

abiertos, con el fin de evitar duplicidades y asegurar la continuidad del proceso.

- Casos de medicina: Cuando se requiera derivación al perfil de medicina y el usuario no esté caracterizado, se deberá programar al gestor de bienestar para adelantar dicho proceso.
- Registrar información: El agendamiento deberá realizarse en el aplicativo definido para tal fin, y toda la información resultante deberá consignarse en GTAPS o en la herramienta oficialmente dispuesta.
- Construir agendas: El gestor en línea deberá consolidar progresivamente las agendas de los perfiles operativos, considerando:
    - La gestión de casos ingresados a través de la estrategia de ruteo.
    - La disponibilidad de tiempo de cada perfil operativo.
    - Las demás actividades asignadas a dichos perfiles, distintas a la estrategia de ruteo.

### 1.7.2 Actividad 2. Agendamiento para la Gestión Integral del Riesgo en unidades básicas resolutivas

Los usuarios que serán objeto de agendamiento en las unidades básicas resolutivas podrán ingresar por las siguientes fuentes:

- Solicitud de agendamiento realizada por gestores y profesionales:

El gestor en línea contará como insumo para el agendamiento con los usuarios a quienes se les haya realizado solicitud de servicios a través del aplicativo GTAPS, y cuyas órdenes hayan sido identificadas como pendientes en las acciones colectivas o hayan sido ordenadas en el marco de las acciones individuales.

El agendamiento se llevará a cabo conforme a la disponibilidad de agendas de cada Subred, considerando las necesidades identificadas por los equipos Más Bienestar durante el contacto telefónico o en el territorio.

Este proceso incluirá consultas relacionadas con la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud, atenciones resolutivas, especialidades o procedimientos, especialmente en los casos de órdenes pendientes de asignación previamente identificadas por los equipos operativos. Asimismo, el gestor en línea apoyará la gestión de citas para usuarios clasificados como Tipo 4, en aquellos

casos en los que el perfil operativo no haya logrado realizar el agendamiento durante su intervención con la familia.

- Identificación en búsqueda activa por parte de los gestores en línea

Otra fuente de ingreso corresponde a los usuarios identificados en el marco de las acciones de búsqueda activa adelantadas por los gestores en línea. En el marco de la implementación de acciones realizadas con las familias, se identificarán los usuarios susceptibles de recibir atenciones individuales. El profesional de enlace de la EPS direccionará técnicamente el ejercicio de búsqueda activa de aquellos usuarios a quienes aplique y que requieran dichas atenciones por parte de los Equipos Más Bienestar en tu Hogar. Estos casos deberán ser verificados por el grupo de gestores en línea, mediante la revisión de las frecuencias de uso según lo establecido en la Resolución 3280 de 2018 y considerando los contratos que la Subred tenga vigentes con las EPS. Para ello, es importante que la Subred realice las gestiones pertinentes con el fin de obtener las autorizaciones necesarias para llevar a cabo estas atenciones cuando así se requiera.

De igual forma, el gestor en línea tendrá la facultad de realizar el agendamiento de citas correspondientes a la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud, siempre que estas contribuyan a la gestión integral del riesgo y al fortalecimiento del ingreso oportuno a las rutas de atención.

**Nota:** Se contará con la disponibilidad de un gestor en línea en los horarios que se ajusten a la operación de las acciones desarrolladas por los equipos Mas Bienestar en el marco de la estrategia con población habitante de calle. El propósito será realizar el agendamiento de citas para esta población, conforme a lo establecido en la ficha de Acción de Bienestar: Jornadas MAS Bienestar en habitanza en calle.

#### 7.2.2.1 Proceso de recordación y verificación de asistencia a citas

Con el fin de fortalecer el proceso de agendamiento y promover la asistencia a las citas programadas, se llevará a cabo un proceso de recordación de citas y verificación de la asistencia de los usuarios.

El gestor en línea realizará seguimiento a las citas agendadas por los perfiles operativos durante el desarrollo de sus intervenciones, dirigidas a integrantes de familias clasificadas en el grupo de riesgo 4. Así mismo, hará seguimiento a las

citas que él mismo haya agendado a partir de las solicitudes generadas por el equipo operativo.

- **Recordación de la cita**

El gestor en línea realizará un proceso de recordación previo al día de la cita, mediante contacto telefónico y/o a través de los canales de comunicación dispuestos. El objetivo será informar al usuario la fecha, hora, lugar y tipo de cita asignada.

- ✓ En caso de que el usuario manifieste la necesidad de cancelar la cita, el gestor en línea brindará la orientación correspondiente para su reprogramación.
- ✓ Si la cita corresponde a atención en una Unidad Básica Resolutiva que no pertenezca a la subred, se orientará al usuario sobre el procedimiento de cancelación a través de los canales establecidos por la EPS.

- **Verificación de asistencia**

El gestor en línea verificará la asistencia o inasistencia del usuario a la cita programada mediante contacto telefónico o consulta en la historia clínica, según la disponibilidad de la información.

- ✓ En los casos de inasistencia, se deberá registrar el motivo en la herramienta designada para tal fin.
- ✓ Posteriormente, la información de inasistencias será consolidada y enviada, con el apoyo del profesional de enlace de EPS, a cada entidad correspondiente para su análisis y solicitud de autorizaciones de acuerdo con el procedimiento que tenga establecido cada SISS.
- ✓ En caso de aprobación de la atención, se iniciará nuevamente el proceso de agendamiento con el equipo operativo, garantizando la atención individual al usuario.

Para todo el proceso de agendamiento, la información deberá ser registrada en el aplicativo dispuesto, con el objetivo de garantizar un adecuado seguimiento, trazabilidad y control de las citas programadas.

### 1. 7.3 Actividad 3. Seguimiento Familiar.

Los gestores en línea tendrán a su cargo las actividades de seguimiento telefónico en los siguientes casos:

- Familias prioritarias de estratos 1 y 2 que no aceptan abordaje presencial:
  - El seguimiento se realizará a todas aquellas familias clasificadas como casos prioritarios.
  - En los casos en que no se acepte la visita presencial por parte de un gestor o profesional, el contacto de seguimiento deberá iniciarse un mes después del rechazo.
- Usuarios sanos de estratos 3 al 6 que no han sido caracterizados:
  - Estos usuarios ingresarán al seguimiento en línea.
  - Se deberán ejecutar las acciones previamente establecidas para la gestión del riesgo a través de contacto telefónico.
- Usuarios que, en el primer contacto telefónico realizado a los casos ingresados a través de la estrategia de ruteo, manifiestan no estar dispuestos a recibir visitas o seguimientos de manera presencial, pero aceptan participar en un esquema de seguimientos telefónicos orientados al monitoreo y la gestión de riesgos, de acuerdo con sus condiciones de salud.

El seguimiento telefónico a usuarios priorizados tiene como finalidad garantizar la continuidad del cuidado en salud mediante un acompañamiento continuo y sistémico. Este permite monitorear periódicamente el estado de salud, reforzar la adherencia a tratamientos, orientar sobre el uso de los servicios y detectar signos de alarma que requieran intervención presencial o derivación. Con ello se busca anticipar complicaciones, reducir riesgos asociados y garantizar la integralidad en la atención, optimizando al mismo tiempo los recursos disponibles del sistema de salud. Los seguimientos serán realizados

Dentro de este proceso se incluyen las siguientes acciones:

- Verificación del cumplimiento de los compromisos concertados con la familia en la primera llamada.
- Actualización de las condiciones de vida y de salud, incluyendo novedades asociadas a sucesos vitales (nacimiento de nuevos integrantes, recomposición familiar, entre otros).
- Concertación de nuevos compromisos conforme a las condiciones actuales de salud y contexto familiar.

- Realización de derivaciones y activación de rutas en caso de identificar necesidades individuales o familiares.
- Realizar el agendamiento de citas, según corresponda, con el fin de complementar y fortalecer la continuidad en la atención.

La frecuencia de los seguimientos se establecerá de acuerdo con la clasificación familiar, y su desarrollo deberá quedar registrado en el aplicativo en línea:

- **F**amilia con prioridad alta: 3 seguimientos anuales. El primero se realizará a los tres meses a partir del primer contacto.
- Familia con prioridad media: 2 seguimientos anuales, a partir de la fecha de la primera llamada, garantizando un intervalo mínimo de 4 meses entre cada seguimiento.
- Familia con prioridad baja: 1 seguimiento anual, a partir de la fecha de la primera llamada, con un intervalo mínimo de 6 meses respecto al contacto inicial.

Estas acciones permiten reducir riesgos, prevenir complicaciones y garantizar que la población priorizada reciba un cuidado oportuno, integral y centrado en sus necesidades

### 1.7.4 Actividad 4. Abordaje Territorial.

En caso de haber culminado la totalidad de los abordajes correspondientes a las actividades 1 a la 3, el gestor en línea realizará el abordaje en territorio en articulación con el gestor técnico asignado, con el fin de ampliar la cobertura de los sectores definidos en el marco de la apropiación territorial. Estas acciones estarán orientadas a apoyar la identificación de familias y la gestión del riesgo en el territorio.

El gestor en línea deberá adelantar el 100% de las actividades y entregables definidos en esta acción de bienestar, excepto la toma de signos vitales y medidas antropométricas.

## 1.8 Tabla resumen de la acción de bienestar:

| Nombre de la actividad | Periodicidad | Perfiles del talento humano | Entregables |
|---|---|---|---|
| Apropiación Territorial | Acorde a necesidad dada | Bachiller (Operativo) | · Cronograma de actividades e insumos preparados (mapas |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | la asignación de talento humano a sectores no apropiados previamente, que requieren actualización o por direccionamiento de la SDS | | base, matrices, cartografía, datos catastrales y poblacionales)<br>· Mapa con registro del ejercicio de cartografía realizado por el gestor.<br>· Matriz de información cuantitativa y cualitativa, con el registro realizado por parte del gestor.<br>· Comité Territorial en el que participa todo el equipo: Actas de reunión e informe acorde a lo establecido desde la SDS.<br>· Para el caso de gestores nuevos que son asignados a territorios apropiados previamente por otro perfil: Acta de reunión que soporte la revisión y análisis de información correspondiente a la apropiación territorial realizada en su momento al territorio (Cartografía, matriz, informe y conclusiones de comité de cuidado). |
| Gestión de la estrategia de abordaje mediante ruteo. | Mensual | Bachiller (Operativo) | Plano Ruteo con la gestión de los casos, registro de acciones en llamada telefónica y derivaciones. |
| Agendamiento para la Gestión Integral del Riesgo en unidades básicas resolutivas | Mensual | Bachiller (Operativo) | Plano de agendamiento con registro de citas agendadas, recordación de citas y verificación de asistencia |
| Seguimiento Familiar. | Mensual | Bachiller (Operativo) | Plano Ruteo con la gestión de los casos, módulo de seguimiento remoto con registro de acciones en llamada telefónica y derivaciones. |
| Abordaje territorial | Mensual | Bachiller (Operativo) | Entregables definidos en la acción de bienestar Abordaje Territorial, excepto la toma de signos vitales y medidas antropométricas |

### 1.9 Indicadores

| N°. | Nombre del indicador | Frecuencia de medición | Fórmula | Fuente | Tipo de indicador |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | % de gestión de casos en la estrategia de ruteo | Mensual | Numero de casos gestionados / total de casos asigandos | Aplicativo Gtaps | Gestión |
| 2 | % de citas agendadas frente al total de solicitudes recibidas | Mensual | Numero de citas agendadas / total de solicitudes de agendamiento recibida | Aplicativo Gtaps | Gestión |
| 3 | % de efectividad en el agendamiento de citas | Mensual | Numero de citas con asistencia / total de citas agendadas | Aplicativo Gtaps | Resultado |
| 4 | % Cumplimiento en el seguimiento remoto | Trimestral | Número de seguimientos remotos realizados en el periodo/Numero de seguimientos remotos programados en el periodo | Aplicativo Gtaps | Gestión |

## 2. Acción de Bienestar:

3. Abordaje Territorial - Gestor de Bienestar.

4. Abordaje Territorial en Zonas de Ruralidad Cercana.

5. Abordaje Territorial en Zonas de Ruralidad Dispersa.

### 2.1. Conceptualización de los elementos centrales de la acción de bienestar.

Hace referencia al contacto y atención inicial para las familias ubicadas en los sectores catastrales apropiados con quienes se emprenden las acciones de caracterización del entorno hogar, la familia y sus integrantes para el reconocimiento de determinantes de la salud y la identificación oportuna de los riesgos, que orienta la gestión de respuestas efectivas ante las necesidades y alertas en salud identificadas.

Con las familias abordadas se desarrollan acciones promocionales para el cuidado de la salud y fortalecimiento de capacidades de la familia, de acuerdo a

sus características poblacionales, familiares, territoriales, etc.; así mismo se desarrollan actividades de gestión de riesgos en salud que permitan la eliminación de barreras de acceso, la implementación de acciones colectivas e individuales, y la activación a rutas integrales de servicios de salud y las que se requieran a nivel intersectorial. A partir del accionar de los gestores de bienestar, se activan el accionar de los perfiles del equipo interdisciplinario que desarrollan planes de bienestar con estrategias integrales que permiten el acompañamiento y cuidado continuo de las familias, acorde a sus prioridades, necesidades y expectativas en salud.

### 2.2. Objetivo General

Favorecer el cuidado integral de la salud a partir de acciones de primer contacto con las familias del distrito para el reconocimiento y necesidades y expectativas en salud, así como la gestión de respuestas efectivas, continuas, integradas y resolutivas, mediante el desarrollo de acciones promocionales y de gestión del riesgo que incluyen la activación de planes de bienestar por el equipo interdisciplinario de MAS Bienestar en tu Hogar, y otros actores sectoriales e intersectoriales.

### 2.3 Población sujeto

Cada uno de los gestores de bienestar desarrolla sus acciones con las familias residentes en los sectores catastrales que son apropiados. En dichos territorios se abordan poblaciones prioritarias y población general hasta alcanzar el 100% de la población de cada sector catastral.

### 2.4. Talento humano:

Gestores de Bienestar. Técnicos Auxiliares de enfermería o en Salud Pública.

### 2.5 Unidad de medida

Familia. Corresponde a cada una de las familias intervenidas en los territorios y por criterios priorizados para el abordaje territorial.

### 2.6. Forma de reporte de ejecución del producto

- El reporte de la acción de bienestar se realiza con una periodicidad mensual, donde se deben relacionar el número de familias que fueron intervenidas durante el mes, con el desarrollo de todas las actividades que integra el producto. Se reportará una unidad por cada familia abordada de manera presencial en las actividades de caracterización, actualización o seguimiento, o una unidad por cada 5 familias con contacto efectivo de manera remota, con

quienes se adelante procesos de identificación de riesgos, concertación de plan de cuidado y acciones de promoción de la salud y derivaciones, acorde a la prioridad.

- Para el caso de los perfiles que participan en jornadas de intensificación requeridas desde la Secretaría Distrital de Salud, se reportarán 2 unidades cuando se trate de media jornada y 3 cuando sea jornada completa, por cada promotor que participe.
- Para el caso de los seguimientos telefónicos (Actividad 3) se podrán reportar en el informe de gestión como una (1) unidad, al haber completado y soportado 8 seguimientos telefónicos; aplica para abordajes en la zona urbana.
- Una vez se adelanten jornadas de apropiación territorial, se podrán reportar 7 unidades para el caso de territorios nuevos (No apropiados ni abordados previamente) o cuando se realicen actualizaciones, correspondiente a tiempos en los cuales el talento humano podrá desarrollar las acciones definidas en el apartado de apropiación territorial, soportado con los entregables definidos para dicha actividad. Si se trata de gestores nuevos en el proceso, que adelantan la apropiación de territorios que previamente ya han sido reconocidos por otro gestor; podrán reportar 2 unidades correspondientes a tiempos en los que pueda hacer la verificación de los entregables que se diligenciaron en su momento a partir de los recorridos y análisis de las condiciones territoriales.

## 2.7. Descripción de la acción de bienestar:

### 2.7.1. Actividad 1. Contacto inicial.

Los gestores de bienestar adelantan el abordaje de los sectores catastrales que previamente han sido apropiados, y que con apoyo de los profesionales del componente geográfico, son verificados, para poder adelantar procesos de microplaneación territorial y definir las coberturas alcanzadas, poblaciones pendientes por intervención, orden de abordaje, necesidades de actualización y seguimiento, entre otros factores.

Cada uno de los sectores catastrales en los que se encuentran los gestores de bienestar, cuentan también con el equipo interdisciplinario conformado por perfiles de medicina, enfermería, psicología, nutrición, terapias, odontología, trabajo social y ciencias ambientales que también se encuentran asignados a los sectores catastrales, con una intensidad y concentración según necesidad, de manera que a partir del trabajo mancomunado se logre la coordinación necesaria para la respuesta integral a las necesidades y expectativas en salud identificadas en las

familias abordadas, a través de las intervenciones colectivas e individuales definidas en el marco de los planes de bienestar.

Los gestores deberán adelantar los procesos de abordaje y seguimiento a la población residente en el sector catastral asignado, a partir de la identificación de necesidades, principales determinantes sociales en salud, procesos protectores y deteriorantes; de este modo, a medida que se avanza en el abordaje del sector, se contará con el conocimiento pleno de las prioridades de las familias, para poder generar acciones complementarias activando profesionales de los Equipos de MAS Bienestar en tu Hogar, acciones del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PSPIC) y otros a nivel sectorial e intersectorial.

Las acciones desarrolladas por los gestores de bienestar serán acordes a los procesos de análisis y microplaneación que se realizan en el nivel de gestión territorial y planeación conjunta con el gestor en línea y el profesional de ruteo, de manera que se logre la implementación de dos estrategias principales para el contacto inicial:

***Barrido casa a casa***

Cada perfil, a partir de la asignación territorial, tendrá apropiadas un número de familias, que constituye la población sujeta de intervención del gestor y los demás integrantes del equipo, de manera que, a partir de un proceso conjunto, mancomunado e integral, se desarrollen y viabilicen los planes de bienestar necesarios para garantizar el cuidado de la salud y bienestar de las familias, a partir de la gestión y reducción de riesgos, y el desarrollo de capacidades para el cuidado.

El gestor deberá realizar la identificación y apropiación del sector catastral asignado, para el reconocimiento de las características de la población que allí habita y que ha sido asignada para su intervención. El sector catastral asignado debe contar con el barrido casa a casa, acorde a análisis y orientación brindada por los profesionales del componente geográfico, de manera que se tenga pleno control y conocimiento de las familias abordadas, avance de intervención tanto de los predios, como de las familias e identificación de los casos prioritarios para intervención integral, teniendo en cuenta abordajes previos.

En este proceso, se contará con la relación de predios a cargo y el control de las familias ya abordadas por el equipo en las vigencias anteriores, para: 1. Hacer énfasis en las familias y predios no abordados, así como aquellos que en

acercamiento previos fueron fallidos o rechazaron la intervención, 2. Alimentar el proceso de apropiación territorial y familiar, de la población allí residente, reconociendo aquellos hogares donde ya se conoce la ocurrencia de eventos de interés en salud pública o presencia de población prioritaria y de riesgo, para el seguimiento y control.

Los gestores deberán adelantar las acciones de barrido casa a casa, acorde a la identificación de zonas con mayor necesidad dentro de su territorio apropiado; esto incluye el análisis conjunto con el resto del equipo, de manera que se pueda identificar zonas del territorio con concentración de eventos de interés en salud pública, agrupación de familias que comparten características poblacionales, sociales, culturales, que requieran el abordaje casa a casa, condiciones particulares que sean referidas por el equipo de avanzada, u otro actor sectorial, intersectorial o comunitario, o el desarrollo de estrategias intersectoriales como las Manzanas del Cuidado, Entornos Inspiradores, entre otras referidas por la SDS. **El barrido casa a casa se realizará acorde a la necesidad y una vez se haya garantizado el abordaje de las prioridades reportadas a los Equipos MAS Bienestar en tu Hogar para su intervención mediante la estrategia de ruteo,** o antes, en caso de tratarse de contingencias, jornadas de intensificación o requerimientos informados desde nivel central.

Así mismo, se establece el desarrollo de tomas sectoriales, en las cuales se favorezca el abordaje de sectores catastrales con baja efectividad por condiciones de inseguridad, baja receptividad de las familias residentes, alta proporción de propiedad horizontal, notificación de alertas en salud pública, entre otros aspectos que hayan dificultado el contacto inicial con las familias o que lo demanden. En estas tomas sectoriales, se reúnen en un mismo sector catastral, gestores de diferentes sectores, que de manera conjunta y coordinada desarrollan el barrido casa a casa, garantizando:

- Posicionamiento y visibilización de los equipos MAS Bienetsar en tu Hogar, de manera que la comunidad pueda conocer la oferta de acciones en salud, genere mayor confianza y proximidad con el equipo de salud y se logre el incremento de abordajes efectivos.
- Comunicar a la comunidad de manera clara y concreta el propósito del accionar de los Equipos de MAS Bienestar en tu Hogar y los datos de contacto del gestor apropiado del sector en el que se esté realizando la toma sectorial.
- Verificar abordajes previos adelantados en el sector catastral por el gestor apropiado, a través del aplicativo GTAPS, de manera que se verifique si la

familia es sujeto de acciones de caracterización, actualización o seguimiento, y que no se incurra en duplicidades que pueda generar reprocesos en el abordaje familiar.

Estas tomas se priorizan para el abordaje en las temporadas de fin e inicio de año, dadas las dinámicas propias de las familias residentes de la ciudad; así como en casos de despliegue de estrategias sectoriales e intersectoriales que se demanden y sean informadas desde la SDS.

Finalmente, se precisa que se cuenta con un equipo de avanzada, que viabilizar las intervenciones de los gestores en los sectores catastrales que van a ser objeto de tomas sectoriales y requieren una gestión con líderes comunitarios y divulgación previa con la comunidad; así como en la operación rutinaria en sectores catastrales que por sus características propias lo requieran.

**Articulación con los equipos de cuidado diferencial indígena**

En el marco de la atención diferencial en población indígena se ha establecido un proceso de acciones de atención diferencial desde la practicas propias de usos y costumbres en salud de los diferentes pueblos indígenas que se encuentran en la ciudad, en cumplimiento a compromiso de una acción afirmativa, para ello la SDS ha suscrito convenios con las autoridades indígenas, quienes cuentan con equipos diferenciales para el abordaje de sus comunidades desde una perspectiva diferencial. En tal sentido se evidencia la necesidad de generar un proceso de articulación para garantizar la identificación de dichas comunidades y el abordaje correspondiente, de manera continua e integral por parte de dichos equipos.

Por consiguiente, se estable que, si durante el barrido casa a casa se identifican familias con pertenencia étnica indígena, de los pueblos: Kichwa, Inga, Pijao, Wounaan, Pastos, Yanacona, Misak- Misak, Uitoto, Cametsa, Nasa, Tubu y Eperara- Siapidara, estos no serán abordados y deberán ser reportados a través de plataforma Google drive; Matriz de remisión jurídico indígena dispuesta por la secretaria Distrital de Salud, asegurando la siguiente información: Nombre de quien atiende, dirección de la vivienda y si es posible obtener número de contacto para que puedan ser abordados por parte de los equipos de cuidado diferencial indígena. Esta misma acción se desarrollará con los casos que sean recibidas por el Equipo en las bases de datos de la estrategia ruteo.

Aquellas familias que no pertenezcan a estos pueblos recibirán abordaje por del gestor previa aceptación de las familias y articulación con el Jurídico Indígena, en

los casos que sean necesarios. Por su parte, para el abordaje de familias indígenas de los pueblos Muisca Bosa, Muisca Suba, Wounaan; familias del pueblo Rrom, familias afrodescendientes y palenqueras, el abordaje estará a cargo de los equipos con pertenencia étnica de los Equipos MAS Bienestar en tu Hogar, a través de las acciones de bienestar definidas, para lo cual se deberá adelantar la articulación interna entre los diferentes perfiles.

***Ruteo para la búsqueda de casos específicos de poblaciones de riesgo***

La estrategia de ruteo está dirigida al abordaje de casos que son priorizados a partir de diferentes procesos de articulación con actores sectoriales o intersectoriales, donde se adelanta la identificación de familias que requieren la atención por los Equipos MAS Bienestar en tu Hogar. Este proceso se lleva a cabo de manera conjunta y articulada con los gestores en línea quienes tienen a cargo el contacto de las familias referidas por diferentes fuentes y que posteriormente son derivados a los profesionales del equipo acorde a prioridad; sin embargo, algunos casos son priorizados para el abordaje directamente del gestor de bienestar, por lo que este perfil debe adelantar la gestión tanto remota como presencial de los casos asignados a través del módulo de ruteo del aplicativo GTAPS, los cuales corresponden a prioridades que se encuentran en su sector catastral y que pueden tener respuesta desde su accionar.

Para ello, el gestor de bienestar desarrollará las acciones definidas en la *Actividad 1. Gestión de la estrategia de abordaje mediante ruteo; 1.7.1.1 Acciones en primer contacto telefónico,* descrita en la acción de bienestar de *Gestor de Bienestar en Línea*, donde se detallan cada uno de los pasos a seguir y entregables de este contacto.

Es importante precisar que la articulaciín entre el gestor en línea y el gestor de bienestar debe desarrollarse de manera permanente y sinérgica, de manera que a partir de dicho trabajo conjunto se logre el abordaje del 100% de la población del sector catrastral, a través de diferentes estrategias remotas y presenciales. Para ello, el gestor en línea reportará al gestor de bienestar, los casos que a partir del contacto telefónico y la identificación de necesidades requieren un abordaje presencial en la vivienda para que desde el gestor de bienestar se garantice la continuidad del cuidado de dicha familia; así mismo, los casos que tras haber realizado tres intentos de contacto, no fue posible la efectividad. Por su parte, el gestor de bienestar reportará los casos que no aceptan abordaje presencial, para seguimiento remoto por el gestor en línea.

Adicional a las dos estrategias clave mencionadas anteriormente (Barrido casa a casa o ruteo), los gestores de la acción de bienestar de abordaje territorial participarán en acciones territoriales como:

- Abordaje de territorios en el marco de jornadas sectoriales y distritales, abordaje de pagadiarios de población migrante e indígena, entre otros referidos por la SDS.
- Abordaje de territorios priorizados por condiciones de riesgo en la ciudad, emergencias sanitarias y/o ambientales declaradas, jornadas de intensificación, entre otros despliegues informados por la SDS.

En los casos, en que en estos abordajes no sea posible realizar el despliegue de las acciones propias del equipo de abordaje territorial (Caracterización, derivación), sino que su enfoque sea de divulgación de mensajes clave, intensificación de campañas promocionales y preventivas, u otra acción prevista desde la SDS, el equipo no realizará la acción rutinaria, sino las actividades informadas por correo electrónico institucional por los referentes de nivel central, empleando los medios de verificación allí indicados; estas acciones se realizarán en jornadas de medio día o día completo, por lo que se reportarán en informe de gestión haciendo la equivalencia al abordaje familiar que regularmente se adelanta en dicho lapso de tiempo (2 o 3 unidades), según lo especificado en la comunicación de nivel central.

### 2.7.2. Actividad 2. Caracterización Integral en el entorno hogar.

La caracterización integral en el entorno hogar incluye el reconocimiento de características de la vivienda y el entorno, aspectos familiares e individuales que determinan la salud, características demográficas, poblacionales, sociales, ambientales, entre otros. Se realiza de manera presencial, tanto en la estrategia de barrido casa a casa, como en los casos que son concertados en el contacto telefónico con familias sin caracterización o caracterizadas hace más de un año, que requieren actualización, las cuales corresponden a riesgo bajo; familias no contactadas en el intento telefónico y familias abordadas mediante otras estrategias referidas desde la SDS.

Para los casos abordados de manera presencial, que hacen parte de la estrategia de ruteo, se debe avanzar en el registro de la gestión, para evidenciar la resolutividad y efectividad del caso. Esta acción corresponde a la gestión final del caso una vez el gestor haya realizado el desplazamiento a la vivienda del usuario luego de realizar las actividades contempladas en el primer momento (Contacto

Inicial-Ruteo) y en los casos en que el usuario acepte recibir la visita de los perfiles de los Equipos MAS Bienestar en tu Hogar.

Tras haber realizado el desplazamiento a la vivienda de los usuarios programados contactados o no, se podrán obtener los siguientes estados de la visita:

- Efectiva: Usuario con atención realizada a nivel familiar o individual.
- Rechazada: Familia que manifiesta disentimiento, dado que manifiesta no querer participar del proceso de abordaje familiar; para ello, el equipo debe comunicar claramente el objetivo y beneficios de este y contar con formato de disentimiento de la familia.
- No residencial: Caso en el que se realiza desplazamiento a la dirección registrada para el usuario y se verifica que el predio corresponde a uso no residencial.
- Fallida: Se denomina tras realizar tres intentos de búsqueda del usuario.
- No requieren la intervención o no cumplen criterio de abordaje: Corresponde a familias que, al ser verificadas por el equipo, se identifica que no presenta riesgos en salud y no requiere concertación e implementación de plan de cuidado a través de una de las estrategias integrales de los EBEH; estas familias contarán únicamente con el registro de un abordaje por el perfil a cargo, donde se relacionen las acciones promocionales adelantadas y justificación del estado.

Esta información deberá ser registrada en el aplicativo GTAPS -Módulo de ruteo, de acuerdo con los parámetros establecidos para dar estado final a la gestión que inició en la estrategia ruteo, tanto por el gestor de bienestar, como por el gestor en línea en los casos referidos por este.

- **Nota**: Se deberá realizar seguimiento de manera semanal por el líder operativo, con apoyo de los técnicos en sistemas, y en articulación con el profesional de acceso y seguimiento a cohortes, al avance en la gestión de los casos asignados y generar las alertas tempranas necesarias.

Ya en el desarrollo de la sesión familiar, dentro de las acciones propias del gestor se encuentra la caracterización social y ambiental, verificación de las condiciones generales de la familia y las alertas en salud de los diferentes integrantes que la conforma; el gestor debe indagar todos los aspectos incluidos en los formularios de captura de información relacionados con la caracterización familiar y de los tamizajes dispuestos, según las características de los integrantes de la familia, de

manera que se logre realizar la confirmación o descarte de riesgos en la salud, principalmente en las poblaciones prioritarias. Para ello, se debe contar con el consentimiento informado de la familia, donde aceptan recibir el abordaje del Equipo MAS Bienestar en tu Hogar, posterior a la presentación de los objetivos que realiza el gestor en el primer contacto que tiene con la familia, y el cual se encuentra relacionado en la planilla de firmas que diligencia quien recibe la visita.

Posterior a ello, se da inicio al abordaje de la familia adelantando las siguientes acciones:

- Caracterización en el contexto familiar para la identificación de factores protectores y de riesgo en la familia, así como el acceso a servicios públicos, sociales y acciones de soporte familiar con los que cuenta; condiciones de seguridad alimentaria y dinámica familiar. En este apartado se reconocen también aspectos ambientales de la vivienda y su entorno más cercano.
- Reconocer en la vivienda Unidades de Trabajo Informal, establecimientos a puerta cerrada, puntos comerciales, entre otros.
- Identificación de niños, niñas y adolescentes en trabajo infantil.
- Identificación de poblaciones de riesgo: Gestantes, menores de 5 años, personas con riesgos en salud mental, personas con condiciones crónicas, personas con discapacidad y cuidadores, entre otras condiciones de riesgo, teniendo en cuenta las dificultades de acceso a servicios de salud y falta de continuidad o apropiación de pautas de cuidado; con dichas poblaciones prioritarias o de riesgo, se debe verificar la adherencia a programas de control por grupo de riesgo, a planes de manejo en casa, tratamientos farmacológicos y no farmacológicos acorde a la condición o prioridad en salud.
- Verificar información relacionada con la asistencia a actividades de Protección Específica y Detección temprana, acorde a las frecuencias de uso de cada integrante de la familia. Para ello, cada uno de los perfiles debe adelantar la consulta en el visor de historia clínica, donde puede verificar las atenciones que cada uno de los integrantes de la familia ha recibido y contrarrestar la información con lo referido en el hogar.
- Identificar signos de alarma en mujeres gestantes, menores de 5 años, así como los específicos para la condición crónica de los usuarios identificados.
- Identificación de alertas en salud, acorde al momento de curso de vida, condición o situación de cada uno de los integrantes.

- Verificar esquemas de vacunación acorde al momento de curso de vida.
- Aplicación de tamizajes para la identificación de riesgos:
    - Aplicación de tamizaje de APGAR al 100% de las familias.
    - Toma de las medidas antropométricas de peso y talla al 100% de los integrantes presentes en la vivienda en el momento de la visita. Para el caso de los niños y niñas menores de 5 años, se deben tener en cuenta los postulados técnicos establecidos en la Resolución 2465 de 2016 para su clasificación nutricional, (Ver manual de implementación Resolución 2465 de 2016, manual de antropometría). Así como medición de perímetro braquial en menores de 6 a 59 meses de edad.
    - Tablas de estratificación de riesgo cardiovascular de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y tamizaje FINDRISK a:
        - Personas con sobrepeso u obesidad.
        - Personas con hipertensión arterial.
        - Personas con consumo de tabaco y alcohol.
        - Población general mayor de 35 años.
    - Toma de glucometría a las personas cuyo tamizaje FINDRISK tenga una puntuación igual o mayor a 12 puntos o personas diabéticas sin adherencia al tratamiento o sin controles médicos.
    - Cuestionario breve de EPOC para la tamización a personas mayores de 40 años con factores de riesgo.

Para el registro de información del abordaje a la familia, se cuenta con un aplicativo en línea al cual accede cada uno de los perfiles con un usuario y contraseña personal; este aplicativo, se encuentra organizado con diferentes módulos dispuestos en cascada, iniciando desde la planeación y asignación territorial, donde a partir del control de abordaje territorial se van asignando los predios a intervenir por los gestores, desde las diferentes estrategias que desarrolla.

En el momento en el que cada perfil hace el ingreso al aplicativo e ingresa los códigos de predios asignados, puede hacer el registro de la efectividad de la intervención, así como la creación de las familias abordadas en los predios con acercamiento efectivo, los integrantes de cada una de ellas, y los registros propios de la caracterización y tamizajes realizados.

Se precisa que el abordaje territorial en la estrategia de barrido casa a casa debe contar con el registro de la gestión adelantada en el 100% de las familias y predios

asignados al gestor; para ello, se deberá diligenciar la información de la efectividad por predio, en el módulo geográfico. En caso de que no se logre establecer contacto con los integrantes de la familia de los predios asignados, se deberá realizar por lo menos dos intentos más para contactar la familia, en horarios y días diferentes, antes de descartar la vivienda como fallida, de manera que se puedan verificar en bases de datos, los diferentes momentos de gestión para lograr el contacto con la familia; para ello, se podrá ingresar estados de familias ausente 1 y 2 en el momento de la visita, rechazos de la intervención y fallidos.

Además del registro en los módulos del aplicativo en línea, el equipo deberá diligenciar en físico la planilla con la relación de las familias abordadas y registro de firmas del integrante cabeza de hogar o quien recibe la visita, como soporte de las acciones desarrolladas con las familias. En esta planilla, se encuentra relacionado el consentimiento informado y política de tratamiento de datos, el cual debe ser socializado de manera explícita a la familia.

Por su parte, para los casos puntuales que se realiza ruteo para búsqueda en territorio a partir de la asignación de casos, el abordaje familiar debe mantener las mismas actividades y características técnicas anteriormente descritas. En este caso, si al realizar el seguimiento se conoce que la familia se encuentra ubicada en una localidad que pertenece a otra subred, el gestor deberá registrar dicho estado, en el aplicativo en línea, de manera que se realice la reasignación del caso y el equipo de la subred responsable haga el seguimiento.

A partir del proceso de caracterización realizado, se obtendrá tanto la clasificación familiar, como individual de cada uno de los integrantes, de manera que se categorizan los niveles de prioridad alta, media o baja, que orienta el desarrollo de acciones futuras de los gestores con la familia, así como la activación de los profesionales del equipo, para acciones familiares e individuales que se requieran:

**Clasificación familiar**

Es un proceso de categorización de familias basado en diferentes criterios y características, el cual permite comprender mejor, las condiciones y necesidades específicas de cada grupo familiar y diseñar intervenciones y políticas más efectivas para dar respuestas a sus necesidades. Los criterios para la clasificación familiar incluyen:

- Estatus Socioeconómico: Basado en ingresos, nivel educativo, ocupación, y condiciones de vivienda. Impacta directamente en el acceso a bienes y

servicios esenciales, permite identificar el nivel de recursos y las necesidades económicas de la familia.

- Estructura Familiar: Considera la composición del núcleo familiar, como el número de miembros, relaciones entre ellos (padres, hijos, abuelos, etc.), y el tipo de hogar (nuclear, extendido, monoparental, etc.). Influye en el soporte social, la funcionalidad y la estabilidad del hogar.
- Vulnerabilidad Social: Evaluación de factores que pueden aumentar el riesgo de dificultades sociales o económicas, como el desempleo, la pobreza, la discriminación, o la falta de redes de apoyo.
- Acceso a Servicios de Salud: Evaluación de la capacidad de la familia para acceder a servicios de salud, teniendo en cuenta su afiliación al sistema de seguridad social.
- Características Demográficas: Incluye edad, género, nacionalidad, pertenencia étnica, entre otras características que pueden llegar a influir en la exposición al riesgo y en las necesidades y servicios requeridos.
- Condiciones de Salud: Considera factores y condiciones de salud de los integrantes de la familia, que requieran prioridad en la atención en salud.

De acuerdo con la evaluación de los criterios, la prioridad de la familia puede clasificarse en alta, media y baja; información que puede ser consultada en la Escala de Bienestar Familiar del aplicativo GTAPS, en el cual es calculado y se puede visualizar, conforme a la información de caracterización ingresada por el gestor:

- Baja (Saludable): Familias sin riesgo en salud identificados, con acceso regular a servicios médicos preventivos.
- Media: Familias con situaciones de riesgo en salud menores o condiciones crónicas controlables.
- Alta: Familias con riesgos en salud identificados que no acceden a los servicios y se encuentran en alta vulnerabilidad.

**Clasificación de los integrantes de la familia.**

Dado que una intervención efectiva en la familia y sus miembros es esencial para promover la salud y el bienestar, es necesario realizar una clasificación exhaustiva del riesgo en salud de cada individuo dentro del núcleo familiar. Esta clasificación permite identificar de manera precisa las necesidades específicas y los factores de riesgo que afectan a cada persona.

Es por ello, que a partir de la caracterización, el gestor debe registrar en el aplicativo dispuesto, los tamizajes aplicados, las alertas identificadas en cada integrante y los datos de signos y medidas antropométricas que son verificados para determinar la presencia o no de riesgos. Una vez clasificados los riesgos, se pueden diseñar y desarrollar planes de bienestar que incluyan atenciones individuales, complementando las intervenciones colectivas propuestas en cada hogar. Estos planes se adaptan a las condiciones particulares de cada miembro de la familia, abordando de forma específica los problemas de salud identificados y estableciendo estrategias de intervención adecuadas.

Además, es necesario implementar un sistema de monitoreo continuo para observar la evolución de cada caso. Este seguimiento permite evaluar la efectividad de los planes de bienestar, hacer ajustes en tiempo real y detectar cualquier cambio o novedad en el estado de salud de los miembros de la familia. Así, se asegura una atención oportuna y ajustada a las necesidades emergentes, garantizando una respuesta ágil y efectiva ante cualquier situación que pueda surgir.

Por lo anterior los integrantes de la familia, tendrán de acuerdo con su condición de salud la siguiente clasificación:

Clasificación de los integrantes de la familia.

| TIPO 4 | TIPO 3 | TIPO 2 | TIPO 1 |
|---|---|---|---|
| Usuario que pertenece a grupo de riesgo:<br>- Materno perinatal.<br>- Alteraciones nutricionales.<br>- Enfermedad cardiovascular.<br>- Problemas en salud mental.<br>- Enfermedades respiratorias crónicas.<br>- Riesgos en la primera Infancia<br>- Cáncer | - Usuario con alteraciones en resultado de tamizajes, para la identificación del riesgo por grupo de riesgo o población general, o<br>- Usuario con antecedentes familiares de enfermedades crónicas no trasmisibles, con resultado de tamizaje de riesgo alterado. | - Usuario de grupo de riesgo o con factores de riesgo identificados que se encuentran vinculados a la ruta o tienen seguimiento. | - Usuario sin riesgo identificado con actividades en salud acordes para el curso de vida. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Sin atención de salud para su condición de riesgo.** | **Sin atención de salud para su condición de riesgo**. | | |

Fuente: Elaboración propia.

### 2.7.3. Actividad 3. *Plan de Bienestar en respuesta a necesidades en salud*

Una vez adelantada la caracterización integral, se deberá iniciar el Plan de Bienestar con acciones de respuesta a partir de los hallazgos obtenidos, de manera que se desarrollan acciones concertadas con la familia, en dos líneas fundamentales que se describen a continuación (Promoción de la salud y gestión de riesgos), las cuales además de estar orientadas según la conformación familiar y sus necesidades, permiten aportar a la respuesta integral de las problemáticas evidenciadas en cada uno de los sectores catastrales.

Los planes de bienestar son específicos para cada una de las familias, por lo que algunos pueden concertarse y desarrollarse en su totalidad en la misma visita, puesto que corresponde a acciones promocionales y de necesidades resueltas en el mismo momento de la intervención; mientras que otras familias requerirán del acompañamiento de los profesionales del Equipo MAS Bienestar en tu Hogar a cargo de dar continuidad a las acciones emprendidas por el gestor, la cual se dará a partir de la activación para desarrollarse en próximas visitas. Las actividades desarrolladas por el gestor, así como los compromisos concertados con la familia a partir de las necesidades evidenciadas, deben ser registradas en el aplicativo en línea, apartados de plan de bienestar y compromisos concertados, teniendo en cuenta las siguientes precisiones:

**Acciones de promoción de la salud:**

- El gestor desarrollará acciones promocionales y de educación en salud pública en el 100% de las familias intervenidas acorde a las necesidades, características y conformación familiar.
- De igual forma, el equipo de abordaje territorial debe reconocer las necesidades y problemáticas en salud del sector catastral en el que se

encuentra y a partir de ello hacer énfasis en dichas temáticas desde los aspectos promocionales que correspondan.

- Adicional a lo relacionado previamente, se precisan algunas temáticas trazadoras e indispensables que se deben trabajar con la familia acorde a pertinencia por conformación familiar, población prioritaria entre sus integrantes, factores ambientales y contextuales:
    - Brindar claridades a la familia del resultado de la aplicación de tamizajes y toma de medidas antropométricas realizada, para que reconozcan algunos aspectos de su estado de salud y condición actual.
    - Informar y comunicar aspectos a tener en cuenta en la identificación de signos de alarma para mujeres gestantes, menores de 5 años (ERA_EDA) y para las diferentes condiciones crónicas.
    - Indicar a la familia las frecuencias establecidas para las atenciones individuales de Protección Específica y Protección Temprana, recordando tiempos para su próxima consulta e incentivando a la asistencia de la misma (Valoración integral, control prenatal, detección de alteraciones del joven, adulto, CCU, mamografía, etc).
    - Promoción de hábitos de vida saludable a fortalecer en el hogar: alimentación saludable, desarrollo de actividad física, autoexamen de seno, lavado de manos, uso de elementos de protección personal, hábitos en salud ambiental, etc.
    - Orientación para el acceso a los servicios de salud, y en la ruta de aseguramiento en salud.
    - En familias con adolescentes con intención o inicio de vida sexual, sin método anticonceptivo, realizar orientación en Derechos Sexuales y Reproductivos vinculando a la familia.
    - Divulgación de información en el marco de jornadas de intensificación o fechas conmemorativas, con el posicionamiento de temáticas clave en salud. Particularmente, en la temporada de fin de año, se deberá desarrollar acciones de promoción y cuidado de la salud, a través de la divulgación de mensajes relacionados con la no venta y manipulación de pólvora, consumo responsable de alcohol, prevención de accidentes en el hogar y de intoxicación derivada de consumo de alimentos en mal estado.

En el desarrollo de estas acciones, el equipo debe emplear las tablas plastificadas de tamizajes y los rotafolios y demás piezas comunicativas o recursos

establecidos por anexo de insumos, que permitan tener una ayuda visual y pedagógica para el desarrollo de las acciones de educación para la salud.

**Acciones de gestión de los riesgos identificados:**

Todas las acciones de gestión de los riesgos identificados deberán ser llevadas a cabo en un lapso máximo de 24 horas desde el desarrollo de la visita y documentarse en el formulario de derivaciones del aplicativo GTAPS e incluyen:

- Derivaciones para plan de bienestar, para familias en las cuales se identifica necesidad de desarrollo de una de las estrategias integrales, dado que se encuentran factores de riesgo, eventos o prioridades de Interés en salud pública (Ver Acción de Bienestar: Planes de Bienestar).

  Para estos casos, a través del aplicativo en línea se deberá registrar la derivación, la cual se hará efectiva a partir de la asignación del caso al profesional requerido, acorde a la pertinencia técnica. De igual forma, cuando se identifican familias con las que se dará continuidad al Plan establecido por el gestor, se deberá informar a la familia con claridad y precisión, de que profesionales del mismo equipo realizará abordajes posteriores, encaminados a complementar la caracterización, fortalecer el Plan de Bienestar a partir de las competencias y pertinencia profesional y realizar seguimiento posterior a la familia, con mayor frecuencia, para la implementación y monitoreo del plan acorde con los compromisos que se asuman a partir de los factores protectores y de riesgo identificados.

- Gestión para el desarrollo de atenciones individuales, las cuales son definidas acorde a la clasificación de riesgo de cada uno de los integrantes e inician con el proceso de agendamiento, con el propósito de acercar a las familias a sus Unidades Básicas Resolutivas y generar adherencia a las rutas de riesgo o Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud, según corresponda.

  Para los usuarios tipo 4, el gestor realizará el agendamiento de cita, a través de los canales dispuestos por cada una de las EPS, dentro de los que se encuentran medios virtuales y telefónicos; en el caso de EPS con contratos vigentes con las Subredes Integradas de Servicios de Salud, el agendamiento se realizará a través de la articulación con el gestor en línea, quien realizará el agendamiento correspondiente, en una de las UBR de la subred. Por su parte, si se trata de un caso de EPS que no cuenta con

posibilidades de agendamiento desde la subred y donde el contacto por los mecanismos habituales no es efectivo, se cuenta con el contacto con un perfil dispuesto por cada EPS para la gestión directa de citas, la cual estará a cargo del profesional de enlace con EPS, posterior a la notificación del caso por parte del gestor.

El gestor deberá dejar consignado en el aplicativo en línea, la cita gestionada y la fecha programada, de manera que los gestores en línea, puedan consultarlas y realizar recordación el día previo a la visita, así como confirmación de la asistencia el día posterior a la misma; de esta manera, se realiza el seguimiento a la gestión adelantada por el gestor y en caso de no contar con atención efectiva, el gestor en línea podrá realizar el agendamiento con uno de los profesionales de los Equipos MAS Bienestar en tu Hogar realice la atención individual en el domicilio, teniendo en cuenta el principio de concurrencia de recursos para la atención integral, dado que esta actividad se reporta con cargo al plan de beneficios en salud y surtiendo el proceso de facturación a la EPS correspondiente.

Esta atención individual es desarrollada por los profesionales, en casos excepcionales y debe tener en cuenta las siguientes precisiones:

- Se realiza cuando el proceso de agendamiento se ha surtido y la cita no fue efectiva.
- Si se trata de una EPS con contrato vigente con la subred para el desarrollo de atenciones individuales en modalidad extramural, se realizará el proceso de agendamiento y facturación al plan de beneficios correspondiente.
- Para el caso de EPS sin contrato vigente con la subred para el desarrollo de atenciones individuales en modalidad extramural, se realizará la gestión a través del profesional de enlace con EPS, para solicitar la aprobación para realizar la atención individual en casa por el profesional requerido.

Para el caso de niños y niñas identificados con desnutrición aguda que no se encuentren adheridos a la ruta de alteraciones nutricionales y Lineamiento para el manejo integrado de la desnutrición aguda moderada y severa en niños y niñas de 0 a 59 meses de edad establecido en la Resolución 2350 del 2020, se deberá agendar una cita prioritaria con la EPS; en caso de no lograr dicho procedimiento, se deberá gestionar con el

referente de la EPS la aprobación de atención domiciliaria por parte del profesional de medicina del para definir escenario de manejo. De tratarse de menores de 6 meses de edad con desnutrición aguda, los casos con perímetro braquial igual o menor a 11,5cm o menores de 5 años que presenten signos de alarma y desnutrición aguda, se deberá activar el CRUE para garantizar atención inmediata.

Para el resto de población, que no son usuarios tipo 4 y pertenecen a EPS con contrato vigente con la Subred, la gestión de atenciones de la RPMS, se realizará a través del módulo de agendamiento, de manera que los gestores en línea puedan realizar el agendamiento del 100% de requerimientos para esta ruta.

De tratarse de una persona con afiliación a una EPS que no cuenta con contrato vigente con la Subred la gestión se realizará a través del aplicativo SIRC (Sistema de Referencia y Contrarreferencia) - módulo de canalizaciones, de manera que el gestor deberá realizar el diligenciamiento del formato definido para tal fin y entregar al profesional del grupo de gestión a cargo de este proceso.

De igual forma, se deberá adelantar el proceso a través del aplicativo SIRC, para los usuarios que requieran activación a otras rutas, complementando la respuesta descrita anteriormente; en estos se realiza la canalización a la entidad promotora de servicios de salud (EAPB), entornos de vida cotidiana del PSPIC, entidad distrital intersectorial y/o oficina de atención al usuario de las subredes integradas de servicios de salud, para que realicen la gestión a estas necesidades según competencias.

Así mismo, se deberán adelantar los proceso de prescripción social que se requieran, a partir de la identificación de necesidades que puedan ser resueltas a través del trabajo conjunto con otras entidades o activos comunitarios presentes en los diferentes sectores catastrales; para ello, desde nivel local y distrital, se compartirán los portafolios de los diferentes dispositivos comunitarios e institucionales que tienen oferta de servicios, conforme se vayan habilitando cupos a los que se pueda activar a las familias.

Teniendo en cuenta lo anterior, los gestores deberán contar con la apropiación conceptual de todas las posibles rutas a activar, sin embargo, a continuación, se relacionan algunas de las más relevantes a partir del abordaje territorial:

- Casos de poblaciones de riesgo sin adherencia a servicios de salud, donde se podrá activar tanto a la Ruta de Promoción y Mantenimiento (RPMS), como a las rutas por grupo de riesgo y aseguramiento en salud.
- Rutas de grupo de riesgo.
- Canalización al entorno laboral, de los casos de unidades de trabajo informal y niños, niñas y adolescentes identificados en trabajo infantil, para su desvinculación.
- Casos potenciales para ser parte de las redes comunitarias del entorno cuidador comunitario.
- Activaciones de ruta intersectoriales y prescripción social a dispositivos comunitarios, acorde a las necesidades evidenciadas en el hogar y a los determinantes sociales de la salud verificados; particularmente las necesidades de activación a Secretaría Distrital de Integración Social, en los casos de inseguridad alimentaria, reconocidos partir de la aplicar la Escala ELCSA que se realiza a todas las familias en el marco de la caracterización familiar, y donde se debe tener especial atención en aquellos hogares que cuentan con niños y niñas menores de 5 años que se identifican con desnutrición aguda, riesgo de desnutrición aguda, bajo peso al nacer, gestantes y lactantes con malnutrición, o los casos que requieren soporte social que puede ser apoyados desde diferentes dispositivos de base comunitaria.
- Activación de casos de población no asegurada que cumple con criterios para acceder a la afiliación.

Se precisa que, para la población migrante irregular, se realiza el proceso de activación de rutas, a través de la profesional del grupo de gestión cargo de esta actividad, por lo que los diferentes perfiles deberán informar los casos puntuales, con la información específica de identificación, contacto, ubicación y necesidad, tal y como se relaciona en el aplicativo SIRC. Estas activaciones se gestionarán a partir de la oferta y disponibilidad de diferentes cooperantes.

Al generar la activación de cualquiera de las rutas, se deberá brindar información a la familia, relacionada con la política de protección de datos de la Secretaría Distrital de Salud; aspecto que debe ser relacionado en las observaciones del instrumento de recolección de información.

Se precisa que los casos de usuarios tipo 4 que son gestionados por el gestor a través del agendamiento de citas en las unidades básicas resolutivas de cada asegurador, no requieren ser canalizados por el aplicativo SIRC, a menos que se trate de una ruta diferente a los criterios establecidos para dichas derivaciones, dado que se duplicaría la gestión y esfuerzos de diferentes actores del sistema para la respuesta que ya estaría dada.

- Registrar en las derivaciones los casos que requieren de vacunación por parte de las binas de servicios complementarios, a cargo de este proceso a nivel extramural.

- Realizar notificación a los subsistemas de vigilancia correspondientes, del 100% de los casos que cumplan con criterio, dentro de los que se encuentran los casos de violencias (física, sexual, emocional, económica, negligencia y abandono) al Subsistema de Vigilancia de Violencia Infantil y Maltrato Intrafamiliar (SIVIM), los casos de conducta suicida (ideación, amenaza, intento o suicidio consumado) al Subsistema de Vigilancia de Conducta Suicida (SISVECOS), entre otros *(Ver caja de herramientas, Formatos de Notificación)*. La notificación de eventos de interés en salud pública al SIVIGILA, está a cargo de profesionales de la salud responsables de la valoración individual de los integrantes de la familia, por lo que en caso de identificar algún evento de interés se deberá garantizar la atención individual a partir de alguno de los mecanismos ya descritos, de manera que sea a partir de la valoración individual que se determine si se requiere o no una notificación al SIVIGILA.

- Realizar llamado a línea de atención 123, en el momento de la intervención familiar, en casos de identificarse riesgo alto para la salud e integralidad de la persona, que requiere atención inmediata; aplica también para los casos en que se identifique una urgencia en salud mental.

- Reporte de las familias indígenas identificadas en el abordaje casa a casa, que corresponden a los 14 pueblos descritos en el apartado de la estrategia de barrido casa a casa, para ser abordados por los Equipos de Cuidado Diferencial Indígena.

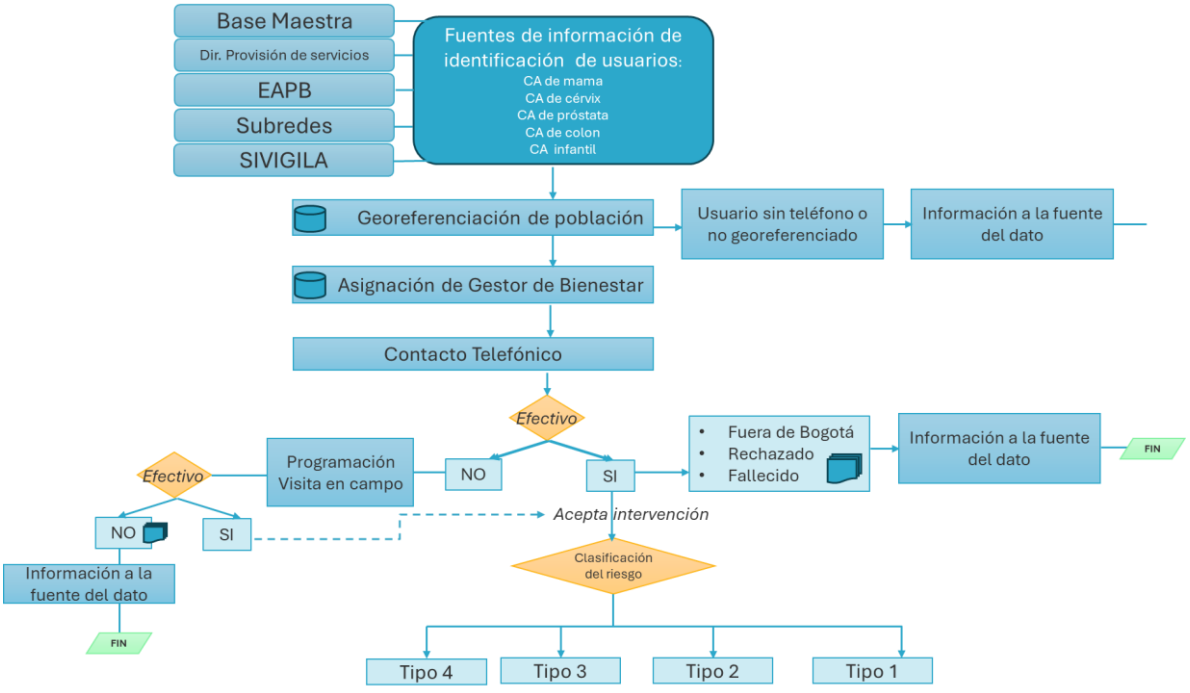
Los registros correspondientes a las actividades descritas anteriormente deberán ser cargadas el mismo día de la intervención (Máximo en las siguientes 24 horas al desarrollo de la actividad) en el aplicativo en línea, así como en los formatos de

captura de información requeridos para las activaciones de ruta, notificaciones y demás acciones contempladas que impliquen registros de información adicional.

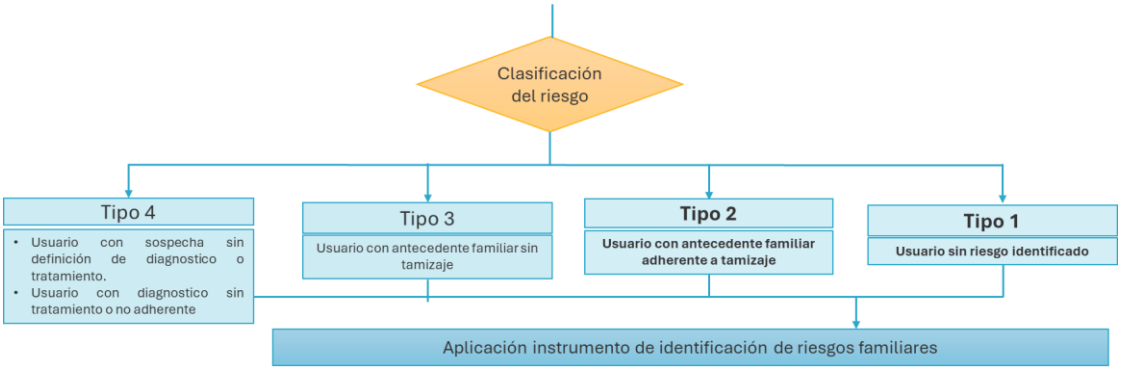
Este reporte de información diaria incluye la comunicación de situaciones particulares y necesidades de gestión a los líderes a cargo, y el registro de solicitudes de ajustes a datos que ingresan erróneamente en el aplicativo en línea; solicitudes que se realizan en el módulo dispuesto.

Finalmente, se precisan acciones a desarrollar por el gestor en el marco de la estrategia de detección temprana y manejo oportuno de cáncer o enfermedad huérfana de curso oncológico.

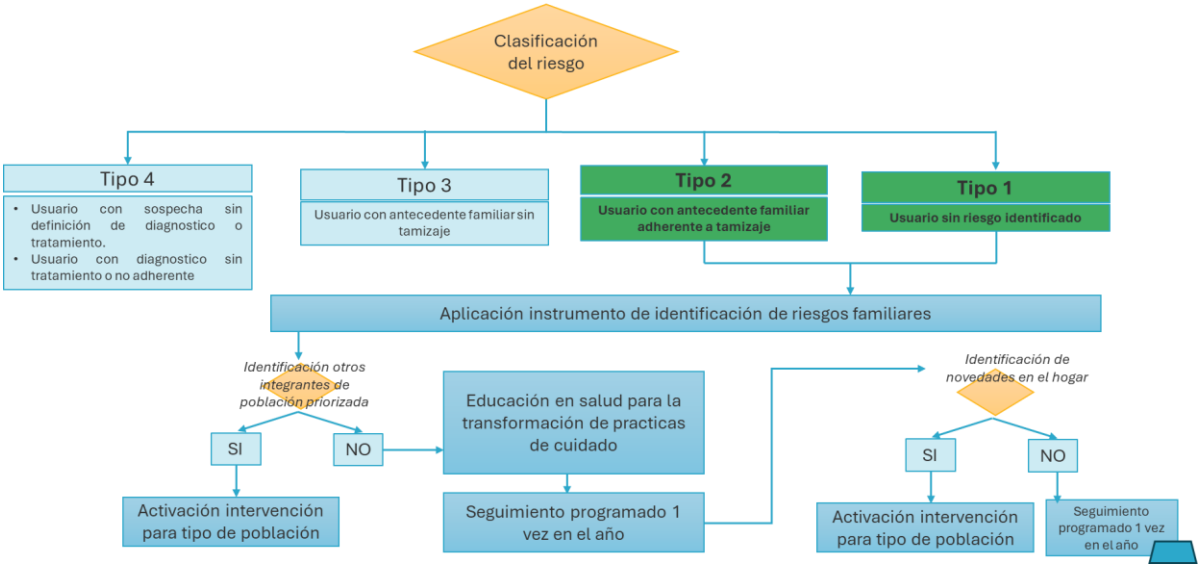
A continuación, se describen los procesos que se articulan a las acciones de abordaje familiar para el perfil de Gestor de Bienestar.




**ABORDAJE FAMILIAR: aplicación instrumento de riesgos familiares**




**ABORDAJE FAMILIAR: Intervención usuario tipo 1 y 2**




La atención de los usuarios clasificados como **Tipo 1** (sin riesgo identificado) y **Tipo 2** (con antecedente familiar adherente a tamizaje) se orienta principalmente al fortalecimiento de factores protectores y a la consolidación de prácticas de autocuidado que aseguren la continuidad en la detección temprana y la prevención de complicaciones.

**Momento 1: Educación en salud para fortalecer el autocuidado**

Esta actividad de educación en salud se desarrolla como una comunicación personalizada, orientada a transformar prácticas de cuidado y a fortalecer la adherencia sostenida a los programas de tamizaje. El gestor debe promover el reconocimiento del valor del tamizaje regular, la vacunación contra VPH (cuando corresponda) y la importancia de mantener hábitos saludables.

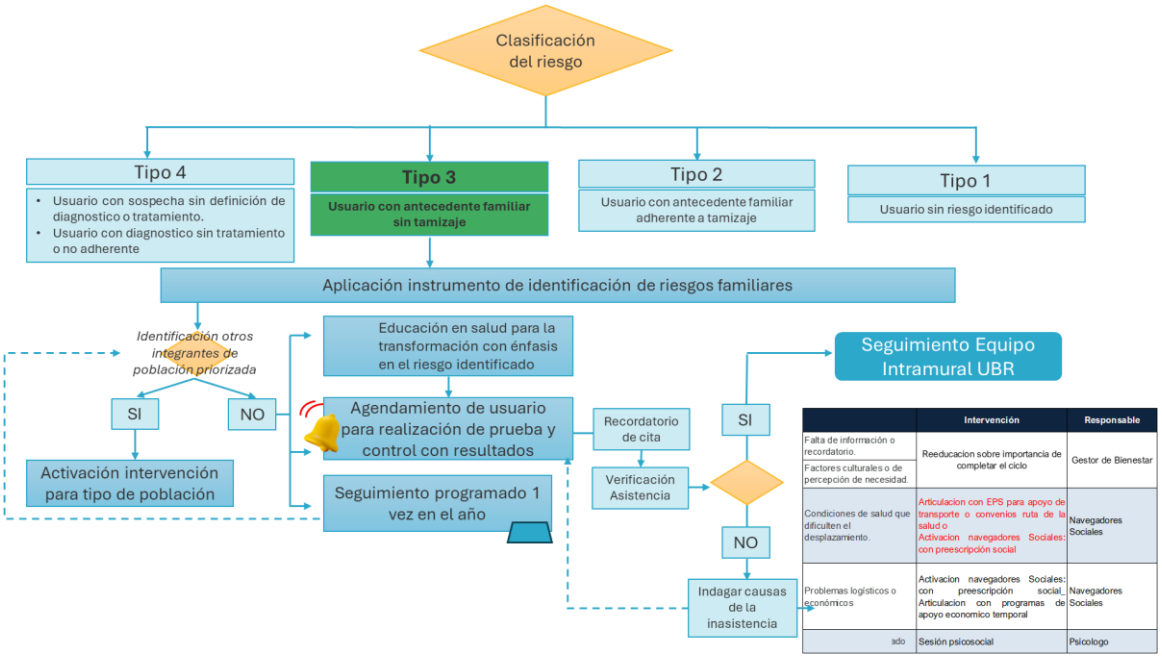
- **Contenidos mínimos:** autocuidado en salud, reconocimiento de factores protectores y de signos de alarma oncológica, pautas de alimentación balanceada, promoción de actividad física, reducción de consumo de alcohol y tabaco, y sensibilización frente a mitos y creencias sobre el cáncer.
- **Énfasis:** consolidar la percepción del tamizaje como práctica protectora, fomentar la continuidad en los controles médicos y reforzar la corresponsabilidad familiar en la vigilancia del estado de salud.

**Momento 2: Seguimiento programado anual**

El seguimiento se enfoca en verificar la permanencia de los usuarios en los programas de prevención y detección temprana, así como en identificar posibles cambios que puedan implicar mayor riesgo. Durante la visita domiciliaria o el contacto telefónico, el gestor indaga sobre la asistencia a citas de control, continuidad en pruebas de tamizaje, aparición de síntomas de alarma y barreras recientes de acceso al sistema de salud.

- **Énfasis:** en el usuario, la continuidad de tamizajes y la ausencia de síntomas sospechosos; en la familia, la identificación de nuevos factores de riesgo, antecedentes oncológicos emergentes y condiciones que afecten el autocuidado o la adherencia a las recomendaciones.
- **Periodicidad:** una vez al año de manera remota.

**ABORDAJE FAMILIAR: Intervención usuario tipo 3**




Los usuarios clasificados como **Tipo 3** son aquellos con antecedentes familiares de cáncer que no han realizado tamizajes, lo cual incrementa su nivel de riesgo y exige intervenciones específicas para promover la detección temprana, garantizar la realización de las pruebas y fortalecer la adherencia a los programas de control. El Gestor de Bienestar lidera la acción desde el ámbito domiciliario, articulando con los equipos intramurales y las EAPB cuando se presentan barreras de acceso.

**Momento 1. Educación en salud para la transformación con énfasis en el riesgo identificado**

La intervención educativa se centra en sensibilizar al usuario y a su familia sobre el impacto de los antecedentes familiares como factor de riesgo para el desarrollo de cáncer. En el marco de la actividad educativa, el gestor enfatiza en el tamizaje regular como una estrategia de cuidado preventivo en salud, orientada a identificar de manera temprana alteraciones que, de no ser detectadas oportunamente, podrían evolucionar hacia condiciones de mayor complejidad. Se destaca que la detección temprana facilita intervenciones oportunas, incrementa la efectividad de los tratamientos disponibles y contribuye a preservar la calidad y expectativa de vida. Con este enfoque, se promueve en el usuario y su familia la toma de decisiones informadas, comprendiendo el tamizaje no como un diagnóstico de enfermedad, sino como una práctica protectora y preventiva que fortalece la gestión integral del riesgo.

- Contenidos mínimos: Riesgo aumentado por antecedentes familiares, importancia del tamizaje según edad y sexo (citología, prueba de VPH, mamografía, colonoscopia), reconocimiento de signos de alarma y estilos de vida protectores.

- Énfasis: derribar mitos y barreras culturales frente al tamizaje, motivar la asistencia como práctica protectora indispensable y reforzar la corresponsabilidad familiar en el cuidado y seguimiento.

**Momento 2.** Agendamiento de usuario para realización de prueba y control con resultados

Con base en la caracterización inicial, el gestor entrega la orden de la prueba de tamizaje requerida, especificando el tipo de examen, la fecha, el lugar, la hora y las instrucciones de preparación necesarias.

Nota:

Recordatorio de cita: días previos a la actividad, se contacta al usuario para confirmar asistencia y reforzar las recomendaciones de preparación.

- Verificación de asistencia: posterior a la fecha programada, se constata en terreno o mediante contacto telefónico si el usuario asistió.

    - Si asistió, se registra en la aplicación correspondiente el cumplimiento de la prueba.

    - Si no asistió, se indagan las causas de la inasistencia (barreras logísticas, económicas, culturales, emocionales) y se activan respuestas específicas:

| | Intervención | Responsable |
|---|---|---|
| Falta de información o recordatorio. | Reeducacion sobre importancia de completar el ciclo | Gestor de Bienestar |
| Factores culturales o de percepción de necesidad. | | |
| Condiciones de salud que dificulten el desplazamiento. | Articulacion con EPS para apoyo de transporte o convenios ruta de la salud o<br>Activacion navegadores Sociales: con preescripción social | Navegadores Sociales |
| Problemas logísticos o económicos | Activacion navegadores Sociales: con preescripción social_ Articulacion con programas de apoyo economico temporal | Navegadores Sociales |
| ado | Sesión psicosocial | Psicologo |

- En caso de persistir la inasistencia, se debe informar a la EAPB los resultados de la gestión para activar corresponsabilidad institucional.

Momento 3. Seguimiento programado anual

Se debe realizar un seguimiento una vez al año para verificar condiciones de salud del usuario y su familia y novedades que se hallan presentado:

- Si el resultado es negativo, se informa al usuario la periodicidad del próximo control de acuerdo con los lineamientos técnicos.
- Si el resultado es positivo, se indaga sobre el acceso al proceso diagnóstico y al inicio de tratamiento, verificando barreras y activando la ruta de gestión correspondiente.
- En caso de identificar novedades (p. ej., diagnóstico sin confirmar o no inicio de tratamiento), se reclasifica el hogar y se activa la intervención acorde al nuevo nivel de riesgo, con especial referencia a los usuarios que pasen a tipo 4.

### 2.7.4. Actividad 4. Seguimiento Familiar.

Teniendo en cuenta el proceso de apropiación territorial que adelanta el gestor, deberá realizar acciones de seguimiento a las familias residentes en su territorio, a partir de la caracterización y clasificación realizada, esta actividad incluye:

- Realizar seguimiento a los compromisos concertados con la familia y registro del cumplimiento de estos, en el aplicativo en línea.
- Actualización de condiciones de vida y salud, así como novedades por sucesos vitales, nacimiento de nuevos integrantes, recomposición familiar, etc.
- Concertación de nuevos compromisos acorde a las nuevas condiciones de salud.
- Derivaciones y activación de rutas en caso de identificar necesidades familiares o individuales.

La periodicidad de estos seguimientos, así como la modalidad (Presencial o telefónico), dependerán de la clasificación familiar y su desarrollo deberá quedar registrado en el aplicativo en línea:

- Familia Prioridad alta: 3 Seguimientos en el año. El primero se realizará de manera remota entre el primer mes y medio a partir del cierre del plan de bienestar emprendido por los profesionales del equipo; el segundo se realizará 3 meses después, de manera presencial y el último 3 meses después de manera remota

- Familia Prioridad media: 2 seguimientos telefónicos en el año, a partir de la fecha de caracterización. Teniendo en cuenta que, entre un seguimiento y otro debe haber 4 meses.

- Familia Prioridad baja: 1 seguimiento telefónico en el año, a partir de la fecha de caracterización. Teniendo en cuenta que, entre un seguimiento y otro debe haber 6 meses.
- Una vez se ha cumplido el año a partir de la caracterización familiar, se realizará abordaje presencial para la actualización de la familia, siguiendo los mismos parámetros establecidos previamente en las actividades 1 a la 3.

Para el desarrollo de estos seguimientos se tomará como punto de partida, los abordajes previos que se han realizado en vigencias anteriores, donde se ha avanzado en los procesos de caracterización e identificación de condiciones de riesgo que permiten clasificar la familia acorde a lo descrito en los apartados anteriores. Esta base, se irá alimentando de las caracterizaciones que realizan los gestores en cada uno de los territorios apropiados.

Para el caso de familias de la ruralidad, todas las familias serán abordadas en seguimientos, de manera presencial y teniendo con periodicidad de 3 meses, como familias de prioridad alta, dadas las condiciones territoriales.

### 2.8 Tabla resumen de la acción de bienestar:

| Nombre de la actividad | Periodicidad | Perfiles del talento humano | Entregables |
|---|---|---|---|
| Apropiación Territorial | Acorde a necesidad dada la asignación de talento humano a sectores no apropiados previamente, que requieren actualización o por direccionamiento de la SDS | Técnico 1 (en áreas de la salud, ciencias sociales y humanas). Auxiliar en enfermería o técnico en salud pública. | · Cronograma de actividades e insumos preparados (mapas base, matrices, cartografía, datos catastrales y poblacionales)<br>· Mapa con registro del ejercicio de cartografía realizado por el gestor.<br>· Matriz de información cuantitativa y cualitativa, con el registro realizado por parte del gestor.<br>· Comité Territorial en el que participa todo el equipo: Actas de reunión e informe acorde a lo establecido desde la SDS.<br>· Para el caso de gestores nuevos que son asignados a territorios apropiados previamente por otro perfil: Acta de reunión que soporte la revisión y análisis de información correspondiente a la apropiación territorial realizada en su momento al territorio (Cartografía, matriz, informe y conclusiones de comité de cuidado). |
| Primer contacto | Una vez por familia. | Técnico 1 (en áreas de la salud, ciencias sociales y humanas). Auxiliar en enfermería o técnico en salud pública. | Los definidos en la actividad 1 de la acción de bienestar de *Gestor de Bienestar en línea*. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Caracterización Integral en el Entorno Hogar. | Una vez por familia.<br><br>Aplica también para familias con actualización, al haber completado un año desde la caracterización inicial. | Técnico 1 (en áreas de la salud, ciencias sociales y humanas). Auxiliar en enfermería o técnico en salud pública.<br>Las acciones de priorización territorial, georreferenciación y planeación de la operación son desarrolladas por los geógrafos que hacen parte del equipo de gestión de EBEH. | - Planilla de familias con consentimiento informado y atención inicial desde abordaje territorial.<br>- Archivo Plano de Caracterización Social y Ambiental, individuos y alertas.<br>- Archivo Plano de tamizaje APGAR familiar.<br>- Planos de los demás tamizajes acorde a pertinencia (OMS, Findrisck, EPOC)<br>- Archivo Plano de módulo Geo, con la relación de predios asignados y gestionados.<br>- Archivo plano de ruteo, donde se evidencie la gestión final del caso con abordaje presencial, en los casos que hagan parte de esta estrategia. |
| Plan de Bienestar. | Una vez por familia.<br><br>Aplica también para familias con actualización, al haber completado un año desde la caracterización inicial. | Técnico 1 (en áreas de la salud, ciencias sociales y humanas). Auxiliar en enfermería o técnico en salud pública. | - Archivo Plano de Plan de Cuidado familiar y compromisos concertados.<br>- Archivo Plano de alertas con registro de derivaciones a Planes de Cuidado Familiar e individual.<br>- Archivo Plano de módulo Geo, para verificar los predios con familias con pertenencia étnica identificados y diligenciamiento de drive para el reporte de casos y predios a los equipos del cuidado diferencial indígena.<br>- Archivo plano con registro de derivaciones y gestión adelantada por el equipo frente a agendamiento de citas. Formulario de derivaciones.<br>- Archivo plano de las activaciones de ruta realizadas.<br>- Formatos de notificación de eventos de interés en salud pública. |

## 2.9 Indicadores

| N°. | Nombre del indicador | Frecuencia de medición | Fórmula | Fuente | Tipo de indicador |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Abordaje territorial | Mensual | Número de predios gestionados/ Total de predios del sector catastral*100 | Aplicativo GTAPS | Proceso |
| 2 | Cobertura Familiar | Mensual | Número de familias caracterizadas/Total de hogares del sector catastral según DANE*100 | Aplicativo GTAPS | Proceso |
| 3 | Prioridad Familiar | Mensual | Número de familias que tras la caracterización son catalogadas con prioridad alta/Total de familias caracterizadas*100 | Aplicativo GTAPS | Proceso |
| 4 | Seguimiento Familiar | Mensual | Número de familias con seguimiento acorde a su prioridad/Total de familias caracterizadas*100 | Aplicativo GTAPS | Proceso |
| 5 | Respuesta estrategia ruteo | Mensual | Número de casos de ruteo con gestión efectiva/Total de casos asignados*100 | Aplicativo GTAPS | Proceso |
| 6 | Cumplimiento de compromisos concertados | Mensual | Número de familias con cumplimiento de compromisos concertados/Total de familias con seguimiento*100 | Aplicativo GTAPS | Resultado |
| 7 | Cambio en la prioridad familiar | Mensual | Número de familias que en el seguimiento o actualización se evidencia con una menor prioridad que la identificada en la caracterización Total | Aplicativo GTAPS | Resultado |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | de familias con seguimiento o actualización*100 | | |

## Referencias bibliográficas


- Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). Resolución 3280 de 2018, por la cual se adopta el modelo de atención integral en salud MIAS. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%203280%20de%202018.

- Ministerio de Salud y Protección Social. (2025). Decreto 0858 de 2025, por medio del cual se adopta el Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo (MSPPR) para reorganizar el sistema de salud en Colombia.

- Ministerio de Salud y Protección Social. (2025). Resolución 1597 de 2025, Por la cual se establecen disposiciones para la gestión territorial integral de la salud pública incluida la Gestión en Salud Pública y el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), en el marco del Plan Decenal de Salud Pública y la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS).

- Ministerio de Salud y Protección Social. (2025). Por la cual se determinan las regiones y subregiones funcionales para la Gestión Territorial Integral de la Salud Pública.


## Control de cambios

| VERSIÓN | FECHA DE APROBACIÓN | RAZÓN DE CREACIÓN O ACTUALIZACIÓN |
|---|---|---|
| 1 | 15/09/2025 | Inicio convenios interadministrativos MAS Bienestar en Tu Hogar |

| | ELABORÓ | REVISÓ | APROBÓ |
|---|---|---|---|
| **Nombre (s)** | Sindy Julieth Sánchez Neira<br>Diana Marcela Velandia Barrera<br>Eduardo Santander | Marcela Martínez Contreras<br>Johanna Andrea Torres | Marcela Martínez Contreras<br>Johanna Andrea Torres |
| **Cargo** | Profesionales Especializados | Subdirectora de Acciones Colectivas | Subdirectora de Acciones Colectivas |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | Asesora de Despacho | Asesora de Despacho |
| **Fecha** | Septiembre 2025 | Septiembre 2025 | Septiembre 2025 |