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 ABORDAJE EN EL MARCO DE LA APSOCIAL

VIGENCIA: SEPTIEMBRE 1 DE 2025 A 30 DE JUNIO 2027

Bogotá D.C. 2025

Contenido

1. Acción de Bienestar 33: Jornadas MAS Bienestar Abordaje en PPL 7

1.1 Conceptualización de los elementos centrales de la acción de bienestar o acción de gestión para el bienestar. 7

1.2 Objetivo General 8

1.3 Población sujeta 8

1.4 Talento humano 8

1.5 Unidad de medida 9

1.6 Forma de reporte de ejecución del producto 9

1.7 Descripción de la acción de bienestar 9

1.7.1 Actividad 1. 9

1.7.1.1 Planeación de la atención. 9

1.7.1.2. Desarrollo de las atenciones 10

1.7.1.3 Seguimiento. 13

1.8 Tabla resumen de la acción de bienestar: 14

1.9 Indicadores 14

2. Acción de Bienestar 31: Jornadas MAS Bienestar para ciudadanos con habitanza o habitabilidad en calle. - Recorrido Nocturno. 15

2.1. Conceptualización de los elementos centrales de la acción de bienestar o acción de gestión para el bienestar 15

2.2. Objetivo General 16

2.3. Población sujeta 16

2.4. Talento humano 16

2.5. Unidad de medida 16

2.6. Forma de reporte de ejecución del producto 16

2.7. Descripción de la acción de bienestar: 16

2.7.1 Actividad 1. Recorrido Nocturno 17

2.7.1.1 Planeación 17

2.7.1.2 Desarrollo de las atenciones 18

2.7.1.3 Seguimiento 21

2.8 Tabla resumen de la acción de bienestar 22

2.9 Indicadores 23

3. Acción de Bienestar 32: Jornadas de identificación de riesgos y atención integral para ciudadanos con habitanza o habitabilidad en calle. 23

3.1 Conceptualización de los elementos centrales de la acción de bienestar o acción de gestión para el bienestar 24

3.2 Objetivo General 24

3.3 Población sujeta 25

3.4 Talento humano 25

3.5 Unidad de medida 25

3.6 Forma de reporte de ejecución del producto 25

3.7 Descripción de la acción de bienestar: 25

3.7.1 Actividad 1. Atención en hogares de paso población habitante de calle 25

3.7.1.1 Planeación de la atención 25

3.7.1.2 Desarrollo de las atenciones 26

3.7.1.3 Seguimiento. 30

3.8 Tabla resumen de la acción de bienestar: 30

3.9 Indicadores 31

4 Acción de Bienestar 33: Jornadas MAS Bienestar en población con Abandono social. 32

4.1 Conceptualización de los elementos centrales de la acción de bienestar o acción de gestión para el bienestar 32

4.2 Objetivo General 33
4.3 Población sujeta 33
4.4 Talento humano 33
4.5 Unidad de medida 33
4.6 Forma de reporte de ejecución del producto 33
4.7 Descripción de la acción de bienestar: 34
4.7.1 Actividad 1. Gestión y planeación 34
4.7.2 Actividad 2. Ejecución 35
4.7.3 Actividad 3. Seguimiento 36
4.8 Tabla resumen de la acción de bienestar: 37
4.9 Indicadores 38
5. Acción de Bienestar 29: Pagadiarios con Mas Bienestar 38
5.1 Conceptualización de los elementos centrales de la acción de bienestar o acción de gestión para el bienestar 39
5.2 Objetivo General 40
5.4 Talento humano 40
5.5 Unidad de medida 40
5.6 Forma de reporte de ejecución del producto 40
5.7 Descripción de la acción de bienestar: 40
5.7.1 Actividad 1: Acciones para la Gestión para la apertura del inmueble tipo pagadiario: 41
5.8 Tabla resumen de la acción de bienestar: 42
Perfiles del talento humano 42
5.9 Indicadores 42
6. Acción de Bienestar 30: Aborgaje familiar en Pagadiarios 43

6.1 Conceptualización de los elementos centrales de la acción de bienestar o acción de gestión para el bienestar 43

6.2 Objetivo General 43

6.4 Talento humano 43

6.5 Unidad de medida 44

6.6 Forma de reporte de ejecución del producto 44

6.7 Descripción de la acción de bienestar: 44

6.7.1 Actividad 1: Acciones para el Abordaje a Pagadiarios: 44

6.7.1.1 Caracterización familiar 45

6.7.2 Actividad 2: Concertación e implementación del Plan de Bienestar 46

6.7.3 Actividad 3: Seguimiento 47

6.7.4 Actividad 4. Cierre 48

6.8 Tabla resumen de la acción de bienestar: 48

Perfiles del talento humano 48

6.9 Indicadores 49

7. Acción de Bienestar 34: Casas MAS Bienestar 49

7.1 Conceptualización de los elementos centrales de la acción de bienestar o acción de gestión para el bienestar 49

7.2 Objetivo General 52

7.3 Población sujeto 52

7.4 5.4 Talento humano 52

7.5 Unidad de medida 53

7.6 Forma de reporte de ejecución del producto 53

7.7 Descripción de la acción de bienestar: 53

7.7.1 Actividad 1. Sesiones de Colectivas Casas de MAS Bienestar 53

7.7.2 Actividad 2. Repositorio de actividades para Sesiones de Colectivas en Casas MAS Bienestar 54

7.8 Tabla resumen de la acción de bienestar:.....55

7.9 Indicadores.....55

Referencias bibliográficas 56

FICHA TÉCNICA ACCIONES DE BIENESTAR ABORDAJE EN EL MARCO DE LA APS SOCIAL

1. Acción de Bienestar 33: Jornadas MAS Bienestar Abordaje en PPL

Atención a población privada de la libertad que se encuentra recluida en centros transitorios de reclusión, Unidades de reacción inmediata (URI) y estaciones de policía de la ciudad de Bogotá.

1.1 Conceptualización de los elementos centrales de la acción de bienestar o acción de gestión para el bienestar.

La Secretaría de Salud ha dado cumplimiento lo dispuesto en las normas constitucionales y legales, así como a las órdenes impartidas por la Corte Constitucional en las sentencias T-153 de 1998, T-388 de 2013, T-762 de 2015, T-151 de 2016 y SU-122 de 2022 —extensión de la declaración de un estado de cosas inconstitucional del sistema penitenciario y carcelario a las personas privadas de la libertad en los denominados centros de detención transitoria— (Corte Constitucional, 1998; 2013; 2015a; 2016; 2022a). Se expidió en una primera fase la Circular 033 de julio de 2022, mediante la cual se recopilaron las obligaciones del ente territorial, así como las de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) y las Subredes Integradas de Servicios de Salud-E.S.E. (SISS) del Distrito Capital, frente a la atención integral en salud de la población carcelaria y personas que se encuentren detenidas sin condena o cumpliendo medida de aseguramiento en centros de detención transitoria (Secretaría Distrital de Salud, 2022a).

Con posterioridad a la expedición de la Circular 033 del 13 de julio de 2022, la Sala Especial de Seguimiento al Estado de Cosas Inconstitucional Penitenciario y Carcelario y en Centros de Detención Transitoria de la Corte Constitucional (Corte Constitucional, 2013; 2015a; 2022a) ha desplegado varias actuaciones y proferido otras providencias con el fin de verificar, entre otros aspectos, el cumplimiento o ejecución de las órdenes impartidas por la Corte en la Sentencia SU-122 de 2022.

Mediante Auto 2365 del 3 de octubre de 2023, la Sala de Revisión de la Corte Constitucional ordenó, como medida de protección de los derechos de las personas detenidas preventivamente, a la Alcaldía Mayor de Bogotá, a través de la Secretaría de Salud del Distrito, la realización de brigadas de salud en todos los Centros de Detención Transitoria en el Distrito Capital, hasta tanto se consolide un esquema de salud permanente en establecimientos de reclusión municipales, en cumplimiento de las órdenes de la Sentencia SU-122 de 2022, a fin de evitar que se continúe perpetuando la afectación al derecho fundamental a la salud de quienes allí se encuentran recluidos (Corte Constitucional, 2023).

Desde la expedición de la Sentencia T-151 de 2016, la Secretaría Distrital de Salud implementó con las Subredes Integradas de Servicios de Salud, mediante contrato, la elaboración del censo de salud de los retenidos; mediante la activación del 123 se acordó con la Policía Metropolitana de Bogotá coordinar la atención de urgencias en las URI y Estaciones de Policía y, mediante el listado censal elaborado por la Secretaría de Seguridad y Convivencia, se ha realizado la afiliación al régimen subsidiado de los retenidos (Corte Constitucional, 2016).

La Secretaría Distrital de Salud, en el año 2021 concertó con las Subredes Integradas de Servicios de Salud y la Personería de Bogotá la realización mensual de jornadas de atención y la inclusión de una (1) profesional de Trabajo Social para contribuir en los procesos administrativos como: solicitud de citas médicas y medicamentos para los retenidos que no contaban con familiares en la ciudad (Secretaría Distrital de Salud, 2021).

La Secretaría Distrital de Salud expidió la Circular 37 de diciembre 20 de 2023, mediante la cual dejó sin efectos la Circular N.° 033 del 13 de julio de 2022 e insta a los actores del sistema general de seguridad social en salud al cumplimiento de la normatividad y jurisprudencia vigente respecto de la atención en salud a la población privada de la libertad (Secretaría Distrital de Salud, 2023).

1.2 Objetivo General

Brindar atención integral en salud a la población privada de la libertad en centros de reclusión transitoria, Unidades de Reacción Inmediata (URI) y estaciones de policía de Bogotá, mediante jornadas organizadas y articuladas entre la Secretaría Distrital de Seguridad, Convivencia y Justicia y la comandancia de las estaciones de policía, a través de los equipos “Más Bienestar en tu Hogar”, con el fin de generar un impacto positivo en el bienestar y la calidad de vida de esta población en condición de vulnerabilidad.

1.3 Población sujeta

Personas privadas de la libertad en centros de reclusión transitoria, Unidades de Reacción Inmediata (URI) y estaciones de policía de la ciudad de Bogotá.

1.4 Talento humano

- Profesional Universitario 2 (Operativo) Psicología
- Profesional Universitario 2 (Operativo) Enfermería
- Profesional Universitario 3 (Operativo) Medicina
- Técnico 1 (Operativo)

1.5 Unidad de medida

Jornada de abordaje: Correspondiente a las jornadas que se realizan con los usuarios privados de la libertad que habitan las URIS y estaciones de policía.

1.6 Forma de reporte de ejecución del producto

Se realiza reporte mensual de cada una de las jornadas realizadas en las URIS y estaciones de policía, por cada jornada se reportarán 2 unidades en el producto plan de Bienestar con enfoque en Medicina Familiar.

1.7 Descripción de la acción de bienestar

La Estrategia de Atención en las Unidades de Reacción Inmediata (URI) y estaciones de policía, administradas por la Secretaría Distrital de Seguridad, Convivencia y Justicia, tiene como objetivo reducir las barreras de acceso a los servicios de salud para las personas privadas de la libertad en estos espacios de reclusión transitoria. Esta es una estrategia intersectorial desarrollada conjuntamente con la Secretaría Distrital de Salud, orientada a garantizar la atención en salud y a fortalecer la gestión integral del riesgo en salud para esta población.

1.7.1 Actividad 1.

1.7.1.1 Planeación de la atención.

La Estrategia de atención en las unidades de reacción inmediata (URI) y estaciones de policía administrados por la secretaria distrital de seguridad y convivencia para la reducción de barreras de acceso a los servicios de salud a las personas habitantes de estos lugares transitorios, es una estrategia Intersectorial entre la Secretaría distrital de seguridad y convivencia y la Secretaría Distrital de Salud, orientada a la reducción de barreras de acceso para la atención en salud y la gestión del riesgo en salud de esta población y se desarrollará de la siguiente manera:

Mensualmente se realizará programación de las jornadas de atención para el ingreso a las instituciones de reclusión transitoria, esta programación se realizará en articulación con la secretaria distrital de seguridad y convivencia y la comandancia de las estaciones de policía de acuerdo con la necesidad sentida representada por los gestores y la caracterización previa, ya realizada por los gestores de más bienestar. Estas atenciones se realizarán en los tiempos que se

concerté con la unidad en compañía de profesionales de medicina, enfermería y psicología.

Es importante resaltar que esta estrategia se ejecutará únicamente con la participación conjunta de las tres entidades, ya que la ausencia de alguna de ellas limitaría su implementación y efectividad.

1.7.1.2. Desarrollo de las atenciones

En el marco del cumplimiento de la estrategia de atención en los centros de reclusión transitoria se describe la realización de acciones por parte de los integrantes de los equipos más bienestar en tu hogar todo esto en articulación con las personas delegadas por la secretaria distrital de seguridad y convivencia y la comandancia de policía a cargo de la operación de las estaciones de policía y unidades de reacción inmediata (URI).

- **Caracterización.**

Esta caracterización será realizada por técnicos en salud, quienes adelantan el abordaje de las personas que se encuentren en ese momento habitando en estos centros transitorios de reclusión y que adicionalmente manifiesten una necesidad en salud por la cual quieran ser atendidos por parte de los equipos en salud. Inicialmente se hará sobre la necesidad sentida de los usuarios, pero posterior a esto se abordará el total de la población con un enfoque integral de riesgos en el marco del cumplimiento del modelo de atención en salud preventivo y predictivo más bienestar. Esta caracterización será incluida en el aplicativo Gtaps por parte del gestor más bienestar.

Adicionalmente el gestor más bienestar diligenciara la herramienta informática de seguimiento destinada para esto por parte del equipo técnico de la secretaria de salud. una vez sea atendido la persona privada de la libertad, todas las acciones que se deriven de esta acción deberán ser tramitadas en articulación con el trabajador social y las personas delegadas de las estaciones de policía para este fin y así se logre el cumplimiento a totalidad de las acciones a implementar para el cumplimiento del plan individual que se realizó como producto de la atención por parte del profesional de medicina, enfermería o psicología.

Adicionalmente, el gestor de más bienestar será responsable de identificar a personas privadas de la libertad que presenten riesgos en salud y que, además, no cuenten con aseguramiento en salud o presenten novedades asociadas a la terminación de la afiliación a una EAPB. En estos casos, deberá activar la ruta de aseguramiento correspondiente a través del profesional de trabajo social del

equipo, con el fin de garantizar el acceso oportuno y continuo a los servicios de salud.

- **Implementación del plan de cuidado**

Una vez realizada la caracterización de la persona y establecidas sus necesidades sentidas, el gestor instaura el plan de cuidado individual. A partir de este momento, se da inicio a la ejecución de las actividades contempladas para la atención de la persona privada de la libertad, las cuales incluyen:

- Conciliación del plan de cuidado.
- Educación en salud.
- Promoción de hábitos de vida saludable.
- Activación del equipo interdisciplinario necesario, de acuerdo con las necesidades identificadas.

Posteriormente se continua con el abordaje por parte del grupo de profesionales interdisciplinarios de la manera que se describe a continuación:

- **Abordaje Integral por el Profesional de Medicina, enfermería o psicología en Población Privada de la Libertad.**

El profesional de medicina, enfermería o psicología será responsable de realizar la valoración integral de cada persona privada de la libertad que habite en las instituciones a intervenir en el marco de esta estrategia, de conformidad con la Lex Artis médica y las guías de práctica clínica vigentes de acuerdo con su disciplina. Esta valoración deberá desarrollarse bajo un enfoque biopsicosocial, considerando de manera prioritaria el enfoque diferencial y poblacional, teniendo en cuenta las particularidades físicas, emocionales, sociales y culturales de quienes se encuentran en condiciones de privación de la libertad.

Dicha valoración no se limitará únicamente a la atención de condiciones de salud de origen biológico, sino que también buscará incidir positivamente en los determinantes del bienestar personal, familiar, comunitario, ocupacional y ambiental, aspectos que cobran especial relevancia en contextos penitenciarios. Este abordaje integral se concreta mediante la adecuada elaboración de la historia clínica, herramienta fundamental para la identificación de riesgos individuales, el desarrollo de actividades de promoción y mantenimiento de la salud según los

cursos de vida, la atención resolutiva (valoración, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación), y la construcción de un plan de manejo que deberá integrarse con el plan de cuidado familiar, cuando este sea aplicable.

Cabe resaltar que toda atención prestada por los profesionales deberá ser registrada en el formato de historia clínica definido por la Subred integrada de servicios de salud (SISS), y en los formatos específicos correspondientes a las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), cuando aplique. Estos registros deberán incluir, como mínimo, los siguientes componentes:

- Anamnesis.
- Revisión por sistemas.
- Antecedentes personales y familiares, así como evaluación de riesgos.
- Examen físico (incluyendo la aplicación de escalas, instrumentos y tamizajes dirigidos a población en riesgo, tales como pruebas rápidas).
- Análisis clínico.
- Diagnósticos.
- Plan de tratamiento o manejo.
- Educación en salud.

El profesional deberá diligenciar correctamente los códigos CIE-10 que correspondan a la impresión diagnóstica resultante, garantizando así la calidad del registro clínico y facilitando el análisis epidemiológico de la morbilidad en esta población. Estos datos son fundamentales para la planificación y toma de decisiones en salud pública penitenciaria. Adicionalmente el registro en el aplicativo Gtaps en un lapso no mayor a 24 horas después de la atención.

En situaciones donde se identifique una emergencia o urgencia durante las atenciones o intervenciones, los equipos Más Bienestar en tu Hogar deberán brindar asistencia inmediata y, de ser necesario, apoyar a el custodio para la solicitud de apoyo al Centro Regulador de Urgencias y Emergencias (CRUE) a través de la línea 123 del sistema de emergencias de la ciudad para la remisión oportuna del usuario a una Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) que pueda atender adecuadamente la situación. Posteriormente, se deberá realizar la gestión y seguimiento del evento, con el objetivo de garantizar una atención integral y continua.

En caso de identificarse eventos de interés en salud pública, el profesional tendrá la obligación de notificarlos al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) o al subsistema correspondiente. Igualmente, deberá gestionar las remisiones a los servicios indicados por las RIAS y coordinar, cuando sea necesario, con el trabajador social perteneciente a la estrategia, quien podrá apoyar los procesos de canalización, seguimiento o acompañamiento.

Cabe mencionar que el profesional que hace parte de los equipos +MAS Bienestar en tu Hogar deberá llevar a cabo la consulta indicada y autorizada por la EAPB, conforme a la revisión de pertinencia realizada sobre atenciones previas, frecuencias de uso y lineamientos definidos en el esquema de intervenciones y atenciones en salud individual, según lo establecido en la Resolución 3280 de 2018 (MinSalud, 2018). Esta consulta podrá originarse tanto por criterio técnico del prestador como por la necesidad expresada por la persona privada de la libertad.

Antes de finalizar la atención, el profesional deberá concertar con el ciudadano un plan de cuidado individual y familiar, el cual será objeto de seguimiento posterior por parte del gestor +MAS Bienestar y el profesional en trabajo social, en función de las necesidades detectadas durante la atención.

Las atenciones individuales brindadas por el profesional de medicina, enfermería o psicología deberán ser registradas de forma obligatoria en el aplicativo GTAPS y en la historia clínica, de acuerdo con los lineamientos y manuales definidos por las Subredes Integrales de Servicios de Salud (SISS) para el manejo de información clínica y diligenciamiento de historia clínica, incluyendo fichas de notificación de eventos de interés en salud pública posterior a la atención entendiendo las dinámicas poblacionales con las que cuenta esta población.

Nota: Se precisa que las Subredes Integrales de Servicios de Salud (SISS) son responsables de dar cumplimiento a las condiciones y entregables definidos en los contratos celebrados con las diferentes EAPB, para el reconocimiento de las actividades individuales desarrolladas por los equipos +MAS Bienestar en tu Hogar

1.7.1.3 Seguimiento.

Una vez realizadas las acciones de las jornadas por parte de los componentes de la estrategia se hará el diligenciamiento de las solicitudes y derivaciones como resultado de estas atenciones y posterior a la atención en la herramienta

informática aportada por el equipo técnico de secretaria de salud para este fin y adicionalmente el diligenciamiento de las atenciones en aplicativo Gtaps.

Una vez diligenciado a través del gestor y el trabajador social de la estrategia se realizarán la solicitud de citas y el apoyo a la gestión para la necesidad puntual de cada uno de los usuarios atendidos en esta estrategia, esto se realizará con el fin de a través de estos equipos coordinar operativamente la repuesta necesaria para la atención integral de la población y el cumplimiento de la estrategia.

Adicionalmente este gestor realizara el seguimiento continuo y total de todas las necesidades propias del usuario desde lo social hasta lo referente con las atenciones en salud todo este ejercicio realizado en articulación con los gestores y profesionales de la secretaria distrital de integración social.

1.8 Tabla resumen de la acción de bienestar:

Nombre de la actividad	Periodicidad	Perfiles del talento humano	Entregables
Planeación, ejecución y seguimiento de las acciones realizadas en la población privada de la libertad.	Mensual	Profesional de apoyo (Auxiliar en enfermería o técnico en salud pública). Profesional en trabajo social.	Lista de chequeo de Jornadas realizadas aplicada en cada institución. Informe de la jornada según estructura definida. Registro de la información en la herramienta dispuesta para tal fin, garantizando la repuesta al plan de bienestar instaurado.

1.9 Indicadores

N°.	Nombre del indicador	Frecuencia de medición	Fórmula	Fuente	Tipo de indicador
1	Cobertura de usuarios atendidos	mensual	N.º de usuarios atendidos / N.º total de usuarios caracterizados en la institución × 100	Base de usuarios / Base de usuarios con registro de atención GTAPS y base de herramienta informática destinada para tal fin	Gestión

	Porcentaje de usuarios con gestión y respuesta a su plan de bienestar	Mensual	N.º de usuarios con gestión y respuesta al plan de bienestar instaurado / N.º de usuarios con plan de bienestar instaurado	Base de herramienta informática dispuesta para tal fin.	Resultado

2. Acción de Bienestar 31: Jornadas MAS Bienestar para ciudadanos con habitanza o habitabilidad en calle. - Recorrido Nocturno.

2.1. Conceptualización de los elementos centrales de la acción de bienestar o acción de gestión para el bienestar

La población en situación de calle está conformada por hombres y mujeres de diferentes edades, quienes, por circunstancias de pobreza, ruptura de vínculos familiares, desempleo, consumo problemático de sustancias psicoactivas, enfermedades mentales no tratadas u otros factores sociales y estructurales, han hecho de la calle su lugar de habitación y sustento.

Este grupo enfrenta múltiples condiciones de vulnerabilidad asociadas a la precariedad en el acceso a servicios básicos, salud, alimentación, vivienda, educación y redes de apoyo social. Asimismo, presentan mayores riesgos frente a infecciones de transmisión sexual, deterioro de la salud física y mental, violencia, discriminación y procesos de auto-marginación.

La intervención prioriza tanto a personas que habitan permanentemente en la calle como a aquellas en alto riesgo de hacerlo, incluyendo jóvenes, adultos, adultos mayores y, en algunos casos, mujeres en situación de vulnerabilidad que requieren acompañamiento diferenciado en aspectos como cuidado menstrual y maternidad.

La estrategia de intervención reconoce estas problemáticas y prioriza tanto a las personas que habitan permanentemente en la calle como a aquellas en riesgo inminente de hacerlo. Dentro de esta población se incluyen jóvenes, adultos y adultos mayores, así como mujeres en situación de vulnerabilidad, quienes requieren un acompañamiento diferenciado en aspectos como la salud sexual y reproductiva, el cuidado menstrual y la maternidad. De este modo, se busca

garantizar un abordaje integral que articule acciones de atención, prevención y protección, contribuyendo a la reducción de las formas más críticas de exclusión social que afectan a esta población.

2.2. Objetivo General

Identificar los riesgos individuales y colectivos de la población en situación de habitanza en calle, con el fin de diseñar e implementar planes intersectoriales de cuidado continuo, ajustados a sus necesidades específicas, que contribuyan al fortalecimiento de una atención integral e integrada en salud, orientada a reducir las formas extremas de exclusión social. En el marco del modelo MAS Bienestar.

2.3. Población sujeto

Ciudadanos habitantes de calle que son abordados durante las jornadas de MAS bienestar en los recorridos nocturnos.

2.4. Talento humano

- Profesional Universitario 3 (Operativo) Medicina
- Técnico 1 (Operativo)
- Gestor social bachiller 1 (operativo)

2.5. Unidad de medida

Jornada de abordaje: Correspondiente a las jornadas que se realizan en recorridos nocturnos para la atención de población con habitabilidad en calle.

2.6. Forma de reporte de ejecución del producto

Se realiza reporte mensual de cada una de las jornadas realizadas durante los recorridos nocturnos con la población habitante de calle.

2.7. Descripción de la acción de bienestar:

La Estrategia nocturna para la reducción de formas extremas de exclusión en ciudadanos en condición y riesgo de habitanza en calle, es una estrategia Intersectorial entre la Secretaría de Integración Social y la Secretaría de Salud, orientada a la reducción de las formas extremas de exclusión, se desarrollará de la siguiente manera:

2.7.1 Actividad 1. Recorrido Nocturno

2.7.1.1 Planeación

La Estrategia nocturna para la reducción de formas extremas de exclusión en ciudadanos en condición y riesgo de habitanza en calle, es una estrategia Intersectorial entre la Secretaría de Integración Social y la Secretaría de Salud, orientada a la reducción de las formas extremas de exclusión. se desarrollará de la siguiente manera.

Tres veces por semana se realizan recorridos nocturnos, en los territorios priorizados por la Secretaría de Integración Social, quien guiará los recorridos. Durante estos recorridos, dicha entidad dispondrá de gestores sociales y del delegado Local de la Política Pública de Habitabilidad en Calle, según corresponda al territorio intervenido, con el fin de realizar el acercamiento a los ciudadanos habitantes de calle y socializar la oferta institucional en materia de salud.

Posteriormente, los equipos designados por la Secretaría de Salud prestarán la atención requerida de acuerdo con las necesidades identificadas en la población. Es importante resaltar que esta estrategia se ejecutará únicamente con la participación conjunta de ambas entidades, ya que la ausencia de alguna de ellas limitaría su implementación y efectividad.

Así, la Secretaría de Salud brinda atenciones como asesorías psicológicas y sociales, vacunación y valoraciones de medicina. En caso de generarse un direccionamiento a una cita médica durante el recorrido nocturno, la Secretaría de Integración Social será la responsable de realizar el acompañamiento solidario al ciudadano habitante de calle y de garantizar el seguimiento a los casos, en articulación con los delegados de política pública, tanto de SDIS como de SDS en los comités operativos locales o en una mesa de seguimiento a casos.

En territorio, el gestor de más bienestar de la secretaría de salud, cargará la información en la herramienta informática designada para el seguimiento de las acciones, al cual tendrán acceso SDIS y SDS, en donde se reportan las acciones realizadas por las entidades durante el recorrido nocturno , así mismo, se cargaran los casos individuales de los ciudadanos habitantes de calle que requieren un seguimiento y gestión de citas médicas, estos casos serán gestionados y se les realizará un seguimiento continuo a través de una matriz, con la finalidad de

generar una canalización efectiva a los servicios de salud a los que se les haya dado indicación durante la noche.

2.7.1.2 Desarrollo de las atenciones

En el marco del cumplimiento de la estrategia se describe la realización de acciones por parte de los integrantes tanto de las acciones colectivas como las individuales y los equipos de vacunación todo esto en articulación con las personas delegadas y el líder local designado por la secretaria distrital de integración social.

- Caracterización.

Esta caracterización será realizada por técnicos en salud y promotores de otros perfiles, quienes adelantan el abordaje de territorios definidos previamente en articulación con la secretaria distrital de integración social según criterios de priorización poblacional y focalización de sectores de alta vulnerabilidad en la ciudad. Para ello, se han adelantado previamente los procesos de planeación y microplaneación territorial, en conjunto con actores de este mismo componente del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas, donde uno de los productos, corresponde a la definición de territorios a apropiarse por cada uno de los promotores.

En este proceso de apropiación se define un territorio por cada gestor de más bienestar para la realización propias de esta población.

Esta actividad deberá ser registrada en el aplicativo Gtaps y en la herramienta informática destinada para esto por parte del equipo técnico de la secretaria de salud. Adicionalmente una vez sea atendido el ciudadano habitante de calle todas las acciones que se deriven de esta acción deberán ser llevadas a la herramienta para que se puedan adelantar las acciones a realizar para el cumplimiento del plan individual que se realizó como producto de la atención por parte del profesional de medicina. Todo esto en articulación con los gestores y lideres designados por parte de la secretaria distrital de salud.

Adicionalmente, el gestor de más bienestar será responsable de identificar a personas con habitabilidad en calle que presenten riesgos en salud y que, además, no cuenten con aseguramiento en salud o presenten novedades

asociadas a la terminación de la afiliación a una EAPB. En estos casos, deberá activar la ruta de aseguramiento correspondiente a través del profesional social del equipo, con el fin de garantizar el acceso oportuno y continuo a los servicios de salud.

- Intervención Individual de Medicina general.

El profesional de medicina será responsable de realizar la valoración médica integral de cada ciudadano o ciudadana habitante de calle que, en el marco de esta estrategia de los recorridos nocturnos, de conformidad con la Lex Artis médica y las guías de práctica clínica vigentes. Esta valoración deberá desarrollarse bajo un enfoque biopsicosocial, considerando de manera prioritaria el enfoque diferencial y poblacional de este tipo de población, teniendo en cuenta las particularidades físicas, emocionales, sociales y culturales de quienes se encuentran en condiciones de habitabilidad en calle.

Cabe resaltar que en el marco de esta estrategia lo que se busca atender es la necesidad sentida de la población habitante de calle que durante el recorrido manifieste la voluntad de ser atendido por parte de este profesional. Lo que traduce que para este ejercicio se hará una atención a la morbilidad sentida de la población inicialmente.

Dicha valoración no se limitará únicamente a la atención de condiciones de salud de origen biológico, sino que también buscará incidir positivamente en los determinantes del bienestar personal, familiar, comunitario, ocupacional y ambiental, aspectos que cobran especial relevancia en contextos de habitabilidad en calle. Este abordaje integral se concreta mediante la adecuada elaboración de la historia clínica, herramienta fundamental para la identificación de riesgos individuales, el desarrollo de actividades de promoción y mantenimiento de la salud según los cursos de vida, la atención resolutiva (valoración integral, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación), y la construcción de un plan de manejo y cuidado que deberá integrarse con el plan de cuidado familiar, cuando este sea aplicable. Posterior a esto se le comunicara a el gestor en salud quien se encargará del trámite de la información a la herramienta informática que se

construyó para este fin con el fin de garantizar la trazabilidad y el trámite de lo que se derive en estas atenciones.

Toda atención prestada por los profesionales de medicina deberá ser registrada en el formato de historia clínica definido por la Subred integrada de servicios de salud (SISS), y en los formatos específicos correspondientes a las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), y en aplicativo Gtaps posterior a la atención para que el promotor pueda tramitar y hacer el seguimiento a las acciones derivadas esto debe cumplirse en el menor tiempo posible dado el contexto social de la población a la que se le brindan estas atenciones Estos registros deberán incluir, como mínimo, los siguientes componentes:

- Anamnesis completa.
- Revisión por sistemas.
- Antecedentes personales y familiares, así como evaluación de riesgos.
- Examen físico (incluyendo la aplicación de escalas, instrumentos y tamizajes dirigidos a población en riesgo, tales como pruebas rápidas).
- Análisis clínico.
- Diagnósticos.
- Plan de tratamiento o manejo.
- Educación en salud.

El profesional de medicina deberá diligenciar correctamente los códigos CIE-10 que correspondan a la impresión diagnóstica resultante, garantizando así la calidad del registro clínico y facilitando el análisis epidemiológico de la morbilidad en esta población. Estos datos son fundamentales para la planificación y toma de decisiones en el marco de la salud pública de la población con habitabilidad en calle.

Notificación y Derivaciones.

En caso de identificarse eventos de interés en salud pública, el profesional de medicina tendrá la obligación de notificarlos al sistema nacional de vigilancia en salud pública (SIVIGILA) o al subsistema correspondiente. Igualmente, deberá gestionar las remisiones a los servicios indicados por las RIAS.

Antes de finalizar la atención, el profesional deberá concertar con el ciudadano un plan de cuidado individual que armonizará con los gestores más bienestar o profesionales sociales de la estrategia y personal de la secretaria distrital de

integración social para el seguimiento y cumplimiento de este plan, el cual será objeto de seguimiento posterior por parte del gestor Más Bienestar en articulación con los gestores y profesionales de integración social y el profesional en trabajo social, en función de las necesidades detectadas durante la atención. para este fin deberá realizar la activación del gestor digital que le permita dar respuesta en tiempo real a las necesidades identificadas durante la atención por parte del profesional de medicina.

En situaciones donde se identifique una emergencia o urgencia durante las atenciones o intervenciones, los equipos Más Bienestar en tu Hogar deberán brindar asistencia inmediata y, de ser necesario, solicitar apoyo al Centro Regulador de Urgencias y Emergencias (CRUE) a través de la línea 123 del sistema de emergencias de la ciudad para la remisión oportuna del usuario a una Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) que pueda atender adecuadamente la situación. Posteriormente, se deberá realizar la gestión y seguimiento del evento, con el objetivo de garantizar una atención integral y continua.

Las atenciones individuales brindadas por el profesional de medicina deberán ser registradas de forma obligatoria en el aplicativo GTAPS y en la historia clínica, de acuerdo con los lineamientos y manuales definidos por la Subredes integrales de servicios de salud (SISS) para el manejo de información clínica y diligenciamiento de historia clínica incluyendo fichas de notificación de eventos con interés en salud pública.

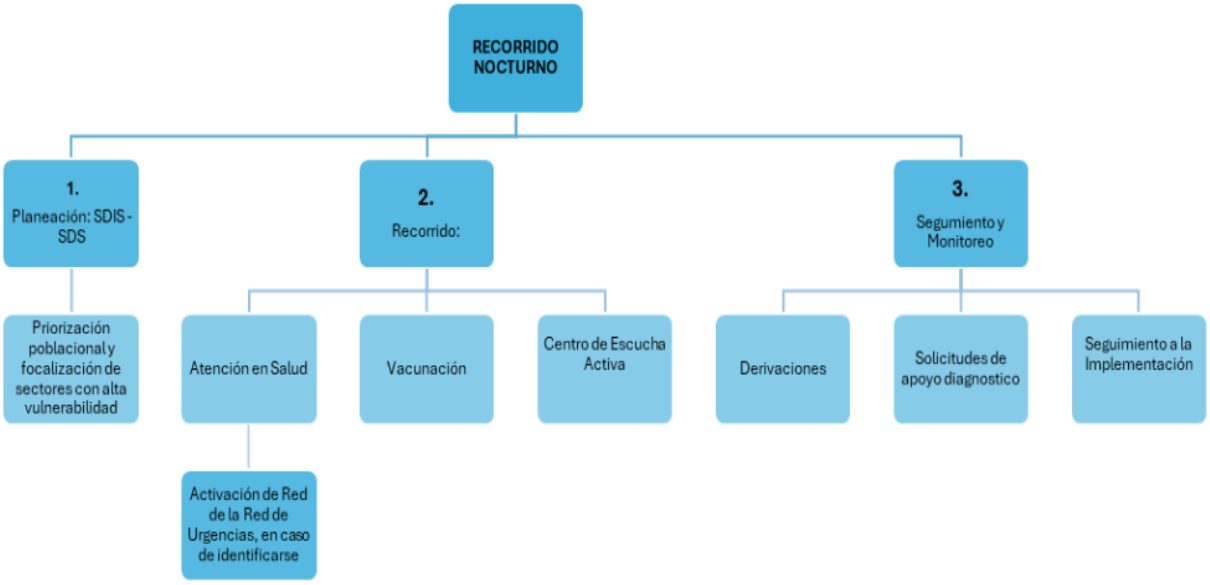
Nota: Se precisa que las Subredes integrales de servicios de salud SISS, son responsables de dar cumplimiento a las condiciones y entregables definidas en los contratos celebrados con las diferentes EAPB, para el reconocimiento de las actividades individuales desarrolladas por los Equipos +MAS Bienestar en Tu Hogar.

2.7.1.3 Seguimiento

Una vez realizadas las acciones de las jornadas por parte de los componentes de la estrategia se hará el diligenciamiento de las solicitudes y derivaciones como resultado de estas atenciones esto deberá realizarse en un tiempo no mayor a 48 horas posterior a la atención en la herramienta informática aportada por el equipo técnico de secretaria de salud para este fin.

Una vez diligenciado a través del gestor se realizara la solicitud de citas y el apoyo a la gestión para la necesidad puntual de cada uno de los usuarios atendidos en esta estrategia, esto se realizara en articulación con los profesionales y gestores de la secretaria distrital de integración social con el fin de a través de estos equipos coordinar operativamente la repuesta necesaria para la atención integral de la población y el cumplimiento de la estrategia que será la vinculación del ciudadano habitante de calle a el centro de atención primario mas cercano a su lugar de habitabilidad en calle.
Adicionalmente este gestor realizara el seguimiento continuo y total de todas las necesidades propias del usuario desde lo social hasta lo referente con las atenciones en salud todo este ejercicio realizado en articulación con los gestores y profesionales de la secretaria distrital de integración social.

Diagrama 1. Mapa de procesos de estrategia de recorrido nocturno con habitabilidad en calle.



2.8 Tabla resumen de la acción de bienestar

Nombre de la actividad	Periodicidad	Perfiles del talento humano	Entregables

Planeación, ejecución y seguimiento de las acciones en el marco de las jornadas de atención a población habitante de calle durante recorrido nocturno.	Mensual	Gestor de más bienestar en tu hogar (Auxiliar en enfermería o técnico en salud pública). Profesional medicina	Lista de chequeo de Jornadas realizadas en el marco de la estrategia. Informe de la jornada según estructura definida. Registro de la información en la herramienta dispuesta para tal fin, garantizando la repuesta al plan de bienestar instaurado.

2.9 **Indicadores**

N°.	Nombre del indicador	Frecuencia de medición	Fórmula	Fuente	Tipo de indicador
1	Cobertura de usuarios atendidos durante los recorridos nocturnos en población habitante de calle.	mensual	N.º de usuarios atendidos / N.º total de usuarios caracterizados × 100	Base de usuarios / Base de usuarios con registro de atención GTAPS y base de herramienta informática destinada para tal fin	gestión
2	Porcentaje de usuarios con gestión y respuesta a su plan de bienestar intervenidos durante los recorridos nocturnos.	Mensual	N.º de usuarios con gestión y respuesta al plan de bienestar instaurado / N.º de usuarios con plan de bienestar instaurado	Base de herramienta informática dispuesta para tal fin.	Resultado

3. Acción de Bienestar 32: Jornadas de identificación de riesgos y atención integral para ciudadanos con habitanza o habitabilidad en calle.

3.1 Conceptualización de los elementos centrales de la acción de bienestar o acción de gestión para el bienestar

La población en situación de calle está conformada por hombres y mujeres de diferentes edades, quienes, por circunstancias de pobreza, ruptura de vínculos familiares, desempleo, consumo problemático de sustancias psicoactivas, enfermedades mentales no tratadas u otros factores sociales y estructurales, han hecho de la calle su lugar de habitación y sustento.

Este grupo enfrenta múltiples condiciones de vulnerabilidad asociadas a la precariedad en el acceso a servicios básicos, salud, alimentación, vivienda, educación y redes de apoyo social. Asimismo, presentan mayores riesgos frente a infecciones de transmisión sexual, deterioro de la salud física y mental, violencia, discriminación y procesos de auto-marginación.

La intervención prioriza tanto a personas que habitan permanentemente en la calle como a aquellas en alto riesgo de hacerlo, incluyendo jóvenes, adultos, adultos mayores y, en algunos casos, mujeres en situación de vulnerabilidad que requieren acompañamiento diferenciado en aspectos como cuidado menstrual y maternidad.

La estrategia de intervención reconoce estas problemáticas y prioriza tanto a las personas que habitan permanentemente en la calle como a aquellas en riesgo inminente de hacerlo. Dentro de esta población se incluyen jóvenes, adultos y adultos mayores, así como mujeres en situación de vulnerabilidad, quienes requieren un acompañamiento diferenciado en aspectos como la salud sexual y reproductiva, el cuidado menstrual y la maternidad. De este modo, se busca garantizar un abordaje integral que articule acciones de atención, prevención y protección, contribuyendo a la reducción de las formas más críticas de exclusión social que afectan a esta población.

3.2 Objetivo General

Identificar los riesgos individuales y colectivos de la población en situación de habitancia en calle, con el fin de diseñar e implementar planes intersectoriales de cuidado continuo, ajustados a sus necesidades específicas, que contribuyan al fortalecimiento de una atención integral e integrada en salud, orientada a reducir las formas extremas de exclusión social. En el marco del modelo MAS Bienestar.

3.3 Población sujeta

Ciudadanos habitantes de calle que son abordados durante las jornadas de MAS bienestar en las instituciones de paso o centros de asistencia social administrados por la secretaria distrital de integración social o el IDIPRON

3.4 Talento humano

- Profesional Universitario 3 (Operativo) Medicina
- Técnico 1 (Operativo)
- Gestor social bachiller 1 (operativo)

3.5 Unidad de medida

Jornada de abordaje: Correspondiente a las jornadas que se realizan en las instituciones para la atención de población con habitabilidad en calle como hogares de paso.

3.6 Forma de reporte de ejecución del producto

Se realiza reporte mensual de cada una de las jornadas realizadas durante los recorridos nocturnos con la población habitante de calle.

Por cada jornada en la que participa el profesional de medicina se reportara una unidad de la acción de bienestar 15. Plan de Bienestar - Con enfoque de Medicina Familiar.

3.7 Descripción de la acción de bienestar:

La Estrategia de atención en hogares de paso para la reducción de formas extremas de exclusión en ciudadanos en condición y riesgo de habitanza en calle, es una estrategia Intersectorial entre la Secretaría de Integración Social y la Secretaría de Salud, orientada a la reducción de las formas extremas de exclusión. se desarrollará de la siguiente manera.

3.7.1 Actividad 1. Atención en hogares de paso población habitante de calle

3.7.1.1 Planeación de la atención

La Estrategia de atenciones en los hogares de paso administrados por la secretaria distrital de integración social para la reducción de formas extremas de exclusión en ciudadanos en condición y riesgo de habitanza en calle, es una

estrategia Intersectorial entre la Secretaría de Integración Social y la Secretaría de Salud, orientada a la reducción de las formas extremas de exclusión, se desarrollará de la siguiente manera:

Dos veces por semana se realizan atenciones en los hogares de paso, esto de acuerdo con la programación que mes a mes se realizara por parte de las subredes, los hogares donde se realizara la estrategia son el hogar de paso Balcanes, hogar de paso puente Aranda, hogar de paso Bacatá y camino de vida en un horario comprendido entre las 7:00 am. y las 4:00 p.m.

Para la intención de estas acciones se plantea el siguiente cronograma que será objeto de ajustes de acuerdo con la necesidad y dinámicas de la población y la secretaria distrital de integración social.

Hogar de paso.	**Días de la estrategia.**
Bakatá y Puente Aranda	Martes de cada semana.
Camino de vida	Miércoles cada 15 días.
Balcanes	Jueves cada 15 días.

Es importante resaltar que esta estrategia se ejecutará únicamente con la participación conjunta de ambas entidades, ya que la ausencia de alguna de ellas limitaría su implementación y efectividad.

La Secretaría de Salud brinda atenciones integrales como asesorías psicológicas y sociales, vacunación y atenciones de medicina. la Secretaría de Integración Social será la responsable de realizar el acompañamiento solidario al ciudadano habitante de calle y de garantizar el seguimiento a los casos, en articulación con los delegados de política pública, tanto de SDIS como de SDS en los comités operativos locales o en una mesa de seguimiento a casos.

3.7.1.2 Desarrollo de las atenciones

En el marco del cumplimiento de la estrategia de atención en los hogares de paso se describe la realización de acciones por parte de los integrantes tanto de las acciones colectivas como las individuales y los equipos de vacunación todo esto en articulación con las personas delegadas y el líder del hogar de paso designado por la secretaria distrital de integración social.

- Caracterización:

Esta caracterización será realizada por técnicos en salud y gestores de otros perfiles, quienes adelantan el abordaje de las personas que se encuentren en ese momento habitando los hogares de paso y que adicionalmente manifiesten una necesidad en salud por la cual quieran ser atendidos por parte de los equipos en salud. Esta caracterización será incluida en el aplicativo GTAPS por parte del gestor mas bienestar.

Adicionalmente diligenciara la herramienta informática de seguimiento destinada para esto por parte del equipo técnico de la secretaria de salud. una vez sea atendido el ciudadano habitante de calle todas las acciones que se deriven de esta acción deberán ser tramitadas en articulación con el gestor y los profesionales de integración social destinados para este fin y así se logre el cumplimiento a totalidad de las acciones a implementar para el cumplimiento del plan individual que se realizó como producto de la atención por parte del profesional de medicina.

- Plan de Bienestar Individual Medicina general.

El profesional de medicina será responsable de realizar la valoración médica integral de cada ciudadano o ciudadana habitante de calle que, en el marco de esta estrategia de las atenciones en hogar de paso, de conformidad con la Lex Artis médica y las guías de práctica clínica vigentes. Esta valoración deberá desarrollarse bajo un enfoque biopsicosocial, considerando de manera prioritaria el enfoque diferencial y poblacional de este tipo de población, teniendo en cuenta las particularidades físicas, emocionales, sociales y culturales de quienes se encuentran en condiciones de habitabilidad en calle.

Cabe resaltar que en el marco de esta estrategia lo que se busca atender inicialmente es la necesidad sentida de la población habitante de calle que durante su estancia manifieste la voluntad de ser atendido por parte de este profesional. Lo que traduce que para este ejercicio se hará una atención a la morbilidad sentida de la población inicialmente y que luego se continuará con las atenciones de ruta de promoción y mantenimiento de la salud con el fin de continuar con la implementación del modelo más bienestar y la gestión integral del riesgo de estos usuarios.

Dicha valoración no se limitará únicamente a la atención de condiciones de salud de origen biológico, sino que también buscará incidir positivamente en los

determinantes del bienestar personal, familiar, comunitario, ocupacional y ambiental, aspectos que cobran especial relevancia en contextos de habitabilidad en calle. Este abordaje integral se concreta mediante la adecuada elaboración de la historia clínica, herramienta fundamental para la identificación de riesgos individuales, el desarrollo de actividades de promoción y mantenimiento de la salud según los cursos de vida, la atención resolutiva (valoración integral, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación), y la construcción de un plan de manejo y cuidado que deberá integrarse con el plan de cuidado familiar, cuando este sea aplicable. Posterior a esto se le comunicara a el promotor en salud quien se encargará del trámite de la información a la herramienta informática que se construyó para este fin con el fin de garantizar la trazabilidad y el trámite de lo que se derive en estas atenciones.

Toda atención prestada por los profesionales de medicina deberá ser registrada en el formato de historia clínica definido por la Subred integrada de servicios de salud (SISS), y en los formatos específicos correspondientes a las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), y en aplicativo GTAPS en un lapso no mayor a 48 horas para que el promotor pueda tramitar y hacer el seguimiento a las acciones derivadas esto debe cumplirse en el menor tiempo posible dado el contexto social de la población a la que se le brindan estas atenciones Estos registros deberán incluir, como mínimo, los siguientes componentes:

- Anamnesis completa.
- Revisión por sistemas.
- Antecedentes personales y familiares, así como evaluación de riesgos.
- Examen físico (incluyendo la aplicación de escalas, instrumentos y tamizajes dirigidos a población en riesgo, tales como pruebas rápidas).
- Análisis clínico.
- Diagnósticos.
- Plan de tratamiento o manejo.
- Educación en salud.

El profesional de medicina deberá diligenciar correctamente los códigos CIE-10 que correspondan a la impresión diagnóstica resultante, garantizando así la calidad del registro clínico y facilitando el análisis epidemiológico de la morbilidad en esta población. Estos datos son fundamentales para la planificación y toma de

decisiones en el marco de la salud pública de la población con habitabilidad en calle.

- Notificación y Derivaciones.

En caso de identificarse eventos de interés en salud pública, el profesional de medicina tendrá la obligación de notificarlos al sistema nacional de vigilancia en salud pública (SIVIGILA) o al subsistema correspondiente. Igualmente, deberá gestionar las remisiones a los servicios indicados por las RIAS a través del módulo SIRC, y coordinar, cuando sea necesario.

Antes de finalizar la atención, el profesional deberá concertar con el ciudadano un plan de cuidado individual que armonizará con los promotores más bienestar o profesionales sociales de la estrategia y personal de la secretaria distrital de integración social para el seguimiento y cumplimiento de este plan, el cual será objeto de seguimiento posterior por parte del gestor Más Bienestar en articulación con los gestores y profesionales de integración social y el profesional en trabajo social, en función de las necesidades detectadas durante la atención.

Adicionalmente, el profesional será responsable de identificar a personas con habitabilidad en calle que presenten riesgos en salud y que, además, no cuenten con aseguramiento en salud o presenten novedades asociadas a la terminación de la afiliación a una EAPB. En estos casos, deberá activar la ruta de aseguramiento correspondiente a través del profesional social del equipo, con el fin de garantizar el acceso oportuno y continuo a los servicios de salud.

En situaciones donde se identifique una emergencia o urgencia durante las atenciones o intervenciones, los equipos Más Bienestar en tu Hogar deberán brindar asistencia inmediata y, de ser necesario, solicitar apoyo al Centro Regulador de Urgencias y Emergencias (CRUE) a través de la línea 123 del sistema de emergencias de la ciudad para la remisión oportuna del usuario a una Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) que pueda atender adecuadamente la situación. Posteriormente, se deberá realizar la gestión y seguimiento del evento, con el objetivo de garantizar una atención integral y continua.

Las atenciones individuales brindadas por el profesional de medicina deberán ser registradas de forma obligatoria en el aplicativo GTAPS y en la historia clínica, de

acuerdo con los lineamientos y manuales definidos por la Subredes integrales de servicios de salud (SISS) para el manejo de información clínica y diligenciamiento de historia clínica incluyendo fichas de notificación de eventos con interés en salud pública.

Nota: Se precisa que las Subredes integrales de servicios de salud SISS, son responsables de dar cumplimiento a las condiciones y entregables definidas en los contratos celebrados con las diferentes EAPB, para el reconocimiento de las actividades individuales desarrolladas por los Equipos +MAS Bienestar en Tu Hogar.

3.7.1.3 Seguimiento.

Una vez realizadas las acciones de las jornadas por parte de los componentes de la estrategia se hará el diligenciamiento de las solicitudes y derivaciones como resultado de estas atenciones esto deberá realizarse en un tiempo no mayor a 48 horas posterior a la atención en la herramienta informática aportada por el equipo técnico de secretaria de salud para este fin.

Una vez diligenciado a través del gestor se realizara la solicitud de citas y el apoyo a la gestión para la necesidad puntual de cada uno de los usuarios atendidos en esta estrategia, esto se realizara en articulación con los profesionales y gestores de la secretaria distrital de integración social con el fin de a través de estos equipos coordinar operativamente la repuesta necesaria para la atención integral de la población y el cumplimiento de la estrategia que será la vinculación del ciudadano habitante de calle a el centro de atención primario más cercano a su lugar de habitabilidad en calle para poder darle continuidad a la gestión integral del riesgo de la población en esta condición.

Adicionalmente este gestor realizara el seguimiento continuo y total de todas las necesidades propias del usuario desde lo social hasta lo referente con las atenciones en salud todo este ejercicio realizado en articulación con los gestores y profesionales de la secretaria distrital de integración social.

3.8 Tabla resumen de la acción de bienestar:

Nombre de la actividad	Periodicidad	Perfiles del talento humano	Entregables

Planeación, ejecución y seguimiento de las acciones en el marco de las jornadas de atención a población habitante de calle en los hogares de paso.	Mensual	Gestor de más bienestar en tu hogar (Auxiliar en enfermería o técnico en salud pública). Profesional medicina.	Lista de chequeo de Jornadas realizadas en el marco de la estrategia. Informe de la jornada según estructura definida. Registro de la información en la herramienta dispuesta para tal fin, garantizando la repuesta al plan de bienestar instaurado.

3.9 Indicadores

N°.	Nombre del indicador	Frecuencia de medición	Fórmula	Fuente	Tipo de indicador
2	Cobertura de usuarios atendidos durante las jornadas de atención en los hogares de paso de la población habitante de calle.	mensual	N.º de usuarios atendidos / N.º total de usuarios caracterizados en la institución × 100	Base de usuarios / Base de usuarios con registro de atención GTAPS y base de herramienta informática destinada para tal fin	gestión
4	Porcentaje de usuarios con gestión y respuesta a su plan de bienestar intervenidos durante las jornadas de atencion en los hogares de paso	Mensual	N.º de usuarios con gestión y respuesta al plan de bienestar instaurado / N.º de usuarios con plan de bienestar instaurado	Base de herramienta informática dispuesta para tal fin.	Resultado

	de la población habitante de calle.				

4 Acción de Bienestar 33: Jornadas MAS Bienestar en población con Abandono social.

4.1 Conceptualización de los elementos centrales de la acción de bienestar o acción de gestión para el bienestar

La ciudad de Bogotá avanza en la consolidación de un modelo sociosanitario innovador que articula la atención en salud con el cuidado social, a través de la integración entre la Secretaría de Salud y la Secretaría de Integración Social. Esta alianza busca ofrecer respuestas dignas y sostenibles frente al envejecimiento poblacional, resignificando la vejez y garantizando un bienestar integral.

Un eje fundamental de este sistema lo representan los Equipos MÁS Bienestar, que fortalecen el cuidado continuo mediante la ejecución de jornadas de bienestar con valoraciones clínicas, entrega de medicamentos, vacunación, toma de muestras y seguimiento terapéutico. Gracias a su labor, las personas mayores en riesgo de abandono, así como otros grupos poblacionales priorizados, han recibido atenciones oportunas y coordinadas que integran la atención en salud con el cuidado social.

Estas actividades se desarrollan en espacios de gran impacto social como:

- El Servicio de Atención Sociosanitaria, orientado a habitantes de calle o en alto riesgo de estarlo, que presentan morbilidades agudas, crónicas, de interés en salud pública o que requieren cuidados pre y post hospitalarios. Allí se implementan estrategias interdisciplinarias de cuidado y acompañamiento que buscan dignificar sus proyectos de vida.

- Las Comunidades de Vida, que promueven procesos de inclusión social y deshabituación de la vida en calle, impulsando el desarrollo personal, la participación socio-ocupacional y la movilización de redes de apoyo que fortalecen la autonomía y la reconstrucción de vínculos comunitarios.

- El Servicio de Comunidad de Cuidado, dirigido a personas mayores de 60 años sin redes familiares o sociales de apoyo, donde a través de unidades de larga estancia se brinda cuidado calificado, promoción de hábitos saludables y fortalecimiento de redes de apoyo intergeneracionales, familiares e institucionales, garantizando así su bienestar y calidad de vida.

- Los Centros Integrarte, que acogen a personas con discapacidad intelectual o múltiple asociada, entre los 18 y 59 años, quienes participan en procesos orientados al fortalecimiento de sus capacidades y habilidades, con el fin de alcanzar el mayor nivel posible de autonomía e independencia.

En un contexto donde la ciudad enfrenta un acelerado cambio demográfico, esta articulación intersectorial no solo amplía la cobertura de servicios, sino que construye una nueva política social orientada al cuidado, la inclusión y la protección de derechos de las personas mayores, garantizando que cada atención se traduzca en más bienestar y calidad de vida.

4.2 Objetivo General

Garantizar el acceso, la oportunidad y la integralidad en la atención en salud de la población en abandono o exclusión crítica, y residen en unidades de larga estancia de la SDIS, mediante el desarrollo de jornadas organizadas y articuladas entre la Secretaría Distrital de Salud (SDS), la Secretaría Distrital de Integración Social (SDIS), las EPS y los equipos Más Bienestar en tu Hogar, asegurando un impacto positivo en el bienestar y calidad de vida de los usuarios en condición de vulnerabilidad.

4.3 Población sujeta

La población sujeta de estas jornadas corresponde a las personas residentes en unidades de la SDIS, en especial aquellas en condición de vulnerabilidad que requieren servicios de salud priorizados.

4.4 Talento humano

Profesional Universitario 3 (Operativo) Medicina
Técnico 1 (Operativo)

4.5 Unidad de medida

Jornada de abordaje: Corresponde a cada una de las jornadas de abordaje que se realiza con los usuarios de las instituciones de SDIS.

4.6 Forma de reporte de ejecución del producto

Se realiza reporte mensual de cada una de las jornadas realizadas en las unidades de larga estancia de SDIS.

Por cada jornada en la que participa el profesional de medicina se reportara una unidad de la acción de bienestar 15. Plan de Bienestar - Con enfoque de Medicina Familiar.

4.7 Descripción de la acción de bienestar:

En el marco del convenio del Sistema Sociosanitario, y como parte de la articulación entre la Secretaría Distrital de Salud (SDS) y la Secretaría Distrital de Integración Social (SDIS), se busca dar respuesta a las necesidades en salud de la población que reside en las unidades de la SDIS. Para ello, se desarrollarán jornadas de atención lideradas por los equipos Más Bienestar en tu Hogar, cuyo propósito central es garantizar una atención integral y oportuna a las personas en condición de vulnerabilidad.

Para el desarrollo de estas acciones se contará con un equipo conformado por gestores de Bienestar y un profesional responsable de dirigir el proceso. Dicho equipo tendrá a su cargo la planeación, ejecución y seguimiento de cada jornada, garantizando que las intervenciones se realicen de manera organizada, eficiente y con el mayor impacto posible en la población beneficiaria.

4.7.1 Actividad 1. Gestión y planeación

Las jornadas se llevarán a cabo conforme a un cronograma concertado previamente con las instituciones de la SDIS. En la fase de planeación, el equipo establecerá contacto y coordinará reuniones con dichas instituciones, con el fin de identificar la población que será atendida. Posteriormente, se realizará una reunión preparatoria en la que se revisará la base de usuarios actualizada y se analizará la información sobre atenciones previas, tomando como insumo las bases de datos entregadas por las instituciones, en las cuales se registra a las personas que reciben servicios en estos espacios.

Con base en este análisis, se definirán las atenciones a desarrollar durante las jornadas, de acuerdo con los contratos vigentes con las EPS. Estas atenciones incluirán tanto actividades individuales realizadas por los diferentes profesionales de los equipos, como acciones de vacunación. Asimismo, se podrán ofertar servicios complementarios, tales como la toma de laboratorios y la entrega de medicamentos, con el fin de garantizar la continuidad de la atención.

De igual manera, se adelantará un proceso de articulación con las EPS, a fin de coordinar la autorización de atenciones, medicamentos y demás servicios requeridos, así como para solicitar el apoyo necesario que garantice el adecuado desarrollo de las jornadas.

Asimismo, los gestores deberán articularse con el equipo de espacio institucional con dos propósitos principales: en primer lugar, conocer y coordinar el proceso de caracterización que este equipo realiza de la población, de manera que complemente las atenciones brindadas por los equipos de Más Bienestar; y, en segundo lugar, facilitar que el equipo de espacio institucional lidere acciones colectivas que fortalezcan y amplíen el impacto de las jornadas.

Posteriormente, se llevará a cabo una reunión con representantes de la institución y de la SISS, en la que se evaluará la población sujeta de atención, se definirá el número de jornadas, las fechas y los horarios, y se reconocerán los espacios disponibles para las atenciones, puntos de vacunación y áreas administrativas. En esta etapa se concertará también la disponibilidad del talento humano de la institución para apoyar la jornada y se solicitará la preparación de información relevante sobre los usuarios, como antecedentes de salud, órdenes médicas pendientes y tratamientos farmacológicos actuales. Además, se verificará la disponibilidad de equipos, insumos y herramientas tecnológicas, se definirá el talento humano de la SISS que participará según la logística prevista y se elaborará la agenda de atención con la asignación de usuarios por profesional, la cual será socializada con el personal de apoyo para facilitar su traslado a los espacios de atención. Finalmente, se fijará un procedimiento para la respuesta a las derivaciones generadas.

4.7.2 Actividad 2. Ejecución

Para el desarrollo de la jornada, será importante realizar el montaje de los espacios de atención y verificar la asistencia del talento humano de la SISS y de la institución. Se revisará el equipamiento disponible en cada punto y se confirmará el inicio de los procesos de ingreso y facturación, de acuerdo con los lineamientos establecidos en la subred y conforme a la agenda programada. Asimismo, se validarán los aspectos necesarios para garantizar el acceso al aplicativo GTAPS.

De igual manera, se verificará el funcionamiento del punto de vacunación y la disponibilidad de biológicos, en caso de que este servicio se encuentre

programado. El registro y el proceso de vacunación se realizarán conforme a lo establecido en la ficha técnica de servicios complementarios.

Durante la jornada, los gestores de MAS Bienestar harán seguimiento al cumplimiento de las agendas asignadas a cada profesional. Al finalizar, se consolidarán las órdenes derivadas de las atenciones realizadas, se llevará a cabo el agendamiento de las citas correspondientes y se gestionará la articulación con el equipo de servicios de apoyo para realizar la toma de laboratorios en tiempos oportunos y agilizar la dispensación de medicamentos.

El equipo asignado liderar las jornadas en las instituciones, realizará un acompañamiento constante con el fin de resolver novedades, garantizar el registro oportuno de las atenciones en las herramientas dispuestas y consolidar las solicitudes de laboratorio, informando a la institución las fechas y requisitos para la toma de muestras. Al cierre, se socializará un balance preliminar de los resultados obtenidos con los coordinadores de la institución.

Por otra parte, los profesionales de MÁS Bienestar serán responsables de realizar valoraciones integrales a los usuarios según programación, aplicando un enfoque biopsicosocial, diferencial y poblacional, en concordancia con las guías de práctica clínica vigentes.

La historia clínica será la herramienta para el registro de la valoración médica y de las derivaciones, permitiendo identificar riesgos y coordinar acciones de promoción, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. Es importante que los profesionales generen las órdenes médicas según cada caso, para que posteriormente sean gestionadas por los gestores de bienestar, garantizando la continuidad del cuidado.

Así mismo, todos los registros deberán diligenciarse en el aplicativo GTAPS, dentro de los tiempos establecidos. Del mismo modo, los profesionales tendrán la responsabilidad de notificar los eventos de interés en salud pública al SIVIGILA o a los subsistemas que correspondan.

4.7.3 Actividad 3. Seguimiento

En la fase de seguimiento, el líder de apoyo, junto con el equipo de gestores asignados para la implementación de acciones en las instituciones, informará a

cada institución las fechas en que se dará respuesta a las derivaciones generadas durante la jornada.

Adicionalmente, elaborará un informe final con los resultados obtenidos y desarrollará una reunión de evaluación con la institución, con el fin de programar nuevas jornadas de control, priorizando a los usuarios con requerimientos médicos y resultados de laboratorio críticos.

De igual manera, la SISS, a través del equipo de servicios complementarios, realizará la toma de laboratorios y la entrega de medicamentos dentro de la institución en un máximo de 5 días hábiles posterior a la fecha de la jornada, brindando orientación sobre la gestión de aquellos medicamentos no incluidos en el PGP.

Finalmente, se deberá garantizar que cada usuario haya recibido la totalidad de las acciones previstas en su plan de bienestar individual, asegurando continuidad y oportunidad en la atención.

Las jornadas deberán desarrollarse bajo una metodología ordenada que favorezca la articulación efectiva entre las entidades involucradas y garantice la calidad en la atención a los usuarios, optimizando los recursos humanos, técnicos y logísticos disponibles, con el objetivo de mejorar el acceso y la oportunidad en la prestación de los servicios de salud a la población más vulnerable de Bogotá.

De esta manera, las jornadas de atención en salud se consolidan como una estrategia que articula esfuerzos institucionales, con el propósito de fortalecer la respuesta a las necesidades de la población en condición de vulnerabilidad, asegurando un acompañamiento integral que contribuya a su bienestar y calidad de vida.

4.8 Tabla resumen de la acción de bienestar:

Nombre de la actividad	Periodicidad	Perfiles del talento humano	Entregables
Planeación, ejecución y seguimiento de las	Mensual	Técnico 1 (en áreas de la salud, ciencias sociales y humanas). Auxiliar	Lista de chequeo de Jornadas Intersectoriales aplicada en cada institución. Informe de la jornada según estructura definida.

acciones en el marco de las jornadas		en enfermería o técnico en salud pública.	Registro de la información en la herramienta dispuesta para tal fin, garantizando la repuesta al plan de bienestar instaurado. Actas de articulación entre equipos Mas Bienestar y entorno institucional.

4.9 Indicadores

Se utilizarán indicadores de gestión que permitan medir el alcance y la efectividad de la intervención, tales como:

N°.	Nombre del indicador	Frecuencia de medición	Fórmula	Fuente	Tipo de indicador
1	Cobertura de usuarios atendidos	Mensual	N.º de usuarios atendidos / N.º total de usuarios caracterizados en la institución × 100	Base de usuarios / Base de usuarios con registro de atención GTAPS y herramienta dispuesta para tal fin.	Gestión
2	Cobertura de instituciones intervenidas	Mensual	N.º de instituciones con jornadas realizadas / N.º total de instituciones programadas) × 100	Cronogramas de jornadas en instituciones. Base de herramienta dispuesta para tal fin.	Gestión
3	Porcentaje de usuarios con gestión y respuesta a su plan de bienestar	Mensual	N.º de usuarios con gestión y respuesta al plan de bienestar instaurado / N.º de usuarios con plan de bienestar instaurado	Base de herramienta dispuesta para tal fin.	Resultado

5. **Acción de Bienestar** 29: P**agadiarios** con Mas Bienestar

5.1 Conceptualización de los elementos centrales de la acción de bienestar o acción de gestión para el bienestar

En Bogotá, los inmuebles tipo pagadiario funcionan como una forma de alojamiento temporal en la que los residentes pagan por día el uso de una habitación o, en algunos casos, una cama, generalmente sin contrato formal y bajo reglas internas definidas por el administrador. Su ubicación suele concentrarse en zonas céntricas y de alta circulación, lo que facilita el acceso a medios de transporte, comercio y oportunidades laborales informales. Este modelo de hospedaje acoge principalmente a personas que requieren estadías cortas, están en tránsito o no cumplen con los requisitos exigidos para acceder a arrendamientos tradicionales, como presentar un codeudor, historial crediticio o documentación legal vigente.

Las condiciones de estos inmuebles están marcadas por altos niveles de informalidad, infraestructura básica y ausencia de garantías legales para arrendadores y arrendatarios. El pago diario, aunque pueda parecer accesible, se traduce en costos mensuales significativamente más altos que los de un arriendo convencional. A ello se suma una elevada rotación de residentes, condiciones de hacinamiento en algunos casos y limitaciones en el acceso a servicios básicos de calidad. Esta dinámica impacta negativamente en la estabilidad de las personas, dificultando la continuidad en la atención en salud, la permanencia en programas sociales y la construcción de redes de apoyo comunitarias estables.

La población que habita estos inmuebles incluye una alta proporción de grupos en situación de vulnerabilidad: familias con niños pequeños, mujeres gestantes, personas mayores, personas con discapacidad, individuos con enfermedades crónicas y población migrante, tanto en situación regular como irregular. Estos grupos suelen enfrentar barreras adicionales para acceder a servicios de salud, educación, protección social y empleo formal, lo que incrementa su exposición a riesgos sociales, económicos y sanitarios.

Ante este panorama, se hace imprescindible implementar una intervención específica que combine la identificación temprana y la gestión efectiva de riesgos, la intervención integral en salud física y mental, la educación para el autocuidado y la articulación sectorial e intersectorial e interinstitucional. Dicha intervención debe ser flexible y de respuesta rápida, capaz de adaptarse a la alta movilidad de

esta población y de garantizar un abordaje integral, con el fin de mejorar las condiciones de vida.

5.2 Objetivo General

Desarrollar acciones integrales en salud y bienestar dirigidas a la población residente en inmuebles tipo pagadiario, orientadas a la gestión de riesgos individuales y familiares, el acceso efectivo a servicios, el fortalecimiento del autocuidado y la continuidad del cuidado, mediante la articulación con redes sectoriales e intersectoriales, con el propósito de mejorar su calidad de vida.

5.3 Población sujeto

Estará dirigida a todas las personas que habiten este tipo de alojamientos en las zonas priorizadas, con especial atención a mujeres gestantes, menores de cinco años, personas con enfermedades crónicas, personas con discapacidad y familias con necesidades en salud mental.

5.4 Talento humano

Técnico 1 (Operativo en áreas de la salud, ciencias sociales y humanas). Auxiliar en enfermería o técnico en salud pública.

5.5 Unidad de medida

Avance al Plan de Acción

5.6 Forma de reporte de ejecución del producto

Se realiza reporte mensual de la gestión con los administradores y/o líderes de pagadiarios.

5.7 Descripción de la acción de bienestar:

El acompañamiento y la orientación en los inmuebles tipo pagadiario estarán a cargo del Gestor de Bienestar, quien, siguiendo las funciones propias de su rol, desarrollará acciones orientadas a la identificación de factores de riesgo y a la gestión de las necesidades detectadas durante la caracterización, procurando su resolución en el menor tiempo posible debido a la alta dinámica y rotación de los residentes. Su labor incluirá la gestión de novedades recurrentes asociadas a la movilidad de los habitantes, la detección oportuna de la llegada de usuarios o familias que pertenezcan a grupos con prioridad de atención y la coordinación con redes de servicios para garantizar derivaciones efectivas y el acceso oportuno.

Además, mantendrá comunicación constante con los administradores de los inmuebles para facilitar las intervenciones, registrar cambios relevantes y anticipar situaciones de riesgo, asegurando así una respuesta integral, articulada y adaptada a las particularidades de este tipo de alojamiento temporal.

Como acción de apoyo constante, se mantendrá una comunicación activa con administradores y líderes de estos inmuebles tipo pagadiario, reconociendo su papel esencial como fuente de información para identificar cambios relevantes en la población residente. Entre estos cambios se incluirá la llegada de nuevos grupos prioritarios (gestantes, menores de cinco años, personas con condiciones crónicas, adultos mayores), la salida de familias en seguimiento o la presencia de situaciones de conflicto y riesgo. Esta información permitirá a los Gestores ajustar los planes de bienestar, priorizar visitas y activar rutas de atención de forma oportuna.

5.**7.1** Actividad 1: **Acciones para la Gestión para la apertura del inmueble tipo pagadiario:**

Teniendo en cuenta que el administrador del inmueble es un actor clave en la implementación de las intervenciones, ya que su rol y disposición influyen directamente en el acceso, la cobertura y la efectividad de las acciones desarrolladas por los Equipos MAS Bienestar en tu Hogar. La relación con ellos debe gestionarse desde un enfoque de colaboración y construcción de confianza, reconociendo que, su participación activa puede facilitar el ingreso, la convocatoria de residentes y la resolución de necesidades urgentes.

La interacción inicia con una visita de presentación formal en la que el Gestor de Bienestar explica el alcance, objetivos y beneficios de la intervención, así como la importancia de este abordaje. En esta etapa se busca establecer acuerdos básicos que definan horarios de ingreso, espacios disponibles para la atención, protocolos de convocatoria y mecanismos de comunicación directa en caso de urgencias o situaciones especiales.

Se recomienda mantener reuniones periódicas de retroalimentación al menos una vez al mes o con mayor frecuencia si el inmueble tiene alta rotación para evaluar el desarrollo de las intervenciones, resolver dudas y recoger sugerencias. Además, los administradores pueden participar como aliados en la difusión de mensajes educativos y preventivos, permitiendo la colocación de carteles,

distribución de volantes o coordinación de charlas breves dirigidas a los residentes.

Es fundamental generar recomendaciones para la gestión de emergencias y novedades críticas, como riesgo vital, aparición de enfermedades virales altamente contagiosas, crisis emocionales, violencia entre otros, definiendo rutas claras de desplazamiento, unidades de servicios más cercanas, momentos de solicitud de móvil al 123 (urgencias vitales), entre otras. De igual forma, se debe fomentar un compromiso mutuo en torno a la protección de datos y la confidencialidad, garantizando que la información compartida sobre los residentes sea tratada con responsabilidad y en cumplimiento de la normativa vigente.

5.8 Tabla resumen de la acción de bienestar:

Nombre de la actividad	Periodicidad	Perfiles del talento humano	Entregables
Gestión para la apertura del inmueble tipo pagadiario.	Mensual	Técnico 1 (en áreas de la salud, ciencias sociales y humanas). Auxiliar en enfermería o técnico en salud pública.	Acta, listado de asistencia y evidencias que soporten la concertación y gestión realizada con los administradores de los Pagadiarios.

5.9 Indicadores

N°	Nombre del indicador	Frecuencia de medición	Fórmula	Fuente	Tipo de indicador
1	Porcentaje de pagadiarios con gestión.	Mensual	Número de pagadiarios gestionados / Número total de pagadiarios identificados × 100	Base de usuarios / Base de usuarios con registro de aplicativo GTAPS	Gestión
2	Porcentaje de pagadiarios con apertura para la intervención.	Mensual	Número de pagadiarios con apertura para la intervención / Número total de pagadiarios gestionados × 100	Base de usuarios / Base de usuarios con registro de aplicativo GTAPS	Resultado

6. Acción de Bienestar 30: Aborgaje familiar en Pagadiarios

6.1 Conceptualización de los elementos centrales de la acción de bienestar o acción de gestión para el bienestar

La acción de bienestar orientada al abordaje de familias ubicadas en pagadiarios se concibe como una estrategia integral que reconoce las condiciones particulares de este tipo de alojamiento y la vulnerabilidad de quienes lo habitan. Los pagadiarios representan una modalidad de residencia temporal marcada por la informalidad, el hacinamiento y la rotación constante de residentes, factores que dificultan la estabilidad de las familias y generan barreras de acceso a servicios de salud, programas sociales y redes de apoyo comunitario.

En este contexto, la acción de bienestar busca partir del reconocimiento de las dinámicas propias del entorno habitacional y de la caracterización de la población residente**,** identificando especialmente a grupos en mayor riesgo como familias con niños pequeños, mujeres gestantes, personas mayores, personas con discapacidad, población migrante y personas con enfermedades crónicas. Este diagnóstico inicial permite orientar la implementación de acciones de primer contacto, centradas en la identificación temprana de riesgos y en la generación de respuestas oportunas y continuas, a pesar de la alta movilidad de esta población.

El abordaje contempla acciones en salud física y mental, la promoción del autocuidado y la educación en prácticas saludables, así como el fortalecimiento de capacidades familiares y comunitarias para enfrentar los desafíos derivados de la inestabilidad habitacional. De igual manera, se promueve la articulación sectorial, intersectorial e interinstitucional**,** complementando así las intervenciones lideradas por el equipo interdisciplinario de MAS Bienestar en tu Hogar.

6.**2 Objetivo General**

Favorecer el cuidado integral y el bienestar de las familias ubicadas en pagadiarios del distrito, a través de acciones que permitan identificar sus necesidades y expectativas en salud y condiciones de vida. Estas acciones se complementan con intervenciones de promoción, prevención y gestión del riesgo, la activación de rutas actores sectoriales e intersectoriales, con el fin de responder de manera oportuna, continua e integrada a la situación de vulnerabilidad que enfrentan estas familias.

6.**4 Talento humano**

Técnico 1 (Operativo)

6.5 Unidad de medida

Sesión Familiar

6.6 Forma de reporte de ejecución del producto

Sesión Familiar. Corresponde a cada una de las familias intervenidas en los pagadiarios.

6.7 Descripción de la acción de bienestar:

El acompañamiento y la orientación en los inmuebles tipo pagadiario estarán a cargo del Gestor de Bienestar, quien, siguiendo las funciones propias de su rol, desarrollará acciones orientadas a la identificación de factores de riesgo y a la gestión de las necesidades detectadas durante la caracterización, procurando su resolución en el menor tiempo posible debido a la alta dinámica y rotación de los residentes.

Una vez se realice la atención inicial por parte de los Gestores de Bienestar, se procederá a concertar e implementar el Plan de Bienestar, entendido como un conjunto estructurado de acciones de respuesta que surgirán directamente de la identificación de factores de riesgo obtenida en la etapa de caracterización. Este plan se construirá de manera concertada con la persona o núcleo familiar, garantizando que las intervenciones respondan a sus necesidades prioritarias y estableciendo metas alcanzables que permitan medir avances y resultados. El propósito será que cada intervención resulte pertinente, oportuna y sostenible en el tiempo, incluso en contextos de alta movilidad como los inmuebles tipo pagadiario.

La identificación temprana de signos de alarma constituirá un eje central de esta etapa, especialmente en mujeres gestantes, niños y niñas menores de cinco años y personas con discapacidad, entre otros grupos priorizados. Esta detección oportuna posibilitará activar rutas inmediatas de atención, evitando la progresión de riesgos y minimizando complicaciones. Cuando se requiera, se gestionará el agendamiento de citas médicas y de otros servicios esenciales, considerando tanto la afiliación a una EPS como la disponibilidad en la red pública de atención, y se garantizará el acompañamiento educativo para que las personas cumplan efectivamente con dichas atenciones.

6.7.1 Actividad 1: Acciones para el Abordaje a Pagadiarios:

En esta fase, el Gestor de Bienestar, apoyado en la caracterización, realizará una lectura integral de las condiciones de vida del individuo y del núcleo familiar,

contemplando factores físicos, psicosociales, económicos y ambientales. Con base en esta información, se establecerá una clasificación del perfil de riesgo que permitirá diferenciar entre grupos con necesidades de atención inmediata, casos que requieran acompañamiento de mediano plazo y situaciones que podrán ser monitoreadas periódicamente.

Para el desarrollo de esta actividad se desarrollan las siguientes acciones con el núcleo familiar o la persona residente que permitirán el abordaje de la población:

6.7.1.1 Caracterización familiar

Esta se realizará a través del instrumento dispuesto para este proceso, con registro oportuno en herramienta de sistematización establecida para tal fin. Obteniendo como resultado la identificación de factores de riesgo; físicos, psicosociales, económicos o ambientales.

1. Aplicación de Tamizaje para la identificación de riesgos específicos:

    - 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.
    - Tablas de estratificación de riesgo cardiovascular de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y tamizaje FINDRISK.
    - 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.
2. Clasificación del riesgo:

Estableciendo claramente la identificación de situaciones y necesidades de cada individuo y el grupo familiar, priorizando la identificación de usuarios pertenecientes a los grupos de riesgo priorizados, así como la población general. Garantizando la socialización de resultados al individuo y/o grupo familiar.

3. Despliegue de acciones de gestión del riesgo:

Estas se encuentran determinadas por las actividades que permiten la gestión del riesgo del individuo o el grupo familiar y contemplan; agendamiento, recordación de citas, verificación de asistencia, derivaciones a planes de bienestar familiar o individual según pertinencia, derivaciones sectoriales e intersectoriales, entre otras (Ver Actividades de Gestor de bienestar en ficha de abordaje).

Asimismo, la gestión para la adherencia a las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), ajustando la orientación y el seguimiento a cada perfil de riesgo identificado. En paralelo, se desarrollarán acciones de educación en salud pública orientadas al fortalecimiento de capacidades individuales y familiares para el autocuidado, la adopción de hábitos de vida saludables, la prevención de enfermedades y la detección temprana de nuevos factores de riesgo.

Un componente fundamental será la orientación en procesos de aseguramiento y trámites administrativos, facilitando el acceso a la oferta institucional disponible y reduciendo barreras documentales o procedimentales. Esto incluirá no solo información, sino también acompañamiento efectivo en casos que lo requieran, para asegurar que cada residente pueda incorporarse al sistema de salud.

6.7.2 Actividad 2: Concertación e implementación del Plan de Bienestar

De acuerdo con la identificación del riesgo, el Gestor de Bienestar realizará derivaciones internas hacia otros perfiles del equipo MAS Bienestar en tu Hogar (medicina, enfermería, odontología, psicología, terapias, entre otros), o remisiones externas hacia servicios médicos de mayor complejidad, así como a programas sectoriales o intersectoriales relacionados con salud, integración social, educación, empleo o protección.

- Construcción conjunta con la persona o familia residente, definiendo acciones específicas para resolver las situaciones identificadas, reducción de riesgos y fortalecimiento de factores protectores.
- Educación en salud pública desde la exploración de hábitos y rutinas diarias, incluyendo prácticas de autocuidado y redes de apoyo.
- Definición conjunta de metas de corto plazo y posibles acciones de solución inmediata.

6.7.3 Actividad 3: Seguimiento

El Plan de Bienestar establecerá un sistema de seguimiento y monitoreo que permitirá evaluar el cumplimiento de las metas, la eficacia de las acciones y la persistencia o resolución de las necesidades detectadas. Este seguimiento estará respaldado por el registro sistemático de la información en la herramienta dispuesta para tal fin, asegurando la trazabilidad de cada caso y la retroalimentación constante para mejorar los procesos de intervención
El seguimiento a los usuarios se realizará conforme a la periodicidad establecida según el nivel de priorización, garantizando la continuidad del proceso y en los casos de cambio de residencia, se realizará la actualización oportuna de la información y la articulación con los servicios disponibles en el nuevo lugar de ubicación.

En la población con diagnóstico de enfermedades transmisibles, las acciones de seguimiento estarán orientadas a fortalecer la adherencia al tratamiento, mediante visitas periódicas, acompañamiento educativo, identificación de barreras de acceso y coordinación intersectorial que asegure la provisión oportuna de medicamentos y controles clínicos.

Respecto a las personas con actividades sexuales pagas, el seguimiento incluirá espacios de atención diferencial enfocados en la promoción de prácticas sexuales seguras, la prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS), el acceso oportuno a diagnóstico y tratamiento, así como el fortalecimiento de redes de apoyo y estrategias de autocuidado que favorezcan la protección de su salud y el ejercicio de sus derechos.

NOTA: Realizar seguimiento telefónico a las 72 horas a Gestantes sin controles, sin aseguramiento, así como los usuarios que fueren direccionados al servicio de urgencia o traslado en móvil.

Con el propósito de fortalecer los procesos de seguimiento y garantizar la trazabilidad de las intervenciones realizadas, se establece que los gestores de bienestar deberán presentar, de manera semanal, un reporte consolidado de las caracterizaciones efectuadas. Este informe deberá permitir la identificación clara y precisa de: Acciones desarrolladas: Detalle de las actividades ejecutadas, especificando el objetivo, el alcance, los recursos empleados y los resultados obtenidos. Seguimientos realizados: Registro de los procesos de acompañamiento efectuados, señalando los compromisos adquiridos, el nivel de

avance y los aspectos pendientes por gestionar. Descripción sociodemográfica: Información que refleje las principales características de la población atendida (edad, sexo, nivel educativo, condiciones familiares, entre otros datos relevantes), con el fin de orientar la toma de decisiones y la planeación de acciones diferenciales. Este reporte constituye un insumo fundamental para el análisis de la gestión, la identificación de necesidades emergentes y la articulación de estrategias que permitan optimizar la respuesta institucional

Semana	Gestor de Bienestar	N° de caracterizaciones realizadas	Acciones desarrolladas (resumen)				Descripción sociodemográfica (población atendida)	Principales necesidades identificadas	Compromisos pendientes	Observaciones / Alertas
			Concertación de Planes de Bienestar	Implementación de Planes de Bienestar	Seguimientos	Derivaciones				

6.7.4 Actividad 4. Cierre

Evaluación final de los avances logrados con respecto a los objetivos establecidos en el plan de bienestar inicial, que deberá comprender:

- Encuentro con la persona o familia beneficiaria y su red de apoyo (si aplica).
- Revisión conjunta de logros alcanzados, compromisos asumidos y necesidades.
- que requieren seguimiento por parte de otras instancias.
- Entrega de información sobre rutas y contactos clave para continuar el proceso de manera autónoma.

6.8 Tabla resumen de la acción de bienestar:

Nombre de la actividad	Periodicidad	Perfiles del talento humano	Entregables
Abordaje a Pagadiarios	Mensual	Técnico 1 (en áreas de la salud, ciencias sociales y humanas). Auxiliar en enfermería o técnico en salud pública.	Los entregables que aplican en la ficha técnica de abordaje.

6.9 Indicadores

Se utilizarán indicadores de gestión que permitan medir el alcance y la efectividad de la intervención, tales como:

N°	Nombre del indicador	Frecuencia de medición	Fórmula	Fuente	Tipo de indicador
1	Porcentaje de familias caracterizadas en pagadiarios	Mensual	Número de núcleos familiares caracterizados / Número total de núcleos familiares e identificados × 100	Base de usuarios / Base de usuarios con registro de aplicativo GTAPS	Gestión
3	Cumplimiento y eficacia del Plan de Bienestar	Mensual	Número de planes de bienestar con cumplimiento ≥ 70% de metas / Número total de planes de bienestar concertados * 100	Base de usuarios / Base de usuarios con registro de aplicativo GTAPS	Resultado

7.Acción de Bienestar 34: Casas MAS Bienestar

7.1 Conceptualización de los elementos centrales de la acción de bienestar o acción de gestión para el bienestar

La estrategia Casa MAS Bienestar surge como una respuesta a la creciente necesidad de descongestionar los servicios hospitalarios de Bogotá, particularmente los de urgencias y hospitalización. La saturación de estos servicios evidencia una brecha entre las capacidades institucionales y las demandas reales de la población, muchas veces asociadas a condiciones de salud que pueden ser tratadas en modalidades de baja complejidad y fuera del entorno hospitalario. En este sentido, la acción de bienestar se entiende como el conjunto de procesos que buscan garantizar la continuidad del cuidado en espacios dignos, seguros y humanizados, respondiendo no solo a criterios clínicos, sino también a determinantes sociales y territoriales que condicionan la salud y el bienestar de las personas.

Uno de los elementos centrales de esta acción es la gestión integral del riesgo, que orienta la identificación temprana de vulnerabilidades en tres niveles: individual, familiar y territorial. La caracterización en estas dimensiones permite establecer planes de cuidado diferenciados y oportunos, anticipando complicaciones y asegurando que los usuarios reciban la atención necesaria sin depender exclusivamente de la infraestructura hospitalaria. Este enfoque preventivo y predictivo convierte la gestión del riesgo en un eje fundamental de la acción de bienestar, al posibilitar intervenciones más resolutivas y sostenibles.

El segundo elemento clave corresponde al cuidado en entornos dignos y seguros, materializado en la Casa MAS Bienestar. Se trata de ofrecer a los usuarios un espacio transicional que garantice condiciones adecuadas de habitabilidad y acompañamiento profesional, especialmente en los casos en los que el hogar no brinda las condiciones mínimas para la hospitalización domiciliaria. Esta estrategia no solo favorece la recuperación en un ambiente más cercano, sino que además reduce la exposición a riesgos hospitalarios como infecciones asociadas al cuidado en salud.

La acción de bienestar también se fundamenta en la personalización del cuidado, donde cada usuario cuenta con un plan adaptado a sus condiciones médicas, sociales y emocionales. Este componente asegura que las intervenciones respondan a las necesidades específicas de cada persona, promoviendo la adherencia al tratamiento, fortaleciendo la confianza en el sistema de salud y mejorando la experiencia del usuario y su familia durante el proceso de recuperación.

Otro elemento central es el acompañamiento psicosocial y comunitario, que busca disminuir la carga emocional y física de los cuidadores, quienes enfrentan altos niveles de estrés y sobrecarga. Al contar con un entorno colectivo y con apoyo profesional, los cuidadores pueden tener espacios de respiro y corresponsabilidad, lo que contribuye a equilibrar sus roles y a garantizar la calidad del cuidado. Esta perspectiva humanizada del bienestar permite entender la salud como un proceso integral que abarca tanto a los usuarios como a quienes participan directamente en su recuperación.

La estrategia Casa MAS Bienestar se articula, además, con el Sistema Distrital de Cuidado, compartiendo el principio de redistribución de responsabilidades en torno al cuidado. Ambos modelos coinciden en ofrecer apoyo a las familias y a las personas cuidadoras, promoviendo la equidad de género y el reconocimiento de quienes históricamente han asumido el cuidado de manera no remunerada. De

este modo, la acción de bienestar se proyecta no solo como un servicio de salud, sino también como una herramienta de transformación social.

Un componente innovador de la acción de gestión para el bienestar es la incorporación de la tecnología en el seguimiento clínico y social de los usuarios. El uso de telesalud, telemonitoreo y teleasistencia fortalece la capacidad de los equipos de salud para garantizar continuidad y oportunidad en la atención, superando barreras geográficas y ampliando la cobertura. Estos recursos digitales se convierten en soportes esenciales para un modelo que busca ser preventivo, eficiente y con capacidad de respuesta en tiempo real.

El enfoque territorial y diferencial constituye otro de los elementos centrales. La acción de bienestar reconoce que las condiciones de vulnerabilidad no son homogéneas y que cada territorio presenta realidades particulares. Por ello, la implementación de Casas MAS Bienestar y de planes de cuidado debe priorizar las zonas de mayor vulnerabilidad y adaptarse a las necesidades de grupos específicos como personas mayores, personas con discapacidad o quienes viven en condiciones de pobreza extrema. Esta perspectiva asegura que la estrategia sea equitativa y justa en su alcance.

La articulación intersectorial e interinstitucional se configura como un pilar transversal de la acción de bienestar. La coordinación con el sector salud, las instituciones sociales y las comunidades es indispensable para consolidar un modelo que trascienda lo asistencial e incida en los determinantes sociales del bienestar. Solo a través de esta integración es posible garantizar sostenibilidad y consolidar un sistema de cuidado que responda a la complejidad del contexto urbano de Bogotá.

Dentro de este marco, la acción de bienestar también responde a un principio de eficiencia en el uso de los recursos públicos, pues al descongestionar los hospitales y reducir las estancias innecesarias, se libera capacidad para atender a pacientes de mayor complejidad y se optimiza el talento humano disponible. Así, la estrategia no solo mejora los resultados de salud de los usuarios, sino que contribuye a la sostenibilidad financiera y operativa del sistema.

En términos sociales, la acción de bienestar fortalece la confianza en las instituciones y promueve la construcción de tejido comunitario. Al ofrecer espacios de cuidado que integran atención médica, acompañamiento psicosocial y condiciones dignas de estancia, se favorece la recuperación activa de los usuarios y se reducen las desigualdades en el acceso a servicios de calidad.

En suma, la acción de bienestar o gestión para el bienestar integra elementos de gestión del riesgo, cuidado en entornos dignos, personalización, acompañamiento psicosocial, articulación intersectorial, uso de tecnologías y enfoque territorial. Se trata de un modelo innovador y humanizado que no solo responde a una necesidad estructural del sistema de salud en Bogotá, sino que también transforma la manera en que se entiende y se gestiona el cuidado, orientándolo hacia la dignidad, la equidad y la sostenibilidad.

7.2 Objetivo General

Implementar una estrategia de atención en modalidad extramural domiciliaria en Bogotá, destinado a usuarios que cumplen con criterios de inclusión excepto los relacionados con condiciones sociales, quienes serán atendidos en un establecimiento que ofrezca un entorno seguro, adecuado y confortable para su recuperación, garantizando la continuidad y culminación del plan de tratamiento clínico conforme al diagnóstico médico establecido.

7.3 Población sujeto

La población sujeta de la estrategia, usuarios de las Casas MAS Bienestar que son aquellos usuarios que, por su condición de salud y contexto social, requieren un entorno alternativo al domicilio habitual para garantizar la continuidad de su cuidado, la seguridad y el bienestar integral, para la terminación de su tratamiento.

Desde la perspectiva social y familiar, la población sujeta incluye a los usuarios que no cuentan con un entorno domiciliario adecuado, ni con cuidador primario o apoyo familiar suficiente o cuya vivienda no cumple con condiciones logísticas y de accesibilidad para la atención en salud. En tales casos, la estrategia Casa MAS Bienestar garantiza un espacio digno, seguro y adaptado para continuar con su cuidado en la modalidad de Hospitalización Domiciliaria y la valoración

7.4 5.4 Talento humano

Profesional Universitario 2 (Operativo): Profesional en Enfermería
Profesional Universitario 2 (Operativo): Profesional en Terapia Ocupacional
Profesional Universitario 2 (Operativo): Profesional en Psicología
Profesional Universitario 2 (Operativo): Artistas

Este equipo será de operación Distrital

Perfil	Subred que contrata
Terapeuta Ocupacional	Suroccidente Centro Oriente
Enfermería	Sur
Psicología	Norte
Artista	Sur
Artista	Suroccidente
Artista	Norte
Artista	Centro Oriente

7.5 Unidad de medida

Sesiones

7.6 Forma de reporte de ejecución del producto

Se reporta una sesión por cada actividad realizada

7.7 Descripción de la acción de bienestar:

7.7.1 Actividad 1. Sesiones de Colectivas Casas de MAS Bienestar

- Para iniciar la sesión la Bina realizará revisión de los usuarios en hospitalización domiciliaria, procurando identificar aspectos de la historia clínica y plan de cuidados a tener en cuenta, así como la Identificación de riesgos clínicos (movilidad, dolor, dispositivos médicos, aislamiento, etc.); que puedan interferir en el desempeño y la participación.

- Definición del tipo de sesión a realizar que podrán estar ser:
  - **Sesión de Autocuidado Integral:** Espacio formativo y vivencial que integra el enfoque clínico-preventivo de la enfermería, centrado en la promoción de la salud, el reconocimiento temprano de riesgos y la prevención de complicaciones propias de la hospitalización domiciliaria, que se complementa con las expresiones de las artes, que facilitan la comunicación, la participación activa y la apropiación de saberes. Se busca fortalecer prácticas cotidianas de cuidado y autocuidado, adaptadas a un entorno de estancia institucional temporal, desde una experiencia significativa y creativa.

    Dentro de estas sesiones pueden desarrollar temas asociados a: Promoción de la salud, prevención y hábitos de cuidado o se puede explorar: alimentación saludable, higiene, rutinas de sueño, manejo de medicación, movimiento corporal suave, adherencia a tratamientos, alivio de síntomas.

- **Sesión para la Autonomía Cotidiana:** Proceso pedagógico que combina el enfoque rehabilitador y de inclusión de la terapia ocupacional, orientado a mantener la funcionalidad, promover la independencia y favorecer la adaptación al entorno de hospitalización domiciliaria, a partir de las ocupaciones. Se integra con las artes como recurso expresivo y de creación de apoyos prácticos, a fin de afianzar habilidades (Motoras, Sensoriales, Cognitivas, etc.). Favorece el diseño de rutinas adaptadas, la estimulación cognitiva y la construcción de herramientas artesanales que potencian la autonomía y el sentido de control en los participantes.
  Para estas sesiones podrán abordar temáticas fortalecimiento de la funcionalidad, independencia y participación social, estimulación cognitiva (memoria, atención, planeación), rutinas adaptadas, ocupación con significado, artes y oficios que apoyen motricidad, creatividad y elaboración de ayudas prácticas; manejo de ayudas técnicas o adaptaciones en el hogar. Tiempo Libre con Sentido; donde se implementará el Juego adaptado al curso de vida, dinámicas lúdicas, expresión creativa y recreación para bienestar y ocio.

- **Sesión Círculos de Bienestar Emocional:** Encuentro grupal que une el enfoque clínico y comunitario de la psicología, centrado en la promoción de la salud mental, el manejo de emociones y el fortalecimiento de factores protectores en contextos de hospitalización domiciliaria. Se apoya en las artes como vehículo de expresión emocional y cohesión social. Propicia un espacio seguro para la escucha, la relajación y la creación colectiva que aporta al equilibrio emocional, disminuye la carga asociada al aislamiento y fortalece los vínculos familiares y comunitarios.
  En esta sesión podrán abordar temáticas de regulación emocional, escucha activa, cohesión social, resignificación de experiencias y fortalecer identidad, explorando la resiliencia, manejo de ansiedad, expresión emocional y organización de redes de apoyo familiar y comunitaria, así como habilidades para el liderazgo

7.7.2 Actividad 2. Repositorio de actividades para Sesiones de Colectivas en Casas MAS Bienestar

El equipo de manera conjunta y posterior a la ejecución de acciones realizará un repositorio digital destinado a registrar, organizar y clasificar las acciones y

actividades artísticas-desarrolladas en el marco de la hospitalización domiciliaria, con el fin de garantizar su trazabilidad, facilitar la consulta por parte del equipo profesional y promover la reutilización creativa de estas experiencias como apoyo al plan de cuidado y a la innovación terapéutica.

7.8 Tabla resumen de la acción de bienestar:

Nombre de la actividad	Periodicidad	Perfiles del talento humano	Entregables
Sesiones de Colectivas de Bienestar	Diaria – 4 horas	Profesional Universitario 2 (Operativo) Enfermera, Terapeuta Ocupacional, Artista	• Planeación de actividades concertada con los lideres de las casas MAS Bienestar – Acta • Listado de participantes por Sesiones • Aplicativo GTAPS- Modulo sesiones colectivas • Registro Fotográfico
Repositorio Actividades casas MAS Bienestar	Bimensual	Enfermera, Terapeuta Ocupacional, Artista	Repositorio Actividades casas MAS Bienestar por las categorías de acciones definidas

7.9 Indicadores

N°.	Nombre del indicador	Frecuencia de medición	Fórmula	Fuente	Tipo de indicador
1	Cobertura de pacientes hospitalizados en casa que participan en las sesiones	Mensual	(N° pacientes participantes / Total pacientes en hospitalización domiciliaria convocados) x 100	Aplicativo GTAPS	Gestión o Resultado
2	Frecuencia de participación de los pacientes en las sesiones colectivas	Mensual	(N° de sesiones asistidas por paciente / N° total de sesiones programadas) x 100	Aplicativo GTAPS	Gestión o Resultado

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%2003280%20de%202018.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2022). Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031.
- Secretaría Distrital de Salud de Bogotá & Secretaría Distrital de Integración Social. (2024). Convenio de cooperación interinstitucional para la implementación del Sistema Sociosanitario en Bogotá. Bogotá D.C.
- Alcaldía Mayor de Bogotá. (2024). Política pública social para el envejecimiento y la vejez en Bogotá D.C. Secretaría Distrital de Integración Social.
- Secretaría Distrital de Salud. (2025). Informe de gestión de los Equipos MÁS Bienestar en unidades de larga estancia. Bogotá D.C.
- Alcaldía Mayor de Bogotá. (2024). Política pública social para el envejecimiento y la vejez en Bogotá D.C. Secretaría Distrital de Integración Social.
- Secretaría Distrital de Salud de Bogotá & Secretaría Distrital de Integración Social. (2024). Convenio de cooperación interinstitucional para la implementación del Sistema Sociosanitario en Bogotá. Bogotá D.C.
- Secretaría Distrital de Salud. (2025). Informe de gestión de los Equipos MÁS Bienestar en unidades de larga estancia. Bogotá D.C.
- Díaz, Y., Narváez, L., Angulo, R., Espinosa, F., Carrero, A., Cárdenas, C., & Bocanegra, A. Focalización para población usuaria de soluciones habitacionales temporales tipo pagadiario en la ciudad de Bogotá.
- Secretaría Distrital de Planeación – Bogotá, Análisis de las privaciones experimentadas por la población usuaria de pagadiarios (enero 2024). Estudio que caracteriza condiciones de vida, salud y vulnerabilidad de quienes habitan estos alojamientos informales.
- Secretaría de Integración Social – Bogotá, Radiografía del fenómeno del 'paga-diario' en Bogotá (julio 2023). Revela cifras sobre el número de pagadiarios y condiciones de los residentes (ingresos, migración, inseguridad alimentaria).
- Hablemos Bogotá: Habitabilidad de calle en Bogotá (2025). Aporta datos recientes.

VERSIÓN	FECHA DE APROBACIÓN	RAZÓN DE CREACIÓN O ACTUALIZACIÓN
1	18/09/2025	Inicio convenios interadministrativos MAS Bienestar en Tu Hogar.

	ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
Nombre (s)	Diego Fernando Rodriguez Nieto Diana Marcela Velandia Barrera Diana Lucia Ulloa Poveda Martha Liliana Tuno Lopez	Marcela Martínez Contreras Johanna Andrea Torres	Marcela Martínez Contreras Johanna Andrea Torres
Cargo	Profesionales Especializados	Subdirectora de Acciones Colectivas Asesora de Despacho	Subdirectora de Acciones Colectivas Asesora de Despacho
Fecha	Septiembre 2025	Septiembre 2025	Septiembre 2025