MÁS BIENESTAR EN TU HOGAR

PRODUCTOS:

INFORME DE AVANCE EN LA GESTIÓN TÉCNICA, ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA CONVENIO 8373570 DE 2025

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

FECHA (20/01/2026)

Bogotá D.C

Calle 9 No. 39-46
PBX: 555 1347
Ext: 1008
www.subredsuroccidente.gov.co

Código Postal: 111611

TABLA DE CONTENIDO

Contenido

1. INTRODUCCIÓN 6
2. OBJETO 7
3. ALCANCE 7
4. ACCIÓN INTEGRADA E INTEGRAL CUIDADO CONTINUO POR UNA VIDA CON BIENESTAR 8
4.1 AVANZADA PARA EL ABORDAJE TERRITORIAL 8
4.2 APROPIACIÓN TERRITORIAL 13
4.2.1 Jornadas Intensificadas de Apropiación y Actualización Territorial Equipos MÁS Bienestar en tu Hogar (cuando aplique) 18
NO APLICA PARA ESTE PERIODO 18
4.3 GESTORES MÁS BIENESTAR 18
4.3.1 Gestores de Bienestar en línea 18
4.3.2 Abordaje Territorial: Gestor MÁS Bienestar 31
4.4 PLANES DE BIENESTAR 37
4.4.1 Materno 40
4.4.2 Infancia 43
4.4.3 Condiciones crónicas 46
4.4.4 Salud mental 48
1.4.V Población con discapacidad y limitación funcional 54
4.4.6 Personas con Soledad Social 59
4.4.7Cáncer 63
4.4.8Salud oral 66
4.4.9 Salud ambiental 68
Factores de Incidencia y Cierres de Caso 70
Acciones de Mejora para el Fortalecimiento del Acompañamiento 70
4.4.10 Atención de jornadas y contingencias 71
Localización y Cobertura Territorial de las Jornadas 78
4. 5 SERVICIOS COMPLEMENTARIOS 79
4.5.1 Servicios Complementarios Vacunación 79

4.5.2 Servicios Complementarios Laboratorios 80

4.5.3 Servicios Complementarios Medicamentos 83

4.5 ABORDAJE EN EL MARCO DE LA APSOCIAL 85

4.6.1 Pagadiarios con MAS Bienestar 85

4.6 4.6.3 Jornadas MÁS Bienestar para ciudadanos con habitanza o habitabilidad en calle - Recorrido Nocturno. 88

4.7 4.6.4 Jornadas de identificación de riesgos y atención Integral para ciudadanos con habitanza o habitabilidad en calle 91

4.8 4.6.5 Desarrollo de acciones intersectoriales en el marco de la Atención Primaria Social: Población privada de la libertad 92

4.9 4.6.7 Desarrollo de acciones intersectoriales en el marco de la Atención Primaria Social: POBLACIÓN CON ABANDONO SOCIAL 95

4.10 4.6.8 Casas MAS Bienestar 99

5. CUIDADO CONTINUO POR UNA VIDA CON BIENESTAR CON ENFOQUE DIFERENCIAL POBLACIONAL Y DE GÉNERO 100

5.1 FAMILIAS ÉTNICAS-AFRODESCENDIENTES 100

5.1.1 Plan de Bienestar con Familias Étnicas – Afrodescendientes 100

5.1.2 Apechontería con familias étnicas – Afrodescendientes 102

5.1.3 Técnicas de curación ancestral - Negras y Afrocolombianas 103

Acciones Colectivas Diferenciales con familias Étnicas de comunidades Negras y Afrocolombiana 103

5.2 FAMILIAS ETNICAS-PALENQUEROS 105

5.2.1 Plan de Bienestar con Familias Étnicas - Palenqueros de la estrategia MÁ MEDICINA RI PALENGE- KILUMBA 105

Tabla 32. Plan de Bienestar con Familias Étnicas - Palenqueros 105

5.2.2 Acciones Colectivas Diferenciales con familias étnicas – Palenqueros 106

Tabla 33. Acciones Colectivas Diferenciales con familias étnicas – Palenqueros 106

5.2.3 Acciones Propias de medicina ancestral – Palenqueros 107

5.3 FAMILIAS INDÍGENAS EMBERA 108

5.3.1 Gestión Integral del riesgo en familias indígenas embera 108

5.3.2 Acciones promocionales Estrategia Unidad de atención integral comunitaria (UAIC) 109

5.4 FAMILIAS DEL CABILDO INDIGENA WOUNAAN 110

5.4.1 Gestión del riesgo en familias del cabildo indígena Wounaan de Bogota D.C Comunidad Baud Mos. No aplica para subred Sur Occidente 110

5.4.2 Acciones con enfoque en medicina ancestral cabildo indígena Wounaan comunidad Baud Mos 111

5.5 FAMILIAS CUMPAÑA ROMANI 111

5.6 FAMILIAS COMUNIDADES INDIGENAS MUISCA 114

5.6.1 Plan de Cuido para las Familias de las comunidades indígenas Muiscas Bosa y Muiscas Suba 114

Tabla 43. Plan de Cuido para las Familias de las comunidades indígenas Muiscas Bosa 114

6. CUIDADO CONTINUO POR UNA VIDA CON BIENESTAR PARA LA RURALIDAD DE BOGOTÁ 116

6.1 GESTORES MAS BIENESTAR: Abordaje Territorial: Gestor MAS Bienestar. 116

6.2 PLANES DE BIENESTAR 116

7. GESTIÓN TERRITORIAL DE LA ATENCIÓN PRIMARIA SOCIAL DESDE LOS EQUIPOS MÁS BIENESTAR EN TU HOGAR 118

7.1 COORDINACIÓN DE LOS EQUIPOS MÁS BIENESTAR EN TU HOGAR 118

7.1.1 Coordinación de los Equipos de MÁS Bienestar en tu hogar 118

7.1.2 Gestión financiera integral del convenio 121

7.1.3 Resultados operativos del proceso de supervisión 130

7.2 GRUPO DE GESTIÓN DE LOS EQUIPOS MAS BIENESTAR EN TU HOGAR 131

7.2.1 Gestión de la información para la planeación, toma de decisiones y análisis de resultados 131

7.2.2 Seguimiento y gestión de las derivaciones y activaciones de rutas sectoriales e intersectoriales 148

7.2.3 Ruta de aseguramiento 152

7.2.4 Líder de acceso y EPS 156

7.2.5 Seguimiento a cohorte 157

7.2.6 Inducción, seguimiento y acompañamiento al talento humano 162

7.3 DINAMIZACIÓN DE LAS ACCIONES DE LOS EQUIPOS MAS BIENESTAR EN TU HOGAR 164

7.3.1 Liderazgo para la dinamización de las acciones 164

7.3.2 Planeación y gestión territorial para la toma de decisiones con base en el análisis espacial y su incidencia en los resultados en salud 169

7.4. GESTIÓN OPERATIVA DE LOS EQUIPOS MÁS BIENESTAR EN TU HOGAR 176

7.4.1 APOYO A LA GESTIÓN OPERATIVA DE LOS EQUIPOS MÁS BIENESTAR EN TU

HOGAR 176

7.4.2 DESARROLLO DE CAPACIDADES DEL TALENTO HUMANO A NIVEL DISTRITAL 177

7.4.3 GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN Y SOPORTE A NIVEL DISTRITAL 178

8. ACCIONES DE BIENESTAR COMITÉS DE CUIDADO 189

8.1 REUNIÓN DE EQUIPO 189

8.2 DESARROLLO DE CAPACIDADES DE LOS EQUIPOS MAS BIENESTAR EN TU HOGAR 189

8.3 COMITÉ TERRITORIAL 190

8.4 ESPACIOS DE PRECRÍTICA Y SEGUIMIENTO 191

8.5 DESCRIPCIÓN DEL PROCESO DE INDUCCIÓN Y FORTALECIMIENTO DE COMPETENCIAS TÉCNICAS DE LOS EQUIPOS DEL CONVENIO (SÓLO PARA OCTUBRE Y NOVIEMBRE DE 2025) 191

1. INTRODUCCIÓN

El presente documento da cuenta del avance de los procesos en la gestión administrativa y técnica en la ejecución del convenio interadministrativo N° 8373570 de 2025 por parte de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. En él se presenta información consolidada de las actividades realizadas del 1 de octubre de 2025 al 31 de diciembre de 2025.

2. OBJETO

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

3. ALCANCE

A través de este convenio se aunarán esfuerzos entre el FFDS-SDS y la Subred Integrada de Servicios de Salud Subred Sur Occidente E.S.E; en cumplimiento del objeto del convenio, las partes se comprometen a aportar los recursos económicos, técnicos y administrativos, de acuerdo con los compromisos de cada entidad, para la implementación de actividades de gestión del riesgo individual y colectivo, y de promoción para el cuidado de la salud, en la modalidad extramural de acuerdo con las necesidades y prioridades de la población a nivel individual, familiar y territorial en el Distrito Capital; de acuerdo con el Plan Territorial de Salud y las metas de los proyectos de inversión, los lineamientos señalados en los Anexos Nº.5 “lineamiento operativo”; Anexo Nº 6 “ Plan Programático y Presupuestal -PPP” y Anexo Nº.7.“Insumos requeridos”; en los cuales se establecen las directrices para la ejecución de las acciones

4. ACCIÓN INTEGRADA E INTEGRAL CUIDADO CONTINUO POR UNA VIDA CON BIENESTAR

4.1 AVANZADA PARA EL ABORDAJE TERRITORIAL

En el marco del posicionamiento del Modelo Territorial de Salud (Más Bienestar) se realizó articulación con el equipo de Vigilancia Basada en Comunidad -VBC- de la Subred Sur Occidente, reconociendo la amplia trayectoria que se tiene desde este equipo en la interlocución comunitaria con actores estratégicos en las localidades de influencia de la Subred. Dicha articulación ha consistido en acompañar los espacios de fortalecimiento y/o asistencias técnicas que realizan los referentes locales de VBC con actores comunitarios, en dicho sentido, se ha procurado socializar el Modelo Territorial de Salud y las acciones que

realizan los Equipos Más Bienestar en tu Hogar (EMBH) con presidentes de Juntas de Acción Comunal, madres comunitarias, fundaciones sociales, líderes y lideresas sociales. En la localidad de Kennedy se cuenta con 25 actores identificados en el directorio de Organizaciones de Base Comunitaria, logrando evidenciar que de estos 11 muestran un nivel de influencia alto siendo actores con capacidad de decisión directa, recursos o liderazgo amplio, con posibilidad de influir en políticas, estrategias o coordinación interinstitucional y 14 con una influencia media, ya que pueden apoyar, mediar o facilitar procesos en su comunidad o sector, aunque no tenga poder formal de decisión. Frente al interés 6 evidencian un nivel medio ya que muestran interés moderado, participando de manera ocasional, con compromisos mínimos, pero no lideran ni promueven activamente el modelo, por su parte, 18 muestran un interés alto, participando activamente en iniciativas relacionadas, proponiendo ideas, colaborando y priorizando temas de salud y bienestar en su agenda y en 1 se evidenció interés bajo, mostrando desconfianza en la institucionalidad. En la localidad de Bosa se han identificado 13 actores, 6 de ellos con influencia alta y 7 con influencia media, mostrando todos interés alto. En cuanto a las localidades de Puente Aranda se identificaron 2 actores, ambos con influencia media, uno con interés medio y otro alto y en Fontibón se han identificado 4 actores, 3 de ellos con influencia alta y uno con influencia media, mientras que todos mostraron interés alto. A partir de estos abordajes comunitarios se ha logrado dar a conocer el qué hacer de los EMBH, identificando además necesidades en las áreas de gestión del riesgo de la Subred e identificando necesidades comunitarias, en donde resulta importante realizar tomas sectoriales, tal es el caso del Barrio Santa Paz en Kennedy, o el Barrio San Bernardino en Bosa.

Por otra parte, se ha participado en las Mesas Locales de Bienestar y en el Espacio Sectorial de Coordinación del componente de Gestión y Análisis de políticas de la Subred, en estos escenarios se ha logrado interlocutar con otros procesos o estrategias de la Subred Sur Occidente y de la Secretaría Distrital de Salud, con el fin de reconocer las acciones que se realizan en el marco de la Gestión del Riesgo Colectiva en Salud Pública, esto es esencial para lograr respuestas armonizadas en las localidades y así mismo alinear el lenguaje en las acciones que se desarrollan en el marco de la Atención Primaria Social.

En el mes de octubre se acompañó la toma sectorial llevada a cabo en el sector del barrio Pastrana en la localidad de Kennedy, en el mes de noviembre se llevó a Cabo en La Guaca de la localidad de Puente Aranda y en diciembre en Patio Bonito II sector en la localidad de Kennedy, en los tres sectores se logró interlocución con actores comunitarios, propendiendo el fortalecimiento de la confianza comunitaria frente a la institucionalidad y las acciones que se realizan desde el sector. Como principal dificultad en la interlocución y el trabajo con comunidades y actores estratégicos se ha identificado la desconfianza en la institucionalidad, resaltando principalmente la coyuntura electoral que atraviesa el país, lo que genera que se relacionen las acciones públicas como estrategias políticas, así mismo, se ha identificado amplio desconocimiento frente al modelo territorial de salud, por lo que las comunidades han sugerido mayor difusión de la información en medios masivos de

Comentado [1]: Felicitaciones al equipo de gestión territorial (avanzada) por lograr este nivel de gestión e interpretación desde el concepto de mapa de actores (evidenciando la relación e interés en el proceso EMBH).

Comentado [2R1]: ajustado

comunicación y redes sociales.

Tabla 1. Zonas con dinámicas de difícil acceso

LOCALIDAD	ZONAS DE DIFÍCIL ACCESO IDENTIFICADAS	ZONAS DE DIFÍCIL ACCESO APERTURADAS	%
Kennedy	1	1	100%
Total Subred	**1**	**1**	**100%**

Fuente: Matriz de las zonas a las que se pudo tener acceso

Se identificó el barrio Patio Bonito II sector, en la localidad de Kennedy, como una zona con dinámicas de difícil acceso por baja efectividad debido a la desconfianza y el desconocimiento de las comunidades e incremento del indicador trazador: Mortalidad de personas gestantes, en ese sentido desde el componente geográfico y el equipo de dinamización se planeó la realización de una toma sectorial como estrategia de abordaje para llegar de manera más amplia al territorio; en ese sentido, desde el componente de Gestión Territorial (avanzada) Se realizó acercamiento con el comandante del CAI Patio Bonito II con el fin de dar a conocer el Modelo Territorial de Salud, las acciones de los EMBH, con el fin de buscar el reconocimiento de la presencia de las colaboradoras de la Subred en el territorio y propender la seguridad de ellos y ellas en la realización de las acciones. Así mismo, se realizó este ejercicio con la Junta de Acción Comunal de este barrio, buscando a su vez que la comunidad cuente con la información frente al accionar de los equipos, entendiéndose como actores estratégicos de difusión de la información, con quienes además se pueden construir lazos de confianza que pueden tener influencia en la receptividad que tienen los hogares para permitir el ingreso de los y las gestoras de bienestar. Así mismo, se realizó articulación con el equipo de Gestión y Análisis de políticas públicas de la Subred, para afianzar las articulaciones intersectoriales necesarias para dar a conocer el modelo territorial en salud y así mismo, en los casos que se requiera, lograr el acompañamiento de otros sectores y entidades para fortalecer el accionar de los EMBH en las áreas de gestión del riesgo en las localidades de influencia de la Subred Sur Occidente

A su vez, durante el trimestre correspondiente a los meses de octubre, noviembre y diciembre, el componente de Gestión Territorial Avanzada desarrolló acciones orientadas al fortalecimiento de competencias en prescripción social, dirigidas a los Equipos Más Bienestar en tu Hogar (EMBH), con el objetivo de fortalecer capacidades conceptuales, técnicas y territoriales para la implementación de una atención integral en salud con enfoque comunitario. En el mes de octubre, el proceso se centró en la apropiación y reconocimiento

Comentado [3]: ¿En el resto de localidades no se identificaron zonas con dinámicas especiales para el acceso?

Comentado [4R3]: Ajustado...Para el periodo reportado solo se identificó una zona en la localidad de Kennedy

Comentado [5]: Es muy positivo poder avanzar en este apartado, dadas las circunstancias frente de la prescripción social les felicito por su iniciativa y gestión del tema.

Comentado [6R5]: ajustado

del concepto de prescripción social, a través de espacios de orientación técnica articulados con la referente Johana Rojas de la subred sur Occidente. Esta articulación permitió contextualizar la prescripción social como una estrategia complementaria a la atención en salud, orientada a la identificación de necesidades sociales y la conexión con recursos comunitarios no clínicos del territorio. Durante el mes de noviembre, el fortalecimiento se desarrolló en el espacio de reunión de equipo, abordando inicialmente la pregunta sobre qué hace el equipo de Gestión Territorial, definiéndolo como: “El conjunto de procesos y acciones que realiza el ente territorial en salud con otros actores a nivel sectorial e intersectorial para lograr la implementación de una atención integral en salud a las familias y comunidades” A partir de esta definición, se describieron y socializaron las cuatro actividades asignadas al componente según el lineamiento operativo, profundizando en el rol estratégico del equipo dentro del Modelo Más Bienestar en tu Hogar. Posteriormente, se socializó la prescripción social como una práctica que busca conectar a los usuarios de los servicios de salud con recursos comunitarios no clínicos del territorio, tales como programas culturales y deportivos, grupos comunitarios, redes de apoyo, actividades artísticas, iniciativas barriales, casas de cultura, bibliotecas, talleres de habilidades, emprendimientos y espacios protectores disponibles en la localidad.

Se expuso de manera clara el objetivo de la prescripción social, orientado a fortalecer el bienestar integral de los usuarios mediante la conexión intencionada y acompañada a recursos comunitarios del territorio, que aporten a la salud mental, la participación social y el fortalecimiento de proyectos de vida, complementando la atención clínica tradicional. En este espacio se aplicaron pre test y post test, cuyos resultados fueron analizados de manera individualizada, permitiendo evidenciar el fortalecimiento de conocimientos y la apropiación conceptual por parte de los participantes. Estos insumos se encuentran debidamente documentados como soporte del proceso.

En el mes de diciembre, el fortalecimiento por parte del equipo de Gestión Territorial Avanzada, abordando la temática desde el concepto de Bienestar, articulando este concepto con la prescripción social. Se enfatizó que la prescripción social trasciende el enfoque medicalizado y el tratamiento no farmacológico tradicional, posicionándose como una estrategia integral que reconoce: El conocimiento del territorio, La empatía frente a la oferta social, el respeto por la individualidad y las diferencias y el reconocimiento de necesidades sociales, emocionales y comunitarias.
Adicionalmente, se incorporó un espacio de reflexión sobre enfoque de género, definiéndolo como una construcción social relacionada con los roles y atributos asignados a hombres, mujeres y personas no binarias, dependiente del contexto histórico, político y cultural, y no como una condición innata o fija. Se promovieron reflexiones orientadas a la transformación de prácticas y lenguajes en el ámbito laboral, resaltando que el lenguaje construye o destruye, que los roles laborales no tienen género, que entre equipos se reconocen como colegas y que los logros profesionales no deben ser asociados a estereotipos de género.

Al igual que en los meses anteriores, se aplicaron pre test y post test, con su respectivo análisis de resultados individualizados, los cuales evidencian avances en la comprensión del bienestar, la prescripción social y los enfoques diferenciales por parte del talento humano participante.

Frente a la socialización de la oferta de servicios de la prescripción social, es importante señalar que, a la fecha, el portafolio oficial aún no ha sido formalizado por la Secretaría Distrital de Salud. Una vez este insumo sea entregado oficialmente al componente de Gestión Territorial Avanzada, se realizará la socialización correspondiente con los equipos, la cual quedará debidamente soportada mediante actas.

El equipo de Gestión territorial (Avanzada) también desarrolló acciones orientadas a apoyar los procesos de control social definidos por la línea operativa, fortaleciendo la participación comunitaria y ejercicios de veeduría en los equipos Más Bienestar en tu Hogar. Se consolidó y actualizó el directorio de veedores comunitarios, integrado por veedores pertenecientes al PIC, quienes también cumplen funciones de veeduría para los Equipos Más Bienestar en tu Hogar, organizados por localidad de la siguiente manera:

Kennedy: Olga Lucía Santiago
Puente Aranda: Salomón Silva Aldana, Mirian Parra Martínez
Fontibón: Leónidas Pérez
Bosa: María Elena Agudelo, María Eugenia Páez, Aurora Gaitán Villamil, Doris Angélica León, Luis Eduardo Morales

Este directorio facilita la articulación territorial, la comunicación permanente y el seguimiento a los procesos de control social. De manera mensual, el equipo realizó acompañamientos a las veedurías comunitarias, de acuerdo con las citaciones y espacios convocados. Estos acompañamientos cuentan con sus respectivas actas soporte, donde se registran los temas abordados, orientaciones brindadas y compromisos adquiridos

A la fecha, el equipo de Gestión Territorial consolidó avances significativos en la implementación de la Actividad 4, orientada al fortalecimiento del control social y al cumplimiento de los entregables establecidos en la línea operativa. El 9 de diciembre de 2025, en el espacio mensual de veedores realizado en la Casa de la Justicia de Bosa, se oficializó la reorganización del modelo de veedurías por localidades (Bosa, Kennedy, Puente Aranda y Fontibón), dejando atrás la organización por entornos. Este ajuste permitió optimizar la comunicación, mejorar la coordinación operativa y facilitar la intervención territorial.

En este nuevo esquema se definieron dos figuras clave por localidad:

- Líderes de análisis de políticas, encargados de acompañar las instancias y orientar el trabajo estratégico.

- Facilitadores locales, responsables de la coordinación logística, agendas, recorridos y articulación con las Alcaldías Locales.

Asimismo, se reiteró que los facilitadores acompañan exclusivamente las actividades en las que participan los veedores, dado que los equipos territoriales desarrollan de forma autónoma sus procesos regulares. También se informó que durante diciembre las prioridades institucionales estuvieron centradas en acciones de educación comunitaria relacionadas con el uso responsable de pólvora y consumo de alcohol, lo cual implicó ajustes en la agenda regular.

Paralelamente, se sostuvo un espacio de articulación con Said Lozano, referente de Participación, en el cual se revisaron los entregables mensuales: directorio actualizado, actas de acompañamiento e informe mensual de gestión de veedurías. En este espacio se confirmó que los veedores del PIC pueden ejercer también como veedores del Modelo Más Bienestar en tu Hogar, lo cual permite unificar el directorio y evitar duplicidades. Finalmente, se aclararon los requisitos para nuevas vinculaciones y se fortaleció la planeación operativa, dejando un esquema de trabajo más claro para el cierre de la vigencia 2025 y el inicio del año 2026, con información técnica organizada y debidamente soportada.

4.2 APROPIACIÓN TERRITORIAL

Para el proceso de apropiación territorial desde la subred Sur occidente se tiene proyectado realizar el alistamiento, desarrollo y resultados de este producto en el mes de enero proyectando el siguiente cronograma de ejecución.

Cronograma jornadas de apropiación territorial

PROCESO	ENERO			
	1	2	3	4
	SEMANA	SEMANA	SEMANA	SEMANA
ALISTAMIENTO	X			
DESARROLLO		X		
CONSOLIDACIÓN			X	
RESULTADOS				X

Fuente: Elaboración propia.

En el presente apartado se expondrá cómo se ha venido realizando la ejecución de las actividades durante los tres meses de evaluación.

En los Equipos Más Bienestar en tu Hogar (EMBH) de la subred Sur occidente contamos con un total de 190 áreas de gestión del riesgo (AGR), distribuidas en nuestras cuatro

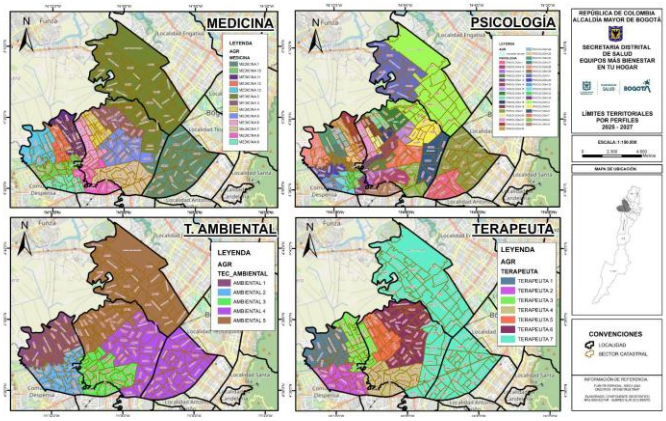
localidades; 89 en Kennedy, 83 en Bosa, 10 en Puente Aranda y 8 en Fontibón, esta distribución se mantuvo en relación al convenio anterior respetando los límites catastrales y para algunos casos específicos límites de barrios comunes, con el fin de mantener una equidad en la cantidad de hogares, predios y población para abordar.

Comentado [7]: Recordar que "En el marco del proceso de apropiación territorial, las subredes deberán describir los hallazgos cualitativos del proceso territorial identificados por los profesionales asignados en cada sector, priorizando el análisis interpretativo por encima del dato numérico" la tabla con la cantidad de talento humano no es necesaria ni requerida en este apartado.

Comentado [8R7]: Ajustado

La distribución territorial por cada perfil se fundamentó en la proximidad espacial y la cantidad de áreas de gestión del riesgo en el principio de igualdad (Ver mapa 1), sin embargo, esto puede variar operativamente de acuerdo con la cantidad de casos priorizados para atender y la capacidad del talento humano disponible. En dicho mapa podemos observar solo algunos ejemplos de distribución por perfiles, donde la congregación de colores nos indica que para cada perfil hay una agrupación de áreas designadas, sobre las cuales cada profesional ejercerá sus funciones en el territorio.

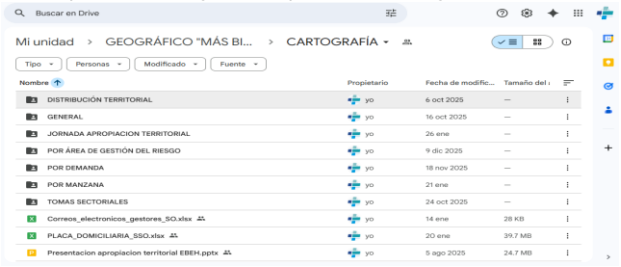
Mapa 1. Distribución territorial por perfiles- ejemplo



Fuente: GDB diciembre 2025

El desarrollo de las actividades en terreno se viene dando desde ambas estrategias, tanto el ruteo como el barrido casa a casa, para este último se creó un repositorio (Ver imagen 1) en donde cada gestor o gestora mediante correo electrónico estandarizado (se generó un correo para cada área de gestión del riesgo) accede a todos los insumos cartográficos con los que cuenta, desde los mapas generales hasta los mapas por manzana, además de la distribución territorial por líder y área, hasta un orden de abordaje sugerido.

Repositorio cartográfico - operación estrategia casa a casa



Fuente: Google drive - componente geográfico

La idea de este repositorio es que tanto el gestor como la líder se apropien del espacio geográfico asignado y tengan los insumos para el desarrollo de las actividades en terreno, además del acompañamiento profesional de los compañeros geógrafos.

4.2.1 Jornadas Intensificadas de Apropiación y Actualización Territorial Equipos MÁS Bienestar en tu Hogar (cuando aplique)

NO APLICA PARA ESTE PERIODO

4.3 GESTORES MÁS BIENESTAR

4.3.1 Gestores de Bienestar en línea

PLANEACIÓN DEL ABORDAJE

En el marco de la gestión familiar del riesgo en la subred suroccidente para la implementación de los equipos MÁS Bienestar en tu Hogar, durante el periodo reportado la planeación, estuvo mediada en primera media por una inducción para el fortalecimiento de habilidades y competencias técnicas dirigidas a los gestores en línea, enfocadas en el conocimiento del territorio, los sistemas de información, de la orientación adecuada de los procesos de atención, las cohortes de riesgo y la respuesta oportuna de las mismas como eje articulador entre la población y los equipos que se encuentran constantemente en el territorio para la identificación temprana de necesidades, el acceso oportuno a los servicios de salud, la derivación a planes de bienestar familiar e individual y a rutas integrales e intersectoriales, así como al acompañamiento continuo de las familias, con el propósito de

garantizar respuestas integrales y efectivas.

A cada uno de los gestores en línea se les asignaron unos sectores catastrales, una sede específica con líderes operativas a cargo, para realizar las acciones operativas, garantizando de esta manera; el espacio, las herramientas tecnológicas (Computadores y celulares) en pro de la gestión activa del riesgo contemplado dentro del plan de acción. Las sedes actuales para la operación son: Sede administrativa Pablo VI, USS Asunción Bochica, Sede administrativa Laureles y Sede administrativa puerta de Teja; es importante mencionar que previo al uso e implementación con las herramientas tecnológicas cada uno de los gestores en línea fueron a hacer reconocimiento de sus sectores catastrales en campo, lo cual les permitió hacer una cartografía detallada y reconocer el territorio que tiene asignado.

GESTIÓN DE LA ESTRATEGIA DE RUTEO

A continuación, se describen los avances y logros en la implementación de la estrategia de ruteo para la Subred Suroccidente, analizando los resultados obtenidos según las cohortes de riesgo en el periodo comprendido de octubre-diciembre 2025 de acuerdo a cada una de las tablas que se evidencian a continuación:

Tabla 1. Casos Gestionados. Estrategia Ruteo

Grupo Riesgo	Número de casos asignados desde SDS (Gestor en línea)	Total de Casos gestionados (Gestor en línea)	Número de casos asignados desde SDS (Gestor de bienestar)	Total de Casos gestionados (Gestor de bienestar)	Número de casos asignados desde SDS (Profesionales)	Total de Casos gestionados (Profesionales)	Total de casos asignados desde SDS	Total de Casos gestionados	Porcentaje de avance en la gestión (Total gestionados/Total asignados*100)
Materno	1801	1036	2424	1266	0	0	4225	2302	54.5%
Infancia	1803	749	279	121	0	0	2082	870	41,8%
Salud mental	2051	600	16	5	440	236	2507	841	33,5%
Cáncer	38	31	0	0	0	0	38	31	81,6%

Discapacidad	0	0	0	0	0	0	0	0	#¡DIV/0!
Crónicos	17309	2507	4040	1265	0	0	21349	3772	17,7%
Población general	64525	387	151617	3750	0	0	216142	4137	1,9%
TOTAL	87527	5310	158376	6407	440	236	246343	11953	4,9%

*Los casos gestionados, hacen referencia a aquellos con los que se logra el estado de Contactado.

*Información acumulada desde el 1 de octubre de 2025 a la fecha de corte del informe.

Fuente: Módulo ruteo aplicativo GTAPS

Comentado [9]: Ajustar datos conforme a lo registrado en Gtaps

Comentado [10R9]: Ajustado

Teniendo en cuenta la tabla 1 se puede evidenciar que, durante el periodo, la implementación de la estrategia de ruteo ha permitido canalizar la demanda de servicios de salud de manera diferenciada por cohortes de riesgo. Se destaca un avance significativo en la cohorte de Cáncer, alcanzando un 81.6% de casos gestionados (es de aclarar que el volumen de casos asignados es menor a las otras cohortes), cohorte materno presenta una gestión sólida con un 54,5% y cohorte infancia 41,8%, seguida por la cohorte de Salud Mental que reporta un avance del 33,5%, cohorte Crónicas: Con un total de 3.772 casos gestionados correspondiente al 17,7% y la cohorte Población General se encuentra en el 1,9% de gestión. Esto se debe a la magnitud de la base de datos y al orden de prioridad que se les ha dado a cada una de las cohortes de acuerdo a los tiempos establecidos para el abordaje, teniendo en cuenta que la cohorte materno perinatal es la cohorte en la que se identifica mayor avance con respecto a la cantidad de los casos asignados ya que es la cohorte a la cual se debe abordar en primer lugar.

Del total de 246.343 casos asignados por la SDS, se han gestionado efectivamente 11.953 casos, lo que representa un avance global del 4,9%.

Para abordar el volumen de casos pendientes, se han empleado las siguientes estrategias:

Priorización por Cohorte: Priorización de casos con mayores brechas de atención (Materno, Infancia y Crónicos).

Derivación Gestores de Bienestar: para los casos donde el contacto telefónico no fue posible.

El avance registrado en este reporte muestra una concentración de esfuerzos en las cohortes de riesgo prioritario. El acumulado total refleja que, si bien la gestión es mayor en grupos como Materno, infancia y Cáncer, es importante mencionar que se continuará dando trámite a los casos que están pendientes por gestionar de las demás cohortes.

En lo que respecta a la tabla 2 frente a la gestión de ruteo - Casos contactados se puede inferir que: el perfil de Gestor de Bienestar: Es el perfil con mayor volumen de gestión total 5.991 casos, perfil de Gestor en Línea: tiene 4.592 casos gestionados, destacándose por su gestión efectiva, el perfil de Profesionales: Gestionaron 195 casos, tal como lo podemos evidenciar a continuación:

Tabla 2. Gestión ruteo- casos contactados

ESTADO DE LA GESTIÓN PARA LOS CASOS CONTACTADOS					
Estado de Gestión	**Gestor en Línea**	**Gestor de Bienestar**	**Profesionales**	**Total**	**Porcentaje de avance por estado (Total del estado de gestión/Total gestionados)**
Acepta Atención	748	2224	115	3087	25,8%
Fallecido	37	14	1	52	0,4%
No Requiere Visita Gestión Efectiva	1467	651	4	2122	17,8%
Fuera De La Ciudad	244	139	22	405	3,4%
Rechazado	871	290	67	1.228	10,3%
Actualizar Dirección Misma Subred	366	373	4	743	6,2%
Otra Subred	278	60	8	346	2,9%
Cambio De Prioridad	302	157	0	459	3,8%
No Cumple Criterio	360	81	2	443	3,7%
Rechazado- Acepta	637	2.418	13	3.068	25,7%

Comentado [11]: Ajustar datos conforme a lo registrado en Gtap

Comentado [12R11]: Ajustado

Educación					
Total Gestionados	5.310	6.407	236	11.953	100,00%

Fuente: Módulo ruteo aplicativo GTAPS
*Información acumulada desde el 1 de octubre de 2025 a la fecha de corte del informe.

Teniendo en cuenta la tabla 2: Del total de 11.953 casos gestionados, la distribución según el estado de gestión permite identificar la efectividad del abordaje inicial y algunas barreras evidenciadas:

Acepta Atención: El 25,8% de los usuarios contactados, correspondiente a 3.087 personas; en donde el gestor de bienestar logró caracterizar a 2.131 familias, seguido por el Gestor en Línea con 663 y los Profesionales con 91 planes de bienestar implementados.

No Requiere Visita Gestión Efectiva: Con el 17,8%, correspondiente a 2.122 personas, lo cual indica que tanto el gestor de bienestar o en línea identificaron que los usuarios ya contaban con la gestión efectiva de los riesgos por la cual venían asignados en la base de ruteo.

Rechazado: Se puede evidenciar que para el estado de ruteo rechazado se tuvieron 1.228 personas que rechazaron la intervención por los Equipos Más Bienestar en Tú Hogar lo que corresponde al 10,3% de la gestión del ruteo contactado. Varias de las razones que se pudieron evidenciar con respecto a este estado es desconfianza, por seguridad, desinterés en la atención ya que manifestaban tener sus atenciones a través de su EAPB por lo cual no veían la necesidad de la intervención, además rechazaron el monitoreo remoto por el gestor en linea.

Cambio De Prioridad: para este estado se tienen 459 casos correspondiente al 3,8%, de los usuarios contactados, en los que a través de la llamada hecha por el gestor en línea o de bienestar se identificó que la persona no contaba con la prioridad por la que inicialmente venía reportado, como por ejemplo en los casos de la cohorte materno perinatal ya que al hacer el contacto telefónico la usuaria ya no se encontraba en gestación si no en su etapa de postparto, o también en casos en los que la prioridad inicial era condición crónica pero al indagar a través de la llamada la persona no tenía la condición crónica pero sí presentaba un tipo de discapacidad.

Actualizar Dirección Misma Subred: para este periodo se tuvo 743 casos con este estado lo que representa el 6,2%, donde el gestor de línea o de bienestar identificó a través del contacto telefónico que el usuario tuvo cambio de dirección pero dentro de la misma Subred.

Rechazado - Acepta Educación: se tienen 3068 casos correspondiente al 25,7% con este estado entre gestores de línea, gestores más bienestar y profesionales. Lo que quiere decir que son casos que serán abordados de manera remota. Sin embargo se identificó durante

Comentado [13]: Se requiere profundizar en el análisis, trascendiendo la descripción de los datos obtenidos. Es necesario incorporar las acciones de mejora implementadas y las estrategias desarrolladas, así como evidenciar la trazabilidad de los casos gestionados, identificando el proceso de derivación realizado y la respuesta en campo otorgada por los profesionales con la implementación de planes de bienestar

Comentado [14R13]: Ajustado

los seguimientos realizados a la gestión del ruteo y en los diferentes fortalecimientos que se estaba interpretando de forma inadecuada este estado, ya que lo estaban tomando como el rechazado mas no como el estado que acepta el monitoreo remoto.

En el seguimiento a la gestión del ruteo se pudo identificar en el talento humano dificultades en la diferenciación de los estados del ruteo, ya que en algunas observaciones hechas no eran coherentes con el estado seleccionado en la gestión del ruteo; por tanto, se hicieron diferentes fortalecimientos tanto con gestores de línea, gestores de bienestar y profesionales en los cuales se explicó cada uno de los estados del ruteo y se dieron ejemplos con cada uno de ellos

Tabla Seguimiento remoto

A continuación se evidencia la tabla 3 de seguimiento remoto que da cuenta del avance inicial que se ha tenido en cuanto a este proceso y la disposición de los usuarios y usuarias a vincularse al programa de manera remota:

Tabla 3. Seguimiento remoto

Grupo de Riesgo	Número de usuarios vinculados a seguimiento remoto (aceptan seguimiento remoto)	Número de usuarios con seguimiento remoto (contados a partir del segundo contacto telefónico por el gestor en línea)	Total
Materno	711	0	711
Infancia	377	0	377
Salud mental	116	0	116
Cáncer	8	0	6
Discapacidad	2	0	2
Crónicos	1245	0	1245

Comentado [15]: Se podría considerar incluir en el análisis cuales podrian ser los motivos de no aceptación del seguimiento presencial, los factores asociados a esta decisión y la caracterización de la población que optó por seguimiento remoto (tipo de población, estrato), con el fin de identificar patrones diferenciales y orientar acciones de mejora

Comentado [16R15]: Ajustado

Comentado [17]: Ajustar datos conforme a lo registrado en Gtaps

Comentado [18R17]: Ajustado

Población general	2241	0	2241
TOTAL	4700	0	4700

Fuente: Módulo ruteo aplicativo GTAPS

*Información acumulada desde el 1 de octubre de 2025 a la fecha de corte del informe.

Teniendo en cuenta los datos extraídos, se puede evidenciar que 4700 casos se clasificaron para monitoreo remoto de los cuales se evidencia que en mayor proporción se encuentra la población general con 2241 casos, seguido de la cohorte de condiciones crónicas con 1245 casos, cohorte materno perinatal 711 casos, infancia 377 casos, salud mental 116, cáncer 8 y discapacidad 2 casos. Se puede identificar que una de las razones por las cuales la población no aceptó la atención presencial es debido a temas de inseguridad, ya que, desconfían y además desconocen las acciones que se realizan por parte del talento humano de los Equipos más bienestar en tu hogar. Se puede evidenciar que en la cohorte de riesgo de población general es donde se identifica la mayor proporción de casos que aceptaron el monitoreo remoto y puede ser por que son usuarios de estratos 3 al 6 y que en su gran mayoría se encuentra en etapa productiva y por tanto, a su lugar de residencia solo llegan a dormir. Es de resaltar que se seguirá fortaleciendo al talento humano para que logre una incidencia mayor no solo a esta población si no a las demás cohortes para lograr mayor aceptación del seguimiento presencial.

Continuando con el análisis en la tabla 4, se presenta el análisis detallado de la gestión de ruteo para la Continuidad del Cuidado en el abordaje presencial, con base en la información registrada en el módulo de ruteo aplicativo GTAPS el cual se evidencia a continuación:

Tabla 4. Gestión ruteo – Continuidad del Cuidado en el abordaje presencial (Corresponde a los casos cargados desde la SDS).

ESTADO FINAL DEL CASO							
Grupo de riesgo	# Casos que aceptan atención o visita en campo	Efectivo (si es el usuario índice)	Fallido	No residencial	Rechazado	Total	Porcentaje de Efectividad (# casos aceptan atención + visita en campo / # casos con intervención efectiva)
Materno	1609	252	443	136	81	1093	67,9%
Infancia	369	16	44	16	2	93	25,2%
Salud mental	337	41	108	5	18	181	53,7%
Cáncer	10	1	1	0	0	2	20,0%

Comentado [19]: Ajustar datos conforme a lo registrado en Gtaps

Comentado [20R19]: Ajustado

Discapacidad	0	0	0	0	0	0	0
Crónicos	1474	394	123	23	40	636	43,1%
Población general	1941	1486	908	85	62	1293	66,6%
TOTAL	5740	1486	908	265	203	3298	57,5

Fuente: Módulo ruteo aplicativo GTAPS
*Información acumulada desde el 1 de octubre de 2025 a la fecha de corte del informe.

Durante el periodo de reporte (octubre a diciembre de 2025), se gestionaron 4.927 casos cargados desde la SDS que aceptaron atención o visita en campo, dentro de la cohorte materno se identifica que 1609 aceptan la atención y visita en campo, siendo efectivos 252 casos confirmando que si era el usuario índice, en el abordaje en territorio 443 son fallidos, 136 casos reportados en direcciones que eran no residenciales, 181 casos donde en el territorio en el predio no era el usuario índice y 81 casos fallidos, con un porcentaje de efectividad del 67,9%, se espera que en el mes de enero se dé respuesta a los 516 casos pendientes de visita en campo; para la cohorte de infancia el porcentaje de efectividad es del 25,2%, dónde 93 casos cuentan con estados de fallidos, rechazados, no residenciales, fallidos o efectivos, dado que se encuentra con un abordaje de prioridad de la cohorte materna, se indica al talento humano la importancia de dar respuesta a esta cohorte de acuerdo al orden y prioridad de abordaje, para dar respuesta lo más pronto posible a los 276 casos. Se generó la alerta y claridad de criterios de priorización de las cohortes a los gestores para que puedan tener una adecuada y asertiva derivación de estos usuarios a los profesionales. Es de resaltar que se siguen organizando los procesos y el avance a los mismos para seguir avanzando en el posicionamiento del programa y logrando la gestión efectiva en la disminución del riesgo.

ACCESO

En el marco del proceso de acceso y enlace para los Equipos MÁS Bienestar en Tu Hogar (EMBH), se consolidó una alianza estratégica con el área de Mercadeo de la Subred Suroccidente. Esta sinergia institucional ha sido fundamental para garantizar la vigencia y trazabilidad de la contratación por capitación, permitiendo que los equipos territoriales cuenten con información confiable y en tiempo real para la toma de decisiones.

La colaboración técnica con la referente de mercadeo no solo ha optimizado la orientación de los usuarios hacia las Unidades Básicas Resolutivas, sino que ha servido como canal de interlocución directa con las EPS. A través de este mecanismo, se han implementado estrategias de mejora continua que facilitan la socialización de los avances e hitos alcanzados en la atención domiciliaria. Este modelo de comunicación bidireccional asegura que los logros en salud de los usuarios atendidos en casa sean reconocidos por las aseguradoras, fortaleciendo la continuidad del cuidado y la eficiencia operativa de la Subred.

Comentado [21]: Incorporar análisis frente a la trazabilidad de los casos gestionados, identificando el proceso de derivación realizado y la respuesta en campo otorgada por los profesionales con la implementación de planes de bienestar

Comentado [22R21]: AJUSTADO

A continuación, se detallan los principales avances y resultados obtenidos durante el trimestre octubre-diciembre de 2025:"

Avances:

- Articulación estratégica con el área de mercadeo para generar estrategias de abordaje en la capital contratada.
- Disminución en los tiempos de envíos de autorizaciones y respuesta de autorización de las EPS.

Logro:

- Se logró continuar con la articulación con EPS como salud total, compensar y famisanar para la oportuna autorización de servicios de medicina de los Equipos MÁS Bienestar en Tu Hogar.

Se destaca un avance significativo en la oportunidad de acceso y articulación con Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) como Sanitas, Salud Total, Famisanar y Compensar. Esta gestión interinstitucional ha sido determinante para garantizar la atención médica integral de la población Privada de la Libertad (PPL) ubicada en los centros penitenciarios bajo la jurisdicción de la Subred Suroccidente.

Mediante esta coordinación, se ha logrado el despliegue efectivo del perfil de medicina de los Equipos MÁS Bienestar en Tu Hogar dentro de las unidades carcelarias. Este esfuerzo conjunto asegura que la población PPL reciba atención de salud directamente en su lugar de reclusión, reduciendo barreras de acceso, optimizando los tiempos de respuesta y dando cumplimiento a los protocolos de atención diferencial y resolutiva vigentes para el periodo 2026.

AGENDAMIENTO

Desde la subred suroccidente se logra articular la estrategia de atención a Binomios por parte de los médicos de los equipos Más bienestar en tu hogar; permitiendo identificar posibles riesgos de salud posparto tanto en la mamá cómo en el recién nacido y brindar una valoración individual en integral y educación en salud para un adecuado crecimiento y desarrollo del menos en los hogares de nuestros territorios

Avance:

- Se ha podido avanzar en el proceso de agendamiento de las solicitudes realizadas por los Equipos MÁS Bienestar en Tu Hogar, para brindar respuesta resolutiva a las necesidades de los usuarios con riesgos en salud.
-
- Logros:
-
- Se logró contar con los permisos requeridos para el agendamiento intramural y la disponibilidad de agendas médicas.
- se ha logrado vincular a los usuarios con riesgos en salud en la atención completa para la condición o ciclo vital de acuerdo a la resolución 3280.

Comentado [23]: Unificar formato de letra en todo el documento

Comentado [24R23]: AJUSTADO

Durante el periodo de octubre a diciembre de 2025, la gestión del agendamiento presenta hitos operativos clave:

1. Operación agendamiento Unidades Resolutivas Básicas:

El agendamiento se trasladó a las Unidades Resolutivas Básicas en la Subred Suroccidente a partir del 1 de diciembre. Esta transición fue posible tras obtener los permisos requeridos y asegurar la apertura de agendas para pacientes identificados con riesgos en salud, referidos por los Equipos MÁS Bienestar en Tu Hogar.

El equipo de agendadores ha ejecutado las acciones necesarias de forma oportuna, garantizando respuestas resolutivas. Esto ha mejorado el acceso y la adherencia a las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) y a los tratamientos médicos continuos.

Productividad y Perfiles de Atención:

El mayor volumen de agendamiento y asistencia se concentra en:

- Medicina General T4.
- Crónico Resolutivo.
- Alteraciones en la Vejez.
- Tamizaje Visual (complementarios).

Estos resultados evidencian una adherencia efectiva a las RIAS y el cumplimiento de la atención integral según la Resolución 3280.

2. Demografía de los Usuarios:

El análisis demográfico se puede decir que son las mujeres 321 quienes más se agendan y asisten a citas médicas, con respecto a los hombres 179. Esta población con riesgos en salud requiere una vinculación prioritaria a los servicios de salud, lo cual ha sido gestionado por el equipo.
Para los usuarios con riesgo tipo 4, el agendamiento se gestiona en tiempo real con las respectivas EPS. Gracias a la información actualizada, los gestores en línea y el personal de bienestar pueden programar citas oportunamente o direccionar a urgencias si la condición del paciente lo requiere.
En la Subred Suroccidente, se han desarrollado estrategias con el área de mercadeo para establecer una comunicación directa con los responsables de agendamiento en las EPS, optimizando el acceso al servicio. Cabe destacar el acuerdo con la EPS Sanitas: para los usuarios T4, la entidad no autorizará la atención directa del perfil de medicina de los 'Equipos MÁS Bienestar en tu hogar'; en su lugar, se les notificará vía correo electrónico para que la propia EPS gestione la atención prioritaria e integre a la población a sus rutas de atención (RIAS).

Tabla 5.Agendamiento

Agendamiento / Consultas	Requerimiento de agendamiento solicitadas en el periodo de reporte	Total, Citas agendadas (Incluir las citas agendadas para períodos posteriores)	Pendientes
Agenda en unidades básicas resolutivas (se incluye la gestión de órdenes identificadas como pendientes en las diferentes intervenciones, gestión de las	5653	670	4983
órdenes generadas en las atenciones individuales y las solicitadas por los equipos para usuarios capitados con la SISS)			
Agenda en unidades básicas resolutivas de usuarios **tipo 4** realizadas por gestores y profesionales.	239	233	6
Agenda de profesionales de los Equipos MÁS Bienestar para atención individual en domicilio.	61	61	8
Total	**5953**	**964**	**4997**

Fuente: Aplicativo GTAPS módulo de agendamiento.

*Información acumulada desde el 1 de octubre de 2025 a la fecha de corte del informe.

El agendamiento en las Unidades Básicas Resolutivas está sujeto a la disponibilidad de los profesionales y a posibles bloqueos de agenda por descansos médicos. Históricamente, diciembre presenta la menor oferta debido a los turnos de vacaciones del personal. Paralelamente, se observa un incremento en el rechazo de citas por parte de los usuarios, quienes postergan su atención para enero de 2026 por motivos de viaje o preferencia personal, lo que impacta negativamente en la efectividad del proceso.

Seguimiento a las citas agendadas

Avances:

- Se ha generado un avance significativo en el cual se designa a una sola gestora en línea para los procesos de seguimiento a citas agendadas y así tener un mejor punto de control que permita evaluar junto con el técnico en sistema de los hallazgos encontrados en dicho proceso.

Comentado [25]: Ajustar datos conforme a lo registrado en Gtaps

Comentado [26R25]: AJUSTADO

Logro:

- Se logró verificar y poner al día la base de recordación y verificación de citas médicas, lo que permite conocer a fondo el motivo por el se cuenta con estados de las citas como cumplido, inasistentes, inatención, pendiente y tomas medidas correctivas o planes de contingencia que permita mejorar los resultados reportados.

Tabla 6. Seguimiento a agendamiento

Fuente aplicativo GTAPS- Base agendamiento corte a 31 de diciembre de 2025

*Información acumulada desde el 1 de octubre de 2025 a la fecha de corte del informe.

Agendamiento / Consultas	Citas agendadas	Citas con estado cumplido	Citas con estado inasistentes	Citas con estado inatención	Citas pendientes por seguimiento	Total
Citas agendadas por el gestor en línea de usuarios que capitán con la SISS.	670	383	111	10	87	591
Citas Agendadas por el gestor de bienestar o profesional - Tipo 4	233	168	23	6	14	444
Citas agendadas de profesionales de los Equipos MÁS Bienestar para atención individual en domicilio.	61	7	1	12	41	61

Comentado [27]: Datos no coinciden con Gtaps

Comentado [28R27]: AJUSTADO

- La gestión profesional directa (Tipo 4) es la modalidad más efectiva para asegurar el cumplimiento de las citas, con la tasa de asistencia más alta (72.1%).
- El mayor volumen de inasistencias proviene del canal de gestores en línea (SISS), un área de oportunidad para implementar recordatorios o mecanismos de confirmación.

4.3.2 Abordaje Territorial: Gestor MÁS Bienestar

Dentro del proceso de apropiación territorial desarrollado por los gestores de bienestar y los gestores en línea, se evidencian avances significativos en la identificación de zonas de riesgo en salud pública y sectores priorizados; esta información permite orientar la gestión territorial, realizar jornadas de intensificación y facilitar el ingreso del equipo de avanzada en zonas con barreras de acceso.

A partir del análisis de los sectores catastrales, se identifican prioridades en salud que permiten articular la intervención del equipo interdisciplinario (medicina, enfermería, psicología, nutrición y terapia), enfocando la atención según las necesidades y riesgos detectados. De esta manera, se brinda una respuesta oportuna e integral a la población.

Las acciones de los gestores de bienestar se desarrollan con base en procesos de análisis y planeación territorial, en articulación con los gestores en línea y los profesionales asignados a cada sector, con el fin de garantizar el contacto inicial con los usuarios y la elaboración del plan de bienestar.

En el proceso de abordaje a las familias según los territorios asignados, los gestores de bienestar identifican riesgos en salud que permiten realizar un análisis del estado de salud integral de los integrantes del núcleo familiar. Este ejercicio facilita la caracterización ambiental, social y familiar, o la actualización de la información cuando la familia ya ha sido abordada previamente.

A partir de esta caracterización, se realiza la clasificación de las familias en prioridades alta, media y baja, de acuerdo con criterios como características demográficas, nivel de vulnerabilidad social, estructura familiar y acceso a los servicios de salud. De esta manera, se identifican familias con altos riesgos en salud por falta de acceso a servicios, familias con riesgos controlables como presencia de menores o condiciones crónicas, y familias saludables que cuentan con acceso regular a los servicios y realizan acciones preventivas.

Esta clasificación permite implementar un sistema de monitoreo continuo por parte de los gestores de bienestar y los profesionales de la salud asignados al territorio, garantizando que las atenciones y servicios brindados correspondan a las necesidades identificadas. La gestión oportuna de la atención se realiza mediante el agendamiento de citas y la solicitud de servicios a través del aplicativo GTAPPS.

Asimismo, durante el abordaje se desarrollan acciones de promoción de la salud, como educación al 100 % de las familias intervenidas, resaltando la importancia del acceso oportuno a los servicios de salud. De acuerdo con los riesgos identificados, se realizan derivaciones al equipo multidisciplinario para la formulación y seguimiento del plan de bienestar; Finalmente, los gestores de bienestar continúan con el monitoreo remoto y presencial de las familias según su nivel de priorización, fortaleciendo el acompañamiento, la continuidad de la atención y la mejora de la calidad de vida de las familias intervenidas.

Los resultados evidencian que, a pesar de la extensión del territorio y del alto volumen de predios intervenidos, la gestión realizada en la localidad de Kennedy ha sido amplia y altamente efectiva. El porcentaje de predios con gestión efectiva demuestra una adecuada planificación y ejecución del abordaje territorial, permitiendo un contacto directo y oportuno con la comunidad.

A través de estas intervenciones, se ha logrado realizar un abordaje integral, enfocado en la identificación de necesidades en salud, la promoción de prácticas saludables y la detección temprana de riesgos, lo cual ha contribuido al fortalecimiento de la calidad de vida de los usuarios.

De acuerdo con la información consolidada en la tabla de seguimiento, en la localidad de Kennedy se han gestionado un total de 11.486 predios, obteniendo los siguientes resultados:

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

LOCALIDAD	TOTAL, PREDIOS GESTIONADOS POR LOS GESTORES	TOTAL, DE PREDIOS CON GESTIÓN EFECTIVA	TOTAL, DE PREDIOS CON GESTIÓN FALLIDA	TOTAL, DE PREDIOS CON GESTIÓN EN ESTADO RECHAZADOS	TOTAL, DE PREDIOS CON GESTIÓN EN ESTADO NO RESIDENCIAL	TOTAL, DE PREDIOS CON GESTIÓN EN AUSENTES
07- Bosa	10925	10593	50	36	53	193
08 - Kennedy	11486	11129	44	25	49	239
09 - Fontibón	1703	1512	15	29	23	124
16 - Puente Aranda	2799	2756	2	6	21	14
Total	26913	25990	111	96	146	570

Fuente: Plano GTAPS gestión de riesgo octubre 2025 a diciembre 2025.

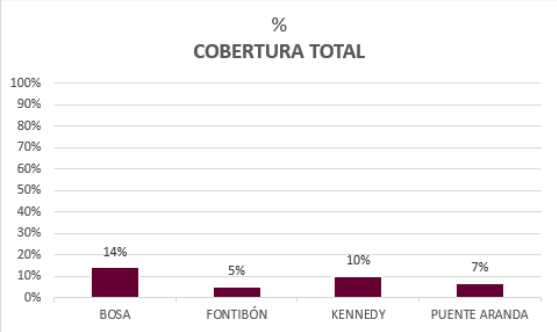
En cuanto a la gestión de predios debemos decir que si bien es cierto la efectividad es predominante en todas las localidades y así mismo discriminado por área de gestión del riesgo, esto se debe mayormente a una instrucción inicial de no reportar estados finales diferentes al efectivo, tanto para no descartar los predios donde nos rechazan inicialmente como en aquellos donde no encontremos a la población (Ausentes y fallidos) y poder con el voz a voz de la comunidad y la publicidad, persuadir y hallar la población faltante, aumentando la efectividad, es decir que mientras los equipos van generando confianza en la comunidad podemos ir mejorando y reportando la totalidad de predios pendientes, aumentando así la cobertura.

Comentado [29]: Esto no es preciso. O se debe especificar si lo que está adelantando el gestor, son otras metodologías que permitan avanzar en la gestión total del sector asiganado.... revisar

Comentado [30R29]: Ajustado

Ahora bien, en cuanto a la cobertura por el total de predios de cada localidad, en el siguiente gráfico observamos cómo se encuentra el avance territorial.

Gráfico 1. Cobertura total predios por localidad



Fuente: Elaboración propia

En la localidad de Bosa tenemos un total de 76.364 predios, 10.847 retroalimentados, Kennedy 110.630 y un reporte de 11.369, Fontibón 30.866 predios totales y 1.676 reportados y en Puente Aranda 39.625 y solo 2.728 hasta el momento. Este panorama muestra un avance discreto en el territorio, debido a diferentes factores atribuibles a la rotación de personal, sumado a la gran cantidad de propiedades horizontales a las cuales los equipos sí han logrado tener acceso pero que no se ven reflejados en este indicador.

Tabla 8. Prioridades identificadas

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

AVANCE EN EL PERIODO DE REPORTE							ACUMULADO VIGENCIA	
LOCALIDAD	Total De Familias Caracterizadas Por Gestor	Total Familias con Actualización	Total de Individuos Caracterizados y Actualizados	Total de Familias Clasificadas en Prioridad Alta	Total de Familias Clasificadas en Prioridad Media	Total de Familias Clasificadas en Prioridad Baja	Total De Familias Caracterizadas	Total de Individuos Caracterizados

Comentado [31]: Cuales son los datos que traducen este porcentaje?

Comentado [32R31]: Ajustado

07-Bosa	9301	2148	15049	462	1494	9493	11449	15049
08-Kenne dy	10468	935	13646	533	1635	9235	11403	13646
9-Fontibon	1118	219	1799	44	216	1077	1337	1799
16-Puente Aranda	697	276	1151	39	208	726	973	1151
Total	21584	3578	31645	1078	3553	20531	25162	31645

Fuente: Plano GTAPS caracterización, alertas y tamizajes Octubre 2025e a diciembre 2025

Comentado [33]: Revisar los criterios para el cálculo de la prioridad de la famiia, no corresponde a lo calculado a aprtir de lo registrado en GTAPS

Comentado [34R33]: dato coincide con aplicarivo

El análisis de la información recopilada evidencia un alto nivel de cobertura y efectividad en las acciones de caracterización y gestión territorial desarrolladas por el programa Más Bienestar, particularmente en la localidad de Kennedy. La caracterización de 10.468 familias y 13.646 individuos refleja un abordaje amplio y sistemático del territorio, lo que ha permitido identificar de manera oportuna las condiciones sociales, familiares y de salud de la población intervenida.

La clasificación de los usuarios según niveles de prioridad (alta, media y baja) constituye un elemento clave para la optimización de los recursos y la focalización de las intervenciones. En este sentido, la identificación de 533 usuarios como prioridad alta, que representan el 3,9 % del total de individuos caracterizados en Kennedy, indica que, aunque la mayoría de la población presenta condiciones manejables mediante acciones de promoción y seguimiento, existe un grupo específico que requiere una atención integral, intensiva y multidisciplinaria.

El seguimiento continuo, tanto presencial como remoto, realizado por los gestores de bienestar, ha permitido garantizar la continuidad del cuidado, el monitoreo de riesgos y el cumplimiento de los compromisos adquiridos con los usuarios y sus familias. Este modelo de acompañamiento permanente fortalece la adherencia a las recomendaciones y facilita la detección temprana de nuevas necesidades en salud.

Adicionalmente, el análisis comparativo con la localidad de Bosa, donde se identifican 462 familias clasificadas como prioridad alta, evidencia la persistencia de núcleos familiares con necesidades complejas que requieren un acompañamiento sostenido. Este escenario resalta la importancia de mantener y fortalecer las estrategias de intervención territorial, así como la articulación entre gestores de bienestar y el equipo multidisciplinario, para garantizar respuestas oportunas y efectivas.

En términos generales, los resultados analizados demuestran que el programa ha logrado consolidar a los gestores de bienestar como un actor clave en la puerta de entrada al sistema de atención, facilitando la identificación de riesgos, la derivación oportuna a los profesionales y la formulación de planes de bienestar ajustados a las necesidades identificadas. No obstante, se identifica la necesidad de continuar fortaleciendo las acciones de seguimiento a los casos priorizados, especialmente aquellos clasificados como prioridad alta, con el fin de asegurar una atención integral, continua y de calidad.

Describir el proceso de seguimiento familiar adelantado acorde a la prioridad establecida para cada familia, acorde a su clasificación. Realizar análisis de lo reportado

Tabla 9. Acciones de seguimiento familiar acorde a prioridad:

Modalidad	Seguimientos a Familias con Prioridad Alta	Seguimientos a Familias con Prioridad Media	Seguimientos a Familias con Prioridad Baja
	Proyectados	Realizados	Proyectados
Presenciales	1078	0	3553
Telefónicos	0	0	0
Total	1078	0	3553

Finalizar con un análisis del abordaje territorial mediante las diferentes estrategias y actividades que realiza el gestor (Caracterización, actualización y seguimiento), donde se verifique:

En el proceso de abordaje a las familias según los territorios asignados, los gestores de bienestar identifican riesgos en salud que permiten realizar un análisis del estado de salud integral de los integrantes del núcleo familiar. Este ejercicio facilita la caracterización ambiental, social y familiar, o la actualización de la información cuando la familia ya ha sido abordada previamente.

A partir de esta caracterización, se realiza la clasificación de las familias en prioridades alta, media y baja, de acuerdo con criterios como características demográficas, nivel de vulnerabilidad social, estructura familiar y acceso a los servicios de salud. De esta manera, se identifican familias con altos riesgos en salud por falta de acceso a servicios, familias con riesgos controlables como presencia de menores o condiciones crónicas, y familias saludables que cuentan con acceso regular a los servicios y realizan acciones preventivas.

Esta clasificación permite implementar un sistema de monitoreo continuo por parte de los gestores de bienestar y los profesionales de la salud asignados al territorio, garantizando

Comentado [35]: Ajustar a la estructura remitida, los seguimeintos proyectados son los que según la clasificación de las fmailias abordadas en el último año, ya le correspodne seguimiento según su prioridad

Comentado [36R35]: ajustado

Comentado [37]: Observaci´n para los siguientes párrafos: Mas allá de relacioanr cada actividad y lo que se hace en ella, es aterrizar a los resultados y avances obtenidos en cada una de ellas, particularmente en su subred

Comentado [38R37]: ajustado se dejo como intro

que las atenciones y servicios brindados correspondan a las necesidades identificadas. La gestión oportuna de la atención se realiza mediante el agendamiento de citas y la solicitud de servicios a través del aplicativo GTAPPS
Asimismo, durante el abordaje se desarrollan acciones de promoción de la salud, como educación al 100 % de las familias intervenidas, resaltando la importancia del acceso oportuno a los servicios de salud. De acuerdo con los riesgos identificados, se realizan derivaciones al equipo multidisciplinario para la formulación y seguimiento del plan de bienestar.

Finalmente, los gestores de bienestar continúan con el monitoreo remoto y presencial de las familias según su nivel de priorización, fortaleciendo el acompañamiento, la continuidad de la atención y la mejora de la calidad de vida de los usuarios.De acuerdo con la tabla anteriormente descrita, se evidencia que no se han realizado
seguimientos a los usuarios clasificados en prioridad alta, media y baja. Lo anterior, teniendo en cuenta que se debe culminar un plan de bienestar abordado por el equipo multidisciplinario. Dicho proceso se inicia en un lapso de tres meses y dará inicio en el mes de enero de 2026, con el fin de realizar una descripción más detallada del abordaje efectuado por el gestor de bienestar, así mismo se han realizado seguimientos telefónicos del convenio anterior a familias priorizadas.

Principales riesgos identificados y gestionados a partir de derivaciones.

Dentro de los principales riesgos se evidencia la importancia de apropiar criterios para la identificación de necesidades en salud y brindar atención multidisciplinaria de acuerdo a la necesidad en salud de la familia, así mismo dentro de la oportunidad de gestión para los usuarios remitidos por las diferentes fuentes se establecen tiempos y gestión de contacto inicial y/o abordaje en campo para dar respuesta y brindar gestión frente a las prioridades como gestantes, menor de 5 años, salud mental, crónico y población general; se logra llegar a familias que residen en el predio en el que nos llegan los casos como usuarios índice pero no viven allí caracterizando a los usuarios y logrando cobertura territorial.

Se ha logrado identificar prioridades que son direccionadas de manera incorrecta y se permite el desplazamiento del profesional al realizar abordaje se evidencian casos índices que no cumplen criterio y no es posible realizar un abordaje efectivo y completo a las necesidades en salud.

Comentado [39]: Estos items no se desarrollaron en el informe

Comentado [40R39]: ajustado

4.4 PLANES DE BIENESTAR

Tabla 10. Total, de planes de bienestar abordados

PRIORIDAD	CASOS ASIGNADOS (todas las fuentes, incluye derivaciones)	PDB CONCERTADOS EN EL PERIODO DE REPORTE	PDB CONCERTADOS EN LA VIGENCIA-ACUMULADO (Desde 01/10/2025 a la fecha de reporte)	PDB CON CIERRE EN EL MES DE REPORTE	PDB CON CIERRE EN LA VIGENCIA-ACUMULADO (Desde 01/1/2025 a la fecha de reporte)	% DE PDB CON CIERRE (Acumulado de PDB Concertado / Acumulado de PDB con cierre)	PDB ACTIVOS CON MÁS DE 6 SESIONES DE IMPLEMENTACIÓN	CASOS PENDIENTES (todas las fuentes)
GESTANTES	549	174	913	347	820	149,36%	113	375
MENOR DE 5 AÑOS	306	42	305	62	338	110,46%	9	264
CRÓNICOS	1930	409	1600	398	1874	117,13%	9	1521
SALUD MENTAL	4326	1497	4240	1151	4082	96,27%	11	2829
DISCAPACIDAD	533	104	1166	83	1373	117,75%	3	429

LIMTACION FUNCONA L	0	0	0	0	0	0	0	0
SOLEDAD SOCIAL	1458	124	124	1	1	0.81%	0	3
CANCER	2	6	9	3	5	55,56 %	1	0
ENFERMEDADES HUERFANAS	0	0	0	0	0	0	0	0

Fuente: planos aplicativos GTAPS 2025, instrumento temporal soledad social

En la tabla anterior se muestra el comportamiento de los Planes de Bienestar (PDB) por prioridad poblacional en el caso de gestantes el porcentaje de cierre superior al 100% lo indica que se están cerrando PDB concertados en el convenio 7124556, del cual los cierres de estos casos se debían realizar hasta el día 42 posparto , lo que hace que un profesional tuviera una duración extensa con cada caso con apertura , para lo cual limitaba el numero también de actualización o caracterización de casos nuevos , teniendo así un volumen importante de casos pendientes , dentro de las estrategias que se vienen manejando dentro de los comités del cuidado es la comunicación tanto del gestor en línea, gestor más bienestar con enfermería en el cual sí se identificó alguna gestante, igualmente dentro de los comités del cuidado y reunión de equipo se identifican riesgos los cuales se generan estrategias de mejora a través de las tablas de priorización de casos para una derivación adicional que se continuará implementando esta retroalimentación teniendo en cuenta nuevos ingresos de personal al convenio menores de 5 años si bien muestra un porcentaje de cierre superior al 100% corresponde en su mayoría a cierres provenientes de intervenciones realizadas en el convenio 7124556 se continuará realizando abordaje de acuerdo a guía operativa y según corresponda de acuerdo a riesgo identificado sin embargo estos riesgos identificados durante el mes ,se está realizando articulación tanto de gestores con profesionales en los comités del cuidado si hay identificación prioritaria en menores de 5 años al igual , se refuerza frente a la adecuada derivación de prioridades de acuerdo al perfil correspondiente .

Comentado [41]: Planes de Bienestar

Comentado [42R41]: AJUSTADO

En la prioridad de crónicos se evidencia una alta productividad en cierres, pero gran volumen de pendientes , del cual se debe tener presente que para el convenio 7124556 se

derivaron crónicos inadherentes de 6 meses en adelante y que para el actual convenio las derivaciones a profesional enfermería cambiaron frente al tiempo de inadherentes ya que debe ser mayor a 1 año , en el caso de que estos sean menores a este tiempo continuarán las gestoras más bienestar realizando abordaje desde el agendamiento, sin embargo en las realización de los comités del cuidado se realiza articulación y abordaje de casos identificados a profesional bien sea para enfermería , medicina si capitán con la subred y si estos requieren de otro perfil complementario , lo que mejora el abordaje de casos con respuesta oportuna

.

En casos de salud mental se evidencia aumento de los cierres provenientes del convenio anterior , importante volumen de casos pendiente , dentro de los cuales se evidencia en casos tanto de ruteo como de SIRC direcciones sin complemento , población flotante lo que dificulta el abordaje de casos , sin embargo se está realizando como acción de mejora ubicación de casos por aplicativo PAI en búsqueda de más datos para abordar .teniendo en cuenta el límite de sesiones para abordar de acuerdo a nueva guía operativa podrá verse reflejado en más casos efectivos.

En la prioridad de discapacidad se evidencia aumento de cierres provenientes del convenio anterior , se evidencia importante número de casos pendientes del cual se irán abordando, adicional a que en tiempos y duración actual de los casos mejorará el abordaje de los mismos igualmente se continúa teniendo comité RBC en donde se trabajan el abordaje de los casos asignados , se continuará fortaleciendo al personal que ingresa en la correcta derivación de casos encontrados durante cada caracterización.

En los casos de cáncer se encuentran actualmente en proceso de atención para lo cual no se evidencian pendientes.

Prioridad soledad social se evidencia un total de 147 casos reportados del cual hay 140 casos intervenidos por trabajador social dentro de los casos pendientes se evidencia en su mayoría teniendo en cuenta que desde el mes de noviembre se abordan casos, hay 3 casos que indica no requiere auxiliar del cuidado y 2 casos con cierre por rechazo de la intervención posterior a la concertación del plan de cuidado

Enfermedades huérfanas a la fecha no han reportado no por ruteo ni por derivaciones estos casos, sin embargo, se trabajarán sobre cuales son y cuáles serían los casos a reportar para abordaje del equipo EMBH

4.4.1 Materno

Para el periodo del mes de octubre a diciembre del 2025, se establece el siguiente indicador “N.º de gestantes atendidas bajo la estrategia 174 / N.º total de usuarias gestantes caracterizadas para la estrategia 773× 100” 22.5%. Se aclara que el perfil de las usuarias gestantes se encuentran usuarias con patologías de base diferentes a las causales de la estrategia de ángeles guardianes (sepsis, hemorragia obstétrica, tromboembolismo

pulmonar, preeclampsia severa) que generan un alto riesgo para la salud materna y el desarrollo y complicaciones de la gestación, así mismo gestantes sin pruebas de diagnóstico con resultados positivos en tamizajes, gestantes menores de edad, sin adherencia a controles, sin afiliación al SGSSS, con riesgos nutricionales obesidad o bajo peso gestacional o gestantes con otros riesgos como los psicosociales.

Dado el porcentaje anterior, 22,5%, se evidencia la necesidad de realizar un seguimiento más exhaustivo y una monitorización a la población gestante, tanto por parte de los gestores en línea como de los gestores más bienestar. Se necesita continuar un seguimiento remoto con los casos que no son caracterizados por su prioridad usuarias controladas y adherentes, para evaluar el curso del embarazo y evitar asi aparición de futuras complicaciones

Es fundamental implementar estrategias correctivas que permitan incrementar el porcentaje de gestantes atendidas bajo la estrategia 174 y asegurar el cumplimiento de los objetivos institucionales en salud materna.

Tenga en cuenta que el reporte deberá contemplar el acumulado de reportes anteriores. Tabla 11. Materno

Estrategias	CASOS ASIGNADOS todas las fuentes	PDB CONCERTADOS EN EL PERIODO DE REPORTE	PDB CONCERTADOS EN LA VIGENCIA - ACUMULADO (Desde 01/1/2025 a la fecha de reporte)	PDB CON CIERRE EN EL MES DE REPORTE	PDB CON CIERRE EN LA VIGENCIA - ACUMULADO (Desde 01/1/2025 a la fecha de reporte)	% DE PDB CON CIERRE (Acumulado de PDB Concertado / Acumulado de PDB con cierre)	PDB ACTIVOS CON MÁS DE 6 SESIONES DE IMPLEMENTACIÓN	CASOS PENDIENTES todas las fuentes
Estrategia Gestantes con más bienestar	212	93	544	162	445	81,80%	50	119
Estrategia Ángeles Guardian	278	60	254	157	301	118,50%	44	218

es								
Estrategia Sí la sífilis gestacional se previene, tu bebe se protege.	59	21	115	28	74	64,35%	19	38

Fuente: Planos aplicativo GTAPS 2025

En la tabla anterior se puede ver el abordaje de los Equipos más bienestar en tu Hogar a la población materna a partir de las tres estrategias de esta cohorte priorizada.

En primera instancia encontramos la estrategia de gestantes con más bienestar, la cual cuenta con casos reportados por varias fuentes como, las derivaciones realizadas por los gestores más bienestar que según los criterios establecidos en el lineamiento por los diferentes riesgos de la población gestante articulan con el perfil de enfermería para dar inicio al plan de bienestar, por su riesgo obstetrico alto, donde cuenta con criterios de priorización, para la pertinente articulación de los diferentes perfiles de los equipos para dar respuesta integral a los casos reportados por eventos de interés en salud pública, enviados y cargados a drives por la parte institucional desde Vigilancia Epidemiológica de la Subred en coordinación con la ruta materno perinatal, entre otros. Dentro de la estrategia y durante el periodo analizado se obtuvo un alcance del 43,8% de la población gestante reportada, y se ha logrado el cierre del 81,8 % de los casos apertura desde el enero de 2025, permitiendo así lograr un impacto en las familias con gestantes, desde la disminución de barreras a los servicios de salud, la adherencia a controles prenatales, la disminución de complicaciones durante la gestación, el puerperio y el recién nacido; para el convenio presente se realizaron aperturas de 93 planes de bienestar, a usuarias gestantes con los distintos criterios de priorización, dentro de estos la profesional de enfermería ha logrado, la gestión del riesgo de usuarias gestante y orientación en acciones de promoción y prevención, los demás casos restantes se encuentran en estados fallidos, rechazados, fuera de Bogotá, Inter locales o en estado transitorio de búsqueda (notificados a finales de mes).

Por otro lado, se encuentra la estrategia de ángeles guardianes, la cual ha logrado impactar positivamente en la disminución del Riesgo de Morbi - Mortalidad Materna, con la intervención de las familias. Desde la Estrategia se llegó a 60 gestantes notificadas a por el evento de MME, el equipo para este convenio llegó al acuerdo con la subred, de abordar todos los casos con evento 549 de las distintas EAPBS, continuando con los casos de morbilidad materna extrema de EAPB Capital Salud y Fondo Financiero, se cuenta con base reportada desde SDS con usuarias de igual manera reportadas con el evento; donde a partir de la apertura del plan de bienestar se dio continuidad al seguimiento a casos con factores de alto riesgo en salud y así permitir la disminución de la ocurrencia de una muerte materna y/o perinatal, el énfasis de esta intervención se fundamenta en sensibilizar a las familias en la importancia de la atención oportuna desde la etapa preconcepcional, gestación, parto y puerperio, así como del tratamiento de las complicaciones que surjan por los factores biopsicosociales durante este periodo hace parte de las acciones de intervención que se llevan a cabo por parte del seguimiento familiar. Se da continuidad a la articulación desde la estrategia de Ángeles Guardianes, así como un trabajo articulado con la ruta materno perinatal y la intramuralidad, el cual se ve reflejado en el incremento de la efectividad al abordar este evento. Para la última semana epidemiológica del 2025, frente a los casos de morbilidad materna extrema de EAPB Capital Salud y Fondo Financiero, que se intervienen a través de la estrategia Ángeles Guardianes, de acuerdo al seguimiento del equipo más bienestar en tu hogar, se contó con una cobertura del 99,06%, efectividad del 86,76% y

cierres de cuarenta y dos días post evento obstétrico del 99,65%, dentro del indicador de efectividad desde los EMBH se ha realizado la adecuada notificación seguimientos de los casos que no se han logrado caracterizar, cuenta con estados como el rechazado, fallidos, las usuaria se encuentran aún en la parte hospitalaria, sin egreso hospitalario y con búsquedas en el territorio; dentro del abordaje por parte del equipo a esta usuarias con morbilidad, no se presentó ningún caso de muerte materna para ángeles guardianes, evidenciando el impacto generado por parte de los profesionales de enfermería en la estrategia, realizando intervenciones de acuerdo a la necesidad y riesgo en salud identificado en esta población, siempre orientando en los procesos de salud, la educación en signos de alarma, la importancia de la adherencia a controles médicos y tratamiento farmacológico, además de la información y educación generada en las familias.

Otro de los eventos trazadores es el seguimiento de casos de sífilis gestacional, el cual se enmarca desde la estrategia Sí la sífilis gestacional se previene, tu bebe se protege. La cual durante el periodo de octubre-diciembre de 2025 permitió el abordaje a 21 familias, de las cuales se obtuvo como objetivo principal lograr un tratamiento efectivo y oportuno durante la gestación para la prevención de complicaciones o la terminación en una sífilis congénita. Para lograr el impacto establecido por los equipos más bienestar en tu Hogar, se realiza una articulación mensual con la ruta materno perinatal, vigilancia epidemiológica y la intramuralidad a través de espacios como la mesa materno y la mesa del componente de Vigilancia Epidemióloga y Transmisibles de la Subred Suroccidente y Salud Sexual y Reproductiva, en donde se logra establecer un proceso para el abordaje de los casos notificados por el evento de sífilis gestacional, congénita y post evento obstétrico donde adicionalmente se realiza el seguimiento a todas las Gestantes notificadas desde el componente asistencial por medio de la Estrategia de Ángeles Guardianes, lo que permite realizar un primer acercamiento a la familia por parte de los profesionales del Equipo Más Bienestar en tu Hogar y la intramuralidad desde el componente epidemiológico de Vigilancia, identificando factores de riesgo, necesidades y posibles acciones a implementar con la familia, permitiendo así continuar el proceso y propender por la adherencia del tratamiento de la usuaria y su pareja que favorezca la disminución de los casos de Sífilis Congénita y se mitigue el riesgo de eventos no deseados en las gestantes de la Estrategia de Ángeles Guardianes apoyados en la estrategia gestantes con más bienestar.

Se recalca que desde las diferentes estrategias para este periodo de Octubre-diciembre 2025, se evidencia transformación de familias que presentaron riesgos en salud en donde se logró afianzamiento de la lactancia materna exclusiva en menores de seis meses y complementaria fomentando hábitos de vida saludables, asistencia a programas de crecimiento y desarrollo, esquema de vacunación adecuado para la edad, con el trabajo articulado de los profesionales con los gestores de bienestar en seguimientos presenciales o remotos por parte del gestor en línea, para educar continuamente en la importancia de cumplir con el esquema de vacunación, evitando el riesgo de epidemias y contribuyendo a la erradicación y prevención de enfermedades, así mismo mediante el reconocimiento de los signos de alarma de gestantes y menores de 5 años y la gestión para la adherencia al protocolo de manejo de Sífilis Gestacional y Congénita en los casos abordados.

4.4.2 Infancia

Para este periodo fueron abordadas 305 familias con familias menores de 5 años, con las estrategias de ángeles kids, estrategia de prevención de la ERA-EDA y estrategia de seguimiento de la recuperación nutricional. Con estas familias se identificaron de forma oportuna factores de riesgo que permitieron dar respuesta a las necesidades identificadas en las familias por medio de la intervención realizada inicialmente por el gestor de bienestar, y una vez derivados la intervención continua por el profesional. adicionalmente fueron abordadas 305 familias con menores de 5 años durante el acumulado de la vigilancia, de estos casos, y se cuentan con cierre 338 casos es importante aclarara que varios casos cerrados en el 2025 fueron casos del 2024 a los que se les dio continuidad del plan de cuidado familiar y una vez se cumple el plan de cuidado familiar y los compromisos, así como la disminución de riesgos identificados previamente, donde se observa la transformación de la familia se da el cierre.

Comentado [43]: No es concordante con lo reportado en la tabla de planes de bienestar

Comentado [44R43]: AJUSTADO

Para el trimestre respecto al porcentaje de cobertura se identifica que se abordaron 42 de familias reportadas, con quienes se llevó a cabo la concertación de plan de cuidado y con quienes se dio inicio a planes de bienestar; con respecto a los cierres se identifica que para este periodo se realizó el cierre de 63 familias con quienes se cumplió el plan de cuidado familiar concertado, identificando cumplimiento de compromisos y generando impactos positivos en la familias, como adquisición de hábitos alimenticios adecuados, identificación de signos de alarma, aumento de las coberturas de vacunación.

Dentro de los avances identificados se evidencia: familias sensibilizadas en consejería en lactancia materna quienes reconocen la importancia de la misma como factor protector en los menores de 1 años, así como iniciar a partir de los 6 meses la alimentación complementaria; se evidencia reconocimiento de las familias frente a la importancia de mantener al día los esquemas de vacunas, asistir de forma oportuna a controles, identificación de signos de alarma.

Tabla 12. Infancia

Estrategias	**CASOS ASIGNADOS todas las fuentes**		**PDB CONCERTADOS EN EL PERIODO DE REPORTE**	**PDB CONCERTADOS EN LA VIGENCIA-ACUMULADO (Desde 01/1/2025 a la fecha de reporte)**	**PDB CON CIERRE EN EL MES DE REPORTE**	**PDB CON CIERRE EN LA VIGENCIA-ACUMULADO (Desde 01/1/2025 a la fecha de reporte)**	**% DE PDB CON CIERRE (Acumulado de PDB Concertado / Acumulado de PDB con cierre)**	**PDB ACTIVOS CON MÁS DE 6 SESIONES DE IMPLEMENTACIÓN**	**CASOS PENDIENTES** todas las fuentes
Estrategia Ángeles Kids	236		7	34	6	29	85,29 %	0	229
Estrategia para la prevención, manejo y	2		1	6	1	4	66,67 %	0	1
control de la Infección Respiratoria Aguda (IRA) y Enfermedad Diarreica Aguda EDA: Alto riesgo respiratorio y gastrointestina									

Estrategia De Seguimiento a la Recuperación Nutricional.	68		34	265	55	305	115,09%	9	34

Fuente: planos aplicativos GTAPS 2025

Para los usuarios notificados por evento de Desnutrición, de este periodo se abordaron 34 casos con quienes se han desarrollado acciones de seguimiento a los casos de desnutrición aguda severa y moderada a través de la estrategia de atención y prevención de la desnutrición infantil como un conjunto de acciones en alimentación y nutrición con una perspectiva pedagógica, familiar y social, encaminada a la atención y prevención de la desnutrición desde la gestación. Su objetivo es mejorar el estado nutricional de los beneficiarios, prevenir el bajo peso para la edad gestacional en las mujeres gestantes y la desnutrición en niños y niñas menores de cinco años de zonas previamente focalizadas.

durante las intervenciones realizadas con las familias con menores de 5 años se enfatizó en la acción de información, educación y comunicación; frente a la lactancia materna exclusiva, alimentación complementaria, prevención de accidentes en el hogar y reconocimiento de signos de alarma, generando así un impacto positivo en las familias, disminuyendo los riesgos identificados al momento de la caracterización familiar.

Indicadores:

Porcentaje de Recuperación nutricional en menores de 5 años con DNT Y RIESGO

Menor de 5 años con recuperación de peso Zscore Mayor que -1,5 / Menor de 5 años Identificado con DNT con planes de bienestar.: 66 menores de 5 años con recuperación de peso/ 76 menores identificados en el trimestre con planes de bienestar: Se evidencia un 86.8% de menores de 5 años con recuperación de peso durante la intervención realizada por el profesional. Con respecto a los 10 menores a quienes no se les evidencia recuperación, al verificar se evidencia que son menores que aunque no se encuentran en riesgo su peso se mantiene en el mismo valor con relación al seguimiento anterior, sin embargo en las familias se fortalecen temas con respecto a mantener una alimentación acorde a la edad, toma de la fórmula de recuperación nutricional y se recuerdan los signos de alarma con el fin de garantizar la ganancia de peso de los menores

Comentado [45]: que pasa con el resto que no tiene recuperación?cual es el motivo?

Comentado [46R45]: ajustado

Porcentaje de la población menor de 5 años del territorio asignado al equipo, con esquema de vacunación completo para la edad.

Total de niños menores de 5 años que han recibido todas las vacunas definidas para su edad durante el período de evaluación / Total de niños menores de 5 años en el territorio asignado a los equipos: 1470 niños menores de 5 años con esquemas de vacunación al dia /1656 menores intervenidos por los equipos de más bienestar en tu hogar: se evidencia un porcentaje del 88.7% de los menores intervenidos con el esquema de vacunación completo,

los cuidadores de los menores que no cuentan con el esquema completos fueron sensibilizados frente a la importancia de mantener el esquema de vacunación acorde a la edad, de igual forma los casos que se identificadores con el esquema incompleto fueron remitidos a los vacunadores del equipo.

Comentado [47]: Cual fue la respuesta y efectividad de la derivación???

Comentado [48R47]: ajustado

Con relación a las derivaciones de infancia, fueron derivados 214 casos a plan de cuidado de los cuales 122 fueron abordados de forma efectiva a quienes se les inició intervención acorde al riesgo identificado, de los 92 restantes se evidencia que se encuentran pendientes por abordar 73 casos, 5 son rechazados, 4 traslados y 10 fallidos. Se da respuesta a los casos reportados teniendo en cuenta el talento humano contratado.

4.4.3 Condiciones crónicas

Tabla 13. Condiciones Crónicas

Estrategias	**CASOS ASIGNADOS** todas las fuentes	**PDB CONCERTADOS EN EL PERIODO DE REPORTE**	**PDB CONCERTADOS EN LA VIGENCIA - ACUMULADO (Desde 01/1/02025 a la fecha de reporte)**	**PDB CON CIERRE EN EL MES DE REPORTE**	**PDB CON CIERRE EN LA VIGENCIA- ACUMULADO (Desde 01/1/02025 a la fecha de reporte)**	**% DE PDB CON CIERRE (Acumulado de PDB Concertado / Acumulado de PDB con cierre)**	**PDB ACTIVOS CON MÁS DE 6 SESIONES DE IMPLEMENTACIÓN**	**CASOS PENDIENTES** todas las fuentes
CRÓNICOS	1930	409	1600	398	1874	117,13 %	9	1521

Para el indicador “Total de personas con patología crónica no adherentes e inasistentes 1358 / Total de personas encontradas con patología crónica adherentes y asistentes a las actividades de la ruta cardio-cerebrovascular y metabólica 10449”. Durante el trimestre octubre–diciembre de 2025, el indicador presentó un valor de 13,0 %, lo que evidencia que, si bien la mayoría de las personas con patología crónica se encuentran adherentes a la ruta de atención, persiste un grupo relevante de usuarios con inasistencia y no adherencia, lo cual representa un riesgo para el control de las enfermedades crónicas y la prevención de eventos cardio-cerebrovasculares y metabólicos.

Durante el periodo de reporte de condiciones crónicas registra un total de 1.930 casos asignados provenientes de las fuentes de sistemas de Información, de estos 409 PDB fueron concertados en el periodo, alcanzando un acumulado de 1.600 PDB concertados en la vigencia Octubre – diciembre 2025.

En relación con el cierre de los PDB, se evidencia que 358 PDB fueron cerrados, para un acumulado de 1.874 PDB con cierre en la vigencia. Este comportamiento refleja una gestión activa en el avance de los planes, superando el número de PDB concertados en el periodo.

El porcentaje acumulado de PDB con cierre es del 117,13 %, lo cual indica un desempeño superior a lo proyectado, dado que el número de cierres acumulados excede los PDB concertados, evidenciando recuperación de planes de periodos anteriores ya que algunos casos venían abiertos del convenio anterior.

Adicionalmente, se identifican 9 PDB activos con más de 6 sesiones de implementación, lo que sugiere casos que requieren seguimiento especial para garantizar su cierre oportuno.

Finalmente, permanecen 1.521 casos pendientes, los cuales representan un reto importante para la gestión futura y demandan estrategias de priorización e intervención ya que el lineamiento indica que la atención al usuario con condiciones crónicas por parte de más bienestar debe ser mayor un año de haber sido atendido.

La gestión de los PDB presenta un desempeño positivo, reflejado en el alto porcentaje de cierres acumulados durante la vigencia.
El 117,13 % de cumplimiento en cierres evidencia eficiencia operativa y recuperación de periodos anteriores.
A pesar de los avances, el número de casos pendientes (1.521) indica la necesidad de fortalecer las estrategias de concertación y cierre.
Los PDB activos con más de 6 sesiones de implementación requieren seguimiento focalizado para evitar prolongaciones innecesarias.
Se recomienda continuar con las acciones de mejora y priorización de casos, con el fin de optimizar la oportunidad y efectividad de la gestión en los próximos periodos.

4.4.4 Salud mental

En el marco del Modelo MAS Bienestar, en lo referente a las atenciones realizadas desde la Estrategia MAS Bienestar en tu Hogar, desde el Plan de Bienestar familiar en salud mental, desde el mes de octubre del 2025 el equipo de psicólogos se centró en terminar los procesos de acompañamiento familiar desde las diferentes estrategias de intervención de aquellos casos que venían siendo abordados en la vigencia anterior con la finalidad de aportar al mejoramiento de la calidad de vida de vida y el bienestar psicoemocional de las personas y su familia, a través del desarrollo de estrategias y planes de bienestar concertados e implementados de manera conjunta con las familias que permitan el fortalecimiento de capacidades familiares para el cuidado de la salud mental y la gestión de los riesgos identificados.

Es así como desde el mes de octubre del 2025, el equipo de salud mental dio continuidad en las atenciones que venían activas desde la vigencia anterior, hasta llevarlos a su cierre involucrando en este proceso también, los meses de noviembre e incluso algunos en diciembre.

Tabla 14. Salud mental

Estrategias	**CASOS ASIGNADOS** todas las fuentes	**PDB CONCERTADOS EN EL PERIODO DE REPORTE**	**PDB CONCERTADOS EN LA VIGENCIA-ACUMULADO (Desde 01/10/2025 a la fecha de reporte)**	**PDB CON CIERRE EN EL MES DE REPORTE**	**PDB CON CIERRE EN LA VIGENCIA-ACUMULADO (Desde 01/10/2025 a la fecha de reporte)**	**% DE PDB CON CIERRE (Acumulado de PDB Concertado / Acumulado de PDB con cierre)**	**PDB ACTIVOS CON MÁS DE 6 SESIONES DE IMPLEMENTACIÓN**	**CASOS PENDIENTES** todas las fuentes
Estrategia Confróntate 7	792	126	468	31	366	78,21%	0	666
Estrategia Fortalecimiento o de las Pautas de Crianza	407	108	344	33	257	74,71%	0	299

Comentado [49]: 1. Se agradece el reporte de la información remitida; sin embargo, se solicita fortalecer el análisis técnico de los resultados presentados, teniendo en cuenta que no resulta metodológicamente consistente reportar niveles de cumplimiento superiores al estándar máximo establecido, como se evidencia en el indicador correspondiente a los “planes de bienestar familiar” con un cumplimiento del 100,85%.
En concordancia con la explicación inicial del informe, se requiere desagregar el resultado reportado, especificando de manera diferenciada el porcentaje de cierre de planes correspondientes a vigencias anteriores y el porcentaje de planes formulados y cerrados durante el período evaluado, con el fin de garantizar la claridad, trazabilidad y consistencia técnica de la información presentada.
2. Establecer las acciones de mejora para el cierre de los casos con mas 6 sesiones que se encuentran activos.

Comentado [50R49]: Ajustado

Comentado [DP51R49]: OK

Estrategia Apoyo psicológico en casos de duelo	202	71	204	14	147	72,06%	122	131
Estrategia de acompañamiento integral en salud para las mujeres.	391	50	50	2	2	4,00%	0	331
Estrategia Adolescentes con MÁS Bienestar.	0	0	0	0	0	0	0	0
Estrategia de Acompañamiento psicosocial	2534	1127	3159	159	2151	68,9%	7	1408
Estrategia de Habilidades para la vida en adolescentes y jóvenes.	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	4326	1482	4225	239	2923	0	122	2835

Fuente: planos de salud mental _ aplicativo GTAPS 2025

Indicador porcentaje familias con cierre de proceso en salud mental

N.º de familias con cierre de proceso en salud mental / N.º de familias intervenidas por los planes de bienestar en Salud Mental, se evidencia el 0,16% de familias intervenidas por los planes de bienestar en salud mental, se encuentran cerrados. Aquellos planes que se concertaron en el mes de octubre y noviembre del 2025 tendrán su cierre hacia los meses de diciembre 2025- enero 2026, teniendo en cuenta las fechas de festividades que pueden interferir en los seguimientos estipulados dadas las dinámicas familiares particulares en estas fechas.

Es importante resaltar que, durante los meses de octubre - noviembre del 2025 el equipo de salud mental estuvo realizando cierres de los planes de cuidado de bienestar familiar que tenían activos desde el convenio anterior. En casos de salud mental se evidencia aumento de los cierres provenientes del convenio anterior. Respecto al volumen de casos pendientes, dentro de los cuales se evidencia en casos tanto de ruteo como de SIRC, direcciones sin complemento, población flotante lo que dificulta el abordaje de casos, sin embargo, se está realizando como acción de mejora ubicación de casos por aplicativo PAI en búsqueda de más datos para abordar. Teniendo en cuenta el límite de sesiones para abordar de acuerdo con nueva guía operativa podrá verse reflejado en más casos efectivos.

Desde la estrategia de acompañamiento psicosocial, se concertaron 1127 planes de bienestar en el periodo de octubre a diciembre del 2025, 152 casos con sesión 1, para el mes de octubre del 2025. Para el mes de noviembre 412 casos y para el mes de diciembre 563 casos. El equipo de profesionales en psicología logra identificar factores protectores y de riesgo, validar el evento o la prioridad, logran complementar la información de la identificación del riesgo través de la aplicación de los tamizajes propicios según la edad del usuario índice y las necesidades y características poblacionales de los integrantes de la familia. Así mismo la realización de la caracterización socioambiental aportó a la identificación de riesgos y factores protectores y poder con esto, además del ejercicio conversacional con la familia, establecer acuerdos de compromisos y el plan de cuidado de bienestar familiar. Es así que para el caso de la estrategia acompañamiento psicosocial el equipo logró identificar necesidad de fortalecimiento de habilidades para la vida haciendo énfasis en el mejoramiento de la comunicación asertiva, el manejo de emociones y sentimientos, manejo de tensión y estrés, empatía, autoconocimiento, solución de problemas y conflictos, y relaciones interpersonales; en ese proceso sensibilizan sobre la importancia de la corresponsabilidad familiar, el acompañamiento emocional y el fortalecimiento de redes de apoyo.

En cuanto al acumulados, se logró el cierre del 68,09% de los planes de bienestar familiar, lo que nos permitió visualizar un avance frente a la disminución del riesgo psicosocial.

En cuanto a la estrategia de afrontamiento, se realizaron durante los meses de octubre a diciembre del 2025, 126 abordajes desde salud mental, en primera sesión de los cuales, de

este total, el 36% de los casos han sido abordados desde el perfil de psicología clínica, y el 64% por psicólogos universitarios. En este proceso de acercamiento el equipo logra reconocer las dinámicas familiares, los comportamientos que indican necesidad de intervención familiar, factores protectores y de riesgo, estrategias de afrontamiento que implementa la familia ante los eventos estresantes. También utilizaron los diferentes tamizajes para complementar la información que conlleva a establecer las acciones a seguir y acordadas con las familias, una vez identificado los riesgos relacionados con la estabilidad emocional o su salud mental de las personas derivadas y su grupo familiar. Dentro de las acciones desarrolladas por el equipo se generaron espacios centrados en el fortalecimiento o generación de vínculos, manejo de emociones, procesos de reevaluación positiva, autoconocimiento, espacios de confrontación, de reconocimiento de significados que dan las familias a la situación problemática, así como de aquellos eventos que desencadenaron el riesgo y la forma como la familia lo ha afrontado, validación de sus esfuerzos y estrategias de afrontamiento, refuerzo y fortalecimientos de nuevas estrategias que aportan a mejorar la calidad de vida familiar y personal. También se generaron espacios que permitieron la movilización de emociones, ansiedad o preocupaciones.

Por otro lado, se generaron procesos de cierre de los planes de cuidado logrando un consolidado del 78,21%, lo que indica un avance significativo en los cierres de aquellos planes de cuidado familiar que se concertaron en los meses anteriores a la nueva vigencia. En lo que concierne al periodo de reporte, se logra un porcentaje de cierre del 24,60%.

En lo que respecta al evento de violencias reiteradas y la estrategia de fortalecimiento de las pautas de crianza, los profesionales universitarios y especializados, han venido dando respuesta de abordaje desde las derivaciones que les han realizado desde las diferentes fuentes, bases SIRC y derivaciones. estos datos son tomados con los archivos planos de los meses octubre, noviembre y proximidad del mes de diciembre ya que estos son enviados el mes siguiente sobre la fecha Dentro de estas acciones de intervención se evidencian 108 casos acercamientos donde lograron realizar caracterización o actualización (octubre 35 planes de cuidado de bienestar concertados, en noviembre 46 y en diciembre 27 casos). A través de estos acercamientos los profesionales logran identificar y reconocer la importancia de fortalecer herramientas para establecimiento de normas y límites, manejo de emociones y sentimientos, manejo de comportamientos, y de solución de problemas y conflictos, fortalecimiento de vínculos. A lo largo de los seguimientos el equipo generó espacios de diálogos y de reflexión con los padres y/o cuidadores de reconocimiento de estilo de crianza que se está llevando a cabo y desarrollo de estrategias y herramientas que permitan una crianza positiva afectiva, respetuosa, con manejo de normas y límites claros y fortalecimiento del vínculo afectivo, así como el manejo de emociones y de comportamientos.

Se logró cerrar el 74,71% de los planes de bienestar familiar, indicando que se dio continuidad a los procesos de cierres de los planes que estaban concertados en los meses agosto- septiembre, incluso aquellos que no se habían logrado dar cierres y quedaron con estado fallidos.

Para la estrategia apoyo psicológicos en casos de duelo, se dieron respuestas de abordaje

en salud mental para aquellos casos cuyas causas de duelo fueron muerte perinatal, suicidio consumado, otros casos, fallecimiento por covid. El equipo de profesionales especializados, generaron encuentro inicial en búsqueda de no sólo generar un espacio de empatía, sino también de identificación de riesgos relacionados con la vivencia del duelo, el contexto particular en que ocurre, sus redes de apoyo social y antecedentes de salud mental, relación y vínculo con la persona fallecida. También la importancia de identificar la etapa del duelo se encuentra la familia y las estrategias personales y familiares que ha implementado la familia para manejar la pérdida efectiva o no. A lo largo de las sesiones, logran trabajar con las familias brindando psicoeducación para el manejo del duelo, reevaluación positiva, manejo de emociones y sentimientos, expresión emocional del dolor por la pérdida, despedida simbólica.

En cuanto al evento VBG 107, se evidencia que se dio respuesta de intervención desde salud mental, durante los meses de octubre a diciembre por parte de psicología a 50 casos remitidos desde ruteo. En el mes de diciembre se dio un incremento en la atención a estos casos dado que, en el mes de noviembre, hasta el día 16 se reasignaron los casos de enfermería a psicología a través del ruteo. En estos espacios se generaron espacios para fortalecer la escucha activa, el manejo de emociones y sentimientos, establecimiento de normas y límites, autocontrol. También se generaron espacios para fortalecer estrategias de regulación emocional, facilitar la expresión emocional, fortalecimiento de redes de apoyo y autoesquemas.

Indicador porcentaje de familias con mejoramiento en habilidades de afrontamiento.
Nº de familias con mejoramiento en habilidades de afrontamiento / Nº de familias intervenidas por los planes de bienestar en Salud Mental, se evidencia el 60.70% de Familias intervenidas por los planes de bienestar en salud mental evidenciaron un mejoramiento en las habilidades de afrontamiento. Es importante resaltar que, durante el mes de octubre, noviembre del 2025 el equipo de salud mental estuvo realizando cierres de planes de cuidado de bienestar de la vigencia anterior por lo que se evidencia que, para el porcentaje está asociado a aquellos planes concertados en ese tiempo.

Los resultados de los indicadores muestran la efectividad de las intervenciones por parte del equipo de salud mental y la disposición de las familias frente al cambio y la implementación de estrategias nuevas y efectivas para afrontar los problemas de su cotidianidad. Esto representado en el mejoramiento de la comunicación intrafamiliar, implementando técnicas asertivas para comunicarse, establecimiento de límites y normas al interior del hogar y de relaciones interpersonales, mejoramiento de estrategias para manejo y canalización de emociones, mejoramiento de la autopercepción y manejo de tensión y estrés. También logran reconocer la importancia de las redes de apoyo social que aportan al fortalecimiento de herramientas de afrontamiento.

Así mismo el equipo logró socializar y recordar las líneas de atención psicosocial a nivel distrital, así como las líneas de emergencia, lo que aporta significativamente en el reconocimiento por parte de las familias que no sólo cuentan con sus propias herramientas, sino que existen en su entorno personas, instituciones dispuestas a brindarles el apoyo que necesiten ante un evento estresor o situaciones de difícil manejo.

Es importante resaltar que hubo factores en esta vigencia que han facilitado la intervención del equipo de salud mental en los hogares, como el hecho de haber incrementado las acciones de socialización a través de los diferentes medios de comunicación, del Modelo Más Bienestar en las localidades y en Bogotá, lo que lleva a que las familias logren tener más confianza hacia lo Equipos Más Bienestar en tu Hogar, sin embargo, la difusión y socialización de los programas deben ser constante dado que en estas localidades se presenta mucha rotación poblacional; así mismo es también frecuente los comportamientos de personas inescrupulosas que cometen robos haciéndose pasar como funcionarios de la Subred Suroccidente, o de la Secretaría de Salud. Por tanto, se mantiene como acción de mejora la divulgación de los vídeos institucionales sobre el Modelo y la Estrategia Más Bienestar en tu Hogar.

Se identifica como barrera el hecho que las direcciones y números de contacto para poder ubicar a las personas que han sido derivadas a través de ruteo, son errados lo que lleva a tener fallidos en el proceso de contractibilidad y en las visitas en campo. Esto conlleva a no poder lograr el abordaje al 100% de las familias derivadas.

Se evidencian casos de familias que se trasladan de una localidad a otra o a otros municipios. Los traslados la mayoría de las veces no son informados a los profesionales de la salud, y al llegar a realizar sus seguimientos no los encuentran, incrementando el número de fallidos.

El reconocimiento de los gestores de Bienestar en los territorios hace que aumente la confianza hacia la intervención de los equipos interdisciplinarios Más Bienestar. Esto mismo ocurre cuando cambian de trabajo o hay traslado a otras localidades para trabajar lo que dificulta el acuerdo de fechas para dar continuidad a los procesos de acompañamiento por parte del perfil de psicología.

El hecho de haber marcado el número de sesiones establecidas por estrategia para el equipo de salud mental, ha favorecido el aumento de canalizaciones a las EAPB para que ellos puedan realizar el seguimiento o dar continuidad al proceso de atención por psicología. Así mismo ha aumentado la sensibilización y reconocimiento de la importancia del autocuidado en salud mental y la importancia de sus controles por psicología o psiquiatría a través de sus EPS, rompiendo con imaginarios o mitos frente al accionar de estos perfiles.

Frente a las acciones de mejora para los casos de cierres de más de 6 sesiones, se está realizando articulación constante con las profesionales de cohortes, y sistemas de información donde nos envían alertas frente a los avances de seguimiento se ha generado alertas para que se realicen los cierren cuando están en sesión 3. Adicional se ha se recuerda en los diferentes espacios con los perfiles el número de sesiones que deben realizar de acuerdo a los eventos activos. Así mismo, se fortalece la comunicación con las profesionales de cohortes y líderes operativos para dar respuestas a dudas e inquietudes que presentan los profesionales de salud mental.

1.4. Población con discapacidad y limitación funcional

Comentado [52]: Dentro de la narrativa, se solicita ser más ejecutiva la información presentada, teniendo presente la orientación de la plantilla, mencionar porque no se abordan familias con dependencia funcional

Comentado [53R52]: ajustado

Comentado [li54R52]: ok

Tabla 15. Abordaje familias con población con discapacidad - cuidadores sin sobrecarga

CONDICIÓN DEL CUIDADOR: SIN SOBRECARGA		Familias	Terapeuta		Agente de cambio	
Localidad	Población	Total, de familias acompañadas en la actividad de la RBC	Sesiones Presencial	Seguimiento (Telefónico)	Sesión Presencial	Seguimiento (Telefónico)
7	Discapacidad	423	116	6	5	5
	Limitación Funcional	0	0	0	0	0
8	Discapacidad	419	180	1	45	18
	Limitación Funcional	0	0	0	0	0
9	Discapacidad	107	21	0	14	0
	Limitación Funcional	0	0	0	0	0
16	Discapacidad	194	45	0	4	3
	Limitación Funcional	0	0	0	0	0

Fuente: planos aplicativos GTAPS “otros casos priorizados” y “sesiones RBC”, octubre a diciembre 2025

Tabla 16. Abordaje familias con población con discapacidad - cuidadores con sobrecarga

CONDICIÓN DEL CUIDADOR: CON SOBRECARGA		Familias	Terapeuta		Agente de cambio		Auxiliar de Cuidado	Psicólogo	
Localidad	Población	Total, de familias acompañadas en la actividad de la RBC	Sesiones Presencial	Seguimiento (Telefónico)	Sesión Presencial	Seguimiento (Telefónico)	Sesión Presencial	Sesión Presencial	Seguimiento (Telefónico)
7	Discapacidad	30	60	0	4	0	76	88	0
	Limitación Funcional	0	0	0	0	0	0	0	0
8	Discapacidad	42	87	0	17	0	105	142	0
	Limitación Funcional	0	0	0	0	0	0	0	0
9	Discapacidad	14	25	0	8	0	53	39	0
	Limitación Funcional	0	0	0	0	0	0	0	0
16	Discapacidad	11	25	0	6	0	21	37	0
	Limitación Funcional	0	0	0	0	0	0	0	0

Fuente: planos aplicativos GTAPS “otros casos priorizados” y “sesiones RBC”, octubre a diciembre 2025

Con el propósito de realizar el seguimiento y análisis de la gestión desarrollada en el marco de la Estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad (RBC) y de la Acción de Más Bienestar para la persona cuidadora, a continuación se presenta un reporte consolidado a partir de los datos registrados en el aplicativo GTAPS, con ocasión de cada intervención desarrollada por los perfiles que implementan la estrategia (Profesionales en Terapias, Psicología; técnico en Auxiliar de Enfermería y Agente de cambio). El reporte presenta datos de abordaje, teniendo en cuenta la presencia o no de sobrecarga en los cuidadores, cómo

se evidencia en las tablas que respaldan este apartado.

Como parte de los datos del presente informe, se solicita discriminar el abordaje ya sea a personas con discapacidad o personas con limitación funcional, sin embargo, es importante aclarar que tanto el módulo de registro, como los planos que contienen información de esta intervención no cuentan con esa variable, que nos permita definir el número de familias abordadas según ésta clasificación; por lo cual, en la tablas se presentan los datos aportados por los planos descargados y que recogen el abordaje general a las familias, sin discriminar a cuál criterio obedece dicha atención por los equipos Más Bienestar indicados.

La información presentada en las tablas 15 y 16, presenta la información del abordaje, discriminada por localidad, perfil, tipo de intervención (presencial o telefónica), número de familias abordadas, número de atenciones realizadas; así como diferenciando el abordaje a cuidadores con y sin sobrecarga identificada.

Con base en la información reportada en las tablas 15 - Abordaje familias con población con discapacidad - cuidadores sin sobrecarga y 16 - Abordaje familias con población con discapacidad - cuidadores con sobrecarga del presente informe, para el periodo de reporte Octubre a Diciembre 2025, se identifica una mayor concentración de atenciones en la localidad de Kennedy con 46.77%, seguido de Bosa con 29.23% Fontibón con 12.90% y Puente Aranda con un 11.09%, lo cual puede explicarse por aspectos como dimensiones territoriales, concentración y distribución de la población, estratificación y uso del suelo; ya que localidades como Fontibón y Puente Aranda tienen una extensión menor y un uso del suelo menos residencial en comparación con Kennedy y Bosa; además de que en la localidad de Fontibón existe estratificación residencial tipo 4, 5 y 6 que limita el acceso de las acciones ofertadas por los Equipos más Bienestar, por dinámicas propias de las familias, como adultos mayores que permanecen sólo durante el día o familias que manifiestan que reciben atención de sus EPS o sus servicios de medicina prepagada.

Con relación al abordaje por perfil, para la Subred Integrada de Servicios de Salud Suroccidente, se evidencia un mejora importante en diferentes aspectos, ya que se ha mejorado, por parte de otros profesionales diferentes a terapeutas, en la identificación de casos que ameritan la intervención con la estrategia RBC; ya que se están teniendo en cuenta al momento de la caracterización aspectos como: conocimiento y acceso de la persona con discapacidad y su familia a procesos de rehabilitación integral, reconocimiento de sus derechos y empoderamiento hacia la exigibilidad de los mismos, participación social y comunitaria; así como autonomía e inclusión que les garantice la satisfacción de necesidades, más allá de los aspectos meramente médicos. Dado lo anterior se ha avanzado en llegar a las familias indicadas, con las acciones necesarias según sus necesidades.

Adicionalmente en la Subred Suroccidente, se ha continuado realizando reunión de articulación para los perfiles que participan de la estrategia RBC, reunión que aunque no viene expresada en los lineamientos técnicos para éste convenio, es de gran importancia, ya que es el espacio donde de manera presencial se hace una revisión y análisis de los

casos, con el fin de unificar identificación de necesidades y estrategias de abordaje que permitan dar respuestas integrales y más efectivas a las comunidades intervenidas. Producto de este ejercicio, se ha fortalecido aspectos como el mencionado en párrafo anterior, relacionado con la identificación de familias susceptibles de ser abordadas.

Para el periodo de reporte, se cuenta con una reunión específica para revisión de casos para RBC, que se realizó en el mes de noviembre. Es importante reconocer, que parte de este ejercicio también incluyó el reconocimiento entre perfiles y los territorios en que se mueven, ya que, con ocasión de los cambios en talento humano, se presenta rotación y este espacio favorece ese reconocimiento, así como mejorar la comunicación y articulación en el proceso de atención a nuestras familias beneficiadas de la estrategia RBC.

Durante el periodo reportado, se ha evidenciado, en parte en el espacio de reunión de RBC, como en los comités de cuidado, que el perfil de Psicología, está haciendo una identificación de necesidades mucho más precisa y más temprana de familias susceptibles de ser intervenidas; ya que se venía observando que en algunos casos se identificaba las necesidades en las últimas sesiones de intervención familiar, dificultando el abordaje de éste perfil en concordancia con terapeuta, auxiliar de cuidado y agente de cambio; lo cual en ocasiones deriva en que la familia no tenga la intervención integral.

El perfil de profesional en terapias, ha continuado dando la pauta para el desarrollo de la acción de intervención; sin embargo, los espacios de reunión de RBC y los comités de cuidado, han generado escenarios de socialización y acuerdos importantes para la integralidad de la intervención. El profesional en Psicología ha sido parte importante del proceso ya que al integrar la salud mental en la RBC se ha dado espacio para fortalecer y promover la autonomía y la recuperación para una vida independiente de personas con trastornos o enfermedades mentales.

Con relación a la intervención de auxiliar de cuidado, se evidencia que es una estrategia importante y relevante para las familias que la reciben; ya que brinda oportunidad de “descanso y relevo” a esos cuidadores; sin embargo, se ha identificado que debido a que los tiempos de intervención son diferentes frente a los de los otros perfiles del proceso, hace que se presente un represamiento de casos que requieren ese acompañamiento del auxiliar de cuidado; por lo cual es importante evaluar la posibilidad de ampliar el número de auxiliares de cuidado requeridas, con base en los tiempos de las intervenciones del terapeuta, que es quien define la pertinencia de la intervención del auxiliar de cuidado.

Otro aspecto importante a describir de la intervención de los perfiles de esta estrategia, consiste en resaltar el papel del agente de cambio en las dinámicas de la intervención; ya que particularmente, para la Subred Suroccidente, se cuenta con un equipo de agentes de cambio que aportan y enriquecen la acción a partir de sus propias experiencias, lo cual se constituye en una herramienta valiosa para las familias; ya que se identifican con sus vivencias y encuentran en este perfil esa motivación para modificar hábitos, emprender iniciativas de participación, aprender sobre autonomía, empoderamiento, acceso a servicios, gestión de barreras y exigibilidad de derechos, entre muchas otras cosas. En este

punto es de resaltar la gestión de este perfil, particularmente del agente de cambio Roberto Vidal, reconocido comunitariamente como “Canaviro”, quien además de ser parte de la población de personas con discapacidad, es un ejemplo y referente de cambio, empoderamiento, autogestión y activismo en favor del reconocimiento, visibilizarían y participación de todos y todas las personas con discapacidad y sus familias. Su gestión no se limita al acompañamiento en las sesiones presenciales o telefónicas, sino que aporta siempre más, apoyando a las familias en la gestión de diferentes necesidades, ya que ha realizado articulación personal en las unidades de atención para gestionar citas médicas, también en espacios locales para acceso a servicios sociales, comunitarios, recreativos, educativos, entre otros; lo cual aporta de manera significativa al proceso y los resultados del mismo, que como fin último son fortalecer capacidades que lleven a aprovechar oportunidades y satisfacer necesidades en términos de igualdad, equidad y oportunidad; y por ello la Subred Suroccidente, considera estar en el camino correcto hacia esa meta.

En relación al abordaje a familias con discapacidad y sus cuidadores, teniendo en cuenta si tienen o no sobrecarga, los datos relacionados a partir de las intervenciones; se tiene que el grueso de las intervenciones y a partir de la aplicación del tamizaje respectivo (Escala de carga del cuidador Zarit), se concentran en familias donde el grado de sobrecarga que padece un cuidador de una persona dependiente puntúa en leve o no tiene una sobrecarga, siendo este de un 80.44%, frente a un 19.56% de los cuidadores que posterior a la aplicación del tamizaje, se identifican con sobrecarga derivada del cuidado de otra persona.

Finalmente, en relación a las acciones de mejora para el proceso, se menciona aspectos técnicos como la evaluación del aumento del perfil de auxiliar de cuidado a fin de dar respuesta efectiva a todas las familias que lo requieran, sin que se genere represamiento y demora en los cierres de procesos en que este perfil participa.

Igualmente, en aspectos relacionados con el reporte de las acciones en el aplicativo GTAPS, se propone como acción de mejora la inclusión en los módulos de espacios para el registro de información relevante que aporte a este informe, como es el caso de poder identificar si son familias con personas con discapacidad o con limitación funcional, ya que no se cuenta con ese registro en el módulo actual.

4.4.6 Personas con Soledad Social

En el desarrollo de la estrategia de soledad social el equipo avanza en la identificación de casos, entendiendo que la soledad social es un fenómeno dinámico y multifactorial, que afecta a las personas mayores, que incide negativamente en la calidad de vida y salud, limitando la participación y fortalecimiento de redes de apoyo.

En el seguimiento para el trimestre de octubre a diciembre de 2025 se obtuvo un porcentaje 8.5% de personas intervenidas, este resultado tiene varios factores que incidieron en las acciones de campo. Durante el proceso de identificación por parte de los profesionales sociales se observó que muchos de los casos correspondían a personas que tiene

discapacidad o diferente tipo de afectación para el desarrollo de las actividades de la vida diaria, otras no cumplían el criterio de la edad para vincularlos a la estrategia y varios no aceptaron la atención por parte de los profesionales sociales

NUMERADOR	DENOMINADOR	INDICADOR %
Total, de personas en situación de soledad social intervenidas	Total, de personas en situación de soledad social identificadas	porcentaje de personas en situación de soledad social intervenidas
124	1458	8,5%

Fuente: Datos preliminares de Matriz Instrumento cargue temporal soledad social y bases de derivaciones para Trabajo social. Subred Sur Occidente. Octubre – diciembre 2025

Es de resaltar que los profesionales sociales identificaron elementos clave en la vinculación de la población a la estrategia de soledad social y el análisis se ordena por las siguientes categorías:

Condiciones de salud

Se evidencio casos de personas con enfermedades crónicas como hipertensión, diabetes, artrosis, EPOC y HTA. Así mismo, en varios casos se destaca la adherencia a tratamientos médicos y la asistencia a controles, aunque también se identificó necesidad de reforzar hábitos saludables.

Entorno emocional y familiar

Se identifican conflictos familiares, rechazo y abandono por parte de hijos o nueras, así como procesos de duelo no resueltos que afectan el bienestar emocional. En contraste, algunas personas mayores cuentan con apoyo cercano de familiares o vecinos, lo que fortalece su estado anímico.

Participación social

Se resalta la vinculación a actividades comunitarias como grupos de danza, juegos de mesa, caminatas y talleres, sin embargo, en varios casos por dificultades económica no siempre pueden desplazarse a escenarios de interés para el desarrollo de actividades de esparcimiento y ampliar redes de amistades y otros sectores para acceder al portafolio de servicios que hay para persona mayor en las localidades de la subred. En contraste se identificó que algunos casos son renuentes a participar de actividades comunitarias.

Condiciones socioeconómicas

Se evidencian limitaciones económicas, dependencia de bonos de adulto mayor y pensiones mínimas, así como inseguridad alimentaria en algunos hogares. Según lo referido por los ciudadanos tienen dificultades para acceder a programas sociales por falta de Sisbén o trámites pendientes.

Autonomía y habilidades

Se destacan esfuerzos por aprender herramientas digitales (manejo de celular, WhatsApp, internet) y mantener actividades cognitivas y recreativas, donde buscan no depender de otros para el desarrollo de las actividades de la vida diaria.

En el desarrollo de esta actividad los profesionales sociales mostraron que la intervención no es solo aborda la soledad social desde la cobertura, sino que también la identificación de factores de riesgo y de protección en salud, reconociendo la necesidad de fortalecer los vínculos familiares y la participación comunitaria, por otra parte, la identificación de condiciones socioeconómicas. Estos aspectos son fundamentales para orientar las acciones

En el avance de reducción del riesgo los 64 casos con riesgo alto y muy alto muestran que la intervención del auxiliar de cuidado permitió el Acceso al 12% a servicios de salud (citas médicas, controles tensionales, acompañamiento en EPS), activación de rutas sociales (comedor comunitario, servicios de centros de desarrollo comunitario de secretaria de integración social), orientación en hábitos saludables y manejo de emociones, aportando así a mitigar la vulnerabilidad social y sanitaria

Se logró cambios en participación social como la vinculación en actividades comunitarias en grupos de danza, participación en actividades de la junta de acción comunal y talleres de hábitos saludables, inscripción en programas de seguridad alimentaria, actividades recreativas, así como fortalecimiento redes de apoyo con vecinos y familiares.

En cuanto a la percepción de soledad se avanzó en la disminución de soledad en especial de personas con apoyo familiar o comunitario reportaron sentirse más acompañadas, sin embargo, en los casos con conflicto familiar o abandono la percepción de soledad sigue siendo alta, aunque se mitiga con actividades y acompañamiento.

Avance en la mejora de calidad de vida se observó en mayor adherencia a tratamientos médicos, así mismo la estimulación cognitiva mediante juegos, lectura y manualidades aportaron a cambios en la percepción y manejo de situaciones de soledad lo que se acompañó con diálogos motivacionales y escucha activa

Durante el trimestre se evidenció reto para la estrategia específicamente en casos de procesos de duelo no resueltos, aunque se activa la respuesta respectiva desde los “equipos más bienestar en tu hogar” estos casos requieren más tiempo vinculados a la estrategia más compañía en tu hogar y de otros sectores.

En el proceso se ha identificado barreras económicas donde los ingresos son bajos y la dependencia de bonos de persona mayor e inseguridad alimentaria, que impide el traslado de los ciudadanos a actividades de esparcimiento en las cuatro localidades de la subred

Los conflictos familiares afectan negativamente la posibilidad de generar mejores canales de comunicación, así como rutinas familiares para mitigar la percepción de soledad de los ciudadanos vinculados a la estrategia

Se identificó la barrera de acceso a programas sociales por la clasificación de Sisbén ya sea porque está pendiente o por que el puntaje obtenido en la clasificación.

En el desarrollo de las actividades de la las auxiliares del cuidado durante el trimestre se identifica los siguientes aspectos en el abordaje:

Salud y autocuidado

La auxiliar de cuidado enfatizó la educación en signos de alarma (hipertensión, riesgo cardiovascular, enfermedades crónicas), promueve la adherencia a tratamientos médicos tales como toma de medicamentos según fórmula, asistencia a controles, seguimiento de laboratorios. Igualmente reforzaron hábitos saludables (alimentación balanceada, reducción de harinas y grasas, incremento de frutas y verduras, actividad física regular).

Apoyo emocional y acompañamiento

Las auxiliares utilizaron la escucha activa y frases de motivación para fortalecer la autoestima; específicamente en casos con procesos de duelo y rechazo familiar, brindaron el acompañamiento encaminado a mitigar sentimientos de abandono. Así mismo se promovió la expresión emocional mediante conversación y actividades recreativas en la vivienda o en espacios del entorno de la casa.

Participación social y comunitaria

En el acompañamiento las auxiliares orientaron a las personas para acceder a programas como Comedor Comunitario, servicios para los residentes en las manzanas del cuidado y direccionamiento a Centros de desarrollo comunitario de secretaria de integración social de la localidad respectiva.

promovieron la participación en espacios de actividad física, manualidades, juegos de mesa y talleres comunitarios acorde la oferta identificada en el territorio, sin embargo, en algunos casos, se observó resistencia a participar en grupos, lo que indica fortalecer estrategias más personalizadas para identificar otros intereses y así mismo la respuesta en el entorno del hogar de estos casos.

Autonomía y habilidades

Durante el trimestre se enseñó el uso de herramientas digitales (manejo de celular, WhatsApp, internet) para mejorar la comunicación con familiares y amigos, así como

aprender a acceder a servicios.

Se promueven actividades cognitivas en los espacios de ocio como sopas de letras, colorear, ejercicios de memoria

Condiciones familiares y sociales

En los casos identificados con conflictos familiares evidenciaron rechazo de hijos, indiferencia de nueras, las auxiliares del cuidado brindaron recomendaciones para fortalecer lazos familiares y comunitarios para reducir la percepción de soledad.

En otros casos resaltan el apoyo de vecinos y familiares cercanos que actúan como redes de apoyo efectivas, sin embargo, trabajan herramientas para fortalecimiento de la autonomía.

En conjunto, estas acciones contribuyen a mitigar la soledad social y mejorar la calidad de vida de las personas mayores, aunque persisten retos en casos de conflicto familiar y limitaciones económicas.

Es así que el accionar de los y las auxiliares del cuidado en el accionar avanzaron en aspectos tales como salud física y prevención de riesgos, bienestar emocional y autoestima, participación comunitaria e identificación para vinculación a redes de apoyo, autonomía fortalecer habilidades digitales y cognitivas.

4.4.7Cáncer

MES	USUARIOS ATENDIDOS POR ESTRATEGIA	USUARIOS ASIGNADOS	% CUMPLIMIENTO INDICADOR
OCTUBRE	0	0	0%
NOVIEMBRE	6	6	100,0%
DICIEMBRE	0	0	00,0%
TOTAL TRIMESTRE	6	6	100,00%

Durante el mes de octubre no se registraron usuarios asignados ni usuarios atendidos dentro de la Estrategia Cáncer, lo que se traduce en un 0 % dado que no se realizó asignación, mientras que en noviembre se asignaron 6 usuarios, de los cuales 6 fueron efectivamente atendidos, alcanzando un 100,0 % de cumplimiento**.** Este mes presenta el mejor desempeño del trimestre, evidenciando una adecuada capacidad de respuesta, no obstante, la brecha correspondiente a 0 usuarios no atendidos sugiere la existencia de

barreras específicas.

En el total del trimestre se asignaron 6 usuarios**,** de los cuales 6 fueron atendidos**,** obteniendo un 100,0 % de cumplimiento general**.** Este resultado indica que poco más de la mitad de los usuarios asignados recibieron atención efectiva, lo que evidencia un nivel de cumplimiento moderado, pero insuficiente frente a estándares deseables de atención integral y oportuna en programas relacionados con cáncer.

El indicador presenta un comportamiento irregular a lo largo del trimestre, con diferencias marcadas entre meses, noviembre destaca como el mes con mejor desempeño, evidenciando que es posible alcanzar niveles altos de cumplimiento cuando las condiciones operativas son favorables. Octubre y diciembre representan puntos críticos, con ausencia total de atención en el primer mes y un cumplimiento muy bajo en el último.

El cumplimiento trimestral del 100,0 % sugiere continuar con el proceso para seguir logrando la atención efectiva de los usuarios, procurando siempre su bienestar. Se establece tener en cuenta fortalecer la identificación y asignación oportuna de usuarios**,** garantizando que los casos sean registrados desde el inicio del período. Mejorar el seguimiento activo de los usuarios asignados, mediante llamadas, recordatorios y confirmación de citas. Establecer planes de contingencia para periodos críticos como fines de año, con el fin de evitar caídas abruptas en el cumplimiento. Monitorear el indicador de forma mensual, permitiendo la detección temprana de desviaciones y la implementación de acciones correctivas. Analizar las causas específicas de no atención, documentando barreras administrativas, clínicas o sociales.

El análisis del indicador de atención de la Estrategia Cáncer evidencia avances completos, pero también importantes oportunidades de mejora. El fortalecimiento de los procesos de gestión, seguimiento y planeación será clave para aumentar el cumplimiento, garantizar la atención oportuna de los usuarios y mejorar los resultados en salud de una población altamente prioritaria.

Las estrategias en la cohorte de cáncer y riesgo de cáncer, es una estrategia por una vida con más bienestar, donde los usuarios se priorizan dependiendo los diferentes criterios, en la cohorte, los usuarios con cáncer sean infantil de mama cérvix, próstata, colon, recto, estómago, piel o enfermedades huérfanas, son priorizados bajo el perfil de enfermería, trabajo social y psicología. También se tienen en cuenta aquellos que aún no han sido confirmados ni diagnosticados, pero que tienen sospecha, se trabaja arduamente con los casos confirmados y que aún no han tenido un inicio de tratamiento o tienen una adherencia baja al tratamiento, de tal manera los profesionales en la salud aplican los tamizajes, se trabaja identificando las barreras de acceso a los servicios de salud, dando prioridad para eliminar dichas barreras y que puedan participar en los servicios que se ofrecen.

También en los pacientes en riesgo de discontinuidad del proceso de atención, porque ocasionalmente presentan barreras, las cuales pueden ser tanto sociales, económicas, emocionales; incluso existen barreras administrativas, por ello se diseña la periodicidad de

cinco sesiones, donde la enfermera y la trabajadora social, en compañía de la psicóloga dependiendo el caso, si aplica algún riesgo emocional o se encuentra afectado por la situación o el riesgo en salud, priorizan estos casos para brindar el abordaje necesario facilitando diversos factores para apoyar a los usuarios que están pasando por tal situación. Las personas con antecedentes familiares o factores de riesgo, son usuarios a los cuales se les orienta se le brinda información apropiada adecuada acorde a cada situación; son acciones educativas, de promoción donde se busca crear prácticas protectoras para mitigar el impacto en la salud de los usuarios.

Mediante los abordajes con los diferentes pacientes y los tipos de cáncer: Mama, Piel, Colon y recto, que se describen en la tabla, se tiene en cuenta edad y género, se trabaja para que los usuarios logren acceder a la prestación de servicios.

Para los casos de fallido, se intentan nuevas estrategias de contacto, como visitas domiciliarias o llamadas adicionales, en diferentes horarios. Se hace necesario agilizar la verificación diagnóstica para mejorar la captación.

Reforzar el seguimiento de pacientes con medicina general, para lograr un diagnóstico a tiempo ya si contemplar el tratamiento. Existen diferentes oportunidades de mejora, estandarizar el proceso de localización de usuarios para evitar domicilios fallidos, fortalecer la educación emocional, estrategias de contacto y seguimiento para aumentar la efectividad en la gestión de pacientes. Se trabajan también diferentes acciones como la educación en signos de alarma, autocuidado, manteniendo el seguimiento domiciliario, se refuerza el tamizaje inicial, manteniendo un modelo de atención.

El accionar del equipo se muestra como un paso relevante para mejorar la calidad de vida de los usuarios, siempre con disposición para realizar el proceso pertinente, teniendo en cuenta los diferentes protocolos, La educación del factor de riesgo principal según lo identificado, Orientar la modificación de los patrones alimenticios, Promover la adopción de prácticas de cuidado para la salud, Promoción del autoexamen de mama y la identificación de señales de alarma o factores de riesgo. Se plantean alternativas y estrategias para su cumplimiento, se observa que en medida los usuarios se encontraron atentos a las diferentes intervenciones, se continúa con plan de cuidado familiar posteriormente. Se realizan diferentes acercamientos, tanto presencial como por teléfono para continuar atentos.

El cuidado y autocuidado forman parte indispensable para la prevención y tratamiento de las condiciones crónicas, La prevención del cáncer se basa en adoptar a diario un estilo de

vida saludable, promoviendo el bienestar mediante factores importantes como no fumar, por lo menos evitarlo con entera disposición, mantener un peso adecuado, comer bastante fruta y verdura, realizar ejercicio a diario, limitar el consumo de alcohol y protegerse diariamente del sol, asiste a controles y citas regulares para la detección temprana, ya que estos hábitos reducen significativamente el riesgo de desarrollar la enfermedad y mejoran la calidad de vida.

4.4.8Salud oral

MES	USUARIOS ATENDIDOS POR ESTRATEGIA CON CAMBIOS POSITIVOS	USUARIOS CON PLAN DE BIENESTAR EN LA SALUD ORAL	% CUMPLIMIENTO INDICADOR
OCTUBRE	61	131	46,56%
NOVIEMBRE	16	91	17,58%
DICIEMBRE	39	106	35,37%
TOTAL TRIMESTRE	116	328	35,37%

Durante el trimestre evaluado, se registró la atención de 116 usuarios a través de la estrategia de Cambios Positivos, distribuidos de la siguiente manera:

- Octubre: 61 usuarios atendidos
- Noviembre: 16 usuarios atendidos
- Diciembre: 39 usuarios atendidos, esto en cuanto a la población atendida.

Se evidencia una disminución significativa en noviembre, seguida de una recuperación parcial en diciembre, aunque sin alcanzar los niveles registrados en octubre.

Usuarios con Plan de Bienestar en Salud Oral. En cuanto al plan de bienestar en salud oral, en el mismo periodo, un total de 328 usuarios contaron con Plan de Bienestar en Salud Oral, con la siguiente distribución mensual:

- Octubre: 131 usuarios
- Noviembre: 91 usuarios

Comentado [55]: 1. Se agradece el reporte de la información remitida cumpliendo con los criterios técnicos establecidos; sin embargo, se solicita fortalecer el análisis técnico de los resultados presentados, teniendo en cuenta que no es claro los PDB con cierre pertenecientes al periodo y si existen algunos de procesos que se iniciaron en periodos anteriores. Así mismo no es claro las resultados de usuarios con cambios positivos y los impactos de esta acción.

Comentado [56R55]: Ajustado

Diciembre: 106 usuarios. Aunque el número de usuarios con plan se mantiene relativamente alto durante el trimestre, se observa una variación mensual que incide directamente en el comportamiento del indicador.

En cuanto al indicador de cumplimiento al calcular a partir de la relación entre:

Usuarios atendidos por la estrategia de Cambios Positivos / Usuarios con Plan de Bienestar en Salud Oral, podemos apreciar los resultados obtenidos de la siguiente manera:

- Octubre: 46,56 %
- Noviembre: 17,58 %
- Diciembre: 35,37 %

Con un Total trimestre: 33,17 %, por tanto, se evidencia un comportamiento fluctuante del indicador, destacándose:

Un alto nivel de cumplimiento en octubre, cercano al 50 %, lo que refleja una adecuada articulación entre la atención realizada y los usuarios con plan de bienestar. Una disminución marcada en noviembre, alcanzando el valor más bajo del trimestre, asociada principalmente a la reducción en el número de usuarios atendidos. Una mejora parcial en diciembre, con un incremento significativo frente a noviembre, aunque sin recuperar el desempeño inicial de octubre.

El cumplimiento acumulado trimestral del 33,17 **%** indica que aproximadamente un tercio de los usuarios con Plan de Bienestar en Salud Oral fueron efectivamente atendidos mediante la estrategia de Cambios Positivos durante el periodo evaluado.

Se puede concluir que durante el trimestre octubre–diciembre de 2025, se atendieron 116 usuarios mediante la estrategia de Cambios Positivos, frente a 328 usuarios con Plan de Bienestar en Salud Oral**.** El indicador de cumplimiento alcanzó un valor trimestral de 33,17 **%**, con variaciones significativas entre los meses. Octubre presentó el mejor desempeño del trimestre, mientras que noviembre registró el nivel más bajo de cumplimiento.

La salud oral, es una estrategia de cuidado y autocuidado para la salud bucal familiar, donde existen diferentes criterios de priorización; estos casos derivados del subsistema de vigilancia epidemiológica de la salud oral se tienen en cuenta gestantes, menores de 5 años, quienes presentan componentes cariados, algunos también sin tratamiento, por lo cual se sensibiliza, se educa y se guía para poder acceder a los servicios.
Los casos derivados de las acciones de los equipos más bienestar en tu hogar en el proceso de identificación de riesgos, estos usuarios son tenidos en cuenta por su patología crónica,

porque no presentan adherencias y pueden en cierto momento llegar incluso a tener pérdida de una pieza dental; por ello se trabaja arduamente con este grupo de población.

La profesional en odontología realiza sus sesiones, donde se lleva a cabo la estrategia de una manera eficiente para lograr impactar la comunidad, creando hábitos de higiene oral y mejorando la calidad del cepillado. Se fortalecen los diferentes criterios que tienen los usuarios en cuanto al cuidado oral y se provee de información para ser aplicada y puesta en práctica de acuerdo con los diferentes grupos familiares y edades.

Una de las principales actividades que realizan nuestros profesionales es la orientación y modificación de los patrones alimenticios, buscando disminuir el consumo de alimentos que puedan contribuir al deterioro oral, prevención de las enfermedades de la cavidad bucal.

Durante las intervenciones se trabaja intensamente la oportunidad de fomentar la adquisición de los elementos adecuados y necesarios para la higiene bucal, acorde a, Concientizar a los adultos frente a la aparición de hábitos bucales inadecuados en los menores, Sensibilizar a los adultos frente al acompañamiento del cepillado en los menores hasta los 7 años, Información y educación a las mujeres en etapa puerperio para la adopción de la técnica de higiene-

En cuidado y autocuidado para la salud oral, se observó disposición por parte de las familias y usuarios, se educó sobre la importancia de asistir periódicamente al servicio de odontología. En seguimiento a la recuperación nutricional, para prevención de enfermedades de la cavidad bucal, concientizando a los usuarios frente a la aparición de hábitos bucales inadecuados en los menores. Generalmente se observa una transformación positiva en la salud oral de las familias abordadas en los diferentes momentos de nuestro proceso. Al consolidar la información trimestral, se obtiene un porcentaje global de cumplimiento del 35,37%, lo cual evidencia que, si bien la estrategia logra generar cambios positivos en una proporción importante de los usuarios, aún no se alcanza un nivel óptimo de efectividad frente al total de usuarios con plan de bienestar en salud oral. Este análisis permite concluir que el indicador presenta un comportamiento inestable, con picos y caídas que afectan el resultado final. No obstante, el repunte evidenciado en diciembre sugiere que, con acciones sostenidas, seguimiento continuo y fortalecimiento de la adherencia, es posible mejorar progresivamente el cumplimiento y de una manera óptima con resultados estables.

Impacto positivo en la salud oral de los usuarios, reflejado en la adopción de mejores prácticas de autocuidado, adherencia parcial a los planes de bienestar y respuesta favorable a las intervenciones realizadas.

Identificación de meses críticos, como noviembre, que permiten reconocer la necesidad de fortalecer la continuidad de las acciones, el acompañamiento individual y la oportunidad en las intervenciones.

Fortalecimiento del proceso de seguimiento, ya que los resultados permiten tomar decisiones orientadas a mejorar la cobertura, la efectividad de las estrategias y la fidelización de los usuarios al programa.

Aporte a la mejora continua del servicio, al contar con información objetiva que facilita la evaluación del desempeño del equipo y la optimización de las acciones en salud oral.

El comportamiento del indicador durante el trimestre evidencia que la estrategia de salud oral genera impactos positivos, aunque con variaciones mensuales importantes. Se resalta la necesidad de continuar con las acciones educativas, el seguimiento permanente y la

oportunidad en la ejecución, con el fin de incrementar el porcentaje de usuarios que logran cambios positivos sostenidos y mejorar el cumplimiento del indicador en próximos períodos.

4.4.9 Salud ambiental

El desarrollo de la estrategia de Vivienda Saludable se fundamenta en un ciclo de acompañamiento técnico compuesto por cuatro visitas mensuales. Este proceso es liderado por perfiles en ciencias ambientales, quienes inician la intervención mediante una Identificación de Riesgos Familiar. Esta fase diagnóstica es el insumo principal para el diseño del plan de bienestar, permitiendo evaluar el nivel de riesgo en el hogar a través de variables estandarizadas. Cabe destacar que, ante escenarios donde la demanda supere la capacidad operativa, se ha establecido un criterio de priorización para familias con menores de cinco años, garantizando la protección de la población más vulnerable.

El abordaje integral se despliega a través de ocho módulos técnicos que cubren las dimensiones esenciales del entorno habitacional. Inicialmente, se evalúa el Espacio Vital, analizando la seguridad estructural, iluminación y ventilación para prevenir accidentes y promover la intimidad. En cuanto al saneamiento, los módulos de Sorbos de Vida y Manejo de Aguas Residuales se enfocan en asegurar el acceso, almacenamiento y consumo higiénico de agua potable, así como la disposición adecuada de vertimientos para evitar focos de contaminación y olores persistentes al interior del hogar.

En el componente de higiene y consumo, la estrategia profundiza en la gestión de Residuos Sólidos y el Manejo de Plagas, fomentando la cultura de separación en la fuente y el control de vectores mediante hábitos de orden y limpieza. Paralelamente, el módulo de Alimentos e Higiene refuerza la manipulación segura de insumos y la desinfección de utensilios para prevenir enfermedades transmitidas por alimentos (ETA). Este enfoque se complementa con el control de Riesgos Químicos y Físicos, donde se instruye a las familias en el almacenamiento seguro de sustancias y medicamentos, y la identificación de señales de alerta como la presencia de monóxido de carbono. Finalmente, el módulo de Nuestras Mascotas promueve la tenencia responsable a través de esquemas de vacunación, desparasitación y manejo de excretas, consolidando así una vivienda que protege la salud integral de sus habitantes.

Tabla salud ambiental trimestre octubre a diciembre 2025:

MES	FAMILIAS INTERVENIDAS	FAMILIAS CON PROCESO TERMINADO	% CUMPLIMIENTO INDICADOR
OCTUBRE	299	76	25,40%
NOVIEMBRE	295	48	16.2%

Comentado [57]: Se agradece el reporte de la información remitida, el cual cumple con los criterios técnicos establecidos. Se reconoce la referencia a la prestación del indicador de Unidades Demostrativas con reporte semestral; no obstante, se considera pertinente fortalecer el seguimiento mediante la presentación periódica de los alcances de esta estrategia, en el marco de su impacto positivo en las comunidades intervenidas.

Comentado [58R57]: ajustado

Comentado [DP59R57]: OK

DICIEMBRE	288	17	5.90%
TOTAL TRIMESTRE	882	141	16.30%

Fuente: Plano VSP OTROS CASOS PRIORIZADOS

Durante el periodo de octubre a diciembre de 2025, el equipo de perfiles de ciencias ambientales realizó un abordaje integral sobre un total de 882 familias intervenidas. El comportamiento del indicador de cumplimiento (Familias con Proceso Terminado / Familias Intervenidas) muestra la siguiente trazabilidad:

Durante el periodo de reporte de gestión refleja una dinámica decreciente en la efectividad de los cierres, iniciando en octubre con 299 familias intervenidas y 76 procesos culminados (25,40%), seguido de noviembre donde se abordaron 295 hogares y se cerraron 48 planes de bienestar (16,2%), para finalizar en diciembre con una intervención en 288 hogares y la terminación satisfactoria de apenas 17 familias (5,90%); este comportamiento consolida un resultado trimestral de 141 cierres de caso sobre un total de 882 intervenciones, lo que representa una efectividad acumulada del 16,30% para el periodo evaluado..

El análisis de los resultados revela que, si bien la capacidad operativa de intervención se mantuvo constante (promediando 294 familias mensuales), existe una brecha significativa en la culminación de los procesos. Al cierre del trimestre, 741 familias (el 83,7% del total) continúan activas o presentaron interrupciones en su ciclo de 4 visitas mensuales.

El avance más notable es la consolidación de la etapa de diagnóstico, donde el perfil ambiental logró identificar los riesgos en los 8 módulos establecidos para orientar los planes de bienestar. No obstante, la caída progresiva del indicador hacia diciembre sugiere dificultades en la transición de la identificación de riesgos hacia la ejecución total de las mejoras y cierres de caso.

Factores de Incidencia y Cierres de Caso

Varios factores técnicos y coyunturales inciden en que sólo una fracción de las familias logre la terminación satisfactoria:

Metodología de Intervención: Dado que la estrategia contempla 4 visitas (una mensual), los procesos iniciados en noviembre o diciembre reglamentariamente no podrían reportarse como terminados en este mismo ciclo.

Priorización de Respuesta: En casos de desborde de capacidad, se dio prioridad a familias con menores de 5 años, lo que pudo desplazar el cierre de casos de familias que no cumplen con este criterio de vulnerabilidad.

Adherencia Ciudadana: La temporada de fin de año suele presentar mayores retos en la permanencia de las familias en sus hogares para recibir las visitas técnicas, incrementando las interrupciones en el seguimiento.

Alcance de la estrategia:

La ejecución de la estrategia de Vivienda Saludable ha permitido un alcance técnico significativo en la mitigación de riesgos intradomiciliarios, logrando que 882 familias inicien una transformación real de sus entornos mediante la intervención de perfiles en ciencias ambientales. El impacto positivo se evidencia en el fortalecimiento de la cultura del autocuidado, donde el abordaje de los ocho módulos técnicos ha empoderado a las comunidades en la gestión autónoma de su espacio vital. Al intervenir variables críticas como el acceso higiénico al agua potable, el manejo adecuado de residuos y la manipulación segura de alimentos, la estrategia no solo previene enfermedades de origen ambiental, sino que dignifica la calidad de vida de los hogares, estableciendo un estándar de seguridad que protege de manera directa a la población más vulnerable, especialmente a menores de cinco años.

Más allá del cumplimiento de indicadores, el alcance de esta intervención se traduce en la consolidación de territorios más resilientes y conscientes de su salud ambiental. La transición desde una fase diagnóstica hacia la implementación de planes de bienestar ha generado un impacto social relevante, reflejado en la mejora de la ventilación e iluminación de las viviendas, el control efectivo de vectores y la promoción de la tenencia responsable de mascotas. Este acompañamiento técnico mensual fomenta un vínculo de confianza entre la institucionalidad y la comunidad, permitiendo que las familias adopten hábitos sostenibles que reducen los riesgos químicos y físicos en el hogar. Así, el impacto de la estrategia trasciende la visita técnica, convirtiéndose en un modelo de prevención que garantiza entornos habitacionales saludables y seguros para el desarrollo integral de la comunidad intervenida.

Acciones de Mejora para el Fortalecimiento del Acompañamiento

Para garantizar la sostenibilidad de las condiciones de vivienda saludable y mejorar la tasa de finalización, se proponen las siguientes acciones:

Optimización del Cronograma: Reforzar el seguimiento a las 741 familias que permanecen activas desde este trimestre para asegurar que completen su ciclo de visitas en el primer bimestre del próximo año.

Plan de Contingencia para la Adherencia

Implementar estrategias de "reenganche" para familias con procesos interrumpidos, priorizando aquellas con factores de riesgo ambiental críticos detectados en el formato de identificación inicial.

Refuerzo en Educación Ambiental: Asegurar que cada una de las 4 visitas mensuales no sea solo de inspección, sino pedagógica, facilitando que la familia implemente las recomendaciones de los 8 módulos de forma autónoma.

Es importante precisar que el indicador “Porcentaje de hogares que implementan unidades demostrativas (huertas)” no forma parte de la presente entrega técnica, toda vez que su estructura de seguimiento está definida bajo una periodicidad semestral. Por consiguiente, dado que este reporte se circunscribe exclusivamente al periodo comprendido entre octubre y diciembre de 2025, dicho cálculo no es aplicable para el corte trimestral actual.

Esta distinción responde a que el proceso de implementación, consolidación y verificación de las unidades demostrativas en los hogares requiere un tiempo de maduración técnica que excede el ciclo mensual. Por lo tanto, los resultados consolidados de este indicador, que relaciona el número de hogares con huertas frente al total de viviendas abordadas, serán presentados formalmente al cierre del ciclo semestral correspondiente, garantizando así la calidad y veracidad de los datos reportados en el marco de la estrategia de Vivienda Saludable.

4.4.10 Atención de jornadas y contingencias Atención de jornadas y contingencias

Relación de las jornadas, contingencias, alertas de salud pública atendidas por el equipo, más bienestar hogar, La gestión del equipo durante el periodo reportado se concentró en la Temporada de Fin de Año y Vacaciones 2025-2026, una contingencia de salud pública recurrente que exige una respuesta intensificada ante el incremento de la movilidad, el consumo masivo y las aglomeraciones. El eje central de la intervención fue el despliegue de una estrategia integral de comunicación y vigilancia diseñada no solo para mitigar riesgos críticos, sino para fortalecer la confianza y cercanía de la ciudadanía hacia la Secretaría Distrital de Salud, reafirmando su rol activo en la protección del bienestar colectivo durante las festividades.

En el marco operativo, se priorizó la concientización ciudadana sobre los riesgos sanitarios vinculados a la manipulación de alimentos, bebidas alcohólicas y juguetes. Mediante jornadas de educación en nodos comerciales, previniendo eventos de intoxicación y se garantizó el cumplimiento de estándares de seguridad física y química en productos infantiles. De manera simultánea, se ejecutaron acciones contundentes para desincentivar el uso y compra de pólvora, con un enfoque preventivo especial en la protección de menores

de edad, buscando reducir las cifras históricas de lesionados mediante pedagogía directa en localidades estratégicas y canales digitales.

Finalmente, la estrategia abordó temas en seguridad de los viajeros promoviendo el autocuidado y la actualización de esquemas de vacunación como pilares para prevenir enfermedades durante los desplazamientos. El propósito último de esta intervención multidisciplinaria fue fomentar una cultura de bienestar que motivará a las familias bogotanas a celebrar de forma responsable y saludable, logrando que el equipo institucional actuará como un agente preventivo capaz de salvaguardar la integridad de la población frente a las alertas propias de la temporada.

Tabla 17. Jornadas y contingencias realizadas en el periodo octubre-

Fecha	Nombre de la Jornada/Contingencia	Actividad Realizada	Talento Humano que participó (Técnicos y Profesionales	Cantidad de Talento Humano que participó (Técnicos y Profesionales	Horas empleadas
4/12/2025	plan navidad	Prevención de intoxicación por alimentos Prevención de consumo de bebidas alcohólicas adulteradas. Prevención de intoxicación por fósforo blanco. Adquisición y uso adecuado de juguetes. Acciones de prevención de lesionados por uso de pólvora.	5 gestores más bienestar 1 líder operativo	6 colaboradores	8 horas

		Prevención de accidentes en el hogar. Acciones enfocadas a la prevención de la siniestralidad vial y prevención de accidentes de tránsito para todos los actores viales (zonas priorizadas y zonas de rumba). Orientación a viajeros (vacunación fiebre amarilla)			
5/12/2025	Plan navidad voluntariado (hospital de kennedy)	Prevención de intoxicación por alimentos Prevención de consumo de bebidas alcohólicas adulteradas. Prevención de intoxicación por fósforo blanco. Adquisición y uso adecuado de juguetes. Acciones de prevención de	7 gestores más bienestar 1 líder operativo 1 profesional de cohortes.	9 colaboradores	8 horas

		lesionados por uso de pólvora. Prevención de accidentes en el hogar. Acciones enfocadas a la prevención de la siniestralidad vial y prevención de accidentes de tránsito para todos los actores viales (zonas priorizadas y zonas de rumba). Orientación a viajeros (vacunación fiebre amarilla)			
5/12/2025	Plan navidad voluntariado (USS Pablo VI)	Prevención de intoxicación por alimentos Prevención de consumo de bebidas alcohólicas adulteradas. Prevención de intoxicación por fósforo blanco. Adquisición y uso adecuado de juguetes.	13 gestores más bienestar 2 líderes operativos	15 colaboradores	8 horas

		Acciones de prevención de lesionados por uso de pólvora. Prevención de accidentes en el hogar. Acciones enfocadas a la prevención de la siniestralidad vial y prevención de accidentes de tránsito para todos los actores viales (zonas priorizadas y zonas de rumba). Orientación a viajeros (vacunación fiebre amarilla)			
11/12/2025	plan navidad	Prevención de intoxicación por alimentos Prevención de consumo de bebidas alcohólicas adulteradas. Prevención de intoxicación por fósforo blanco. Adquisición y uso adecuado de juguetes.	5 gestores más bienestar 1 líder operativo	6 colaboradores	8 horas

		Acciones de prevención de lesionados por uso de pólvora. Prevención de accidentes en el hogar. Acciones enfocadas a la prevención de la siniestralidad vial y prevención de accidentes de tránsito para todos los actores viales (zonas priorizadas y zonas de rumba). Orientación a viajeros (vacunación fiebre amarilla)			
23/12/2025	plan navidad	Prevención de intoxicación por alimentos Prevención de consumo de bebidas alcohólicas adulteradas. Prevención de intoxicación por fósforo blanco.	5 gestores más bienestar 1 líder operativo	6 colaboradores	8 horas

		Adquisición y uso adecuado de juguetes. Acciones de prevención de lesionados por uso de pólvora. Prevención de accidentes en el hogar. Acciones enfocadas a la prevención de la siniestralidad vial y prevención de accidentes de tránsito para todos los actores viales (zonas priorizadas y zonas de rumba). Orientación a viajeros (vacunación fiebre amarilla)			
31/12/2025	plan navidad	Prevención de intoxicación por alimentos Prevención de consumo de bebidas alcohólicas adulteradas. Prevención de intoxicación por fósforo blanco.	5 gestores más bienestar 1 líder operativo	6 colaboradores	8 horas

		Adquisición y uso adecuado de juguetes. Acciones de prevención de lesionados por uso de pólvora. Prevención de accidentes en el hogar. Acciones enfocadas a la prevención de la siniestralidad vial y prevención de accidentes de tránsito para todos los actores viales (zonas priorizadas y zonas de rumba). Orientación a viajeros (vacunación fiebre amarilla)			

Información acumulada desde el 1 de octubre de 2025 al 31 de diciembre de 2025.
Fuente. programación jornadas secretaría distrital de salud.

Localización y Cobertura Territorial de las Jornadas

La ejecución del Plan Navidad 2025-2026 por parte de la Subred Sur Occidente se estructuró a través de un despliegue territorial estratégico en las localidades de Kennedy y Bosa. Esta priorización permitió una intervención directa en zonas de alta densidad poblacional y actividad comercial, asegurando que las acciones de salud pública impactarán las zonas de mayor riesgo durante el mes de diciembre.

La ruta de trabajo inició el 4 de diciembre en la localidad de Kennedy, específicamente en el sector de Patio Bonito - Corabastos, teniendo como punto de encuentro el IED Manuel Zapata Olivella. Posteriormente, las jornadas se trasladaron a la localidad de Bosa y zonas limítrofes, interviniendo sectores clave como Gran Britalia el 11 de diciembre (Parque Zonal Gilma Jiménez) y el sector de El Porvenir - Tintal Sur el 23 de diciembre (Parque Santiago de las Atalayas). Estos recorridos facilitaron la vigilancia epidemiológica y la promoción de conductas seguras en áreas donde el flujo de ciudadanos es constante debido a la dinámica comercial de fin de año.

Finalmente, la estrategia cerró el 31 de diciembre con una jornada focalizada en Bosa Central, partiendo desde el CAI Piamonte. Esta última intervención fue crucial para reforzar los mensajes de prevención sobre el uso de pólvora y el consumo responsable de bebidas alcohólicas justo antes de las celebraciones de Año Nuevo. A través de estas cuatro rutas programadas, el equipo logró una cobertura integral que unió la vigilancia sanitaria con la cercanía comunitaria en puntos críticos del sur occidente de la ciudad.

4. 5 SERVICIOS COMPLEMENTARIOS

4.5.1 Servicios Complementarios Vacunación

La vacunación en Bogotá constituye una estrategia fundamental de salud pública para la prevención, control y eliminación de enfermedades transmisibles. A través de los programas de inmunización, se protege a la población infantil, adolescente, adulta y adulta mayor frente a patologías que pueden generar complicaciones graves, discapacidad e incluso mortalidad. Asimismo, la vacunación contribuye al fortalecimiento de la inmunidad colectiva, reduciendo la circulación de agentes infecciosos y evitando brotes epidemiológicos que impacten negativamente al sistema de salud y a la calidad de vida de la comunidad.

Desde Equipos más bienestar en tu hogar, con el fin de mejorar las coberturas de vacunación en la ciudad, se viene desarrollando una gestión activa que incluye la identificación de usuarios mediante barridos casa a casa por parte de los gestores más bienestar, así como el seguimiento realizado por los gestores en línea, lo cual permite reconocer a las personas con esquemas incompletos o pendientes, realizar seguimiento individualizado y orientar a las familias sobre la importancia de la inmunización. Esta estrategia facilita el acceso a la información, reduce barreras y acerca los servicios de salud a los hogares

Adicionalmente, se están llevando a cabo jornadas de vacunación en las diferentes comunidades de cuidado, comunidades de vida, comunidades de discapacidad, población privada de la libertad que buscan ampliar la cobertura, facilitar el acceso a las vacunas y

sensibilizar a la comunidad sobre la prevención de enfermedades, fortaleciendo así la participación comunitaria y el compromiso colectivo con el cuidado de la salud.

Tabla 18. Intervenciones desarrolladas de vacunación

Tipo de población	Localidad	Número de usuarios vacunados	Número de biológicos aplicados
GESTANTES	BOSA	15	21
GESTANTES	KENNEDY	7	11
ADULTO MAYOR/CRÓNICO	PUENTE ARANDA	16	16
ADULTO MAYOR/CRÓNICO	KENNEDY	58	62
ADULTO MAYOR/CRÓNICO	FONTIBON	18	18
ADULTO MAYOR/CRÓNICO	BOSA	77	79
MENOR DE 5 AÑOS	BOSA	63	198
MENOR DE 5 AÑOS	FONTIBON	4	17
MENOR DE 5 AÑOS	KENNEDY	116	287
POBLACIÓN GENERAL	PUENTE ARANDA	27	53
POBLACIÓN GENERAL	KENNEDY	192	227
POBLACIÓN GENERAL	FONTIBON	83	93
POBLACIÓN GENERAL	BOSA	162	210
Total		838	1292

Fuente: Reporte de registros SISS

4.5.2 Servicios Complementarios Laboratorios

En el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) social, se llevó a cabo un proceso de información y acercamiento con las distintas comunidades, orientado a dar a conocer el modelo de atención bajo la modalidad de servicios complementarios. Esta socialización permitió fortalecer la comunicación con la población y generar un entendimiento compartido sobre los procesos de atención y los servicios disponibles. Como resultado de este ejercicio, se definieron de manera conjunta acuerdos operativos y

cronogramas de trabajo, articulados con los equipos de planeación, que facilitaron la ejecución de jornadas de valoración médica individual con enfoque resolutivo.

A partir de dichas valoraciones, se realizó la gestión para la toma de exámenes de laboratorio, garantizando la continuidad del proceso diagnóstico y de seguimiento clínico de los usuarios, adicionalmente, se mantuvo una articulación permanente con el laboratorio de la sede Trinidad Galán, cuyo apoyo ha sido fundamental para el desarrollo de las actividades en el componente extramural. De igual forma, se contó con el acompañamiento del equipo de facturación, el cual desempeña un rol clave en la gestión administrativa, contribuyendo al adecuado registro y soporte de los servicios prestados.

Tabla 19. Intervenciones desarrolladas en toma de laboratorios

Institución	Localidad	No Usuarios con requerimiento de Toma de Laboratorios	No Usuarios con Toma de Laboratorios	% Efectividad	Resultados con datos críticos
CUIDADO TRANSITORIO ANTONIA SANTOS	BOSA	9	7	78	
CUIDADADO TRASITORIO VILLA KENNEDY-CIAI 6	KENNEDY	10	8	80	
GUARDIANES DE SUEÑOS-CIAI 6	FONTIBON	29	15	52	1
SERVICIO SOCIOSANITARIO MEMORIA Y SABER-CUIDADO TRANSITORIO CUNDINAMARCA	PUENTE ARANDA	37	20	54	1
Total		85	50	59	2

Fuente: Plano toma de laboratorios SISS

De acuerdo con la información consolidada, se identificaron 85 usuarios con requerimiento

Comentado [60]: Favor registrar

Comentado [61R60]: AJUSTADO

de toma de laboratorios en las diferentes localidades intervenidas. De este total, 50 usuarios lograron acceder efectivamente a la toma de exámenes, lo que representa una efectividad global del 59 %. Este resultado evidencia avances en la gestión realizada, aunque también pone de manifiesto retos importantes en términos de acceso y oportunidad para la realización de los procedimientos diagnósticos.

Al analizar el comportamiento por localidad, se observa una variabilidad significativa en los niveles de efectividad. En las localidades 9 y 16, si bien el número de usuarios con requerimiento fue moderado (29 y 37 respectivamente), la cantidad de usuarios que lograron la toma de laboratorios fue baja (15 y 20), lo que refleja dificultades persistentes en la materialización del servicio. En la localidad de bosa, de 9 usuarios identificados, 7 accedieron a la toma de laboratorios, presentando un mejor desempeño relativo frente a otras localidades.

La localidad 16 concentra el mayor volumen de usuarios, con 37 personas que requerían laboratorios, de las cuales 20 lograron realizarse los exámenes. Aunque el número absoluto de atenciones es superior, la efectividad porcentual continúa siendo limitada, lo que sugiere que el alto volumen de demanda representa un desafío operativo y logístico para el sistema de atención.

En cuanto a los resultados críticos, se reportaron dos casos correspondientes a glicemia alterada y prueba diagnóstica para tuberculosis. Estos resultados fueron oportunamente informados y gestionados con cada una de las comunidades, activando los procesos de seguimiento, orientación y remisión necesarios para garantizar la continuidad de la atención y la mitigación de riesgos en salud. La adecuada notificación y gestión de estos hallazgos críticos refleja la capacidad de respuesta del equipo de salud frente a situaciones de alto impacto clínico y comunitario.

Dentro de las barreras encontradas para el desarrollo del ejercicio se evidencia la alta rotación de población en las diferentes comunidades lo que dificulta llevar a cabo el 100% del ejercicio propuesto

Tabla 20. Intervenciones desarrolladas en toma de pruebas POCT

Localidad	No Usuarios con toma de pruebas POCT	HIV	Prueba Treponémica	HbsAg	Prueba de embarazo	Otras
BOSA	0	0	0	0	0	0
KENNEDY	0	0	0	0	0	0
FONTIBÓN	0	0	0	0	0	0
PUENTE ARANDA	0	0	0	0	0	0
Total	0	0	0	0	0	0

Comentado [62]: Colocar nombre

Comentado [63R62]: Ajustado

Comentado [64]: En GTAPS hay registros

Comentado [65R64]: Desde la estrategia APS social no se han realizado pruebas ya que no se contaba con el insumo

Fuente: pruebas POCT

Durante el tiempo evaluado no se realizó toma de pruebas POCT en las poblaciones sujetos teniendo en cuenta que no se cuenta con el material dispuesto

4.5.3 Servicios Complementarios Medicamentos

Durante el periodo evaluado, se realizó la socialización del proceso de atención bajo la estrategia de servicios complementarios con las diferentes comunidades. Este espacio permitió informar de manera clara y oportuna sobre las rutas de atención, los alcances de la estrategia y los beneficios para la población, promoviendo la participación activa y el entendimiento del modelo de atención por APS Social.

Posterior a la divulgación con las diferentes comunidades, se establecieron acuerdos conjuntos y cronogramas de planeación, lo que facilitó la organización y ejecución de las actividades programadas. En el marco de estos acuerdos, se desarrollaron jornadas de valoración individual resolutiva, a cargo del personal médico, orientadas a la identificación de necesidades en salud y a la toma de decisiones clínicas oportunas.

Como resultado de estas valoraciones, se llevó a cabo la gestión para la entrega de medicamentos, garantizando la continuidad de los tratamientos formulados y contribuyendo al mejoramiento de las condiciones de salud de los usuarios atendidos.

Frente a las acciones desarrolladas, se ha establecido un patrón de tiempos en común acuerdo con el PAU de Kennedy y Audifarma, mediante el cual se realiza la radicación de las órdenes dentro de los tiempos previamente establecidos. No obstante, se ha evidenciado una demora significativa por parte de estas entidades, lo cual afecta de manera directa el proceso oportuno para la entrega de medicamentos a los usuarios y genera dificultades en la continuidad de los tratamientos formulados.

Cabe resaltar que se cuenta con personal idóneo y capacitado para llevar a cabo la gestión correspondiente derivada de cada jornada de atención, con el objetivo de dar cumplimiento a los acuerdos establecidos con las instituciones y garantizar el adecuado seguimiento de los procesos asistenciales y administrativos asociados a la estrategia de servicios complementarios.

Tabla 21. Intervenciones desarrolladas entrega de medicamentos

Institución	Localidad	No usuarios con orden de medicamentos	No usuarios con medicamentos entregado	% Efectividad

Comentado [66]: Registrar
Comentado [67R66]: Ajustado
Comentado [68]: Colocar nombres
Comentado [69R68]: Ajustado

			s	
CUIDADO TRANSITORIO ANTONIA SANTOS	BOSA	9	9	100
CUIDADADO TRASITORIO VILLA KENNEDY- CIAI 6	KENNEDY	6	5	83
GUARDIANES DE SUEÑOS-CIAI 6	FONTIBON	29	26	89
SERVICIO SOCIOSANITARIO MEMORIA Y SABER-CUIDADO TRANSITORIO CUNDINAMARCA	PUENTE ARANDA	43	30	68
Total		87	70	80.4

Fuente: Plano medicamentos SISS

De acuerdo con la información consolidada en la tabla, se identificaron 87 usuarios con orden médica para medicamentos en las localidades intervenidas. De este total, 70 usuarios recibieron efectivamente los medicamentos, lo que corresponde a una efectividad global del 80.4 %. Si bien se evidencia un avance en la gestión realizada, los resultados reflejan la persistencia de brechas que afectan la entrega oportuna y completa de los tratamientos formulados.

El análisis por localidad muestra comportamientos heterogéneos. En la localidad de bosa se logró el 100% del objetivo, mientras que en la localidad de puente Aranda, aunque se identificaron 43 usuarios con orden, solo 30 recibieron los medicamentos, lo que señala barreras adicionales relacionadas con la disponibilidad, tiempos de respuesta y acceso efectivo al servicio.

Por su parte, la localidad fontibón presenta un mayor número de medicamentos entregados (26 de 29 usuarios), lo que sugiere una mejor articulación operativa y seguimiento a los casos. No obstante, la efectividad sigue siendo limitada en relación con la demanda identificada.

Un factor crítico identificado que incide directamente en la no entrega de medicamentos es la alta rotación de la población en las diferentes comunidades. Esta dinámica dificulta la localización y el seguimiento continuo de los usuarios, genera pérdida de contacto posterior a las jornadas de atención y limita la posibilidad de garantizar la entrega efectiva de los tratamientos formulados. La movilidad constante de la población afecta especialmente a usuarios en condiciones de vulnerabilidad, quienes presentan mayores barreras de acceso

y continuidad en los servicios de salud.

ABORDAJE EN EL MARCO DE LA APSOCIAL

4.6.1 Pagadiarios con MAS Bienestar

Tabla 22. Intervenciones realizadas para la apertura de pagadiarios

Localidad	Total, de pagadiarios caracterizados	Principales necesidades identificadas		
		Total, de familias con Concertación de Planes de Bienestar	Total, de familias con Seguimientos	Total, de familias con Derivaciones
07- Bosa	0	0	0	0
08- Kennedy	12	247	15	126
09- Fontibon	3	23	0	0
16- Puente Aranda	0	0	0	0

Fuente: Reporte de intervenciones y Atenciones aplicativo GTAPS

De acuerdo con los datos consolidados, se evidencia una distribución diferencial de necesidades sociales y de intervención entre las localidades caracterizadas, lo cual permite identificar prioridades territoriales para la planeación y ejecución de acciones en el marco de la estrategia de atención.

La localidad 08 – Kennedy concentra el mayor volumen de necesidades identificadas. Se caracterizaron 12 pagadiarios, lo que refleja la presencia de población en condiciones de alta vulnerabilidad social. Adicionalmente, se reportan 247 familias con concertación de planes de bienestar, lo que evidencia un importante esfuerzo en la identificación de necesidades y en la construcción conjunta de acciones orientadas al mejoramiento de las condiciones de vida. Así mismo, se realizaron 15 seguimientos, lo que indica un proceso de acompañamiento continuo, y se registraron 126 derivaciones a PCF, consolidando a esta localidad como un territorio prioritario para la gestión social y comunitaria.

Comentado [70]: Se agradece el reporte de la información, el cual cumple con los criterios técnicos establecidos; no obstante, se solicita:
1. Fortalecer la narrativa en cuanto a las principales prioridades y necesidades identificadas, lo que deriva a Planes de Bienestar "PCF"

Comentado [71R70]: Ajustado

Comentado [DP72R70]: OK

Por su parte, en la localidad 09 – Fontibón, se identificaron 3 pagadiarios y 23 familias con concertación de planes de bienestar, lo que refleja una demanda menor en comparación con Kennedy. No obstante, no se reportan seguimientos ni intervenciones, lo cual sugiere la necesidad de fortalecer las acciones posteriores a la caracterización inicial, con el fin de garantizar continuidad en el acompañamiento y respuesta efectiva a las necesidades identificadas.

Dentro de las acciones destacadas para la apertura e intervención en los pagadiarios, se resalta la confianza generada por el gestor Más Bienestar, quien, en articulación con los administradores de estos establecimientos, ha logrado establecer acuerdos mutuos de ingreso. Estos acuerdos han permitido socializar de manera clara la estrategia de atención en pagadiarios, facilitando el acceso a poblaciones en condiciones de alta vulnerabilidad.

En el marco de estas intervenciones, se llevan a cabo procesos de caracterización individual, orientados a la identificación de riesgos en salud, necesidades sociales y determinantes que afectan el bienestar de los usuarios. A partir de esta identificación, se busca brindar una atención con enfoque resolutivo, fortaleciendo la orientación, el direccionamiento y la activación de rutas de atención según cada caso.

No obstante, durante el desarrollo de estas acciones se han identificado barreras significativas, entre las cuales se destaca la dificultad en el acceso a algunos pagadiarios, ya sea por restricciones administrativas, dinámicas internas o condiciones del entorno. Adicionalmente, se presentan limitaciones para la realización de seguimientos continuos, debido a la alta presencia de población flotante, lo que dificulta la permanencia del contacto y la continuidad de los procesos de acompañamiento.

La población caracterizada presenta una alta carga de vulnerabilidad social, sanitaria y psicosocial, asociada a condiciones de inestabilidad habitacional, barreras de acceso al sistema de salud y redes de apoyo familiar frágiles o inexistentes.

Dentro de las principales prioridades y necesidades encontramos usuarios con condiciones de salud física, con una alta prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles sin adherencia a tratamiento ni controles médicos:

- Hipertensión arterial (con cifras elevadas, FINDRISC alto, OMS alto).
- Diabetes mellitus con glucometrías elevadas.
- EPOC.
- Cáncer de cérvix sin tratamiento.
- Discapacidad múltiple y limitaciones físicas (amputación, movilidad reducida).

Estas condiciones aumentan el riesgo de complicaciones graves, discapacidad y mortalidad, especialmente por la falta de seguimiento en salud.

También se videncia una alta concentración de usuarios con necesidades en salud mental, entre ellas se evidencia usuarios con sentimientos de soledad, tristeza, depresión y ansiedad, episodios asociados a duelo migratorio, violencia intrafamiliar y ruptura de vínculos, disfunción familiar leve a severa, consumo de sustancias (cannabis y bebidas

artesanales) como mecanismo de afrontamiento emocional y para conciliación del sueño.

Entre otras necesidades y prioridades encontramos, usuarios con condiciones sociales y de acceso a salud con barreras, población migrante y personas en tránsito, falta de controles médicos periódicos, niños y niñas sin atención integral a la primera infancia, gestantes y puérperas sin controles prenatales o posparto y menores y familias sin redes de apoyo estables

.6.2 Abordaje Familiar en Pagadiarios

Tabla 23. abordaje Familiar en Pagadiarios

LOCALIDAD	TOTAL, DE FAMILIAS CARACTERIZADAS	TOTAL, FAMILIAS CON ACTUALIZACIÓN	TOTAL, DE INDIVIDUOS CARACTERIZADOS Y ACTUALIZADOS	TOTAL, DE FAMILIAS CLASIFICADAS EN PRIORIDAD ALTA	TOTAL, DE FAMILIAS CLASIFICADAS EN PRIORIDAD MEDIA	TOTAL, DE FAMILIAS CLASIFICADAS EN PRIORIDAD BAJA
07- Bosa	0	0	0	0	0	0
08 - Kennedy	348	13	408	5	14	329
09 - Fontibón	23	0	23	0	0	23
16 - Puente Aranda	0	0	0	0	0	0
Total	371	13	431	5	14	352

Fuente: Reporte de intervenciones y Atenciones aplicativo GTAPS Información del /10/2025 al 30/12/2025

Atenciones realizadas en los pagadiario

De acuerdo con los datos consolidados, se han caracterizado un total de 371 familias, con

Comentado [73]: Se agradece el reporte de la información, el cual cumple con los criterios técnicos establecidos; no obstante, se solicita:
1. Completar la presentación del reporte de las respuestas de resolutividad, de acuerdo con las prioridades definidas, así como de las acciones relacionadas con las derivaciones y su respectivo seguimiento.
3. Revisar la coherencia y pertinencia de la narrativa en el apartado de seguimiento, permitiendo establecer los resultados obtenidos con la intervención.

Comentado [74R73]: Ajustado

Comentado [DP75R73]: OK

la siguiente distribución por localidad:

Kennedy: Es la localidad con mayor volumen de gestión, concentrando el 93.8% de las familias caracterizadas (348 familias) y la totalidad de las actualizaciones registradas (13 familias).

Fontibón: Cuenta con 23 familias caracterizadas, todas clasificadas en prioridad baja.

Bosa y Puente Aranda: Al corte del reporte, no registran datos de caracterización o actualización.

La clasificación del riesgo determina la ruta de atención e intervención de los gestores:

Para esto en el proceso de atención se cuenta con actividades como la caracterización, seguimiento y cierre de las familias identificadas, dentro de la caracterización se permite la identificación de los riesgos individuales y el desarrollo de planes de cuidado familiar, cada familia encontrada pertenece a un nivel de prioridad que da la pauta para definir seguimiento y acciones definidas por el gestor lo que permite la resolutividad de lo encontrado. A continuación, se describen las prioridades definidas:

Prioridad Alta (5 familias en Kennedy): Para este grupo, la gestión se centra en el agendamiento de citas con las diferentes EAPB. Se ha priorizado la búsqueda de consultas con medicina general para usuarios crónicos; sin embargo, la efectividad se ve limitada por la naturaleza flotante de la población, lo cual dificulta el establecimiento de un vínculo constante.

Prioridad Media y Baja (366 familias en total): Se aplica el seguimiento y cierre de casos conforme a lo establecido estrictamente en el lineamiento técnico de Más Bienestar.

Prioridad Baja: se define en aquellas familias que sus factores de riesgo no están presentes y no comprenden un grado de vulnerabilidad.

Dado lo anterior y respecto a lo identificado se definen acciones por el Gestor más bienestar, encargado de realización las acciones pertinentes encaminadas en direccionar al usuario con el mínimo de barreras para acceder a un servicio de salud óptimo e integral.

Dentro de los seguimientos instaurados para la población vulnerable, se considera aquellos que aplican para los usuarios identificados con riesgos desde la primera intervención, sin embargo, estos no se han realizado eficientemente ya que la población es muy flotante y en ocasiones solo accede a la primera intervención descartando futuros seguimientos.

La intervención en estas zonas enfrenta desafíos críticos que impactan la continuidad del servicio, a continuación, se mencionan los más relevantes, dentro del ejercicio desarrollado en el tiempo ejecutado.

Seguridad y Acceso: Debido a las condiciones de seguridad en los sectores intervenidos, se ha implementado el ingreso de los gestores en duplas. Esta medida es fundamental

para mitigar riesgos físicos y garantizar la integridad del personal.

Dinámica de "Pagadiarios": La población atendida presenta una alta vulnerabilidad y una movilidad extrema. El ingreso a los pagadiarios es restringido y no permite una presencia constante.

Interrupción de Seguimientos: Existe una alta tasa de deserción o pérdida de contacto. En múltiples ocasiones, tras lograr un primer acercamiento exitoso, los gestores encuentran que las familias ya no residen en el lugar, lo que impide completar los ciclos de atención y el cierre efectivo de los procesos.

A pesar de los esfuerzos de caracterización, la alta movilidad habitacional y las barreras de seguridad en los sectores de mayor vulnerabilidad (especialmente en Kennedy) requieren estrategias de abordaje rápido, ya que la ventana de oportunidad para la intervención en salud es corta antes del desplazamiento de las familias.

4.5 4.6.3 Jornadas MÁS Bienestar para ciudadanos con habitanza o habitabilidad en calle - Recorrido Nocturno.Tabla 24. Acciones realizadas durante jornadas de recorrido nocturno

Localidad	Fecha de la jornada	No usuarios caracterizados	No atenciones individuales
FONTIBON	10/10/2025-01/12/2025	7	5
KENNEDY	29/10/2025-19/11/2025-29/12/2025	7	2
PUENTE ARANDA	17/10/2025-10/11/2025-22/12/2025	9	6
BOSA	28/11/2025	4	2

En el periodo reportado se realizaron jornadas de caracterización en cuatro localidades: Fontibón, Kennedy, Puente Aranda y Bosa, alcanzando un total de 27 usuarios caracterizados y 15 atenciones individuales, lo que evidencia un esfuerzo sostenido de intervención en territorio. La mayor caracterización se registró en Puente Aranda (9 usuarios), lo que sugiere una mayor presencia o captación efectiva en esta localidad.

Comentado [76]: favor reviisar esto en forma

Comentado [77R76]: Ajustado

La tasa global de atención individual frente a usuarios caracterizados fue del 56 %, lo que indica que poco más de la mitad de las personas caracterizadas lograron avanzar a una atención individual.

Kennedy presenta la brecha más amplia, con solo un 29 % de usuarios caracterizados que accedieron a atención individual, evidenciando mayores barreras de continuidad en esta localidad.

La caracterización se realiza principalmente en cambuches, ubicados en las diferentes localidades donde la población es altamente flotante, dicha proceso ha permitido llegar a aquellos espacios donde la población vulnerable no accede a estos servicios, permitiendo establecer una atención de forma individual y el desarrollo de PCF sujetos de seguimiento por parte del Gestor más bienestar. Posterior a esta identificación, se han efectuado seguimientos a los usuarios caracterizados, en la medida de las posibilidades operativas y del contexto territorial, teniendo en cuenta que la población es altamente flotante y en ocasiones no se vuelve a encontrar.

De dichas atenciones individuales se derivan otras consultas objeto de seguimiento por parte del gestor más bienestar quien busca en compañía de SDI, busca la articulación completa para prestar un servicio integral y lograr la identificación por el ente territorial, de estos usuarios que por diferentes motivos dejaron su salud de lado.

Aspectos a Resaltar:
Aunque en algunos casos se ha logrado el agendamiento de citas, la población presenta baja adherencia a los procesos, ya que muchos usuarios no asisten a lo programado.
Se identifican resistencias directas a la oferta de servicios, dado que algunos usuarios no aceptan la atención institucional.
Existen limitaciones relacionadas con la disponibilidad de agenda en otros servicios, lo que impide la asignación oportuna de citas; no obstante, se continúa trabajando en la gestión de estos cupos.
En los agendamientos realizados, los usuarios no realizan dicho desplazamiento, interrumpiendo la continuidad del proceso de atención integral.

4.6 4.6.4 Jornadas de identificación de riesgos y atención Integral para ciudadanos con habitanza o habitabilidad en calle.

Tabla 25. Usuarios caracterizados en comunidad con habitanza en calle

Nombre de la institución	Fecha	No usuarios caracterizados	No atenciones

			individuales
BAKATÁ	28/10/2025_ 4/11/2025_1 1/11/2025_1 9/11/2025_2 /12/2025	160	12
PUENTE ARANDA	11/11/2025_ 19/11/2025_ 2/12/2025	216	42

El análisis de las cifras permite identificar una brecha significativa entre la captación inicial (caracterización) y la atención clínica efectiva:

- Eficiencia en el Alcance Institucional: En instituciones como Bakatá, se logró la caracterización de 160 usuarios, mientras que en Puente Aranda la cifra ascendió a 216 usuarios.
- Baja Tasa de Efectividad en Atenciones: A pesar del volumen de usuarios identificados, solo se concretaron 12 atenciones individuales en Bakatá (7.5% delos caracterizados) y 42 atenciones en Puente Aranda (19.4% de los caracterizados).
- La gestión de salud para esta población enfrenta desafíos estructurales que explican la brecha en los indicadores:
- Naturaleza Flotante y Ruptura del Seguimiento: La movilidad constante del habitante de calle impide la periodicidad necesaria para el seguimiento de laboratorios y exámenes. Esta "flotabilidad" hace que el proceso de entrega de resultados y ajuste de tratamientos sea inconsistente, diluyendo el impacto de la gestión inicial.

Fragmentación Administrativa (Barrera de Subredes): La división de los usuarios entre las subredes Sur, Norte y Centro Oriente genera un obstáculo crítico. La atención queda supeditada a una coincidencia logística: que el usuario esté presente en el centro al mismo tiempo que el médico de su subred respectiva, lo que anula la oportunidad de atención en muchos casos.

Vulnerabilidad Psicosocial y Autonomía: El alto consumo de sustancias psicoactivas y la situación de calle generan una resistencia a la valoración médica tradicional. La capacidad del usuario para "aceptar o no" la valoración, sumada a su estado de vulnerabilidad, requiere un modelo de salud más flexible y menos institucionalizado

Gestión Intersectorial: La integración con Integración Social ha permitido identificar riesgos, pero la falta de adherencia a controles médicos sigue siendo el principal obstáculo para estabilizar las patologías de salud mental y crónicas detectadas.

4.7 4.6.5 Desarrollo de acciones intersectoriales en el marco de la Atención Primaria Social: Población privada de la libertad

La población privada de la libertad constituye un grupo altamente vulnerable, con múltiples riesgos sociales y en salud; no obstante, desde la estrategia implementada se ha desarrollado toda la gestión posible al alcance institucional, logrando avanzar de manera significativa en el cierre de brechas relacionadas con la atención en salud.

Durante el periodo evaluado se ha garantizado el acceso a atención en salud integral, priorizando la continuidad de los procesos asistenciales, mediante la gestión oportuna de entrega de medicamentos, toma de laboratorios y seguimiento clínico, con el objetivo de prevenir complicaciones y fortalecer el control de patologías preexistentes y nuevas condiciones identificadas.

De manera articulada, se ha mantenido un trabajo constante con el área de Trabajo Social, orientado a la gestión del aseguramiento oportuno de cada ciudadano, permitiendo avanzar en procesos de afiliación, traslados y actualización de datos, con el fin de ofrecer un servicio óptimo que responda de manera integral a las necesidades de esta población. Así mismo, se ha fortalecido la articulación con la dependencia de Aseguramiento, lo que ha permitido que los trámites relacionados con afiliaciones y traslados se realicen de forma más efectiva y en tiempos más oportunos.

Dentro de los avances más relevantes, se resalta el porcentaje de cobertura alcanzado a través de las atenciones individuales y los procesos de caracterización, los cuales han permitido no solo garantizar la atención en salud, sino también identificar otros riesgos asociados. Frente a estos hallazgos, se ha realizado la gestión pertinente, incluso cuando los usuarios se encuentran afiliados a una EAPB diferente a Capital Salud, asegurando la activación de rutas y la articulación interinstitucional correspondiente.

En cuanto a los resultados, se evidencia una satisfacción positiva por parte de los usuarios, así como una mejora en la cobertura de la atención integral, reflejando el impacto de las acciones desarrolladas y el compromiso institucional con esta población.

No obstante, persisten desafíos importantes, entre los cuales se destaca la alta vulnerabilidad de los usuarios, que limita la posibilidad de realizar traslados frecuentes a citas externas a la institución, dificultando el acceso a algunos servicios especializados. Adicionalmente, se identifica una baja adherencia a los tratamientos farmacológicos en ciertos casos, pese a los procesos de educación e información brindados, lo que representa un reto continuo en el fortalecimiento del autocuidado y la continuidad terapéutica.

En este contexto, se continuará trabajando en el fortalecimiento de las estrategias de atención en sitio, la articulación intersectorial y la educación en salud, con el fin de consolidar una atención integral, continua y centrada en las necesidades de la población privada de la libertad.

Tabla 26. Intervenciones desarrolladas en población privada de la libertad

URI - Estación de Policía por Localidad	N° de jornadas programadas	N° de jornadas realizadas	No usuarios caracterizados	No atenciones individuales	% cobertura
BOSA	**5**	**5**	**151**	**83**	**557**
KENNEDY	**7**	**7**	**77**	**84**	**109.1**
FONTIBON	**4**	**4**	**47**	**63**	**134**
PUENTE ARANDA	**22**	**22**	**316**	**131**	**41.4**
TOTAL	**38**	**38**	**591**	**361**	

Se observa un cumplimiento del 100% en la ejecución de las jornadas programadas en todas las localidades (7, 8, 9 y 16). Esto demuestra una planificación efectiva y una capacidad logística robusta para desplazar los servicios a los centros de reclusión, cumpliendo rigurosamente con el cronograma establecido.

En las localidades 8 y 9, el indicador supera el 100% (109.1% y 134% respectivamente).

Análisis de Necesidad: Estas cifras confirman que la estrategia permite la re-valoración de pacientes según su cuadro clínico. En la Localidad 9, por ejemplo, aunque solo hay 47 usuarios caracterizados, se realizaron 63 atenciones, lo que sugiere una alta recurrencia o un seguimiento estrecho de patologías específicas.

Impacto: Un indicador superior al 100% es un signo positivo de resolutividad, indicando que el sistema no se limita a un contacto único, sino que atiende la demanda espontánea y las urgencias de la población ya captada.

La Localidad 16 representa el mayor volumen de operación con 22 jornadas.

Concentración de Población: A pesar de tener el mayor número de usuarios caracterizados (316), su cobertura es la más baja (41.4%).

Interpretación: Esto podría indicar que, en centros más grandes, el tiempo de las jornadas se diluye en la caracterización inicial, o que la población es más estable y requiere menos re-valoraciones frecuentes en comparación con las localidades 8 y 9. Se recomienda evaluar si la complejidad de los casos en esta zona requiere aumentar el número de profesionales por jornada.

El modelo de atención actual garantiza que la población privada de la libertad reciba atención basada en la necesidad clínica y no solo en el registro administrativo. Los valores superiores al 100% validan la política de puertas abiertas y seguimiento continuo, mientras que las localidades con porcentajes menores señalan áreas donde la población es

mayormente captada para diagnóstico, pero presenta menor demanda de tratamiento recurrente.

A continuación, se relacionan los diagnósticos más encontrados y utilizados en las atenciones individuales

BOGOTÁ | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE

NOMBRE DE LOS DX	DX1
K029 - CARIES DENTAL, NO ESPECIFICADA	37
M545 - LUMBAGO NO ESPECIFICADO	16
I10 - HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	13
R05 - TOS	13
B829 - PARASITOSIS INTESTINAL, SIN OTRA ESPECIFICACION	10
F412 - TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION	7
R730 - ANORMALIDADES EN LA PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA	7
H547 - DISMINUCION DE LA AGUDEZA VISUAL, SIN ESPECIFICACION	7
E119 - DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION	6
J410 - BRONQUITIS CRONICA SIMPLE	6
E669 - OBESIDAD, NO ESPECIFICADA	5
J00 - RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)	5
R51 - CEFALEA	5
R520 - DOLOR AGUDO	5
N390 - INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	4
J209 - BRONQUITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	4
K122 - CELULITIS Y ABSCESO DE BOCA	4
F190 - TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE MULTIPLES DROGAS Y A	4

Caries dental 37 Representa el 24.5% del total de diagnósticos principales. Indica una brecha histórica en salud oral. Rinofaringitis aguda 16 Refleja la alta transmisibilidad de virus respiratorios en espacios de confinamiento. - Hipertensión esencial 13 Indica una carga constante de enfermedad crónica que requiere medicación ininterrumpida. Cefalea 13 Síntoma recurrente asociado frecuentemente a deshidratación o estrés ambiental**.**

4.8 4.6.7 Desarrollo de acciones intersectoriales en el marco de la Atención Primaria Social: POBLACIÓN CON ABANDONO SOCIAL

Tabla 27. Intervenciones realizadas en poblaciones con abandono social

Tipo de institución	Nombre de la institución	# de jornadas realizadas	# Usuarios en la institución	# Usuarios con valoración individual	Porcentaje de cobertura (# Usuarios en la institución /# Usuari	# usuarios con requerimiento de citas	# usuarios con respuesta al agendamiento	Porcentaje de efectividad (# usuarios con requerimiento de citas/# usuarios con
					os con valoración individual)			respuesta al agendamiento)
CENTRO INTEGRARTE DISCAPACIDAD	CIAI 2	1	80	13	6,15	10	8	1,25
CENTRO INTEGRARTE DISCAPACIDAD	CIAI 6	1	80	1	80	1	1	100
COMUNIDAD DE VIDA	GUARDIANES DE SUEÑOS	5	80	39	2,05	30	23	1,30
CUIDADO TRAN	VILLA KENN	2	56	14	4	5	2	2,5

Comentado [78]: Datos no coinciden con herramienta de información

Comentado [79R78]: Ajustado

SITOR IO	**EDY**							
CUIDADO TRANSITORIO	**CUNDINAMARCA**	2	43	12	3,58	7	6	1,2
CUIDADO TRAN	**ANTONIA SANTOS**	2	60	15	4	9	8	1.125
SITORIO								
SERVICIO SOCIOSANITARIO	**MEMORIA Y SABE R**	1	45	27	1,6	11	1	11

Durante el periodo analizado se realizaron jornadas en 7 instituciones, correspondientes a centros integrarte de discapacidad, comunidades de vida, cuidado transitorio y servicio sociosanitario, con un total de:

- 14 jornadas realizadas
- 444 usuarios presentes en las instituciones
- 121 usuarios con valoración individual
- 73 usuarios con requerimiento de citas
- 49 usuarios con respuesta efectiva al agendamiento

Esto evidencia que, aunque el alcance poblacional de las jornadas es amplio, la conversión a atenciones individuales y continuidad asistencial presenta brechas relevantes relacionadas con la oferta que se genera respecto a la atención en salud durante las jornadas desrrolladas y la decisión de aceptación del usuario a recibirla, asi como brechas relacionadas con rotación de la población y autorizaciones en salud a tiempo que seguramente permitirían abordar el total de usuariso institucionalizados, logrando aumentar la capacidad de respuesta en salud.

relacionadas con la cantidad de usuarios que acceden al servicio en el momento que e oferta cuando se realiza la jornada de atención, asi como los limitantes

Comentado [80]: Datos de la tabla no coinciden con herramienta de información

Comentado [81R80]: Ajustado

Comentado [82]: A que brechas hace referencia

Comentado [83R82]: Ajustado

Los usuarios con atenciones individuales corresponden principalmente a usuarios afiliados a Capital Salud, captados por la Subred Suroccidente, así como a algunos usuarios de otras EAPB para los cuales fue posible gestionar autorizaciones específicas.

Comentado [84]: Cuales son estos datos ?

Comentado [85R84]: Ajustado

Dentro del balance general de usuarios pertenecientes a cadainstitucion se despliega acontinuación la pertenencia por EAPB

CAPITAL SALUD 161 Usuarios

SANITAS 8 usuarios

COMPENSAR : 2 Usuarios

COOSALUD: 2 Usuarios

FAIMISANAR: 3 Usuarios

NUEVA EPS: 6 Usuarios

EMMSANAR 2 Usuarios

SURAMERICANA: 1 Usuario

El resto de los usuarios que participaron en las jornadas y no accedieron a valoración individual corresponde, en su mayoría, a personas adscritas a otras subredes, para quienes no fue posible realizar la atención debido a:

Limitaciones contractuales y operativas entre subredes.

La naturaleza de los centros transitorios, donde la población es altamente flotante, lo que dificulta la captación, seguimiento y continuidad del proceso de atención.

Comentado [86]: Ajustar datos una vez ajustada la tabla

Comentado [87R86]: Ajustado

El porcentaje de cobertura por valoración individual es heterogéneo entre instituciones, siendo mayor en espacios con población más estable (por ejemplo, comunidades de vida).

En los centros de cuidado transitorio, a pesar de contar con un número significativo de usuarios presentes, la cobertura efectiva es baja, lo cual es coherente con la alta rotación de la población.

Durante el proceso de atenciones se han incluido esfuerzos en el agendamiento de citas derivadas de la atención médica logrando que los usuarios puedan acceder a todos los servicios de forma integral, para el periodo en mención, se generaron 73 órdenes médicas con el agendamiento de 49 de ellas lo que corresponde a una efectividad del 62%, lo que nos lleva a seguir trabajando con el proceso de agendamiento de forma ardua para lograr la asignación del 100% de solicitudes generadas.

Dentro de los principales logros del proceso se destacan:

La gestión efectiva de atenciones individuales para los usuarios que lograron ser valorados, garantizando:

- Entrega de medicamentos.
- Solicitud y toma de laboratorios, como parte del seguimiento clínico.

La capacidad de articulación con diferentes EAPB, logrando autorizaciones en algunos casos, a pesar de las limitaciones del sistema.

Estos avances reflejan un esfuerzo institucional importante por garantizar la atención integral, incluso en contextos de alta complejidad social y administrativa.

Comentado [88]: La información cualitativa presentada no se encuentra soportada por datos cuantitativos; por favor, incluirlos

Comentado [89R88]: Ajustado

A pesar de los esfuerzos, se identifican múltiples barreras que afectan la cobertura total y la oportunidad de la atención:

BARRERAS IDENTIFICADAS

1. Alta rotación de la población
   - En los centros transitorios, muchos usuarios salen de la institución antes de completar procesos como la toma de laboratorios o la entrega de medicamentos, lo que impide cerrar el ciclo de atención.
2. Limitaciones en autorizaciones por parte de las EAPB
   - Se presentan autorizaciones tardías o, en algunos casos, la no autorización de servicios, lo que impide valorar al 100 % de la población y retrasa la continuidad del proceso asistencial.
3. Demoras en la entrega de medicamentos
   - A pesar de las gestiones realizadas y los acuerdos establecidos con Audifarma, los tiempos de entrega continúan siendo extensos, alcanzando en promedio más de 10 días posteriores a la formulación, lo que genera brechas en la adherencia al tratamiento.
4. Fragmentación por subredes
   - La necesidad de realizar valoraciones por parte de cuatro subredes diferentes complejiza el proceso, alarga los tiempos de atención, retrasa la toma de laboratorios y la entrega de medicamentos, y dificulta la trazabilidad del usuario.

- La no oportunidad de valoración por un profesional de una sola subred limita la eficiencia del modelo de atención.

5. Baja efectividad del agendamiento
   - La falta de disponibilidad de agenda en la subred se constituye en una barrera crítica para la continuidad de la atención, afectando directamente los indicadores de efectividad.

ACCIONES DE MEJORA PROPUESTAS

No limitar las atenciones médicas por subred, permitiendo que los usuarios sean valorados de manera oportuna independientemente de su adscripción, priorizando el enfoque de atención integral. Para esto se sugiere una atención integral por parte del perfil de medicina donde abarque todos los usuarios independiente de la EAPB a la cual pertenezca y a la subred donde se encuentre adscrita sin limitantes en temas de autorizacines para usuarios que se encuentran en estado de vulnerabilidad,

Fortalecer el compromiso de las EAPB en la autorización oportuna de atenciones, laboratorios y entrega de medicamentos. Para esta acción se sugiere que las EAPB cuenten con un equipo que en tiempo real genere las autorizaciones de los ciudadanos encontrados en cada institución y no se generen barreras en la atención

Optimizar los acuerdos operativos con los operadores farmacéuticos, con el fin de reducir los tiempos de entrega de medicamentos. Para esta acción se sugiere implementar una estrategía más rápida para dispensación de medicamentos, ejemplo que donde se realiza la dispensación también se realice la autorización en tiempo real, con eso se evitan traslados y tiempos de espera para lograr la entrega en tiempos oportunos.

Implementar estrategias de atención más resolutiva en sitio, especialmente en centros transitorios, para disminuir la pérdida de usuarios antes del cierre del proceso. Para esta acción se sugiere nuevamente la atención médica de forma integral en tiempo real.

Avanzar hacia un modelo de atención más integrado, que reduzca la fragmentación entre subredes y mejore la oportunidad y continuidad del servicio.

Los resultados evidencian un alto esfuerzo institucional en la captación y atención de población vulnerable, con logros importantes en la gestión de atenciones individuales, medicamentos y laboratorios. No obstante, persisten brechas estructurales asociadas al aseguramiento, la fragmentación del sistema, la alta movilidad de la población y la disponibilidad de agenda, las cuales limitan el alcance del 100 % de cobertura y efectividad. Superar estas barreras requiere ajustes operativos, mayor corresponsabilidad de las EAPB y un enfoque más flexible e integral en la prestación de los servicios de salud.

Comentado [90]: Cual es la gestión que se ha realizado al respecto ? No es clara cual seria la acción de mejora

Comentado [91R90]: Ajustado

Comentado [92]: Para cada acción, incluir el como se realizaría

Comentado [93R92]: Ajustado

4.9 4.6.8 Casas MAS Bienestar

Para el periodo evaluado no se realizó acciones en esta dependencia ya que la casa fue aperturada en el mes de diciembre y no se cuenta con el talento humano contratado para el desarrollo de esta actividad.

Tabla 28. Casa Más Bienestar

	Tipo de sesión	N.º de sesiones realizadas	N.º de participantes	Resultado alcanzado
Subred	**Autocuido Integral**	0	0	0
	Autonomía Cotidiana	0	0	0
	Bienestar Emocional	0	0	0

Fuente: No aplica

5. CUIDADO CONTINUO POR UNA VIDA CON BIENESTAR CON ENFOQUE DIFERENCIAL POBLACIONAL Y DE GÉNERO

5.1 FAMILIAS ÉTNICAS-AFRODESCENDIENTES

5.1.1 Plan de Bienestar con Familias Étnicas – Afrodescendientes

Tabla 29. Familias Étnicas Afrodescendientes abordadas Octubre a Diciembre 2025

LOCALIDAD	Número de familias con Formulación e implementación de Plan de Bienestar Diferencial en Familias de comunidades Negras y Afrocolombiana

Bosa	60
Kennedy	43
Fontibón	7
Puente Aranda	45

Total	155

Fuente: Archivo plano plan de bienestar familiar GTAPS

A través de las accione desarrolladas por cada uno de los equipos de abordaje étnico diferencial Afrodescendiente se brinda Información, educación y comunicación en Salud (I.E.C) a cada una de las familias intervenidas del trimestre de Octubre a Diciembre en donde a través de la priorización se realiza la búsqueda activa para la intervención y atención a 11 menores de 5 años para la promoción de la salud y el bienestar de los niños y las niñas, incidiendo en el mejoramiento de sus condiciones de vida, transformación de riesgos en salud. En menores de 5 años se orientan al desarrollo o fortalecimiento de factores protectores para la salud infantil; así como a la identificación y gestión del riesgo en salud de los niños y niñas de los grupos étnicos. A través de estas acciones se sensibiliza a las familias para la identificación y verificación de la presencia de signos de alarma, signos de desnutrición y de cambio de comportamientos junto con la Identificación de las condiciones familiares, sociales, económicas y de acceso al sistema general de seguridad social en salud. Una de las acciones específicas es realizar seguimiento a los compromisos concertados con cada una de las familias es Brindar Información y educación en salud para establecer compromisos de acciones que la familia puede y debe realizar en su vivienda para el manejo de los riesgos identificados y Desarrollar acciones promocionales para la adopción de comportamiento y conductas para la salud desde prácticas propias de salud y cuidado, donde se incluyan acciones preventivas en el hogar.

Cada uno de los equipos étnicos deben Garantizar acciones abordaje de las familias basado en el cuidado y atención integral de las personas que la conforman como herramienta de armonización entre la gestión del riesgo colectivo y la atención individual y Gestionar la atención en salud sexual y reproductiva de las familias en condición de mayor vulnerabilidad bajo un enfoque de derechos, poblacional diferencial y de género, con el fin de disminuir los eventos de morbimortalidad. En las acciones realizadas de intervención a las mujeres en edad fértil y Promoción y atención de la salud materna y perinatal Prevención de la maternidad y paternidad temprana en curso de vida y atención diferencial para prevenir embarazos subsiguientes en este grupo poblacional de mayor vulnerabilidad se abordó 1 gestante, así mismo se realiza entrega de preservativos como medida de prevención de embarazos no deseados e ITS y en las Gestantes en donde a través de acciones educativas se promueve la adherencia a la medicina occidental, temas educación sexual, prevención de ITS, Planificación Familiar a través de las acciones educativas se recomienda la planificación Familiar a todas las mujeres en edad fértil o en puerperio en donde se debe establecer un método de planificación. Otro factor de riesgo identificado son 34 familias con condiciones crónicas adherentes a su tratamiento con condiciones de riesgos intervenidos desde la medicina ancestral y la medicina occidental. y 109 familias Intervenidas por otros eventos en salud propios de la comunidad Afrodescendiente en donde a través de la cultura se generan acciones de seguimiento a tratamientos desde la medicina ancestral y por parte del perfil de enfermería se potencializa la educación para prevención de enfermedades.

Desde los equipos de los Kilombos afrodescendientes se realizó la priorización de las familias objeto de abordaje étnico diferencial de continuidad a 155 familias priorizadas acorde al talento humano contratado en cada uno de los meses realizando seguimiento al plan de cuidado familiar diferencial en donde a través de las acciones de intervención se cuenta con los elementos necesarios para realizar el ingreso a las familias priorizadas a nivel de EPP e instrumentos de valoración biomédicos para realizar la valoración integral del riesgo y brindar recomendaciones y Acciones educativas que propendan por la adherencia a los servicios de Salud así mismo si se identifican riesgos se realiza canalización a la respectiva RIA y mitigación del riesgo individual y colectivo a través de la articulación de acciones de manejo a nivel de la medicina occidental alternando acciones de medicina ancestral.

5.1.2 Apechontería con familias étnicas – Afrodescendientes

Frente a las acciones de educación para la salud desarrolladas, describir el resultado del indicador de seguimiento para esta dispuesto y relacionado a continuación:

Tabla 30. Relación se sesiones de apechonteria con Familias Etnicas Afrodescendientes

Nombre del indicador	Frecuencia de medición	Fórmula
Sesiones educativas diferenciales para las diferentes etnias. (afrodescendientes, palenqueros, Wounaan, Rrom Gitanos, Muisca Bosa y Muisca Suba)	Mensual	(N° sesiones educativas realizadas / N° total de sesiones programadas) 6/6

Dentro de las acciones de apechonteria se han realizado 6 sesiones en donde se han enmarcado acciones de protección y acompañamiento emocional frente a factores importantes y relevantes de encuentro personal con los equipos de apoyo y cercanía por parte de las familias reforzando la identidad comunitaria y afrodescendiente de Sanación afectiva y espiritual en donde se ha integrado la cultura afrodescendiente y sin pertenencia étnica.

5.1.3 Técnicas de curación ancestral - Negras y Afrocolombianas

En las Técnicas de curación ancestral propias de medicina Ancestral realizadas por cada uno del grupo étnicos en presente convenio en el periodo comprendido de Octubre a Diciembre de 2025 se desarrollaron 72 Acciones de Técnicas de curación propias de Medicina Ancestral realizadas en las localidades de Bosa, Kennedy, Fontibón y puente Aranda 883 personas asistentes con la intervención por parte de los equipos de abordaje étnico diferencial, Dentro de las atenciones de medicina Ancestral se utilizan y entregan insumos propios de cada equipo étnico para su tratamiento con plantas, preparados y aceites, por parte de gestor comunitario se realiza la estrategia continua de convocatoria a las familias y a la comunidad para participar en las acciones propias de medicina Ancestral. En donde cada Grupo desarrolla acciones de intervención a nivel individual o colectivo a usuarios en donde se realizan sesiones espirituales, sobijos, despojos, y actividades con plantas medicinales dirigidas por las sabedoras y médicos Ancestrales. A través de la medicina ancestral-tradicional se refiere a la curación, restablecimiento y sanación de una herida, dolencia, malestar y/o enfermedad de los cuerpos, físico, mental, emocional, energético y espiritual del individuo o de un colectivo, El perfil de enfermería realiza valoración del riesgo talla, pesa y brinda educación en prevención de identificación del Riesgo en salud, alimentación saludable y adherencia a los servicios de salud, el técnico ambiental fortalece la identificación de riesgos ambientales articulado con el uso de plantas para factores de vectores o roedores en las viviendas y adecuado uso de los recursos ambientales manejo adecuado del agua, así como la prevención en enfermedades respiratoria , lavado de manos y el uso adecuado de tapabocas. Dentro de las acciones realizadas por los equipos no se han identificado factores de Riesgo tipo 3 o 4 para derivar para atenciones Individuales.

Acciones Colectivas Diferenciales con familias Étnicas de comunidades Negras y Afrocolombiana

Las sesiones de Acciones Colectivas Diferenciales con familias Étnicas de comunidades Negras y Afrocolombiana colectivas desarrolladas por los equipos de abordaje étnico diferencial se realizan 24 actividades colectivas con la participación de 259 personas , en donde a través de los círculos de la palabra se desarrollan actividades que propenden al desarrollo acciones de promoción y prevención en salud desde los conocimientos propios de las comunidades, medicina ancestral, cuidado de las huertas o azoteas EDA, ERA, la citología y su importancia en la mujer negra afrocolombiana y conocimientos occidentales dirigido a las familias o comunidades que hacen parte de la estrategia étnico diferencial. De las temáticas abordadas se encuentran Manejo de plantas medicinales para curar enfermedades de las crónicas, Manejo de Residuos sólidos, siembra de plantas

medicinales para el autocuidado de la salud, huertas familiares y/o comunitarias, abonos orgánicos caseros, contaminación del aire y de la salud Humana, y EPOC, Prevención de enfermedades crónicas desde antes del nacimiento ancestral. Dentro de la programación de acciones se soportan 3 actas de concertación con líderes o consultivos en el mes de octubre y 3 actas de socialización de piezas de contenidos diferenciales realizadas en el mes de noviembre y 6 sesiones de Apechonteria para un total de 36 sesiones colectivas de apechonteria realizadas en el Trimestre.

Como proceso de seguimiento a la iniciativa ambiental los equipos han generado Huertas en los Kilombos en donde se han generado talleres con la comunidad asistenta en la siembra de plantas aromáticas en azoteas o en los espacios físicos en donde se reúnen para realizar tejido social y cuidado de las plantas, dentro de este proceso de siembra la comunidad a sido participativa generando acciones de bienestar para la propia comunidad, se ha sembrado, Romero, Hierbabuena, canelón etc, aromáticas que por la temperatura de la ciudad se pueden cultivar por los usuarios.

Dentro del proceso de priorización de familias afrocolombianas no se a identificado casos para realizar atenciones individuales acorde al riesgo identificado por el perfil de enfermería, su clasificación del riesgo es bajo ya que son adherentes a tratamiento y no hay menores en condición de desnutrición prevalecen más los achaques propios de la cultura y tratamiento desde la medicina ancestral atendidos en los Kilombos por los equipos en atenciones familiares o técnicas de curación.

Tabla 31. Atenciones Individuales de comunidades negras y afrocolombianas

LOCALIDAD	Número de atenciones Individuales de comunidades negras y afrocolombianas		
	Medicina	Enfermería	Nutrición
Kennedy	0	0	0
Total	0	0	0

A partir del proceso de priorización de las familias abordadas por los equipos afrodescendientes se han realizado acciones de revisión y seguimiento a las actividades desarrolladas esto teniendo en cuenta que prevalece la priorización de otros eventos priorizados no se han identificado usuarios tipo 3 o 4 para atención individual, la gestante y crónicos son adherentes a controles al tratamiento y los menores no presentan factores de riesgo de desnutrición, son intervenidos desde el enfoque diferencial fortaleciendo prácticas de su cultura en articulación con la medicina Occidental.

5.2 FAMILIAS ÉTNICAS-PALENQUEROS

5.2.1 Plan de Bienestar con Familias Étnicas - Palenqueros de la estrategia MÁ MEDICINA RI PALENGE- KILUMBA

Tabla 32. Plan de Bienestar con Familias Étnicas - Palenqueros

LOCALIDAD	Número de familias con Formulación e implementación de Plan de bienestar Diferencial en Familias de comunidades Palenqueras	Número de atenciones Individuales de comunidades Palenqueras		
		Medicina	Enfermería	Nutrición
Bosa	6	0	0	0
Kennedy	8	0	0	0
Fontibón	5	0	0	0
Distrito	24	0	0	0
Total	43	0	0	0

Dentro de las acciones de los equipos de abordaje étnico diferencial con el equipo palenquero Kilumba desde la estrategia MÁ MERISINA RÍ PALENGE- KILUMBA las actividades realizadas en el periodo Octubre a Diciembre de 2025 el equipo Palenquero-Kilumba a través del fortalecimiento técnico de la subred Suroccidente y la Secretaria de Salud, junto con el equipo palenquero - Kilumba y los lideres el Kuagro mona Ri Palenque para el desarrollo de las actividades para este periodo se dio continuidad con el proceso de caracterización y seguimiento al plan de cuidado familiar étnico diferencial a familias Palenqueras residente en las diferentes localidades del Distrito en donde pese a la comunicacion de busqueda de casos para atenciones individuales no se encuentra la identificacion de Riesgos para dicha intervencion ya que involucran la identificación de riesgo en donde se realizó la caracterización de 12 familias nuevas Caracterización social y ambiental y 31 familias con la implementación de plan de cuidado Familiar en donde se encuentran las familias priorizadas así: 2 menores de 5 años, 4 Gestante, 9 crónicos y 28 familias priorizadas con otros eventos en salud en donde el fortalecimiento de acciones en salud genera adherencia a los servicios de salud con identificación de riesgos Gestacionales, con planes familiares concertados las cuales se encuentran priorizadas por las autoridades en diferentes localidades de del distrito con 24

familias, Kennedy 8 , Bosa 6 y Fontibón 5, con seguimiento al plan de cuidado familiar diferencial para este periodo con un total de 43 familias Palenqueras activas acorde a lo planteado por nivel central de seguimiento al plan de cuidado familiar diferencial , con la implementados de dos seguimientos mensuales o acorde a las dinámicas propias de cada familia y su disponibilidad; seguido de las acciones colectivas educación en salud con énfasis en la identificación de Riesgos en salud dando prioridad a Gestantes, Menores de 5 años , crónicos junto con otros eventos que afecten las condiciones de Salud de la comunidad palenquera con abordaje étnico diferencial. El abordaje étnico diferencial con el equipo Palenquero- Kilumba desarrollo acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades, así como la reducción de factores de riesgo con el reconocimiento de las dinámicas de salud urbana, lingüística propia y adecuaciones socioculturales, que fortalezcan las prácticas de cuidado de la salud de forma integral en el distrito a través de la estrategia MÁ MERISINA RÍ PALENGE- KILUMBA , Dentro de las acciones propias de medicina ancestral se desarrollan prácticas de medicina tradicional, saberes, usos y costumbres tradicionales de la comunidad Palenquera a través del "Kilumba"

5.2.2 Acciones Colectivas Diferenciales con familias étnicas – Palenqueros

Frente a las acciones de educación para la salud desarrolladas, describir el resultado del indicador de seguimiento para esta dispuesto y relacionado a continuación:

Tabla 33. Acciones Colectivas Diferenciales con familias étnicas – Palenqueros

Nombre del indicador	Frecuencia de medición	Fórmula
Sesiones educativas diferenciales para las diferentes etnias. (afrodescendientes, palenqueros, Wounaan, Rrom Gitanos, Muisca Bosa y Muisca Suba)	Mensual	(N° sesiones educativas realizadas / N° total de sesiones programadas) 15/15

El equipo de la estrategia MÁ MERISINA RÍ PALENGE- KILUMBA para el desarrollo de sesiones colectivas logró realizar 9 sesiones colectivas con la participación de 92 personas en donde a través de los círculos de la palabra se desarrollan actividades que propenden al desarrollo acciones de promoción y prevención en salud desde los conocimientos propios de las comunidades, Dentro de las temáticas abordadas se encuentran Como priorización por la comunidad se desarrolla el tema de clasificación de Residuos sólidos, esquema de vacunación en menores de 5 años, alimentación complementaria en menores de 5años, ahorro de energía en la vivienda y ahorro del agua como impacto ambiental y prevención

de accidentes en el hogar en menores de 5 años, Prevención de EDA Y ERA y uso de del Anamú como planta curativa . Dentro de estas acciones el impacto de educación frente a la identificación de temáticas relacionadas con el sector salud han generado un alto impacto en la comunidad palenquera en la ciudad de Bogotá. se desarrollaron 4 Actas de Concertación y espacios propios con la comunidad del Kuagro Moná ri Palenque MONÁ RI y 2 espacios de articulación con la referente de políticas para el posicionamiento de la estrategia MÁ MERISINA RÍ PALENGE- KILUMBA para un total de 15 sesiones ejecutadas con un indicador de impacto del 100%.

Así mismo el Técnico Ambiental realizó seguimiento a la iniciativa ambiental que se trasladó de la Casa Poza Wiwa a la Casona en donde se generan sesiones de seguimiento a la plantación de especies Nativas, Hierbas aromáticas, Tomate, conservación del espacio físico y ambiental como estrategia en donde se ofrecen talleres y capacitaciones a la comunidad Palenquera sobre el cuidado y mantenimiento de la huerta, con el objetivo de medir el impacto ambiental y social en la comunidad en espacios verdes que reducen el estrés y mejoran la salud.

5.2.3 Acciones Propias de medicina ancestral – Palenqueros.

En las acciones propias de medicina ancestral de la comunidad Palenquera- Kilumba en el trimestre realizó 21 Acciones propias de Medicina Ancestral con una participación de 172 usuarios, realizadas en las localidades de Santa fe y San Cristóbal por el equipo Kilumba. En donde desarrolla acciones de intervención a nivel individual o familiar a usuarios en donde se realizan sesiones espirituales, sobos, despojos, sobijos de matriz caída, sobos de acomodación en gestantes y actividades con plantas medicinales dirigidas por las sabedoras y el equipo en donde cada uno realizan actividades de acompañamiento al proceso de intervención de acciones propias con el uso de insumos ancestrales propios de la cultura palenquera. Se utilizaron Plantas medicinales como diente de león, la malva, el llantén y la flor de cempasúchil, frutas, esencias, aceites, Ron compuesto entre otros insumos para curar enfermedades como la diarrea, la tos y dolores menstruales y otras enfermedades con el objetivo de mantener la salud.

El perfil de enfermería es un factor importante en la valoración del riesgo individual en cada una de las sesiones de medicina ancestral, brinda educación en prevención de identificación del Riesgo en salud y realiza acciones de valoración integral de riesgos en salud a través de la toma de medidas antropométricas y toma de glucometría si se requiere
, el técnico ambiental fortalece la identificación de riesgos ambientales y potencializa el uso de las plantas como iniciativa propia de la siembra de plantas en el hogar y adecuado uso de los recursos ambientales, así como la prevención de enfermedades y cura a través de las plantas, lavado de manos y uso de tapabocas, la sabedora desarrolla actividades propias de la familias Palenqueras con la realización de intervenciones compuestas entre la medicina ancestral y la articulación con medicina occidental y el Gestor comunitario quien

dinamiza las actividades y gestiona acciones a nivel sectorial e intersectorial con los usuarios que lo requiera.

Tabla 34. Atenciones Individuales de Comunidades Palenqueras

LOCALIDAD	Número de atenciones Individuales de comunidades Palenqueras		
	Medicina	Enfermería	Nutrición
Distrito	0	0	0
Total	0	0	0

A partir del proceso de priorización de las familias abordadas por el equipos Palenquero Kilumba no se han identificado usuarios tipo 3 o 4 para atención individual esto teniendo en cuenta que las atenciones realizadas en un alto porcentaje son a otros casos priorizados, la gestante y crónicos son adherentes a controles al tratamiento y los menores no presentan factores de riesgo de desnutrición, son intervenidos desde el enfoque diferencial fortaleciendo prácticas de su cultura en articulación con la medicina Occidental.

5.3 FAMILIAS INDÍGENAS EMBERA

5.3.1 Gestión Integral del riesgo en familias indígenas embera

La subred Sur Occidente no cuenta con población embera

Describir cobertura de las diferentes acciones en cada uno de los puntos de asentamiento en el distrito.

Tabla 35. población Embera

Puntos de asentamiento	Número de personas identificadas	Número de acciones colectivas desarrolladas	Número de atenciones propias de medicina ancestral de Población Indígena Emberá	Número de atenciones Individuales de población Indígena Embera
				Medicina
Rioja	0	0	0	0

Florida	0	0	0	0
Total	0	0	0	0

Fuente: Reporte de intervenciones y Atenciones aplicativo GTAPS

Con relación a las acciones de gestión adelantadas frente al ingreso y adherencia a las diferentes rutas de atención en salud, describir:

Tabla 36.

RELACIÓN DE GESTIÓN DE CITAS MÉDICAS INTRAMURALES POR PUNTO DE ASENTAMIENTO			
PUNTO DE ASENTAMIENTO	CITAS AGENDADAS	CITAS ASISTIDAS	CITAS NO ASISTIDAS
Rioja	0	0	0
Florida	0	0	0

Fuente: Formulario Emberá aplicativo GTAPS y drive gestiones perfil social

5.3.2 Acciones promocionales Estrategia Unidad de atención integral comunitaria (UAIC)

La subred Sur Occidente no cuenta con UAIC

Frente a las valoraciones generadas en el Marco de la estrategia de atención integral comunitaria (UAIC) relacionar resultados de los siguientes indicadores: No aplica para la Subred Sur Occidente

Tabla 37. UAIC

Nombre del indicador	Frecuencia de medición	Fórmula
Porcentaje de niños y niñas menores de cinco años de la comunidad indígena Emberá con identificación temprana y manejo oportuno de IRA.	Mensual	(Número de niños y niñas menores de cinco años atendidos por IRA /Total de niños y niñas menores de cinco años evaluados en la UAIC) × 100.

Porcentaje de niños y niñas menores de cinco años de la comunidad indígena Emberá con identificación temprana y manejo oportuno de EDA.	Mensual	(Número de niños y niñas menores de cinco años atendidos por EDA /Total de niños y niñas menores de cinco años evaluados en la UAIC) × 100.

Porcentaje de niños y niñas menores de cinco años de la comunidad indígena Emberá con identificación temprana y manejo oportuno de DNT.	Mensual	(Número de niños y niñas menores de cinco años atendidos por DNT /Total de niños y niñas menores de cinco años evaluados en la UAIC) × 100

Generar análisis de los resultados presentados en la tabla anterior, mencionando dificultades y logros del proceso.

5.4 FAMILIAS DEL CABILDO INDIGENA WOUNAAN

La subred Sur Occidente no cuenta con población Wounaan

5.4.1 Gestión del riesgo en familias del cabildo indígena Wounaan de Bogota D.C Comunidad Baud Mos. No aplica para subred Sur Occidente

Tabla 38. WOUNNAN

LOCALIDAD	Número de familias con Formulación e implementación de Plan de bienesta Diferencial en Familias Indígena Wounaan Baud Mos	Número de atenciones Individuales de población Indígena Wounaan Baud Mos		
		Medicina	Enfermería	Nutrición
Ciudad Bolivar	0	0	0	0
Total	0	0	0	0

Fuente: Reporte de intervenciones y Atenciones aplicativo GTAPS

Tabla 39. wounaan

Nombre del indicador	Frecuencia de medición	Fórmula
Sesiones educativas diferenciales para las diferentes etnias. (afrodescendientes,	Mensual	(N° sesiones educativas realizadas / N° total de sesiones programadas)

palenqueros, Wounaan, Rrom Gitanos, Muisca Bosa y Muisca Suba)		

Realizar análisis del indicador de seguimiento acorde al desarrollo de las acciones generadas durante el mes.

- Describir balance de las acciones por medio de la relación de dificultades y logros.
- Avance de la implementación de iniciativa ambiental huerta ancestral con relación de logros y avances.

5.4.2 Acciones con enfoque en medicina ancestral cabildo indígena Wounaan comunidad Baud Mos

5.5 FAMILIAS CUMPAÑA ROMANI

Tabla 40. Familias intervenidas de la Cumpaña Romani

LOCALIDAD	Número de familias con Identificación y seguimiento del riesgo familiar Población Rrom- Gitana		Total	Número de acompañamientos hospitalarios con la población Rrom- Gitana		Total
	Organización- ProRrom	Organización- Unión Romaní		Organización- ProRrom	Organización- Unión Romaní	
Kennedy	12	10	22	0	0	0
Total	12	10	22	0	0	0

Fuente: Reporte de intervenciones y Atenciones aplicativo GTAPS

Las actividades de priorización el equipo Rrom Gitano realizó la intervención a 22 familias mensualmente se observa que durante el trimestre de Octubre a Diciembre de 2025 el equipo realiza la búsqueda activa de población susceptible a intervenir en donde una de las acciones educativas más importantes desarrolladas es la identificaron de factores de riesgo en población Priorizada en donde logró identificar 2 gestantes equivalente de las familias intervenidas en donde se educa frente al proceso de cuidados de la Gestación, Se brinda educación en alimentación Saludables incluyendo la variedad de frutas, verduras y alimentos ricos en proteínas con frecuencia y en pequeñas cantidades, Descansando según sea necesario y realizar ejercicio o dando paseos casi todos los días y los cuidados del

binomio madre- hijo identificación, factores de riesgo en el Embarazo, es importante resaltar que las gestantes intervenidas asisten a controles prenatales particulares ya que por su cultura se sienten trasgredidas por su cultura, solo asisten si se presenta alguna alteración o riesgo en su embarazo, el equipo a articulado acciones para su asistencia pero las citas asignadas por las EAPB no son efectivas ya que las usuarias no asisten, la preparación para el parto es de manera particular la enfermera brinda información de la preparación del parto y durante el trabajo de parto siempre direccionando a la asistencia en las Unidades de Servicios de Salud de la Subred o en la EAPB correspondiente con el objetivos de disminuir el riesgo de una mortalidad materna o perinatal se brindan acciones educativas en cada una de las sesiones de implementación del plan de cuidado familiar articulando acciones, en compañía de la sabedora de la organización Prorrom y el profesional de enfermería - psicología se orienta frente a las habilidades para el trabajo de parto, el alivio del dolor, la atención del lactante y postnatal, la lactancia materna y las habilidades de crianza. Dentro de la identificación y priorización de Riesgo también se encuentran familias con condiciones Crónicas 11 , las enfermedades crónicas son un problema significativo en la comunidad Rrom Gitana debido a su estilo de alimentación rica en grasas y azúcares procesados, embutidos, etc; se encuentran familias hipertensas, con colesterol alto y el consumo de comidas altas en sodio, el equipo realiza sensibilización frente al cambio de hábitos alimentarios a saludables a través de la regulación y consumo de frutas, verduras y actividad física, son familias adherentes al tratamiento de crónicos, no permiten el ingreso de otros perfiles de salud a su hogar por factores culturales, 3 menores de 5 años con bajo peso pero no en riesgo de desnutrición asistentes a controles de crecimiento y desarrollo y vacunas al día en donde se brinda educación frente a las enfermedades prevalentes de la infancia y 6 familias priorizadas por otros eventos de salud, para el ingreso a estas familias se debe tener el permiso de las autoridades o líderes de la comunidad Rrom Gitana de cada una de las organizaciones Prorrom y Unión Romaní.

Frente a las acciones de educación para la salud desarrolladas, describir el resultado del indicador de seguimiento para esta dispuesto y relacionado a continuación:

Tabla 41. Sesiones de Arakadimos Cumpañaco desde la medicina ancestral

Nombre del indicador	Frecuencia de medición	Fórmula

Sesiones educativas diferenciales para las diferentes etnias. (afrodescendientes, palenqueros, Wounaan, Rrom Gitanos, Muisca Bosa y Muisca Suba)	Mensual	(N° sesiones educativas realizadas / N° total de sesiones programadas) 12/12= 100%

A partir de las sesiones de Arakadimos Cumpañaco desde la medicina ancestral el equipo desarrolla la medicina ancestral con las dos Organizaciones Prorrom y Unión Romaní 2 sesiones mensuales con cada una de las organizaciones para un total de 12 sesiones en el trimestre, en donde a través de las prácticas y conocimientos tradicionales transmitidos de generación en generación se basa en la creencia de la salud y la enfermedad están relacionadas con el equilibrio entre el cuerpo, la mente y el espíritu parte muy importante de la comunidad, en las sesiones de Arakadimos se utilizan plantas como la manzanilla, el romero y la salvia para tratar enfermedades en donde se entrega el insumos y se explica cómo preparar acorde a su enfermedad, siempre se desarrollan oraciones para curar la enfermedad y proteger la salud, estas sesiones se enmarcan en el don de la palabra de las sabedoras en compañía de las mayores para fortalecer acciones de conocimiento de la cultura, la enfermera realiza la valoración individual de cada uno de los asistentes a sesión, brinda educación en la identificación de Riesgos y la Psicóloga fortalece las redes de apoyo a través de educación en salud mental factor importante en el contexto social y familiar

Tabla 42. Atenciones individuales de la población Rrom Gitana

LOCALIDAD	Número de atenciones Individuales de población Rrom- Gitana - organización Unión Romaní			Número de atenciones Individuales de población Rrom- Gitana - organización Prorom			Total		
	Medic ina	Enferm ería	Nutric ión	Medicina	Enferm ería	Nutric ión	Medicina	Enferm ería	Nutric ión
Kennedy	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Fuente: Reporte de intervenciones y Atenciones aplicativo GTAPS

Dentro de las atenciones desarrolladas por el equipo no se identifican familias con usuarios tipo 3 o 4 para atención individual, cada una de las familias realiza seguimiento a sus condiciones de Riesgo acorde a la priorización, hay 2 gestantes con controles particulares

que no permiten la atención individual solo asisten al parto a la EAPB o pago particular del mismo y un menor en bajo peso que no permiten con acta de desistimiento la intervención del equipo, fue caracterizado pero con dificultad con ICBF no permitieron más el ingreso por temor a que le quiten el menor, es importantes dar a conocer que el ingreso a esta población es bastante complejo teniendo en cuenta sus usos y costumbre y problemática de la misma comunidad.

5.6 FAMILIAS COMUNIDADES INDÍGENAS MUISCA

5.6.1 Plan de Cuido para las Familias de las comunidades indígenas Muiscas Bosa y Muiscas Suba

En el contexto de la comunidad indígena muisca están representados principalmente en dos cabildos indígenas reconocidos por el Cabildo Muisca de Bosa en donde se realizaron varios acercamiento con el Gobernador del cabildo y el equipo MAI para la identificación de familias intervenir acorde a la priorización de riesgo de cáncer, factor de riesgo psicosocial, discapacidad y desarmonías y la participación en espacios de gobierno propio, En ellos se realizan rituales, círculos de palabra y prácticas de medicina ancestral que conectan con la espiritualidad y el cuidado de la vida. El uso de las plantas medicinales y las celebraciones alrededor del sol y la luna son expresiones que consolidan la identidad colectiva. Paralelamente, los procesos de revitalización de la lengua muisca o muysccubun, aunque incipientes, expresan un deseo profundo de recuperación cultural, a través de esta actividad de articulación con diferentes actores se establece el objetivo de Promover el cuidado integral de las familias Muiscas de Bosa mediante acciones concertadas que integren el conocimiento ancestral, la identificación de riesgos, la construcción de planes de cuidado familiar e individual y la articulación sectorial, con el fin de mejorar la calidad de vida y garantizar la pervivencia cultural.

Tabla 43. Plan de Cuido para las Familias de las comunidades indígenas Muiscas Bosa

LOCALIDAD	Número de familias con plan de bienestar instaurado	Número de seguimientos realizados	Número de atenciones desde la medicina ancestral desarrolladas	Número de espacios asistidos convocados por el cabildo	Número de atenciones Individuales de población Indígena Muisca
					Medicina
Bosa	7	7	7	3	7

Suba	0	0	0	0	0
Total	7	7	7	3	7

Fuente: Reporte de intervenciones y Atenciones aplicativo GTAPS

En la priorización de familias se realizó la caracterización de 7 familias identificadas por otros eventos 1, desarmonías 2, discapacidad 4 en donde se realizará la promoción en salud y promover el acceso de sus integrantes a los servicios de salud, así mismo fortalecer procesos de cuidado que aporten a mejorar condiciones de vida y mitigar riesgos en salud, a través de acciones promocionales y preventivas, todas estas enfocadas a la pervivencia de la comunidad, reconocimiento de sus determinantes sociales y principales problemáticas en salud. Así mismo se realizó seguimiento por el perfil de salud mental, teniendo en cuenta los factores de riesgo manifestados por parte de las autoridades y las familias caracterizadas y por las cuales se prioriza como una de las principales necesidades de abordaje.

CUIDADO CONTINUO POR UNA VIDA CON BIENESTAR PARA LA RURALIDAD DE BOGOTÁ.

No aplica para la subred Sur Occidente

5.7 GESTORES MAS BIENESTAR: Abordaje Territorial: Gestor MAS Bienestar No aplica para la subred Sur Occidente

5.8 PLANES DE BIENESTAR

RURALIDAD CERCANA								
Prioridad	Casos asignados (todas las fuentes)	PDB concertados en el periodo de reporte	PDB concertados vigencia – acumulado	PDB con cierre en el mes	PDB con cierre vigencia – acumulado	% PDB con cierre (acumulado)	PDB activos con más de 6 sesiones	Casos pendientes
Gestantes	0	0	0	0	0	0	0	0
Infancia	0	0	0	0	0	0	0	0
Condiciones crónicas	0	0	0	0	0	0	0	0
Cáncer	0	0	0	0	0	0	0	0
Salud mental	0	0	0	0	0	0	0	0

Salud bucal	0	0	0	0	0	0	0	0
Discapacida d y cuidadores	0	0	0	0	0	0	0	0
Salud ambiental	0	0	0	0	0	0	0	0
Estrategias transversale s	0	0	0	0	0	0	0	0

No aplica para la subred Sur

Occidente Tabla 44. RURALIDAD

Tabla 45. RURALIDAD

RURALIDAD DISPERSA								
Prioridad	Casos asignados (todas las fuentes)	PDB concertados en el periodo de reporte	PDB concertados vigencia – acumulado	PDB con cierre en el mes	PDB con cierre vigencia – acumulado	% PDB con cierre (acumulado)	PDB activos con más de 6 sesiones	Casos pendientes
Gestantes	0	0	0	0	0	0	0	0
Infancia	0	0	0	0	0	0	0	0
Condiciones crónicas	0	0	0	0	0	0	0	0
Cáncer	0	0	0	0	0	0	0	0
Salud mental	0	0	0	0	0	0	0	0
Salud bucal	0	0	0	0	0	0	0	0
Discapacidad y cuidadores	0	0	0	0	0	0	0	0
Salud ambiental	0	0	0	0	0	0	0	0
Estrategias transversales	0	0	0	0	0	0	0	0

6. GESTIÓN TERRITORIAL DE LA ATENCIÓN PRIMARIA SOCIAL DESDE LOS EQUIPOS MÁS BIENESTAR EN TU HOGAR

6.1 COORDINACIÓN DE LOS EQUIPOS MÁS BIENESTAR EN TU HOGAR

6.1.1 Coordinación de los Equipos de MÁS Bienestar en tu hogar

Dirección, planeación, seguimiento y monitoreo integral del convenio

Durante el periodo a reportar se desarrollaron diversas acciones de liderazgo orientadas a la adecuada ejecución del convenio, garantizando la planeación, el seguimiento y el monitoreo integral de las actividades programadas. Entre estas acciones se destaca la elaboración y reporte mensual del informe de gestión, el cual permitió realizar seguimiento continuo a la ejecución programática y financiera, favoreciendo el cumplimiento oportuno de los compromisos establecidos.

De manera complementaria, se adelantó seguimiento financiero en articulación con el profesional financiero y el equipo de dinamizadoras, con el propósito de revisar y elaborar la Programación Presupuestal (PPP) y otros procesos financieros requeridos en la Subred Suroccidente. Asimismo, se brindó asistencia y participación en el seguimiento al proceso de contratación liderado desde la Secretaría Distrital de Salud, incluyendo el diligenciamiento de matrices y proyectos de inversión.

En el marco del direccionamiento técnico, se realizaron espacios de trabajo con líderes operativos, dinamizadoras y responsables de los componentes geográfico, sistemas de información, cohortes, acceso y activación, y prescripción social, orientados a revisar generalidades de la operación e identificar oportunidades de mejora. Adicionalmente, se programaron y lideraron reuniones del equipo Más Bienestar en tu Hogar y se participó en espacios con veedores, fortaleciendo los mecanismos de control social.

Finalmente, se adelantó la gestión de PQR, solicitudes de información, informes y derechos de petición remitidos por la Subred Sur Occidente, garantizando respuestas oportunas y articuladas conforme a la normatividad vigente.

Articulación sectorial e intersectorial para la operación del convenio

La operación del convenio se fortaleció mediante procesos permanentes de coordinación y articulación con dependencias internas de la Secretaría Distrital de Salud, las Subredes Integradas de Servicios de Salud y diversos actores intersectoriales, con el objetivo de asegurar la implementación efectiva de las acciones de bienestar en el territorio.

En este sentido, participó activamente en mesas de trabajo con el equipo directivo de la Subred, orientadas a adelantar los procesos y procedimientos administrativos y técnicos necesarios para la adecuada ejecución de los productos contratados en el marco del convenio de Más Bienestar en tu Hogar (EMBH). Así mismo, se realizó articulación con la Dirección de Gestión del Riesgo para avanzar en la integración de la gestión intramural y la adquisición de insumos requeridos para la operación.

De igual forma, se establecieron acciones coordinadas con el área de facturación y el área de ambulatorios, con el fin de garantizar la realización y facturación de las atenciones

Comentado [94]: Organizar la información en parrafos fluidos que conecten las ideas respetando la estructura enviada:
Dirección, planeación, seguimiento y monitoreo integral del convenio
Articulación sectorial e intersectorial para la operación del convenio
Gestión documental, administrativa y contractual del convenio

Comentado [95R94]: resuelto

individuales, así como la adecuada agenda de citas y procedimientos de los binomios ejecutados por los equipos de Más Bienestar en tu Hogar. Esta articulación incluyó el trabajo directo con la referente de facturación de la subred para asegurar la correcta facturación de los servicios prestados.

Adicionalmente, asistió y participó en mesas de la subred para el seguimiento a la contratación de talento humano, el proceso de facturación y la articulación en la atención de los binomios madre–hijo, abordando aspectos relacionados con el agendamiento y la coordinación con la dirección de ambulatorios.

Estos procesos se desarrollaron a través de espacios formales de seguimiento, coordinación y concertación, tales como reuniones técnicas, mesas zonales y escenarios de participación social, los cuales contribuyeron significativamente al acompañamiento de la operación y a la toma de decisiones. Dentro de estos espacios se destaca la asistencia a mesas zonales y reuniones de seguimiento con el equipo de gestión, en las que se verificó el avance y cumplimiento de las actividades definidas en las fichas técnicas.

Gestión documental, administrativa y contractual del convenio

La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. cuenta con un Manual de Gestión Documental actualizado a julio de 2025, el cual hace parte de la Política Institucional de Gestión Documental. Esta política se ejecuta mediante el desarrollo de ocho procesos establecidos en la normatividad archivística vigente, orientados a garantizar el cumplimiento de los lineamientos legales y técnicos en la administración documental, y fue aprobada por el Comité Institucional de Gestión y Desempeño.

La entidad reconoce que sus documentos constituyen una fuente histórica de información y hacen parte del patrimonio documental del Distrito. En este sentido, realiza la transferencia de aquellos documentos que, por su valoración primaria y secundaria, han adquirido un valor histórico, científico, cultural o de investigación significativo, al Archivo Histórico de la ciudad.

La ejecución de la Política de Gestión Documental se desarrolla bajo el liderazgo del despacho del gerente, la Subgerencia Corporativa y la Dirección Administrativa, de acuerdo con sus niveles de competencia. Así mismo, la Subred declara que todos sus funcionarios son responsables de la implementación de esta política, en armonía con las disposiciones establecidas en las Leyes 594 de 2000 y 734 de 2002.

En coherencia con lo anterior, la entidad se compromete a incorporar y mantener actualizada una programación específica de capacitación en gestión documental dentro de su plan institucional, a través de la Dirección de Gestión del Talento Humano. De igual forma, se adelanta la planeación de la gestión documental y la incorporación de nuevas tecnologías de la información y la comunicación, con el acompañamiento de la Oficina Asesora de Desarrollo Institucional y la Oficina de Sistemas de Información – TIC.

El Programa de Gestión Documental se enmarca en los ocho procesos definidos por la normatividad vigente, permitiendo la correcta administración, organización, conservación, preservación y acceso a los documentos físicos y electrónicos que reposan en los archivos de gestión y archivo central de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

MES	N° DE PRODUCTOS ENTREGADOS FECHA DEFINIDA	TOTAL DE PRODUCTOS PROGRAMADOS PARA ENTREGAR	% CUMPLIMIENTO INDICADOR
OCTUBRE	7	7	100%
NOVIEMBRE	7	7	100%
DICIEMBRE	16	16	100%

Los productos se entregaron en los respectivos desembolsos en la fecha establecida por la secretaría de Salud.

Dentro de las acciones que se realizan para la administración documental y contractual del convenio, se encuentran las siguientes:

Desde la coordinación del convenio, se realizan comités de gestión con las líderes operativas, el componente geográfico, la dinamización, componente de sistemas de la información, cohortes, profesional de enlace, profesional de inducciones y materno, activación de rutas y prescripción social, con el fin de evaluar el avance de las acciones realizadas de manera regular, identificando fortalezas y dificultades presentadas, así mismo evaluando y estableciendo puntos de control, generando acuerdos y compromisos para disminuir dificultades presentadas y evidenciadas durante la operación.

La solicitud de certificaciones y firmas pertinentes de las diferentes áreas de la subred, se generan los documentos a través del ágil salud, para la firma y radicación de los mismos, con el fin de cumplir con las entregas de cada uno de los compromisos establecidos dentro de la minuta del convenio, cumpliendo con las obligaciones contractuales, para esto se establece comunicación con cada una de las áreas a nivel subred como son, almacén, biomédica, financiera, facturación, áreas administrativas, etc, con el fin de recolectar, generar y validar la información incluida en cada una de las certificaciones emitidas y que hacen parte de los compromisos contractuales.

Así como la capacitación a los técnicos administrativos para la realización de la gestión documental según los lineamientos internos de la subred y la normatividad vigente, se realizó gestión para la creación de la tabla de retención documental de los Equipos Más Bienestar en tu Hogar. Con un cumplimiento del 100% frente a la entrega de productos en la fecha definida sobre sobre los productos programados y correspondientes a los compromisos establecidos en la minuta para los diferentes desembolsos programados.

6.1.2 Gestión financiera integral del convenio

Avances en la ejecución del Plan Programático y Presupuestal (PPP)

Tabla 4Ejecución financiera Plan programático y presupuestal - PPP

MES	VALOR PROGRAMADO	VALOR EJECUTADO	% DE EJECUCIÓN	VALOR SUBEJECUTADO	% SUBEJEC UCIÓN
OCTUBRE	$ 2.430.355.138	$ 1.445.094.168,96	59.46%	$ 985.260.969,04	40.54%
NOVIEMBRE	$ 2.442.158.528	$ 1.677.299.315	68.68%	$ 764.859.213	31.32%
DICIEMBRE	$ 2.444.229.632	$ 1.699.964.541,73	69.55%	$ 744.265.090,27	30.45%
TOTAL	**$ 7.316.743.298**	**$ 4.822.358.025,69**	**65,91%**	**$**2.494.385.272.31	**34.09%**

Fuente: Matriz Plan Programático Presupuestal convenio No. 8373570.

En el periodo comprendido del 1 de Octubre al 31 de Diciembre de 2025 se cuenta con una programación en la Matriz Programática y Presupuestal de $ 7.316´743.298; de esta programación se ejecutó un valor de $ 4.822´358.025,69 que equivale a una ejecución del 65.91%; la ejecución del 65.91% se da debido a que se presentaron varias terminaciones anticipadas en los contratos y ausencia del talento humano requerido lo cual imposibilito el cumplimiento total de las metas programadas y por ende afectando la ejecución de los recursos programados a ejecutar.
Como se puede observar en la tabla No. 47 la Subred cuenta con una subejecución del 34.09% equivalente a $ 2.494´385.272,31, que corresponde a los recursos no ejecutados en el trimestre anteriormente descrito, en cabeza de la coordinadora del convenio Mas Bienestar en su Hogar se busca ejecutar esta su ejecución mediante una estrategia de reprogramación u reformulación de los recursos con el fin de optimizar el 100% de los recursos asignados y programados durante este trimestre.

Planeación, programación y ejecución financiera de los recursos del convenio y la contrapartida

Tabla 47. Desembolsos realizados

Comentado [96]: Revisar los valores no concuerda ncon la ultima PPP enviada con las reprogramaciones solicitadas por la subred

Comentado [97R96]: Ajustado

Comentado [AN98R96]: La información coincide con lo reportado, sin embargo se debe reportar todos los valores enteros o todos con decimales

Comentado [99]: Ajustar a la información de la PPP entregada, hace falta la Descripción del nivel de coherencia y correspondencia entre las actividades técnicas desarrolladas, la gestión administrativa realizada y la ejecución financiera reportada, analisis de la subejecución y plan de acción para el siguiente periodo

Comentado [100R99]: Ajustado

Comentado [AN101]: Pendiente reporte de contrapartida

NUMERO DE DSEMBOLSO	VALOR DESEMBOLSADO	No. FACTURA	FECHA
PRIMER DESEMBOLSO	$ 4.880.026.041	6800644	03/10/2025
SEGUNDO DESEMBOLSO	$ 4.880.026.041	6825803	04/11/2025
TOTAL	**$ 9.760.052.082**		

Fuente: Matriz Plan Programático Presupuestal convenio No. 8373570.

En el trimestre comprendido entre el 1 de octubre y el 31 de diciembre de 2025 la subred registro dos ingresos por valor de $ 4.880´026.041 para un total de $ 9.760´052.082 correspondiente a los dos desembolsos pactados en la ejecución de convenio.

Tabla 48. Ejecución financiera

CONCEPTO	VALOR PROGRAMADO	VALOR EJECUTADO	% DE EJECUCIÓN	VALOR SUBEJECUTADO	% SUBEJECUCIÓN
TALENTO HUMANO	$ 4.829.050.577576,68	$ 3.519.584.482	72,88%	$ 1.309.466.094,68	27,12%
INSUMOS + INSUMOS ANCESTRALES	$ 439.004.597	$ 150.843.854	34,36%	$ 288.160.743	65,64%
ADMINISTRATIVOS	$ 2.048.688.123	$ 985.483.654	48,10%	$1.063.204.468	51,90%
TOTAL	**$ 7.316.743.298**	**$ 4.822.358.025,69**	**65,9%**	**$ 2.494.385.272**	**34,9%**

Fuente: Matriz Ejecución Financiera EMBH Convenio No. 8373570.

La ejecución del convenio alcanza un 65,9%, lo que representa una subejecución del 34,9%, equivalente a $2.494.385.272 millones. En términos generales, el nivel de ejecución

Comentado [102]: El valor del talento humano no coincide con la matriz financiera. La matriz financiera debe de tener el valor consolidado a diciembre.

puede considerarse aceptable, teniendo en cuenta la ausencia del T.H. y la alta deserción de los contratistas previamente vinculados, quienes abandonan la ejecución de las actividades debido a las rigurosas condiciones del terreno.

Administración del recurso humano y soporte operativo

La subred Sur Occidente contó durante el trimestre de octubre - diciembre con el 70% del talento humano contratado para la operación de los EMBH, se cuenta con 4 sedes asignadas y dotadas para la operación de las actividades programadas para los equipos más bienestar en tu hogar EMBH, con las cuales se garantiza una adecuada operación y se provee una adecuada calidad de vida a los diferentes colaboradores.

Comentado [103]: Hace falta reportar el analisis solicitado

Comentado [104R103]: Ajustado

Comentado [AN105R103]: Persiste

Comentado [106]: Hace falta reportar el analisis solicitado

Comentado [107R106]: Ajustado

Comentado [AN108R106]: Persiste

Tabla 49. Distribución del Talento Humano

Comentado [109]: No anexaron la tabla gestion de insumos y transporte

Comentado [110R109]: Se encuentra mas abajo en la tabla 51

Perfil	SUBRED SUR OCCIDENTE			
	No de personas requeridas	No de personas contratadas	Pendiente por contratar	% de contratación
Coordinador	1	1	0	100
Tecnico administrativo	2	2	0	100
Geografos	2	2	0	100
Dinamizador territorial de gestion del riesgo	2	2	0	100
Lider gestión operativa	14	14	0	100
Tecnico administrativo gestión operativa	14	13	0	93
Tecnicos sistemas	7	7	0	100
Profesional ingeneria sistemas	1	1	0	100
Profesional cohortes	1	1	0	100
Profesional marterno/inducción	1	1	0	100
Profesional canalizaciones/rutas	1	1	0	100

Profesional trabajo social aseguramiento	1	1	0	100
Profesional enlace eps	1	1	0	100
Ingeniero distrital	1	1	0	100
Profesionales induccion distrital	0	0	0	0
Profesional social avanzada	4	2	2	50
Gestor mas bienestar en línea	109	58	51	53
Gestor mas bienestar técnico	223	188	35	84
Gestor mas bienestar tecnico rural cercano	0	0	0	0
Profesional en medicina	8	8	0	100
Profesional en medicina rural	0	0	0	0
Profesional en enfermeria	38	28	10	74
Profesional en enfermeria rural	0	0	0	0
Profesional en psicologia	34	29	5	85
Profesional en psicologia rural	0	0	0	0
Profesional en nutricion	2	2	0	100
Profesional en terapias	7	7	0	100
Profesional en terapias rural	0	0	0	0
Agente de cambio	3	3	0	100
Profesional en ciencias ambientales	0	0	0	0
Tecnico ciencias ambientales	5	4	0	80
Profesional en odontologia	3	3	0	100
Profesional en odontologia rural	0	0	0	0

Profesional en psicología clinica	3	3	0	100
Auxiliares cuidadores	9	8	1	89
Profesional en trabajador social rbc/navegadores	3	3	0	100
Gestor mas bienestar tecnico pagadiario	3	2	1	67
Gestor social mas bienestar hc	3	3	0	100
Gestor mas bienestar tecnico hc	3	3	0	100
Gestor mas bienestar tecnico ppl comunidades de vida	10	9	1	90
Gestor mas bienestar tecnico pai	5	4	1	80
Gestores servicios complementarios (medicamentos, laboratorio)	2	2	0	100
Gestor mas bienestar bachiller vacunadores pai	5	1	4	20
Profesional servicios complementarios	1	0	1	0
Profesionales casa mas bienestar (artistas)	1	0	1	0
Profesional en enfermeria casa mas bienestar	0	0	0	0
Profesional en psicologia casa mas bienestar	0	0	0	0
Profesional en terapias casa mas bienestar	1	0	1	0
Gestor mas bienestar gestor-sumapaz	0	0	0	0

Profesional en enfermeria-sumapaz	0	0	0	0
Profesional en psicologia-sumapaz	0	0	0	0
Profesional en terapias-sumapaz	0	0	0	0
Profesional en ciencias ambientales-sumapaz	0	0	0	0
Profesional en odontologia-sumapaz	0	0	0	0
Auxiliares cuidadores - sumapaz	0	0	0	0
Profesional etnico afro	3	3	0	100
Gestor mas bienestar técnico etnico afro	3	3	0	100
Gestores mas bienestar ancestral etnico afro	9	9	0	100
Profesional etnico palenquero	2	2	0	100
Gestor mas bienestar técnico etnico palenquero	1	1	0	100
Gestores mas bienestar ancestral etnico palenquero	2	2	0	100
Profesional etnico indígena	0	0	0	0
Gestor mas bienestar técnico etnico indígena	0	0	0	0
Gestores mas bienestar ancestral etnico indígena	0	0	0	0
Profesional etnico indígena	1	1	0	100
Gestor mas bienestar técnico etnico indígena	1	1	0	100

Gestores mas bienestar ancestral etnico indígena	1	1	0	100
Profesional etnico gitano	2	2	0	100
Gestores mas bienestar ancestral etnico gitano	2	2	0	100
Total	561	387	174	70

Fuente: Drive requerimiento TH convenio Más Bienestar en tu Hogar

Durante el período comprendido entre octubre de 2025 y diciembre de 2025, se requirió un total de 561 colaboradores de talento humano. De este total, se logró la contratación de 387 colaboradores, lo que equivale al 68,9%. En consecuencia, quedó pendiente la vinculación de 174 colaboradores, correspondientes al 31%.

Tabla 50. Localización y distribución por sedes

NOMBRE DE LA SEDE	UBICACIÓN			CANTIDAD DE TALENTO HUMANO	CANTIDAD DE PUESTOS DE TRABAJO	CANTIDAD DE EQUIPOS DE COMPUTO
	LOCALIDAD	BARRIO	DIRECCION			
Uss de Asunción Bochica	Puente Aranda	Bochica	KR 33 1D 11	132	25	25
Uss Laureles	Bosa	Gran Colombiano	CL 73A SUR 80 N 39	118	12	25

Uss Puerta de Teja	Fontibón	Puerta de Teja	KR 96 25 G 18	66	4	15
Pablo VI	Bosa	Nueva granada	CL 70A SUR 77I 26	71	15	15

Fuente: Distribución de talento humano, EMBH

En la sede de la Uss Asunción Bochica, se cuenta con 2 oficinas dotadas con 11 puestos de trabajo y 11 sillas, se cuenta con 15 equipos de cómputo portátiles más 10 equipos de mesa, se cuenta con 11 puntos de red por cable, y se cuenta con conexión remota a internet mediante wifi, e cuenta con 2 auditorios, el primero ubicado en el primer piso el cual cuenta con capacidad para aproximadamente 30 a 35 personas, y el segundo ubicado en el segundo piso con capacidad para aproximadamente 60 a 70 personas. Se cuenta con un baño y una cafetería, en la cual se cuenta con capacidad para aproximadamente 20 a 25 personas, se cuenta con 5 mesas y 25 sillas, se cuenta con 2 hornos microondas, 1 nevera y una cafetera industrial, además de vasos, platos, pocillos, cucharas, gabinetes etc, se cuenta con una bodega para almacenar los equipos biomédicos y se cuenta con 2 folderamas para almacenar insumos, así como con una vitrina para el almacenamiento de pruebas rápidas, preservativos y pruebas de apetito, se cuenta con una impresora multifuncional ubicada en el auditorio principal y una impresora multifuncional en la oficina de la coordinación, se cuenta con una camilla de emergencia ubicada en la escalera, se cuenta con 2 extintores el primero ubicado en el área del primer piso y el segundo e en el auditorio del segundo piso, se cuenta con 1 botiquín, por último se cuenta con un cuarto para la disposición de residuos, el cual es operado por las personas de servicios generales.

En la sede de la Uss Laureles, se cuenta con 4 oficinas dotadas con 12 puestos de trabajo y 12 sillas, se cuenta con 12 equipos de cómputo portátiles, se cuenta con 3 puntos de red por cable, y se cuenta con conexión remota a internet mediante wifi, Se cuenta con 1 auditorio, ubicado en el segundo piso el cual cuenta con capacidad para aproximadamente 60 personas, cuenta con una cafetería, en la cual se cuenta con capacidad para aproximadamente 4 personas, se cuenta con 1 mesas y 4 sillas, se cuenta con 1 hornos microondas, y 1 greca para café, además de vasos, platos, pocillos, cucharas, gabinetes etc, 4 baños, una bodega para almacenar los equipos biomédicos, una impresora multifuncional, se cuenta con una camilla de emergencia ubicada en la escalera, se cuenta con 2 extintores el primero ubicado en el área del primer piso y el segundo e en el auditorio del segundo piso, se cuenta con 1 botiquín, por último cuenta con un cuarto para la disposición de residuos, el cual es operado por las personas de servicios generales.

En la sede de Pablo VI, se cuenta con 2 oficinas dotadas con 15 puestos de trabajo y 15 sillas, se cuenta con 15 equipos de cómputo portátiles más 3 equipos de mesa, se cuenta con 10 puntos de red por cable, y se cuenta con conexión remota a internet mediante wifi,

cuenta con una cafetería, en la cual se cuenta con capacidad para aproximadamente 8 personas, se cuenta con 2 mesas y 8 sillas, se cuenta con 2 hornos microondas, 1 nevera y una cafetera industrial, además de vasos, platos, pocillos, cucharas, gabinetes etc, 4 baños, una bodega para almacenar los equipos biomédicos, una impresora multifuncional, cuenta con una camilla de emergencia ubicada en la escalera, se cuenta con 1 extintores el primero ubicado en el área del primer piso y el segundo e en el auditorio del segundo piso, se cuenta con1 botiquín, por último cuenta con un cuarto para la disposición de residuos, el cual es operado por las personas de servicios generales.

En la sede puerta de teja, se cuenta con 1 oficinas dotadas con 6 puestos de trabajo y 6 sillas, se cuenta con 6 equipos de cómputo portátiles más 7 equipos de mesa, se cuenta con 6 puntos de red por cable, y se cuenta con conexión remota a internet mediante wifi, cuenta con una cafetería, en la cual se cuenta con capacidad para aproximadamente 6 a 8 personas, se cuenta con 1 mesa y 6 sillas, se cuenta con 1 horno microondas y una cafetera industrial, además de vasos, platos, pocillos, cucharas, gabinetes etc, 4 baños, una bodega para almacenar los equipos biomédicos, cuenta con una camilla de emergencia, se cuenta con 1 extintor, se cuenta con 1 botiquín, por último cuenta con un cuarto para la disposición de residuos, el cual es operado por las personas de servicios generales.

Tabla 51. Gestión de insumos y vehículos

N°	CATEGORIA	VALOR TOTAL	SOPORTE DE VERIFICACIÓN
1	C1_INSUMOS_PEDAGOGICOS_PIEZAS_COMUNICATIVAS C2_PAPELERIA_UTILES_ESCRITORIO C3_ANCESTRALES_INSUMOS_JARDINERIA C4_ELEMENTOS_ELECTRONICO_ACCESORIOS_I NTANGIBLES C5_INSUMOS_HOSPITALARIOS_EQUIPOS_MEDIC OS C7_DOTACION_TRABAJADORES C8_ELEMENTOS_ASEO_DESINFECCION C9_MAQUINARIAS_HERRAMIENTAS_MUEBLES_ENSERES C10_VEHICULOS	$ 1.113´317.509	Certificación de las áreas de la subred que realizan la proveeduría al convenio de MBH

Fuente: Matriz Plan Programático Presupuestal convenio No. 8373570.

Realice la descripción del proceso de adquisición de insumos, los avances que lleva al periodo de reporte.

6.1.3 Resultados operativos del proceso de supervisión

El proceso de supervisión del convenio se ha desarrollado de manera sistemática, continua y articulada, permitiendo un control efectivo tanto en el componente técnico como en el financiero y administrativo. El reporte mensual de los informes de gestión, con seguimiento a la ejecución programática y financiera, ha sido un elemento clave para, garantizar la trazabilidad de las actividades ejecutadas, identificar de manera oportuna alertas frente a retrasos, ajustes presupuestales o necesidades operativas, favorecer la toma de decisiones informadas para asegurar el cumplimiento de las metas establecidas en el convenio.

Asimismo, la participación en los procesos de contratación liderados por la SDS y el diligenciamiento oportuno de matrices y proyectos de inversión han permitido mantener la coherencia entre los requerimientos técnicos del convenio y los procesos administrativos necesarios para su ejecución.

El direccionamiento técnico permanente con líderes operativos, dinamizadoras y componentes estratégicos (geográfico, sistemas de información, cohortes, acceso y activación y prescripción social) ha permitido, revisar de forma periódica las generalidades de la operación, identificar oportunidades de mejora en los flujos de atención, registro de información y articulación entre equipos, ajustar estrategias para mejorar la calidad y oportunidad de las atenciones en territorio.

La programación y desarrollo de reuniones de equipo del programa Más Bienestar en tu Hogar ha fortalecido la coordinación interna, el trabajo colaborativo y la alineación de los equipos frente a los

La participación en espacios de veeduría y la gestión de PQR, solicitudes de información y derechos de petición han contribuido a fortalecer la transparencia, la rendición de cuentas y la respuesta oportuna a la ciudadanía y a los entes de control.

Una de las principales acciones de mejora ha sido la articulación con el área de facturación y la dirección de ambulatorios, lo cual ha generado resultados positivos en, la garantía de las atenciones individuales realizadas por los binomios de Más Bienestar en tu Hogar, el adecuado agendamiento de citas y procedimientos, el fortalecimiento del proceso de facturación, asegurando el cargue oportuno de historias clínicas en Dinámica Gerencial.

La asistencia y participación en mesas de la Subred (contratación de talento humano, seguimiento a facturación y articulación en la atención de binomios madre–hijo) ha permitido mejorar la coordinación interáreas, reducir cuellos de botella administrativos y optimizar los tiempos de respuesta.

La participación en reuniones técnicas, mesas zonales y escenarios de participación social ha sido fundamental para el acompañamiento de la operación del convenio. Estos espacios han permitido verificar el avance de las actividades definidas en las fichas técnicas, concertar ajustes operativos según las dinámicas territoriales, fortalecer la toma de decisiones conjuntas entre la SDS, la Subred y otros actores clave.

Las reuniones de seguimiento con el equipo de gestión han facilitado el monitoreo permanente del cumplimiento de los compromisos, contribuyendo a una ejecución más eficiente y alineada con los objetivos del convenio.

6.2 GRUPO DE GESTIÓN DE LOS EQUIPOS MAS BIENESTAR EN TU HOGAR

6.2.1 Gestión de la información para la planeación, toma de decisiones y análisis de resultados

a) Estructura del reporte de gestión desde el análisis territorial

ANÁLISIS DE LOS DATOS

1. Caracterización realizada por gestor bienestar

Localidad / Mes	Octubre	Noviembre	Diciembre	Total
7- Bosa	3258	3955	4236	11449
8- Kennedy	2801	3993	4609	11403
9- Fontibón	306	404	627	1337
16- Puente Aranda	248	316	409	973
Total	6613	8668	9881	25162

Durante los meses de octubre, noviembre y diciembre del año 2025 se registró un total de 25162 casos caracterizados por el gestor bienestar, con una tendencia creciente en el volumen mensual de registros, teniendo como fuente de la información el aplicativo GTAPS.

Comentado [111]: Registrar nombre y fuente acada tabla y grafica

Comentado [112R111]: ajustado

Se observa un incremento progresivo en la caracterización mensual, concentrándose el mayor volumen en el mes de diciembre de 2025.

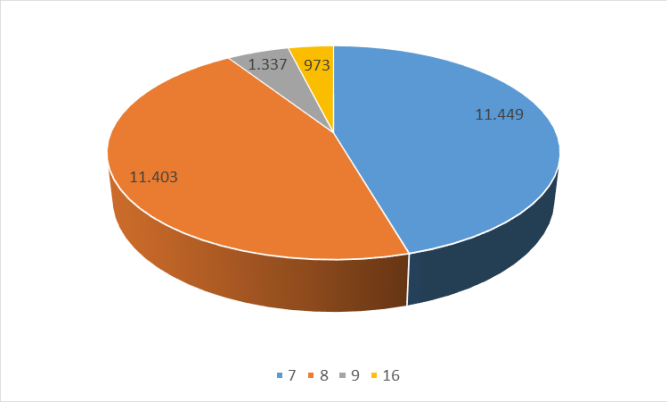
Comentado [113]: Es importante discriminar por motivo de caracterización, con el fin de identificar el avance en el abordaje territorial.

Comentado [114R113]: Ajustado

Distribución por localidad

Localidad	Total casos	(%)
7- Bosa	11449	45,50%
8- Kennedy	11403	45,30%
9- Fontibón	1337	5,30%
16- Puente Aranda	973	3,90%
Total	25162	100%

Las localidades de Bosa y Kennedy concentran aproximadamente el 91 % del total de casos caracterizados durante el periodo analizado (octubre - diciembre del año 2025).



Caracterización por localidad. (Fuente. Aplicativo GTAPS)

La gráfica de círculo en 3D permite visualizar la contribución de cada mes al total de casos caracterizados por localidad. Esta representación facilita la identificación del peso relativo

de cada localidad dentro del acumulado territorial, así como la comparación del comportamiento entre localidades.

Variación por localidad entre meses

- Todas las localidades presentan incremento sostenido entre los meses de octubre y diciembre de 2025.
- El mayor volumen absoluto se mantiene en las localidades 7 y 8 a lo largo de todo el periodo.
- Las localidades 9 y 16 presentan menores volúmenes, aunque con crecimiento gradual mes a mes.

2. Planes de cuidado familiar implementados por los profesionales

Perfil / Mes	Octubre	Noviembre	Diciembre	Total
Psicología	180	499	662	1341
Psiclinicos	49	38	57	144
Nutrición	10	16	17	43
Enfermería	156	251	394	801
Odontología	39	88	77	204
Ambiental	98	109	93	300
Terapeuta	86	178	190	454
Medicina	147	103	127	377
Total	765	1282	1617	3664

Perfil / Localidad	7- Bosa	8- Kennedy	9- Fontibón	16- Puente Aranda	Total

Psicología	573	606	63	99	1341
Psiclinicos	65	53	13	13	144
Nutrición	14	26	3	0	43
Enfermería	309	400	57	35	801
Odontología	90	83	26	5	204
Ambiental	147	70	2	81	300
Terapeuta	185	214	23	32	454
Medicina	95	98	38	146	377
Total	1478	1550	225	411	3664

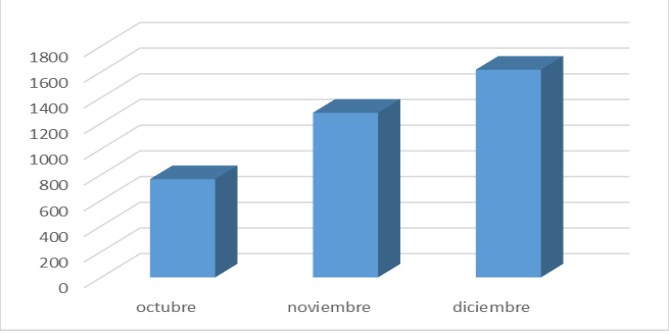
(Fuente. Aplicativo GTAPS)

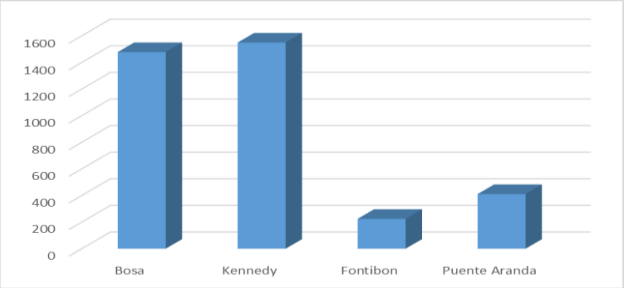
Comentado [115]: Es importante validar si las acciones implementadas en los territorios cumplen con la periodicidad establecida en los lineamientos, con el fin de identificar y priorizar los cierres correspondientes, especialmente en aquellos planes de bienestar que registran más de seis (6) sesiones.

Comentado [116R115]: Ajustado

Durante los meses de octubre, noviembre y diciembre del año 2025 se implementaron 3664 planes de cuidado familiar por parte de los diferentes perfiles profesionales vinculados a la operación.

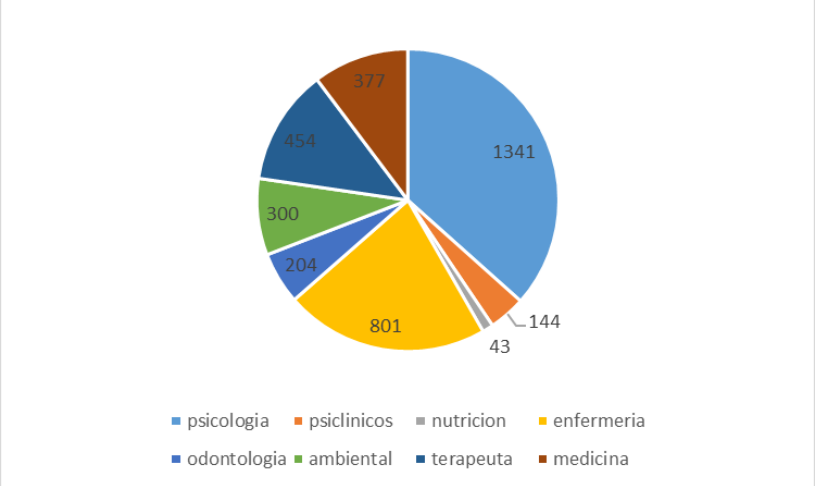
En las siguiente gráficas evidenciamos la variación de los planes implementados durante los meses evaluados y por localidad.





Distribución por perfil profesional

La implementación de planes de cuidado familiar se distribuye entre ocho perfiles profesionales. El mayor volumen acumulado corresponde al perfil de psicología, con 1341 planes, seguido por enfermería con 801 planes. Otros perfiles como terapeuta (454 planes) y medicina (377 planes) presentan una participación intermedia, mientras que ambiental, odontología, psi clínicos y nutrición registran menores volúmenes acumulados.



La información presentada permite describir el comportamiento temporal y la distribución de los planes implementados por perfil profesional, aportando insumos para el seguimiento

de la operación y el análisis de la participación de los diferentes perfiles durante el periodo reportado.

Consideraciones territoriales

El análisis territorial permite describir:

- La distribución espacial de la caracterización por el gestor de bienestar.
- Las variaciones mensuales en el volumen de información gestionada por localidad.
- La relación entre la caracterización territorial y la implementación de planes por perfil profesional.

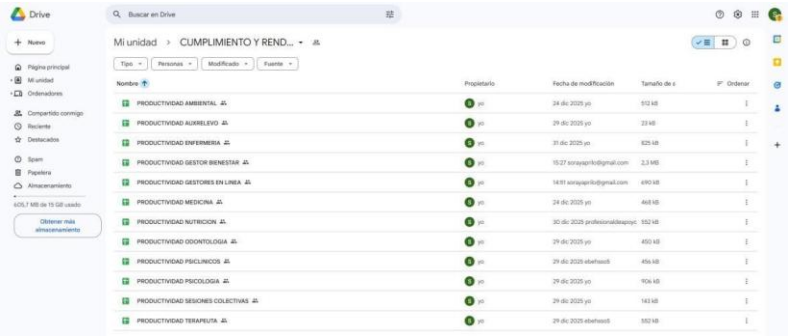
La información se presenta con un enfoque descriptivo, como insumo para el seguimiento de la operación y la comprensión de los comportamientos territoriales durante el periodo reportado.

HERRAMIENTAS IMPLEMENTADAS POR SISTEMAS DE INFORMACIÓN

1. Tablero de productividad por perfil

Comentado [117]: ok

Comentado [118R117]: resuelto



La imagen muestra un repositorio organizado en Google Drive correspondiente a la carpeta “CUMPLIMIENTO Y RENDIMIENTO (PRODUCTIVIDAD)”, que contiene múltiples archivos tipo hoja de cálculo, cada uno asociado a un perfil o rol específico, entre ellos:

- Productividad Ambiental

- Productividad Auxrelevo
- Productividad Enfermería
- Productividad Gestor de Bienestar
- Productividad Gestores en Línea
- Productividad Medicina
- Productividad Nutrición
- Productividad Odontología
- Productividad Psicología
- Productividad Psi clínicos
- Productividad Sesiones Colectivas
- Productividad Terapeuta

Los tableros de control evidencian un proceso estructurado de segmentación, estandarización y actualización periódica de la información, orientado al seguimiento de la productividad y el desempeño por perfil. Estos tableros facilitan el análisis oportuno, la trazabilidad de la información y respaldan la toma de decisiones por parte de las líderes.

En los tableros de productividad se puede evidenciar diariamente las actividades realizadas por cada uno de los colaboradores según el perfil, además cuenta con validadores los cuales generan alertas como, por ejemplo: actividades realizadas en el día que superan el límite según lo establecido de actividades por realizar a diario según el perfil, el total de actividades se valida contra el total de registros con calidad y congruencia.

En los tableros de productividad se registran diariamente las actividades realizadas por cada colaborador, de acuerdo a lo registrado en el aplicativo GTAPS. Adicionalmente, cuentan con validadores que generan alertas, por ejemplo, cuando las actividades realizadas en el día superan los límites establecidos según el perfil. Asimismo, el total de actividades se valida contra el total de registros con calidad y congruencia, garantizando la coherencia de la información.

2. Tablero de la gestión a la base de ruteo

Este tablero se implementó con el objetivo de monitorear y validar en tiempo real la gestión de los casos asignados al proceso de ruteo, permitiendo una visión integral del avance operativo. A través de este instrumento es posible evidenciar la gestión total acumulada, el comportamiento mensual de la gestión y el desempeño por colaborador, lo que facilita el seguimiento continuo de resultados, la identificación de brechas en la ejecución y la toma de decisiones oportunas orientadas a mejorar la efectividad del contacto y la gestión de los casos.

Fuente	total
ASEGURAMIENTO	4064
GESTION DEL RIESGO-SUBRED	236935
SECRETARIA DE SEGURIDAD	439
OBSERVATORIO DE SALUD	44
CRUE	7
EPS CAPITAL SALUD	19
EPS SANITAS	16
SAT - SIVIGILA EVENTO 113	476
SISVAN	1053
SISVESO	76
SIVIGILA - EVENTO 115	2
SIRC	2410

SRPA	6
SIVIM	15
VSP	75
IPS VIRREY SOLIS	706
Total	246343

Prioridad	Total
MATERNO PERINATAL	4225
INFANCIA	2082
SALUD MENTAL	2507
CCVM	21349
POBLACIÃ“N DISTRITO CAPITAL	216142
CÃNCER	38
Total	246343

Perfil	Total
ENFERMERIA	49
AUXHOG	158376
GLINE	87527
PSICOLOGIA	391
Total	246343

ESTADO CONTACTO TELEFÓNICO	
CONTACTADO	12036
NO CONTACTADO 1	3551
NO CONTACTADO 2	1135
NO CONTACTADO 3	802
VISITA EN CAMPO	2427
INFORMACIÓN ERRADA	2548
Total Gestionados	22499

ESTADO DE GESTION	
CONTACTADO	
PROGRAMA ATENCIÓN	3103
NO REQUIERE VISITA GESTION EFECTIVA	2141
RECHAZADO	1234
FUERA DE LA CIUDAD	412
OTRA SUBRED	350
ACTUALIZAR DIRECCIÓN MISMA SUBRED	747
NO CUMPLE CRITERIO	440
CAMBIO DE PRIORIDAD	460
RECHAZADO - ACEPTA EDUCACIÓN	3088
FALLECIDO	61

Total_Contados	12036

SIN GESTION RUTEO		%
Base_SDS	246343	9,13%
Total Gestionados	22499	
Total Sin Gestion	223844	

PRIORIDAD	ÁREA	ASIGNADOS	CONTACTADOS	EFECTIVO	FALLIDOS	RECHAZADOS	NO EFECTIVO	NO CONTACTO	VISITA ENC	INFORMACIÓN	% CONTACTADO	% TRANSITORIO	% TOTAL
MATERNO PERINATAL	TOTAL	4225	2306	1437	346	387	136	58	970	785	54,58 %	42,91%	97,49 %
	AUX HOG	2424	1269	895	196	144	34	27	498	525	52,35 %	43,32%	95,67 %
	GLINE	1801	1037	542	150	243	102	31	472	260	57,58 %	42,37%	99,94 %
	ENFERMERIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
INFANCIA	TOTAL	2082	871	469	219	111	72	338	227	168	41,83 %	35,21%	77,04 %
	AUX HOG	279	121	8	92	15	6	68	4	86	43,37 %	56,63%	100,00 %
	GLINE	1803	750	461	127	96	66	270	223	82	41,60 %	31,89%	73,49 %

	ENFERMERIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
SALUD MENTAL	TOTAL	2507	851	322	300	202	27	430	150	150	33,94%	29,12%	63,06%
	AUX HOG	16	5	1	3	1	0	3	0	0	31,25%	18,75%	50,00%
	GLINE	2051	609	189	262	134	24	349	78	106	29,69%	25,99%	55,68%
	ENFERMERIA	49	48	26	6	15	1	1	0	0	97,96%	2,04%	100,00%
	PSICOLOGIA	391	189	106	29	52	2	77	72	44	48,34%	49,36%	97,70%
CCVM	TOTAL	21349	3805	2745	435	399	226	2680	481	741	17,82%	18,28%	36,10%
	AUX HOG	4040	1268	1057	142	41	28	432	86	205	31,39%	17,90%	49,28%
	GLINE	17309	2537	1688	293	358	198	2248	395	536	14,66%	18,37%	33,02%
	ENFERMERIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
POBLACIÓN D. C.	TOTAL	216142	4173	3797	207	133	36	1981	594	703	1,93%	1,52%	3,45%
	AUX HOG	151617	3786	3527	142	88	29	1466	527	588	2,50%	1,70%	4,20%
	GLINE	64525	387	270	65	45	7	515	67	115	0,60%	1,08%	1,68%
	ENFERM	0	0	0	0	0	0	0	0	0	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!

	ERIA												
CÁNCER	TOTAL	38	30	22	2	2	4	1	5	1	78,95 %	18,42%	97,37 %
	AUX HOG	0	0	0	0	0	0	0	0	0	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
	GLINE	38	30	22	2	2	4	1	5	1	78,95 %	18,42%	97,37 %
	ENFERMERIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
TOTAL GENERAL		**246343**	**12036**	**8792**	**1509**	**1234**	**501**	**5488**	**2427**	**2548**	**4,89%**	**4,25%**	**9,13%**

(Fuente. Aplicativo GTAPS - Plano Ruteo Gestionado)La cantidad de registros corregidos o depurados.(mesa)

Solicitudes en mesa de ajustes Octubre:

TOTAL OCTUBRE	
AJUSTE	CONTEO
SI	851
NO	222
TOTAL	1073



Fuente. Mesa de ajustes sur occidente.

Solicitudes en mesa de ajustes Noviembre:

TOTAL NOVIEMBRE	
AJUSTE	CONTEO
SI	793
NO	329
TOTAL	1122



Fuente. Mesa de ajustes sur occidente.

Solicitudes en mesa de ajustes Diciembre:

TOTAL DICIEMBRE	
AJUSTE	CONTEO
SI	493
NO	376
TOTAL	869



Fuente. Mesa de ajustes sur occidente.

Solicitudes en mesa de ajustes Trimestre:

TOTAL TRIMESTRE	
AJUSTE	CONTEO
SI	2137
NO	927
TOTAL	3064



Fuente. Mesa de ajustes sur occidente.

- El número de novedades de calidad recibidas y atendidas.(0.hallazgos)

Novedades de calidad recibidas y atendidas Octubre:

	TOTAL DE OCTUBRE		
OCTUBRE	REALIZADOS	SIN REALIZAR	TOTAL
	5913	0	5913



Fuente. Hallazgos del mes de octubre.

Novedades de calidad recibidas y atendidas Noviembre:

TOTAL NOVIEMBRE	
AJUSTE	**CONTEO**
SI	5526
NO	4514
TOTAL	**10040**



Fuente. Hallazgos del mes de noviembre.

Novedades de calidad recibidas y atendidas Diciembre:

DICIEMBRE	
AJUSTE	**CONTEO**
SI	7986
NO	5226
TOTAL	**13212**



Fuente. Hallazgos del mes de diciembre.

Consolidado de novedades recibidas y atendidas trimestre:

	REALIZADOS	SIN REALIZAR	TOTAL
OCTUBRE	5913	0	5913
NOVIEMBRE	5526	4514	10040
DICIEMBRE	5226	7986	13212

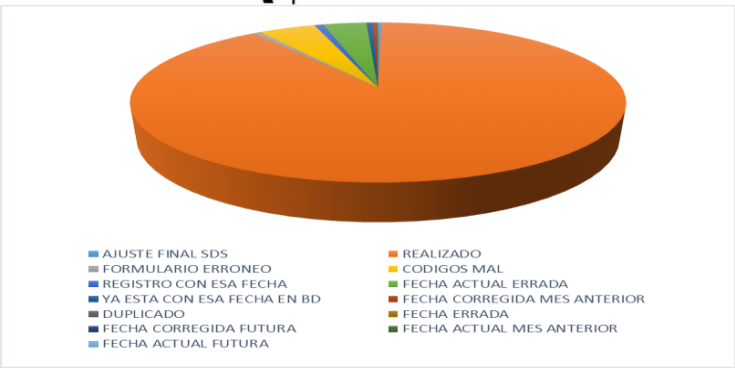


Fuente. Hallazgos del trimestre

Teniendo en cuenta que estos datos corresponden al total de solicitudes de ajustes de fechas realizadas a Secretaría, se evidencia que el mes 10 concentra el mayor número de requerimientos, con 3.927 solicitudes, lo que sugiere un alto volumen de correcciones y una mayor necesidad de intervención administrativa durante este periodo.

En el mes 11 se registran 3.500 solicitudes, manteniendo una demanda similar a la del mes anterior, lo que indica la continuidad de los procesos de ajuste y una carga operativa sostenida. Por su parte, el mes 12 presenta una disminución a 2.606 solicitudes, lo cual puede asociarse al cierre de actividades del periodo, la depuración previa de inconsistencias o la reducción en el ingreso de nuevos ajustes.

En general, el comportamiento refleja que la mayor gestión de ajustes de fechas se concentró en los meses 10 y 11, información relevante para fortalecer la planeación, anticipar picos de trabajo y optimizar los tiempos de respuesta de la Secretaría.



Fuente. Drive Ajustes de fecha.

La gráfica evidencia que la gran mayoría de las solicitudes de ajuste de fechas fueron gestionadas y marcadas como “Realizado”, lo que refleja un alto nivel de respuesta y efectividad por parte de la Secretaría en la atención de los requerimientos recibidos. Este resultado indica que la mayor parte de las inconsistencias reportadas lograron resolverse oportunamente dentro del proceso administrativo.

Los demás estados representan porcentajes significativamente menores y corresponden principalmente a errores en el diligenciamiento de la información, como formularios erróneos, códigos mal registrados, fechas actuales incorrectas o registros duplicados. Asimismo, se identifican casos relacionados con fechas ya existentes en la base de datos o fechas corregidas en meses anteriores o futuros, lo que sugiere que varias solicitudes se originan por validaciones previas no verificadas antes del envío.

En términos generales, el comportamiento mostrado en la gráfica permite concluir que, aunque existe un volumen considerable de solicitudes asociadas a errores de origen, el proceso de ajuste es efectivo. No obstante, los resultados evidencian la necesidad de fortalecer la revisión previa de la información y la capacitación en el registro de fechas, con el fin de reducir reprocesos y optimizar la gestión administrativa.

- La relación de ajustes técnicos o funcionales implementados. (mesa fechas)
- Los productos analíticos generados como soporte a la gestión. (mesa)

La información deberá presentarse de forma consolidada y coherente con el análisis territorial, permitiendo establecer correspondencia entre las novedades identificadas y las acciones técnicas realizadas.

Ejemplo de presentación en el informe:

Durante el periodo se analizaron 15.820 registros, de los cuales 612 requirieron ajustes o depuración. Se atendieron 34 de las 39 novedades de calidad escaladas desde territorio, y se realizaron 7 ajustes técnicos orientados a fortalecer la consistencia y trazabilidad de la información. Adicionalmente, se generaron 5 productos analíticos como insumo para la toma de decisiones.

c) Forma de presentación del análisis comparativo y de mejora continua

- Análisis - Hallazgos

El análisis comparativo entre los meses de octubre, noviembre y diciembre evidencia una disminución progresiva en la proporción de hallazgos gestionados frente al total identificado, así como una brecha creciente entre hallazgos atendidos y pendientes. Mientras que en octubre se alcanza una ejecución del 100 % de los hallazgos identificados (5.913 de 5.913), en noviembre el nivel de atención desciende a aproximadamente el 55 % (5.526 de 10.040), generándose un 45 % de hallazgos pendientes (4.514). Esta tendencia se acentúa en diciembre, donde solo se gestiona cerca del 40 % del total identificado (5.226 de 13.212), quedando sin realizar el 60 % restante (7.986).

Este comportamiento confirma que no se presenta una mejora sostenida en la gestión de los hallazgos, sino una acumulación progresiva de pendientes, particularmente en el último mes del periodo analizado. Lo anterior sugiere que el incremento en la identificación de hallazgos no fue acompañado por un fortalecimiento proporcional de los procesos de cierre, seguimiento y control, generando un desbalance entre la capacidad operativa y el volumen de información gestionada.

En este contexto, y una vez concluido el análisis de la situación, se hace necesario definir e implementar acciones técnicas y operativas desde la Gerencia de la Información, orientadas a mejorar la gestión, calidad y uso estratégico de los datos. Estas acciones deberán enfocarse en el fortalecimiento de los mecanismos de priorización de hallazgos, la optimización de los flujos de seguimiento y cierre, y la mejora en la articulación entre los procesos de identificación y atención, con el fin de restablecer la convergencia entre hallazgos identificados y gestionados, evitar la acumulación de pendientes y mejorar el desempeño global del proceso en períodos posteriores.

- Analisis - Mesa

Durante el periodo de octubre a diciembre, la Mesa de Ajustes de la Secretaría de Salud recibió un total de 3,064 solicitudes relacionadas con cambios o ajustes en el sistema. Estas solicitudes fueron analizadas conforme a los criterios técnicos y normativos establecidos.

Es importante precisar que las solicitudes clasificadas como “No ajustadas” corresponden a casos en los que no fue posible realizar el ajuste, debido a errores en la información

proporcionada, inconsistencias en los datos, solicitudes sin sustento técnico, o requerimientos que resultaban inviables o incompatibles con las reglas del sistema, y no a falta de atención o gestión por parte de la Mesa de Ajustes.

Del total de solicitudes recibidas en el trimestre:

2,137 solicitudes (70%) fueron ajustadas exitosamente

- 927 solicitudes (30%) no pudieron ajustarse por causas atribuibles a la imposibilidad técnica, errores en la solicitud o falta de viabilidad del cambio solicitado

Este resultado refleja que la mayoría de las solicitudes que cumplían con los criterios técnicos y de calidad de información fueron atendidas de manera satisfactoria.

El análisis por mes muestra una variación progresiva en los resultados:

- Octubre presenta el mejor desempeño del periodo, con un 79% de solicitudes ajustadas, lo que indica una alta proporción de solicitudes correctamente formuladas y técnicamente viables.

- Noviembre, aun siendo el mes con mayor volumen de solicitudes, mantiene un 71% de ajustes realizados, aunque se observa un incremento en solicitudes no ajustables, lo que sugiere un aumento en errores de captura o en solicitudes que no cumplían con los criterios requeridos.

- Diciembre registra el porcentaje más alto de solicitudes no ajustadas (43%), lo cual coincide con una disminución en la calidad de las solicitudes recibidas y con la presentación de requerimientos que no podían ser ejecutados dentro del sistema, ya sea por inconsistencias en los datos o por tratarse de solicitudes técnicamente inviables

- Análisis de solicitudes de ajuste de fechas en procesos

El análisis de las solicitudes de ajuste de fechas respecto a la fecha de caracterización evidencia un volumen significativo de inconsistencias concentradas principalmente en formularios de alta frecuencia operativa, lo que sugiere una relación directa entre la carga de registro y la probabilidad de error en el diligenciamiento. Formularios como Compromisos, Signos, Alertas, APGAR, FINDRISC, OMS y Plan de Cuidado Familiar concentran la mayor cantidad de ajustes, reflejando debilidades persistentes en la validación de fechas y en la selección adecuada del formulario durante el proceso de registro.

La recurrencia de estos ajustes a lo largo de los períodos 10, 11 y 12 confirma que no se trata de eventos aislados, sino de prácticas operativas que requieren una intervención estructural. Si bien se observan reducciones puntuales en algunos formularios, la falta de

homogeneidad en el comportamiento evidencia que las acciones correctivas implementadas hasta el momento han sido parciales y no estandarizadas.

Desde el punto de vista técnico, las principales causas de los ajustes se asocian al uso de formularios incorrectos, errores en el diligenciamiento de códigos, inconsistencias entre las fechas registradas y la caracterización, duplicidad de información y registros previamente existentes en la base de datos. Estas situaciones impactan negativamente la calidad del dato, generan reprocesos y aumentan la carga operativa de los equipos de validación.

En atención a lo anterior, desde los sistemas de información se implementará una estrategia orientada a la reducción del número de ajustes mediante el fortalecimiento del aplicativo y el control operativo del registro. Esta estrategia contempla la incorporación de validaciones automáticas de fechas, alertas de inconsistencias en tiempo real, restricciones para el uso de formularios no acordes al proceso y controles que impidan la duplicidad de registros. De manera complementaria, se realizará la citación presencial y focalizada de los usuarios que presenten mayor recurrencia de errores, con el fin de reforzar los criterios de diligenciamiento, estandarizar prácticas operativas y promover la apropiación de los lineamientos técnicos del sistema.

La implementación articulada de estas acciones permitirá reducir la reincidencia de ajustes, mejorar la calidad de la información registrada y fortalecer la confiabilidad de los indicadores y procesos de seguimiento.

ANÁLISIS DE INFORMACIÓN GENERAL.

Durante el periodo octubre–diciembre de 2025, el gestor bienestar realizó **25.162 caracterizaciones**, evidenciando un **crecimiento sostenido mensual**, con un aumento progresivo desde octubre (6.613) hasta diciembre (9.881). Esta tendencia sugiere una mejora en la capacidad operativa y un mayor alcance de las estrategias de intervención hacia el cierre del año.

La **concentración territorial** fue alta en las localidades de **Bosa y Kennedy**, que en conjunto representaron cerca del **91 %** de las caracterizaciones y de los planes de cuidado familiar implementados. Fontibón y Puente Aranda mostraron una participación menor, aunque con incrementos graduales a lo largo del trimestre, lo que indica una expansión progresiva de la intervención en estos territorios.

En cuanto a la intervención, se implementaron **3.664 planes de cuidado familiar**, también con un crecimiento mensual consistente, alineado con el aumento en las caracterizaciones. Esto refleja una mayor conversión de casos identificados en acciones de atención efectiva.

La **distribución por perfil profesional** evidencia que **psicología y enfermería** lideran la implementación de los planes, consolidándose como perfiles estratégicos en el modelo de atención. Otros perfiles como terapeuta y medicina tuvieron una participación intermedia,

mientras que nutrición, odontología, ambiental y psi clínicos registraron menores volúmenes, posiblemente asociados a criterios específicos de intervención.

En conclusión, el trimestre analizado muestra un desempeño operativo positivo, con crecimiento sostenido, fuerte focalización territorial y una clara identificación de los perfiles profesionales clave. Estos resultados constituyen una base sólida para la planeación de recursos, el seguimiento operativo y la identificación de oportunidades de fortalecimiento en localidades y perfiles con menor nivel de intervención.

(Construido de manera articulada a partir de la información consolidada por el ingeniero local y el equipo técnico en sistemas)

El informe deberá incluir análisis comparativos entre periodos, construidos a partir de los datos consolidados, que permitan evidenciar la evolución de la gestión de la información en el tiempo. Para este fin, se recomienda el uso de gráficas de puntos o de barras que faciliten la identificación de tendencias y variaciones relevantes.

El análisis deberá limitarse a la descripción técnica del comportamiento de los datos, resaltando mejoras progresivas o cambios significativos, sin incorporar metas, indicadores de desempeño o valoraciones subjetivas.

Ejemplo de presentación en el informe:

El análisis comparativo entre periodos muestra una reducción progresiva en el número de novedades de calidad identificadas, así como una mayor convergencia entre novedades escaladas y atendidas, lo cual evidencia una mejora sostenida en la calidad de la información utilizada para la gestión.

6.2.2 Seguimiento y gestión de las derivaciones y activaciones de rutas sectoriales e intersectoriales

Tabla 52. Derivaciones y activaciones de rutas Equipos MAS Bienestar en Tu Hogar Hogar

Tipo de RIAS	Número de canalizacion es o activaciones	Número de canalizacion es o activaciones efectivas	Número de canalizacion es o activaciones con otros estados	% efectividad

1 Ruta de promoción y Mantenimiento de la salud	2261	1804	402	79.7
2 RIAS para población con riesgo o presencia de alteraciones cardio — cerebro — vascular — metabólicas manifiestas	342	324	26	94.7
3 RIAS para población con riesgo o presencia de enfermedades respiratorias crónicas.	26	25	1	96.1
4 RIAS para población con riesgo o presencia de alteraciones nutricionales.	17	15	2	88.2
5 RIAS para población con riesgo o presencia de trastornos mentales y del comportamiento manifiestos debido a uso de sustancias psicoactivas y adicciones.	3	3	0	100
6 RIAS para población con riesgo o presencia de trastornos psicosociales y del comportamiento.	226	89	137	39.3
7 RIAS para población con riesgo o presencia de alteraciones en la salud bucal.	61	48	12	78.6
8 RIAS para población con riesgo o presencia de cáncer.	1	1	0	100
9 RIAS para población materno — perinatal.	51	50	1	98
10 RIAS para población con riesgo o presencia de enfermedades infecciosas.	0	0	0	0
13 RIAS para población con riesgo o sujeto de agresiones, accidentes y traumas.	2	2	0	100

14 RIAS para población con riesgo o presencia de enfermedades y accidentes relacionados con el medio ambiente.	1	1	1	100
15 RIAS para población con riesgo o presencia de enfermedades huérfanas.	0	0	0	0
16 RIAS para población con riesgo o presencia de trastornos visuales y auditivos.	769	621	148	80.7
17 RIAS para población con riesgo o presencia de trastornos degenerativos, neuropatías y auto-inmunes.	0	0	0	0

Tabla 53. Derivaciones y activaciones de rutas gestionadas desde los Equipos MAS Bienestar en Tu Hogar

Fuente que Genera la Canalización	Número de canalizacion es o activaciones recibidas	Número de canalizacion es o activaciones con gestión efectiva	Número de canalizacion es o activaciones pendientes por gestión	% efectividad
Entorno Laboral	0	0	0	0
Entorno Educativo	11	2	9	18.18
Entorno Comunitario	22	6	16	27.27
Transversalidad Vigilancia en Salud Pública	2090	1208	782	62.5
Transversalidad GPAISP	0	0	0	0
Análisis y políticas para la Salud y la Vida	4	1	3	25
Línea 106	0	0	0	0
Entorno Institucional	0	0	0	0
Red Distrital de Banco de Sangre	0	0	0	0

DASCD	0	0	0	0
Universidades	0	0	0	0
Contrato Jurídico Indígena	0	0	0	0
Total	2127	0	16	0

Dentro de las acciones desarrolladas por el Equipo Más Bienestar en tu hogar, se realiza la recepción de los casos allegados por el SIRC, donde se evidencia la descripción del caso y se puede dar clasificación para su atención correspondiente acorde a la necesidad presentada, siendo en su mayoría prioridad para acciones ejecutadas por psicólogos y psicólogos clínicos, no obstante podemos encontrar casos relacionados con controles en gestantes o necesidades de cuidadores dentro de la estrategia de RBC.

Para los cuadros evidenciados anteriormente se refleja las activaciones de ruta efectuadas por los colaboradores en su mayoría gestores más bienestar o en línea, que son ellos los primeros en tener contacto con las usuarias en territorio, sin embargo, los profesionales también logran identificar riesgos en salud y realizar la gestión correspondiente en la activación de ruta.

Dentro de las rutas con mayor activaciones durante lo corrido en la vigencia se encuentra promoción y mantenimiento de la salud con una activación de 2261 activaciones, con respuesta 1804 para una efectividad del 79.7% de las mismas, este número representativo está ligado a las finalidades que tiene la ruta, su especificidad y utilidad al momento de la identificación del riesgo, seguido de la ruta 16 para población con riesgo o presencia de trastornos visuales y auditivos con 769 activaciones, en respuesta 621 y una efectividad de 80.7%, en el territorio esta activación de ruta está ligada principalmente a usuarios en etapa del ciclo vital adulta o adulta mayor; en un tercer lugar la ruta 2 para población con riesgo o alteraciones cardio-vascular-metabólicas con 342 activaciones de ruta, efectivas 324 siendo esta la del porcentaje más alto en efectividad del 94.7%, esto puede estar relacionado a que los motivos que allí se encuentran obedecen a enfermedades crónicas.

Para los datos anteriormente descritos son tomados de los archivos planos mensuales enviados por la líder de canalizaciones o activación de rutas y prescripción social del PIC, siendo ella la encargada de direccionar acciones puntuales para los enlaces de activación de ruta y prescripción social en este caso de Equipos Más Bienestar en tu Hogar, en el archivo se encuentra los generado y lo gestionado allí también se hace una descripción por ruta, su respuesta y estado, al igual que sucede con la gestión de los casos que se recepcionan y debe darse respuesta oportuna frente a cada uno de ellos.

Esto permite conocer a profundidad no solo un indicador de lo generado y gestionado sino el objetivo principal que está ligado a disminuir las barreras en el acceso a los servicios y disminuir las brechas sociales que pueda tener el usuario al realizar la activación entre entornos, adicional a conocer la realidad de los territorios y sus necesidades para dar la respuesta en tiempos próximos.

Si bien los casos a los cuales se debe dar respuesta en tiempos determinados, se presenta algunas dificultades con relación al volumen que se tiene sobre todo en lo relacionado con temas de salud mental que ha tenido incremento considerable durante el último periodo del año, lo que genera un represamiento en la oportunidad para atención de los casos abordar. Una de las acciones que podría mejorar dicha situación es incrementar el número de profesionales para el abordaje puntual de los casos que llegan por SIRC, ya que esta no es la única fuente por donde llegan casos y se busca dar respuesta a todas.

6.2.3 Ruta de aseguramiento

La ruta de aseguramiento en salud del programa Equipos Más Bienestar en tu Hogar se ha posicionado como un componente clave para la identificación y gestión de situaciones que afectan el acceso efectivo de la población priorizada al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Durante los meses de noviembre y diciembre de 2025, la gestión desarrollada se orientó a la recepción verificación y análisis de casos y afiliaciones efectuadas remitidos por los equipos territoriales, así como a la ejecución de procesos de afiliación y reactivación del aseguramiento a través de la plataforma SAT, priorizando aquellos usuarios que se encontraban sin cobertura activa o con novedades administrativas que limitaban la continuidad en la atención.

De manera complementaria, se realizó seguimiento posterior a las afiliaciones efectuadas, mediante la validación en las bases de datos oficiales, con el propósito de identificar la activación efectiva del aseguramiento y facilitar la articulación con los procesos de continuidad del cuidado, particularmente el agendamiento de la primera consulta médica.

Asimismo, en los casos en los que se evidenciaron barreras asociadas a condiciones socioeconómicas o a la ausencia de clasificación en el SISBEN, se adelantaron acciones de orientación y direccionamiento intersectorial como parte de los procesos de prescripción social, entendidos como apoyos técnicos para mitigar obstáculos estructurales en el acceso al sistema de salud.

La siguiente tabla presenta la consolidación cuantitativa de la gestión realizada, organizada por dimensiones de análisis que permiten evidenciar el comportamiento del aseguramiento, los avances alcanzados y las situaciones que continúan en seguimiento durante el periodo evaluado.

Tabla 54. Consolidado de la gestión de aseguramiento en salud

Dimensión de análisis	Variable clave	Periodo	Acumulado
Acceso y cobertura	Número de personas identificadas		49

	11 38	Noviembre Diciembre	
	Número de personas con aseguramiento efectivo 6 21	Noviembre Diciembre	27
	Número de personas sin aseguramiento 5 17	Noviembre Diciembre	22
Resolución del aseguramiento	Número de afiliaciones nuevas realizadas		0
	Número de reactivaciones de afiliación realizadas 6 21	Noviembre Diciembre	27
Articulación para el cuidado integral	Número de personas vinculadas a RIAS		0
	Número de activaciones de rutas y prescripción social 5 15	Noviembre Diciembre	20
Oportunidad y seguimiento	Número de trámites pendientes 5 20	Noviembre Diciembre	25
	Tiempo promedio de respuesta (días)	3 a 20	

Fuente: Ruta de Aseguramiento - EMBH

Durante el periodo octubre - diciembre de 2025, la ruta de aseguramiento de Equipos Más Bienestar en tu Hogar desarrolló un proceso sistemático de identificación, verificación y gestión del estado de aseguramiento de la población priorizada en territorio, con énfasis en la eliminación de barreras de acceso al Sistema General de Seguridad Social en Salud y en

la garantía de la continuidad del cuidado.

Entre noviembre y diciembre se acompañaron 49 personas remitidas por los equipos territoriales, de los cuales 27 lograron contar con aseguramiento efectivo mediante procesos de afiliación o reactivación gestionados a través de la plataforma SAT. Este resultado evidencia avances significativos en la resolución de situaciones de no aseguramiento y afiliación suspendida, especialmente en población en condición de vulnerabilidad social.

En relación con la gestión de aseguramiento adelantada durante el periodo analizado, se consolidaron 27 afiliaciones efectivas, de las cuales 25 fueron procesadas directamente a través del Sistema de Afiliación Transaccional (SAT), contando cada una con su respectivo número de radicado generado por la plataforma, lo que garantiza trazabilidad y soporte del proceso. Adicionalmente, 2 afiliaciones correspondieron a afiliaciones automáticas por oficio, realizadas directamente por el SAT, las cuales quedaron efectivas en la EPS correspondiente sin requerir gestión manual adicional.

Este proceso se desarrolló bajo un esquema organizado de control y seguimiento, lo que permite asegurar la trazabilidad de cada caso desde su recepción hasta la resolución del estado de aseguramiento y su articulación con la continuidad del cuidado. Este esquema de trabajo garantiza que las acciones adelantadas mantengan coherencia con el objetivo central de la ruta de aseguramiento, orientado a la garantía efectiva del derecho a la salud, la reducción de barreras de acceso y el fortalecimiento de la respuesta institucional para la población priorizada

De manera paralela, se identificaron 22 casos que permanecen sin aseguramiento, principalmente asociados a barreras socioeconómicas derivadas de la clasificación SISBEN que exige aportes al sistema y a barreras administrativas relacionadas con la actualización de información en las bases de datos instituciones, como lo es comprobador de derechos y ADRES. Frente a estos casos, se garantizó acompañamiento continuo, orientación clara a los usuarios y seguimiento a las acciones requeridas para avanzar en la resolución de cada situación.

Como parte de la articulación para el cuidado integral, se gestionaron solicitudes de encuesta de SISBEN como parte de prescripción social ante la entidad competente, como mecanismo intersectorial para mitigar barreras estructurales de acceso y favorecer la futura vinculación y continuidad efectiva al sistema de salud.

La gestión incluyó el seguimiento permanente a los trámites de aseguramiento, considerando tiempos de respuesta variables entre 3 y 20 días para la activación en ADRES y el comprobador de derechos, así como el acompañamiento a los procesos de remisión para el agendamiento de citas médicas, cuya oportunidad depende de la disponibilidad de agendas.

En conjunto, los resultados alcanzados evidencian el aporte estratégico de la ruta de aseguramiento a la garantía del derecho a la salud, al fortalecimiento del acceso efectivo a los servicios y a la continuidad del cuidado, consolidando un ejercicio articulado entre equipos territoriales, EPS y actores institucionales que contribuye a la sostenibilidad y pertinencia del modelo Equipos Más Bienestar en tu Hogar.

La gestión desarrollada desde la ruta de aseguramiento evidencia el valor de integrar el análisis de las condiciones sociales de la población con los procesos técnicos del Sistema General de Seguridad Social en Salud. La identificación oportuna de barreras socioeconómicas y administrativas, el acompañamiento permanente a los usuarios y sus familias, y el seguimiento sistemático a los trámites de afiliación y reactivación han permitido avanzar en la garantía efectiva del derecho a la salud de la población priorizada.

Este ejercicio fortalece la gestión integral del riesgo en salud, al trascender la verificación administrativa del aseguramiento y promover la continuidad del cuidado mediante la articulación con EPS, equipos territoriales y procesos intersectoriales como la prescripción social y la activación de rutas integrales de atención.

En este sentido, la ruta de aseguramiento se consolida como un eje estratégico del modelo Equipos Más Bienestar en tu Hogar, al contribuir a la reducción de barreras de acceso, al acceso efectivo a los servicios de salud y a la sostenibilidad del modelo, desde un enfoque de derechos, equidad y justicia social.

El alcance de la gestión, identificando de manera general la población acompañada, los casos gestionados de no aseguramiento o afiliación suspendida, y la articulación realizada con los equipos operativos, EPS y actores institucionales y comunitarios.
La gestión desarrollada, describiendo de forma global las acciones realizadas para la verificación del estado de aseguramiento, la gestión de afiliaciones y el acompañamiento a los usuarios y sus familias, sin detallar procedimientos operativos específicos.
La articulación con rutas y prescripción social, señalando de manera general cómo se apoyó la vinculación de las personas y familias a las Rutas Integrales de Atención en Salud y a los procesos de activación de rutas y prescripción social, especialmente en poblaciones en condición de mayor vulnerabilidad o formas extremas de exclusión.
Los principales avances, entendidos como las mejoras logradas en la oportunidad del aseguramiento, la reducción de barreras de acceso, la articulación interinstitucional y la continuidad del cuidado de los usuarios priorizados.
Los resultados relevantes, evidenciando los efectos de la gestión en términos de personas afiliadas, casos resueltos, vinculación efectiva a rutas de atención y fortalecimiento de la respuesta integral social y sanitaria.
El seguimiento y control, describiendo de manera general el monitoreo realizado a los trámites de aseguramiento, los tiempos de respuesta, las barreras identificadas y las acciones de mejora implementadas.

Las conclusiones, destacando el valor estratégico del perfil de Ruta de Aseguramiento para la gestión integral del riesgo, la garantía del derecho a la salud y la sostenibilidad del Modelo MÁS Bienestar.

6.2.4 Líder de acceso y EPS

El rol del Enlace EAPB se consolidó durante el periodo como un activo estratégico indispensable y el eje articulador fundamental para garantizar el acceso efectivo, la oportunidad diagnóstica y la continuidad del cuidado de la población priorizada bajo el Modelo MÁS Bienestar. Su gestión permitió cerrar la brecha entre la identificación del riesgo en el hogar y la prestación efectiva de servicios.

El alcance de la gestión abarcó la supervisión y optimización de procesos críticos de acceso, agendamiento, admisión y articulación interinstitucional. La gestión se centró en la coordinación con actores estratégicos, incluyendo las principales EAPB (Sanitas, Salud Total, Famisanar, Compensar, entre otras) y las áreas administrativas de la Subred Suroccidente (Mercadeo, Dirección Ambulatoria y Equipos Territoriales), logrando una sinergia que facilitó el tránsito del usuario por el sistema de manera resolutiva.

Comentado [119]: AJUSTADO

Se priorizó la comunicación directa con el área de mercado específicamente con la Dra. Martha Ambrosio la cual permitió validar coberturas y contrataciones vigentes, reduciendo tiempos de respuesta en autorizaciones; Así mismo se priorizo el trabajo articulado y mancomunado con el área de la Dirección de Ambulatorios quien realiza el manejo institucional de las agendas intramurales, logrando establecer una mesa de trabajo mensual intra y extramural, que permita estar en sintonía para brindarle respuesta a los riesgos en salud que presentan los usuarios identificados en territorio.

Se brindó apoyo técnico a los equipos operativos en territorio, asegurando que la captación de pacientes se tradujera en órdenes de atención efectivas y direccionamientos pertinentes según el nivel de complejidad requerido.

Se logró establecer un equipo base de agendamiento de los Equipos MÁS Bienestar en tu hogar, con la finalidad de realizar el control del agendamiento a las solicitudes realizadas por los mismos en territorio, adicional a esto solo se cuenta con 20 permisos de agendamiento en dinámica intramural de la subred sur occidente, los cuales durante el periodo de diciembre iniciaron con la ardua labor de depuración de solicitudes de agendamiento, las cuales dependen de la disponibilidad de agendas de la intramuralidad.

Se cuenta con una inasistencia a citas del 17.1 %, lo que afecta la productividad tanto en la intramuralidad como en la extramuralidad lo cual ha generado una alerta, que permite hacer un plan de contingencia en la cual se verifica uno a uno los gestores agendadores cuantas citas tienes pendientes por recordar en el dia y asi poder generar mayor compromiso en los usuarios en el momento de la asistencia a la cita médica, verificando si el usuario cuenta con los recursos económicos disponibles, el tiempo o la confirmación efectiva de la

asistencia a la intramuralidad.

7.2.5 Seguimiento a cohorte

A través del perfil de seguimiento a las cohortes se han hecho las acciones de gestión, seguimiento y monitoreo de las cohortes de riesgo, así como el seguimiento a la implementación de la estrategia de ruteo y de los diferentes planes de bienestar. Dentro de las actividades estipuladas para las cohortes de riesgo se encuentra la planeación, ejecución, control, refuerzo y retroalimentación.

Con respecto a la actividad de planeación, el perfil de seguimiento a las cohortes inicialmente realizó articulación con el componente de sistemas de información con el fin de verificar los casos asignados para cada una de las cohortes de riesgo junto con el perfil asignado a estos, verificando que en estos sectores catastrales se contará con talento humano responsable para la gestión y abordaje oportuno de estos casos, sin embargo como no se tenía el talento humano completo, las profesionales encargadas de las cohortes evidenciaron y generaron esta alertar, en estos sectores catastrales, se tuvieron que reasignar a los gestores de línea o de bienestar más cercano a ese sector catastral. Para la Subred Suroccidente a la fecha se tienen asignados un total de 246.343 casos de los cuales 4225 son de la cohorte materno perinatal, 2082 casos cohorte de infancia, 38 casos para la cohorte de cáncer, 2507 casos para la cohorte de salud mental, 21.349 casos a la cohorte de condiciones crónicas y un total de 216.142 casos de población del distrito capital.

Luego de haber realizado la verificación de la asignación de los casos de la estrategia de ruteo, durante el periodo de octubre a diciembre de 2025, se estuvo realizando un acompañamiento continuo, de fortalecimiento y de direccionamiento técnico a los perfiles de gestores en línea y gestores de bienestar con respecto al orden de abordaje de cada una de las cohortes de riesgo, enfatizando siempre en que la cohorte materno perinatal es la primera cohorte de riesgo que se aborda, seguida de las cohortes de infancia, cáncer, enfermedades huérfanas, salud mental, discapacidad, condiciones crónicas y población del distrito capital, junto con los tiempos de respuesta para la gestión inicial de cada caso de acuerdo a la cohorte de riesgo y criterios de riesgo pertenecientes. Dentro de los fortalecimientos realizados se hizo énfasis en las acciones que se realizan en el contacto telefónico inicial, además también se hicieron fortalecimientos técnicos específicos para cada cohorte de riesgo en especial para la cohorte materno e infancia, donde se socializaron aspectos claves de estas cohortes que son fundamentales para el abordaje de estos casos, donde se dan a conocer herramientas para el uso de los gestores en línea en su gestión del ruteo, como lo son los guiones, donde las cohortes realizaron previamente ajustes a estos, para mayor practicidad en el abordaje de los usuarios, se comparten y dan a conocer los rotafolios, con la educación de acuerdo a la necesidad y riesgo identificado en el contactado; Además, en cada uno de los comités del cuidado organizados por las líderes operativas se realizó socialización al talento humano sobre la estrategia de ruteo, orden de abordaje y aspectos claves para la gestión inicial, así como también socialización de los diferentes planes de bienestar, dando a conocer también el avance de la gestión del ruteo de acuerdo a cada cohorte de riesgo y se aclaran dudas.

Comentado [120]: Se agradece el reporte de la información, el cual cumple con los criterios técnicos establecidos.

Comentado [121R120]: resuelto

También es importante mencionar que desde el perfil de seguimiento a las cohortes se realiza articulación con las líderes operativas con el fin de dar a conocer la gestión del ruteo por parte de los gestores en línea y gestores de bienestar, las diferentes alertas que se identifican en la gestión del ruteo. Inicialmente se había establecido junto con las líderes operativas una meta diaria para gestores en línea de 20 llamadas diarias, luego a medida que se fue evaluando la apropiación de la estrategia se aumentó a una productividad diaria de 60 llamadas. Para monitorear esto, en colaboración con sistemas de información, se creó un tablero de control de la gestión del ruteo.

Con respecto a la actividad de ejecución, las profesionales de cohortes realizan un seguimiento regular a la implementación de los planes de bienestar, por tanto, semanalmente se realiza una revisión de las diferentes VSP´s de los planes de bienestar con el fin de identificar los avances de cada uno de los planes concertados, la pertinencia técnica de cada una de las intervenciones, así como también que se esté cumpliendo con la periodicidad y modalidad establecida para cada uno de los seguimientos y planes de bienestar. A partir de lo identificado en este seguimiento semanal, se hace envío a través de correo electrónico a las líderes operativas para el respectivo seguimiento al talento humano y posterior a esto se realiza socialización con el fin de generar alertas y presentar los hallazgos identificados.

Así mismo, con la estrategia de ruteo por parte de las profesionales de cohortes, se hace seguimiento de forma semanal de la gestión del ruteo, para lo cual se tiene un tablero de control realizado en colaboración con el componente de sistemas de información, en el cual se hace monitoreo de la gestión de los casos asignados a cada cohorte y por cada colaborador, donde a través del análisis de estos datos se puede identificar que colaboradores no están gestionando los casos asignados o no están abordando las cohortes en el orden correcto, teniendo en cuenta lo identificado se hace socialización con las líderes operativas y con el equipo coordinador, con el fin de generar las alertas y así mismo se establecen medidas o estrategias para avanzar en la gestión de los casos asignados por ruteo.

Por otro lado, de acuerdo a los hallazgos o dificultades identificadas en el seguimiento a los planes de bienestar o en la gestión del ruteo, se hacen los fortalecimientos técnicos respectivos a los perfiles correspondientes. En el periodo de octubre a diciembre, se realizaron diferentes fortalecimientos técnicos a los gestores en línea teniendo en cuenta que era un perfil nuevo, con respecto a la gestión inicial del ruteo, actividades en el primer contacto telefónico, estados de contacto en la gestión del ruteo ya que en los seguimientos realizados al ruteo se identificó que habían inconsistencias en el estado que se seleccionaba y la observación que describen por tanto, en los diferentes fortalecimientos se hizo bastante énfasis en esto a través de ejercicios con análisis de casos. Además, con los gestores de bienestar también se hizo fortalecimiento en cuanto a las derivaciones a los planes de bienestar ya que, en los seguimientos realizados, también se identificó que este perfil estaba derivando casos a los planes de bienestar que no correspondía. Y con respecto a los planes de bienestar también se hizo fortalecimiento con los profesionales sobre los diferentes planes de bienestar, su periodicidad, modalidad y perfiles que ingresan. Cabe

aclarar que algunos fortalecimientos se hicieron grupales, pero otros se hacían individuales con el colaborador correspondiente teniendo en cuenta los hallazgos que generaba.

Con respecto a los acompañamientos en campo, durante el periodo de octubre a diciembre se realizaron 10 acompañamientos a diferentes perfiles en los cuales se identificaron falencias en la implementación de los planes de bienestar, durante estos se seguimientos se logró identificar la pertinencia de la intervención del profesional y así mismo de acuerdo a lo identificado en el seguimiento se realizó la retroalimentación correspondiente.

En la actividad de control o monitoreo permite evaluar de manera continua el progreso de los usuarios y la efectividad de las intervenciones. Para esta actividad se tienen los tableros de control en los cuales se puede evidenciar la gestión de cada uno de los casos asignados a cada cohorte por la estrategia de ruteo por parte del equipo operativo y así mismo la cobertura de cada una de las cohortes de riesgo. A través de estos tableros de control se identifican aquellos casos que no han sido gestionados, lo cual permite generar la alerta a las líderes operativas y priorizar las acciones correctivas. Así mismo se tiene el drive de agendamiento al equipo extramural en el cual se verifica el cumplimiento de las agendas de los profesionales y gestores de bienestar dentro de los tiempos establecidos. Por otro lado, también se hace monitoreo continuo de los indicadores establecidos para cada uno de las cohortes, teniendo en cuenta los tableros de control.

En cuanto a la actividad de refuerzo, desde el seguimiento a las cohortes a partir de lo identificado en el análisis de los tableros de control y los seguimientos realizados a la implementación de los planes de bienestar y gestión del ruteo, durante el periodo de octubre a diciembre de 2025 se realizaron los fortalecimientos técnicos al talento humano correspondiente con el fin de reforzar aquellos aspectos en los que se identifica mayor dificultad o en lo que se identifica que hay más hallazgos. Por tanto, esto también permite tomar decisiones para lograr que los planes de bienestar sean implementados de forma correcta y que la gestión del ruteo también se aborde de forma adecuada.

Para la actividad de retroalimentación, se tiene en cuenta todo lo identificado en las actividades de planeación, ejecución, control y refuerzo y de acuerdo a lo evidenciado se generan las alertas al equipo coordinador con el fin de optimizar los procesos, dado es el caso para la gestión del ruteo, específicamente para los casos de la cohorte de riesgo materno perinatal, donde al identificar que no se contaba con todo el talento humano y habían casos de esta cohorte que no se encontraban asignados a un gestor en línea sino al ingeniero de sistemas, se propuso al equipo coordinador de seleccionar 5 gestores en línea en los que se identificó una adecuada apropiación del proceso y compromiso para que ellos gestionan estos casos y así poder impactar en el indicador de la gestión del ruteo de la cohorte materno perinatal; lo mismo sucede con los gestores de bienestar, ya que con

la rotación de talento humano se evidenciaban casos que quedaban sin gestión, por tanto, también se propuso al equipo coordinador reasignar esos casos a los gestores del sector catastral más cercano, con el fin de evitar que estos casos se quedaran sin gestionar.

Además, las profesionales de cohortes participan en los diferentes espacios de análisis como por ejemplo en las unidades de análisis de las morbilidades maternas, mortalidades perinatales, sífilis congénita, mortalidad infantil, SISVESO, en las cuales se analizan unos casos específicos y se identifica la intervención que se realizó por parte de los Equipos más Bienestar en Tú Hogar y las intervenciones realizadas por los otros participantes, así mismos se asiste a las mesas como la mesa de salud sexual y reproductiva, mesa de infancia, mesa materna, mesa de crónicos, mesa de salud mental, los cuales son espacios de análisis y toma de decisiones, en los cuales se logra articulación y comunicación de los casos con los cuales se ha tenido alguna dificultad o han presentado barreras de acceso, son espacios enriquecedores por que también se identifican áreas para ajustar y así optimizar la efectividad de la atención brindada.

Es importante resaltar que a través del seguimiento a las cohortes se ha logrado realizar un monitoreo y seguimiento constante a la gestión de la estrategia ruteo y la implementación de los planes de bienestar a través de lo cual se logra identificar las principales alertas y dificultades que se presentan en el equipo operativo y así mismo poder trabajar sobre ellas y lograr así fortalecer los procesos. Además, se tiene una articulación y comunicación constante con los actores involucrados en los Equipos Más Bienestar en Tú Hogar como lo son las líderes operativas a quienes semanalmente se les hace envío y socialización de las diferentes alertas que se evidencian para que así mismo se haga el seguimiento correspondiente al talento humano y con quienes se hace retroalimentación de lo identificado; también se tiene una articulación constante con el componente de sistemas de información para la generación de datos y tableros de control, también se realiza articulación constante con la profesional de acceso y enlace con quien se trabaja en conjunto para el proceso de agendamiento. Además, también se tiene una articulación constante con otros actores sectoriales como líderes de rutas o referentes en los diferentes espacios de análisis en donde se da a conocer el objetivo y se ha logrado reconocer el trabajo y la intervención que realizan los Equipos Más Bienestar en tu Hogar. También es importante resaltar que a través del seguimiento a las cohortes se ha apoyado en el fortalecimiento constante y acompañamiento continuo al equipo operativo, sobre todo al perfil de gestores en línea, en quienes se ha visto un avance en la gestión del ruteo y en la apropiación del documento operativo, aunque aún se evidencian dificultades, pero a medida que estas se identifican se trabajan sobre estas.

6.2.5 Inducción, seguimiento y acompañamiento al talento humano

Desde el perfil de inducciones se realiza durante el mes de octubre a diciembre, inducciones presenciales a los nuevos integrantes del equipo más bienestar en tu hogar de la Subred Sur Occidente, donde se lleva a cabo articulación con el componente geográfico, sistemas de información, activaciones de rutas sectoriales e intersectoriales y líder de acceso EPS, donde, por medio de capacitación presencial, se orienta al talento humano nuevo, qué llegan a conformar los equipos; en primera instancia, se da a conocer frente al modelo más bienestar, datos frente a los lineamientos operativos, como los tipos de abordaje del equipo, el objetivo EMBH, líneas de acción, estrategias integrales e integradas, la organización del equipo, los perfiles y su función de acuerdo al riesgo identificado y abordaje, planes de bienestar, junto con las estrategias y el perfil profesional que desarrolla estas, se orienta frente al uso, creación de usuario, link de acceso y finalidad del aplicativo GTAPS, dando a conocer la base de ruteo la descarga de esta en el aplicativo GTAPS y cómo organizarla, reforzando los órdenes de abordajes, de acuerdo a las prioridades de cada cohorte de riesgo, se indica en qué consiste el módulo de ruteo y su diligenciamiento, junto con el módulo de predios, hogares y ajustes, con la creación de familias e integrantes, y su respectivo icono. Por parte del componente geográfico, se indica al talento humano, el abordaje en el territorio y la importancia de la caracterización de la población, para identificación de problemática en salud, por medio de la apropiación territorial de los equipos en las áreas geográficas, especificadas con el fin de asegurar su presencia y operación efectiva en dichos sectores catastrales, dónde el talento humano reconozca los límites de las áreas y haga una apropiación de estos, identificando las dinámicas propias del territorio y conocimiento local para una gestión más eficaz de estos. Por parte de la líder de acceso de EPS, indica el proceso frente al agendamiento intramural, da a conocer los convenios con los cuales cuenta EMBH SSO, y por medio de ejemplos indica los tipos de usuarios junto con el riesgo individual que presentan estos, de acuerdo a la identificación, cuál es el proceso de agendamiento, el cual se debe realizar; por último parte, la líder de activación de rutas y prescripción social, indicando que esta tiene como objetivo principal, facilitar el desarrollo y acceso a los servicios de salud, de acuerdo a la identificación de riesgos individuales o colectivos e instruyen, cómo diligenciar el formato junto con cada uno de sus espacios.

La profesional de inducciones realizó un seguimiento a la inducción virtual, donde por medio electrónico se verifica la certificación del módulo virtual, cumpliendo los tres módulos, el porcentaje de progreso y si cuenta con certificados emitidos, teniendo presente que si en la descarga de dicha certificación algún colaborador no ha realizado ni ingresado al módulo de inducción distrital, se genera la alerta al líder operativo para que así se realice el cumplimiento de dichos módulos dispuestos distritalmente. Una vez finalizada la inducción general presencial, la profesional de inducciones realiza articulación con líderes operativas, notificando quien asistió y cumplió dicha situación, con el fin de que cada una de ellas tenga

presente dicha asistencia, donde el colaborador haga una apropiación y lecturas del documento operativo y fichas técnicas para su quehacer en el equipo; se realiza envío a las líderes de las actas y registros de la inducción presencial.

Durante los meses presentes se realiza seguimiento por parte de la profesional, al perfil de gestores en línea, dado que en el seguimiento y acompañamiento continuo de los perfiles, se evidencia que este perfil en específico, cuenta con falencias a la hora de realizar el abordaje en línea, por medio de acompañamiento aleatorio, se verifica la gestión de los contactados iniciales, de los usuarios de la base de ruteo, se genera el hallazgo identificado en las llamadas realizadas, donde se orienta y fortalece en la gestión de estos contactados, ya que presentan dificultades a la hora de confirmar condición de salud de los usuarios, por lo cual se indica que cuentan con apoyos como lo son los guiones y cajas de herramientas, las cuales cuentan con Rotafolio que pueden apoyar en la gestión de esta llamada para así orientar y generar una educación de acuerdo al riesgo individual identificado, en estas se genera reportes a las líderes operativas pertenecientes de estos gestores en línea, por tal razón, la profesional de inducciones se articula con profesional de las cortes para llevar a cabo Fortalecimientos técnicos al perfil de gestores en línea frente a la línea técnica y el abordaje de acuerdo a cada corte de riesgo. De igual forma se realiza articulación con líder de acceso EPS, para fortalecer frente a los convenios que tienen la Subred Sur Occidente, él agendamiento intramural y extramural de los equipos, los tipos de usuarios y la importancia de gestionar el riesgo identificado. Por parte del acompañamiento a profesional de enfermería, se evidencia abordaje de los usuarios y valoración de los integrantes de la familia, confirmación del estado de salud, diagnósticos presentes, gestión respecto al riesgo identificado y la educación e información brindada, de acuerdo a lo evidenciado en el acompañamiento, se retroalimenta frente a la importancia de tener claridad frente al alineamiento y la intervención que realiza por parte de su perfil profesional, por tal motivo se lleva a cabo fortalecimiento respecto a las estrategias de gestantes implementadas en el equipo más bienestar en tu hogar, con previa socialización de la evidenciado en el acompañamiento en campo a su líder operativo.

La profesional de inducciones desempeña un rol estratégico en la incorporación del nuevo talento humano, asegurando la comprensión integral del modelo Más Bienestar en tu Hogar, dando un contacto inicial con el lineamiento operativo y la organización funcional de los equipos, garantizando la articulación efectiva entre los diferentes componentes (geográfico, sistemas de información, activación de rutas, acceso EPS y líderes operativos), promoviendo un proceso de inducción integral, coherente y alineado con los objetivos del EMBH; la articulación posterior a la inducción presencial con las líderes operativas permite asegurar la trazabilidad del proceso formativo, la notificación de asistencia y el fortalecimiento de la apropiación de los documentos operativos y fichas técnicas por parte de los colaboradores, a través del seguimiento continuo a los perfiles, la profesional de inducciones identifica brechas en el abordaje técnico y comunicativo, lo que posibilita la

implementación de acciones de fortalecimiento orientadas a mejorar la gestión del riesgo y la calidad de la atención.

6.3 DINAMIZACIÓN DE LAS ACCIONES DE LOS EQUIPOS MAS BIENESTAR EN TU HOGAR

6.3.1 Liderazgo para la dinamización de las acciones

Inicialmente, durante el mes de octubre, se realizó el direccionamiento técnico a las líderes operativas, líderes EAPB, equipos de cohortes, activación de rutas y prescripción social, así como a los componentes geográfico y de sistemas de información, en relación con los lineamientos, fichas técnicas, caja de herramientas, anexos, insumos y matriz de glosas. Posteriormente, se explicó y compartió el drive con la delimitación territorial por perfil, sector catastral, territorio y líder operativa. Así mismo, se socializó el cronograma de asistencias técnicas lideradas por la Secretaría de Salud y se brindó orientación sobre la entrega de los sectores catastrales a través de un drive compartido, junto con los mapas por territorio, los cuales serían entregados a los gestores Más Bienestar y gestores en línea. De igual forma, se presentaron las nuevas generalidades del aplicativo GTAPSS, la productividad y la base de certificación de los colaboradores, así como la programación de inducciones para los nuevos perfiles. Durante este mes, se organizó la toma sectorial en la localidad de Kennedy, territorio S0033 Provivienda Occidental, con la participación de 10 gestores Más Bienestar a cargo de la líder Margarita Vargas. Adicionalmente, se socializó el portafolio de servicios con las líderes para su posterior divulgación a los colaboradores, y se entregaron los contactos y el proceso correspondiente mediante direccionamiento técnico a las líderes de enlace de las EAPB.

En el mes de noviembre, se socializaron las salidas de información que no cumplieron con los criterios de calidad y oportunidad, las cuales debían ser ajustadas antes de las segundas salidas de información. Se explicó el cargue de la base de talento humano y el área financiera envió la base a los técnicos para su respectivo cargue como insumo, con sus cuatro pestañas. Además, se llevó a cabo una sesión con los técnicos administrativos para organizar los productos a su cargo en el aplicativo GTAPSS, relacionados con equipos e insumos biomédicos, gestión documental y soportes, asignación de vehículos, paz y salvo y certificaciones. Igualmente, se realizó la planeación de la toma sectorial en la localidad de Puente Aranda, a cargo de la líder operativa Diana Aparicio, dando respuesta a la toma sectorial organizada por el APS de la localidad en los territorios 1, 2 y 3. Finalmente, junto con las líderes operativas, se organizó la conmemoración del primer año de los equipos Más Bienestar, definiendo los casos a presentar ante la Secretaría de Salud y la participación de los colaboradores con reconocimiento.

Durante el mes de diciembre, se organizaron con las líderes operativas las jornadas de prevención por uso de pólvora programadas para los días 4, 11, 23 y 31 de diciembre, así como la jornada de embellecimiento del 5 de diciembre en los hospitales de Kennedy y Pablo

VI. Adicionalmente, se realizó la planeación relacionada con disponibilidad del personal, días de descanso, capacitaciones, facturación, seguimiento a gestantes y mortalidad materna, y el fortalecimiento de los procesos técnicos.

Balance de la participación en las Mesas Locales de Más Bienestar

Durante el mes de octubre participó en las jornadas de Más Bienestar programadas en la localidad de Fontibón, realizadas el 25 de octubre en el parque Hayuelos. Inicialmente, la actividad había sido organizada en el parque Batavia, donde los equipos Más Bienestar realizaron procesos de caracterización y actualización de los sectores catastrales aledaños. No obstante, no fue posible desarrollar acciones en la zona priorizada, debido a que el cambio de lugar no fue socializado oportunamente por la líder APS, lo que impidió la gestión en las unidades habitacionales cercanas. Ante esta situación, el equipo de avanzada se desplazó a la zona con el fin de iniciar el acercamiento con los administradores de los conjuntos residenciales.

En el mes de noviembre, en la localidad de Puente Aranda, se llevó a cabo la jornada de Más Bienestar el 22 de noviembre en el parque Alquería, con el despliegue de los equipos correspondientes a los territorios 1, 2 y 3. Durante esta jornada se realizaron actividades de caracterización, actualización de información y aplicación de planes Más Bienestar. El acompañamiento a la jornada se realizó durante los diez días previos a su ejecución, hasta el 22 de noviembre, suministrando de manera permanente la información requerida al líder APS.

Para el mes de diciembre, en la localidad de Kennedy, se desarrolló la jornada de Más Bienestar el 6 de diciembre en el parque Timiza. En esta actividad se desplegaron los equipos territoriales, en articulación con la organización realizada junto al componente geográfico, y posteriormente se entregaron los datos e insumos resultantes de la jornada.

De igual forma, se aportó activamente en las Mesas Locales, donde se resaltó que el Plan Local de Más Bienestar fue construido de manera colectiva, con la participación de los equipos del sector salud, entidades distritales, la Alcaldía Local, instancias de participación y organizaciones comunitarias. En este sentido, se enfatizó que el plan trasciende una lógica exclusiva de cumplimiento de metas y se orienta a la consolidación de procesos sostenidos de bienestar territorial, incorporando acciones específicas por localidad, incluyendo la prescripción social como estrategia de bienestar comunitario.

El Plan Local se estructuró en tres componentes principales:

Acciones sectoriales, lideradas principalmente por el sector salud.

Acciones intersectoriales, desarrolladas en articulación con la Alcaldía Local y otras entidades distritales.

Acciones comunitarias, orientadas al fortalecimiento de las organizaciones de base comunitaria.

Las problemáticas priorizadas para el año 2025 fueron salud mental, salud sexual y reproductiva, salud ambiental y enfermedades crónicas, definidas a partir del análisis de la situación de salud de cada localidad y del diálogo con la comunidad. Desde el sector salud se desarrollaron múltiples acciones orientadas a la promoción, prevención y atención en salud mental, con énfasis en población escolar, familias y comunidad en general. Asimismo, se implementaron acciones para la prevención y atención de eventos de interés en salud sexual y reproductiva, incluyendo infecciones de transmisión sexual, planificación familiar y seguimiento a mujeres gestantes.

Se destacó el trabajo específico con mujeres en edad fértil que presentan condiciones crónicas, consideradas

población de alto riesgo, dado que un embarazo podría derivar en morbilidad materna extrema o incluso mortalidad materna. En este contexto, se reconoció un incremento en los reportes de morbilidad materna extrema, lo cual reforzó la necesidad de fortalecer los controles prenatales y las acciones preventivas, considerando que estos eventos ya no se presentan exclusivamente en mujeres con condiciones crónicas.

Finalmente, se enfatizó en la implementación de planes Más Bienestar orientados a la gestión integral de la salud de cada individuo, mediante el agendamiento oportuno con su EAPB correspondiente y el seguimiento continuo por parte de los equipos Más Bienestar, hasta lograr la adherencia del usuario a su ruta de atención. Adicionalmente, se realizó retroalimentación permanente sobre la atención de la población con enfermedades crónicas, tanto desde el perfil de enfermería como de atención médica, especialmente en casos de usuarios inasistentes. Desde el componente de salud ambiental, se fortalecieron las acciones relacionadas con vivienda saludable y huertas caseras como estrategias de promoción de la salud.

Participó en las mesas zonales PIC articulando las acciones de los equipos más bienestar en jornadas y tomas sectoriales, así como los procesos de prescripción social y veeduría.

ESTRATEGIAS

Durante el mes de octubre se realizaron reuniones de análisis de indicadores, revisión del plan de acción y evaluación de los tableros de productividad de todos los colaboradores, organizados por perfil, con base en la información registrada en el aplicativo GTAPS. Se reiteró y explicó el manejo de los planes de productividad, aclarando que el valor “0” en las columnas corresponde a acciones diligenciadas con hallazgos. Se asignaron enfermeros de manera exclusiva para las estrategias de Ángeles Guardianes y Salud Sexual y Reproductiva, y se generó un plano de productividad específico para las sesiones colectivas de los perfiles étnicos. Asimismo, se implementó un control exclusivo para la gestión de alertas de usuarios tipo 4, los cuales deben contar con agendamiento obligatorio. Adicionalmente, se habilitó un drive para el cargue de ajustes, el cual es recibido semanalmente los días miércoles por el técnico de sistemas. Los técnicos de sistemas envían de manera Inter diaria los hallazgos identificados en los registros de los colaboradores, los cuales deben ser revisados y gestionados por las líderes operativas.

En el mes de noviembre se fortaleció a las líderes operativas en el proceso de atención individual de médicos y enfermeros, así como en el seguimiento al talento humano con fallas en el registro de la información. Se reforzaron los criterios de identificación del riesgo, la gestión oportuna de usuarios tipo 4 y la derivación adecuada al profesional correspondiente, de acuerdo con las frecuencias de uso y la Resolución 3280. Igualmente, se fortaleció el agendamiento oportuno en medicina general según criterios de riesgo. Se estableció una estrategia de agendamiento para el perfil médico en articulación con la ruta

cardio cerebrovascular, dirigida a usuarios insistentes o no adherentes por un periodo superior a ocho meses, así como a usuarios tipo 4 antiguos que continúan sin asistir a las atenciones programadas. Se realizó la revisión de bases de datos y seguimientos en campo, se presentaron las bases de ruteo y se establecieron contingencias para su priorización por los equipos, de acuerdo con el nivel de abordaje requerido. Asimismo, se identificaron los planes pendientes de cierre por perfil, los cuales debían quedar cerrados con corte al 30 de noviembre. Durante este mes también se parametrizaron los indicadores y el sistema SEGPLAN, y se reforzó el cierre de los planes Más Bienestar correspondientes al convenio anterior.

Para el mes de diciembre se fortalecieron las siguientes estrategias:

Ruteo: Se estableció como fecha límite el 18 de diciembre para la gestión del ruteo, priorizando la base del evento 107 remitida al perfil de psicología y la base de gestantes 4226, cargada con corte al 16 de diciembre, de la cual se gestionaron 1.960 casos. Se solicitó a las líderes operativas enviar al talento humano a campo para la gestión de los casos pendientes, con información errada, visitas en campo o usuarios no contactados, con

el fin de actualizar los datos y cargarlos nuevamente en la base de ruteo. Todo este proceso quedó sujeto a la certificación de los gestores en línea y gestores Más Bienestar.

Cierre de planes Más Bienestar en tu Hogar: Se definió el 18 de diciembre como fecha de cierre para las visitas en campo. Se solicitó a los técnicos de sistemas cargar en la base de ajustes aquellos cierres que no fue posible realizar directamente con los usuarios. Para los casos fallidos de la estrategia Ángeles Guardianes, se solicitó a las líderes operativas la elaboración de actas que soporten la gestión del fallido, teniendo en cuenta que los casos de enfermería deben cerrarse con toma de signos vitales, lo cual no es posible registrar directamente en el aplicativo GTAPS.

Agendamiento: Se asignaron 20 gestores en línea de manera exclusiva para la gestión del agendamiento pendiente en el aplicativo GTAPS.

Aseguramiento: Se estableció la participación en los comités liderados por las líderes operativas, con el objetivo de socializar el proceso de aseguramiento. Se definió el envío por correo electrónico de las solicitudes de aseguramiento de los usuarios derivados por los colaboradores y se compartió un correo institucional y un drive para el seguimiento correspondiente. Adicionalmente, se realizó el agendamiento inicial de las citas para los usuarios afiliados.

Recorrido territorial: Se realizó la planeación de los recorridos territoriales a ejecutarse en el mes de enero. La jornada de planeación se programó para el 9 de enero con líderes operativas y colaboradores; la ejecución de los recorridos se llevará a cabo del 10 al 15 de enero, y el comité de cierre se realizará el 16 de enero. Los recorridos se desarrollarán por sector catastral y de acuerdo con la territorialización y el gestor asignado en la delimitación. En los espacios donde no se cuente con gestor Más Bienestar, se asignará el gestor del mismo territorio y, de ser necesario, se apoyará con gestores en línea. Estos recorridos deberán realizarse con la participación de gestores Más Bienestar, gestores en línea, líderes operativas, dinamizadores y el componente geográfico.

Balance del desarrollo de los comités de fortalecimiento de capacidades

En el marco de los comités de fortalecimiento de capacidades desarrollados con el equipo interdisciplinario, se llevaron a cabo diversas acciones dirigidas a los equipos de Más Bienestar en tu Hogar. El 20 de octubre se realizó una jornada de capacitación orientada al fortalecimiento del conocimiento sobre la cápita de la Subred con las EAPB Capital Salud, Sanitas y Famisanar, en articulación con los líderes de las rutas de atención en salud. Esta capacitación estuvo dirigida a los colaboradores con el propósito de fortalecer la formulación de los planes de cuidado individual y el proceso de agendamiento realizado por los equipos

de Más Bienestar en tu Hogar desde la atención intramural en las Unidades de Atención Básica.

Durante el mes de noviembre se desarrollaron dos espacios de fortalecimiento. El 7 de noviembre se realizó capacitación en planes de bienestar materno, fortalecimiento de la prescripción social y manejo del sistema SIVIGILA, con el objetivo de mejorar el diligenciamiento y la correcta aplicación de los planes de atención y las fichas de notificación, de acuerdo con la población abordada. Posteriormente, el 10 de noviembre se capacitó al perfil de enfermería en el uso de la historia clínica de seguimiento dentro de la ruta materno- perinatal, actividad liderada por los jefes de enfermería de la estrategia Ángeles Guardianes. Este espacio incluyó el fortalecimiento técnico de la estrategia y el desarrollo de los siguientes contenidos: generalidades del aplicativo de gestantes, uso de la historia clínica de seguimiento en plataforma web, taller práctico sobre el diligenciamiento de la historia clínica de seguimiento web, revisión de historias clínicas y fortalecimiento integral de la estrategia.

Adicionalmente, se reiteró al equipo que todo seguimiento realizado debe ser registrado en el aplicativo GTAPPS dentro de las primeras 24 horas posteriores a la visita o contacto, garantizando información completa, clara, coherente y debidamente estructurada. Se enfatizó en evitar registros incompletos o anotaciones como “pendiente” o “por cargar”. El registro debe incluir, como mínimo, la valoración del estado general del usuario, verificación de signos de alarma, revisión de tratamientos y adherencia, educación brindada, identificación de riesgos y barreras, así como la gestión de servicios o controles requeridos, asegurando la trazabilidad y calidad del proceso extramural conforme a los lineamientos de la estrategia.

Finalmente, durante el mes de diciembre se realizaron nuevos espacios de fortalecimiento. El 15 de diciembre se brindó asistencia técnica a los perfiles de enfermería y medicina en el diligenciamiento de la historia clínica PYD para infancia y planificación familiar. Posteriormente, el 22 de diciembre se reforzaron los conocimientos relacionados con el evento 113 de SIVIGILA, la prescripción social y el proceso de aseguramiento a través de la plataforma SAT.

6.3.2 Planeación y gestión territorial para la toma de decisiones con base en el análisis espacial y su incidencia en los resultados en salud

6.3.2.1 Planeación territorial

En articulación con el ingeniero de sistemas y en la búsqueda de optimizar el tiempo de desplazamiento de los equipos en terreno, los geógrafos hacen una estructuración de la base de datos organizándose de acuerdo a cada Área de Gestión del Riesgo con el fin de determinar la adscripción territorial, dependiendo de la prioridad se hace el orden de abordaje y se organiza por cercanía geográfica, en este punto cabe aclarar que para nuestras localidades no tenemos limitantes en accesibilidad, solo quizás en algunas zonas de la localidad de Bosa específicamente en el sector San Bernardino XVIII, por lo demás nuestros territorios cuentan con vías de acceso y conectividad permanente, sin embargo,

Comentado [122]: Este apartado no se encuentra asociado a la tabla de contenido. Corregir la tabla de contenido.

Comentado [123]: revisar y ajustar redacción. No es claro lo que intentan expresar.

Comentado [124R123]: Ajustado

este ejercicio en muchos casos pierde validez toda vez que muchos usuarios cambian de residencia, salen de la ciudad o no se logra contacto ni vía telefónica o presencial, para lo cual se está en la búsqueda de una herramienta o método que permita gestionar la base y mantener una lógica espacial acorde.

Bajo la premisa abordar y de gestionar los territorios, desde la estrategia de ruteo en conjunto con la estrategia casa a casa se viene realizando las solicitudes de unidades habitacionales, es decir, si un profesional o gestor llegan a un conjunto y este no ha sido abordado previamente, se socializa con la administración, envía cartas y se distribuye publicidad para posteriormente con el permiso de ingreso solicitar todas las unidades habitacionales disponibles, aún sí solo dentro de la base vienen pocos casos. Este proceso se viene adelantando de esta manera, ya que el equipo de avanzada no logra cubrir todo el territorio y las solicitudes pueden venir de varios lugares al tiempo.

En cuanto a los asentamientos de desarrollo incompleto, desde el componente geográfico se tiene conocimiento previo de varios asentamientos en las diferentes localidades:

Fontibón: Barrio El charco rural (KR 123 – CL 13A)

Kennedy: Barrio Tintal, S.C. El Danubio azul, S.C. Jorge Uribe Botero

Bosa: Barrio Villa Celina, San Bernardino XVIII

Puente Aranda: no se han identificado este tipo de zonas en la localidad

De igual forma se hace la recomendación con los equipos que toda vez se logre identificar un asentamiento de este tipo sea reportado para hacer la respectiva verificación y solicitud. Dentro de nuestras localidades tenemos amplios sectores que son netamente de propiedad horizontal, a los cuales no habíamos tenido acceso en años y convenios anteriores, por lo cual la atención de gran parte de estas zonas significa asimismo una amplia solicitud de unidades habitacionales para atender toda la población posible.

Tabla 55. Solicitudes de creación de unidades habitacionales por localidad

LOCALIDAD	Cantidad de ruteos asignadas	Cantidad de unidades habitacionales solicitadas en propiedad horizontal	Cantidad de unidades habitacionales paga diarios	Cantidad de unidades habitacionales PPL	Cantidad de unidades habitacionales otros	TOTAL Localidad
BOSA	91612	10503	0	1200	1000	13659

KENNEDY	96807	18239	0	1200	519	20959
FONTIBÓN	22040	4563	0	2000	201	7043
PUENTE ARANDA	35658	0	0	2000	5196	7387
TOTAL, SUBRED	246117	33305	0	6400	6916	49048

Fuente: Planos - Aplicativo GTAPS

Comentado [125]: No corresponde a los casos asignados a la subred registrados en el reporte distrital. En total se han asignado 246.343 casos de ruteo a la subred.

Comentado [126R125]: Ajustado

La cantidad de casos de ruteo reportadas en el anterior cuadro reflejan solo lo correspondiente a las localidades donde opera la subred Sur occidente, sin embargo, dentro lo asignado tenemos casos de otras tres localidades: Santa fe 33 casos, San Cristóbal 190 y Ciudad Bolívar con 3, teniendo entonces 226 casos pendientes por gestionar, arrojando un total de 246.343 casos cargados.

La subred Sur occidente para el momento de operación del presente convenio tiene un total de 25 sectores catastrales sin uso residencial, la mayoría limitando con el municipio de Mosquera al occidente, siendo el uso de expansión urbana el más común dentro de dichos sectores. Se destacan también los sectores del Aeropuerto El dorado y Batallón Caldas como sectores de uso institucional. Ver tabla 56.

Tabla 56. Sectores catastrales sin usos residenciales

LOCALIDAD	SECTOR CATASTRAL	ID SECTOR	TIPO DE USO DETERMINANTE EN EL SECTOR CATASTRAL	NÚMERO DE PREDIOS	NÚMERO DE MANZANAS
BOSA	OSORIO X	1052107	DE EXPANSIÓN	0	0
BOSA	OSORIO XXIII	105223	DE EXPANSIÓN	0	1

BOSA	CAÑAVERALEJO RURAL	205308	DE EXPANSIÓN	207	6
BOSA	SAN BERNARDINO XXII URBANO	004577	DE EXPANSIÓN	6	1
BOSA	EL CORZO II	004646	DE EXPANSIÓN	0	0
SUBTOTAL LOCALIDAD	5	5	DE EXPANSIÓN	213	8
KENNEDY	LA MAGDALENA	006524	DE EXPANSIÓN	68	15
KENNEDY	LA MAGDALENA RURAL	105106	DE EXPANSIÓN	0	0
KENNEDY	EL JAZMIN	205209	DE EXPANSIÓN	175	20
KENNEDY	OSORIO IV	205227	DE EXPANSIÓN	6	2
KENNEDY	OSORIO XII	004615	DE EXPANSIÓN	13	0
KENNEDY	OSORIO II	105203	DE EXPANSIÓN	3	0
KENNEDY	OSORIO XII RURAL	105211	DE EXPANSIÓN	0	0
KENNEDY	VEREDA EL TINTAL RURAL	105105	DE EXPANSIÓN	17	0
KENNEDY	GALÁN RURAL	205221	DE EXPANSIÓN	252	25

KENNEDY	LAS ACACIAS RURAL	205225	DE EXPANSIÓN	472	20
KENNEDY	LA MAGDALENA	006524	DE EXPANSIÓN	68	15
SUBTOTAL LOCALIDAD	11	11	DE EXPANSIÓN	1074	97
FONTIBÓN	MONTEVIDEO	006307	INDUSTRIAL	300	27
FONTIBÓN	LAS NAVETAS	005672	INDUSTRIAL	0	2
FONTIBÓN	GRANJAS DE TECHO	006306	INDUSTRIAL	157	4
FONTIBÓN	CHARCO RURAL	105402	DE EXPANSIÓN	14	0
FONTIBÓN	FRANCO	006308	DE EXPANSIÓN	335	24
FONTIBÓN	AEROPUERTO EL DORADO	005624	INSTITUCIONAL	124	12
FONTIBÓN	EL TINTAL	105104	DE EXPANSIÓN	2	0
SUBTOTAL LOCALIDAD	7	7	INSTITUCIONAL Y DE EXPANSIÓN	932	69
PUENTE ARANDA	CENTRO INDUSTRIAL	006218	INDUSTRIAL	285	20
PUENTE ARANDA	BATALLÓN CALDAS	006207	INSTITUCIONAL	8	2

SUBTOTAL LOCALIDAD	2	2	INDUSTRIAL E INSTITUCIONAL	293	22
TOTAL, SUBRED	25	25	INDUSTRIAL E INSTITUCIONAL Y DE EXPANSIÓN	2512	196

Fuente: Elaboración propia a partir de datos IDECA 2025

Como primera medida desde el componente geográfico se ha dado claridad en los diferentes espacios, como son los de toma de decisiones e inducciones al talento humano, sobre cómo se habita y reconoce el territorio por una parte de la población que se ha denominado como población diferencial, dando a entender que existe una diferencia grande del comportamiento territorial de estas poblaciones que no se ajustan al “normal” proceso de la ciudad y por ende el manejo en la gestión del riesgo que se debe tener para ellas debe ser totalmente diferente al resto de la población que habita en la Subred.

Entre esta población se encuentran los habitantes de calle, que entre esta misma población existen dos tipos, aquellos que hacen uso de instituciones administradas por el Distrito como son Bakata y puente Aranda y aquellos que solo habitan en diferentes espacios de la ciudad moviéndose según la necesidad del momento; además contamos con las personas que hacen parte de las Comunidades que también son instituciones con un emplazamiento específico en la ciudad; también se cuenta con Las personas privadas de la libertad (PPL) en entidades de seguridad como URIS y estaciones de Policía y los paga diarios, que son aquellos sitios de residencia donde pernocta la población de bajos poder adquisitivo que solo cuenta con los recursos necesarios para “vivir al día”, este grupo poblacional si no logra adquirir el sustento para pagar el día para pernoctar pasa a ser parte del grupo poblacional de habitanza en calle.

Para el caso de aquellos grupo poblacionales que hacen uso de una institución emplazada en la Subred Sur Occidente desde el componente geográfico, junto a la líder que está a cargo de la gestión del riesgo de esos grupo poblacionales, se determina a groso modo (debido a la alta rotación que puede llegar a tener en el tiempo) la cantidad poblacional que se puede tener en cada institución, puesto que para ellos se configura la necesidad de generar unidades habitacionales que se utilizan en el aplicativo https://gtaps.saludcapital.gov.co/ para el ingreso de la información y caracterización individual de dicha población.

El componente geográfico es el encargado de resguardar, validar, analizar espacialmente a partir de estas UH cómo se comportan estos grupos poblacionales para guiar el manejo en la gestión del riesgo en conjunto con el resto del talento humano de la subred, en los

tiempos estipulados desde nivel central.

Tabla 57. Cantidad de predios por estrategias diferenciales

LOCALIDAD	SECTOR CATASTRAL	ID SECTOR	Número predios pagadiarios	Número de predios PPL	Número de predios con atenciones de habitantes de calle
BOSA	LA ESTACION BOSA	004521	0	1	0
KENNEDY	CIUDAD KENNEDY SUR	004507	0	1	0
KENNEDY	CORABASTOS	004547	1	0	0
KENNEDY	LLANO GRANDE	004562	7	0	0
KENNEDY	VISIÓN DE ORIENTE	006503	1	0	0
FONTIBÓN	TERMINAL DE TRANSPORTES	006319	0	1	0
FONTIBÓN	VERSALLES FONTIBON	006401	1	0	0
FONTIBÓN	CENTRO FONTIBÓN	006410	2	0	0
FONTIBÓN	SABANA GRANDE	006521	0	1	0
PUENTE ARANDA	PENSILVANIA	004201	0	0	2

PUENTE ARANDA	LOS EJIDOS	004208	0	1	0
TOTAL SUBRED	11	11	12	5	2

7.4. GESTIÓN OPERATIVA DE LOS EQUIPOS MÁS BIENESTAR EN TU HOGAR

7.4.1 APOYO A LA GESTIÓN OPERATIVA DE LOS EQUIPOS MÁS BIENESTAR EN TU HOGAR

Durante los mes de octubre a diciembre 2025 se desarrolló una planeación operativa mes a mes basada en la organización del territorio por sector catastral teniendo en cuenta la estrategia de ruteo, priorizando las cohortes de riesgo definidas y garantizando una respuesta integral, continua y oportuna a las necesidades de las familias del área de gestión asignada, mediante abordajes en modalidad en línea y presencial -abordaje territorial (gestores más bienestar y en línea) y planes de cuidado familiar (profesionales).

La organización del trabajo se articuló de manera permanente con los equipos técnicos administrativos y de sistemas, a través del uso de herramientas institucionales como GTAPS, SIRC y matrices de captura de información, estableciendo puntos de control para el seguimiento de casos, validación de información, agendamiento de servicios y monitoreo de alertas, lo que permitió identificar oportunidades de mejora en la gestión de datos, oportunidad en los contactos y coordinación interprofesional (derivaciones).

El abordaje de los casos evidenció un trabajo interdisciplinario entre gestores y profesionales de las diferentes áreas, con concertación, implementación y seguimiento a los planes de bienestar familiar e individual, asegurando la activación de rutas integrales e intersectoriales según las necesidades identificadas y agendamiento a la intramuralidad.

Así mismo, los comités territoriales funcionaron como espacios clave para la socialización de la apropiación territorial, el análisis de alertas, la toma de decisiones operativas y la reorganización del trabajo en territorio.

Finalmente, los seguimientos en campo al equipo operativo permitieron identificar fortalezas y aspectos por fortalecer relacionados con la oportunidad del abordaje, la calidad del registro y la adherencia a los lineamientos técnicos, a partir de lo cual se implementaron acciones de mejora orientadas a optimizar la respuesta territorial y la continuidad del cuidado a las familias.

7.4.2 DESARROLLO DE CAPACIDADES DEL TALENTO HUMANO A NIVEL DISTRITAL

Este apartado no corresponde a la Subred Sur Occidente

El informe deberá dar cuenta, como mínimo, de los siguientes aspectos:

Brechas de capacidades identificadas, a partir de la lectura del territorio, auditorías, procesos de supervisión y retroalimentación distrital, que motivaron la priorización de las acciones de fortalecimiento Tipo de estrategias implementadas, describiendo de forma agregada las asistencias técnicas, capacitaciones, acompañamientos y recursos pedagógicos desarrollados, diferenciando los enfoques técnicos, comunicativos y pedagógicos, sin detallar cada actividad.

Cobertura alcanzada, señalando de manera consolidada los perfiles intervenidos, los equipos acompañados y la magnitud de la intervención (sesiones, espacios formativos o productos generados).

Resultados relevantes, evidenciando los principales cambios observados en la apropiación de conocimientos, el fortalecimiento de competencias y la mejora en la calidad de las intervenciones domiciliarias y comunitarias.

Mecanismos de seguimiento y verificación, indicando de manera general cómo se evaluó la ejecución, la apropiación de los contenidos y la aplicabilidad de las herramientas entregadas.

Hallazgos y oportunidades de mejora, identificando brechas persistentes, alertas operativas o necesidades adicionales de fortalecimiento.

Acciones de ajuste o refuerzo implementadas, derivadas del proceso de evaluación y retroalimentación, orientadas a optimizar el impacto del fortalecimiento de capacidades.

Aporte estratégico de la acción, destacando su contribución al fortalecimiento del talento humano, la estandarización de prácticas y la sostenibilidad del Modelo MÁS Bienestar.

Cuando se inicie la fase de operación de las acciones definidas, se debe realizar análisis de los resultados obtenidos, de manera comparativa al periodo anterior describiendo los eventos asociados a los resultados:

Tabla 58. xxxx

Nombre del indicador	Resultado
Cobertura de equipos MAS Bienestar en tu Hogar fortalecidos en competencias	

Nivel de apropiación de competencias fortalecidas por los equipos MAS Bienestar en tu Hogar	

Fuente:

7.4.3 GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN Y SOPORTE A NIVEL DISTRITAL

Estado de la calidad de la información en GTAPS, incluyendo avances en integridad, consistencia, actualización y trazabilidad de los datos.

- Unidades habitacionales creadas.

Durante el período reportado, se recibió un total de 427 solicitudes, correspondientes a 477,529 Unidades Habitacionales (UH), distribuidas en las cuatro subredes operativas.

A continuación, se detalla el desempeño por subred:

1. Subred Norte
Total, Recibido: 211 solicitudes (404,578 UH).

Procesadas Exitosamente: 203 solicitudes (19,850 UH).

No Procesadas: 8 solicitudes (384,728 UH).

Causa: Una de las solicitudes (383,892 UH) presentó un valor idéntico al del predio registrado, lo que implicó una incongruencia en los datos y requirió su exclusión para garantizar la integridad del proceso.

2. Subred Sur
Total, Recibido: 63 solicitudes (12,758 UH).

Procesadas Exitosamente: 62 solicitudes (12,558 UH).

No Procesadas: 1 solicitud (200 UH).

Causa: La solicitud correspondía a un predio que fue solicitado en múltiples ocasiones (duplicidad), por lo que fue depurada para mantener la consistencia de la información.

3. Subred Centro Oriente
Total, Recibido: 35 solicitudes (3,281 UH).

Procesadas Exitosamente: 30 solicitudes (2,408 UH).

No Procesadas: 5 solicitudes (873 UH).

Causa: Se identificó que las UH solicitadas ya habían sido registradas para el mismo predio con anterioridad, constituyendo un caso de duplicidad que justificó su no procesamiento.

Subred Sur Occidente
Total, Recibido: 118 solicitudes (56,912 UH).

Procesadas Exitosamente: 100 solicitudes (47,455 UH).

No Procesadas: 18 solicitudes (9,457 UH).

Causa: Las solicitudes fueron identificadas como erróneas debido principalmente a duplicidades en el registro, lo que motivó su exclusión del procesamiento estándar.

Resumen Ejecutivo de la Gestión
Solicitudes Totales Procesadas: 395 (92.5% del total recibido).

UH Totales Procesadas: 82,271 UH.

Solicitudes Rechazadas/Depuradas: 32 (7.5% del total recibido), equivalentes a 395,258 UH.

Principales Causas de No Procesamiento: Duplicidad de registros e incongruencias en los datos solicitados, lo que activó los controles de calidad e integridad establecidos en el proceso.

- Traslados de usuarios locales gestionados.

Durante el período de reporte, se procesó un total de 3,322 solicitudes de traslados locales, gestionadas por las cuatro subredes operativas. A continuación, se presenta el detalle del desempeño por subred:

1. Subred Norte
Solicitudes Recibidas: 620

Traslados Ejecutados: 523

Solicitudes No Procesadas:

97 Tasa de Éxito: 84.4%

2. Subred Sur
Solicitudes Recibidas: 1,454

Traslados Ejecutados: 1,204

Solicitudes No Procesadas:

250 Tasa de Éxito: 82.8%

Subred Centro Oriente

Solicitudes Recibidas: 332

Traslados Ejecutados: 282

Solicitudes No Procesadas:

50 Tasa de Éxito: 84.9%

3. Subred Sur Occidente
Solicitudes Recibidas:
916

Traslados Ejecutados: 753

Solicitudes No Procesadas:

163 Tasa de Éxito: 82.2%

Resumen Consolidado y Análisis de Desviaciones
Total, Solicitudes Procesadas Exitosamente: 2,762 (83.1% del total).

Total, Solicitudes Rechazadas/Devueltas: 560 (16.9% del total).

Principales Causas de No Procesamiento (Comunes a todas las Subredes):

Duplicidad de Solicitudes: Envíos múltiples de la misma solicitud, generando registros redundantes.

Estado Inconsistente del Usuario: Al realizar la validación, se identificó que el usuario ya se encontraba registrado en el grupo familiar indicado en la solicitud, lo que hace innecesaria la operación.

- Traslados Interlocales

Durante el período de reporte, se registró un total de 347 solicitudes de traslados interlocales, gestionadas por las cuatro subredes operativas. A continuación, se presenta el detalle del estado por subred:

1. Subred Norte
Solicitudes Recibidas: 58

Traslados Ejecutados: 45

Solicitudes Rechazadas: 20

Pendientes de Aprobación Externa: 9 Tasa de Ejecución Directa: 77.6%

2. Subred Sur
Solicitudes Recibidas: 111

Traslados Ejecutados: 72

Solicitudes Rechazadas: 21

Pendientes de Aprobación Externa:

18 Tasa de Ejecución Directa: 64.9%

3. Subred Centro
Oriente Solicitudes
Recibidas: 56

Traslados Ejecutados: 31

Solicitudes Rechazadas: 6

Pendientes de Aprobación Externa: 19

Tasa de Ejecución Directa: 55.4%

4. Subred Sur Occidente
Solicitudes Recibidas:
122

Traslados Ejecutados: 83

Solicitudes Rechazadas: 6

Pendientes de Aprobación Externa: 33

Tasa de Ejecución Directa: 68.0%

Resumen Consolidado y Análisis
Total, Solicitudes: 347

Traslados Ejecutados: 231 (66.6%)

Solicitudes Rechazadas: 53 (15.3%)

Pendientes de Aprobación Externa: 79 (22.8%)

Verificación de Consistencia: 231 + 53 + 79 = 363 solicitudes (existe un desfase de 16 solicitudes que requiere validación).

Principales Causas de Rechazo (Comunes a todas las Subredes): Duplicidad de solicitudes: Envíos múltiples de la misma solicitud.

Estado Inconsistente del Usuario: El usuario solicitante ya figuraba en el grupo familiar de destino al momento de la validación.

Análisis de Pendientes Externos
Un 22.8% del total de solicitudes (79 casos) se encuentra en estado pendiente, sujeto a aprobación por parte de otras subredes.

- Ajustes realizados a datos críticos de identificación.

A la fecha de corte, no se han recibido los reportes de datos críticos provenientes de las subredes

- Funcionamiento de la Mesa de Ajustes, señalando número de sesiones realizadas, casos resueltos y principales tipologías de inconsistencias corregidas.

Atender y corregir hallazgos críticos en los datos del sistema que, por restricciones de tiempo, oportunidad o campos obligatorios, no pueden ser resueltos por las subredes en su operación habitual.

Periodo Reportado: Se han realizado 13 sesiones de la mesa de ajustes.

Resultados Consolidados por Tipo de Solicitud:

A continuación, se presenta el total de solicitudes atendidas, agrupadas por categoría a nivel general:

Inactivación de Formularios: 9,047 formularios han sido inactivados en el sistema.

Cierres de Procesos/Eventos: 133 cierres de diversos tipos (Psicosociales, Conductas, Condiciones de Salud, MME, Salud Oral) han sido ejecutados.

Correcciones en Seguimiento: 145 cambios en el número de seguimiento han sido ajustados.

Correcciones en Compromisos: 345 compromisos han sido modificados. Correcciones

en Sesiones Colectivas: 73 sesiones colectivas han sido ajustadas.

Correcciones en Caracterización y Alertas: 162 registros de caracterización y alertas han sido corregidos.

Correcciones en Admisiones: 820 registros de admisión han sido modificados.

Correcciones en Signos Vitales (Carga Inicial): 563 registros de signos vitales fueron ajustados inicialmente.

Correcciones en VSP Crónicos (Carga Inicial): 82 registros de VSP crónicos fueron ajustados inicialmente.

Correcciones Varias: Se atendieron 105 solicitudes adicionales distribuidas en:

Cambios en módulo Ambiental (23).

Cambios en Atención (27).

Cambios en Tipo y Número de Documento (64).

Cambios en Fecha de Nacimiento o Sexo (9).

Traslados de individuos (1).

Cambio de predios para familias duplicadas (2).

Desglose por Subred:

BOGOTÁ | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE

Tipo de Solicitud	Norte	Sur	entro Orient	Sur Occidente	Ministerio	TOTAL
Inactivar Formulario	3.075	2.351	1.103	2.472	46	9.047
Caracterización y Alertas	18	64	4	75	1	162
Cambio en Compromisos	31	303	0	11	0	345
Cambio en Admisiones	17	0	0	1	802	820
Cambio Sesiones Colectivas	46	23	4	0	0	73
Cambio Número de Seguimiento	5	22	87	30	0	144
Cierres (Psicosociales, etc.)	7	11	0	6	0	24
Cierres (Conductas)	4	1	0	1	0	6
Cierres (Condiciones de Salud)	4	19	0	65	0	88
Cierres (MME)	0	2	0	0	0	2
Cierres (Salud Oral)	0	0	0	3	0	3
Signos Vitales (Carga Inicial)	327	91	10	135	0	563
VSP Crónicos (Carga Inicial)	20	62	0	0	0	82
Cambio en Ambiental	0	21	0	2	0	23
Cambio Atención	0	0	0	1	26	27
Cambio Tipo y No. Doc	0	0	0	0	64	64
Cambio Fecha Nacimiento o Sexo	0	0	0	0	9	9
Traslado Individuos	0	0	0	0	1	1
Cambio de Predios (Fam. Dup.)	2	0	0	0	0	2

Actualmente, las subredes continúan presentando necesidades de ajuste en nuevos lotes de datos, específicamente para:

Correcciones de Signos Vitales.

Correcciones de la Fórmula Obstétrica para MME.

Ajustes en el Módulo de Validación de Usuarios, debido a que los usuarios finales realizan la validación con datos incorrectos.
La Mesa de Ajustes se consolida como un mecanismo fundamental para garantizar la integridad y calidad de los datos del sistema, habiendo procesado más de 11,500 correcciones específicas en 13 sesiones. Se evidencia una demanda continua y especializada, requiriéndose su funcionamiento permanente para atender los hallazgos históricos y los nuevos requerimientos que surgen de la operación.

- Depuración de bases de datos, indicando volumen de registros depurados, integrados o corregidos y su impacto en la caracterización territorial y el ruteo.

Se han recibido 40 bases de datos provenientes de 13 fuentes diferentes, las cuales están en proceso de validación y preparación para su posterior cargue al sistema de Ruteo. El proceso incluye tres controles críticos de calidad: verificación de estructura de campos, geocodificación de direcciones y validación de información de contacto, con gestión de duplicidades de usuarios.

Validación de Estructura de Campos (Para cargue a Ruteo):

- Verificación de campos obligatorios según especificación técnica
- Validación de formatos de datos (fechas, números, texto)
- Control de integridad referencial entre tablas relacionadas
- Cumplimiento de estándares de

nomenclatura Geocodificación de

Direcciones:

- Transformación de direcciones textuales a coordenadas geográficas
- Validación de consistencia territorial (localidad, Subred, estrato)
- Soporte nivel III, reportando número y tipo de requerimientos técnicos atendidos, tiempos de respuesta y estado de resolución.

El equipo de Soporte III ha gestionado de manera eficiente los hallazgos reportados por las subredes, logrando una solución pronta y en tiempo real para la gran mayoría de los casos. Los hallazgos han sido abordados directamente por el grupo (Ingenieros EBEH) o en su defecto, derivados a las mesas de soporte especializadas para su resolución, garantizando una atención integral y sin demoras.
Consolidado de Resultados:
Los hallazgos han sido gestionados de manera consolidada, ya sea por el equipo de Soporte III o a través de las mesas de soporte designadas.
Tiempos de Respuesta: Se ha mantenido una atención en tiempo real, priorizando la pronta solución de cada incidencia reportada.
Característica de los Hallazgos: La gran mayoría de los hallazgos corresponden a incidencias que pudieron ser verificadas y manejadas desde los niveles de Soporte I y II de cada subred.

- Pruebas de desarrollo ejecutadas, indicando ajustes o funcionalidades validadas previo a su paso a producción.

Cobertura Integral: Pruebas a todos los módulos y 70 formularios aseguran validación completa
Enfoque Colaborativo: 4 sesiones con ingenieros de subredes garantizan:
Perspectivas técnicas diversas
Validación desde el usuario final
Detección de problemas específicos del nuevo entorno
Metodología Sistemática:
Pruebas específicas para adaptación al nuevo servidor

Proceso documentado de identificación y reporte de fallas
Ciclo de Corrección Cerrado: Hallazgos pasados directamente al equipo desarrollador
Impacto en Calidad de Datos:
Esta migración controlada contribuye a:
1. Integridad
Verificación de que todos los formularios funcionan correctamente en el nuevo entorno
Detección temprana de problemas que podrían causar pérdida o corrupción de datos
2. Consistencia
Confirmación de que las reglas de validación y cálculos se mantienen tras la migración
3. Disponibilidad y Actualización
Aseguramiento de que el acceso y actualización de datos funciona en la nueva infraestructura

- Planos y reportes estratégicos generados, señalando su finalidad (monitoreo, control, auditoría, toma de decisiones).

1. Tablero de monitoreo de planes de cuidado pendientes por cerrar

Se realizó seguimiento consolidado por subred a los planes de cuidado pendientes de cierre, con el fin de diseñar estrategias que permitan culminar aquellos casos que por tiempo ya deberían estar cerrados.

Subred	Pendiente inicial	Pendiente al último tablero	Cerrados (cantidad)	% Cerrado por subred
Norte	4.055	2.101	1.954	48%
Sur	5.509	2.405	3.104	56%
Centro Oriente	3.068	1.470	1.598	52%
Sur Occidente	3.730	1.886	1.844	49%

TOTAL, DISTRITAL	**16.362**	**7.862**	**8.500**	**52%**

A nivel distrital se ha cerrado el 52% de los planes pendientes inicialmente. La subred Sur presenta el mayor avance (56%), mientras que Norte requiere mayor atención (48% cerrado). Cada subred debe fortalecer estrategias específicas para cerrar los casos remanentes.

2. Tablero de control por perfiles de gestión

Se realizó seguimiento a la gestión de los perfiles:

Gestores Más Bienestar

Gestores en Línea

Enfermeras

Los casos de prioridad 107 que no tenían gestión activa fueron reasignados al perfil de Psicología, con el fin de agilizar la respuesta y garantizar atención especializada.3

3. Tablero de control de gestantes – Base de ruteo

Se implementó un tablero específico para seguimiento de gestantes con criterio de prioridad alta, con los objetivos de:

Garantizar una respuesta pronta a cada caso.

Evaluar necesidades identificadas a través de las gestiones de llamadas realizadas por Gestores Más Bienestar y Gestores en Línea.

Este control permite focalizar esfuerzos en la población más vulnerable y optimizar la ruta de atención materna.

- Orientación técnica a subredes, indicando acciones de acompañamiento realizadas y mejoras observadas en la calidad de los registros.

- Alertas y riesgos identificados, relacionados con la información, el uso del sistema o la operación.
- Acciones de mejora implementadas, orientadas a fortalecer la calidad de los datos y la estabilidad del aplicativo.

7. ACCIONES DE BIENESTAR COMITÉS DE CUIDADO

7.1 REUNIÓN DE EQUIPO

En el marco de las reuniones de equipo realizadas durante el mes de octubre, se hizo énfasis en el módulo de ruteo, adición y prórroga, cuentas de cobro, horas administrativas correspondientes a octubre, reunión de prescripción social, aclaraciones sobre RBC y auditoría.

Para el mes de noviembre, los temas priorizados fueron la calidad de las bases de datos, el ruteo y los procesos de adición y prórroga.

Finalmente, en el mes de diciembre se enfatizó en el agendamiento, el ruteo de los planes de cuidado, así como en las jornadas de intensificación, apropiación y actualización territorial.

7.2 DESARROLLO DE CAPACIDADES DE LOS EQUIPOS MAS BIENESTAR EN TU HOGAR

En el marco de los comités de fortalecimiento de capacidades desarrollados con el equipo interdisciplinario, se llevaron a cabo diversas acciones dirigidas a los equipos de Más Bienestar en tu Hogar. El 20 de octubre se realizó una jornada de capacitación orientada al fortalecimiento del conocimiento sobre la cápita de la Subred con las EAPB Capital Salud, Sanitas y Famisanar, en articulación con los líderes de las rutas de atención en salud. Esta capacitación estuvo dirigida a los colaboradores con el propósito de fortalecer la formulación de los planes de cuidado individual y el proceso de agendamiento realizado por los equipos de Más Bienestar en tu Hogar desde la atención intramural en las Unidades de Atención Básica.

Durante el mes de noviembre se desarrollaron dos espacios de fortalecimiento. El 7 de noviembre se realizó capacitación en planes de bienestar materno, fortalecimiento de la prescripción social y manejo del sistema SIVIGILA, con el objetivo de mejorar el diligenciamiento y la correcta aplicación de los planes de atención y las fichas de

notificación, de acuerdo con la población abordada. Posteriormente, el 10 de noviembre se capacitó al perfil de enfermería en el uso de la historia clínica de seguimiento dentro de la ruta materno-perinatal, actividad liderada por los jefes de enfermería de la estrategia Ángeles Guardianes. Este espacio incluyó el fortalecimiento técnico de la estrategia y el desarrollo de los siguientes contenidos: generalidades del aplicativo de gestantes, uso de la historia clínica de seguimiento en plataforma web, taller práctico sobre el diligenciamiento de la historia clínica de seguimiento web, revisión de historias clínicas y fortalecimiento integral de la estrategia. Adicionalmente,

se reiteró al equipo que todo seguimiento realizado debe ser registrado en el aplicativo GTAPPS dentro de las primeras 24 horas posteriores a la visita o contacto, garantizando información completa, clara, coherente y debidamente estructurada. Se enfatizó en evitar registros incompletos o anotaciones como “pendiente” o “por cargar”. El registro debe incluir, como mínimo, la valoración del estado general del usuario, verificación de signos de alarma, revisión de tratamientos y adherencia, educación brindada, identificación de riesgos y barreras, así como la gestión de servicios o controles requeridos, asegurando la trazabilidad y calidad del proceso extramural conforme a los lineamientos de la estrategia.

Finalmente, durante el mes de diciembre se realizaron nuevos espacios de fortalecimiento. El 15 de diciembre se brindó asistencia técnica a los perfiles de enfermería y medicina en el diligenciamiento de la historia clínica PYD para infancia y planificación familiar. Posteriormente, el 22 de diciembre se reforzaron los conocimientos relacionados con el evento 113 de SIVIGILA, la prescripción social y el proceso de aseguramiento a través de la plataforma SAT.

7.3 COMITÉ TERRITORIAL

Durante los meses de octubre a diciembre de 2025, se realizan comités territoriales de manera mensual (dos veces al mes), liderados por la líder operativa y los profesionales asignados a los sectores catastrales, según la designación territorial realizada por el equipo de geógrafos.

En estos espacios se lleva a cabo el análisis de los casos abordados en los sectores catastrales por los gestores de bienestar, los cuales, de acuerdo con las necesidades y características de la población identificada, son derivados para el desarrollo de planes de bienestar por parte de alguno de los perfiles del equipo interdisciplinario, teniendo en cuenta los eventos priorizados: gestantes, infancia, cáncer, salud mental, discapacidad y enfermedades crónicas.

Es importante mencionar que, en caso de que la demanda de abordaje supere la capacidad de respuesta del equipo, se deberá priorizar la atención de las familias en las que se hayan presentado los eventos priorizados mencionados.

Para los grupos específicos de bienestar de avanzada, enfoque diferencial y otros grupos poblacionales, se realiza una rotación del talento humano encargado de desarrollar acciones en estos grupos, con el fin de efectuar el análisis de esta población específica y coordinar su abordaje. Este proceso se logra mediante la organización y asignación realizadas por el líder operativo de cada sector catastral.

7.4 ESPACIOS DE PRECRÍTICA Y SEGUIMIENTO

Durante los meses de octubre a diciembre de 2025, las líderes operativas, junto con el técnico administrativo, realizan pre críticas de manera semanal a todo el talento humano asignado por sector catastral para el abordaje del territorio.En este ejercicio se identifican hallazgos de calidad y técnicos, los cuales son socializados de manera inmediata para su corrección oportuna, dejando como soporte el acta de precrítica correspondiente.

Por parte del área de Sistemas de Información, dentro de sus acciones de monitoreo, se comparten de manera constante los hallazgos del aplicativo GTAPS, con el fin de garantizar que las acciones registradas sean oportunas, veraces y concordantes con lo identificado en el territorio.

Es importante mencionar que, cuando se identifica talento humano con reiteración en los hallazgos, se realiza un fortalecimiento técnico y acompañamiento, con el objetivo de subsanar los errores y garantizar una ejecución óptima, de acuerdo con los lineamientos operativos.

7.5 DESCRIPCIÓN DEL PROCESO DE INDUCCIÓN Y FORTALECIMIENTO DE COMPETENCIAS TÉCNICAS DE LOS EQUIPOS DEL CONVENIO (SÓLO PARA OCTUBRE Y NOVIEMBRE DE 2025)

Durante los meses de octubre a diciembre se realizan inducciones presenciales a los nuevos integrantes del Equipo Más Bienestar en tu Hogar de la Subred Sur Occidente, con articulación de los componentes geográficos, sistemas de información, activación de rutas, acceso EPS y líderes operativos. En estas inducciones se socializa el modelo EMBH, sus lineamientos operativos, objetivos, organización del equipo, perfiles, estrategias de abordaje y el uso del aplicativo GTAPS para el ruteo, registro de hogares y gestión de la información según el riesgo identificado.

El componente geográfico orienta sobre la apropiación territorial y la caracterización poblacional para una gestión efectiva en salud. La líder de acceso EPS explica los procesos

de agendamiento, convenios y tipos de usuarios, mientras que la líder de activación de rutas y prescripción social instruye sobre el acceso a servicios y el diligenciamiento de formatos.

La profesional de inducciones realiza seguimiento a la inducción virtual, verificando certificaciones y notificando a líderes operativos los cumplimientos y asistencias, además de enviar actas y registros. Asimismo, efectúa acompañamiento y seguimiento a perfiles específicos, como gestores en línea y profesionales de enfermería, identificando falencias en el abordaje, fortaleciendo competencias técnicas, comunicativas y de gestión del riesgo mediante retroalimentación y articulación con otros líderes. En general, la profesional de inducciones cumple un rol estratégico al garantizar la correcta incorporación del talento humano, la comprensión integral del modelo EMBH, la articulación interinstitucional y la mejora continua en la calidad de la atención y la gestión del riesgo.