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

MAS BIENESTAR EN TU HOGAR

Comentado [1]: no se encuentra en formato de la Subred (logos ETC)

PRODUCTOS:

INFORME DE AVANCE EN LA GESTIÓN TÉCNICA, ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

CONVENIO 8374109 DE 2025

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

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

FECHA (DD/MM/AAAA)

Bogotá D.C

TABLA DE CONTENIDO

No se encontraron entradas de tabla de contenido.

Comentado [2]: esta desactualizado

1. INTRODUCCIÓN

Las acciones llevadas a cabo por los equipos de bienestar de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte son esenciales para garantizar la atención integral y mejorar la calidad de vida de la población. En este contexto, la articulación de estos equipos con los diversos niveles del sistema de salud, bajo el modelo de bienestar del Distrito Capital, juega un papel clave en la efectividad de las intervenciones. Este modelo, centrado en la Atención Primaria Social (APS), promueve un enfoque integral que no solo aborda las necesidades de salud física de la comunidad, sino también sus necesidades sociales, emocionales y psicosociales.

La Atención Primaria Social bajo el enfoque de bienestar se basa en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades mediante la participación activa de la comunidad y la integración de servicios de salud con acciones sociales que mejoren las condiciones de vida de los ciudadanos. Este enfoque busca garantizar la equidad en el acceso a los servicios, promoviendo un trabajo interinstitucional que involucre tanto a los profesionales de salud como a otros actores sociales y comunitarios, con el fin de ofrecer respuestas más holísticas a las necesidades de la población.

Este documento tiene como propósito evaluar las acciones desarrolladas por los equipos más bienestar, describiendo su alcance territorial, poblacional y operativo. Asimismo, se aborda la manera en que estas acciones se articulan con la Atención Primaria Social y cómo este modelo contribuye al fortalecimiento del sistema de salud en el Distrito Capital. Además, se exploran los objetivos, metodologías y resultados obtenidos hasta la fecha, con el fin de evaluar el impacto de estas acciones en la mejora del bienestar de la comunidad y en la efectividad de los servicios de salud.

2. OBJETO

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

3. ALCANCE

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

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

4.1. AVANZADA PARA EL ABORDAJE TERRITORIAL

Durante el periodo evaluado, la Subred Norte, a través de la estrategia Equipos Más Bienestar en tu Hogar, desarrolló acciones integrales orientadas al fortalecimiento de la gestión territorial avanzada, con énfasis en la movilización social, la participación comunitaria e intersectorial y el posicionamiento del Modelo Territorial de Salud en los territorios priorizados.

Las acciones se ejecutaron mediante un trabajo sistemático de articulación territorial, liderado por el equipo de avanzada, el cual promovió la vinculación activa de actores comunitarios, institucionales y sectoriales. En este sentido, se fortalecieron procesos de diálogo y concertación con líderes sociales y comunitarios, especialmente en aquellas localidades con alto porcentaje de propiedad horizontal, donde históricamente se han identificado dinámicas especiales que inciden en la efectividad operativa de los equipos en territorio.

De manera específica, el equipo de avanzada participó de forma activa en mesas locales, encuentros comunitarios, escenarios de participación social y espacios intersectoriales, desde los cuales se socializa y posicionó el Modelo Territorial de Salud, resaltando su enfoque preventivo, familiar y comunitario. Estos espacios permitieron visibilizar el rol de los Equipos Más Bienestar en tu Hogar y generar mayor apropiación del modelo por parte de la comunidad y de los actores locales.

Asimismo, se desarrollaron acciones orientadas a la movilización y participación comunitaria, mediante la socialización directa con familias y comunidades sobre el ejercicio de reconocimiento de la prescripción social, la identificación de la oferta de servicios institucionales y comunitarios y el fortalecimiento de procesos de autogestión, promoviendo la corresponsabilidad de las familias en el cuidado de su salud y bienestar.

De manera complementaria, el equipo de avanzada brindó apoyo permanente a los procesos de control social, fortaleciendo el vínculo con instancias de veeduría ciudadana, lo que permitió consolidar canales de comunicación efectivos entre la comunidad y la institucionalidad, así como promover la transparencia, el seguimiento y la participación activa en la gestión de los servicios de salud en el territorio.

Las acciones desarrolladas generaron avances significativos en el fortalecimiento del trabajo conjunto entre la Subred Norte, los actores comunitarios y las instancias intersectoriales. Se evidenció una mejora en la articulación territorial, una mayor disposición de los líderes comunitarios para facilitar el ingreso y la operación de los equipos en sectores con dinámicas especiales, y un incremento en el reconocimiento del Modelo Territorial de Salud por parte de la comunidad.

En relación con el indicador "Porcentaje de sectores catastrales con dinámicas especiales en los que la implementación de estrategias diferenciales mejoró la efectividad operativa de los Equipos Más Bienestar en tu Hogar", se identificó que las acciones de articulación con líderes sociales en zonas de alta propiedad horizontal en la localidad de Barrios Unidos, la participación activa en mesas locales y la socialización permanente del modelo contribuyeron de manera positiva a mejorar la aceptación comunitaria, optimizar los procesos de abordaje territorial y fortalecer la efectividad operativa de los equipos en estos sectores.

Comentado [3]: esto esta muy interasante, seria importante colocar al menos la localidad o un sector catastral que sea halla caracterizado por tener mas de estas acciones

Entre los factores facilitadores, se destacan la disposición de los líderes comunitarios, la apertura de los espacios de participación local, el trabajo articulado intersectorial y el enfoque pedagógico utilizado para la socialización del modelo y de la prescripción social. Como barreras, se identificaron dinámicas propias de la propiedad horizontal, como restricciones de acceso, rotación de administraciones y limitaciones en la participación comunitaria, las cuales fueron abordadas mediante estrategias diferenciales y acompañamiento continuo del equipo de avanzada.

Finalmente, los principales aprendizajes del período están relacionados con la importancia de fortalecer el trabajo previo con actores comunitarios, mantener una presencia institucional constante en los escenarios locales y consolidar procesos de control social como elementos clave para la sostenibilidad del Modelo Territorial de Salud y la mejora continua de la efectividad operativa de los Equipos Más Bienestar en tu Hogar.

OCTUBRE

LOCALIDAD	ZONAS DE DIFÍCIL ACCESO IDENTIFICADAS	ZONAS DE DIFÍCIL ACCESO APERTURADAS	%
ENGATIVA	1	1	100
Total Subred	Resultado	Resultado	Resultado

Fuente: Base de Control Avanzada

NOVIEMBRE

LOCALIDAD	ZONAS DE DIFÍCIL ACCESO IDENTIFICADAS	ZONAS DE DIFÍCIL ACCESO APERTURADAS	%
ENGATIVA	2	2	100
USAQUEN	1	1	
Total Subred	Resultado	Resultado	Resultado

Fuente: Base de Control Avanzada

DICIEMBRE

LOCALIDAD	ZONAS DE DIFÍCIL ACCESO IDENTIFICADAS	ZONAS DE DIFÍCIL ACCESO APERTURADAS	%
ENGATIVA	2	2	100
Total Subred	**Resultado**	**Resultado**	**Resultado**

Fuente: Base de Control Avanzada

Durante el periodo evaluado, la Subred Norte avanzó de manera significativa en el fortalecimiento de las competencias relacionadas con la prescripción social, a través de procesos de orientación técnica permanente a los Equipos Más Bienestar en tu Hogar y a los actores comunitarios vinculados a la gestión territorial. Estas acciones se centraron en el reconocimiento integral de las necesidades sociales de las familias, la identificación de activos comunitarios y la adecuada canalización hacia la oferta sectorial e intersectorial disponible en el territorio.

La socialización de la oferta sectorial y comunitaria permitió ampliar el conocimiento de las familias frente a los servicios institucionales, programas sociales y recursos comunitarios, promoviendo el ejercicio de la autogestión y la corresponsabilidad en el cuidado de la salud y el bienestar. Como resultado, se evidenció una mayor activación de recursos territoriales y una articulación más efectiva entre las necesidades identificadas en el abordaje familiar y las respuestas disponibles en el entorno, lo cual impactó positivamente en la adherencia a las rutas de atención y en la resolución de determinantes sociales priorizados.

El impacto de la orientación técnica ofrecida se reflejó en una mejora en la capacidad operativa de los equipos para realizar procesos de prescripción social más pertinentes, contextualizados y alineados con las dinámicas propias de cada territorio, fortaleciendo así el enfoque integral del Modelo Territorial de Salud.

Gestión para la apertura de territorios con dinámicas especiales y análisis de estrategias diferenciales

En relación con la apertura de territorios con dinámicas especiales, la Subred Norte desarrolló una gestión activa basada en el análisis previo de las condiciones sociales, organizativas y

administrativas de los sectores catastrales priorizados, especialmente aquellos con alta concentración de propiedad horizontal. A partir de este análisis, se implementaron estrategias diferenciales orientadas a facilitar el ingreso, la permanencia y la efectividad operativa de los Equipos Más Bienestar en tu Hogar.

Estas estrategias incluyeron la interlocución directa con facilitadores territoriales, tales como líderes sociales, administradores de conjuntos residenciales y referentes comunitarios, así como la articulación con instancias institucionales y sectores estratégicos del nivel local. La participación en mesas de trabajo intersectoriales permitió concertar acciones, gestionar apoyos y fortalecer acuerdos que favorecieron el acceso a los territorios y la aceptación comunitaria del modelo.

El análisis de la efectividad de estas estrategias evidenció mejoras en la cobertura del abordaje territorial, una mayor disposición de las comunidades para participar en las actividades propuestas y un fortalecimiento del posicionamiento del Modelo Territorial de Salud en contextos con barreras estructurales para la intervención comunitaria.

Acompañamiento a los procesos de control social y fortalecimiento de la participación ciudadana

En cuanto al acompañamiento a los procesos de control social, la Subred Norte mantuvo una interacción permanente con las veedurías ciudadanas, participando en mesas de trabajo y escenarios de diálogo en los cuales se abordaron temas relacionados con la gestión territorial, la operación de los equipos y el seguimiento a los compromisos institucionales.

Durante el periodo, se asumieron compromisos orientados a mejorar los canales de comunicación con la comunidad, fortalecer la entrega de información clara y oportuna, y brindar insumos técnicos y apoyos pertinentes para el ejercicio de la vigilancia ciudadana. Estas acciones contribuyeron al fortalecimiento de la transparencia, al empoderamiento de los actores comunitarios y a la consolidación de una participación activa y corresponsable en el seguimiento del quehacer territorial.

El acompañamiento realizado permitió, además, identificar oportunidades de mejora en la operación de los equipos y ajustar estrategias de intervención a partir de las observaciones y recomendaciones surgidas desde el control social.

Procedimientos exitosos y buenas prácticas implementadas

Al cierre del periodo, se identificaron diversos procedimientos exitosos que aportaron de manera positiva al desarrollo de las funciones de la Subred Norte, a la mejora de la gestión territorial y al fortalecimiento del trabajo comunitario. Entre estos se destacan: la articulación temprana con líderes sociales para la apertura de territorios con dinámicas especiales, la participación sostenida en mesas locales e intersectoriales para el posicionamiento del Modelo Territorial de Salud, y la orientación continua en prescripción social como herramienta para la activación de recursos territoriales.

Estos procedimientos fueron efectivos debido a su enfoque participativo, su adaptación a las particularidades de cada territorio y la constancia en la presencia institucional. Asimismo, permitieron generar confianza comunitaria, optimizar la efectividad operativa de los equipos y fortalecer los procesos de apropiación del modelo por parte de la comunidad.

Las buenas prácticas identificadas constituyen experiencias replicables y susceptibles de ser potenciadas en periodos posteriores, aportando a la sostenibilidad del Modelo Territorial de Salud y al fortalecimiento de la gestión territorial con enfoque comunitario e intersectorial.

4.2. APROPIACIÓN TERRITORIAL

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

En los meses de octubre y noviembre se realizó un ejercicio de apropiación territorial de manera parcial, en el cual los gestores, mediante el uso de una matriz predial, identificaron el uso del predio a partir de un primer acercamiento a su territorio. En este proceso se reconocieron aspectos clave del sector donde se desarrollarán las acciones, permitiendo identificar barreras, puntos estratégicos y actores sociales relevantes presentes en el territorio. A partir de la identificación de estos aspectos, el componente geográfico contó con insumos clave para el análisis territorial, lo que permitió priorizar los puntos estratégicos del sector. Esta priorización facilitó la definición de áreas críticas y de mayor relevancia para la intervención, orientando el envío del equipo de avanzada hacia aquellos lugares donde se requiere un reconocimiento más detallado del territorio, la validación en campo de la

información preliminar y el fortalecimiento del relacionamiento con los actores sociales identificados.

Durante el mes de diciembre, el componente geográfico orientó su gestión al alistamiento técnico, metodológico y operativo requerido para el desarrollo de los ejercicios de apropiación y actualización territorial, de conformidad con lo establecido en la ficha metodológica. En este periodo, las actividades se concentraron en la preparación de insumos, revisión y organización de información territorial, definición de alcances, y estructuración de orientaciones técnicas, con el fin de garantizar que las jornadas de apropiación territorial a desarrollarse durante las primeras semanas del mes de enero se ejecuten con criterios claros, insumos validados y una planeación coherente con las realidades de cada sector catastral.

En este sentido, las acciones adelantadas en diciembre no corresponden a la ejecución directa de recorridos ni a la construcción de cartografía social en territorio, sino a la fase de planeación y preparación que soporta metodológicamente los ejercicios de apropiación territorial, asegurando rigor técnico, optimización de tiempos y pertinencia operativa en la implementación de la estrategia.

4.2.1 Identificación de sectores catastrales para apropiación inicial y actualización territorial

En el desarrollo de esta primera actividad se realizó el cruce, consolidación y análisis de las apropiaciones territoriales previas, con el propósito de identificar los sectores catastrales que requerían desarrollar procesos de apropiación territorial por primera vez y aquellos que debían ser abordados mediante procesos de actualización territorial, de conformidad con los lineamientos establecidos en la ficha metodológica.

Como resultado de este ejercicio, se identificó que, del universo total de 407 sectores catastrales, un total de 120 sectores no contaban con apropiación territorial previa y, por tanto, se clasificaron como sectores a abordar mediante procesos de apropiación territorial inicial durante el inicio de 2026. Estos sectores se encuentran distribuidos en 72 delimitaciones territoriales.

Es importante resaltar que, dentro de estos 120 sectores catastrales sin apropiación territorial, el componente geográfico había identificado previamente 21 sectores catastrales con condiciones de no abordabilidad operativa directa, de acuerdo con ejercicios técnicos desarrollados en períodos anteriores. No obstante, y en coherencia con el enfoque de lectura territorial dinámica, estos sectores sí serán tenidos en cuenta dentro del ejercicio de apropiación territorial, con el objetivo de revisar, monitorear y actualizar posibles cambios ocurridos en el territorio entre el mes de octubre y la fecha, particularmente en lo relacionado

con variaciones prediales, dinámicas territoriales, riesgos, accesibilidad y presencia institucional.

En este sentido, el universo de trabajo territorial se estructura de la siguiente manera: 287 sectores catastrales desarrollarán procesos de actualización territorial, mientras que 120 sectores catastrales desarrollarán procesos de apropiación territorial por primera vez, incluyendo aquellos con condiciones operativas particulares que requieren un seguimiento y monitoreo diferenciado.

En cuanto a la caracterización socioeconómica de los sectores catastrales sin apropiación previa, se identificó que 35 sectores corresponden a estratificación ponderada superior a 4; 37 sectores se ubican en estratificación ponderada entre 3 y 4; y 48 sectores corresponden a estratificaciones entre 1 y 3, así como a sectores con estratificación no determinada, asociados principalmente a contextos de ruralidad o reserva en los cerros orientales.

Adicionalmente, se identificó que, de las 72 delimitaciones territoriales en las cuales se ubican estos sectores catastrales, 48 delimitaciones cierran el año en curso sin gestor presencial asignado. Esta situación evidencia una brecha operativa importante para el desarrollo de los ejercicios de apropiación territorial, particularmente en aquellos sectores que se requiere mayor esfuerzo de reconocimiento y monitoreo territorial. En consecuencia, para estas áreas de gestión del riesgo se realizó la asignación de gestores en línea que permitan cubrir el déficit de gestores presenciales garantizando la continuidad del ejercicio de apropiación territorial conforme a los lineamientos metodológicos establecidos.

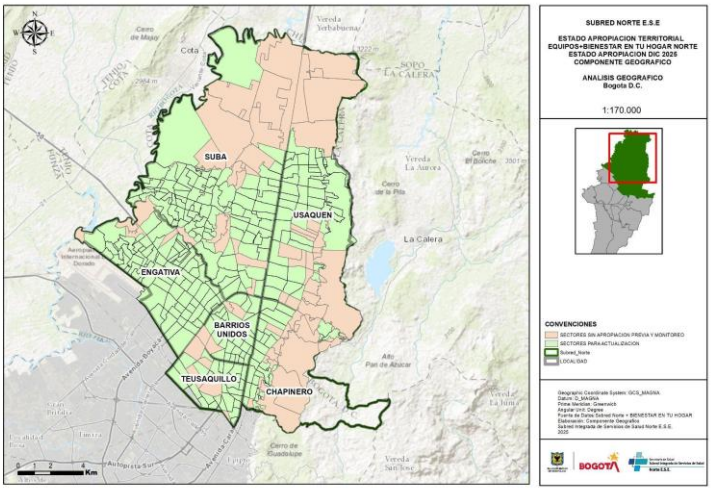


Imagen 1. Mapa estado de apropiación territorial norte diciembre 2025. Fuente: elaboración componente geográfico norte

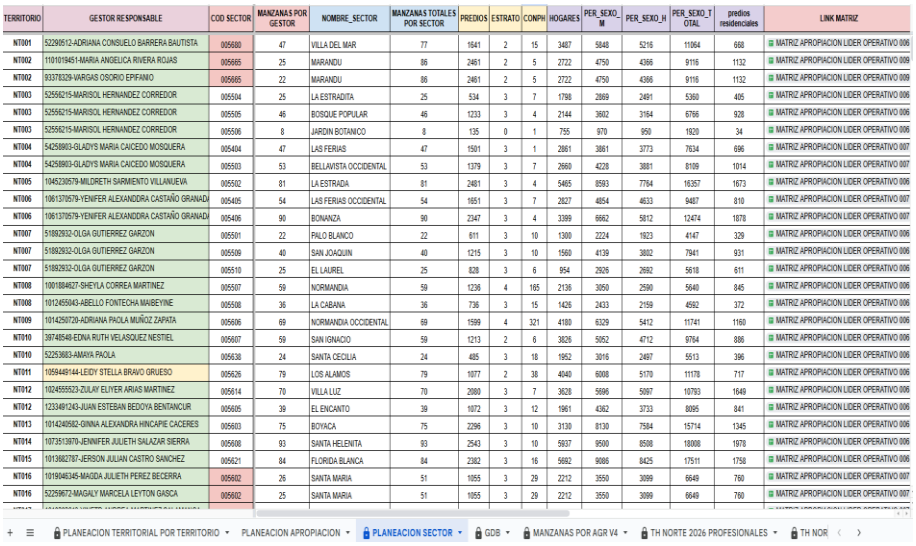
4.2.2 Alistamiento de insumos cartográficos y de información territorial

Posterior a la identificación de los sectores catastrales que desarrollarán procesos de apropiación inicial y actualización territorial, la segunda actividad relacionada con la estrategia de apropiación territorial se orientó al procesamiento, análisis y consolidación de la información necesaria para la elaboración de los insumos cartográficos y analíticos que soportarán la implementación de los ejercicios en territorio

Este proceso incluyó el análisis técnico de los mapas previamente apropiados en enero de 2025, así como la revisión de los históricos de abordaje del último año, actividad desarrollada en articulación con el componente de sistemas de información, con el fin de consolidar una línea base actualizada, coherente y pertinente para la planeación territorial.

De manera complementaria, se definió la ubicación y estructura de una carpeta digital que contiene los 200 mapas correspondientes a las áreas de gestión del riesgo, los cuales permiten a los equipos contar con una referencia cartográfica detallada de sus territorios asignados. Adicionalmente, esta carpeta incluye una matriz por líder operativo, diseñada para identificar de manera precisa las manzanas que componen cada área de gestión del riesgo,

así como los predios asociados a cada una de ellas, insumo que permitirá realizar un análisis predial uno a uno durante el desarrollo de los ejercicios de apropiación y actualización territorial.



TERRITORIO	GESTOR RESPONSABLE	COD SECTOR	MANZANAS POR GESTOR	NOMBRE_SECTOR	MANZANAS TOTALES POR SECTOR	PREDIOS	ESTRATO	CONPH	HOGARES	PER_SEXO_M	PER_SEXO_H	PER_SEXO_TOTAL	predios residenciales	LINK MATRIZ
NT001	52290512-ADRIANA CONSUELO BARRERA BAUTISTA	005680	47	VILLA DEL MAR	77	1641	2	15	3487	5848	5216	11064	668	MATRIZ APROPIACION LIDER OPERATIVO 006
NT002	1101019451-MARIA ANGELICA RIVERA ROJAS	005665	25	MARANDU	86	2461	2	5	2722	4750	4366	9116	1132	MATRIZ APROPIACION LIDER OPERATIVO 009
NT002	93378329-VARGAS OSORIO EPIFANIO	005665	22	MARANDU	86	2461	2	5	2722	4750	4366	9116	1132	MATRIZ APROPIACION LIDER OPERATIVO 009
NT003	52556215-MARISOL HERNANDEZ CORREDOR	005504	25	LA ESTRADITA	25	534	3	7	1798	2869	2491	5360	405	MATRIZ APROPIACION LIDER OPERATIVO 006
NT003	52556215-MARISOL HERNANDEZ CORREDOR	005505	46	BOSQUE POPULAR	46	1233	3	4	2144	3602	3164	6766	928	MATRIZ APROPIACION LIDER OPERATIVO 006
NT003	52556215-MARISOL HERNANDEZ CORREDOR	005506	8	JARDIN BOTANCO	8	135	0	1	755	970	950	1920	34	MATRIZ APROPIACION LIDER OPERATIVO 006
NT004	54258903-GLADYS MARIA CAICEDO MOSQUERA	005404	47	LAS FERIAS	47	1501	3	1	2861	3861	3773	7634	696	MATRIZ APROPIACION LIDER OPERATIVO 007
NT004	54258903-GLADYS MARIA CAICEDO MOSQUERA	005503	53	BELLAVISTA OCCIDENTAL	53	1379	3	7	2660	4228	3881	8109	1014	MATRIZ APROPIACION LIDER OPERATIVO 007
NT005	1045230579-MILDRETH SARMIENTO VILLANUEVA	005502	81	LA ESTRADA	81	2481	3	4	5465	8593	7764	16357	1673	MATRIZ APROPIACION LIDER OPERATIVO 006
NT006	1061370579-YENIFER ALEXANDDRA CASTAÑO GRANADA	005405	54	LAS FERIAS OCCIDENTAL	54	1651	3	7	2827	4854	4633	9487	810	MATRIZ APROPIACION LIDER OPERATIVO 007
NT006	1061370579-YENIFER ALEXANDDRA CASTAÑO GRANADA	005406	90	BONANZA	90	2347	3	4	3389	6662	5812	12474	1878	MATRIZ APROPIACION LIDER OPERATIVO 007
NT007	51892932-OLGA GUTIERREZ GARZON	005501	22	PALO BLANCO	22	611	3	10	1300	2224	1923	4147	329	MATRIZ APROPIACION LIDER OPERATIVO 006
NT007	51892932-OLGA GUTIERREZ GARZON	005509	40	SAN JOAQUIN	40	1215	3	10	1560	4139	3802	7941	931	MATRIZ APROPIACION LIDER OPERATIVO 006
NT007	51892932-OLGA GUTIERREZ GARZON	005510	25	EL LAUREL	25	828	3	6	954	2926	2692	5618	611	MATRIZ APROPIACION LIDER OPERATIVO 006
NT008	1001884627-SHEYLA CORREA MARTINEZ	005507	59	NORMANDIA	59	1236	4	165	2136	3050	2590	5640	845	MATRIZ APROPIACION LIDER OPERATIVO 006
NT008	1012465043-ABELLO FONTECHA MAIBEYINE	005508	36	LA CABANA	36	736	3	15	1426	2433	2159	4592	372	MATRIZ APROPIACION LIDER OPERATIVO 006
NT009	1014250720-ADRIANA PAOLA MUÑOZ ZAPATA	005606	69	NORMANDIA OCCIDENTAL	69	1599	4	321	4180	6329	5412	11741	1160	MATRIZ APROPIACION LIDER OPERATIVO 006
NT010	39748548-EDNA RUTH VELASQUEZ NESTIEL	005607	59	SAN IGNACIO	59	1213	2	6	3826	5052	4712	9764	886	MATRIZ APROPIACION LIDER OPERATIVO 006
NT010	52253683-AMAYA PAOLA	005638	24	SANTA CECILIA	24	485	3	18	1952	3016	2497	5513	396	MATRIZ APROPIACION LIDER OPERATIVO 006
NT011	1059449144-LEIDY STELLA BRAVO GRUESO	005626	79	LOS ALAMOS	79	1077	2	38	4040	6008	5170	11178	717	MATRIZ APROPIACION LIDER OPERATIVO 006
NT012	1024555523-ZULAY ELIYER ARIAS MARTINEZ	005614	70	VILLA LUZ	70	2080	3	7	3628	5696	5097	10793	1649	MATRIZ APROPIACION LIDER OPERATIVO 006
NT012	1233491243-JUAN ESTEBAN BEDOYA BENTANCUR	005605	39	EL ENCANTO	39	1072	3	12	1961	4362	3733	8095	841	MATRIZ APROPIACION LIDER OPERATIVO 006
NT013	1014240582-GINNA ALEXANDRA HINCAPIE CACERES	005603	75	BOYACA	75	2296	3	10	3130	8130	7584	15714	1345	MATRIZ APROPIACION LIDER OPERATIVO 006
NT014	1073513970-JENNIFER JULIETH SALAZAR SIERRA	005608	93	SANTA HELENITA	93	2543	3	10	5937	9500	8508	18008	1978	MATRIZ APROPIACION LIDER OPERATIVO 006
NT015	1013682787-JERSON JULIAN CASTRO SANCHEZ	005621	84	FLORIDA BLANCA	84	2382	3	16	5692	9086	8425	17511	1758	MATRIZ APROPIACION LIDER OPERATIVO 006
NT016	1019046345-MAGDA JULIETH PEREZ BECERRA	005602	26	SANTA MARIA	51	1055	3	29	2212	3550	3099	6649	760	MATRIZ APROPIACION LIDER OPERATIVO 007
NT016	52259672-MAGALY MARCELA LEYTON GASCA	005602	25	SANTA MARIA	51	1055	3	29	2212	3550	3099	6649	760	MATRIZ APROPIACION LIDER OPERATIVO 007

PLANEACION TERRITORIAL POR TERRITORIO | PLANEACION APROPIACION | PLANEACION SECTOR | GDB | MANZANAS POR AGR V4 | TH NORTE 2026 PROFESIONALES | TH NOR

Imagen 2. Matriz de consulta información demográfica por sector catastral . Fuente: Elaboración componente geográfico MANZANAS POR MICROTERRITORIO VERSION 3

Adicionalmente, se elaboró una matriz de consulta que consolida la información del Censo DANE por sector catastral, con el objetivo de facilitar a los equipos operativos el acceso a información demográfica relevante para la lectura y caracterización del territorio. Asimismo, se estructuró una base de información que permite la consulta de casos y eventos por sector catastral, la cual integra información asociada a ruteos, caracterizaciones y seguimientos realizados a las familias, constituyéndose en un insumo clave para la identificación de dinámicas territoriales, la priorización de sectores y el soporte analítico de los ejercicios de apropiación y actualización territorial.

Imagen 3.Herramienta de consulta usuarios y seguimientos Octubre 2024- Diciembre 2025.



Comentado [4]: titulo en la parte superior

Fuente: Elaboración componentes sistemas de información y geográfico

4.2.3 Socialización metodológica de las jornadas de apropiación y actualización territorial con los equipos operativos

Como tercera actividad, y en articulación con el equipo dinamizador, se programó y desarrolló un espacio de socialización metodológica orientado a la preparación de los equipos para la implementación de las jornadas de apropiación y actualización territorial. Este espacio contó con la participación de profesionales, líderes operativos, geógrafos y equipos de avanzada, y fue liderado por el componente geográfico, con el objetivo de unificar criterios, fortalecer la comprensión metodológica y orientar el ejercicio territorial desde un enfoque integral.

Durante la socialización, el componente geográfico presentó de manera detallada la lógica y los alcances de las jornadas de apropiación y actualización territorial, utilizando como ejemplo práctico el sector catastral 005634 – El Cortijo. A partir de este caso, se ejemplifican las necesidades y elementos clave a identificar en cada territorio, haciendo énfasis en la caracterización sociodemográfica de los sectores catastrales, el reconocimiento preciso de sus límites, la identificación del uso del suelo y, de manera central, la comprensión de la dinámica territorial, entendida como el conjunto de relaciones, prácticas y condiciones que configuran la vida cotidiana del territorio.

De igual forma, se resaltó la importancia de reconocer y mapear las redes comunitarias, institucionales y sociales presentes en cada sector, como un insumo fundamental para fortalecer la efectividad de las estrategias de abordaje y la articulación territorial en los diferentes contextos.

Así mismo, se orientó a los equipos sobre la necesidad de documentar de manera sistemática las barreras que puedan presentarse durante el ejercicio de apropiación territorial, tales como dificultades de acceso, condiciones de seguridad, restricciones operativas o dinámicas sociales particulares. En este marco, se enfatizó en la identificación de poblaciones diferenciales y de especial protección, incluyendo comunidades étnicas, poblaciones con enfoques diferenciales, comunidades de vida, personas residentes en pagadiarios y personas privadas de la libertad en contextos territoriales específicos (PPLS), cuando aplique.

Finalmente, se recalcó la importancia de identificar las prioridades presentes en cada territorio, así como el estado en que se encuentran, con el fin de orientar de manera estratégica las acciones del equipo y enfocar las estrategias de cobertura y seguimiento en aquellos sectores que presentan menores niveles de efectividad en el abordaje, garantizando así una gestión territorial más focalizada, pertinente y coherente con las realidades identificadas.

4.3. GESTORES MAS BIENESTAR

4.3.1 Gestores de Bienestar en línea

PLANEACIÓN DEL ABORDAJE

Durante el periodo evaluado, la planeación del abordaje por parte de los Gestores más Bienestar en línea se estructuró de manera progresiva y estratégica, considerando el plan de acción definido y la capacidad instalada disponible, especialmente en el contexto del proceso de contratación masiva de este perfil.

En una primera fase, y mientras se adelantaba el proceso de vinculación del talento humano, se realizó la identificación de los casos remitidos por la estrategia de ruteo, correspondientes a las diferentes cohortes de riesgo priorizadas para el abordaje en línea. A partir de esta información, y teniendo en cuenta la distribución territorial de los colaboradores, se llevó a cabo la asignación organizada y equitativa de los casos, garantizando una cobertura adecuada y oportuna conforme a la capacidad operativa disponible.

De manera paralela, se desarrolló un proceso de fortalecimiento técnico y metodológico, mediante la construcción de material de apoyo dirigido a estandarizar y optimizar el abordaje. Este proceso incluyó la elaboración de presentaciones técnicas, un instructivo detallado de la estrategia de ruteo, un video tutorial para el cargue de información en el aplicativo GTAPS, así

como el diseño de un taller orientado al estudio de casos y a la simulación del abordaje, con el fin de fortalecer las competencias prácticas del equipo.

Adicionalmente, se estructuraron guiones operativos paso a paso, en los cuales se definieron de manera clara las acciones a desarrollar durante el contacto inicial con el usuario, la gestión del riesgo identificado y las actividades de información, educación y comunicación en salud, diferenciadas según las cohortes de riesgo abordadas.

Una vez consolidado el material técnico, se realizaron sesiones de inducción generales y específicas para el perfil de Gestores de Bienestar en línea. En estos espacios se socializaron las actividades asignadas, haciendo énfasis en el orden de abordaje, los criterios de priorización según cohorte, el adecuado desarrollo del primer contacto, el uso y despliegue de los guiones establecidos, la clasificación del riesgo familiar, la gestión integral del riesgo en salud, el fortalecimiento continuo de capacidades en información y educación para la salud, la definición de periodicidades para los seguimientos remotos y el correcto diligenciamiento y cargue de la información en el aplicativo GTAPS.

Esta planeación permitió garantizar un abordaje estandarizado, oportuno y coherente con los lineamientos técnicos del programa, optimizando el uso de la capacidad instalada y fortaleciendo la calidad de la gestión realizada por los Gestores de Bienestar en línea.

GESTIÓN DE LA ESTRATEGIA DE RUTEO

Durante el periodo de reporte se consolida el avance de la estrategia de ruteo a partir de un abordaje articulado entre gestores en línea, gestores de bienestar y profesionales, permitiendo no solo cuantificar los casos gestionados, sino analizar la calidad del proceso y la respuesta efectiva brindada a la población priorizada. Con corte al periodo analizado, se registran 68.287 casos asignados desde la SDS, de los cuales 12.717 cuentan con gestión completa, alcanzando un avance global del 18,6 %, lo que refleja un fortalecimiento progresivo de la capacidad operativa y del modelo de gestión del riesgo.

La cohorte materno perinatal se consolida como el grupo con mayor nivel de respuesta, al registrar 5.358 casos asignados y 3.810 gestionados, equivalente a un 71,1 % de avance. Este resultado se asocia a la priorización epidemiológica, al seguimiento continuo y a la trazabilidad efectiva del proceso de atención, que incluye contacto telefónico inicial, validación de riesgo, derivación a gestores de bienestar y, cuando se identifica necesidad, visita en campo efectiva (124 desde gestores en línea y 464 desde bienestar), con implementación de planes de bienestar individualizados orientados a garantizar continuidad del cuidado y adherencia a las recomendaciones en salud.

Comentado [5]: 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

Las cohortes de infancia y salud mental presentan avances del 40,6 %, con 724 y 641 casos gestionados respectivamente, evidenciando un fortalecimiento del abordaje integral. En estos grupos se resalta la articulación entre niveles de gestión, que permitió la identificación temprana de barreras, la corrección de información errada (102 casos en infancia y 48 en salud mental desde gestores en línea) y la activación de visitas en campo en los casos que lo requerían, garantizando una respuesta oportuna frente a situaciones de riesgo psicosocial y condiciones de vulnerabilidad.

En contraste, las cohortes de CCVM, cáncer y población general presentan menores porcentajes de avance (11,6 %, 22,5 % y 12,9 % respectivamente), asociados principalmente a una alta proporción de información errada, dificultades de contactabilidad y rechazo inicial al proceso. Frente a este hallazgo, se implementaron acciones de mejora orientadas a la depuración de bases de datos, la reasignación de casos, la priorización diaria según nivel de riesgo y el fortalecimiento del componente educativo durante el primer contacto. Adicionalmente, se activaron 1.605 visitas en campo efectivas desde gestores de bienestar y 25 desde profesionales, permitiendo cerrar brechas de atención y avanzar en la gestión de casos complejos.

Este análisis trasciende la descripción cuantitativa al evidenciar la trazabilidad de los casos gestionados, el proceso de derivación entre los diferentes actores y la respuesta efectiva en territorio mediante la implementación de planes de bienestar. En conjunto, los resultados confirman el fortalecimiento gradual del modelo de ruteo como una estrategia clave para la gestión integral del riesgo en salud, orientada no solo al incremento de coberturas, sino a la mejora en la calidad, oportunidad y continuidad de la atención brindada a la población priorizada.

Tabla 1. Casos Gestionados. Estrategia Ruteo

Grupo de 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	3.329	1.596	2.028	696	1	0	5358	3.810	71,1%

Infancia	1544	531	240	60	0	0	1784	724	40,6%
Salud mental	1156	359	7	1	414	195	1577	641	40,6%
Cáncer	89	0	0	13	0	0	89	20	22,5%
Discapacidad	0	0	0	0	0	0	0	0	100%
CCVM	10.0940	676	451	106	2	0	10547	1.226	11,6%
Población general	29723	1.351	19209	1848	0	0	48932	6.296	12,9%
TOTAL	45.935	4.513	21.935	2.724	417	195	68.287	12.717	18,6%

*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 [6]: Ajustar datos conforme a lo registrado en aplicativo GTAPS

Con relación al contacto telefónico realizado en el marco de la estrategia de ruteo, el análisis de los 7.432 casos efectivamente contactados y gestionados evidencia una distribución diferenciada de los estados de gestión, permitiendo identificar con claridad la trazabilidad y el resultado final de cada caso. Del total gestionado, 2.763 casos (37,2 %) corresponden a usuarios que aceptaron la atención, resultado que refleja una adecuada contactabilidad y disposición al abordaje integral por parte de los gestores en línea, gestores de bienestar y profesionales, quienes realizaron la valoración inicial del riesgo y, cuando fue necesario, activaron procesos de derivación y seguimiento mediante planes de bienestar.

Así mismo, 250 casos (3,4 %) fueron clasificados como no requieren visita, evidenciando una gestión efectiva resuelta a través del contacto telefónico, en la cual se brindó orientación, educación en salud y cierre administrativo del caso, optimizando la capacidad operativa del modelo y priorizando la intervención presencial para los casos de mayor complejidad. En estos escenarios, el resultado final del caso corresponde a cierre por gestión efectiva sin desplazamiento a campo.

En contraste, se identifican 1.645 casos (22,1 %) en estado de rechazo de la atención, así como 1.468 casos adicionales (19,8 %) correspondientes a usuarios que, aunque inicialmente rechazaron la atención, aceptaron el proceso de educación en salud, lo que evidencia la efectividad del abordaje educativo como estrategia para disminuir la resistencia inicial, fortalecer la toma de decisiones informadas y promover una posible vinculación posterior a la ruta de atención, especialmente en cohortes como salud mental, CCVM y población general.

Otros resultados relevantes del proceso de contacto corresponden a 413 casos (5,6 %) fuera de la ciudad y 518 casos (7,0 %) direccionados a otra subred, los cuales activaron procesos de articulación interinstitucional y derivación conforme a la jurisdicción correspondiente,

garantizando la continuidad del cuidado. De igual forma, 157 casos (2,1 %) requirieron actualización de dirección o validación de pertenencia a la misma subred, evidenciando la necesidad de fortalecer la calidad del dato como un eje clave del proceso. Adicionalmente, se identificaron 122 casos (1,6 %) por cambio de prioridad y 74 casos (1,0 %) que no cumplían criterios, los cuales fueron ajustados o cerrados conforme a los lineamientos técnicos definidos para cada cohorte de riesgo.

Finalmente, se registraron 22 casos (0,3 %) correspondientes a personas fallecidas, los cuales fueron debidamente verificados y cerrados en el sistema, garantizando la depuración del universo activo de seguimiento. En conjunto, este análisis permite evidenciar no solo el volumen de casos contactados, sino el resultado final de la gestión, la trazabilidad del proceso desde el contacto inicial hasta el cierre o derivación del caso, y el fortalecimiento progresivo de la estrategia de ruteo como un mecanismo efectivo para la gestión integral del riesgo, alineado con el Modelo MÁS Bienestar y orientado a la mejora continua de la calidad, oportunidad y eficiencia de la atención.

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	1.148	1518	97	2.763	37,2%
Fallecido	12	10	0	22	),3%
No Requiere Visita Gestión Efectiva	139	109	2	250	3,4%
Fuera De La Ciudad	259	142	12	413	5,6%
Rechazado	1.172	405	68	1.645	22,1%
Rechazado acepta educación	1.108	354	6	1.468	19,8%
Actualizar Dirección Misma Subred	83	72	2	157	2,1%
Otra Subred	436	75	7	518	7,0%
Cambio De Prioridad	96	26	0	122	1,6%
No Cumple Criterio	60	13	1	74	1,0%
Total Gestionados	4.513	2.724	195	7,432	100%

Tabla 2.

Tabla 3. Gestión ruteo- casos contactados Fuente: Módulo ruteo aplicativo GTAPS

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

Tabla Seguimiento remoto

Durante el periodo comprendido entre octubre y diciembre de 2025, se registra un total acumulado de 681 usuarios vinculados al seguimiento remoto, correspondientes a aquellos que aceptaron este tipo de abordaje tras el contacto inicial. Esta vinculación se concentra

principalmente en la cohorte de población general con 353 usuarios, seguida por crónicos con 108, materno con 125, infancia con 77, salud mental con 17 y cáncer con 1 usuario, reflejando una adecuada disposición de las cohortes priorizadas para continuar en procesos de acompañamiento no presencial.

No obstante, el análisis del seguimiento remoto trasciende la aceptación inicial, en tanto el objetivo del proceso no se limita a la vinculación de usuarios, sino que se orienta a la implementación efectiva de planes de bienestar, la identificación oportuna de riesgos y su gestión integral en el tiempo. En este sentido, si bien se evidencia un avance en la fase de vinculación, a la fecha del corte no se registran usuarios con segundo contacto telefónico efectivo (0 casos), lo que no constituye una brecha asociada a rechazo o falta de adherencia, sino que responde al cumplimiento de las periodicidades establecidas en el lineamiento técnico, las cuales definen tiempos específicos para la activación del segundo contacto por parte del gestor en línea.

Desde el análisis por grupo de riesgo, se observa que las cohortes materno e infancia concentran un número relevante de usuarios vinculados, en coherencia con su priorización en salud pública y la necesidad de seguimiento continuo para la detección temprana de alertas. Así mismo, las cohortes de crónicos y salud mental representan una oportunidad estratégica para fortalecer, en fases posteriores, la adherencia a los planes de bienestar, el control del riesgo y la continuidad del cuidado mediante el seguimiento remoto estructurado.

En términos de avance del periodo frente al acumulado, los resultados indican que la estrategia de seguimiento remoto se encuentra actualmente en una fase de consolidación de la vinculación, previa al inicio del seguimiento efectivo. Este escenario permite anticipar que, una vez se cumplan las periodicidades definidas y se activen los cronogramas de seguimiento conforme a la normatividad vigente, se evidenciará un incremento progresivo en los segundos contactos, acompañado de la implementación de planes de bienestar y del fortalecimiento de la gestión integral del riesgo, alineado con los lineamientos del Modelo MAS Bienestar.

Tabla 4. Seguimiento remoto

Grupo de Riesgo	**Número de usuarios vinculados a seguimiento remoto (aceptan seguimiento remoto)**	**Número de usuarios con seguimiento remoto (contado0s a partir del segundo contacto telefónico**	**Total**

		por el gestor en línea)	
Materno	125	0	0%
Infancia	77	0	0%
Salud mental	17	0	0%
Cáncer	1	0	0%
Discapacidad	0	0	0%
Crónicos	108	0	0%
Población general	353	0	0%
TOTAL	681	0	0%

Fuente: Modulo ruteo aplicativo GTAPS

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

El análisis del periodo de reporte evidencia que, del total de 7.802 casos que aceptaron atención o visita en campo, se cuenta con resultado final registrado en 2.871 casos, lo que representa un avance global del 36,8 %, reflejando progresos en la consolidación del abordaje presencial y en la continuidad del cuidado frente al universo de casos aceptados. La mayor concentración de cierres se presenta en la cohorte de población general, con 1.827 casos (47,7 %), seguida por materno perinatal con 834 casos (34,7 %), comportamiento coherente con la carga poblacional y la priorización operativa definida en el módulo de ruteo.

En relación con el resultado de la atención en campo, se identifican 1.177 casos clasificados como usuario índice, lo que evidencia la capacidad del abordaje presencial para identificar situaciones de riesgo prioritarias que requieren seguimiento continuo, principalmente en población general (792 casos) y materno perinatal (283 casos). Adicionalmente, 607 casos fueron clasificados como no usuario índice, permitiendo el cierre técnico del caso y la depuración del universo activo de seguimiento, optimizando la focalización de los recursos institucionales.

Por otra parte, se registran 888 casos fallidos, concentrados principalmente en población general (498 casos) y materno perinatal (324 casos), asociados a barreras operativas como ausencia del usuario en el domicilio, dificultades de localización efectiva, información desactualizada o limitaciones en la oportunidad del contacto presencial. Así mismo, se identifican 162 casos rechazados, principalmente en población general (107 casos) y materno perinatal (49 casos), relacionados con la negativa expresa del usuario o del cuidador a recibir la atención en campo, pese al contacto previo. Adicionalmente, 37 casos corresponden a

predios de propiedad horizontal, los cuales presentaron restricciones de acceso y requirieron reprogramación o ajuste operativo.

Desde el análisis por grupo de riesgo, se destaca un mejor desempeño relativo en la cohorte de cáncer, que alcanza un 69,2 % de efectividad, seguida por materno perinatal (34,7 %) y salud mental (25,4 %). En contraste, las cohortes de CCVM (12,6 %) e infancia (6,2 %) presentan menores niveles de avance, lo que orienta la estrategia hacia el fortalecimiento de la oportunidad del abordaje presencial, la validación previa de direcciones y la articulación entre gestores en línea y gestores territoriales para reducir fallidos y rechazos.

En términos de avance frente al acumulado, los resultados evidencian un progreso sostenido en la continuidad del cuidado mediante visitas en campo; sin embargo, persiste un volumen relevante de casos aceptados pendientes de cierre, lo que refuerza la necesidad de fortalecer el seguimiento operativo, optimizar la programación territorial y mejorar la efectividad de la respuesta en campo para garantizar la gestión integral del riesgo en salud.

Tabla 5. 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)	No es el usuario indice	Fallido	Predio de propiedad horizontal	Rechazado	Total	Porcentaje de Efectividad (# casos aceptan atención + visita en campo / # casos con intervención efectiva)
Materno	2.405	283	161	324	17	49	834	34,7%
Infancia	530	15	4	14	0	0	33	6,2%
Salud mental	303	40	1	30	2	4	77	25,4%
Cáncer	13	7	1	1	0	0	9	69,2%

Discapacidad	0	0	0	0	0	0	0	100%
CCVM	724	40	27	21	1	2	91	12,6%
Población general	3.827	792	413	498	17	107	1.827	47,%
TOTAL	7.802	1.177	607	888	37	162	2871	36,8%

Fuente: Módulo ruteo aplicativo GTAPS

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

ACCESO

Durante el periodo comprendido entre el 1 de octubre y el 31 de diciembre de 2025, se llevó a cabo la gestión, seguimiento y monitoreo de las actividades relacionadas con la admisión, el acceso y el agendamiento de citas, como parte de la implementación de los planes de cuidado individual. Uno de los aspectos clave de este proceso fue la articulación constante con los técnicos encargados del proceso de admisión en el aplicativo. El objetivo de esta articulación fue brindar retroalimentación continua a los profesionales de salud y asegurar un adecuado registro de los datos en el sistema.

Articulación y Seguimiento Técnico: La comunicación con los técnicos en sistemas responsables del proceso de admisión fue permanente y diaria. Esta articulación incluyó:

1. **Revisión diaria de la base de admisiones:** Se verificaron las razones o hallazgos que impedían la realización de una admisión. En caso de identificar algún error o inconsistencia, se notificó al profesional encargado para que realizara la corrección necesaria y, de esta forma, se pudiera cargar la admisión en el sistema.
2. **Fortalecimiento técnico continuo:** Se llevaron a cabo sesiones de capacitación y seguimiento para los técnicos encargados de realizar las admisiones, en las cuales se les explicó detalladamente el proceso y las normativas asociadas.
3. **Validación de las consultas y frecuencias de uso:** Se realizó una validación exhaustiva sobre el tipo de consultas que corresponden a cada usuario, asegurándose de que cada paciente recibiera la atención adecuada. Esto incluyó la validación de las frecuencias de uso y el registro de los usuarios para determinar si cumplían con los requisitos necesarios para acceder a atención.
4. **Agendamiento médico**: Tras la validación, se procedió a realizar el agendamiento de las citas médicas para aquellas consultas individuales solicitadas, asegurando que se asignan de acuerdo a lo identificado en la frecuencia de uso.
5. **Elaboración de material instructivo:** Se desarrolló un folleto instructivo detallado, en el cual se indicaba la frecuencia de atención que le corresponde a cada paciente,

según el tipo de consulta solicitada. Este material sirvió como guía para asegurar la correcta implementación de la Admisión para los planes de cuidado individual.

Durante el periodo se registró un total de 4480 admisiones, distribuidas así: octubre 1043, noviembre 1905 y diciembre 1532; en diferentes ***finalidades de consulta***:

Nombre Finalidad de consulta Octubre	**Cantidad Finalidad Consulta**
Atención en planificación familiar	10
Consulta Psicología (2 Sesión)	16
Consulta Psicología (3 Sesión)	10
Consulta Psicología (4 Sesión)	2
Consulta Psicología (5 Sesión)	2
Consulta Psicología (6 Sesión)	1
Consulta Psicología (Sesión Final)	19
Consulta Psicología 1 vez	23
Detección de alteración de la vejez	209
Detección de alteración del joven	38
Detección de alteraciones de la adolescencia	15
Detección de alteraciones del adulto	560
Detección de alteraciones del crecimiento y desarrollo	50
Detección de alteraciones del embarazo	13
Detección de enfermedad profesional	1
Inyección Penicilina	8
Resolutiva Enfermedad General	66
Total mes	**1043**
Nombre Finalidad de consulta Noviembre	**Cantidad Finalidad Consulta**
Consulta Psicología (2 Sesión)	31
Consulta Psicología (3 Sesión)	22
Consulta Psicología (4 Sesión)	13
Consulta Psicología (5 Sesión)	13
Consulta Psicología (6 Sesión)	5
Consulta Psicología (Sesión Final)	26
Consulta Psicología 1 vez	31
Detección de alteración de la vejez	206
Detección de alteración del joven	79
Detección de alteraciones de agudeza visual	4
Detección de alteraciones de la adolescencia	2
Detección de alteraciones del adulto	976
Detección de alteraciones del crecimiento y desarrollo	33
Detección de alteraciones del embarazo	1
Detección de enfermedad profesional	2

Resolutiva Enfermedad General	461
Total mes	**1905**
Nombre Finalidad de consulta Diciembre	**Cantidad Finalidad Consulta**
Consulta Psicología (2 Sesión)	22
Consulta Psicología (3 Sesión)	1
Consulta Psicología (6 Sesión)	1
Consulta Psicología (Sesión Final)	27
Consulta Psicología 1 vez	31
Detección de alteración de la vejez	250
Detección de alteración del joven	43
Detección de alteraciones de agudeza visual	6
Detección de alteraciones del adulto	726
Detección de alteraciones del crecimiento y desarrollo	12
Detección de enfermedad profesional	2
Inyección Penicilina	2
Resolutiva Enfermedad General	409
Total mes	**1532**
Total general	**4480**

Fuente: Aplicativo GTAPS módulo de Admisiones. Información acumulada desde el 1 de octubre de 2025 a a 31 diciembre 2025

Durante el periodo comprendido entre los meses de octubre y diciembre se registró un total de 4.480 atenciones, evidenciando un comportamiento dinámico en la demanda de servicios y una respuesta progresiva por parte del equipo de salud. El análisis mensual permite identificar avances significativos, resultados relevantes y la consolidación de procesos asistenciales y preventivos.

En el mes de octubre se reportaron 1.043 atenciones, constituyéndose como el mes de referencia del trimestre. La mayor demanda se concentró en la detección de alteraciones del adulto, seguida de la detección de alteraciones de la vejez, lo que refleja una alta necesidad de intervenciones preventivas en estos grupos poblacionales. Las atenciones en psicología presentaron un comportamiento moderado, con énfasis en consultas por primera vez y sesiones finales, marcando el inicio y cierre de procesos de acompañamiento psicológico.

Para el mes de noviembre se evidenció un incremento significativo en la producción, alcanzando 1.905 atenciones, lo que representa un crecimiento sustancial frente al mes anterior. Este aumento estuvo asociado principalmente al fortalecimiento de la detección de alteraciones del adulto, que prácticamente duplicó su volumen, así como al aumento en las atenciones resolutivas de enfermedad general. De igual manera, se observó un crecimiento en las consultas de psicología en todas sus modalidades, lo que evidencia mayor acceso, continuidad en los procesos terapéuticos y fortalecimiento de la atención en salud mental.

Adicionalmente, se incorporaron nuevas finalidades de consulta, ampliando la cobertura de los servicios ofertados.

En diciembre, pese a una disminución en el volumen de atenciones frente a noviembre, se mantuvo un nivel de producción alto con 1.532 atenciones, superando lo registrado en octubre. Este comportamiento es coherente con factores estacionales propios del cierre de año; no obstante, se destaca la sostenibilidad del servicio y la continuidad en la atención. Durante este mes se mantuvo una alta demanda en la detección de alteraciones del adulto y de la vejez, así como un número relevante de consultas psicológicas, especialmente en consultas por primera vez y sesiones finales, lo que refleja cierres efectivos de procesos y seguimiento adecuado a los usuarios.

En términos generales, el trimestre evidencia un desempeño positivo, caracterizado por el aumento de la cobertura, el fortalecimiento del enfoque preventivo, la consolidación de la atención en salud mental y atención resolutiva. Los resultados alcanzados reflejan el compromiso del equipo de trabajo, la adaptación a la demanda creciente y el impacto favorable de las acciones desarrolladas en la atención integral de la población.

La distribución de atenciones por perfil evidencia una alta concentración de la demanda en el componente médico, el cual representa el 92,95 % del total de atenciones realizadas. Este comportamiento es coherente con el enfoque asistencial y preventivo del servicio, donde las consultas médicas, especialmente las relacionadas con detección de alteraciones del adulto, vejez y atención resolutiva de enfermedad general, constituyen el mayor volumen de intervenciones.

El perfil de psicología concentra el 6,61 % de las atenciones, reflejando una participación relevante en el abordaje de la salud mental. Este porcentaje da cuenta del fortalecimiento progresivo de los procesos psicológicos, incluyendo consultas por primera vez, continuidad de sesiones y cierres efectivos de los procesos terapéuticos.

Por su parte, el perfil de enfermería representa el 0,45 % del total, asociado principalmente a actividades específicas como procedimientos puntuales y apoyo a la atención clínica. Aunque su participación cuantitativa es menor, cumple un rol clave en el soporte operativo y complementario del proceso asistencial.

AGENDAMIENTO

Para el periodo comprendido entre el 1 de octubre de 2025 y el 31 de octubre de 2025, se dio inicio a un nuevo proceso de agendamiento, en el cual los responsables directos de esta actividad fueron los gestores en línea. Con el fin de garantizar una adecuada implementación del proceso, se desarrollaron acciones permanentes de acompañamiento, retroalimentación,

capacitación y fortalecimiento, orientadas a dotar a los gestores de las herramientas necesarias para el correcto desarrollo del agendamiento.

Durante este proceso, se realizó la socialización y fortalecimiento de los conocimientos relacionados con el agendamiento en dinámica, el uso de validadores, la aplicación de la Resolución 3280, así como la frecuencia de uso de los servicios, permitiendo que los gestores adquirieran competencias técnicas para ejecutar el agendamiento de manera adecuada y alineada con los lineamientos establecidos.

No obstante, en la fase inicial de implementación se evidenció que el proceso presentó un grado de complejidad, debido a que los conocimientos previos de los gestores no se encontraban completamente acordes con las exigencias del nuevo modelo de agendamiento. Esta situación hizo evidente la necesidad de reforzar de manera constante y continua los procesos de capacitación y acompañamiento, con el fin de afianzar los aprendizajes y mejorar la ejecución operativa.

En este contexto, tanto en el mes de octubre como en noviembre se evidenció un nivel de agendamiento bajo, asociado al periodo de adaptación al nuevo proceso. Sin embargo, para el mes de diciembre se observó un fortalecimiento significativo de las competencias de los gestores, lo cual se reflejó en un incremento progresivo del agendamiento, evidenciando la efectividad de las acciones de capacitación, seguimiento y mejora continua implementadas.

En el mes de octubre se reportaron 1.334 solicitudes de citas, configurándose como el mes con menor volumen del periodo. Este comportamiento se encuentra asociado al inicio del nuevo proceso de agendamiento, el cual se encontraba en fase de implementación y adaptación operativa, situación que influyó en el flujo inicial de solicitudes.

Para el mes de noviembre, se evidenció un aumento a 2.345 citas solicitadas, lo que representa un incremento aproximado del 76 % frente a octubre. Este crecimiento refleja un mayor conocimiento del proceso por parte de los actores involucrados, así como una mayor identificación de necesidades de atención, sin que ello implique aún una confirmación o programación efectiva de las citas.

En diciembre se registró el mayor volumen del periodo, con 2.872 solicitudes de citas, evidenciando un incremento cercano al 22,5 % en comparación con noviembre. Este comportamiento confirma una tendencia creciente en la demanda, asociada al fortalecimiento progresivo del proceso de solicitud y a la apropiación de los canales habilitados para este fin. No obstante, aún se identifica la necesidad de continuar fortaleciendo las competencias de los gestores Más Bienestar y de los profesionales en relación con la correcta solicitud de las citas, dado que persisten errores en la clasificación y

solicitud de citas tipo 1, 2 y 3 para población capitada. Lo anterior se debe, en gran medida, a la falta de verificación previa de los criterios de afiliación y capitación, evidenciándose casos de usuarios que no se encuentran capitados con la Subred. Adicionalmente, se identifican solicitudes correspondientes a usuarios suspendidos, retirados de la EPS, afiliados fuera de Bogotá, así como situaciones de rechazo de la atención, ausencia de orden médica o inconsistencias en la orden emitida. Estos aspectos impactan directamente el proceso de agendamiento, en la medida en que un número significativo de solicitudes no cumple con los criterios establecidos para proceder con la programación efectiva de las citas, razón por la cual se mantiene el fortalecimiento continuo de estos lineamientos.

Se evidenciaron los siguientes servicios agendados para citas tipo 1,2,3 población capitada:

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

TIPO DE CITA AGENDADA	Cuenta
MEDICINA GENERAL - T4	231
PROGRAMA TAMIZAJE VISUAL	195
HIGIENE ORAL	159
CRÓNICO RESOLUTIVO	153
ALTERACIONES DE LA ADULTEZ (29 AÑOS A 59 AÑOS - QUINQUENIO)	99
ALTERACIONES DE LA VEJEZ (60 AÑOS Y MÁS)	96
TOMA DE LABORATORIOS	73
AYUDAS DIAGNÓSTICAS	58
OTRAS ESPECIALIDADES	58
ODONTOLOGÍA	53
MEDICINA FAMILIAR	48
PSICOLOGÍA	41
MEDICINA INTERNA	34
ALTERACIONES DE LA JUVENTUD (18 AÑOS A 28 AÑOS)	33
OFTALMOLOGÍA	31
PEDIATRÍA	28
CRÓNICO RESOLUTIVO - T4	27
NUTRICION Y DIETETICA	27
PROGRAMA CCU (25 -69)	26
ALTERACIÓN DEL MENOR EN 1 INFANCIA (0 MESES A 5 AÑOS)	25
GINECOBSTETRICIA	25
MEDICINA INTERNA - T4	23
PSIQUIATRÍA	18
DERMATOLOGÍA	15
ALTERACIÓN DEL MENOR EN INFANCIA (6 AÑOS A 11 AÑOS)	14
ORTOPEDIA Y/O TRAUMATOLOGIA	13
PLANIFICACIÓN FAMILIAR	13
CARDIOLOGÍA	12
ALTERACIONES DE LA ADOLESCENCIA (12 AÑOS A 17 AÑOS)	11
MEDICINA FAMILIAR - T4	10
OTORRINOLARINGOLOGIA	10
PROGRAMA CANCER DE PROSTATA (50-75)	9
ALTERACIONES DEL EMBARAZO - T4	8
CIRUGÍA	8
NEUROLOGÍA	8
PROGRAMA CÁNCER DE MAMA (50-69)	6
PROGRAMA CÁNCER DE COLON (DESPUÉS DE LOS 50)	5
GASTROENTEROLOGÍA	4

Comentado [7]: Se recomienda organizar la tabla en orden descendente, con el fin de facilitar la lectura, el análisis comparativo y la identificación de los valores de mayor impacto.

ALTERACIONES DEL EMBARAZO	3
NEUMOLOGÍA	3
UROLOGÍA	3
PEDIATRÍA - T4	2
ATENCIÓN PRECONCEPCIONAL	1
ODONTOPEDIATRÍA	1
REUMATOLOGÍA	1
Total general	**1721**

Fuente: Aplicativo GTAPS módulo de agendamiento. Información acumulada desde el 1 de octubre de 2025 a a 31 diciembre 2025

Durante el periodo analizado se registraron 1.721 citas efectivamente agendadas, lo que evidencia una adecuada conversión de las solicitudes que cumplían con los criterios establecidos y una correcta aplicación de los lineamientos técnicos y operativos del proceso de agendamiento.

El análisis por finalidad de atención muestra una alta concentración del agendamiento en acciones de promoción, prevención y atención primaria, con especial énfasis en el abordaje por ciclo de vida. Se destacan las alteraciones de la adultez, con 99 citas, y las alteraciones de la vejez, con 96 citas, lo que refleja la priorización de la atención en población adulta y mayor, en coherencia con los riesgos y necesidades identificadas en estos grupos etarios.

Dentro de las finalidades con mayor volumen de citas agendadas se resalta medicina general T4, con 231 citas, seguida del programa de tamizaje visual, con 195 citas, y higiene oral, con 159 citas, consolidándose estas como las atenciones con mayor demanda programada. Este comportamiento evidencia una adecuada capacidad operativa de los servicios de primer nivel y un fortalecimiento de las acciones de detección temprana y prevención.

El componente de crónico resolutivo, con 153 citas agendadas, refleja la continuidad en la atención de usuarios con enfermedades crónicas, garantizando el seguimiento y control oportuno de estas condiciones. Adicionalmente, se evidencia un número relevante de citas agendadas en psicología (41) y psiquiatría (18), lo que ratifica la integración del componente de salud mental dentro del modelo de atención.

Asimismo, se registran citas agendadas en servicios de medicina familiar (48), medicina interna (34), pediatría (28) y nutrición y dietética (27), así como en diversas especialidades clínicas y quirúrgicas, lo que demuestra una oferta integral y articulada de servicios. La programación de ayudas diagnósticas (58) y toma de laboratorios (73) complementa el proceso asistencial, fortaleciendo el soporte diagnóstico para la atención clínica.

Para el agendamiento tipo 4 se evidencia la siguiente distribución:

AGENDAMIENTO TIPO 4	CUENTA
MEDICINA GENERAL - T4	231
CRÓNICO RESOLUTIVO - T4	27
MEDICINA INTERNA - T4	23
MEDICINA FAMILIAR - T4	10
ALTERACIONES DEL EMBARAZO - T4	8
ALTERACIONES DEL EMBARAZO - T4	8
PEDIATRÍA - T4	2
Total general	**301**

Fuente: Aplicativo GTAPS módulo de agendamiento. Información acumulada desde el 1 de octubre de 2025 a a 31 diciembre 2025

Durante el período evaluado se registraron 301 agendamientos correspondientes al Tipo 4, evidenciando una clara concentración en los servicios de Medicina General, que alcanzaron 231 atenciones, representando la gran mayoría del total. En menor proporción se presentaron los agendamientos de Crónico Resolutivo, con 27 registros, y Medicina Interna, con 23. Asimismo, las alteraciones del embarazo registraron 16 atenciones, reflejando una demanda moderada de servicios relacionados con la salud materna.

Por otro lado, Medicina Familiar reportó 10 agendamientos, mientras que Pediatría presentó una cifra baja, con 2 registros, lo cual indica una menor utilización de este servicio dentro del agendamiento Tipo 4.

Se establece contacto con las diferentes EPS principalmente por medio de correo electrónico, a través del cual se solicitan las citas correspondientes a los usuarios tipo 4. En algunas ocasiones se recibe una respuesta oportuna; sin embargo, en otros casos no se obtiene respuesta dentro de los tiempos esperados. En ciertos registros, las EPS informan que el usuario ya cuenta con cita asignada o que el agendamiento ya fue realizado previamente. De manera complementaria, también se mantiene comunicación a través de WhatsApp; no obstante, las EPS manifiestan que prefieren que todas las solicitudes y gestiones queden formalizadas por correo electrónico. Cabe resaltar que algunas EPS no responden de manera oportuna, lo que dificulta el proceso de agendamiento.

Adicionalmente, la solicitud de citas tipo 4 se realiza por medio de los canales oficiales establecidos por las EPS, ya sea a través de plataformas virtuales o contacto telefónico,

especialmente en aquellos casos en los que la situación del usuario lo amerita. De forma paralela, se continúa trabajando de manera articulada con las EPS, con el fin de mejorar el flujo y la efectividad del agendamiento de las citas tipo 4.

En cuanto a la implementación del agendamiento con la subred, las solicitudes de cita se gestionan a través de un grupo de WhatsApp establecido directamente con esta entidad. A partir de allí, la subred realiza la apertura de agenda según la necesidad identificada y la disponibilidad existente. En los casos en los que no es posible asignar la cita de manera inmediata, la subred deja el registro en estado de espera dentro del aplicativo Dinámica, para que posteriormente se realice la gestión correspondiente del agendamiento.

Tabla 6. 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 órdenes generadas en las atenciones individuales y las solicitadas por los equipos para usuarios capitados con la SISS)	6.350	1.420	4.930
Agenda en unidades básicas resolutivas de usuarios **tipo 4** realizadas por gestores y profesionales.	301	301	0
Agenda de profesionales de los Equipos MAS Bienestar para atención individual en domicilio.	1027	1027	0
Total	**7678**	**2748**	**4930**

Comentado [8]: Datos no coinciden con Aplicativo GTAPS

Fuente: Aplicativo GTAPS módulo de agendamiento. Información acumulada desde el 1 de octubre de 2025 a a 31 diciembre 2025

Durante el periodo analizado se registró un total de 1.721 citas agendadas, de las cuales 1.420 corresponden a citas tipo 1, 2 y 3, y 301 a citas tipo 4. El comportamiento mensual evidencia una evolución positiva del proceso de agendamiento, especialmente en el mes de diciembre.

En el mes de octubre, se realizaron 230 agendamientos, distribuidos en 216 citas tipo 1, 2 y 3 y 14 citas tipo 4. Este resultado corresponde a la fase inicial de implementación del nuevo modelo de agendamiento, en la cual los gestores en línea se encontraban en proceso de adaptación, lo que impactó el volumen total de citas programadas.

Para noviembre, se observa un incremento en las citas tipo 1, 2 y 3, con 323 agendamientos, mientras que las citas tipo 4 aumentaron a 98, reflejando un mejor aprovechamiento del proceso y una mayor apropiación de los criterios de agendamiento para este tipo de atención. El total mensual ascendió a 421 citas agendadas, evidenciando una mejora frente a octubre.

En diciembre se registra un incremento significativo del agendamiento, alcanzando 1.070 citas, de las cuales 881 corresponden a citas tipo 1, 2 y 3 y 189 a citas tipo 4. Este resultado evidencia un fortalecimiento sustancial del proceso, asociado a la continuidad en la capacitación, el acompañamiento permanente y la mayor apropiación de los lineamientos técnicos por parte de los gestores en línea.

Frente a la atención Individual en el Domicilio del usuario se registraron 1.027 atenciones médicas domiciliarias, evidenciando una tendencia creciente y sostenida en la prestación de este servicio, orientado a garantizar el acceso a la atención en salud de la población con barreras de desplazamiento o condiciones especiales.

En el mes de octubre se realizaron 237 atenciones, constituyéndose como el mes de menor volumen del periodo. Este comportamiento se encuentra asociado al inicio del nuevo proceso operativo y a la fase de ajuste y adaptación de los equipos, lo que influyó en la capacidad inicial de respuesta.

Para noviembre, las atenciones domiciliarias aumentaron a 370, lo que representa un incremento aproximado del 56 % frente a octubre. Este crecimiento evidencia un fortalecimiento progresivo del modelo de atención domiciliaria, así como una mayor articulación entre los procesos de solicitud, agendamiento y prestación del servicio.

En diciembre se alcanzó el mayor volumen del periodo, con 420 atenciones, reflejando un incremento cercano al 13,5 % respecto a noviembre. Este resultado confirma la consolidación

del servicio, la optimización de la programación y una mayor eficiencia en la ejecución de las atenciones en domicilio.

Seguimiento a las citas agendadas

El proceso de agendamiento se encuentra en una etapa de fortalecimiento desde el mes de octubre, reforzandose a partir de los pasos de creación de frecuencia, agendamiento, recordación y seguimiento a la asistencia. Este proceso resulta fundamental para garantizar la efectividad de las citas asignadas a los usuarios.

En relación con el proceso de recordación de citas, y con el objetivo de lograr la efectividad requerida, se orienta de manera permanente a los gestores en línea para que la recordación se realice un día antes de la cita; en caso de que esta se programe para un fin de semana, la recordación debe efectuarse el día viernes. No obstante, se han evidenciado dificultades en la realización de estas recordaciones dentro de los tiempos establecidos, razón por la cual se lleva a cabo una retroalimentación constante y un seguimiento continuo para verificar su cumplimiento.

Durante los meses de octubre y noviembre, la revisión de las recordaciones se realizaba de forma semanal; sin embargo, como parte del plan de mejora y con el fin de disminuir los hallazgos relacionados con la falta de recordación, actualmente esta revisión se efectúa de manera diaria. En este proceso se verifica que las citas del día siguiente se encuentren debidamente recordadas; de no ser así, se generan alertas inmediatas a las líderes operativas y a los gestores en línea para que realicen la recordación de manera oportuna. Este aspecto es considerado un punto clave y fundamental para mejorar la efectividad en la asistencia a las citas agendadas por el equipo de gestores en línea.

En los casos en los que los gestores en línea no logran comunicarse directamente con el usuario, la recordación se realiza mediante el envío de mensajes de texto, informando la cita asignada como mecanismo alterno de notificación.

Respecto al seguimiento de la asistencia a las citas, se ha identificado que las principales causas de inatención corresponden a fallas en el sistema, enfermedad o inasistencia del profesional de salud, situaciones que impiden la atención o el cambio de cápita en el momento de la cita, lo que conlleva a que el usuario no sea atendido.

En cuanto a las reprogramaciones, se ha indicado a los gestores en línea que estas deben realizarse de manera puntual para las citas de ayudas diagnósticas, especialidades, laboratorios u otros servicios que no puedan ser atendidos por los médicos del equipo Más Bienestar. Por el contrario, las citas de medicina general, crónicos o alteraciones según el ciclo de vida, pertenecientes a la ruta de promoción y mantenimiento, cuando presentan inasistencia, se reprograman para que el médico pueda atender al usuario en el domicilio, también según visto bueno de la EPS.

Como parte del plan de mejora, se mantiene la revisión diaria de las recordaciones, con el fin de evidenciar que el usuario ha sido efectivamente informado y recordado de su cita, contribuyendo así al incremento de la efectividad en la asistencia a las citas agendadas.

Tabla 7. Seguimiento a agendamiento

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.	1420	954	434	23	9	1420
Citas Agendadas por el gestor de bienestar o profesional - Tipo 4	301	224	69	7	1	301
Citas agendadas de profesionales de los Equipos MAS Bienestar para atención individual en domicilio.	1027	1027	0	0	0	1027

Fuente aplicativo GTAPS- Base agendamiento corte a 1 octubre a 31 diciembre 2025

Del total de 1.420 citas registradas de usuarios capitados, la mayoría corresponde a citas asistidas, con 954 registros, lo que equivale aproximadamente al 67,2 % del total. Este resultado evidencia un nivel importante de cumplimiento por parte de los usuarios y refleja avances positivos en los procesos de agendamiento y recordación. No obstante se identifican 434 citas no asistidas,que representa cerca del 30,6 %, constituye uno de los principales retos

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

Comentado [10]: Cual es el %

Comentado [11]: Se requiere incorporar el análisis de las inasistencias a las citas, así como detallar las estrategias y acciones desarrolladas para mejorar la adherencia de los usuarios

del proceso, al impactar directamente la efectividad de la atención. A partir de los motivos reportados para la inasistencia, se identifican barreras principalmente de carácter personal, laboral, económico y logístico, que influyen de manera directa en el incumplimiento de las citas programadas:

En primer lugar, se evidencian limitaciones de tiempo y carga laboral, reflejadas en expresiones como *"falta el tiempo", "estaba ocupado", "estaba trabajando y no le dieron permiso"*. Estos motivos indican dificultades para conciliar la atención en salud con las jornadas laborales, especialmente en usuarios con empleos informales o con baja flexibilidad horaria, lo que afecta la asistencia oportuna.

De igual manera, se identifican condiciones económicas adversas, expresadas en frases como *"necesito dinero"* y *"no puedo"*, las cuales pueden estar asociadas a la priorización de actividades generadoras de ingresos sobre la asistencia a la cita, así como a la imposibilidad de asumir costos indirectos como transporte o alimentación durante el desplazamiento.

Otro factor relevante corresponde a las barreras de acceso y movilidad, evidenciadas en el motivo *"falta el transporte"*, que reflejan obstáculos geográficos, económicos o de disponibilidad de medios de transporte, limitando el acceso efectivo a los servicios de salud. Asimismo, se presentan responsabilidades familiares y ausencia de redes de apoyo, particularmente en el motivo *"no tengo con quien dejar a los niños"*, lo que representa una barrera significativa para la asistencia, especialmente en población cuidadora o jefes de hogar. También se identifican factores actitudinales y de baja motivación, expresados en frases como *"no quiso asistir", "falta la disposición" y "no me importa"*. Estos motivos sugieren una baja percepción de la importancia de la cita, desinterés o desconocimiento del impacto de la atención en su estado de salud.

En conclusión, los motivos de inasistencia se concentran principalmente en limitaciones de tiempo y laborales, dificultades económicas y de transporte, responsabilidades familiares y baja disposición o motivación del usuario. Este análisis resalta la necesidad de fortalecer estrategias como la flexibilización de horarios, recordación efectiva, educación en corresponsabilidad y mejora en la comunicación, con el fin de reducir la no asistencia y mejorar la oportunidad y continuidad de la atención en salud.

Como plan de mejora para la reducción de la inasistencia, desde la subred se viene implementando la estrategia de registrar en el aplicativo Dinámica a los usuarios que no asisten de manera reiterada, con el fin de que estos puedan identificar su historial de inasistencias y tomar conciencia sobre la importancia de la cancelación oportuna y la asistencia a las citas programadas. Esta medida busca fortalecer la corresponsabilidad del usuario en el uso adecuado de los servicios de salud.

Adicionalmente, como acción de mejora a implementar a partir del mes de enero, se realizará una revisión diaria de las recordaciones efectivas. Aquellas citas que no cuenten con confirmación o evidencia de recordación serán informadas de manera inmediata al gestor en línea o agendador, quien deberá realizar la gestión correspondiente para asegurar la recordación oportuna al usuario.

Para los casos en los que no sea posible establecer comunicación telefónica con el usuario, se definirá como acción complementaria el envío de mensajes de texto a través de WhatsApp, en los cuales se informará de manera clara y precisa la fecha, hora y tipo de cita, con el propósito de reducir las inasistencias asociadas a fallas en la comunicación y mejorar la efectividad del proceso de agendamiento.

En relación con la inatención, se registraron 23 casos, equivalentes al 1,6 % del total, generalmente vinculados a situaciones externas al usuario, como fallas en el sistema o indisponibilidad del profesional de salud, que impiden la prestación del servicio aun cuando el usuario se presenta a la cita. Adicionalmente, se reportan 9 citas pendientes por seguimiento, correspondientes al 0,6 %, asociadas a usuarios que ya cuentan con agendamientos programados para el mes de enero y que, por tratarse de fechas futuras, aún no han sido clasificadas en términos de asistencia.

En términos generales, aunque la asistencia predomina con más de dos tercios del total de citas, persiste una proporción significativa de no asistencia, lo que resalta la importancia de continuar fortaleciendo las estrategias de recordación, confirmación y seguimiento, con el fin de mejorar la efectividad del proceso de agendamiento y optimizar el uso de los servicios de salud.

De manera específica, al analizar las citas tipo 4, se observa un comportamiento favorable. Del total de 301 citas registradas, 224 fueron asistidas, lo que corresponde aproximadamente al 74,4 %, evidenciando un buen nivel de cumplimiento y efectividad en el proceso de agendamiento y seguimiento para este tipo de atención. Sin embargo, se identifican 69 citas no asistidas, que representan cerca del 22,9 %, constituyéndose en el principal factor de pérdida de efectividad dentro de este grupo. Asimismo, se registran 7 casos de inatención (2,3 %), relacionados principalmente con factores externos como fallas del sistema o indisponibilidad del profesional de salud, y 1 caso pendiente por seguimiento, equivalente al 0,3 %.

En conclusión, si bien el nivel de asistencia en las citas tipo 4 es favorable y superior al promedio general, resulta necesario mantener y reforzar las acciones de recordación, confirmación y seguimiento, orientadas a reducir la no asistencia y a mejorar de manera continua la efectividad del proceso de atención.

4.3.2 Abordaje Territorial: Gestor MAS Bienestar

A partir del proceso de apropiación territorial, se debe reportar el avance en el proceso de abordaje territorial, el acercamiento a las familias, para su caracterización y posteriores acciones de promoción de la salud y gestión integral del riesgo. Para ello, diligenciar la tabla y adelantar una breve descripción y análisis de los avances obtenidos a la fecha de reporte:

En el marco del proceso de apropiación territorial, los equipos de *Más Bienestar en tu Hogar* han desarrollado acciones sistemáticas orientadas al reconocimiento del territorio, la identificación de actores clave y el fortalecimiento del vínculo con las familias, como base para una intervención integral en salud. A través de recorridos territoriales, visitas domiciliarias y articulación con referentes comunitarios e institucionales, se ha logrado un acercamiento progresivo a las familias, favoreciendo su vinculación a las estrategias de promoción de la salud y gestión integral del riesgo.

El avance en el abordaje territorial se evidencia en el aumento de familias contactadas y caracterizadas, así como en la actualización de información familiar previamente registrada, lo cual ha permitido contar con un panorama más preciso de las condiciones sociales, ambientales y de salud del territorio. Este proceso ha facilitado la identificación de determinantes sociales, tales como condiciones de vivienda, acceso a servicios básicos, redes de apoyo y prácticas de cuidado en el hogar, elementos clave para la planeación de acciones diferenciadas y pertinentes.

Como resultado del acercamiento a las familias, se han desarrollado acciones de promoción de la salud centradas en la prevención de eventos prevalentes, en fortalecimiento de prácticas protectoras y la sensibilización sobre el uso oportuno de los servicios de salud. De igual manera, se ha avanzado en la gestión integral del riesgo mediante la identificación temprana de situaciones de alerta, la activación de rutas de atención y la formulación de planes de bienestar orientados a mitigar riesgos individuales y familiares. Estos avances reflejan un proceso de intervención progresivo, que prioriza la continuidad del acompañamiento y el empoderamiento de las familias.

Tabla 8. Abordaje Territorial – Estrategia Barrido Casa a Casa y Ruteo.

LOCALIDAD	TOTAL PREDIOS GESTIONADOS POR	TOTAL DE PREDIOS CON GESTIÓ	TOTAL DE PREDIOS CON GESTIÓ	TOTAL DE PREDIOS CON GESTIÓN EN ESTADO	TOTAL DE PREDIOS CON GESTIÓN EN ESTADO	TOTAL DE PREDIOS CON GESTIÓN

	LOS GESTORES	N EFECTIVA	N FALLIDA	RECHAZADOS	NO RESIDENCIAL	EN AUSENTES
1-Usaquén	1449	1365	3	6	47	28
2-Chapinero	506	506	0	0	0	0
10-Engativá	7791	7632	6	39	24	53
11-Suba	7312	7220	17	14	16	45
12-Barrios Unidos	1243	1168	43	6	44	19
13-Teusaquillo	414	413	0	0	1	0
Total	18715	18304	69	65	132	145

Fuente: Reporte de intervenciones y Atenciones aplicativo GTAPS

Durante el periodo de reporte se gestionaron 18.715 predios en las localidades de Usaquén, Chapinero, Engativá, Suba, Barrios Unidos y Teusaquillo, de los cuales 18.304 registraron gestión efectiva, evidenciando una ejecución operativa eficiente y una adecuada planeación territorial por parte del equipo de gestores.

La alta efectividad se alcanzó mediante la programación estratégica de recorridos, el análisis previo del territorio y la optimización de horarios de visita, lo que facilitó el acceso a los predios y el cumplimiento de los objetivos de gestión. Localidades como Chapinero y Teusaquillo alcanzaron niveles de efectividad del 100 %.

Los 69 predios con gestión fallida estuvieron asociados a situaciones puntuales de imposibilidad de contacto o acceso. Frente a estos casos, se tomaron decisiones orientadas a la reprogramación de visitas, el ajuste de horarios y el cruce de información institucional

En los 65 predios con estado rechazado, se realizaron acciones de sensibilización e información sobre el proceso de equipos más bienestar, dejando abierta la posibilidad de vinculación futura y garantizando el registro adecuado en el aplicativo para efectos de trazabilidad.

Comentado [12]: Más allá de enunciar estas afirmaciones, cual fue la gestión, las decisiones o medidas tomadas en cada caso. Además

Los 132 predios no residenciales fueron verificados y correctamente clasificados, Finalmente, los 145 predios en condición de ausentes fueron objeto de nuevos intentos de contacto en diferentes franjas horarias y recorridos complementarios, apoyados en referentes comunitarios, como medida para incrementar la efectividad en próximas jornadas.

En conclusión, el proceso de gestión predial presenta altos niveles de efectividad, con un bajo porcentaje de incidencias, y permite identificar oportunidades de mejora orientadas al fortalecimiento de la planificación territorial y la optimización de las estrategias de abordaje comunitario.

A partir de los abordajes desarrollados y del proceso de caracterización y actualización familiar, se realizó la identificación de prioridades en salud y la correspondiente clasificación de las familias, lo que permitió categorizarlas en niveles de riesgo alto, medio y bajo. Las familias con prioridad alta corresponden a usuarios clasificados con riesgo tipo 4, pertenecientes a grupos de riesgo como materno perinatal, alteraciones nutricionales, enfermedad cardiovascular, problemas en salud mental, enfermedades respiratorias crónicas, riesgos en la primera infancia y cáncer, quienes no cuentan con atención en salud para su condición. Las familias con prioridad media incluyen aquellas con clasificación de riesgo tipo 3 y 2, conformadas por usuarios con alteraciones en los resultados de tamizajes para la identificación del riesgo, antecedentes familiares de enfermedades crónicas no transmisibles con tamizajes alterados sin atención en salud, así como usuarios de grupos de riesgo o con factores de riesgo identificados que se encuentran vinculados a la ruta de atención o en seguimiento. Finalmente, las familias con prioridad baja corresponden a la clasificación de riesgo tipo 1, integrada por usuarios sin riesgo identificado y con actividades de promoción y mantenimiento de la salud acordes con su curso de vida ,

La caracterización evidenció que un porcentaje significativo de las familias presenta múltiples factores de vulnerabilidad, lo cual demanda un abordaje integral e intersectorial. Entre las principales prioridades identificadas se destacan: familias con condición crónica, gestantes, menores de 5 años y población general.

La clasificación familiar ha permitido orientar de manera más eficiente las acciones de los equipos, optimizando la asignación de recursos y el seguimiento diferenciado según el nivel de riesgo identificado. Asimismo, ha facilitado la definición de planes de intervención específicos, con énfasis en las familias clasificadas en mayor riesgo, garantizando un seguimiento más cercano y la articulación con otras estrategias y programas institucionales cuando ha sido necesario.

Comentado [13]: Precisar mejor a partir de las categorías de análisis y decisión ya definidas en el lineamiento

Comentado [14]: estas son las prioridades identificadas?

Tabla 9. Prioridades identificadas

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**
1-Usaquén	1701	159	2158	279	34	1388	1701	159
2-Chapinero	512	88	601	83	29	400	512	88
10-Engativá	7652	1535	8890	1533	220	5899	7652	1535
11-Suba	7017	1843	8960	1365	234	5418	7017	1843
12-Barrios Unidos	1508	187	1527	197	44	1267	1508	187
13-Teusaquillo	556	10	579	38	7	511	556	10
Total	18946	3822	22715	3495	568	14833	18946	3822

Comentado [15]: No es coherente con lo reportado en la cuarta columna. En generar revisar todos los datos, dado que no concuerda con lo registrado en GTAPS

Fuente:Reporte de intervenciones y Atenciones aplicativo GTAPS

Durante el periodo de reporte se registró la caracterización de 18.946 familias, de las cuales 3.822 contaron con procesos de actualización, correspondientes a 22.715 individuos caracterizados y actualizados. La mayor carga operativa se concentró en las localidades de Engativá (7.652 familias) y Suba (7.017 familias), que en conjunto agrupan más del 75 % del total de familias caracterizadas y actualizadas, así como el mayor número de individuos atendidos. En contraste, localidades como Chapinero (512 familias) y Teusaquillo (556 familias) presentaron menores volúmenes de caracterización y actualización, evidenciando diferencias territoriales en el avance del proceso y oportunidades para fortalecer la cobertura y el seguimiento.

De acuerdo con la clasificación de riesgo, 3.495 familias fueron clasificadas en prioridad alta, 568 en prioridad media y 14.833 en prioridad baja, siendo esta última la categoría con mayor representación. Las familias en prioridad alta se concentraron principalmente en Engativá (1.533 familias) y Suba (1.365 familias), lo que demanda la focalización de acciones intensivas de acompañamiento y articulación intersectorial. Por su parte, la alta proporción de familias en prioridad baja refleja adecuados niveles de adherencia a las orientaciones y permitió el cierre oportuno de planes de bienestar, manteniendo una vigilancia activa para prevenir la aparición de nuevos riesgos. En general, los resultados evidencian avances significativos en la caracterización, pero también el reto de fortalecer los procesos de actualización y seguimiento para garantizar una atención integral, continua y acorde con los niveles de riesgo identificados en cada localidad.

De manera transversal, el seguimiento familiar fortaleció el vínculo entre los equipos de intervención y las familias, promueve la corresponsabilidad en el cuidado y permitió avances significativos en la adherencia a las rutas de atención. No obstante, persisten retos relacionados con la movilidad de algunas familias, la intermitencia en los canales de comunicación y la necesidad de fortalecer la articulación intersectorial para brindar una respuesta integral a las problemáticas sociales que inciden en la salud infantil. Estos aspectos reafirman la importancia de continuar consolidando estrategias diferenciales de seguimiento que garanticen la sostenibilidad de los resultados y el mejoramiento continuo de la atención integral.

Tabla 10. 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	Realizados	Proyectados	Realizados
Presenciales	1272	624	960	0	11811	0
Telefónicos	849	214	374	0	1155	0
Total	2121	838	1334	0	12966	0

Fuente: Reporte de intervenciones y Atenciones aplicativo GTAPS

Comentado [16]: El 100% de las familias caracterizadas por la subred en el último año cuenta cons eguimeinto acorde a su priridad???? En proyectado se debe relacionar la ttalidad de los que corresponde realizar en el periodo, según prioridad

Durante el periodo evaluado, el programa Más Bienestar en tu Hogar desarrolló acciones de abordaje territorial orientadas a la caracterización, actualización y seguimiento de las familias, con el propósito de identificar, priorizar y gestionar de manera integral los riesgos presentes en el territorio, garantizando una atención oportuna y diferencial. De acuerdo con la planeación operativa, se proyectaron 16421 seguimientos familiares, de los cuales se realizaron 838, correspondientes exclusivamente a familias con prioridad alta, lo que refleja un avance progresivo del proceso conforme a los tiempos técnicos establecidos. Del total de seguimientos realizados, 624 fueron presenciales (74,5 %) y 214 telefónicos (25,5 %), priorizando esta población debido a su mayor nivel de riesgo.

Es importante precisar que, durante el periodo de reporte, no se realizaron seguimientos a familias con prioridad media ni baja, tanto en modalidad presencial como telefónica, dado que estas aún no cumplen con los tiempos mínimos definidos para la ejecución del seguimiento, según la orientación técnica. En este sentido, las familias con prioridad alta requieren tres seguimientos anuales, siendo el primero a los tres meses posteriores al primer contacto; las familias con prioridad media deben contar con dos seguimientos anuales, a partir de la fecha de la primera llamada, garantizando un intervalo mínimo de cuatro meses entre cada seguimiento; y las familias con prioridad baja requieren un seguimiento anual, con un intervalo mínimo de seis meses respecto al contacto inicial. Por lo anterior, los seguimientos a prioridad media y baja se encuentran programados para periodos posteriores, una vez se cumpla la periodicidad establecida.

A partir de los seguimientos realizados a las familias con prioridad alta, se identificaron principalmente riesgo baja adherencia a controles en población con condiciones crónicas, seguimiento a gestantes, situaciones relacionadas con salud mental y menores de 5 años con alteración nutricional sin controles. Estos riesgos fueron gestionados mediante la activación de rutas de atención, el agendamiento de citas y la derivación a los profesionales responsables de los planes de bienestar.

4.4. PLANES DE BIENESTAR

Tabla 11. Planes de Bienestar

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 01/1/02025 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)
GESTANTES	203	203	873	318	726	83,16%	2983	1582
MENOR DE 5 AÑOS	91	69	695	291	809	85,91%	1271	1092
CRÓNICOS	930	930	2018	794	1787	88,55%	3357	9255
SALUD MENTAL	1353	1353	3914	1575	3789	96,81%	8090	935
DISCAPACIDAD	194	194	776	176	667	85,95%	337	180
LIMTACION FUNCONAL	0	0	0	0	0	0%	0	0

Comentado [17]: Ajustar a la vigencia del convenio en curso.

Comentado [18]: cual es la justificación de tener este número deplanes para crónicos, cuando aún hay cientos de casos de materno e infancia sin abordar?. Conforme al ordend e abordaje esto no debería pasar

SOLEDAD SOCIAL	113	113	113	18	18	15,93%	0	0
CANCER	1	1	4	3	5	80%	8	69
ENFERMEDADES HUERFANAS	0	0	0	0	0	0%	0	0

Fuente: Archivos planos aplicativo GTAPS

Durante el periodo de reporte se asignaron casos provenientes de todas las fuentes, incluyendo derivaciones, con una mayor concentración en las prioridades de salud mental (1.353 casos) y condiciones crónicas (930 casos), seguidas por gestantes (203) y discapacidad (194). En la vigencia acumulada, se concertaron PDB principalmente en salud mental (3.914) y crónicos (2.018), evidenciando una alta demanda de intervención sostenida.

El avance en cierres muestra resultados favorables en la mayoría de prioridades, destacándose salud mental, con un 96,81 % de PDB cerrados, y crónicos, con 88,55 %, lo que refleja una adecuada capacidad de seguimiento y resolución de los planes concertados. En contraste, prioridades como soledad social, con un 15,93 % de cierre, evidencian mayores dificultades para el logro de resultados y requieren estrategias de abordaje diferenciales.

En cuanto a la implementación de los planes, se identificó un número significativo de PDB activos con más de seis sesiones, especialmente en salud mental (8.090) y condiciones crónicas (3.357), lo que da cuenta de procesos complejos que demandan acompañamiento prolongado. Asimismo, persiste un volumen importante de casos pendientes, particularmente en crónicos (9.255) y menores de cinco años (1.092), lo que representa un reto operativo para la continuidad de la atención.

De manera general, los resultados evidencian avances sólidos en la concertación y cierre de PDB en prioridades de alta demanda, pero también la necesidad de fortalecer la gestión de casos pendientes y optimizar las estrategias de seguimiento, con el fin de garantizar una atención integral, oportuna y sostenida acorde con la complejidad de cada prioridad.

Una de las principales situaciones que ha incidido en el abordaje oportuno de los casos está relacionada con la disponibilidad de talento humano, específicamente del perfil de enfermería, cuya consecución no ha sido sencilla durante el periodo de reporte. Este perfil resulta fundamental para el desarrollo de acciones de seguimiento, orientación y acompañamiento, particularmente en las prioridades de infancia y gestantes, donde se requiere un abordaje técnico especializado y continuo. La dificultad para vincular personal de enfermería idóneo ha representado un reto para la implementación integral de las actividades programadas, haciendo necesario fortalecer las estrategias de gestión del talento humano que permitan garantizar la calidad y continuidad de la atención en estas poblaciones priorizadas.

4.4.1 Materno

Durante el mes de Octubre del 2025 se inició con el convenio nuevo, en donde gran porcentaje del mes se realizó fortalecimiento técnico al talento humano tanto nuevo como antiguo con el fin de fortalecer conocimiento y generar apropiación del documento operativo o lineamiento, lo que conllevo a que no se lograra dar respuesta al 100% de los casos asignados ya que se continuaba notificando o reportando el evento normalmente, generando un represamiento en el abordaje a las gestantes, en total se abordaron 78 gestantes a quienes se les realizó plan de cuidado

En Noviembre 2025 incrementó el abordaje a gestantes en donde se caracterizaron 206 usuarias realizando abordaje integral sobre cuidado durante la gestación, signos y síntomas de alarma por los cuales acudir a urgencias, la importancia de asistir a controles prenatales, ingesta de micronutrientes, lavado de manos, entre otros y se evaluaron los riesgos que pudieran afectar la integridad de la gestante y su familia con el fin de promover prácticas protectores y disminuir riesgos.

Para Diciembre 2025 se abordó a 48 usuarias gestantes brindado educacion en alimentacion adecuada y segura teniendo presente la época decembrina en donde se da información sobre la necesidad de verificar fechas de vencimiento y fabricación, almacenamiento adecuado de alimentos, mirar olor y textura, no consumir alimentos en exceso, tener ingesta de porciones de alimentos durante el dia, como frutas y verduras, con adecuado lavado y desinfección, se refuerzan signos y síntomas de alarma durante la gestación y se promueve factores protectores, vínculos afectivos y fortalecer redes de apoyo.

Tabla 12. TABLA DE MATERNO

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
Estrategia Gestantes con más bienestar	215	191	191	1	1	6,67%	0	24
Estrategia Ángeles Guardianes	262	118	118	0	0	0,00%	1	144
Estrategia Sí la sífilis gestacional se previene, tu	32	23	23	0	0	0,00%	2	9

bebe se protege.								

Fuente: Planos de aplicativo gestantes 2025 GTAPS, Octubre - Diciembre 2025.

Teniendo en cuenta que la vigencia inició en el mes de Octubre 2025 en donde el equipo de más bienestar en tu hogar aumentó significativamente en la contratación del talento humano nuevo se ve la necesidad de aclarar que no se logró la cobertura del 100% de los casos reportados para gestantes ya que en el transcurso del trimestre de Octubre Noviembre y Diciembre se han ido incorporando nuevos colaboradores a la Subred Norte, sin embargo se ha dado prioridad a los eventos de materno para el abordaje de acuerdo a la necesidad identificada.

Comentado [19]: por favor describir algo del perfil morbilidad de esta poblacion

Comentado [20]: hacer descripcion de la clasificacion de riesgo obsterico encontrado en estas atenciones

Comentado [21]: describa la articulacion con las actividades intramurales para continuar con las atenciones de ruta materno

Es necesario mencionar que hay varios casos como en el evento de morbilidad materna extrema que aún no se encuentran con egreso hospitalario sin embargo se continua en comunicación constante con el fin de realizar la respectiva caracterización y así realizar el respectivo seguimiento.

Dentro de la estrategia de ángeles guardianes quienes presentan mayor incidencia son usuarias con diagnóstico de Preeclampsia Severa y Hellp, seguido de Choque Septico, Choque Hipovolémico y Eclampsia.

Para minimizar el riesgo en las gestantes se realiza identificación de casos a través de las diferentes IPS, el CRUE y los eventos notificados de morbilidad materna, verificando el reporte oportuno de las usuarias. A partir de esta información, se generan alertas para la adecuada asignación de casos y se realiza el seguimiento a la trazabilidad del abordaje de las usuarias gestantes en los distintos eventos por parte de los profesionales. Asimismo, se lleva a cabo la precrítica de las diferentes fuentes de datos que incluyen población gestante y se apoya la gestión del riesgo mediante la articulación con rutas de atención, procesos de aseguramiento y agendamiento. De igual manera, se brinda orientación técnica a los colaboradores, se participa en las unidades de análisis y se verifica el avance en las bases de ruteo y asignación, ofreciendo apoyo técnico tanto a los gestores territoriales como a la gestión en línea.

LOGROS:

- Sensibilizar a la población abordada sobre la importancia de asistir a controles prenatales.
- Concientizar a las gestantes sobre la importancia del acceso a vacunación recordando que es gratuita sin importar el régimen de afiliación.
- Promover la adherencia al consumo de micronutrientes.
- Aumentar la cobertura a medida que se va incorporando talento humano al proceso.

RECOMENDACIONES:

- Se sugiere entregar rotafolios de fácil manejo y livianos que se puedan cargar en la maleta para realizar educación sobre la salud materna teniendo en cuenta; signos y síntomas de alarma durante la gestación, alimentación, vacunación, controles prenatales, ITS, metodos de planificacion, control preconcepcional y lactancia materna.
- Se sugiere entregar folletos en donde se encuentra sintetizado aspectos importantes a tener presente durante la gestación para entregar a las usuarias.

4.4.2 Infancia

El equipo de Bienestar en tu Hogar logró identificar un total de 1069 familias con niños menores de cinco años, de las cuales el 14% provienen de contextos de vulnerabilidad en salud los cuales permite establecer planes de bienestar familiar. Esta caracterización ha permitido priorizar la intervención en aquellos hogares que presentan mayores necesidades. Sin embargo, a pesar de los avances, se identificaron brechas en la cobertura, especialmente en áreas de difícil acceso, donde se observa una menor participación de algunas familias en los servicios de salud, lo cual limita la intervención oportuna, esto corresponde a la alta estratificación en la cual se encuentra inmersa la subred. Es necesario intensificar los esfuerzos para lograr una caracterización más exhaustiva en estas zonas.

El equipo de gestores en salud implementó diversas estrategias para atender las necesidades de salud infantil, con la finalidad de ofrecer una respuesta integral a las familias. Durante el trimestre, se instauraron 243 planes de bienestar, discriminados en diferentes estrategias de abordaje para la primera infancia como, que incluyen atención desde el equipo interdisciplinar , vacunación infantil, apoyo nutricional y psicosocial. En respuesta a las acciones de bienestar de servicios complementarios vacunación, presentó una cobertura, de 187 niños vacunados en el periodo de octubre de 2025 a diciembre 2025 de las familias previstas. En segundo lugar, se destacan los planes de bienestar , los cuales tuvieron un impacto positivo en la detección temprana de enfermedades comunes;las principales causas de morbilidad incluyen las infecciones respiratorias agudas, las enfermedades diarreicas, las parasitosis intestinales y las infecciones de la piel. También se identifican problemas relacionados con el estado nutricional, como la desnutrición aguda y, en algunos contextos, el sobrepeso infantil. Asimismo, se observan afecciones prevenibles mediante vacunación y enfermedades asociadas a condiciones socioeconómicas, ambientales y de acceso a los servicios de salud. Sin embargo, las estrategias vinculadas a la nutrición y apoyo psicosocial muestran una cobertura más baja.

Comentado [22]: por favor describir algo del perfil de morbilidad de esta poblacion

En cuanto a la cobertura de los servicios brindados, se logró un porcentaje de atención del 80% en relación con la demanda de casos provenientes de diversas fuentes. A pesar de los esfuerzos por cubrir la totalidad de la demanda, la capacidad de respuesta sigue siendo insuficiente para atender todas las solicitudes, de acuerdo a que no se cuenta con el 100% del talento humano interdisciplinar. Se destaca que las derivaciones más frecuentes corresponden a atención en salud mental infantil y nutrición, áreas en las que se debe poner un mayor énfasis para evitar el retraso en los procesos de atención.

En el trimestre analizado, se cerraron 87 casos de familias que participaron activamente en los programas de salud infantil y lograron cumplir con los objetivos establecidos en sus planes de bienestar. Estos cierres de caso reflejan una atención exitosa en áreas como la vacunación infantil y el control de enfermedades comunes. Sin embargo, existen un número significativo de casos que permanecen abiertos, lo que indica que la atención en estos aspectos aún requiere un seguimiento más cercano y un fortalecimiento de los recursos disponibles. Los casos pendientes deben ser priorizados en los próximos meses, con el objetivo de garantizar que todos los niños reciban la atención integral que requieren para su desarrollo óptimo.

En términos generales, los avances en la cobertura de los servicios han sido satisfactorios, destacándose especialmente en las acciones complementarias de vacunación y la atención

en planes de bienestar, que han alcanzado un alto nivel de efectividad. No obstante, persisten importantes brechas en el abordaje de los casos asignados para ruteo ya que desde la priorización de evento se ha implementado la cobertura a la cohorte de materno y posteriormente infancia, adicionalmente se evidencian dificultades en las áreas de nutrición infantil que aún requieren una mayor inversión de recursos y personal acorde al perfil. También se observa que algunas familias de zonas urbanas no han accedido a los servicios de caracterización, lo que limita su inclusión en los programas de atención por la alta estratificación o acceso a servicios de salud complementarios rechazando las acciones que se logren establecer desde los equipos MAS bienestar hogar.

Las principales acciones de mejora deben centrarse en fortalecer las estrategias de alteración nutricional, tanto en la oferta de servicios como en la sensibilización de las familias sobre la importancia de una alimentación adecuada, acceso a la lactancia exclusiva y reconocimiento de planes de alimentación. Además, es fundamental incrementar el acceso a servicios de salud mental infantil, dado que los casos de trastornos emocionales en niños pequeños han aumentado y necesitan ser atendidos con mayor oportunidad.

El trabajo realizado por el equipo de Bienestar en tu Hogar en la Subred Norte ha permitido avances significativos en la atención integral de salud infantil, especialmente en la caracterización de las familias y la implementación de estrategias de vacunación. No obstante, persisten retos en áreas clave como nutrición y salud mental, que requieren una implementación de un plan de bienestar desde el perfil profesional acorde a la necesidad con el fin de garantizar que todos los menores de 5 años reciban el apoyo necesario; si bien desde los perfiles de enfermería se desarrollan acciones de priorización a estos casos, se identifica que se requiere mayor cantidad del talento humano con este perfil para garantizar la cobertura total. Se recomienda intensificar los esfuerzos de sensibilización y educación para fomentar una mayor participación de las familias en las estrategias de bienestar, así como fortalecer la coordinación entre las diferentes entidades que intervienen en la atención de los niños. Es esencial que en los próximos meses se redoblen los esfuerzos para alcanzar una cobertura más equitativa, especialmente en las zonas de difícil acceso.

Comentado [23]: Revisar el 100% de los casos asignados mediante ruteo. Tenemos muchos mas casos de infancia sin abordar

Comentado [24]: cual es la atención urgente??? que pasa con las derivaciones disponibles en el proceso????

Tabla 13. INFANCIA

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 01/1/2025 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	95	67	67	54	54	80%	13	28
Estrategia para la prevención, manejo y control de la Infección Respiratoria Aguda (IRA) y Enfermedad Diarreica Aguda EDA: Alto riesgo respiratorio y gastrointestinal	0	0	0	0	0	0	0	0
Estrategia De Seguimiento a la	110	95	95	62	62	65%	33	15

Comentado [25]: No es coherente con lo reportado en la tabla consolidada de planes de bienestar por prioridad

Comentado [26R25]: Se realiza reporte de análisis de datos acorde a la solicitud de la tabla.

Recuperación Nutricional.								

Fuente:Planos de aplicativo gestantes 2025 GTAPS, Octubre - Diciembre 2025.

Durante el periodo analizado, los equipos de Más Bienestar en tu Hogar de la Subred Norte desarrollaron acciones orientadas al fortalecimiento de la atención integral de los menores de 5 años, en coherencia con los lineamientos de la Ruta Integral de Atención en Salud (RIAS) para la primera infancia. Las intervenciones se centraron en la identificación temprana de riesgos, el seguimiento continuo de los eventos de interés en salud infantil y la implementación de planes de bienestar ajustados a las necesidades particulares de cada familia, priorizando a aquellas en condición de vulnerabilidad.

Uno de los principales logros del trimestre fue el avance en la adherencia a la Ruta de Atención Integral, evidenciado en el incremento de controles de crecimiento y desarrollo, la captación efectiva de niños con esquemas de vacunación incompletos y la articulación con los servicios asistenciales para garantizar la continuidad de la atención. De manera especial, se resalta el fortalecimiento del seguimiento a los esquemas de vacunación acorde a la edad, lo cual permitió reducir brechas identificadas en cohortes específicas, especialmente en niños menores de un año y en aquellos con antecedentes de inasistencia a los servicios de salud.

Comentado [27]: en cuanto??? cuales son los datos que soportan estas conclusiones y resultados????

En relación con los indicadores trazadores, se destacan como ejes de seguimiento: la proporción de niños con esquema de vacunación completo para la edad, la asistencia oportuna a los controles de crecimiento y desarrollo, la identificación y manejo oportuno de signos de alarma según AIEPI, y la adherencia de las familias a las recomendaciones de lactancia materna y alimentación complementaria. Estos indicadores permitieron evaluar no solo la cobertura, sino también la calidad y efectividad de las acciones desarrolladas por los equipos en el territorio.

El balance de los planes de bienestar evidencia una adecuada complementariedad con las estrategias de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), especialmente en la educación a cuidadores sobre signos de alarma, prácticas de cuidado en el hogar y prevención de enfermedades respiratorias y gastrointestinales. Asimismo, se fortaleció la consejería en lactancia materna, promoviendo la lactancia materna exclusiva en menores de seis meses y la lactancia materna continuada con alimentación complementaria adecuada en niños mayores, lo que contribuyó a la prevención de alteraciones nutricionales y al fortalecimiento del vínculo.

De manera complementaria, las acciones de promoción de la alimentación saludable permitieron orientar a las familias sobre la preparación de alimentos adecuados para la edad, la diversidad alimentaria y la prevención del consumo de productos ultraprocesados, integrándose de forma efectiva a los planes de bienestar individual y familiar. Estas acciones fueron clave para el abordaje de casos con riesgo de malnutrición y para el cierre progresivo de planes de bienestar en familias que lograron mejorar sus prácticas de cuidado.

No obstante, el análisis también evidencia retos y oportunidades de mejora, particularmente en el fortalecimiento del seguimiento a familias con baja adherencia a las recomendaciones, dificultades de acceso a los servicios de salud o condiciones sociales que limitan la continuidad de los planes de bienestar. En este sentido, se recomienda intensificar las acciones de búsqueda activa, reforzar la educación personalizada y consolidar la articulación intersectorial, especialmente con los servicios de protección social y programas de apoyo alimentario.

En conclusión, las acciones desarrolladas por los equipos de Más Bienestar en tu Hogar durante el trimestre reflejan avances significativos en la atención integral de los menores de 5 años, con un impacto positivo en la adherencia a la Ruta de Atención Integral, el cumplimiento de los esquemas de vacunación y la implementación de prácticas adecuadas de cuidado, alimentación y prevención de enfermedades. El fortalecimiento continuo de los indicadores trazadores y la optimización de los planes de bienestar permitirán consolidar una atención más oportuna, equitativa y centrada en el desarrollo integral de la primera infancia en la Subred Norte.

4.4.3 Condiciones crónicas

En la evaluación realizada a personas con patología crónica se identificó un total de 920 entre los meses de octubre a diciembre de 2025 . De ellos, 836 (90,87%) se encontraron adherentes al tratamiento y a los controles establecidos, mientras que 84 personas (9,13%) fueron clasificadas como no adherentes e inasistentes. Estos resultados evidencian un alto nivel de adherencia en la población evaluada; sin embargo, el porcentaje de usuarios no adherentes representa un grupo relevante que requiere fortalecimiento de estrategias de seguimiento, educación y apoyo, con el fin de mejorar la continuidad del cuidado y los resultados en salud.

Durante los meses de octubre a diciembre de 2025 se identificaron 920 personas con patología crónica. De este total, 836 personas (90,87%) fueron clasificadas como adherentes

y asistentes a las actividades de la ruta de atención, mientras que 84 personas (9,13%) se identificaron como no adherentes e inasistentes, lo que evidencia un adecuado nivel general de adherencia durante el periodo evaluado. Al analizar el comportamiento mensual del indicador de personas insistentes (no adherentes), se observa que octubre registró 25 casos, noviembre 38 casos, siendo este el mes con mayor número, y diciembre 21 casos, mostrando una disminución hacia el cierre del periodo. En el consolidado del trimestre, el indicador reportó un total de 1.756 personas, lo que permite evidenciar el volumen de atenciones y la relevancia del seguimiento continuo para identificar oportunamente a la población con riesgo de inasistencia y no adherencia, con el fin de fortalecer acciones de intervención, control y acompañamiento.

No obstante, persisten brechas en un grupo específico de usuarios que presentan dificultades para mantener la continuidad del cuidado, asociadas principalmente a inasistencia reiterada y baja adherencia a las actividades programadas. Durante el periodo evaluado se llevaron a cabo cierres de caso, correspondientes a usuarios con cumplimiento de criterios clínicos y administrativos o con imposibilidad de continuidad en el seguimiento, lo cual permitió depurar la base activa y focalizar los esfuerzos en la población con mayor riesgo.

En el consolidado del periodo, con un total de 1.756 personas gestionadas, se resalta la magnitud del proceso de seguimiento y la necesidad de fortalecer acciones diferenciales para la población no adherente. En este sentido, se identifican oportunidades de mejora orientadas a optimizar los mecanismos de búsqueda activa, reforzar la educación en autocuidado, mejorar la oportunidad de las citas y actividades de la ruta, y articular acciones interdisciplinares que favorezcan la adherencia sostenida. Estas acciones permitirán consolidar los avances alcanzados, cerrar brechas existentes y garantizar la continuidad, integralidad y calidad de la atención a la población con patología crónica.

4.4.4 Salud mental

Durante el período de análisis comprendido entre octubre y diciembre de 2025, se consolidó la información correspondiente a las familias intervenidas a través de los planes de bienestar en Salud Mental, considerando el comportamiento del trimestre evaluado. Durante este período se registraron 3.474 casos asignados en las diferentes estrategias; de estos, 601 familias fueron concertadas específicamente durante el trimestre evaluado. Adicionalmente, 1.195 familias corresponden al acumulado de familias concertadas a la fecha, lo que evidencia una alta demanda de intervención psicosocial y un volumen significativo de procesos activos que trascienden un único período de reporte.

Comentado [28]: 1. Se agradece el reporte de la información remitida, la cual cumple con los criterios técnicos establecidos; no obstante, se solicita fortalecer el análisis, considerando de manera explícita el período de reporte definido para la vigencia del convenio. Asimismo, frente al indicador reportado, se requiere precisar si la totalidad de los casos cerrados corresponde al mismo período de análisis o si, por el contrario, incluye cierres de casos cuya apertura se realizó en vigencias o períodos anteriores, con el fin de garantizar la consistencia y trazabilidad de la información.
2. Establecer las acciones de mejora para el cierre de los casos con mas 6 sesiones que se encuentran activos.

Comentado [DP29R28]: ok

En relación con el indicador “N.º de familias con cierre de proceso en salud mental / N.º de familias intervenidas por los planes de bienestar en Salud Mental × 100”, es importante precisar que los resultados reportados incluyen tanto cierres correspondientes al período evaluado como cierres de procesos iniciados en vigencias o períodos anteriores. Durante el trimestre analizado se alcanzaron 492 cierres de proceso, mientras que el acumulado histórico asciende a 1.318 cierres desde el inicio de la vigencia. De estos, 974 corresponden a procesos cuya apertura se realizó en períodos previos, lo cual permite comprender que los porcentajes de cierre no reflejan únicamente la gestión del trimestre, sino también el avance en la culminación de procesos que, por su complejidad, requieren tiempos prolongados de intervención.

El resultado del indicador acumulado evidencia porcentajes de cierre superiores al 90 % en varias estrategias, destacándose Fortalecimiento de las Pautas de Crianza (93,7 %), Apoyo psicológico en casos de duelo (95,7 %) y Acompañamiento psicosocial (126,6 %). Este último porcentaje se explica técnicamente por la inclusión de cierres correspondientes a procesos iniciados en períodos anteriores, lo cual incrementa el numerador del indicador frente al número de familias intervenidas en el período actual. En términos generales, estos resultados reflejan un nivel de cumplimiento adecuado y una capacidad operativa sostenida para dar continuidad y culminación a los procesos de intervención psicosocial.

Si bien se evidencia un avance sostenido en los cierres de proceso, persisten casos activos y pendientes, particularmente en estrategias de alta demanda como Confróntate 7 (546 casos pendientes) y Acompañamiento psicosocial (1.664 casos pendientes). Esta situación pone de manifiesto la necesidad de fortalecer la programación, la priorización según nivel de riesgo y el seguimiento oportuno, con el fin de evitar rezagos en la culminación de los procesos.

Desde la perspectiva de la reducción del riesgo psicosocial y el fortalecimiento del bienestar familiar, los cierres de proceso alcanzados durante el período evaluado evidencian avances en la estabilización emocional, el fortalecimiento de redes de apoyo y la mejora de la dinámica familiar, especialmente en las estrategias orientadas al acompañamiento continuo y al fortalecimiento de habilidades parentales. El cierre oportuno de los procesos permite consolidar los logros alcanzados durante la intervención y disminuir la probabilidad de cronificación de los factores de riesgo psicosocial.

Tabla 14. Xxxxx

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)	PDB ACTIVOS CON MÁS DE 6 SESIONES DE IMPLEMENTACIÓN	CASOS PENDIENTES todas las fuentes
Estrategia Confróntate 7	758	131	274	124	333	0	546
Estrategia Fortalecimiento de las Pautas de Crianza	503	108	254	84	238	3	405
Estrategia Apoyo psicológico en casos de duelo	55	10	23	8	22	0	40
Estrategia de acompañamiento integral en salud para las mujeres.	0	0	0	0	0	0	0
Estrategia Adolescent	0	0	0	0	0	0	0

es con MAS Bienestar.							
Estrategia de Acompañamiento psicosocial	2158	244	644	276	725	3	1664
Estrategia de Habilidades para la vida en adolescentes y jóvenes.	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	3474	493	1195	492	1318	6	2655

Fuente: Planos de aplicativo gestantes 2025 GTAPS, octubre - diciembre 2025.

En cuanto al indicador “N.º de familias con mejoramiento en habilidades de afrontamiento / N.º de familias intervenidas por los planes de bienestar en Salud Mental × 100”, el análisis acumulado muestra una relación directa con el indicador de cierre de proceso. Las familias que culminan satisfactoriamente la intervención presentan mayores avances en habilidades de afrontamiento, tales como la regulación emocional, la resolución de conflictos y el fortalecimiento de capacidades parentales. Las estrategias con mayores porcentajes de cierre coinciden con aquellas que reportan una mayor consolidación de cambios positivos en las capacidades familiares, lo que evidencia la efectividad de las intervenciones implementadas y su impacto en la gestión del riesgo psicosocial.

De manera transversal, el análisis cualitativo permitió identificar como principales barreras para el cierre oportuno de los procesos la alta carga de casos asignados, la complejidad de las problemáticas psicosociales, la inasistencia recurrente de algunas familias, la movilidad territorial y las dificultades para garantizar la continuidad de los encuentros. Como factores facilitadores, se identificaron la adherencia de las familias al proceso, el trabajo articulado entre estrategias, la experiencia técnica de los equipos y la continuidad del acompañamiento psicosocial.

Acciones de mejora

- Con el fin de fortalecer el cierre de los casos que actualmente cuentan con más de seis sesiones y permanecen activos, se plantean las siguientes acciones de mejora:
- Fortalecer la priorización de casos con base en el nivel de riesgo psicosocial, definiendo rutas diferenciadas para procesos de alta complejidad.
- Optimizar la programación de las sesiones, estableciendo metas de cierre y cronogramas ajustados a cada estrategia.
- Reforzar las estrategias de seguimiento a familias con inasistencias reiteradas, incluyendo contacto telefónico, articulación interinstitucional y reprogramación oportuna.
- Implementar mecanismos de monitoreo mensual que permitan identificar tempranamente retrasos en los cierres y tomar acciones correctivas.
- Fortalecer el registro oportuno y de calidad de la información, garantizando la trazabilidad de los procesos y la correcta diferenciación entre cierres del período y cierres de vigencias anteriores.

Estas acciones permitirán mejorar la oportunidad en la culminación de los procesos, optimizar el desempeño de los indicadores y potenciar el impacto de las intervenciones en la reducción sostenida del riesgo psicosocial y el fortalecimiento del bienestar familiar.

1.4.5 Población con discapacidad y limitación funcional

Tabla 15. Población intervenida con discapacidad y limitación funcional.

Para el trimestre se realizó la implementación del proceso de rehabilitación basada en comunidad, por medio de las derivaciones, alertas y base de asignación las cuales fueron generadas e identificadas por los equipos más bienestar en cada una de las actividades operativas.

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

USAQUÉN	Discapacidad	72	22	6	22	22
CHAPINERO	Discapacidad	70	70	0	0	0
ENGATIVA	Discapacidad	72	40	6	13	13
SUBA	Discapacidad	106	59	39	4	4
BARRIOS UNIDOS	Discapacidad	6	6	0	0	0
TEUSAQUILLO	Discapacidad	2	1	0	1	0

Fuente: Reporte trimestral octubre a diciembre 2025, intervenciones y Atenciones, archivos planos aplicativo GTAPS.

Comentado [30]: Conservar el diseño de las tablas y no se evidencian personas con limitación funcional, de no haber abordado esta población justificar

Comentado [li31R30]: ok

Las 328 familias acompañadas por el proceso de rehabilitación basada en comunidad permitieron el avance en la inclusión y reconocimiento de los derechos de las personas con discapacidad en los diferentes ámbitos de vida cotidiana de acuerdo a la limitación y/o discapacidad.

Para el trimestre no se realizaron visitas de personas con limitación funcional se priorizaron el cierre de las familias del convenio anterior, así mismo se realizó gestión y respuestas a la base de asignación a los casos de discapacidad.

Por parte del perfil de las terapeutas se llevó a cabo 198 atenciones presenciales y 51 seguimiento telefónicos.

los agentes de cambio realizaron 79 seguimientos presenciales enfatizando la participación e inclusión de proyectos locales por medio del gestión institucional, propiciando la movilización de las familias con discapacidad por medio del empoderando, la autonomía y el reconocimiento de habilidades y capacidades tanto para la personas con discapacidad como para la familia, permitiendo forjar redes apoyo entre pares.

Las localidades con mayor intervención de la estrategia es la localidad es suba con 106 familias y en segundo puesto Engativa con 72 familias. El equipo interdisciplinario para el proceso de la rehabilitación basada en comunidad para población con discapacidad y cuidadores/as se enfatizó en el trimestre el enfoque en prácticas de cuidado para persona con discapacidad y afectaciones psicosociales en las visitas domiciliarias a la persona con discapacidad y su familia, se avanzó en la inclusión de 328 familias con personas con discapacidad y cuidadores en la estrategia, por medio de la asesoría integral por cada uno

de los perfiles se orientaron frente a las necesidades en salud y sociales y temas como Información y canalización a rutas de atención, programas, proyectos, servicios y beneficios, está la lleva a cabo el equipo de logra la identificación de instituciones y familias para la participación de la red, ejecutaron acciones frente en el reconocimiento de espacios de esparcimiento e implementación de rutinas cotidianas, participación en espacios comunitarios e institucionales, manejo del conflicto familiar y certificación de discapacidad resolución 113/2020, al final se identificaron logros, dificultades y recomendaciones, en la cuarta sesión de las terapeutas se trabajó en el autocuidado para disminuir la percepción de sobrecarga; cómo reorganizar hábitos, rutinas y roles en torno al cuidado colectivo, uso de redes de apoyo y ruta de atención, actividades alternativas que facilitan sobrellevar la situación y necesidades socio economicas, y los ajustes necesarios en las actividades de la vida diaria, relacionados con el tiempo libre, interacciones familiares.

Para el mes de noviembre y diciembre se da cierre a los casos que venía con el proceso abierto del anterior convenio.

Tabla 16. Población intervenida con discapacidad y familias.

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**	**Sesión Presencial**	**Sesión Presencial**	**Seguimiento**
USAQUÉN	Discapacidad	22	5	0	2	**0**	10	5	0
CHAPINERO	Discapacidad	2	1	0	1	**0**	0	0	0
ENGATIVA	Discapacidad	270	125	21	55	**0**	52	17	0
SUBA	Discapacidad	284	114	11	76	**0**	69	14	0
BARRIOS UNIDOS	Discapacidad	33	20	0	11	**0**	1	1	0

TEUSAQUILLO	Discapacidad	4	1	0	1	**0**	1	1	0

Fuente: Reporte trimestral octubre a diciembre 2025, intervenciones y Atenciones, archivos planos aplicativo GTAPS.

En el trimestre octubre a diciembre de 2025 se realizaron 615 atenciones bajo el equipo interdisciplinario de terapeuta, psicólogia , auxiliar de cuidado y agente de cambio, se resalta la localidad con mayor numero de familias abordadas 284 y la localidad de Engativá con 270 familias.

Durante el proceso se posiciono y sensibilizó a las cuidadoras/res en los servicios de la Subred en cuanto a los puntos de salud, sobre los servicios de cada una de las instituciones locales y distritales, en las asesoría se enfatizaron a realiza orientaciones a la familia sobre prácticas diferenciales de cuidado, resolución de conflictos, se enfatizó en la vida cotidiana, por otro lado, reciben información sobre las ayudas y beneficios para la población con discapacidad y cuidadores, manejo adecuado de procesos de bioseguridad, se resuelven mitos y creencias sobre los temas de interés de la familia, sobre el manejo de esta enfermedad y/o limitación, higiene postural, fatiga física, hábitos de vida saludable (actividad física), aprovechamiento del tiempo libre para lograr disminución de percepción de sobrecarga, se logra participación en grupos comunitarios, red de apoyo en la casa de mujer así mismo manejo de cargas, y la importancia del cuidado al cuidador. Del perfil de psicología, se enfatizó en prácticas de cuidado y autocuidado en salud mental, estrategias en manejo de estrés y ansiedad, individual, establecimiento de rutinas que no alteren ciclos del sueño, el reconocimiento en el cuidado del planeta, estrategias que permitan su expresión; Identificación de esas señales de alarma, que expresa el cuerpo cuando existe sobrecarga, factores protectores que disminuyan factores de riesgo psicosociales en la población, logrando mayor comunicación el grupo familiar, además de crear herramientas que aportan al estado físico y mental de la cuidadora. por otro lado se resaltan algunos logros:

Disposición, compromiso y responsabilidad de las personas con discapacidad y las cuidadoras al realizar las tareas delegadas por el equipo interdisciplinario y la autogestión que ejecutan después de las indicaciones brindadas en las asesorías integrales.

Se reconoce que el cuidado de una persona con discapacidad incluye la atención a todas aquellas actividades humanas que aseguran la vida y el bienestar; por tanto, el cuidador realiza acciones dirigidas a mantener una alimentación adecuada, hábitos de higiene - corporal o del hogar y prácticas protectoras para la salud enfatizadas en el manejo de cargas y descargas, prácticas de autocuidado y socio cuidado en las habilidades en las actividades diarias.

En los seguimientos telefónicos se continúa realizando acompañamiento a las personas con discapacidad y cuidadores verificando el avance en los compromisos del plan de cuidado, citas médicas, servicios de salud y realizo educación en cuanto alimentación saludable, actividad física, las adherencia a los tratamientos, la documentación y gestión ante el certificado de discapacidad, entre otros.

El agente de cambio sobre la autogestión ante la secretaría de integración social a todas aquellas familias que aún no reciben apoyo económico del estado, de igual manera las personas que poseen un puntaje de Sisben alto, se les orienta en la gestión para solicitar la encuesta nuevamente de manera virtual o presencial, cabe resaltar que al finalizar los seguimientos, varios de ellos ya han enviado los documentos y están a la espera de respuesta. por otra parte a través de las redes sociales y las herramientas tecnológicas los procesos de articulación y trabajo en red de la comunidad con discapacidad y sus cuidadores, activando redes de apoyo a nivel institucional, cursos virtuales por medio del Sena sofiaplus.

El apoyo de auxiliar de cuidado, en el marco del bienestar de la cuidadora permite propiciar espacios de autocuidado, autoreconocimiento de tiempos de respiro y participación de espacios recreativos, casa de la mujer, actividades del IDRD recreovía o ciclovía.

Dentro de las actividades de la auxiliar de cuidado, genera herramientas y estrategias para la personas con discapacidad y para la cuidadora cuanto la movilizaciones, a los desplazamientos, descargas, movilización articular y ejercicios para cada una de las alteraciones y/o limitaciones. las intervenciones articuladas entre el equipo interdisciplinario optimizan el empoderamiento en las competencias en el plan de bienestar desde cada uno de los perfiles mitigando las necesidades y riesgos en la salud integral.

los logros identificados en las familias

4.4.6 Personas con Soledad Social

Con el propósito de realizar el seguimiento al desempeño de la estrategia de intervención en soledad social desde una perspectiva de gestión del riesgo, se desarrolló un análisis orientado por el indicador:

Comentado [32]: Revisar la distribución del texto haciendo uso de párrafos, revisar el contenido y su relevancia para el informe

Comentado [li33R32]: ok

“Total de personas en situación de soledad social intervenidas / Total de personas en situación de soledad social identificadas”, incorporando una lectura mensual de los resultados obtenidos durante el periodo de octubre a diciembre.

- Octubre (Engativá): Se identificaron 18 usuarios en situación de soledad social, logrando la intervención del 100 % de los casos.
- Noviembre: Se caracterizaron 16 personas y se realizó seguimiento a 18 usuarios, consolidando la activación de la ruta de atención, el establecimiento de vínculos y la estructuración del acompañamiento.
- Diciembre (Suba y Usaquén): Se evidenció un incremento significativo con el ingreso de 78 nuevos usuarios, todos intervenidos en su totalidad. Este resultado refleja una adecuada capacidad de respuesta pese al aumento de la demanda y la expansión territorial, favorecida por el ingreso de personal en trabajo social.

El acompañamiento realizado por el Auxiliar de Cuidado se orientó a:

- Fortalecimiento de habilidades sociales.
- Desarrollo de actividades recreativas, culturales y físicas.
- Vinculación a la oferta social y sanitaria.

Estas acciones fomentarán la interacción social, la estimulación cognitiva, el fortalecimiento de la autoestima y la integración en grupos comunitarios, contribuyendo a la ampliación y consolidación de redes de apoyo.

Desde el análisis cualitativo se evidenciaron:

- Cambios favorables en la participación social.
- Mayor acercamiento al entorno comunitario.
- Disminución subjetiva de la percepción de soledad.
- Mejoras percibidas en la calidad de vida.

Estos hallazgos reflejan una reducción del riesgo psicosocial, en concordancia con los enfoques de gestión del riesgo aplicados en patología crónica y salud mental.

Durante el periodo no se efectuaron cierres de casos.

Barreras: resistencia inicial de algunos usuarios, limitaciones en la oferta comunitaria en ciertos territorios y riesgo de sobrecarga operativa por incremento de la demanda.

- Facilitadores: acompañamiento continuo, construcción de vínculos de confianza y articulación interinstitucional.

Se plantean acciones orientadas a:

- Fortalecimiento de la planificación territorial.
- Definición de criterios claros de priorización y cierre.
- Ampliación de alianzas comunitarias.
- Robustecimiento de mecanismos de seguimiento.

Estas medidas buscan garantizar la continuidad del acompañamiento, la integración social y la sostenibilidad de las intervenciones.

4.4.7 Cáncer

Durante el trimestre se manejaron los siguientes diagnósticos de Cáncer de colon: 2 casos, Cáncer de mama: 13 casos, Cáncer de próstata: 41 casos, Enfermedades huérfanas de curso oncológico: 4 casos.

Este desglose permite evidenciar la concentración de la gestión en cáncer de próstata, seguido por cáncer de mama, mientras que los casos de colon y enfermedades huérfanas tuvieron menor representación. Para el trimestre en Octubre: Se asignaron 60 casos, con 5 gestiones realizadas. De ellas, 4 corresponden a usuarios no contactados y 1 a un caso contactado con gestión efectiva. Noviembre: Se registraron 50 gestiones. Entre estas, 8 usuarios fueron contactados, 5 presentaron información errada, 4 recibieron visita en campo y 33 permanecieron no contactados. Diciembre: Se realizaron 5 gestiones, con 4 casos no contactados y 1 con visita en campo.

El inicio en octubre reflejó una baja proporción de gestiones frente al total de casos asignados, lo que evidencia dificultades en el contacto inicial. En noviembre se observó un incremento significativo en las gestiones, con mayor diversidad en las modalidades de atención (contacto telefónico, visitas en campo, depuración de información). Sin embargo, la alta proporción de casos no contactados señala la necesidad de fortalecer mecanismos de localización y actualización de datos. En diciembre se presentó una disminución marcada en el número de gestiones, posiblemente asociada a factores operativos y de cierre de año, limitando la capacidad de respuesta.

El análisis cualitativo evidencia:

- Fortalezas: Diversificación de modalidades de gestión y capacidad de respuesta en campo.
- Debilidades: persistencia de altos niveles de casos no contactados y presencia de información errada en registros.
- Oportunidades: consolidar estrategias de depuración de bases de datos y fortalecer la articulación interinstitucional.
- Amenazas: riesgo de sobrecarga operativa y baja efectividad en la gestión de casos asignados.

Se sugiere la implementación de un plan de actualización de información de usuarios. Definición de criterios claros de priorización de casos según riesgo y tipo de cáncer. Fortalecimiento en la planificación operativa para evitar disminuciones en la gestión en periodos críticos. Ampliar alianzas comunitarias y mecanismos de seguimiento para garantizar continuidad y sostenibilidad.

4.4.8 Salud oral

Durante el periodo de reporte, el plan de bienestar de salud oral desarrolló acciones de promoción, educación y seguimiento orientadas al fortalecimiento de prácticas de autocuidado en las familias intervenidas, con el propósito de generar transformaciones positivas y sostenibles en su salud oral. El desempeño de estas acciones fue evaluado mediante el indicador “Número de familias participantes en procesos de promoción de prácticas de salud oral que evidencian cambios positivos en el cuidado de su salud oral”.

En el mes de octubre se intervinieron 236 familias, de las cuales 29 evidenciaron transformaciones positivas, alcanzando un resultado del indicador del 12,3 %, comportamiento asociado a una fase inicial de sensibilización y educación, en la que varias familias aún se encontraban en proceso de adopción de las recomendaciones, sin cumplir el tiempo mínimo requerido para evidenciar cambios consolidados.

Para el mes de noviembre, el acumulado reportó 353 familias intervenidas, de las cuales 61 presentaron transformaciones positivas, correspondiente al 17,3 %, reflejando avances en la adherencia a las recomendaciones; sin embargo, se mantuvo un número significativo de familias sin cierre del plan de bienestar, dado que la orientación técnica establece que el cierre no puede realizarse de manera inmediata posterior a una llamada telefónica y requiere el cumplimiento de una periodicidad mínima de seguimiento.

Comentado [34]: Se agradece el reporte de la información remitida, la cual cumple con los criterios técnicos establecidos; no obstante, se solicita fortalecer el análisis, considerando de manera clara la orientación técnica para el cierre de casos, toda vez que la narrativa difiere de esta.

Comentado [DP35R34]: OK

En diciembre se intervinieron 339 familias, identificándose 16 con transformaciones positivas, lo que equivale al 4,7 %, disminución atribuida a que varias familias continuaban en seguimiento activo y no habían cumplido aún los tres meses mínimos necesarios para el cierre del plan.

En el análisis consolidado del periodo se evidencia el despliegue de acciones de promoción, acompañamiento y seguimiento, las cuales se han desarrollado de manera continua, en cuanto al cierre de casos ha llevado a cabo de manera progresiva de acuerdo con el planteamiento estructural de los planes de bienestar. Estos planes están concebidos como procesos progresivos que requieren tiempos prolongados para la implementación de las acciones, la apropiación de las recomendaciones por parte de las familias y la verificación de cambios sostenibles en las condiciones de bienestar. En este sentido, la dinámica del indicador presenta variaciones asociadas a la naturaleza gradual de las intervenciones, las cuales priorizan el fortalecimiento de capacidades y la continuidad del acompañamiento sobre cierres inmediatos, garantizando resultados más estables y sostenibles en el mediano y largo plazo.

En este sentido, se proyecta que a partir del mes de enero se iniciará el cierre progresivo de los planes de bienestar en salud oral, conforme a la orientación técnica y al criterio profesional, reforzando la sesión de cierre mediante preguntas orientadoras que faciliten el diálogo, la confirmación de aprendizajes y la identificación de aspectos a fortalecer. Este proceso incluirá el seguimiento al índice de O'Leary y a la calidad del cepillado de los demás miembros de la familia, registrando los resultados tanto en la historia clínica como en el formato de calidad de cepillado. Adicionalmente, se fortalecerán las acciones de educación y comunicación para potenciar los factores protectores de la salud oral, actividad que se realizará a los seis meses de la primera intervención. Estas acciones permitirán mejorar el desempeño del indicador, garantizar la trazabilidad de la información y consolidar cambios sostenibles en las prácticas de cuidado de la salud oral de las familias participantes.

4.4.9 Salud ambiental

LOCALIDAD	TOTAL DE FAMILIAS INTERVENIDAS POR LA ESTRATEGIA VIVIENDA SALUDABLE	CIERRES DE P.B POR CUMPLIMIENTO DE PLAN CONCERTADO	FAMILIAS ACTIVAS
1-usaquén	114	48	66

Comentado [36]: Se agradece el reporte de la información remitida, la cual cumple con los criterios técnicos establecidos; no obstante, se solicita fortalecer el análisis, desde la apropiación del ajuste a Planes de Bienestar como acción especifica de los equipos. "Planes de Cuidado Familiar".
Así mismo se solicita realizar el reporte del indicador mensual y consolidado para esta acción de Bienestar.

Comentado [DP37R36]: OK

2- chapinero	86	39	47
10- Engativá	96	32	64
11- suba	98	34	64
12- Barrios Unidos	103	39	64
13- teusaquillo	0	0	0
Total	497	192	305

Fuente: Reporte de intervenciones y Atenciones aplicativo GTAPS

Desde La estrategia de vivienda saludable se vienen abordando familias con prioridades ambientales de las localidades de la Subred Norte, logrando la intervención de las necesidades de las familias identificadas, en la anterior tabla se describen por localidad el número de familias abordadas, teniendo en cuenta que para este trimestre se realiza un total de 998 intervenciones discriminadas por localidad asi: Usaquén con 202, Chapinero con 203, Engativá con 196, Suba con 201 y Barrios Unidos con 196. En términos generales, se logra identificar que la estrategia mantiene una cobertura acorde a las metas proyectadas.

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

Para este trimestre se tiene en cuenta los cierres de la vigencia pasada, donde se vienen adelantando acciones que apoyen la evaluación de los avances alcanzados, identificando aprendizajes y asegurar que las acciones implementadas tengan un impacto sostenible en el bienestar del hogar.

Número de familias participantes en las estrategias de Vivienda Saludable, con terminación de proceso.			
MES	Numerador	Denominador	Resultado
OCTUBRE	72	250	29%
NOVIEMBRE	126	282	45%

DICIEMBRE	36	380	9%
TOTAL	234	912	26%

Fuente: Reporte de intervenciones y Atenciones aplicativo GTAPS

De las familias abordadas se evidencian 234 cierres, cumpliendo con el 100% de los planes de bienestar concertados, donde por medio de la evaluación de riesgos ambientales, alcanzando el cumplimiento de los planes de bienestar familiar, así como se logra la implementación de estrategias donde las personas desarrollan una mayor comprensión de los problemas ambientales locales y globales, así como de sus causas y consecuencias. Así mismo las familias se sienten capacitadas para actuar frente a los problemas ambientales, convirtiéndose en agentes de cambio en sus contextos.

Dentro del análisis del indicador se evidencia el cierre del 26% de las familias del trimestre, correspondiente a aquellas que cumplieron con el plan de bienestar según la periodicidad y el inicio de la intervención

n. El 74% restante corresponde a familias que continúan activas o que iniciaron el proceso durante los meses de octubre, noviembre y diciembre, teniendo en cuenta que los planes de bienestar para esta nueva vigencia se desarrollan durante un período de 4 meses a 6 meses, conforme a lo establecido en el lineamiento.

Durante el proceso de cierres de seguimientos familiares en salud ambiental se han identificado diversas dificultades que inciden en el cumplimiento oportuno de los planes de bienestar. Entre las principales se encuentran la intermitencia en la participación de algunas familias, asociada a cambios de domicilio, limitaciones de tiempo o dificultades de comunicación, lo que retrasa el desarrollo completo de las actividades programadas. donde se establecen acciones de mejora orientadas al fortalecimiento del acompañamiento la adherencia y la sostenibilidad de las condiciones de vivienda saludable en las familias participantes desde el seguimiento oportuno, actividades que logre captar la atención y permanencia de las familias

Por otra parte, se realiza el reporte de los hogares de los que se implementan unidades demostrativas encontrando:

Porcentaje de hogares que implementan unidades demostrativas (huertas)		
Numerador	**Denominador**	**Resultado**
0	0	0%

Fuente: Reporte de intervenciones y Atenciones aplicativo GTAPS

Durante el periodo evaluado, en las viviendas ubicadas en zonas de influencia de factores de riesgo ambiental —tales como cercanías a rellenos sanitarios, ríos, humedales, cementerios, aeropuertos y áreas con alto riesgo de deslizamiento o remoción en masa— no se evidenció la disposición de las familias para la implementación de Unidades Demostrativas en Salud Ambiental. Esta situación limitó el desarrollo de acciones demostrativas en el territorio, pese a la caracterización previa de dichas áreas como prioritarias desde el enfoque de salud ambiental y gestión del riesgo.

Las principales limitaciones para este desarrollo se establecen en la disponibilidad de tiempo de las familias, la falta de espacios físicos adecuados y de conocimientos para la adaptación de áreas dentro de las viviendas. No obstante, se sensibiliza en la oportunidad y beneficios para las familias invitándoles a participar en este tipo de iniciativas, socializando que se contará con acompañamiento técnico, con procesos de capacitación y apoyo continuo. En este sentido, las familias manifiestan la oportunidad de una vinculación gradual, integrada a su dinámica cotidiana, especialmente cuando se visibilizan los beneficios asociados a la seguridad alimentaria, el ahorro económico y el fortalecimiento del trabajo comunitario, con resultados progresivos a mediano y largo plazo.

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, describiendo evento que genera la jornada o contingencia, el objetivo general y actividades desarrolladas.

Tabla 16. Jornadas y contingencias realizadas en el periodo XXX

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
20/10/25	Jornadas MÁS Bienestar para ciudadanos con habitanza o habitabilidad en calle	RECORRIDOS NOCTURNOS IDENTIFICANDO NECESIDADES EN SALUD	GESTORES Y MEDICINA	3	6

22/10/25	Jornadas MÁS Bienestar para ciudadanos con habitanza o habitabilidad en calle	RECORRIDOS NOCTURNOS IDENTIFICANDO NECESIDADES EN SALUD	GESTORES Y MEDICINA	3	6
27/10/25	Jornadas MÁS Bienestar para ciudadanos con habitanza o habitabilidad en calle	RECORRIDOS NOCTURNOS IDENTIFICANDO NECESIDADES EN SALUD	GESTORES Y MEDICINA	3	6
30/10/25	Jornadas MÁS Bienestar para ciudadanos con habitanza o habitabilidad en calle	RECORRIDOS NOCTURNOS IDENTIFICANDO NECESIDADES EN SALUD	GESTORES Y MEDICINA	3	6
7/11/25	Jornadas MÁS Bienestar para ciudadanos con habitanza o habitabilidad en calle	RECORRIDOS NOCTURNOS IDENTIFICANDO NECESIDADES EN SALUD	GESTORES Y MEDICINA	3	6
14/11/25	Jornadas MÁS Bienestar para ciudadanos con habitanza o habitabilidad en calle	RECORRIDOS NOCTURNOS IDENTIFICANDO NECESIDADES EN SALUD	GESTORES Y MEDICINA	3	6
21/11/25	Jornadas MÁS Bienestar para ciudadanos con habitanza o habitabilidad en calle	RECORRIDOS NOCTURNOS IDENTIFICANDO NECESIDADES EN SALUD	GESTORES Y MEDICINA	3	6
3/12/26	PLAN PÓLVORA	ACCIONES DE PREVENCIÓN DE LESIONADOS POR ARTEFACTOS PIROTÉCNICOS	Gestores más bienestar y líder operativo	31	8
4/12/25	JORNADA VOLUNTARIADO	INTOXICACIÓN POR ALIMENTOS	Gestores más bienestar y líder operativo	40	8
5/12/25	JORNADA VOLUNTARIADO	ACCIONES DE PREVENCIÓN DE LESIONADOS POR ARTEFACTOS PIROTÉCNICOS	Gestores más bienestar y líder operativo	40	8

5/12/25	PLAN PÓLVORA	MANEJO INTEGRAL DE RESIDUOS, FOMENTO DE PRÁCTICAS DE CONSUMO RESPONSABLE	Gestores más bienestar y líder operativo	31	8
6/12/25	JORNADA VOLUNTARIADO	ACCIONES DE PREVENCIÓN DE LESIONADOS POR ARTEFACTOS PIROTÉCNICOS	Gestores más bienestar y líder operativo	31	8
10/12/25	PLAN PÓLVORA	ACCIONES DE PREVENCIÓN DE LESIONADOS POR ARTEFACTOS PIROTÉCNICOS	Gestores más bienestar y líder operativo	31	8
16/12/25	PLAN PÓLVORA	ACCIONES DE PREVENCIÓN DE LESIONADOS POR ARTEFACTOS PIROTÉCNICOS.	Gestores más bienestar y líder operativo	31	8

Fuente: Archivo plano del GTAPS. Información acumulada desde el 1 de octubre de 2025 a a 31 diciembre 2025

Durante el periodo comprendido entre el 20 de octubre y el 30 de diciembre de 2025, se desarrollaron diversas jornadas territoriales de promoción, prevención y atención en salud, dirigidas principalmente a ciudadanos con habitanza o habitabilidad en calle, así como a la prevención de eventos en salud pública asociados a la temporada decembrina, tales como lesiones por artefactos pirotécnicos, intoxicaciones alimentarias y consumo de bebidas adulteradas.

Estas acciones se enmarcan en las estrategias “Jornadas MÁS Bienestar”, “Plan Pólvora” y “Jornadas de Voluntariado”, con intervención directa en territorio y recorridos nocturnos.

Jornadas MÁS Bienestar

- Población objetivo: Ciudadanos con habitanza o habitabilidad en calle.
- Actividad: Recorridos nocturnos para identificación de necesidades en salud.
- Talento humano: Gestores de bienestar y personal de medicina.

- Ejecución:

11 jornadas realizadas

3 gestores por jornada

6 horas promedio por jornada

Plan Pólvora

- Objetivo: Prevención de lesiones por artefactos pirotécnicos y eventos asociados.
- Temáticas abordadas:

Prevención de lesiones por pirotecnia

Prevención de intoxicación por metanol (bebidas adulteradas)

Manejo integral de residuos y consumo responsable

- Talento humano: Gestores Más Bienestar y líder operativo.
- Ejecución:

10 jornadas realizadas

31 gestores por jornada

8 horas promedio por jornada

Jornadas de Voluntariado

- Objetivo: Educación comunitaria en riesgos sanitarios.
- Temáticas:

Intoxicación por alimentos

Prevención de lesiones por artefactos pirotécnicos

- Ejecución:

3 jornadas realizadas

Hasta 40 gestores por jornada

8 horas promedio por jornada

Total de jornadas ejecutadas: 24

Participación de talento humano:

- Más de 700 participaciones acumuladas de gestores y personal operativo.

Impacto institucional:

- Identificación temprana de necesidades en salud en población vulnerable.
- Fortalecimiento de acciones preventivas en temporada de alto riesgo.
- Presencia territorial continua en fechas y horarios críticos.

Las acciones ejecutadas evidencian un adecuado proceso de planeación, articulación interinstitucional y ejecución en territorio, permitiendo una respuesta oportuna frente a riesgos prevenibles en salud pública y fortaleciendo el enfoque de atención primaria en salud con enfoque diferencial.

Las Jornadas MÁS Bienestar permitieron mejorar la identificación de necesidades en salud de población en condición de vulnerabilidad.

El Plan Pólvora contribuyó a la mitigación del riesgo de lesiones e intoxicaciones propias de la temporada decembrina.

Las jornadas de voluntariado fortalecieron la educación comunitaria y la corresponsabilidad ciudadana en el autocuidado.

4.5. SERVICIOS COMPLEMENTARIOS

Durante el período de evaluación, el grupo de complementarios desarrolló el abordaje integral de la población privada de la libertad (PPL), así como de las comunidades de cuidado y comunidades de discapacidad, en coherencia con el Modelo de Atención en Salud del EMBH. Estas poblaciones se encuentran bajo seguimiento permanente por parte de los Equipos Básicos y el programa Bienestar en tu Hogar, con quienes se mantuvo una articulación operativa y técnica orientada a la identificación de necesidades.

En el marco de estas intervenciones, se realizaron acciones de seguimiento clínico, administrativo y territorial, que incluyeron la toma de exámenes de laboratorio, la gestión y

verificación de órdenes médicas, y el acompañamiento para la radicación con el fin de garantizar la oportunidad en la atención, la continuidad de los tratamientos instaurados y la adherencia terapéutica. Asimismo, estas acciones permitieron reducir barreras de acceso, fortalecer la integralidad de la atención y asegurar la trazabilidad de los procesos asistenciales, en concordancia con los lineamientos técnicos y operativos.

4.5.1 Servicios Complementarios Vacunación

La gestión para la identificación de la población sujeto de vacunación se desarrolló a partir de un proceso articulado entre los técnicos y profesionales de los equipos Más Bienestar en Tu Hogar con el equipo de vacunación, integrando la información obtenida durante el abordaje territorial en las diferentes localidades de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. con las bases de usuarios derivados por los servicios de vacunación. Este proceso permitió identificar personas y familias con esquemas de vacunación incompletos o desactualizados, priorizando gestantes, menores de cinco años, población general y personas mayores, conforme a los lineamientos distritales y al enfoque de curso de vida. A partir de esta identificación, se realizó seguimiento activo y gestión directa con los usuarios y sus familias, facilitando la programación, intervención y aplicación de biológicos en territorio.

Como resultado de las acciones implementadas, se logró la vacunación de 1.275 usuarios, con la aplicación de 1.697 biológicos, evidenciando un avance significativo en la actualización de esquemas de vacunación en la población intervenida. Del total de personas vacunadas, el 64,0 % (816 usuarios) correspondió a población general, el 15 % (191 usuarios) a menores de cinco años, el 18,4 % (234 usuarios) a personas mayores, y el 2,7 % (34 usuarias) a gestantes, lo cual refleja la priorización de grupos de especial interés en salud pública y la atención diferencial por curso de vida.

En relación con la distribución territorial, se destaca la localidad de Suba, donde se vacunaron 681 usuarios, equivalente al 53,4 % del total, seguida de Engativá, con 383 usuarios vacunados, que representan el 30 %. Estas cifras evidencian una mayor capacidad operativa y respuesta institucional en dichas localidades, asociada a la articulación efectiva entre los equipos territoriales y el componente de vacunación, así como a la ejecución de jornadas extramurales ajustadas a las dinámicas comunitarias.

Los resultados alcanzados fueron posibles gracias a la búsqueda activa, el seguimiento continuo y la gestión realizada por los gestores de bienestar, quienes facilitaron el contacto con los usuarios, la sensibilización frente a la importancia de la vacunación y la superación

de barreras de acceso asociadas a la movilidad de la población, la disponibilidad horaria y la resistencia inicial al abordaje. Frente a estos retos, se implementaron estrategias como la ampliación de jornadas, el ajuste de horarios realizando acciones los fines de semana y el fortalecimiento de la articulación interinstitucional, contribuyendo al cumplimiento de los objetivos de la estrategia y al fortalecimiento de la atención integral desarrollada en las diferentes localidades de la Subred Norte ESE.

Tabla 17. Intervenciones desarrolladas de vacunación

Tipo de población	Localidad	Número de usuarios vacunados	Número de biológicos aplicados
GESTANTES	ENGATIVA	4	4
	SUBA	21	26
	BARRIOS UNIDOS	4	5
MENORES DE 5 AÑOS	USAQUÉN	5	5
	ENGATIVA	34	99
	SUBA	56	153
	BARRIOS UNIDOS	2	2
POBLACIÓN GENERAL	USAQUÉN	99	151
	CHAPINERO	7	9
	ENGATIVA	246	311
	SUBA	481	586
	BARRIOS UNIDOS	31	35
	TEUSAQUILLO	37	64
VEJEZ	USAQUÉN	14	14
	CHAPINERO	6	6

	ENGATIVA	99	99
	SUBA	123	123
	BARRIOS UNIDOS	5	5
	TEUSAQUILLO	1	1
Total		1275	1697

Fuente: Matriz PAI- Equipos más bienestar en tu hogar - SRN ESE**,** Octubre - Diciembre 2025.

Comentado [38]: Registrar la fuente de los datos

4.5.2 Servicios Complementarios Laboratorios

Durante el periodo evaluado se desarrollaron acciones orientadas al cumplimiento de los objetivos relacionados con la toma oportuna de laboratorios, a partir de un proceso de planeación articulado con las diferentes dependencias de la subred y con los coordinadores de las instituciones priorizadas. Esta planeación contempló la consolidación de usuarios con requerimiento de laboratorio, la priorización según riesgo y la programación de jornadas, garantizando la disponibilidad de talento humano, insumos y condiciones operativas para su ejecución.

La articulación interinstitucional permitió el desarrollo de jornadas de toma de laboratorios en las localidades de Suba, Engativá, Usaquén, Teusaquillo y Barrios Unidos, logrando atender un total de 143 usuarios con requerimiento, de los cuales 55 usuarios contaron con toma efectiva de laboratorios. Se evidenció un mejor desempeño en algunas instituciones, reflejando avances en la coordinación operativa y el acceso al servicio. Como logro relevante, se destaca que durante el mes de octubre se logró realizar la toma de los laboratorios pendientes de la vigencia anterior, permitiendo disminuir el rezago acumulado y mejorar la oportunidad en la atención.

En relación con los tiempos de oportunidad, se registraron avances en la reducción del intervalo entre el ordenamiento y la toma de los laboratorios; no obstante, se identificaron limitaciones que afectaron el cumplimiento total de las tomas programadas. Entre estas se destacan dificultades en la articulación con algunas instituciones, asociadas a sus agendas internas y a la disponibilidad operativa, así como la inadecuada preparación de los usuarios para la toma de exámenes, especialmente aquellos que requieren condiciones previas específicas. Adicionalmente, se identificaron usuarios con barreras de acceso relacionadas con movilidad, condiciones sociales y permanencia en los servicios.

Tabla 18. 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
CIAI g1	Teusaquillo	5	2	40	0
CIAI g7	Suba	21	0	0	0
CIAI g 10	Suba	14	14	100	0
CIAI g 12	Suba	17	17	100	0
Santa Maria	Suba	17	17	100	0
Tierra del sol	Usaquén	20	12	60	0
Bosque Popular	Engativa	39	30	76.9	0
URI Engativá	Engativa	28	15	53.5	0
URI Suba	Suba	18	18	100	0
URI Usaquén	Usaquén	9	1	11.1	0
URI Teusaquillo	Teusaquillo	4	2	50	0
URI Barrios Unidos	Barrios Unidos	13	3	23.07	0
Memoria y Saber		7	7	100	0
Total		212	138		0

Fuente: Planos de aplicativo 2025 GTAPS, Octubre - Diciembre 2025.

Durante la última semana de diciembre de 2025, se generaron las órdenes médicas correspondientes para el grupo CIAI Grupo 7. Sin embargo, debido a limitaciones de tiempo, no se pudo realizar la toma de pruebas en

diciembre. Por esta razón, se ha proyectado que la toma se llevará a cabo durante la segunda semana de enero de 2026, con el retorno del talento humano a la institución tras el periodo vacacional.

De manera complementaria, se evidenció que en varios casos la toma de laboratorios fue parcial, principalmente debido a la demora en la recolección de muestras coprológicas y parciales de orina, lo cual impactó el cierre oportuno de los estudios diagnósticos completos y requirió reprogramación y seguimiento adicional por parte de los equipos de salud.

Respecto al análisis y gestión de resultados, los laboratorios obtenidos fueron revisados de manera sistemática, garantizando la atención oportuna y la mitigación del riesgo en salud.

Tabla 19. Intervenciones desarrolladas en toma de pruebas POCT

Localidad	No Usuarios con toma de pruebas POCT	HIV	Prueba Treponémica	HbsAg	Prueba de embarazo	Otras
Usaquén	1	1	1	0	1	
Chapinero	0	0	0	0	0	
Duba	1	1	1	0	0	
Engativa	3	3	3	0	3	
B unidos	0	0	0	0	0	
Teusaquillo	0	0	0	0	0	
Total	5	5	5		4	

Fuente: SRN

Comentado [39]: ????

Comentado [40R39]: para el periodo reportado no se realizaron pruebas POCT

Durante el periodo comprendido entre los meses de octubre y diciembre de 2025, se registró la toma de pruebas POCT en algunas de las localidades adscritas a la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E., con mayor concentración en Engativá, Usaquén y Suba. En localidades como Chapinero, Barrios Unidos y Teusaquillo no se reportaron tomas de pruebas durante el periodo analizado. La distribución territorial de las pruebas refleja la implementación de esta estrategia diagnóstica en escenarios priorizados de intervención.

En relación con el tipo de pruebas realizadas, se observa que la prueba rápida para Treponema pallidum fue la más utilizada, con un total de cinco pruebas, principalmente en la localidad de Engativá, seguida de Usaquén y Suba. Las pruebas rápidas para VIH registraron cuatro tomas, concentradas en Engativá y Usaquén, mientras que las pruebas de embarazo alcanzaron igualmente cuatro registros, realizadas en estas mismas localidades. Durante el periodo evaluado no se reportó la toma de pruebas para Hepatitis B (HBsAg) ni en la categoría de otras pruebas.

De manera paralela a la ejecución de las pruebas, la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. desarrolló la capacitación del talento humano perteneciente al grupo de complementarios y APS Social en la toma y procesamiento de pruebas POCT. Este proceso permitió fortalecer las competencias técnicas y operativas del personal, garantizando la correcta aplicación, lectura e interpretación de los insumos diagnósticos. Como resultado, el personal involucrado se encuentra capacitado y certificado para la realización de este tipo de pruebas.

Actualmente, la Subred adelanta la gestión administrativa correspondiente para la adquisición de los insumos requeridos, con el propósito de garantizar la continuidad y ampliación de la toma de pruebas POCT, de acuerdo con las necesidades identificadas. Los resultados obtenidos han permitido la identificación oportuna de eventos de interés en salud pública, el fortalecimiento de la capacidad de respuesta institucional y un impacto positivo en el acceso temprano al diagnóstico y a la atención de la población intervenida.

4.5.3 Servicios Complementarios Medicamentos

Durante la ejecución, se realizó articulación permanente con las diferentes dependencias de la Subred, lo que permitió validar información clínica, administrativa y operativa relacionada con la prescripción y dispensación de medicamentos. De manera paralela, se sostuvo articulación con los coordinadores de las instituciones de cuidado y centros de discapacidad intervenidos, quienes manifestaron que asumirán directamente el proceso de solicitud, seguimiento y entrega de medicamentos, dado que cuentan con procedimientos internos previamente establecidos y experiencia en la gestión ante las EAPB y operadores farmacéuticos, lo cual limitó la intervención directa del equipo en la fase final de dispensación.

En relación con la articulación con las EAPB, es importante precisar que la gestión directa del programa se adelantó únicamente con usuarios afiliados a Capital Salud adscritos a la Subred Norte, ante el operador farmacéutico Audifarma, entidad responsable de la dispensación y entrega de los medicamentos. Para el resto de los usuarios, la gestión del proceso se mantuvo bajo la responsabilidad de las instituciones de cuidado y centros de discapacidad, dado que estas cuentan con rutas propias previamente establecidas.

Así mismo, se evidenció que un número significativo de las fórmulas MIPRES fueron generadas en consultas diferentes a las desarrolladas por los equipos de Más Bienestar en tu Hogar, lo que redujo la trazabilidad directa del proceso y la capacidad de control sobre los tiempos de respuesta y entrega. Durante las jornadas de atención se realizó verificación del estado de las órdenes, identificación de medicamentos pendientes y orientación a cuidadores e

instituciones sobre los canales formales de solicitud, así como seguimiento a los casos con mayores barreras administrativas.

Tabla 20. Intervenciones desarrolladas entrega de medicamentos

Institución	Localidad	No usuarios con orden de medicamentos	No usuarios con medicamentos entregados	% Efectividad
CIAI G1	Teusaquillo	0	0	0
CIAI G7	Suba	0	0	0
CIAI G10	Suba	0	0	0
CIAI G12	Suba	0	0	0
Santa Maria	Suba	0	0	0
Tierra del sol	Usaquén	0	0	0
Bosque Popular	Engativa	0	0	5.45
URI Engativá	Engativa	21	19	90.47
URI Suba	Suba	2	2	100
URI Usaquén	Usaquén	16	16	100
URI Teusaquillo	Teusaquillo	1	0	0
URI Barrios Unidos	Barrios Unidos	0	0	0
Memoria y Saber		0	0	0
Total		40	37	92.5

Fuente:

Comentado [41]: NO coinciden datos con lo registrado en GTAPS

En cuanto a los resultados, durante el período evaluado se identificaron 40 usuarios con orden de medicamentos, de los cuales se logró la entrega efectiva a 37 usuarios, lo que corresponde a un porcentaje de efectividad global del 92.5 %, de acuerdo con el consolidado general del indicador. Este resultado evidencia una baja efectividad global en la entrega de medicamentos, asociada principalmente a la concentración de entregas en un número limitado de instituciones.

A nivel institucional, se observó un desempeño favorable en URI (Usaquén) y URI Suba, las cuales alcanzaron un 100 % de efectividad, así como en URI Engativá, que reportó una efectividad del 90,47 %, reflejando una adecuada gestión del proceso de solicitud, seguimiento y dispensación de medicamentos. En contraste, en varias instituciones no se registraron órdenes ni entregas durante el período, lo cual impactó negativamente el resultado consolidado del indicador.

La baja efectividad global se encuentra directamente relacionada con las comunidades de cuidado y discapacidad dado que el operador de este contrato cuenta con un talento humano específico para esta

actividad los cuales no han autorizado que se realice el ejercicio de autorización y dispensación de medicamentos por parte de los EMBH de la subred norte

Respecto a la oportunidad en la entrega de medicamentos, se identificaron retrasos asociados a los tiempos de respuesta del operador farmacéutico Audifarma, así como a procesos administrativos internos de las instituciones. En general, los resultados obtenidos reflejan que, si bien se desarrollaron acciones de planeación, articulación interinstitucional y acompañamiento técnico, la efectividad, completitud y oportunidad en la entrega de medicamentos estuvieron condicionadas por la autonomía operativa de las instituciones de cuidado, así como por la dispersión del proceso de prescripción y dispensación.

Se identifica como reto prioritario el fortalecimiento de los mecanismos de articulación, seguimiento y trazabilidad, particularmente con la comunidades de cuidado y discapacidad con el fin de optimizar la gestión del proceso y mejorar los resultados del indicador en futuras intervenciones del programa.

4.6. ABORDAJE EN EL MARCO DE LA APSOCIAL

4.6.1 Pagadiarios con MÁS Bienestar

Tabla 21. Intervenciones realizadas en 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
Usaquén	8	0	3	1
Chapinero	7	0	0	30
Suba	0	1	0	0
Engativa	5	1	2	8
B Unidos	12	4	19	10
Teusaquillo	0	0	0	0

Comentado [42]: 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 y el numero de Planes de Bienestar implementados.

Fuente: Reporte de intervenciones y Atenciones aplicativo GTAPS

Durante el período de análisis, se logró la caracterización efectiva de 32 pagadiarios en las localidades de Barrios Unidos (12), Usaquén (8), Chapinero (7) y Engativá (5), concentrándose el mayor número en Barrios Unidos. Este ejercicio se tradujo en un mayor volumen de familias abordadas, así como en la identificación de necesidades asociadas principalmente al acceso a servicios de salud, acompañamiento psicosocial y activación de rutas de atención interinstitucional.

En relación con la concertación de Planes de Bienestar, si bien se adelantaron procesos de identificación y orientación, los datos evidencian que el número de planes efectivamente implementados es limitado, registrándose únicamente seis (6) familias con Planes de Bienestar concertados, distribuidas en Barrios Unidos (4), Engativá (1) y Suba (1). En localidades como Usaquén, Chapinero y Teusaquillo no se logró la concertación de planes durante el período evaluado.

Esta situación se explica, en gran medida, por la alta movilidad de la población residente en pagadiarios, la cual se desplaza de manera constante entre diferentes localidades del Distrito, dificultando los procesos de seguimiento continuo y la consolidación de acuerdos de mediano plazo como los Planes de Bienestar. En este sentido, aunque se identifican necesidades relevantes, la transitoriedad habitacional limita la posibilidad de avanzar hacia intervenciones sostenidas.

Respecto a los seguimientos realizados, se evidencia una mayor concentración en la localidad de Barrios Unidos (19), seguida de Usaquén (3) y Engativá (2), lo cual da cuenta de la focalización de acciones sobre familias con mayores niveles de vulnerabilidad o con alertas priorizadas previamente. Estos seguimientos se orientaron principalmente a verificar condiciones de permanencia, adherencia a orientaciones brindadas y evolución de las situaciones identificadas.

En cuanto a las derivaciones a planes de cuidado, se observa un número significativo, especialmente en Chapinero (30), Barrios Unidos (10) y Engativá (8), No obstante, es importante precisar que, aunque el número de derivaciones resulta relevante, estas no siempre se traducen en la implementación de Planes de Bienestar, debido a la falta de continuidad en la permanencia de las familias en los inmuebles intervenidos.

Finalmente, en las localidades de Suba y Teusaquillo, si bien se realizó la búsqueda activa de inmuebles identificados preliminarmente como pagadiarios, durante el abordaje territorial las personas residentes manifestaron que dichos espacios corresponden a inquilinatos o viviendas de tipo familiar, lo cual ha limitado el ingreso institucional y la caracterización formal. A partir de este ejercicio, se identifica la necesidad de ajustar las estrategias operativas, priorizando intervenciones en horarios de mayor permanencia de la población —especialmente en horas de la mañana y en la franja tarde-noche—, con el fin de facilitar la verificación del tipo de inmueble, el acceso institucional y el acercamiento efectivo a las personas residentes.

4.6.2 Abordaje Familiar en Pagadiarios

Comentado [43]: 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 respuestas generadas y el numero de Planes de Bienestar implementados.

Tabla 22. 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
Usaquén	109	3	99	3	0	96
Chapinero	74	0	74	4	2	68
Suba	0	0	0	0	0	0
Engativa	55	2	63	1	0	62
B Unidos	236	19	213	21	0	192
Teusaquillo	16	0	0	0	0	16
Total	405	24	448	29	2	374

Fuente: Reporte de intervenciones y Atenciones aplicativo GTAPS

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

Tabla 23. Jornada ciudadanos con habitanza o habitabilidad en calle - Recorrido Nocturno.

Localidad	Fecha de la jornada	No usuarios caracterizados	No atenciones individuales

Chapinero	20/10/2025	8	8
Usaquén	22/10/2025	7	7
Engativa	27/10/2025	7	7
Suba	30/10/2025	0	0
Chapinero	07/11/2025	9	6
B. Unidos	14/11/2025	9	0
Teusaquillo	21/11/2025	7	4
Usaquén	17/12/2025	7	6
Teusaquillo	23/12/2025	12	0
Engativa	26/12/2025	4	2
Chapinero	30/12/2025	3	0

Fuente: Reporte de intervenciones y Atenciones aplicativo GTAPS

El análisis de los hallazgos y prioridades identificadas a partir de la caracterización individual realizada durante los recorridos territoriales evidencia avances en la gestión con ciudadanos y ciudadanas habitantes de calle, así como en la articulación interinstitucional para su atención integral. Durante el periodo analizado se realizaron jornadas en seis localidades de la Subred Norte, en las cuales se caracterizaron 73 ciudadanos habitantes de calle, de los cuales se brindaron 40 atenciones individuales, lo que corresponde a un 54,8 % del total de personas identificadas. Estas cifras reflejan un ejercicio sostenido de búsqueda activa, abordaje y valoración inicial en territorio, permitiendo identificar necesidades prioritarias en salud y gestión social.

Desde el análisis cuantitativo, se observa que las localidades con mayor número de personas caracterizadas fueron Chapinero, con 20 usuarios (27,4 %), seguida de Teusaquillo, con 19 usuarios (26,0 %), Usaquén, con 14 usuarios (19,2 %), y Engativá, con 11 usuarios (15,1 %). En términos de atenciones individuales, se destaca Chapinero, donde se realizaron 14 atenciones, equivalentes al 35,0 % del total, seguida de Usaquén y Engativá, con 13 atenciones conjuntas (32,5 %). En la localidad de Suba no se registraron caracterizaciones ni atenciones durante el periodo evaluado, situación asociada a las dinámicas propias del territorio y a la movilidad de la población.

Desde el análisis cualitativo, la caracterización permitió identificar prioridades relacionadas con necesidades en salud física y mental, consumo problemático de sustancias psicoactivas, ausencia de afiliación efectiva al sistema de salud y baja adherencia a procesos institucionales, lo cual orientó la gestión de acciones de seguimiento presencial y telefónico en articulación con la Secretaría Distrital de Integración Social. Estas acciones incluyeron la

orientación sobre la oferta institucional, la activación de rutas de atención, el acompañamiento para el acceso a servicios sociales y la gestión de atenciones en salud, en coherencia con las necesidades identificadas durante el recorrido.

Es importante resaltar que, durante los recorridos nocturnos, algunas de las atenciones individuales realizadas corresponden a ciudadanos que, si bien fueron valorados en territorio por los equipos, se encontraban capitando con subredes diferentes a la Subred Norte, lo cual implicó la articulación y remisión correspondiente, garantizando la continuidad de la atención y evitando la fragmentación del proceso asistencial.

Dentro de los logros alcanzados se destaca el fortalecimiento del abordaje territorial, la identificación oportuna de necesidades prioritarias y el avance en la articulación con Integración Social. No obstante, persisten brechas relacionadas con la dificultad para realizar seguimientos continuos debido a la movilidad constante de la población y la limitada permanencia en un mismo territorio, lo cual representa una oportunidad de mejora para fortalecer estrategias de seguimiento flexible, ampliar la coordinación interinstitucional y ajustar los horarios de intervención.

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

Tabla 24. Identificación de riesgos y atención Integral para ciudadanos con habitanza o habitabilidad en calle.

Nombre de la institución	Fecha	No usuarios caracterizados	No atenciones individuales
0		0	0
0		0	0
0		0	0
0		0	0
0		0	0

Fuente: Reporte de intervenciones y Atenciones aplicativo GTAPS

Es importante señalar que la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. no cuenta actualmente con una institución de atención especializada de carácter residencial o de

permanencia para la población habitante de calle dentro de su red de servicios, lo cual limita la capacidad de respuesta directa frente a algunas necesidades identificadas durante las jornadas de caracterización individual, nos encontramos a la espera de la asignación de la institución por parte de nivel central; No obstante, la gestión adelantada se ha orientado a la articulación interinstitucional con la Secretaría Distrital de Integración Social, así como a la activación de rutas externas garantizando el seguimiento.

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

Durante el periodo evaluado se desarrollaron acciones intersectoriales orientadas a la atención integral de la población privada de la libertad, a través de una articulación coordinada entre el sector salud y otros actores institucionales presentes en las URI y estaciones de Policía del territorio. Esta gestión intersectorial tuvo como propósito fortalecer la identificación temprana, intervención y mitigación de riesgos en salud que afectan a esta población, reconociendo sus condiciones particulares de vulnerabilidad asociadas al contexto de privación de la libertad, tales como barreras de acceso a servicios de salud, hacinamiento, condiciones sanitarias limitadas y mayor exposición a eventos transmisibles.

La articulación se materializó mediante la planeación y ejecución conjunta de jornadas de atención en salud en las URI de Usaquén, Engativá, Suba, Barrios Unidos y Teusaquillo, con el acompañamiento de las autoridades policiales, el personal de custodia, equipos mas bienestar en tu hogar. Estas acciones permitieron garantizar condiciones operativas para el ingreso del talento humano en salud, la identificación de usuarios caracterizados, la priorización de riesgos y la prestación de atenciones individuales, en coherencia con los principios de la Atención Primaria Social.

Como resultado de las jornadas programadas y realizadas, se logró la caracterización de usuarios privados de la libertad, la realización de atenciones individuales y la identificación de eventos de interés en salud pública. En este proceso se identificaron dos (2) usuarios con diagnóstico de sífilis, situación que implicó la activación de rutas de atención integral, el aumento de atenciones individuales resolutivas y la articulación con los servicios de salud correspondientes para garantizar la continuidad del tratamiento, el seguimiento clínico y las acciones de control, conforme a los lineamientos vigentes para infecciones de transmisión sexual. Este hallazgo evidenció la pertinencia de las intervenciones realizadas y la necesidad

de fortalecer la detección temprana y el abordaje oportuno de eventos transmisibles en esta población.

En términos de avances, se resalta el fortalecimiento de la coordinación intersectorial, el cumplimiento de las jornadas programadas en la mayoría de los escenarios, el aumento en la cobertura de atenciones individuales y la capacidad de respuesta frente a eventos que requieren manejo inmediato y seguimiento continuo. Asimismo, se avanzó en acciones de promoción de la salud y gestión del riesgo, orientadas a la educación en salud, la prevención de enfermedades transmisibles y la identificación de factores de riesgo individuales y colectivos.

No obstante, se identifican desafíos asociados a las dinámicas propias del contexto de privación de la libertad, tales como la alta rotación de la población, las limitaciones logísticas y de tiempo para la realización de jornadas, y las barreras para garantizar la continuidad de la atención y los tratamientos instaurados.

Tabla 25. 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
Usaquén	3	3	21	14	66.7
Engativa	3	2	44	36	81.8
Suba	3	3	93	31	33.3
B. Unidos	3	2	35	15	42.9
Teusaquillo	3	3	27	38S	140.7

Fuente: Reporte de intervenciones y Atenciones aplicativo GTAPS

Durante el periodo evaluado, los diagnósticos más frecuentes en la población atendida corresponde a personas con condición crónica, lo que evidencia la necesidad de seguimiento continuo, fortalecimiento del autocuidado y acompañamiento desde el enfoque de Atención Primaria Social.

De manera recurrente se identificaron factores de riesgo psicosocial, así como casos de ideación suicida y conducta suicida, los cuales requirieron activación de rutas de atención en salud mental, valoración integral y articulación intersectorial para la protección de la vida. Así

mismo, se reportaron diagnósticos de VIH gestacional, que demandaron atención integral y seguimiento para garantizar la adherencia al tratamiento y la reducción del riesgo de transmisión.

En el componente de salud oral, se identificaron periodontitis, gingivitis y caries cavitacional, asociadas a deficiencias en hábitos de higiene oral y barreras de acceso a servicios odontológicos, abordadas mediante acciones de promoción, educación y remisión para manejo odontológico.

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

Comentado [44]: No se evidencia información relacionada con las acciones desarrolladas en las comunidades de cuidado, vida y discapacidad. Adicionalmente, la información registrada para el numeral 4.6.7 no corresponde a esta acción del bienestar

Tabla 26.

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 /# Usuarios con valoración individual)	# usuarios con requerimiento de citas	# usuarios con respuesta al agendamiento	Porcentaje efectividad usuarios con requerimiento de citas/# usuarios con respuesta al agendamiento)

Fuente: Base de Seguimiento Interno

La información que se reporta es a partir del 15/12/2025, las acciones se implementaron en Chircales, donde se desarrollaron 7 jornadas de intervención, orientadas principalmente al fortalecimiento del bienestar a través de actividades colectivas. Estas jornadas permitieron el acercamiento institucional con una población de 14 usuarios, favoreciendo espacios de orientación, sensibilización y promoción del bienestar, lo cual constituye un avance significativo en la consolidación del trabajo territorial y en la vinculación inicial de la población a la oferta de las Casas MÁS Bienestar.

Entre los principales logros se destaca la ejecución total de las jornadas programadas, así como la participación activa de los usuarios en las actividades colectivas, lo que permitió identificar de manera preliminar necesidades generales y fortalecer la relación entre los equipos ejecutores y la institución.

A partir de los reportes institucionales y de la observación durante las jornadas colectivas, se identifican de manera general necesidades asociadas al fortalecimiento del bienestar integral, la promoción de hábitos saludables y el acompañamiento psicosocial, aspectos que orientarán futuras acciones de intervención.

Respecto a la implementación de los planes de bienestar, durante el periodo evaluado se avanzó principalmente en la fase de sensibilización y reconocimiento de necesidades.No obstante, las actividades colectivas desarrolladas constituyen un insumo importante para la estructuración futura de estos planes, al permitir identificar prioridades, dinámicas grupales y oportunidades de intervención.

En conclusión, se evidencian avances relevantes en la implementación de acciones colectivas y en la consolidación del proceso de intervención, sentando bases sólidas para el fortalecimiento de la atención integral en los próximos ciclos de ejecución.

4.6.8 Casas MÁS Bienestar

Tabla 27. Relación de Sesiones Casas MAS Bienestar Para El Mes De Diciembre 2025

	Tipo de sesión	N.º de sesiones realizadas	N.º de participantes	Resultado alcanzado
Subred	Autocuidado Integral	0	0	0
	Autonomía Cotidiana	0	0	0
	Bienestar Emocional	7	14	100%

Comentado [45]: Mencionar el mes en el que da inicio la actividad

Comentado [li46R45]: ok

Fuente: Base de Seguimiento Interno

De acuerdo con la información registrada, durante el periodo de reporte las acciones desarrolladas se concentraron en el componente de Bienestar Emocional, en el cual se realizaron 7 sesiones colectivas, con la participación de 14 usuarios, alcanzando un resultado del 100 % frente a lo programado. Este comportamiento evidencia una adecuada focalización de las acciones, así como una respuesta positiva por parte de los usuarios, reflejada en la asistencia y participación activa durante las sesiones.

Si bien el cumplimiento total del componente de Bienestar Emocional representa un avance significativo en la implementación de las acciones, la ausencia de intervenciones en los otros componentes limita el alcance integral del modelo de atención. En este sentido, se identifica la necesidad de fortalecer la programación y ejecución de sesiones de Autocuidado Integral y Autonomía Cotidiana en próximos períodos, con el fin de garantizar una intervención equilibrada que promueva el bienestar integral de los usuarios y contribuya al cumplimiento de los objetivos establecidos por la Subred y las Casas MÁS Bienestar.

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 1. Familias con implementación de Plan de Bienestar Diferencial en Familias de comunidades Negras y Afrocolombianas trimestre octubre a diciembre 2025.

LOCALIDAD	Número de familias con Formulación e implementación de Plan de Bienestar Diferencial en Familias de comunidades Negras y Afrocolombiana
1. Usaquén	40

2. Chapinero	**31**
10. Engativá	**71**
11. Suba	**70**
12. Barrios Unidos	**1**
13. Teusaquillo	**71**
Total	**284**

Fuente: Archivo plano plan de bienestar familiar GTAPS

Se registraron un total de 284 casos. La localidad de Engativá y Teusaquillo concentraron la mayor proporción, cada una con el 25.0 % del total. Suba presentó una participación similar, con 24,65 %, evidenciando una alta concentración de casos en estas zonas. Por su parte, Usaquén aportó el 14,08 %, mientras que Chapinero representó el 10,92 % del total. Finalmente, Barrios Unidos mostró una participación mínima, correspondiente al 0,35 %, reflejando una baja incidencia en comparación con las demás localidades.

Durante los últimos tres meses, en las diferentes localidades se ha venido desarrollando un trabajo integral con las familias, enfocado en la prevención, manejo y control de la Infección Respiratoria Aguda (IRA) y de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia, de acuerdo con los lineamientos de la estrategia AIEPI comunitario. De igual manera, se ha promovido la adherencia a los programas de Promoción y Prevención, el fortalecimiento de estilos de vida saludables y el desarrollo de capacidades dentro del núcleo familiar.

Se llevaron a cabo acciones educativas sobre el reconocimiento oportuno de los signos de alarma de las enfermedades prevalentes de la infancia, teniendo en cuenta la persistencia de picos respiratorios en la población. Asimismo, en cada visita se reforzó la identificación de signos de alarma en adultos mayores, gestantes y menores de cinco años, con el fin de favorecer la consulta oportuna y la prevención de complicaciones.

Se desarrollaron actividades educativas orientadas al fortalecimiento del autocuidado y la salud integral de las familias por lo cual:

Se brindó orientación en alimentación y bebidas tradicionales orientadas a fortalecer las defensas de los niños y prevenir la aparición de enfermedades, así como recomendaciones de tomás y baños con plantas medicinales para el cuidado de las vías respiratorias. De igual manera, se realizó seguimiento a usuarios con alteraciones en la tensión arterial, sugiriendo el consumo de bebidas a base de plantas como apoyo complementario al tratamiento médico, promoviendo el autocuidado y la mejora de la calidad de vida.

Asimismo, se contó con el acompañamiento de la partera y del sabedor ancestral, quienes capacitaron a las madres en el cuidado integral del bebé, la lactancia materna y prácticas tradicionales como “sacar el frío”. Estas acciones incluyeron la realización de sobos, así como la entrega de hierbas y plantas medicinales, orientadas al fortalecimiento de la salud familiar y comunitaria desde los saberes ancestrales.

En el componente ambiental, se promovió la separación de residuos sólidos en la fuente y su adecuada disposición final, con el fin de reducir focos de contaminación dentro de la vivienda. Además, se fortalecieron hábitos higiénicos y de saneamiento básico, haciendo énfasis en la limpieza y desinfección de superficies, el manejo adecuado de aguas residuales y la prevención de vectores.

Finalmente, se brindó orientación sobre el uso, almacenamiento y disposición segura de sustancias químicas y residuos peligrosos presentes en el hogar, así como sobre la importancia de una adecuada ventilación de los espacios habitacionales y el control de factores ambientales que contribuyen a la prevención de enfermedades respiratorias.

5.1.2 Apechontería con familias étnicas – Afrodescendientes

Frente a las acciones de educación para la salud desarrolladas, el resultado del indicador de seguimiento evidencia el nivel de cumplimiento y el impacto de las actividades realizadas en la población priorizada. De acuerdo con la información dispuesta y relacionada a continuación, se observa que las estrategias implementadas permitieron fortalecer los conocimientos, prácticas y actitudes en salud, reflejándose en el avance del indicador en relación con la meta establecida para el periodo evaluado:

Tabla 2. Indicador sesiones educativas diferenciales para las etnias abordadas por la Subred Norte en el trimestre Octubre- Diciembre 2025.

Nombre del indicador	Frecuencia de medición	Fórmula
Sesiones educativas diferenciales para las diferentes etnias. (afrodescendientes, palenqueros, Wounaan, Rrom Gitanos, Emberá, Muisca Bosa y Muisca Suba)	Mensual	(60 / 60 * 100 = 100%)

De acuerdo con el indicador de seguimiento, en la evaluación trimestral correspondiente a los meses de octubre, noviembre y diciembre, se programaron cuatro (4) sesiones educativas para cada kilombo y cuatro (4) sesiones educativas dirigidas a la comunidad Emberá, para un valor proyectado de veinte (20) sesiones mensuales. Durante el periodo evaluado, se ejecutaron sesenta (60) sesiones de sesenta (60) programadas, lo que corresponde a un cumplimiento del 100% (60/60 × 100). Este resultado evidencia la adecuada planeación, ejecución y cobertura de las acciones de educación para la salud, así como la implementación efectiva de sesiones educativas diferenciales con enfoque intercultural, en coherencia con las metas establecidas.

Durante la realización de las acciones de apenchonterías en las diferentes localidades, orientadas al fortalecimiento del conocimiento sobre la medicina ancestral y sus beneficios para la salud, se desarrollaron rituales y demostraciones del uso de plantas medicinales y semillas como herramientas de cuidado y sanación. Estas actividades favorecen el intercambio de saberes ancestrales y la valoración de las prácticas tradicionales como parte fundamental del cuidado integral de la salud de la población asistente a las diferentes sesiones realizadas.

Es de vital importancia reconocer la acogida positiva que han tenido estas acciones en la comunidad, evidenciada en la participación activa y el interés manifestado por los asistentes. A través de estas actividades, se ha promovido el autocuidado desde una perspectiva distinta a la medicina occidental, permitiendo a las personas conocer e implementar saberes ancestrales como una alternativa complementaria para el fortalecimiento de la salud.

De esta manera, se impulsa el reconocimiento de la medicina ancestral como un enfoque válido y significativo para el bienestar individual y colectivo, fortaleciendo la identidad

cultural, el respeto por los conocimientos tradicionales y la construcción de prácticas de cuidado en salud basadas en la armonía con la naturaleza y el saber de los ancestros.

Iniciativas ambientales

Durante el trimestre se desarrollaron diversas acciones de educación y gestión ambiental comunitaria lideradas por los equipos Kilombos adscritos a la subred norte como iniciativas ambientales, orientadas al cuidado del entorno, la salud y la seguridad alimentaria.

En octubre de 2025, se realizó una jornada de seguimiento a la iniciativa de recolección selectiva de residuos especiales (pilas, baterías y eco-botellas) en articulación con la lideresa comunitaria. La actividad permitió el acopio responsable de estos residuos y la socialización con líderes comunitarios sobre la separación en la fuente, la reducción de la contaminación y la disposición segura de residuos peligrosos, fortaleciendo la prevención de riesgos ambientales y sanitarios.

En noviembre de 2025, se llevó a cabo una visita domiciliaria a un usuario vinculado a los procesos de medicina ancestral del Kilombo. A partir de un diagnóstico participativo, se implementó una acción ambiental puntual mediante la elaboración de un pastillero con material reutilizado, promoviendo el autocuidado, la organización de la medicación y el reaprovechamiento de recursos, como estrategia de bienestar y sostenibilidad.

En diciembre de 2025, se apoyó la jornada de entrega de la Canasta Afro en la Casa Afro Teresita Rosales, realizando una charla preventiva sobre inocuidad y seguridad alimentaria, orientada a la verificación del estado y fechas de vencimiento de los alimentos. Esta acción fortaleció la autonomía de las familias y la prevención de riesgos para la salud. las anteriores iniciativas en la localidad de Suba.

De manera complementaria, durante octubre y noviembre se adelantó la gestión comunitaria para la recuperación de un punto crítico de residuos en el barrio Villa Florita (Engativá), mediante educación ambiental sobre manejo adecuado de residuos sólidos, con énfasis en voluminosos y RCD, promoviendo el uso de los canales formales de la empresa de aseo y el trabajo articulado con la comunidad y entidades competentes. En diciembre, se reforzó la educación ambiental en jornadas comunitarias, abordando gestión de residuos en temporada navideña, prevención de accidentes, seguridad alimentaria y no uso de pólvora, integrando enfoques ancestrales y occidentales de prevención.

En conjunto, estas iniciativas fortalecieron la educación ambiental comunitaria, promovieron prácticas sostenibles y consolidaron el rol de los kilombos en la promoción del bienestar ambiental y social en los territorios intervenidos.

5.1.3 Técnicas de curación ancestral - Negras y Afrocolombianas

Durante el trimestre comprendido entre los meses de octubre a diciembre de 2025, se dio cumplimiento al 100% de las actividades programadas, desarrollando de manera oportuna y continua las jornadas de técnicas de curación ancestral dirigidas a población negra y afrocolombiana en los diferentes kilombos priorizados.

Las jornadas realizadas durante el mes se caracterizaron por un abordaje integral, respetuoso y culturalmente pertinente, fundamentado en los saberes ancestrales propios de las comunidades. Las principales causas de consulta estuvieron relacionadas con malestares en salud crónicas, emocionales, tensiones familiares, duelos, afectaciones asociadas al estrés, desequilibrios espirituales y procesos de armonización personal y comunitaria.

En coherencia con el enfoque diferencial y el respeto por los secretos ancestrales, estos saberes no fueron descritos de manera explícita, garantizando la preservación cultural y la confidencialidad de las prácticas tradicionales.

Tabla 3. Jornadas de técnicas de curación ancestral dirigidas a población negra y afrocolombiana en los diferentes kilombos priorizados

LOCALIDAD		Número de atenciones Individuales de comunidades negras y afrocolombianas		
	Técnicas de Curación ancestral	Medicina	Enfermería	Nutrición
1. Usaquén	0	0	0	0
2. Chapinero	24	3	1	0
10. Engativá	24	0	0	0
11. Suba	24	5	3	0
12. Barrios Unidos	0	1	0	0

Comentado [47]: Revisar en el proceso de descripción las acciones para el desarrollo y cumplimiento de las asignaciones de las atenciones individuales, en articulación con los procesos de MAS Bienestar en Tu Hogar

Comentado [li48R47]: ok

13. Teusaquillo	**24**	**0**	**0**	**0**
Total	**96**	**9**	**4**	0

Durante el periodo evaluado, se realizaron 96 atenciones individuales mediante técnicas de curación ancestral a personas pertenecientes a comunidades negras y afrocolombianas en los kilombos priorizados, concentrándose principalmente en las localidades de Chapinero, Engativá, Suba y Teusaquillo, evidenciando una adecuada focalización territorial y una respuesta efectiva a las necesidades identificadas.

Adicionalmente, se efectuaron 9 atenciones desde el componente de medicina, 4 atenciones desde enfermería y no se registraron atenciones desde nutrición durante el periodo analizado.

La atención integral brindada a la comunidad desde la medicina ancestral afro representó un aporte fundamental al cuidado, la prevención y la recuperación de la salud, al reconocer y valorar los saberes tradicionales como una estrategia efectiva y culturalmente pertinente para el bienestar individual, familiar y comunitario. A través de esta medicina, se promovió una visión integral de la salud que articula el equilibrio entre el cuerpo, la mente, el entorno y la espiritualidad, fortaleciendo prácticas de cuidado propias que han sido transmitidas de generación en generación.

En este proceso se realizó la atención de personas mediante la preparación, recomendación y entrega de bebidas naturales a base de plantas medicinales, utilizadas para el tratamiento y alivio de diversas afecciones comunes, de acuerdo con los conocimientos ancestrales afro. Estas prácticas contribuyen al fortalecimiento del sistema inmunológico, la desintoxicación del organismo y la regulación de funciones corporales, favoreciendo procesos de sanación natural y preventiva. De manera particular, se llevaron a cabo sobos dirigidos a mujeres en período de posparto, orientados a la acomodación de la matriz y al restablecimiento del equilibrio corporal, los cuales estuvieron acompañados de tomas herbales que apoyan la recuperación física, reducen molestias y fortalecen el bienestar general de las mujeres.

Asimismo, se brindó orientación a la comunidad sobre el uso adecuado de plantas medicinales para el manejo complementario de enfermedades crónicas como la diabetes y la hipertensión, promoviendo prácticas de autocuidado, adherencia a hábitos saludables y una mayor conciencia sobre el manejo integral de estas condiciones. La entrega de bebedizos,

plantas y semillas permitió no solo el acceso a estos recursos terapéuticos, sino también el fortalecimiento de la soberanía sanitaria y la apropiación de los saberes ancestrales como una herramienta cotidiana para el cuidado de la salud.

La medicina ancestral afro también aportó al fortalecimiento del tejido comunitario, al generar espacios de diálogo, confianza y acompañamiento, en los que la palabra, la escucha y el consejo cumplen un papel central en los procesos de sanación. Estas prácticas favorecen el bienestar emocional y psicosocial, reconociendo la salud como un proceso colectivo y no únicamente individual.

De manera complementaria, se desarrollaron acciones desde el enfoque de la medicina occidental, brindando educación en temas relacionados con la promoción y la prevención en salud, lo que permitió una articulación respetuosa entre ambos sistemas de conocimiento. Desde el enfoque ambiental, se realizó acompañamiento y orientación sobre el manejo adecuado de los residuos sólidos en el hogar, fomentando prácticas responsables que contribuyen a la salud ambiental, la prevención de enfermedades y el bienestar integral de las familias y la comunidad.

5.3 FAMILIAS INDÍGENAS EMBERA

5.3.1 Gestión Integral del riesgo en familias indígenas Embera

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

Tabla 29. Acciones de identificación de riesgos en la población indígena Emberá UPI Florida

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

UPI La Florida	109	12	136	56
Total	109	12	136	56

Fuente: Reporte de intervenciones y Atenciones aplicativo GTAPS

Se identifica que el mes de octubre concentró el mayor proceso de identificación y caracterización de personas, constituyéndose como el periodo con mayor reconocimiento de la población objetivo y, en consecuencia, con la mayor detección de riesgos en salud.

Durante el trimestre se desarrollaron doce (12) acciones colectivas, orientadas a la promoción del autocuidado, la prevención de enfermedades, la realización de sesiones educativas en temáticas psicosociales y el fortalecimiento de los saberes ancestrales, en coherencia con el enfoque diferencial y comunitario.

Así mismo, se realizaron 136 atenciones en medicina ancestral, lo cual evidencia una alta demanda de atención en salud, especialmente en los grupos de riesgo priorizados, entre los cuales se incluyen los siguientes:

Las atenciones se concentraron principalmente en niños y niñas menores de cinco (5) años, quienes presentaron con mayor frecuencia infecciones respiratorias agudas, enfermedades gastrointestinales y afecciones dermatológicas.

Así mismo, se brindó atención a mujeres gestantes y mujeres en edad fértil, priorizando procesos de orientación integral, cuidados corporales y armonización, en concordancia con los ciclos vitales y las prácticas de cuidado propias.

En el caso de las personas mayores, las principales consultas estuvieron asociadas a dolencias osteomusculares y enfermedades crónicas, requiriendo acompañamiento continuo y acciones de alivio y prevención.

De igual manera, se atendieron personas en condiciones de vulnerabilidad social, relacionadas principalmente con situaciones de hacinamiento, necesidades básicas insatisfechas y barreras de acceso a los servicios de salud, lo que incidió directamente en su estado de bienestar.

Adicionalmente, se realizaron 56 atenciones por parte del médico de conglomerado, evidenciando que, si bien el volumen de abordaje fue significativo, una proporción relevante de las necesidades fue atendida a través de prácticas colectivas de medicina ancestral, las

cuales han permitido fortalecer el enfoque preventivo y la atención médica colectiva, complementando de manera articulada la atención individual.

Con relación a las acciones colectivas, describir las temáticas manejadas en cada una de ellas para el trimestre.

Jornadas de educación para la salud en temas psicosociales

La salud en un derecho: La sesión educativa desarrollada con la población Emberá permitió fortalecer los conocimientos en temas de salud, promoviendo el autocuidado y la prevención de enfermedades desde un enfoque intercultural y respetuoso de sus costumbres y creencias. Durante el encuentro se evidenció una participación activa, disposición para el aprendizaje y apertura al diálogo, lo que facilitó el intercambio de saberes entre el equipo de salud y la comunidad.

Respeto, igualdad, libertad: La sesión educativa desarrollada con la población Emberá permitió evidenciar el interés claro de la comunidad por fortalecer conocimientos respecto a la violencia de género y las rutas de apoyo. Permitiendo abrir un espacio de confianza donde se expresaron experiencias y preocupaciones frente a esta problemática.

Sé un defensor de los dientes: La actividad fue de gran acogida y los menores y sus padres disfrutaron y se sensibilizan en la importancia del cepillado, ya que es una gran problemática que persiste en la población, especialmente en los menores.

Jornadas de medicina ancestral Embera

El día de la resistencia indigena: La actividad permitió fortalecer los lazos comunitarios y reafirmar la identidad cultural del pueblo Embera, destacando la importancia del 12 de octubre como un día de resistencia y memoria colectiva. A través del diálogo y la reflexión, la comunidad reconoció el valor de conservar sus tradiciones, su lengua y sus prácticas ancestrales, en especial la medicina tradicional representada por la labor del yerbatero y la partera. El encuentro favoreció el intercambio de saberes entre la comunidad y el equipo de salud, promoviendo el respeto y la articulación entre la medicina ancestral y la occidental, en beneficio del bienestar integral y la pervivencia cultural del pueblo Embera.

Tejido de la mujer: Las actividades desarrolladas durante el mes permitieron fortalecer los lazos comunitarios, reconocerlos saberes ancestrales y promover prácticas culturales que aportan al bienestar integral de la población. La participación en dinámicas colectivas, así como la valoración del tejido y de la medicina tradicional, evidencian la importancia de preservar y apoyar los conocimientos propios de la comunidad Emberá. Tanto el trabajo del yerbatero como de la partera reflejan un compromiso continuo con la salud y la transmisión

de prácticas culturales que complementan los procesos institucionales. En conjunto, estas acciones contribuyen al cuidado, la identidad y la cohesión cultural dentro de la UPI.

Cuidando tu cuerpo: la actividad de medicina ancestral del pueblo Emberá permitió fortalecer el reconocimiento del cuidado integral del cuerpo de la mujer desde una visión cultural, espiritual y comunitaria, reafirmando la importancia del autocuidado y del respeto por el cuerpo femenino como territorio sagrado. Así mismo, se resaltó el rol fundamental de la mujer como pilar de la familia, transmisora de saberes ancestrales y agente clave en la preservación de la identidad cultural y el bienestar comunitario. El espacio de diálogo e intercambio de saberes contribuyó al fortalecimiento de la participación, la cohesión comunitaria y la valoración de la medicina tradicional como una herramienta esencial para la promoción de la salud, complementaria a la medicina occidental. En este sentido, se considera pertinente continuar desarrollando este tipo de actividades, que promueven el enfoque intercultural, el empoderamiento de la mujer y el respeto por los conocimientos ancestrales del pueblo Embera.

Jornada de educación para la salud en UAIC/AIEPI

Lactancia Materna: Introducir a la comunidad Emberá la importancia de la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses y su continuación junto con alimentación complementaria, resaltando los beneficios para la salud del niño y fortaleciendo el vínculo madre-hijo. Se busca generar interés, participación activa y motivación para aplicar prácticas saludables en el cuidado infantil.

IRA: La actividad desarrollada con la comunidad indígena, bajo el marco de la estrategia UAIC / AIEPI, está claramente encaminada a fortalecer la salud integral de los niños y niñas menores de cinco años, centrándose en la prevención, detección temprana y manejo adecuado de las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA). Esta iniciativa no se limita únicamente a transmitir información, sino que busca generar un cambio real en el comportamiento de la comunidad, promoviendo la participación activa de los cuidadores y la población en general, respetando siempre sus prácticas culturales, cosmovisión y lengua.

Lavado de manos: En la promoción de la salud comunitaria, se desarrolló una actividad con la comunidad Emberá destinada a introducir y reforzar la importancia del lavado de manos como práctica diaria de higiene. La sesión busca resaltar los múltiples beneficios de esta medida preventiva, incluyendo la reducción de enfermedades como diarreas, infecciones respiratorias y problemas de piel, así como la protección de la salud de niños, niñas y familias en general. A través de un enfoque participativo y respetuoso de las costumbres locales, se busca generar interés, motivación y participación activa de los asistentes, fomentando la

adopción de hábitos de lavado de manos en los momentos clave de la vida diaria y fortaleciendo la corresponsabilidad comunitaria en el cuidado de la salud.

Aseo e Higiene /Enfermedades dermatológicas: El equipo de salud, junto con los gestores comunitarios, se realizó la actividad explicando la importancia del baño regular como una práctica esencial para prevenir irritaciones, infecciones en la piel y enfermedades como la escabiosis, que habían sido observadas recientemente en algunos hogares. A través de una demostración práctica con un niño de la comunidad presentando escabiosis con utensilios sencillos, se mostró paso a paso cómo realizar un baño adecuado, enfatizando la limpieza de pliegues, manos, pies, uñas y cuero cabelludo, así como el correcto secado del cuerpo del niño para evitar humedad acumuladad.

Higiene Oral: Durante la jornada de promoción y prevención en salud oral, el equipo de salud desarrolló una actividad educativa y lúdica dirigida a niños y niñas de la comunidad, con el acompañamiento de sus padres y cuidadores, con el objetivo de fortalecer hábitos adecuados de higiene oral desde la primera infancia. La actividad se realizó en un espacio comunitario, propiciando un ambiente de confianza, participación y aprendizaje, donde inicialmente se explicó de manera sencilla la importancia del cuidado diario de la boca para prevenir enfermedades como la caries, el dolor dental y las infecciones, resaltando que una buena higiene oral permite a los niños alimentarse mejor, crecer sanos y evitar molestias.

Vacunación: En el marco de la estrategia de AIEPI , se desarrolló una intervención educativa con la comunidad indígena Emberá, orientada a fortalecer el cuidado integral de los niños y niñas menores de cinco años mediante la vacunación oportuna. Esta actividad surge como respuesta a la necesidad de prevenir enfermedades evitables que afectan con mayor frecuencia a la primera infancia y que pueden generar complicaciones graves si no se actúa de manera temprana enfatizando que la vacunación es una acción clave dentro del cuidado integral de la infancia, ya que contribuye al crecimiento sano, al desarrollo adecuado y al bienestar colectivo del pueblo Emberá, fortaleciendo la prevención y la corresponsabilidad en la protección de la salud infantil.

Seguimiento a Pacientes Hospitalizados:

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

Más Bienestar a tu Hogar. Posterior al egreso del usuario de la USS el equipo interdisciplinario Emberá gestiona los medicamentos ordenados, controles, traslado y brinda educación en la importancia de continuar con el tratamiento farmacológico y no farmacológico, adherencia a control post egreso. Sensibilización a los padres por el cuidado de salud del menor, cuando no hablan español gestiona el traductor, puesto que no comprenden el tratamiento, se explica la importancia de la medicina occidental y continuar medidas de autocuidado.

NÚMERO DE SEGUIMIENTOS POR USUARIO	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL
Ingreso por urgencias USS	12	14	14	40
Seguimientos	64	86	70	220

Fuente: Formulario Emberá aplicativo GTAPS

Barreras de Acceso:

Dando respuesta a las necesidades propias de la población indígena Emberá desde el perfil psicosocial se realiza búsqueda de información para la consolidación de directorio de USS, trabajo social y respuesta sectorial e intersectorial, además, acciones de sensibilización y articulación con actores que están involucrados en la garantía de los derechos a la atención en salud de la población, logrando la resolución de las diferentes barreras de acceso y atención para con la población. Por consiguiente, en la siguiente tabla se muestra el número de acciones realizadas para mitigar las barreras de acceso a los servicios de salud.

MES	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
CITAS AGENDADAS	48	33	43
CITAS ASISTIDAS	25	30	20
CITAS NO ASISTIDAS	18	3	5
PENDIENTE POR AGENDAR	5	0	18
PORTABILIDADES	4	1	2
AUTORIZACIONES	21	22	23
AFILIACIONES	1	1	0
MEDICAMENTOS	26	50	35
TOTAL	100	107	103

Fuente: Bases de información Internas Emberá perfil Profesional Étnico Emberá Psicosocial.

En respuesta a las necesidades identificadas en la población indígena Emberá, desde el perfil psicosocial se desarrollaron acciones orientadas a la identificación, gestión y mitigación de barreras de acceso a los servicios de salud, mediante la consolidación de un directorio de Unidades de Servicios de Salud (USS), articulación con trabajo social, y activación de rutas de respuesta sectorial e intersectorial. Así mismo, se llevaron a cabo acciones de sensibilización y articulación con actores institucionales y comunitarios, involucrados en la garantía del derecho fundamental a la salud. Durante los meses de octubre, noviembre y diciembre, se ejecutó un número significativo de acciones, evidenciando un acompañamiento continuo y sostenido a la población, así como una respuesta progresiva frente a las barreras identificadas. En el mes de octubre, se registraron 100 acciones, destacándose la gestión de medicamentos (26), autorizaciones (21) y la agenda de citas (48), lo que refleja un esfuerzo inicial importante en la organización del acceso a los servicios de salud. No obstante, se evidenció un número considerable de citas no asistidas (18), asociadas principalmente a barreras logísticas, administrativas y de movilidad. Durante noviembre, se observó un incremento a 107 acciones, con una mejoría significativa en la asistencia a citas, registrándose 30 citas asistidas frente a solo 3 no asistidas, lo cual evidencia una mayor efectividad en los procesos de acompañamiento, orientación y seguimiento. Adicionalmente, se destaca un aumento en la entrega y gestión de medicamentos (50) y en las autorizaciones (22), lo que sugiere una mayor resolución de trámites administrativos. En el mes de diciembre, se realizaron 103 acciones, manteniendo un volumen de gestión estable. Se realizó un agendamiento de (43) citas agendadas, y una inasistencia a (5) citas y un cumplimiento de (20) citas. Se evidenció un aumento en las citas pendientes por agendar (18), situación asociada principalmente a las dinámicas propias del cierre de año, la disponibilidad limitada de agendas institucionales y ajustes en la prestación de servicios. A pesar de ello, se continuó con la gestión de medicamentos (35) y autorizaciones (23), garantizando la continuidad de los tratamientos.

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

Frente a las valoraciones generadas en el Marco de la estrategia de atención integral comunitaria (UAIC) relacionar resultados de los siguientes indicadores:

Durante el mes de octubre, el equipo de uaic identificó 8 casos de IRA, 5 casos de EDA, 1 caso en Riesgo DNT, con 52 Seguimientos y/o atenciones por la estrategia. Para noviembre se registraron 14 casos de IRA, 3 casos de EDA y 1 caso en riesgo de Desnutrición, con 79 seguimientos y/o atenciones por la estrategia. Finalmente en el mes de diciembre se evidenció un descenso significativo de los casos de IRA, con 6 registros, mientras que se mantuvieron 4

casos de EDA y 2 casos en riesgo de Desnutrición, sin casos en DNT. con 37 seguimientos y/o atenciones por la estrategia.

Tabla 1. Indicadores Estrategia Unidad de atención integral comunitaria (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	(28/43*100)= 65%
Porcentaje de niños y niñas menores de cinco años de la comunidad indígena Emberá con identificación temprana y manejo oportuno de EDA.	Mensual	(12/43*100)= 288%
Porcentaje de niños y niñas menores de cinco años de la comunidad indígena Emberá con identificación temprana y manejo oportuno de DNT.	Mensual	No se presentaron casos con clasificación DNT en el trimestre 0%

Fuente: Formulario Emberá aplicativo GTAPS y Bases de información Internas Emberá perfil Gestor Técnico étnico Emberá

TRASLADO A UNIDAD ASISTENCIAL SEGÚN CRITERIOS POR UAIC

Durante el mes de octubre, noviembre y diciembre, los traslados realizados entorno al equipo y seguimiento en UAIC a unidades asistenciales se desarrollaron de manera oportuna y efectiva, como parte del compromiso del equipo de salud con la protección y el cuidado integral de la población atendida. En octubre y noviembre se efectuaron 4 traslados en cada mes, lo que evidencia una adecuada identificación de signos de alarma y una activación correcta de las rutas de referencia, garantizando el acceso oportuno a servicios de mayor complejidad cuando la condición clínica así lo requería. En diciembre, se registró únicamente 1 traslado, reflejando un resultado positivo del fortalecimiento en las acciones de promoción, prevención, seguimiento continuo y manejo oportuno por el equipo de UAIC, lo que permitió una mayor resolutividad en la atención y una disminución en la necesidad de remisiones, siempre priorizando la seguridad y el bienestar de los usuarios.

Como logros se destaca la reducción notable de IRA y la continuidad del seguimiento nutricional, así como el fortalecimiento de las acciones de educación, prevención y acompañamiento familiar desarrolladas por el equipo de UAIC.

5.6 FAMILIAS COMUNIDADES INDÍGENAS MUISCA

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

Tabla 1. Número de Familias con Pertenencia étnica Muisca de Suba con abordaje por el Equipo Étnico Más Bienestar en tu hogar.

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
Suba	59	18	59	16	0
Total	59	18	59	16	0

Fuente: Reporte de intervenciones y Atenciones aplicativo GTAPS

Durante el trimestre comprendido entre octubre y diciembre de 2025, el equipo diferencial indígena muisca de Suba desarrolló un proceso orientado inicialmente al alistamiento institucional y comunitario, y posteriormente al abordaje directo de las familias. En el mes de octubre, las acciones se centraron en la conformación del equipo de trabajo y en actividades de preparación y articulación, debido a que solo se contó con la contratación de la gestora étnica muisca y el profesional en psicología a partir del 16 de octubre, sin vinculación del perfil técnico durante ese mes. En este periodo se realizó la apropiación del lineamiento técnico “Más Bienestar a tu Hogar con enfoque étnico diferencial”, la participación en comités institucionales y espacios de gobierno propio, así como la gestión de la base censal del Ministerio del Interior, lo que permitió avanzar en la priorización de las familias a abordar.

Durante el trimestre, el equipo participó en un total de 16 consejos de gobierno propio (6 en octubre, 8 en noviembre y 2 en diciembre), fortaleciendo la articulación con las autoridades del Cabildo Muisca de Suba, los equipos de salud propia y otros actores institucionales. De manera paralela, se tuvo participación activa en acciones comunitarias como bazares, círculos de la palabra, trasnochos y la celebración de los 34 años de la comunidad, lo que permitió fortalecer la apropiación comunitaria del programa y vincular a las familias al abordaje de planes de bienestar familiar.

Con la contratación del perfil técnico muisca en la segunda semana de noviembre, se dio inicio al abordaje directo a las familias. Durante los meses de noviembre y diciembre se realizó la gestión y actualización de 378 registros familiares, mediante contacto telefónico para corregir datos de ubicación y contacto. Como resultado, se logró el abordaje de 59 familias muiscas en la localidad de Suba y 1 familia en Usaquén, instaurando 59 planes de bienestar familiar, lo que representó una cobertura del 100% de las familias que aceptaron ser caracterizadas durante el periodo operativo.

En el marco del fortalecimiento del cuido integral, se realizaron atenciones desde la medicina ancestral a 59 familias, con una aceptabilidad del 100%, mediante acciones de armonización, palabra, consejo, rituales de limpia y entrega de medicina tradicional, contribuyendo a la restauración de saberes ancestrales y al equilibrio entre cuerpo, mente y espíritu. En cuanto a la continuidad del acompañamiento, durante el mes de diciembre se efectuaron 18 seguimientos familiares (30,5%), 5 actualizaciones familiares (8,5%) y 17 caracterizaciones (61%), lo que permitió ajustar los planes de bienestar según las dinámicas y necesidades identificadas.

Desde el enfoque de curso de vida, la población abordada estuvo conformada principalmente por personas mayores, quienes representaron el 59,3% de los casos índice, seguidas por adultos (27,1%), adolescentes (10,2%) y jóvenes (3,4%), orientando las acciones hacia el cuidado integral, el acompañamiento emocional y el fortalecimiento de redes familiares y comunitarias. Adicionalmente, se logró la articulación con la EAPB Capital Salud, a través de un gestor muisca, gestionando cuatro solicitudes de citas médicas con especialistas y acceso a servicios ambulatorios, lo cual aportó al acceso oportuno a servicios de salud.

Finalmente, aunque el proceso evidenció avances significativos como la consolidación del equipo, el inicio efectivo del abordaje familiar y la articulación con el gobierno propio, también se identificaron retos asociados a la contratación tardía del equipo en el mes de octubre, la ausencia inicial de una matriz de familias priorizadas, el cruce de agendas institucionales y comunitarias, y la necesidad de fortalecer estrategias específicas de

atención para la población mayor en articulación con los servicios de salud y los saberes ancestrales.

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

6.1 GESTORES MAS BIENESTAR: Abordaje Territorial: Gestor MAS Bienestar

Durante el periodo comprendido entre octubre y diciembre de 2025, el Gestor Más Bienestar se consolidó como un actor estratégico en la microplaneación de las acciones en la ruralidad cercana. Su labor de barrido casa a casa permitió fortalecer el carácter predictivo del modelo, facilitando la identificación de población gestante que, debido a barreras geográficas y de acceso, no había ingresado oportunamente a la ruta formal de atención en salud.

El Gestor Más Bienestar actúa como primer punto de contacto con las familias, siendo responsable de la identificación temprana de alertas como signos de alarma, inasistencia a controles prenatales o riesgos nutricionales, lo que permite la activación inmediata del equipo profesional para la atención integral de los casos identificados.

A partir de la información consolidada en territorio y del acercamiento directo a las familias, se desarrollaron acciones de promoción de la salud orientadas a la prevención de eventos prevalentes, el fortalecimiento de prácticas protectoras y la sensibilización sobre el uso oportuno de los servicios de salud. De manera complementaria, se avanzó en la gestión integral del riesgo, mediante la identificación temprana de situaciones de alerta, la activación de rutas de atención y la formulación de planes de bienestar dirigidos a mitigar riesgos individuales y familiares. Estos avances evidencian un proceso de intervención progresivo, enfocado en la continuidad del acompañamiento y el empoderamiento de las familias en su autocuidado.

Frente a los casos gestionados durante el periodo de reporte, se reporta que corresponden a la prioridad Materno-Perinatal, con intervención en un total de 36 predios, abordados mediante acciones de búsqueda activa y concertación con las familias. Este volumen de gestión refleja la efectividad del Gestor Más Bienestar en la identificación de gestantes y en la sensibilización frente a la importancia del control prenatal. Del total de predios abordados, 23 corresponden a predios con gestión efectiva, evidenciada a través de visitas en campo y seguimiento directo de los casos

Teniendo en cuenta las particularidades del territorio rural, el Gestor Más Bienestar implementó las siguientes estrategias de mitigación: la primera, seguimiento telefónico y presencial diferencial: Debido a la intermitencia de la señal de telefonía móvil en veredas de difícil acceso, se priorizó el seguimiento presencial como estrategia principal para verificar el cumplimiento de compromisos en salud y garantizar la adherencia a las recomendaciones realizadas.

La segunda, activación de rutas de seguridad alimentaria: En la ruralidad, el riesgo materno-perinatal se encuentra estrechamente relacionado con condiciones nutricionales. En este sentido, el gestor articula con el equipo interdisciplinario para asegurar que la intervención trascienda el enfoque clínico e incluya acciones sobre el entorno familiar y las condiciones de seguridad alimentaria.

En este contexto, el Gestor Más Bienestar en la ruralidad no solo cumple metas cuantitativas, sino que se consolida como garante de la adherencia al sistema de salud. Su gestión permite que la gestante rural transite de la invisibilidad territorial a una atención priorizada y oportuna, asegurando que el sistema de salud llegue al hogar antes de la ocurrencia de eventos de emergencia.

6.2 PLANES DE BIENESTAR

Tabla 28. Casos con implementación de Plan de Bienestar en Familias pertenecientes a la ruralidad cercana -octubre a diciembre 2025 -.

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	7	4	4	1	1	14%	0	3
Infancia	21	18	18	5	5	24%	0	13
Condiciones crónicas	60	57	57	13	13	22%	0	44
Cáncer	0	0	0	0	0	0	0	0
Salud mental	87	85	85	43	43	49%	0	42
Salud bucal	79	79	79	0	0	0%	0	79

Discapacidad y cuidadores	58	55	55	21	21	36%	0	34
Salud ambiental	83	83	83	29	29	35%	11	54
Estrategias transversales	21	18	18	5	5	24%	0	13

fuente: Reporte de intervenciones y Atenciones aplicativo GTAPS

Comentado [49]: Revisar, los datos en cero y describir de manera ejecutiva las acciones; así mismo revisar los datos del tablero

Comentado [li50R49]: ok

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

7.1 COORDINACIÓN DE LOS EQUIPOS MAS BIENESTAR EN TU HOGAR

7.1.1 Coordinación de los Equipos de MAS Bienestar en tu hogar

Dirección, planeación, seguimiento y monitoreo integral del convenio

Durante el primer trimestre del convenio se desarrollaron diversas acciones de planeación, organización y gestión orientadas a garantizar su adecuada ejecución. Estas acciones iniciaron con la contratación del talento humano, con el propósito de asegurar la implementación efectiva del plan programático y presupuestal asociado a cada uno de los productos definidos. Como resultado de este proceso, se evidenció un incremento progresivo en la vinculación de personal a lo largo de los meses, destacándose el mes de octubre de 2025, en el cual se alcanzó el mayor número de contrataciones, con un total de 507 perfiles, incluyendo profesionales, técnicos y especialistas, entre otros.

El perfil que presentó mayor rotación de talento humano correspondió a auxiliares de enfermería, gestores en línea y enfermeras, Las principales causas de terminación contractual estuvieron asociadas a motivos personales, la búsqueda de nuevas oportunidades laborales y adaptación al proceso.

De manera complementaria, se planificó y ejecutó la contratación de talento humano administrativo, garantizando la disponibilidad de los insumos y los puestos de trabajo requeridos para el desarrollo de sus funciones. Se implementaron estrategias de selección, en las que se incluyó jornadas masivas; lo que permitió al inicio del convenio un mayor número de perfiles contratados; paralelamente.

Asimismo, se elaboró y ejecutó un cronograma de fortalecimientos técnicos al interior de la Subred y los realizados desde la Secretaría Distrital de Salud, con el fin de asegurar la apropiación conceptual y operativa necesaria para la implementación de los EMBH. Estas acciones incluyeron inducciones sobre el uso de aplicaciones, capacitaciones en campo y otros espacios de fortalecimiento, los cuales fueron definidos de manera articulada con las líderes dinamizadoras y los líderes operativos, atendiendo a las necesidades específicas del talento humano operativo.

Finalmente, se participó de manera activa en mesas de trabajo con la Dirección de Gestión del Riesgo, orientadas a la coordinación para la consecución de insumos y la contratación de los recursos necesarios para la operación. Estas gestiones comprendieron la provisión de insumos físicos y biomédicos, la vinculación de talento humano y otros recursos específicos de la operación, así como el seguimiento al proceso de acreditación y la realización de reuniones periódicas en materia de gestión del riesgo.

Articulación sectorial e intersectorial para la operación del convenio

Durante el periodo reportado del convenio, se desarrollaron procesos permanentes de articulación sectorial e intersectorial orientados a garantizar la implementación efectiva de las acciones de bienestar en territorio. Esta articulación se realizó de manera coordinada con dependencias internas de la Secretaría Distrital de Salud, la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte y actores intersectoriales como Secretaria de Integración Social, secretaria de mujer, alcaldía, a través del trabajo articulado de los Equipos Más Bienestar, quienes desempeñaron un rol clave en la planeación, ejecución y seguimiento de las acciones.

Comentado [51]: Que actores?

Asimismo, las acciones previstas en el marco del convenio se desarrollaron y fortalecieron a través de espacios formales de coordinación y concertación, tales como reuniones técnicas, mesas zonales. locales y escenarios de participación social, los cuales permitieron el acompañamiento permanente de la operación, la identificación de necesidades territoriales y la toma oportuna de decisiones orientadas al cumplimiento de los objetivos establecidos.

Gestión documental, administrativa y contractual del convenio

Avance Gestión Documental – EMBH

Durante el período comprendido entre el 1 de octubre y el 31 de diciembre de 2025, se evidencian avances significativos en el proceso de gestión documental asociado a la operación de los Equipos Más Bienestar (EMBH), en concordancia con los lineamientos institucionales y el instructivo documental vigente.

En relación con el producto de abordaje territorial, el archivo físico se encuentra debidamente organizado de manera cronológica, conforme a las características establecidas para la gestión documental. Se garantiza que cada colaborador entregue los soportes en orden, asegurando la integridad y trazabilidad de la información. Los documentos se encuentran foliados en lápiz en la parte superior derecha, respetando el límite máximo de 210 folios por carpeta, lo cual facilita su consulta, control y conservación.

Respecto al producto de Plan de Cuidado Familiar, se realiza la recepción sistemática de los soportes documentales, con el objetivo de asegurar el adecuado desarrollo del proceso de gestión documental. Dichos soportes son verificados y organizados de acuerdo con las directrices definidas en el instructivo documental, particularmente en lo relacionado con la clasificación, ordenación y preparación de los documentos, permitiendo avanzar de manera adecuada hacia la disposición final de los mismos.

En términos generales, los avances evidencian el fortalecimiento de las prácticas de gestión documental en el marco del convenio, contribuyendo al cumplimiento de los requisitos administrativos, la transparencia del proceso y el adecuado soporte de las acciones desarrolladas por los Equipos Más Bienestar.

Comentado [52]: Falta el reporte del indicador de Oportunidad en la entrega de productos

En cuanto al indicador: Total de productos programados para entregar, presenta un cumplimiento del 100 %, lo que evidencia que la totalidad de los productos programados para entrega fueron efectivamente desarrollados y entregados dentro de los tiempos establecidos, conforme a lo planificado. Este resultado refleja una adecuada gestión, seguimiento y articulación de los procesos involucrados, garantizando el logro de los objetivos propuestos.

7.1.2 Gestión financiera integral del convenio

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

Descripción del estado general de avance del PPP, evidenciando el cumplimiento de las actividades programadas, la coherencia entre lo planeado y lo ejecutado, y la articulación entre los componentes técnicos y financieros del convenio.

Tabla 29. Ejecución financiera Plan programático y presupuestal - PPP

MES	VALOR PROGRAMADO	VALOR EJECUTADO	% DE EJECUCIÓN	VALOR SUBEJECUTADO	% SUBEJECUCIÓN
OCTUBRE 2025	2.624.266.918	1.496.151.837	57,0%	1.128.115.081	43%
NOVIEMBRE 2025	2.655.704.288	1.841.270.780	69,3%	814.433.508	30,7%
DICIEMBRE 2025	2.648.186.218	1.856.487.753	70,1%	791.698.465	29,9%
TOTAL	**7.928.157.424**	**5.193.910.370**	**65,5%**	**2.734.247.054**	**34,5%**

Fuente: Matriz PPP (Plan Programático Presupuestal) del convenio.

Se analiza el comportamiento de la ejecución financiera del Plan Programático y Presupuestal (PPP) durante el periodo comprendido entre octubre de 2025 y diciembre de 2025. Evaluando el grado de cumplimiento respecto al valor programado mensual y se

identifican los meses con sub-ejecución, con el fin de proponer recomendaciones orientadas a mejorar la gestión financiera del convenio.

En octubre, se ejecutó solo el 57% del valor programado, con un 43% de subejecución. Esto indica que no se alcanzaron las metas establecidas, y hay una subejecución elevada. En noviembre, la ejecución fue más alta, con un 69,3% de cumplimiento respecto al valor programado. La subejecución bajó al 30,7%, lo que representa una mejora con respecto a octubre. En diciembre, la ejecución fue incluso mayor, alcanzando un 70,1% de lo programado, con un 29,9% de subejecución.

Dentro de las actividades técnicas desarrolladas, respecto del valor ejecutado, el producto Abordaje Territorial Gestor MAS Bienestar tuvo el mayor porcentaje de ejecución para el trimestre evaluado, con un total de $1.255.699.260 correspondiente al 24% del total ejecutado. Un 32% del ejecutado se compone de productos como Gestión Operativa de los Equipos MAS Bienestar en tu Hogar, Comité de Cuidado Técnicos, Gestor MAS Bienestar en Línea, suman un valor ejecutado de $1.285.940.112. El valor restante, $2.652.270.998 equivalente al 51% se diversifica entre el resto de los productos ejecutados del convenio, destacando así, la gestión realizada, la alineación de los componentes para el logro de los objetivos del convenio.

Comentado [AN53]: Persiste la diferencia en la información, por favor no borrar los comentarios ya que este ajuste se habia solicitado previamente.
Ajustar acorde al ultimo informe de gestión entregado con los ajustes de reprogramación solicitados
Cual es el analisis que se realiza, que acciones se implementaron para mejorar la ejecución, que acciones de mejora se estan implementando.

Durante los últimos tres meses, el porcentaje promedio de ejecución de los objetivos fue del 65,5%, lo que implica que, en promedio, se cumplió aproximadamente dos de cada tres metas establecidas. Sin embargo, se observa un margen de subejecución del 34,5%, lo cual representa un área crítica de mejora, ya que no se alcanzaron los niveles de desempeño esperados.

La principal causa de esta subejecución está relacionada con la ausencia de una proyección total del talento humano disponible para llevar a cabo los objetivos establecidos. Esto afectó la capacidad de cumplir con las metas en algunos casos.

Para abordar este desafío, se han intensificado los procesos de selección y convocatorias masivas en la subred, con el fin de aumentar el personal disponible y optimizar el cumplimiento de los objetivos.

Además, se están explorando canales adicionales, como WhatsApp y otras redes sociales, para agilizar el proceso de selección y atraer más talento de manera eficiente. Este enfoque busca no solo mejorar la ejecución a corto plazo, sino también fortalecer la capacidad de respuesta ante futuras demandas.

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

Comentado [JC54]: falta la ejecucion financiera contrapartida

Tabla 30. Desembolsos realizados

NÚMERO DE DESEMBOLSO	VALOR DESEMBOLSADO	No. FACTURA	FECHA
PRIMER DESEMBOLSO	$ 5.285.605.186	SN565617	6/10/2025
SEGUNDO DESEMBOLSO	$ 5.285.605.184	SN598351	4/11/2025
TOTAL	**$ 10.571.210.370**		

Fuente: Dirección Financiera: Tesorería y Facturación. Facturas radicadas y Extractos Bancarios.

En el marco del convenio 8374109-2025 Equipo MAS Bienestar en tu Hogar, el FFDS ha desembolsado hasta la fecha un total de $10.571.210.370 de los recursos estipulados en la minuta como aporte al convenio. Para el primer desembolso, se percibieron 22 abonos en el extracto del mes de octubre de 2025, que sumados dan el valor total del primer desembolso. Para el segundo desembolso, si bien se radicó factura en la primera semana de noviembre de 2025, el desembolso por el valor de $5.285.605.184 se percibió hasta el mes de diciembre de 2025, obedeciendo tal vez a trámites administrativos, demoras en la validación de los pagos o tiempos bancarios.

Según el informe, los desembolsos ocurrieron con una separación de aproximadamente un mes y medio. Indicando que el convenio tiene una distribución periódica de los recursos, lo que es útil para gestionar el flujo de fondos y asegurar que los recursos se asignen de manera constante.

A la fecha, el convenio MAS Bienestar ha recibido desembolsos por la SDS–FFDS por valor total de $10.571.210.370 correspondiente al 19% de la totalidad del convenio, por un valor total de $54.224.414.528. Lo anterior, implica que aún queda un 81% de los recursos por desembolsar, dado que el convenio es un compromiso de largo plazo y que la mayor parte de los fondos se liberarán en la vigencia del año 2026, de acuerdo con el clausulado del convenio, el avance de los productos y las metas establecidas. Esta distribución asegura que los fondos se utilicen de manera eficiente y en fases específicas del convenio, asegurando la asignación del dinero en etapas clave del convenio MAS Bienestar en tu Hogar.

Tabla 31. Ejecución financiera

CONCEPTO	VALOR PROGRAMADO	VALOR EJECUTADO	% DE EJECUCIÓN	VALOR SUBEJECUTADO	% SUBEJECUCIÓN
TALENTO HUMANO	$ 5.230.588.340	$ 3.814.813.850	73%	$ 1.415.774.490	27%
INSUMOS	$ 475.508.031	$ 122.323.036	26%	$ 353.184.995	74%
ADMINISTRATIVOS	$ 2.219.037.477	$ 1.499.743.152	68%	$ 719.294.325	32%
TOTAL	**$ 7.925.133.848**	**$ 5.436.880.038**	**69%**	**$ 2.488.253.810**	**31%**

Fuente: Información consolidada con datos proporcionados por la Matriz PPP (Informe de Gestión Plan Programático Presupuestal) y Matriz de Ejecución Financiera.

Comentado [JC55]: el valor ejecutado no coincede con lo reportado en la matriz financiera

En el marco del convenio 8374109-2025 Equipo MAS Bienestar en tu Hogar, Del consolidado general se evidencia que el valor total programado asciende a $7.925.133.848, de los cuales se ejecutaron $5.436.880.038, lo que representa un nivel de ejecución global del 69 %. En consecuencia, se registra una subejecución de $2.488.253.810, equivalente al 31 % del total programado, situación que indica un cumplimiento parcial de las metas financieras previstas.

En el componente de Talento Humano, se programaron $5.230.588.340, ejecutándose $3.814.813.850, lo que corresponde a un 73 % de ejecución y una subejecución del 27 % ($1.415.774.490). Si bien este rubro presenta el mayor nivel de ejecución frente a los demás componentes, la subejecución resulta significativa, considerando que se trata del principal rubro del presupuesto, asociado directamente a la capacidad operativa del programa.

El rubro de Insumos presenta el mayor nivel de subejecución. De un valor programado de $475.508.031, únicamente se ejecutaron $122.323.036, alcanzando un 26 % de ejecución y una subejecución del 74 % ($353.184.995). Por su parte, el componente Administrativos registra una ejecución de $1.499.743.152 frente a un valor programado de $2.219.037.477, equivalente a un 68 % de ejecución y una subejecución del 32 % ($719.294.325).

En conjunto, el comportamiento de las cifras refleja una subejecución presupuestal relevante, especialmente concentrada en los rubros de insumos y talento humano, lo cual puede afectar el cumplimiento integral de los objetivos del programa.

Por lo correspondiente al último trimestre del año 2025, se mantuvo la ejecución en insumos conforme el convenio terminado 7124327-2024 EBEH, tales como equipos de cómputo, y líneas celulares, no obstante, se inició el proceso de adquisición de más equipos de cómputo, nuevos planes de datos y equipos celulares, más insumos provenientes del Almacén de la Subred Norte, y equipos biomédicos. Esperando que la ejecución en insumos para el primer trimestre del 2026 se incremente a través de la suscripción de contratos nuevos.

Tabla 32. Ejecución Contrapartida

MES 2025	PROGRAMADO	EJECUTADO	PORCENTAJE
OCTUBRE	$ 28.610.720	$ 28.610.720	100%
NOVIEMBRE	$ 29.515.120	$ 29.515.120	100%
DICIEMBRE	$ 73.613.035	$ 73.613.035	100%
TOTAL	**$ 131.738.875**	**$ 131.738.875**	**100%**

El valor total de la contrapartida programada asciende a $131.738.875, monto que coincide plenamente con el valor total ejecutado, con un cumplimiento del 100% en la ejecución financiera. Indicando una planeación presupuestal y uso pleno de los recursos, sin subejecución.

En el seguimiento mensual, durante octubre de 2025 se programaron y ejecutaron $28.610.720, con una ejecución total frente a lo planificado. En noviembre de 2025, el valor programado fue de $29.515.120, igual con una ejecución total, es decir, lo programado corresponde con lo ejecutado. Para diciembre de 2025, se programaron $73.613.035, monto que igualmente fue ejecutado en su totalidad, concentrando el mayor porcentaje de la contrapartida en este periodo.

Por componentes, el rubro de Talento humano, administrativo, técnico y logístico representa un valor programado y ejecutado de $29.311.200, en él se dispone de un profesional financiero y un técnico auxiliar en facturación para el desarrollo de las diferentes acciones requeridas tanto financieras como de facturación. El componente de Acciones de Resolutividad en Salud Familiar registra el mayor impacto, con un valor total de $101.523.275, enfocado en actividades directamente asociadas a la prestación de servicios y atenciones en salud pública.

En conjunto, las cifras reflejan un manejo ordenado, transparente y conforme a los principios de eficiencia y responsabilidad fiscal exigidos en la gestión de la contrapartida.

Administración del recurso humano y soporte operativo

En el proceso de contratación, se evidenció un incremento progresivo en la vinculación de personal a lo largo de los meses, destacándose el mes de octubre de 2025, en el cual se alcanzó el mayor número de contrataciones, con un total de 507 perfiles, incluyendo profesionales, técnicos y especialistas, entre otros y en el que se evidenció menor talento humano contratado fue el mes de diciembre con el 79% que corresponde a 485 colaboradores.

El perfil que presentó mayor rotación de talento humano correspondió a auxiliares de enfermería, gestores en línea y profesionales de enfermería. Esta situación se asoció principalmente a causas como motivos personales, la búsqueda de mejores oportunidades laborales y las dificultades de adaptación a los procesos institucionales y operativos del modelo de atención.

En contraste, los perfiles que registraron un menor porcentaje de contratación fueron aquellos con requerimientos de mayor cualificación técnica o experiencia específica, debido a la limitada disponibilidad de talento humano en el mercado laboral, la alta demanda de estos perfiles en otras instituciones del sector salud y los tiempos necesarios para cumplir con los requisitos administrativos y contractuales.

Con el fin de garantizar la cobertura del talento humano pendiente, la Subred ha implementado acciones orientadas a fortalecer los procesos de contratación, tales como la apertura continua de convocatorias, la articulación con bolsas de empleo institucionales, el ajuste de perfiles según las necesidades del servicio y la priorización de cargos críticos para la operación del modelo.

Frente a la rotación del personal, se han adoptado medidas que incluyen el fortalecimiento de los procesos de inducción y reinducción, el acompañamiento permanente a los equipos, la distribución temporal del talento humano, y la optimización de las cargas laborales, con el propósito de asegurar la continuidad en la prestación de los servicios y minimizar el impacto en la atención a la comunidad.

Perfil	SUBRED NORTE E.S.E.			
	No de personas requeridas	No de personas contratadas	Pendiente por contratar	% de contratación
Coordinador	1	1	0	100%
Tecnico administrativo	2	2	0	100%
Geógrafos	2	2	0	100%
Dinamizador territorial de gestión del riesgo	2	2	0	100%
Líder gestión operativa	15	15	0	100%
Técnico administrativo gestión operativa	15	13	2	87%
Técnicos sistemas	8	8	0	100%
Profesional ingenieria sistemas	1	1	0	100.%
Profesional cohortes	1	1	0	100%
Profesional materno/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	0	1	0%
Profesionales inducción distrital	3	2	1	67%
Profesional social avanzada	3	2	1	67%
Gestor mas bienestar en línea	123	74	49	60%

Gestor mas bienestar técnico	227	178	49	78%
Gestor mas bienestar tecnico rural cercano	3	1	2	33%
Profesional en medicina	5	5	0	100%
Profesional en medicina rural	1	1	0	100%
Profesional en enfermeria	43	33	10	77%
Profesional en enfermería rural	1	1	0	100%
Profesional en psicología	38	32	6	84%
Profesional en psicología rural	1	1	0	100%
Profesional en nutrición	2	0	0	0
Profesional en terapias	7	5	2	71%
Profesional en terapias rural	1	1	0	100%
Agente de cambio	3	3	0	100%
Profesional en ciencias ambientales	1	1	0	100%
Técnico ciencias ambientales	5	5	0	100%
Profesional en odontología	5	5	0	100%
Profesional en odontología rural	1	1	0	100%
Profesional en psicología clínica	3	3	0	100%
Auxiliares cuidadores	10	10	0	100%
Profesional en trabajador social rbc/navegadores	4	4	0	100%
Gestor mas bienestar tecnico pagadiario	4	4	0	100%
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	7	7	0	100%
Gestor mas bienestar tecnico pai	5	5	0	100%
Gestores servicios complementarios (medicamentos, laboratorio)	2	2	0	100%
Gestor mas bienestar bachiller vacunadores pai	5	5	0	100%
Profesional servicios complementarios	1	1	0	100%
Profesionales casa mas bienestar (artistas)	1	1	0	100%
Profesional en psicología casa mas bienestar	1	1	0	100%
Profesional etnico afro	4	4	0	100%
Gestor mas bienestar técnico etnico afro	4	4	0	100%
Gestores mas bienestar ancestral etnico afro	12	12	0	100%
Gestor mas bienestar técnico etnico palenquero	5	5	0	100%
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%
Total	613	**485**	**128**	**79%**

Fuente: Matriz Talento Humano Diciembre 2025

Los Equipos Más Bienestar se encuentran localizados y distribuidos en las sedes de trabajo asignadas por la Subred, de acuerdo con la planeación operativa definida para la ejecución del

convenio, tal como se detalla en la tabla de asignación correspondiente. Esta distribución responde a criterios territoriales y operativos, orientados a garantizar la cobertura, presencia en territorio y el adecuado desarrollo de las acciones de bienestar.

De manera cualitativa, los espacios asignados cuentan con condiciones funcionales que permiten el desarrollo de las actividades administrativas, técnicas y operativas de los equipos, incluyendo áreas para reuniones, coordinación y atención, así como el acceso a los insumos y recursos necesarios para la operación. Desde el punto de vista cuantitativo, la asignación de espacios se realizó de forma proporcional al número de integrantes de cada equipo y a la capacidad operativa de cada sede, conforme a lo establecido en la planeación del convenio y según la información presentada en la tabla.

Tabla 33. Distribución por Sedes del Talento Humano

NOMBRE DE LA SEDE	UBICACIÓN			CANTIDAD DE TALENTO HUMANO	CANTIDAD DE PUESTOS DE TRABAJO	CANTIDAD DE EQUIPOS DE COMPUTO
	LOCALIDAD	BARRIO	DIRECCIÓN			
Ferias	Engativa	Las Ferias	CL 75 69 H 05	40	40	40
Fray Bartolomé de las casas	Suba	Puente Largo	KR 65 103 46	9	9	9

Fuente: Matriz de asignación por Sede Talento Humano octubre - diciembre 2025

El proceso de adquisición de insumos para la operación de los Equipos Más Bienestar se encuentra debidamente documentado y discriminado en la tabla que se presenta a continuación, en la cual se detallan los insumos requeridos y el estado de avance correspondiente al período de reporte. En el marco de este proceso, se han adelantado diversas reuniones de articulación con las áreas de Mercadeo y Contratación, orientadas a la gestión pertinente para la identificación, consecución y vinculación de proveedores, así como a la formalización de los procesos contractuales necesarios para garantizar la disponibilidad oportuna de los insumos requeridos para la adecuada operación de los equipos.

Tabla 34. Gestión de insumos y vehículos

N°	CATEGORÍA	VALOR TOTAL	SOPORTE DE VERIFICACIÓN
1	C1 INSUMOS PEDAGÓGICOS PIEZAS COMUNICATIVAS	$ -	En proceso de contratación
	C2 PAPELERIA UTILES ESCRITORIO	$ -	Insumos entregados por Almacén
	C3 ANCESTRALES INSUMOS JARDINERÍA	$ -	En proceso de contratación
	C4 ELEMENTOS ELECTRONICOS ACCESORIOS INTANGIBLES	$ 32.277.720	Facturas Alquiler de equipos de cómputo FEN4043 y FEN4139. Facturas Planes de datos y telefonía móvil BCPT150738007 y BCPT155613734
	C5 INSUMOS HOSPITALARIOS EQUIPOS MÉDICOS	$ 9.974.724	Orden de Despacho 119628 Orden de Despacho 121914
	C7 DOTACION TRABAJADORES	$ -	En proceso de contratación
	C8 ELEMENTOS ASEO DESINFECCIÓN	$ -	Insumos entregados por mediante contrato de Aseo de la Subred Norte No. 131-2025 Servilimpieza

C9 MAQUINARIAS HERRAMIENTAS MUEBLES ENSERES	$ -	En proceso de contratación
C10 VEHÍCULOS	$ 242.686.666	Facturas Vehículos Servicio de transporte JT25-9 y JT25-15

Comentado [56]: El valor de los insumos y vehoiculos no coincide con lo reportado en la matriz financiera

Fuente: Matriz de Ejecución Financiera y facturas allegadas por proveedores.

INSUMO	VALOR VIGENCIA CONVENIO
Vehículos	$ 436.686.666
	$ 436.686.666

NOMBRE	VALOR VIGENCIA CONVENIO
Computador	$ 34.229.160
Plan de datos	$ 14.914.980
Alcohol	$ 1.579.168
ALCOHOL GLICERINADO FRASCO X 500 ML	$ 180.600
Algodón	$ 236.523
Bajalenguas	$ 212.058
gasa	$ 54.000
Guantes de latex	$ 2.932.856
Guantes desechable de nitrilo	$ 123.760
Guardian recolector de 1,5	$ 1.469.353
Jeringas	$ 16.528
TAPABOCAS	$ 952.524
Tiras Glucometria	$ 4.000.563
Curita Circular	$ 5.800
Paño individual Isopañin	$ 157.500
	$ 61.065.372

Para el periodo analizado los vehículos tienen una ejecución de $436.686.666. Respecto de los insumos, el valor más significativo corresponde a alquiler de equipos de cómputo con un valor de $34.229.160 siendo el 56% del total de insumos, seguido de los planes de telefonía celular correspondiente al $14.914.980 equivalente al 24%. Finalmente, el restante rubro de insumos corresponde a aquellos insumos medico quirúrgicos que corresponden a $11.921.232.

7.1.3 Resultados operativos del proceso de supervisión

El proceso de supervisión del convenio de los Equipos Más Bienestar permitió evaluar de manera sistemática el nivel de avance frente a las metas programadas, identificando brechas asociadas a la disponibilidad de talento humano y recursos operativos que impactan la ejecución oportuna de las acciones. A partir de este análisis, la Subred implementó acciones de mejora orientadas al fortalecimiento de los procesos de contratación, destacándose la estrategia de convocatorias masivas, la cual generó un impacto positivo en la capacidad operativa. Como resultado, durante el mes de noviembre se evidenció un incremento significativo en la ejecución de las acciones del convenio, reflejando una mejora sustancial frente a la meta programada.

No obstante, el seguimiento continuo evidencia la necesidad de mantener y reforzar las gestiones para la consecución de equipos biomédicos y la contratación de talento humano idóneo, como aspectos críticos para asegurar la sostenibilidad de los resultados, el cumplimiento de los compromisos adquiridos y el logro integral del objeto del convenio.

7.2 GRUPO DE GESTIÓN DE LOS EQUIPOS MÁS BIENESTAR EN TU HOGAR

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

a) Estructura del reporte de gestión desde el análisis territorial

(Desarrollado a partir de la consolidación realizada por el ingeniero local de la Subred)

El informe deberá incluir un apartado específico que consolide la información asociada al análisis territorial, presentando de forma cuantitativa el uso de la información para la priorización, el seguimiento y el ajuste de la operación.

Este apartado deberá contener, como mínimo:

- Un cuadro consolidado con los volúmenes de casos analizados y gestionados durante el periodo reportado.

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

Eventos abordados por los equipos EMBH

Agrupación de eventos por prioridad	Perfil Creo	Total
CÁNCER	ENFERMERÍA	33
	TERAPEUTA	1
CRÓNICOS	AMBIENTAL	14
	ENFERMERÍA	7821
	MEDICINA	41
	PROAPO	89
	PROFAM	9
	PSICOLOGÍA	11
	TERAPEUTA	37
ERA IRA	ENFERMERÍA	228
	PROAPO	27
GESTANTE	ENFERMERÍA	5391
	MEDICINA	12
	NUTRICIÓN	7
	PROAPO	519
	PROFAM	17
	PSICOLOGÍA	4
MENORES DE 5 AÑOS	AMBIENTAL	4
	ENFERMERÍA	4774

	MEDICINA	2
	NUTRICIÓN	86
	PROAPO	197
	PROFAM	4
	PSICOLOGÍA	10
OTROS CASOS PRIORIZADOS	AGCAMBIO	103
	AMBIENTAL	5528
	ENFERMERÍA	1419
	PROAPO	369
	PROFAM	55
	PSICOLOGÍA	1
	TERAPEUTA	3441
RBC	AGCAMBIO	77
	AUX RELEVO	88
	TERAPEUTA	190
SALUD MENTAL	AMBIENTAL	14
	ENFERMERÍA	52
	PROAPO	130
	PSICLINICOS	2891
	PSICOLOGÍA	23563
SALUD ORAL	ODONTOLOGÍA	4887

Total general	**62146**

Fuente: aplicativo gtaps.saludcapital.gov.co

Desde el componente de sistemas de información y analítica de datos, la distribución de los 62.146 eventos evidencia la importancia de continuar fortaleciendo el cargue de la información oportunamente y con calidad que permitan capturar, consolidar y analizar grandes volúmenes de información asistencial, especialmente en prioridades de alta demanda como Crónicos, Salud Mental, Gestantes y Menores de 5 años. La alta concentración de registros en perfiles específicos —como Enfermería y Psicología— resalta la necesidad de estandarizar la calidad del dato, garantizar la correcta codificación por prioridad y perfil, y asegurar la interoperabilidad entre los sistemas clínicos, comunitarios y administrativos para una trazabilidad completa de la atención.

Desde la analítica de datos, estos resultados permiten identificar patrones de uso de los servicios, cargas operativas por perfil y prioridades con mayor impacto en el sistema, lo que facilita la toma de decisiones basada en evidencia. El análisis oportuno de esta información apoya la planeación del talento humano, la asignación eficiente de recursos y la identificación temprana de brechas en la atención. Asimismo, fortalece el seguimiento a indicadores de gestión, resultados en salud y focalización de intervenciones, consolidando el rol estratégico de los sistemas de información como soporte clave para la gestión integral del modelo de atención.

- La cantidad de ajustes de priorización realizados como resultado del análisis de la información.

  Durante el trimestre octubre–diciembre de 2025 se registró un volumen relevante de solicitudes de ajuste realizadas por los equipos Más Bienestar para tu Hogar al nivel central, derivadas del cargue de las actividades ejecutadas en territorio dentro del aplicativo distrital GTAPS. Estas solicitudes se generan posteriormente a la intervención presencial, lo que evidencia la existencia de una brecha entre la acción operativa en terreno y el registro administrativo en el sistema, situación que impacta la oportunidad y consistencia del dato para la toma de decisiones institucionales.

  El comportamiento general de los datos muestra que la mayor parte de los ajustes corresponde al rubro de Ajuste de Fechas, con 15.411 solicitudes, representando más

Comentado [JA57]: Se debe contar con un análisis sintético de la tabla para fines de control y seguimiento. Las tablas no tienen nombre ni fuente

Comentado [JA58R57]: ok

del ochenta por ciento del total acumulado. Este patrón indica que los equipos registran la información en tiempos diferidos, debido a dinámicas territoriales como desplazamientos constantes, escenarios de baja conectividad o priorización de la intervención sobre el registro. En segundo lugar se encuentran las solicitudes de inactivación, con 2.898 casos, asociadas a depuración de registros duplicados o pérdida de vigencia del proceso en algunas familias. Por otro lado, los ajustes relacionados con signos clínicos representan 327 casos y, aunque en menor volumen, afectan dimensiones sensibles para la definición de rutas de cuidado. El resto de categorías presenta una ocurrencia baja, lo que refleja que el sistema operativo y metodológico tiene mayor estabilidad en esos componentes.

En síntesis, el comportamiento trimestral sugiere la necesidad de fortalecer los mecanismos para registro oportuno, reducir la dependencia del nivel central para correcciones posteriores y avanzar en mejoras del aplicativo GTAPS que permitan prevenir errores antes del cargue definitivo. Garantizar que el registro acompañe la ejecución territorial será fundamental para que la información refleje de manera fiel el alcance del Modelo Más Bienestar y facilite su lectura estratégica.

Desde el equipo de sistemas de información se han implementados proceso de seguimiento continuo a los profesionales como lo son la alerta diaria de los módulos pendientes por cargue al aplicativo, envío de precriticas diarias, seguimiento diario de acciones reportadas contra las cargadas al aplicativo, seguimiento a la PPP y se continúa realizando concientización a los equipos de la importancia del cargue oportuno de los registros al aplicativo con el fin de disminuir la cantidad de ajustes solicitados por cargue oportuno de la información

Comentado [JA59]: ¿Qué estrategia será implementada desde los sistemas de información para reducir el alto número de ajustes en las fechas registradas?

Comentado [JA60R59]: Sin resolver

Tipo de ajuste solicitado	Cantidad	Porcentaje
Ajuste de Fechas	**15.411**	**82,14%**
Inactivar registros	2.898	15,45%
Signos clínicos	327	1,74%
Sesiones colectivas – tipo actividad	46	0,25%
Estrategia – compromisos	31	0,17%
Tipo de admisión	17	0,09%
Caracterización – alertas	16	0,09%
Cierres – eventos VSP	12	0,06%
Cambio de seguimiento	5	0,03%
TOTAL	**18.763**	**100,00%**

La identificación de las unidades territoriales analizadas (territorios, sectores u otras divisiones operativas).

Perfil Colaborador	total seguimientos	Territorios con mayor intervenciones	Acciones realizadas en esos territorios
AGCAMBIO	180	NT087	9
		NT078	7
		NT081	7
AMBIENTAL	5560	NT077	802
		NT195	739
		NT166	410
AUX RELEVO	88	NT090	9
		NT055	8
		NT139	8
ENFERMERÍA	19718	NT152	530
		NT166	417
		NT140	406
MEDICINA	55	NT007	7
		NT040	4
		NT012	3
NUTRICIÓN	93	NT055	12
		NT037	4
		NT001	3

El

ODONTOLOGÍA	4887	NT037	252
		NT167	137
		NT039	106
PROAPO	1331	NT168	109
		NT167	94
		NT084	74
PROFAM	85	NT042	33
		NT084	31
		NT012	7
PSICLINICOS	2891	NT059	91
		NT143	71
		NT004	57
PSICOLOGÍA	23589	NT001	501
		NT166	414
		NT002	404
TERAPEUTA	3669	NT077	106
		NT090	98
		NT091	96

comportamiento de las acciones registradas por los equipos Más Bienestar en territorio, clasificadas según el perfil del colaborador, muestra una concentración significativa de las intervenciones en perfiles de enfoque psicosocial y de atención clínica preventiva. En total, el

perfil con mayor número de seguimientos corresponde a Psicología, con 23.589 intervenciones, seguido de Enfermería con 19.718, y posteriormente Psiclinicos (2.891), Odontología (4.887) y Terapeuta (3.669). Estos resultados evidencian la centralidad que aún mantiene el componente emocional–psicosocial y el seguimiento clínico básico dentro del modelo territorial, con el fin de dar cumplimiento a los lineamientos técnicos del entorno, se están realizando alertas continuas a los equipos de aquellos seguimientos que por periodicidad no debería estar abiertos, sino existe una justificación profesional que sustente continuar con el plan de cuidado.

Comentado [JA61]: 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 [JA62R61]: ok

Al observar los territorios que concentran la mayor cantidad de actividades por perfil, aparece una clara tendencia hacia núcleos específicos de mayor demanda. Destaca fuertemente el territorio NT037, que registró 802 acciones desde el perfil Ambiental y 252 desde Odontología, así como NT001, que acumuló 501 acciones desde Psicología. Otros territorios relevantes fueron NT167 (odontología y PROAPO), NT166 (ambiental y psicología) y NT168 (PROAPO).

- El registro cuantitativo de las novedades de calidad de la información identificadas desde la operación.

  Durante el periodo octubre – diciembre de 2025 se desarrolló seguimiento continuo a la calidad del registro de caracterización familiar diligenciado por los equipos en territorio. Los hallazgos identificados se registran en la siguiente tabla, que muestra tanto el volumen inicial detectado como aquellos pendientes tras depuración y acciones de mejora:

  Desde los equipos ha existido una limitación importante y continua que es el cargue inoportuno de los registros en el aplicativo, lo que impide generar alertas a tiempo que nos permitan realizar acciones inmediatas para solventar los hallazgos.

Hallazgos de calidad identificados	Hallazgos iniciales	Hallazgos Finales
Octubre	1656	1123
Noviembre	1370	1529
Diciembre corte 30 diciembre	1732	1053

El error más frecuente se relaciona con registros que clasifican a un hogar como "familia nuclear" o "monoparental" Este hallazgo sugiere que en terreno puede estar ocurriendo:

- una interpretación errónea del concepto de unidad familiar
- una priorización del cargue rápido por encima de la verificación
- o el registro individualizado de un miembro sin asociarlo formalmente a su núcleo

Este tipo de errores afecta directamente la lectura poblacional del modelo, dado que la caracterización familiar es la base para identificar riesgos psicosociales, priorizar seguimientos y establecer metas diferenciales. Una familia mal clasificada implica, por ejemplo, que indicadores como composición, ciclo vital o redes de apoyo puedan quedar sesgados.

El segundo hallazgo recurrente es que múltiples registros consignan que los hogares **no cuentan con ningún servicio público**, lo cual, si bien es posible en casos excepcionales, estadísticamente no representa la realidad de los territorios monitoreados.

En conjunto, el volumen y la naturaleza de los hallazgos revelan que la calidad del dato continúa siendo una barrera para la trazabilidad real del acompañamiento familiar. Aunque se evidencia una capacidad institucional para reducir hallazgos cuando se activa un plan correctivo (como se observa en diciembre), el comportamiento de noviembre demuestra que la mejora no es sostenida y depende de acciones puntuales más que de una práctica sistemática.

- El número de novedades escaladas para análisis técnico.

En este periodo evaluado se escalaron 58 solicitudes en el modulo de soporte como tipo de solicitud Aplicativo, las cuales llegaron a nivel distrital teniendo en cuenta que el soporte no dependía de nivel local, de las 58 solicitudes 10 tuvieron respuesta que no se podían realizar por diferentes motivos tecnicos, 23 solicitudes fueron realizada y aprobadas y 25 solicitudes se encuentran aun con estado pendiente de realizar desde nivel central..

b) Estructura del reporte de gestión técnica y de calidad de la información

- El volumen de registros analizados durante el periodo.

Durante el periodo comprendido entre octubre y diciembre de 2025 fueron analizados 130.359 registros correspondientes a las acciones ejecutadas por los equipos Más Bienestar en el territorio. Desde el componente de sistemas de información, este volumen representa una fuente significativa de datos que permite evaluar no solo la magnitud de la operación, sino también la calidad, consistencia y oportunidad del registro realizado por los equipos.

La distribución de los registros -- 62.146 seguimientos VSP frente a eventos de interés en salud pública, 27.304 caracterizaciones familiares y 40.909 acciones en el marco de la estrategia de ruteo— evidencia un equilibrio funcional entre vigilancia, caracterización y búsqueda activa. Desde una lectura de calidad del dato, esta segmentación permite identificar el enfoque operativo predominante, así como validar que las diferentes acciones cumplen su propósito de alimentar el sistema con información estructurada y pertinente. Estos procesos de captación y reporte constituyen el soporte para identificar riesgos sanitarios y sociales en los territorios, así como para orientar su abordaje oportuno desde los equipos operativos.

Es importante señalar que el análisis permitió identificar algunos hallazgos de calidad que deberán ser revisados y retroalimentados con las unidades operativas correspondientes. Entre ellos se resaltan posibles inconsistencias en la manera en que se registran ciertos campos, tiempos de cargue que afectan la oportunidad de los datos y diferencias entre territorios en la forma de reportar las acciones. Lo anterior evidencia la importancia de continuar fortaleciendo los lineamientos de registro, las acciones de capacitación y los mecanismos de control interno para asegurar que la información ingresada al sistema responda a criterios de precisión, congruencia y utilidad operativa. La mejora continua de la calidad del dato será determinante para garantizar decisiones basadas en evidencia y una gestión territorial más efectiva.

- La cantidad de registros corregidos o depurados.

Conforme a lo anterior, se logró identificar y gestionar ajustes en aproximadamente 20.000 registros dentro de las diferentes bases analizadas. Estos ajustes se realizaron gracias a las alertas emitidas por el equipo de sistemas de información y al proceso de precrítica ejecutado de manera conjunta con los líderes y técnicos administrativos, lo cual permitió garantizar una mayor calidad, consistencia y confiabilidad de los datos registrados.

- El número de novedades de calidad recibidas y atendidas.

Durante este periodo se identificaron 30.468 novedades de calidad de la información de las cuales 12.584 fueron solventadas por los colaboradores en compañía del equipo de gerencia de la información, los cuales realizan la educación y socialización correspondiente a los equipos operativos de los hallazgos encontrados.

- La relación de ajustes técnicos o funcionales implementados.

Como resultado del análisis, se gestionaron ajustes en aproximadamente 20.000 registros de las bases revisadas. Estos ajustes derivaron de las alertas emitidas por el equipo de sistemas de información y del proceso de precrítica desarrollado con líderes y técnicos administrativos, fortaleciendo la calidad y consistencia del dato. Asimismo, se identificó que una proporción relevante de las correcciones, especialmente los cambios de fecha, se originan en el cargue inoportuno de la información al aplicativo, lo que genera desfases entre la ejecución real de la acción y su registro, afectando la oportunidad del dato y la capacidad de seguimiento institucional en tiempo real.

El análisis cualitativo permitió establecer que el error más recurrente corresponde a la inconsistencia entre el tipo de familia declarado y el número de integrantes reportados. Se evidencian casos donde se registra una familia nuclear con un solo integrante o familias monoparentales que no declaran presencia del cuidador principal, lo cual implica un desconocimiento del concepto o una mala comprensión del campo al momento del registro. Esto afecta de manera directa la capacidad institucional para segmentar adecuadamente a las familias según su composición real, lo cual es determinante para priorizar intervenciones de acompañamiento, riesgo psicosocial y rutas de bienestar.

Otro hallazgo de alto impacto es el registro de hogares donde se declara **ausencia total de servicios públicos domiciliarios**. Si bien este escenario podría darse en territorios altamente vulnerables, su repetición masiva sugiere que en muchos casos el dato no está siendo verificado con la familia o no existe claridad para diligenciar la información.

- Los productos analíticos generados como soporte a la gestión.

Con el objetivo de garantizar calidad, oportunidad y consistencia en la información reportada en el aplicativo, durante el trimestre se desarrollaron y pusieron en marcha diversos productos analíticos orientados a brindar alertas tempranas, acompañamiento técnico y seguimiento permanente al comportamiento de los registros. Entre las herramientas implementadas se destacan:

- **Herramienta de precrítica**, enviada de manera diaria a los equipos.
- **Herramienta de módulos pendientes**, distribuida diariamente para monitorear el avance de los registros pendientes.
- **Actualización de salidas de información**, realizada dos veces por semana, facilitando datos actualizados para la toma de decisiones de las áreas operativas y directivas.
- **Fortalecimientos técnicos con los equipos operativos**, mediante espacios formativos orientados a mejorar el diligenciamiento de la información y el uso adecuado del sistema.
- **Precríticas presenciales diarias**, efectuadas directamente con los equipos en campo para resolver dudas y aplicar correcciones en tiempo real.
- **Seguimiento diario al cierre de registros**, garantizando el cumplimiento de metas operativas y la oportunidad en el cargue de información.
- **Seguimiento a la gestión de ruteo**, realizado a diario para verificar cobertura, avance y trazabilidad del proceso de contacto y acompañamiento territorial.

En conjunto, estas herramientas constituyen un componente fundamental para el control de calidad del dato, la retroalimentación continua a los equipos operativos y la disponibilidad de información estratégica para la toma de decisiones institucionales.

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

Durante el periodo octubre – diciembre 2025 se analizaron 130.359 registros provenientes de las acciones ejecutadas por los Equipos Más Bienestar en territorio, correspondientes a seguimientos VSP, caracterizaciones familiares y acciones de ruteo. Desde la perspectiva de sistemas de información, este volumen permitió evaluar no solo la magnitud operativa de la estrategia, sino también la calidad, oportunidad y consistencia del registro, asegurando que la información disponible sea un insumo confiable para la toma de decisiones y para orientar el abordaje territorial de riesgos en salud.

El análisis permitió identificar inconsistencias de relevancia, entre las que destacan errores en el diligenciamiento del tipo de familia versus número de integrantes, y registros improbables asociados a ausencia total de servicios públicos, lo cual evidencia la necesidad de reforzar la comprensión del diligenciamiento y la verificación del dato en campo. Así mismo, se gestionaron ajustes en aproximadamente 20.000 registros, producto de alertas técnicas y procesos de precrítica conjunta con líderes y técnicos administrativos. Una proporción considerable de estas modificaciones se relacionó con cambios de fecha derivados del cargue inoportuno de información al aplicativo, afectando la oportunidad del dato e impidiendo el seguimiento en tiempo real.

En respuesta a estos hallazgos y con el fin de fortalecer la calidad del sistema, se generaron diversos productos analíticos como soporte a la gestión, entre los cuales se destacan el envío diario de herramientas de precrítica, módulos pendientes, seguimiento de cierres y gestión de ruteo; así como actualizaciones periódicas de salidas de información y espacios de fortalecimiento técnico y acompañamiento presencial. Estas acciones han permitido implementar alertas tempranas, orientar correcciones inmediatas y mejorar progresivamente la trazabilidad institucional.

En conjunto, los resultados reflejan una estrategia operativa sólida, acompañada por mecanismos de control y monitoreo que avanzan hacia la consolidación de información confiable, oportuna y alineada con los fines del modelo. No obstante, los hallazgos identificados evidencian la necesidad de continuar fortaleciendo la cultura del dato, la capacitación al personal y la disciplina de registro, de manera que la información territorial respalde plenamente la planeación estratégica y el abordaje efectivo de los riesgos en salud en las familias acompañadas.

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

Tabla 35. Derivaciones y activaciones de rutas Equipos MAS Bienestar en Tu Hogar Hogar octubre a diciembre 2025

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

Tablero de control RIAS EBEH	**NORTE**			
	Número de canalizaciones o activaciones	***Número de canalizaciones o activaciones efectivas***	***Número de canalizaciones o activaciones con otros estados***	***% efectividad***
1 Ruta de promoción y Mantenimiento de la salud	1148	789	148	**82%**
16 RIAS para población con riesgo o presencia de trastornos visuales y auditivos.	201	152	25	**88%**
6 RIAS para población con riesgo o presencia de trastornos psicosociales y del comportamiento.	222	162	28	**86%**
2 RIAS para población con riesgo o presencia de alteraciones cardio — cerebro — vascular — metabólicas manifiestas	274	218	37	**93%**
9 RIAS para población materno — perinatal.	53	39	2	**77%**
3 RIAS para población con riesgo o presencia de enfermedades respiratorias crónicas.	2	2	0	**100%**
4 RIAS para población con riesgo o presencia de alteraciones nutricionales.	8	5	0	**63%**

7 RIAS para población con riesgo o presencia de alteraciones en la salud bucal.	93	48	14	**67%**
5 RIAS para población con riesgo o presencia de trastornos mentales y del comportamiento manifiestos debido a uso de sustancias psicoactivas y adicciones.	2	2	0	**100%**
17 RIAS para población con riesgo o presencia de trastornos degenerativos, neuropatías y auto-inmunes.	2	1	0	**50%**
8 RIAS para población con riesgo o presencia de cáncer.	2	2	0	**100%**
14 RIAS para población con riesgo o presencia de enfermedades y accidentes relacionados con el medio ambiente.	0	0	0	
13 RIAS para población con riesgo o sujeto de agresiones, accidentes y traumas.	7	3	1	**57%**
15 RIAS para población con riesgo o presencia de enfermedades huérfanas.	2	1	0	**50%**
10 RIAS para población con riesgo o presencia de enfermedades infecciosas.	4	4	0	**100%**

Sin aseguramiento	115	67	36	**90%**
Total	2135	1495	291	**84%**

Fuente: SIRC (Octubre-Diciembre 2025)

Del análisis por rutas se evidencian patrones claros de utilización, demanda y efectividad en los procesos de canalización. En primer lugar, la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud continúa consolidándose como la de mayor activación, con un total de 1.148 canalizaciones realizadas, de las cuales 789 culminaron de manera efectiva, lo que corresponde a una efectividad del 82%. Este comportamiento reafirma su papel estratégico como eje preventivo y de detección temprana de riesgos en la población atendida.

La Ruta de alteraciones cardio-cerebro-vasculares y metabólicas manifiestas presentó una alta demanda, con 274 canalizaciones, alcanzando 218 efectivas, lo que se traduce en una efectividad del 93%, reflejando una adecuada articulación con la red de servicios y una respuesta oportuna frente a condiciones de alto impacto en la morbimortalidad.

Por su parte, la Ruta dirigida a población con riesgo o presencia de trastornos visuales y auditivos reportó 201 canalizaciones, con 152 efectivas, alcanzando una efectividad del 88%, lo que evidencia un buen nivel de acceso y continuidad en la atención especializada.

En relación con la Ruta de trastornos psicosociales y del comportamiento, se registraron 222 canalizaciones, de las cuales 162 fueron efectivas, para una efectividad del 86%, indicando una respuesta favorable frente a este tipo de riesgos, aunque con oportunidad de fortalecer la adherencia y el seguimiento.

Las rutas que presentaron menor volumen de activaciones, como la Ruta de alteraciones nutricionales (63% de efectividad), la Ruta de salud bucal (67%), la Ruta de población con riesgo o presencia de cáncer (100%), la Ruta de enfermedades infecciosas (100%) y la Ruta de trastornos degenerativos, neuropatías y autoinmunes (50%), muestran que, aunque la cantidad de casos es reducida, en varios de estos escenarios se alcanza una efectividad alta o total, lo que sugiere un adecuado direccionamiento cuando se logra activar la ruta.

En el caso de la Ruta materno-perinatal, se observó una efectividad del 77%, resultado que indica un desempeño aceptable, pero que requiere fortalecimiento para garantizar mayor oportunidad en la atención de esta población prioritaria. Así mismo, la Ruta de agresiones,

accidentes y traumas presentó una efectividad del 57%, y la Ruta de enfermedades huérfanas alcanzó un 50%, evidenciando barreras en el acceso efectivo que deben ser abordadas mediante estrategias intersectoriales y de gestión en red.

Adicionalmente, la población sin aseguramiento registró una efectividad del 50%, lo que continúa representando un reto significativo en términos de acceso, continuidad y resolución de las canalizaciones realizadas.

De manera global, el proceso de canalización desarrollado por los EMBH Norte refleja un nivel general de efectividad del 84%, con rutas de alto volumen que mantienen desempeños sólidos y rutas de menor frecuencia que, en varios casos, alcanzan niveles óptimos de efectividad. En coherencia con estos resultados, se han fortalecido las acciones de mejora continua, priorizando la capacitación permanente del talento humano, el uso adecuado del instrumento de canalización y la correcta aplicación de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS).

En conclusión, entre octubre, noviembre y diciembre de 2025, el desempeño de los Equipos Mas Bienestar en tu Hogar Norte evidencia avances significativos en la efectividad de las canalizaciones, con múltiples rutas que alcanzan cifras cercanas o iguales al 100%, consolidando el impacto positivo de la estrategia extramural en la atención integral en salud.

Tabla 36. Derivaciones y activaciones de rutas gestionadas desde los Equipos MAS Bienestar en Tu Hogar octubre a diciembre 2025

Fuente que Genera la canalizacion	NORTE			
	Número de canalizaciones o activaciones recibidas	Número de canalizaciones o activaciones con gestión efectiva	Número de canalizaciones o activaciones pendientes por gestión	% efectividad
Entorno Laboral	0	0	0	
Entorno Educativo	1	1	0	100%
Entorno Comunitario	4	1	3	25%
Transversalidad Vigilancia en Salud Pública	829	216	613	26%
Transversalidad GPAISP	2	1	1	50%
Análisis y políticas para la Salud y la Vida	6	2	4	33%
Línea 106	0	0	0	
Entorno Institucional	0	0	0	
Red Distrital de Banco de Sangre	0	0	0	
DASCD	0	0	0	
Universidades	0	0	0	
Contrato Jurídico Indígena	0	0	0	
Total	842	221	621	26%

Fuente: SIRC- Reporte de Intervenciones y Atenciones aplicativo Gtaps (Octubre-Diciembre 2025)

El consolidado general evidencia que durante el periodo analizado se registraron 842 canalizaciones o activaciones recibidas, de las cuales 221 han sido gestionadas de manera efectiva, mientras que 621 permanecen pendientes de gestión, lo que corresponde a una efectividad global del 26%. Este resultado permite identificar avances en la atención de los casos, pero también señala la necesidad de fortalecer las acciones orientadas a disminuir el volumen de pendientes y mejorar la oportunidad en la respuesta institucional. En cuanto a la información por fuente generadora, se observa que el Entorno Educativo reportó 1 canalización, la cual fue gestionada de manera efectiva, alcanzando una efectividad del 100%, lo que evidencia una respuesta oportuna y adecuada frente a los eventos identificados en este ámbito.

El Entorno Comunitario registró 4 canalizaciones recibidas, de las cuales 1 fue gestionada efectivamente y 3 continúan pendientes, alcanzando una efectividad del 25%. Este

comportamiento refleja la necesidad de reforzar el acompañamiento y seguimiento de los casos provenientes de este entorno, con el fin de mejorar el cierre oportuno de las gestiones.

La Transversalidad de Vigilancia en Salud Pública concentra el mayor volumen de activaciones, con 829 canalizaciones recibidas, de las cuales 216 cuentan con gestión efectiva y 613 permanecen pendientes, lo que representa una efectividad del 26%. Aunque esta fuente es la principal generadora de canalizaciones, el alto número de casos en espera evidencia un reto operativo significativo, que requiere fortalecer la articulación intersectorial y la capacidad de respuesta para eventos priorizados en salud pública.

En cuanto a la Transversalidad GPAISP, se reportaron 2 canalizaciones, con 1 gestionada efectivamente y 1 pendiente, alcanzando una efectividad del 50%, lo que indica un desempeño intermedio y una oportunidad clara de mejora en el cierre de los casos restantes. Por su parte, el componente de Análisis y Políticas para la Salud y la Vida registró 6 canalizaciones, de las cuales 2 fueron gestionadas efectivamente y 4 permanecen pendientes, reflejando una efectividad del 33%, lo que sugiere la necesidad de optimizar los tiempos de gestión y fortalecer los mecanismos de seguimiento.

No se registraron canalizaciones provenientes de fuentes como Entorno Laboral, Línea 106, Entorno Institucional, Red Distrital de Banco de Sangre, DASCD, Universidades y Contrato Jurídico Indígena, lo que indica ausencia de activaciones desde estos escenarios durante el periodo evaluado.

En términos generales, los resultados muestran que el proceso de canalización cuenta con una estructura definida y un registro claro de las activaciones realizadas; sin embargo, el porcentaje global de efectividad evidencia la importancia de continuar implementando estrategias de mejora continua, orientadas a incrementar la gestión efectiva de los casos, priorizando especialmente aquellos provenientes de Vigilancia en Salud Pública y del Entorno Comunitario, con el fin de garantizar una atención más oportuna e integral a la población atendida.

7.2.3 Ruta de aseguramiento

Tabla 37. Aseguramiento

Dimensión de análisis	Variable clave	Periodo	Acumulado

Acceso y cobertura	Número de personas identificadas	octubre noviembre diciembre	99
	Número de personas con aseguramiento efectivo	octubre noviembre diciembre	76
	Número de personas sin aseguramiento	octubre noviembre diciembre	5
Resolución del aseguramiento	Número de afiliaciones nuevas realizadas	octubre noviembre diciembre	0
	Número de reactivaciones de afiliación realizadas	octubre noviembre diciembre	0
Articulación para el cuidado integral	Número de personas vinculadas a RIAS	octubre noviembre diciembre	49
	Número de activaciones de rutas y prescripción social	octubre noviembre diciembre	3
Oportunidad y seguimiento	Número de trámites pendientes	octubre noviembre diciembre	8
	Tiempo promedio de respuesta (días)	octubre noviembre diciembre	2

Fuente: Base de información interna perfil profesional de Ruta de Aseguramiento octubre - diciembre 2025

Este informe debe permitir evidenciar de manera clara la gestión desarrollada para garantizar el aseguramiento y la vinculación efectiva al Sistema General de Seguridad Social en Salud de la población identificada por los Equipos MAS Bienestar en tu Hogar, así como su articulación con las rutas de atención integral y la prescripción social, así:

- Una síntesis ejecutiva, en la que se resuma el aporte de la Ruta de Aseguramiento a la garantía del derecho a la salud, el acceso efectivo a los servicios y la continuidad del

cuidado de la población priorizada, 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 MAS Bienestar.

El informe deberá priorizar la síntesis, los avances y los resultados sobre la descripción detallada de las actividades operativas

7.2.4 Líder de acceso y EPS

En el marco del Modelo MAS Bienestar, el rol del Enlace EPS se ha consolidado como un actor estratégico para garantizar el acceso, la oportunidad y la continuidad del cuidado de la población priorizada, mediante la articulación permanente con las EPS, la subred y los equipos operativos. A través de la gestión integral del agendamiento, la recordación, el

Comentado [63]: Se recomienda agrupar y organizar la información, teniendo en cuenta que se evidencian avances en los diferentes procesos o acciones; sin embargo, estos se presentan de manera dispersa, abordándose un mismo tema en distintos apartados (por ejemplo, al inicio del análisis y posteriormente nuevamente), lo cual dificulta la lectura y la trazabilidad de los resultados.

seguimiento a la asistencia y la reprogramación de citas, se logró estructurar un proceso ordenado que fortalece la atención integral de los usuarios.

Durante el período comprendido entre el 1 de octubre y el 31 de diciembre de 2025, la gestión tuvo un alcance integral sobre los procesos de admisión, acceso, agendamiento y articulación interinstitucional, permitiendo evidenciar avances significativos tanto en la operación como en la coordinación entre actores.

Resultados de agendamiento y asistencia

En el período analizado se gestionaron 1.721 citas, de las cuales 1.420 corresponden a citas tipo 1, 2 y 3 y 301 a citas tipo 4, evidenciando una mayor capacidad de respuesta del sistema, especialmente para los casos de mayor complejidad. Del total de citas de usuarios capitados (1.420), 954 fueron efectivamente asistidas, lo que refleja avances importantes en la oportunidad de acceso a los servicios de salud.

De manera particular, las citas tipo 4, que requieren mayor articulación interinstitucional, presentaron un alto nivel de efectividad, con 224 asistencias de 301 citas programadas, lo que demuestra la capacidad del Enlace EPS para resolver barreras administrativas y facilitar la continuidad del cuidado en situaciones de mayor complejidad.

Fortalecimiento del proceso de admisión y acceso

En el componente de admisión, se realizó un acompañamiento permanente orientado a garantizar el adecuado registro de los usuarios en el aplicativo, mediante la revisión diaria de bases de admisión, la identificación y corrección de inconsistencias, la validación de consultas y frecuencias de uso, así como el fortalecimiento técnico continuo a los responsables del proceso. Esta gestión permitió asegurar el cumplimiento de los criterios de acceso y la consistencia de la información, favoreciendo la continuidad del cuidado.

Asimismo, se fortaleció la organización del acceso, logrando una mejor alineación entre la necesidad del usuario, la autorización de la EPS y el servicio efectivamente agendado, lo que redujo reprocesos y mejoró la eficiencia operativa.

Consolidación del proceso de agendamiento

En cuanto al agendamiento, se acompañó la implementación de un nuevo modelo operativo, con énfasis en la capacitación, el seguimiento y la retroalimentación continua a los gestores

en línea. El proceso incluyó de manera estructurada las etapas de creación de frecuencias, agendamiento en aplicativo y Dinámica, recordación de citas y seguimiento a la asistencia, lo que permitió una evolución progresiva y positiva del volumen de citas agendadas y atendidas.

El fortalecimiento del proceso de recordación, implementado desde octubre, junto con la revisión diaria y la activación de alertas oportunas, contribuyó a mejorar la asistencia, aumentar la trazabilidad de las citas y disminuir el riesgo de fragmentación de la atención, especialmente en las citas tipo 4.

Continuidad del cuidado y atención domiciliaria

Respecto a la continuidad de la atención, se fortaleció la atención individual en el domicilio, garantizando el acceso a los servicios de salud para usuarios con barreras de desplazamiento o condiciones especiales. Durante el período evaluado se realizaron 1.027 atenciones médicas domiciliarias, lo que contribuyó de manera significativa a evitar interrupciones en el cuidado y a fortalecer la atención integral de la población priorizada.

Adicionalmente, se establecieron lineamientos claros para la reprogramación de citas, de acuerdo con el tipo de atención y la ruta de cuidado correspondiente, asegurando la continuidad del proceso asistencial.

Articulación interinstitucional

La articulación con las EPS constituyó un eje transversal de la gestión, realizándose a través de canales formales como correo electrónico, plataformas virtuales, contacto telefónico y, de manera complementaria, WhatsApp. Esta articulación permitió la gestión y seguimiento de citas tipo 4, la validación de autorizaciones, la atención individual y la resolución de casos en los que los usuarios ya contaban con citas previamente asignadas.

De igual manera, se mantuvo una articulación directa y constante con la subred, mediante un canal de comunicación establecido para la apertura de agendas y la gestión de citas en estado de espera dentro del aplicativo, optimizando los tiempos de respuesta y la resolución de barreras administrativas.

Seguimiento, control y acompañamiento a equipos

El seguimiento y control del proceso se realizó de manera sistemática y continua, mediante el monitoreo permanente de las etapas de admisión, solicitud, agendamiento, recordación y

seguimiento a la asistencia. Este monitoreo permitió identificar oportunamente alertas, retroalimentar a los equipos y generar acciones correctivas orientadas a mejorar la calidad del proceso.

Asimismo, se desarrolló un acompañamiento permanente a los equipos operativos, tanto a los gestores en línea como a los equipos en territorio, fortaleciendo sus capacidades técnicas, mejorando la calidad de las solicitudes y promoviendo una mayor apropiación del modelo de atención y de las rutas de acceso.

Conclusión

En conjunto, la gestión desarrollada evidencia que el perfil Enlace EPS no solo cumple una función operativa, sino que se consolida como un rol estratégico y transversal para la gestión integral del riesgo en salud. Su intervención permite articular procesos, coordinar actores y liderar acciones de mejora continua que impactan de manera directa la oportunidad, la continuidad y la efectividad de la atención, contribuyendo de forma significativa al cumplimiento de los objetivos del Modelo MAS Bienestar y al fortalecimiento de la atención integral de la población priorizada.

7.2.5 Seguimiento a cohorte

Comentado [64]: Se agradece el reporte de la información, el cual cumple con los criterios técnicos establecidos.

Con base en el avance evidenciado durante el periodo evaluado, se resalta que la intervención de los profesionales del perfil de Seguimiento a Cohortes ha permitido fortalecer de manera progresiva los procesos de contactabilidad, gestión y oportunidad de respuesta de los casos registrados en las bases de ruteo, contribuyendo a la garantía de la continuidad y calidad del cuidado de la población priorizada en el marco del Modelo MAS Bienestar. No obstante, los resultados cuantitativos alcanzados a la fecha aún no reflejan en su totalidad los niveles proyectados, situación atribuible a que se trata de un proceso de reciente implementación en la vigencia actual, así como a los ajustes introducidos en los lineamientos técnicos y operativos.

Adicionalmente, el alto número de colaboradores vinculados en los perfiles de gestores en línea y gestores territoriales, si bien representa una capacidad operativa relevante, ha supuesto un desafío para la estandarización del conocimiento y la consolidación de una línea operativa homogénea. Factores como la heterogeneidad en el conocimiento previo, la necesidad de mayor práctica operativa y el requerimiento constante de retroalimentación técnica han incidido en el desempeño inicial de los equipos.

Sin embargo, la ejecución continua de procesos de inducción, reinducción y acompañamiento técnico ha permitido evidenciar una mejora progresiva en el desempeño operativo de los gestores, especialmente en la implementación de los Planes de Bienestar, el fortalecimiento de la calidad del dato y la trazabilidad de las gestiones realizadas. De igual manera, la monitorización permanente por parte del equipo de Seguimiento a Cohortes ha favorecido una mejor articulación con los profesionales de activación de rutas, agendamiento y aseguramiento, fortaleciendo la gestión integral del riesgo y la continuidad de la atención.

Desde la asignación de los profesionales de Seguimiento a Cohortes como responsables del soporte técnico y operativo de las bases de ruteo y del acompañamiento a las acciones definidas para las cohortes priorizadas en la vigencia, se desarrollaron acciones de planeación orientadas a fortalecer la gestión integral de los eventos priorizados. Estas acciones iniciaron con el reconocimiento y análisis de las diferentes bases de información digital en las que se consolidan los registros de los eventos definidos por la Secretaría Distrital de Salud para su abordaje, así como con la formulación y ajuste de los Planes de Bienestar, de acuerdo con las características de cada evento y las estrategias de intervención correspondientes.

De manera paralela, se avanzó en la apropiación y estandarización de la mecánica de gestión de la información por parte de los colaboradores, mediante el uso de las herramientas institucionales dispuestas para tal fin, entre las cuales se destacan el aplicativo GTAPS, el drive de ruteo, el drive de cohorte ruteo y el ruteo gestionado. En este marco, desde el inicio del rol de Seguimiento a Cohortes se diseñaron y consolidaron tableros de seguimiento que permiten visualizar la gestión desarrollada en cada base de asignación, monitorear el avance, la oportunidad y el estado de los casos, constituyéndose en un insumo técnico clave para la toma de decisiones.

Estos insumos sirvieron de base para la ejecución de espacios de socialización e inducción dirigidos a los colaboradores que desempeñan los roles de gestor en línea y gestor territorial. Dichas sesiones se desarrollaron bajo un enfoque teórico-práctico, iniciando con la socialización de los lineamientos técnicos y operativos de la estrategia de ruteo, y avanzando posteriormente en ejercicios prácticos con casos reales, orientados al fortalecimiento del registro, la gestión y la trazabilidad de la información. Es importante resaltar que estas actividades se realizaron de manera articulada con la profesional de agendamiento, reconociendo la complementariedad de ambos procesos para garantizar una respuesta oportuna, integral y continua a los usuarios contactados mediante la estrategia de ruteo.

Asimismo, la socialización de los Planes de Bienestar por evento priorizado permitió orientar el abordaje de las familias bajo una línea de atención coherente con los lineamientos institucionales del Modelo de Atención en Salud MAS Bienestar, fundamentado en la Atención Primaria Social (APSocial). Este enfoque reconoce la gestión integral del riesgo en el hogar y el territorio como eje central de la intervención, comprendiendo a la familia y la comunidad como escenarios determinantes del proceso salud–enfermedad y de la continuidad del cuidado.

Durante el trimestre evaluado se realizaron acciones permanentes de seguimiento y control, mediante procesos de precrítica y revisión sistemática de la calidad de la información registrada en las bases digitales institucionales. Como resultado de este ejercicio, se identificaron de manera recurrente inconsistencias que impactan la calidad del dato y la trazabilidad del proceso, entre ellas la falta de continuidad en la actualización de los Planes de Bienestar, registros incompletos o inadecuados en las notas de seguimiento y caracterización, inconsistencias en el registro de constantes vitales y otras variables relevantes.

De igual forma, se evidenciaron debilidades en algunas gestiones operativas consignadas en la base de ruteo, relacionadas con la continuidad del contacto telefónico, la programación y cumplimiento de visitas en campo, así como la definición y cierre oportuno de las gestiones asignadas, hallazgos que se presentaron de manera transversal en las diferentes cohortes de riesgo priorizadas.

En respuesta a estas situaciones, desde el perfil de Seguimiento a Cohortes se programaron y ejecutaron reinducciones virtuales y presenciales, orientadas a unificar criterios, fortalecer los conocimientos técnicos y reforzar los mínimos operativos requeridos para la atención de los eventos priorizados. Estas acciones incluyeron la socialización de lineamientos sobre la gestión de los casos, el uso adecuado de los Planes de Bienestar y el correcto registro de la trazabilidad de las acciones realizadas. Adicionalmente, se generaron alertas técnicas a los profesionales líderes, con el fin de activar procesos de verificación y mejora con el talento humano a su cargo, fortaleciendo la calidad del registro y los procesos operativos de los Equipos Más Bienestar en tu Hogar (EMBH).

Durante el trimestre evaluado y el cierre del año, se evidenció una apropiación progresiva del conocimiento técnico y operativo asociado a la implementación de los Planes de Bienestar, lo cual permitió fortalecer el proceso de escalamiento de la información y la educación técnica hacia el equipo de colaboradores. Como resultado, para el mes de diciembre se observó un avance significativo en las gestiones finales de los casos incorporados en la estrategia de

ruteo, particularmente en las bases priorizadas correspondientes a gestantes, infancia y evento 107, así como en los usuarios vinculados a Virrey Solís y en los casos de vulnerabilidad.

No obstante, se identificó una alerta operativa relacionada con la necesidad de fortalecer la ejecución de visitas en campo por parte de los gestores territoriales, como acción clave para el cierre efectivo de los casos y la garantía de la continuidad del cuidado. Si bien no resulta pertinente destacar un valor cuantitativo aislado como único indicador de desempeño, sí se evidencia una mejora sustancial en procesos críticos identificados al inicio de la vigencia, especialmente en la organización de la gestión, la calidad del registro, la articulación interprofesional y la oportunidad de respuesta a los eventos priorizados.

En conclusión, el desarrollo de las acciones de planeación, inducción, reinducción, seguimiento, control y acompañamiento técnico realizadas durante el periodo evaluado ha permitido consolidar de manera progresiva la estrategia de ruteo como un eje operativo fundamental para la organización, priorización y gestión de los casos abordados por los Equipos Más Bienestar en tu Hogar. En este contexto, el perfil de Seguimiento a Cohortes se consolida como un actor estratégico para la implementación y sostenibilidad del Modelo MAS Bienestar, al garantizar la correcta aplicación de los criterios de priorización, fortalecer la gestión integral del riesgo individual y familiar, mejorar la calidad del dato y promover procesos de mejora continua, coherentes con los principios de la Atención Primaria Social y el enfoque territorial del modelo.

7.2.6 Inducción, seguimiento y acompañamiento al talento humano

Durante el periodo comprendido entre los meses de octubre, noviembre y diciembre, se desarrollaron cinco (5) sesiones de inducción general, dirigidas a los colaboradores vinculados durante la vigencia, con el propósito de fortalecer la apropiación conceptual y operativa del Modelo de Atención en Salud MAS Bienestar, específicamente del componente Equipos Más Bienestar en tu Hogar (EMBH).

Las sesiones de inducción se realizaron de manera presencial, con el objetivo de propiciar un acercamiento directo a las dinámicas propias del territorio y facilitar la comprensión del abordaje extramural, la gestión integral del riesgo y el trabajo articulado en el hogar y la comunidad. Durante estos espacios se socializaron los fundamentos del modelo, la estructura y roles de los equipos EMBH, los Planes de Bienestar según eventos priorizados y la estrategia de ruteo como herramienta clave para la organización, priorización y seguimiento de los casos.

De manera articulada, se contó con la participación de profesionales de otros procesos estratégicos de la Subred, lo que permitió fortalecer la inducción en temas transversales como la activación de rutas de atención, el componente geográfico, el aseguramiento en salud y la articulación con la red

de servicios, garantizando una visión integral del modelo y del flujo operativo requerido para asegurar la continuidad del cuidado.

Posterior al desarrollo de las inducciones presenciales, se implementó un proceso permanente de pre crítica y revisión técnica de los productos registrados en las diferentes fuentes de información y herramientas digitales institucionales (bases de ruteo, aplicativos de registro y soportes operativos). A partir de los hallazgos identificados, se planearon y ejecutaron sesiones de reinducción focalizadas, dirigidas principalmente a los gestores en línea y gestores territoriales, con el objetivo de fortalecer aspectos críticos del proceso, tales como:

- Oportunidad en los tiempos de respuesta para eventos priorizados y cohortes definidas.
- Registro adecuado y trazabilidad de las gestiones realizadas.
- Inducción específica en acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- Mejora en la calidad del dato consignado en las diferentes herramientas tecnológicas.
- Generación de alertas operativas para optimizar la productividad y la planeación de tiempos de gestión.

Adicionalmente, como parte del fortalecimiento del componente operativo del modelo, se realizaron acompañamientos en campo a profesionales y gestores en los que se identificaron con mayor frecuencia inconsistencias en el abordaje familiar y en la implementación de los Planes de Bienestar. Las principales oportunidades de mejora detectadas estuvieron relacionadas con:

- La frecuencia y oportunidad del seguimiento familiar de acuerdo con el evento priorizado.
- Inconsistencias en el registro de variables en el Plan de Cuidado Familiar.
- Calidad y coherencia de las notas registradas en el aplicativo GTAPS y en la base de ruteo.
- Concordancia de la información entre los diferentes sistemas y fuentes de registro.

El desarrollo de estas acciones contó con la directriz y acompañamiento permanente de la profesional coordinadora, las dinamizadoras y las líderes operativas, quienes orientaron técnica y operativamente los procesos de inducción, reinducción y seguimiento.

Para la inducción general inicial, se realizó la convocatoria a todos los nuevos colaboradores de la Subred Norte, desarrollando espacios estructurados de socialización en los cuales se abordaron contenidos transversales del Modelo MAS Bienestar, tales como: roles y responsabilidades del talento humano, rutas de atención, enfoque de Gestión Integral del Riesgo, lineamientos de calidad,

humanización del servicio, seguridad del paciente y normatividad vigente. Estas acciones permitieron alinear a los colaboradores con los objetivos institucionales y fortalecer una práctica de salud pública estandarizada y coherente con la APSocial.

De manera complementaria se facilito el acceso a documentos técnicos, guías operativas y materiales de consulta, ampliando la cobertura del proceso, garantizando la trazabilidad de la participación y favoreciendo la apropiación autónoma de los contenidos por parte de los colaboradores, independientemente de su perfil.

Así mismo, se realizó seguimiento continuo a las acciones de inducción, orientado a verificar la participación efectiva, la comprensión de los contenidos y su aplicación en el ejercicio de las funciones. Este seguimiento incluyó revisión de registros, control de asistencia, retroalimentación técnica y acompañamiento operativo, permitiendo identificar brechas y reforzar los componentes críticos del modelo.

En el proceso de socialización del Modelo de Atención de los Equipos Más Bienestar en tu Hogar, se evidenció una participación activa de los colaboradores y la resolución oportuna de los interrogantes surgidos durante las sesiones. De igual manera, la socialización de los Planes de Bienestar por evento priorizado permitió orientar el abordaje de las familias bajo una línea de atención coherente con los lineamientos institucionales, basada en la Atención Primaria Social (APSocial), cuyo eje central es la gestión integral del riesgo en el hogar y el territorio, reconociendo a la familia y la comunidad como escenarios determinantes del proceso salud–enfermedad.

Finalmente, es importante resaltar que los resultados esperados del proceso de inducción y socialización del Modelo MAS Bienestar se han soportado mediante la revisión técnica de los registros y soportes consignados por los colaboradores en las diferentes herramientas tecnológicas. En respuesta a los hallazgos identificados, se desarrollaron reinducciones específicas y ejercicios de retroalimentación directa. En particular, los gestores en línea fueron convocados a la sede administrativa de Ferias, donde se realizó la verificación directa de la gestión de los casos asignados, con el acompañamiento de las profesionales de las cohortes, quienes orientaron, retroalimentaron y propusieron ajustes orientados a mejorar la calidad, oportunidad y resolutividad de la atención brindada a las familias y comunidades.

El desarrollo de las acciones de inducción, reinducción, seguimiento y acompañamiento técnico durante el periodo evaluado permitió fortalecer de manera significativa la apropiación conceptual y operativa del Modelo de Atención en Salud MAS Bienestar por parte de los colaboradores vinculados, contribuyendo a una implementación más homogénea, coherente y alineada con los lineamientos institucionales y contractuales.

El proceso de inducción general, complementado con estrategias de reinducción focalizada y acompañamiento en campo, se consolidó como un mecanismo clave para garantizar la calidad técnica de las intervenciones, la correcta aplicación de la gestión integral del riesgo y la adecuada implementación de los Planes de Bienestar en los hogares y territorios priorizados.

En este marco, el perfil de Inducción y Acompañamiento al Talento Humano se posiciona como un actor estratégico del Modelo MAS Bienestar, al cumplir un rol fundamental como garante de:

- La apropiación efectiva del modelo de atención y sus principios de APSocial.
- La correcta interpretación y aplicación de los lineamientos técnicos y operativos.
- La estandarización de los procesos de abordaje territorial, ruteo y seguimiento familiar.
- La mejora continua de la calidad del dato, la trazabilidad de las gestiones y la oportunidad en la atención.

Así mismo, el acompañamiento permanente a los diferentes perfiles profesionales permitió identificar de manera temprana brechas operativas, corregir desviaciones en el ejercicio del rol y fortalecer las competencias técnicas del talento humano, impactando positivamente en la resolutividad de las acciones y en la continuidad del cuidado.

Finalmente, se concluye que la articulación entre la inducción, el seguimiento técnico y el acompañamiento en campo constituye un eje transversal para la sostenibilidad del Modelo MAS Bienestar, aportando al cumplimiento de los objetivos contractuales, al fortalecimiento de la capacidad instalada del talento humano y al mejoramiento progresivo de la calidad de la atención brindada a las personas, familias y comunidades del territorio.

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

7.3.1 Liderazgo para la dinamización de las acciones

Describa de manera puntual la organización y planeación que realizó durante el periodo, tener en cuenta el plan de acción generado.

- **Balance de la participación en las Mesas Locales de Más Bienestar**

Durante el periodo evaluado, se garantizó la participación activa de los equipos de Más Bienestar en las Mesas Locales de Bienestar de las seis (6) localidades adscritas a la Subred Norte, con el propósito de fortalecer la articulación interinstitucional y dar respuesta a las necesidades identificadas en los territorios.

La participación en estos espacios permitió socializar los avances del programa, en concordancia con las problemáticas priorizadas en cada localidad, así como definir y clarificar los aportes que pueden realizar los equipos de Más Bienestar desde su alcance técnico y operativo.

Así mismo, se contribuyó a la articulación de las jornadas programadas en territorio, facilitando la identificación y remisión de casos susceptibles de abordaje por los equipos, garantizando una atención oportuna y pertinente a las situaciones detectadas en la comunidad.

De manera permanente, se fortaleció la articulación continua con los actores locales, lo que permitió:

- Dar respuesta a las necesidades identificadas en la población.
- Conocer y socializar la oferta institucional disponible.
- Ajustar las acciones de los equipos de Más Bienestar de acuerdo con las dinámicas y requerimientos del territorio.
- En términos de cumplimiento, los equipos aportaron de manera efectiva al seguimiento de compromisos adquiridos en las Mesas Locales, consolidando su rol como actores clave en la gestión territorial y en la construcción de respuestas integrales orientadas al bienestar de la comunidad.
- Relacionar las estrategias diferenciales aplicadas para el funcionamiento de los equipos en los casos de situaciones emergentes o de barreras para el abordaje con las metodologías rutinarias establecidas en las fichas técnicas.
- Balance del desarrollo de los comités de fortalecimiento de capacidades desarrollados con el equipo interdisciplinario.

Durante el periodo evaluado, se desarrolló un proceso de capacitación continua dirigido al talento humano, con el objetivo de fortalecer sus habilidades técnicas y operativas, y brindar herramientas alineadas con los lineamientos técnicos y operativos establecidos en el marco del convenio.

Este proceso contempló espacios de fortalecimiento dirigidos al equipo interdisciplinario, permitiendo mejorar la comprensión de los roles, rutas de atención y procedimientos, así como la apropiación de los enfoques definidos para la operación en territorio.

No obstante, es importante resaltar que la incorporación de nuevos perfiles, como los gestores en línea, así como el aumento significativo de profesionales en enfermería y psicología, sumado a la implementación de nuevos procesos de atención, generó que, en algunos casos, el fortalecimiento de capacidades requiriera más de una jornada de capacitación técnica.

En este sentido, fue necesario complementar los espacios teóricos con ejercicios prácticos, así como realizar acompañamiento individualizado, con el fin de brindar mayores claridades, resolver dudas específicas y garantizar la correcta apropiación de los procesos por parte del talento humano.

Finalmente, se reconoce que el proceso de fortalecimiento de capacidades debe mantenerse de manera permanente, dado el ingreso continuo de nuevo talento humano, el cual requiere entrenamiento, acompañamiento y actualización constante para asegurar la mejora de los procesos y la adecuada implementación de las acciones en territorio.

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

7.3.2.1 Planeación territorial

Tabla. 41 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 habitantes de calle	TOTAL Localidad
CHAPINERO	429	400	0	0	150	579
	248	100	0	0	400	748

TEUSAQUILLO						
USAQUEN	913	1196	150	0	250	2509
SUBA	3033	3548	0	0	350	6931
ENGATIVA	1427	2207	100	0	350	4084
BARRIOS UNIDOS	357	400	50	0	100	907
TOTAL, SUBRED	6407	7451	300	0	1600	15758

Fuente: Aplicativo GTAPS, plano soporte.

La tabla consolidada de solicitud de unidades habitacionales por localidad debe interpretarse a partir de tres momentos analíticos complementarios, que permiten comprender la lógica operativa y territorial del modelo y la manera en que se articulan la planeación, la apropiación territorial y la ejecución en campo.

En un primer momento, la tabla refleja la asignación de ruteos, la cual responde a la distribución geográfica de los gestores operativos en el territorio, considerando la extensión de los sectores catastrales, su complejidad morfológica y la carga operativa asociada a cada localidad. A nivel de Subred, se asignan 6.407 ruteos, concentrándose principalmente en Suba (3.033 ruteos) y Engativá (1.427 ruteos), lo que evidencia la alta presión territorial de estas localidades, asociada a su densidad urbana y a la magnitud de sus configuraciones residenciales. En contraste, localidades como Chapinero (429 ruteos), Teusaquillo (248

ruteos) y Barrios Unidos (357 ruteos) presentan una asignación menor, acorde con su extensión territorial y características urbanas específicas.

En un segundo momento, la tabla permite identificar las dinámicas asociadas a comunidades de vida, particularmente pagadiarios, personas privadas de la libertad (PPL) y habitantes de calle, las cuales emergen como resultado del análisis territorial y del trabajo de campo desarrollado por los equipos operativos, con el acompañamiento del componente geográfico. Estas categorías no responden a una lógica masiva, sino a procesos de identificación focalizada, predio a predio, que permiten reconocer formas específicas de habitabilidad precaria y concentración poblacional. En este sentido, se identifican 300 unidades habitacionales asociadas a pagadiarios, distribuidas principalmente en Usaquén (150 unidades), Engativá (100 unidades) y Barrios Unidos (50 unidades), evidenciando territorios donde la vivienda temporal presenta una mayor recurrencia. De igual manera, se registran 1.600 unidades habitacionales destinadas a habitantes de calle, con concentraciones significativas en Teusaquillo (400 unidades), Suba (350 unidades), Engativá (350 unidades), Usaquén (250 unidades) y Chapinero (150 unidades), lo que guarda coherencia con la presencia de centralidades urbanas, corredores de movilidad y espacios de alta circulación.

En un tercer momento, la tabla debe leerse desde el ejercicio de solicitud de unidades habitacionales en propiedad horizontal, el cual se encuentra directamente anclado a los procesos de apropiación territorial desarrollados por los gestores operativos, con el apoyo del equipo de avanzada. A nivel de Subred, se solicitan 7.451 unidades habitacionales en propiedad horizontal, concentradas principalmente en Suba (3.548 unidades), Engativá (2.207 unidades) y Usaquén (1.196 unidades). Este ejercicio se desarrolla de manera masiva, en la medida en que, una vez el gestor logra el ingreso a un conjunto residencial, se solicita la totalidad de las unidades habitacionales del mismo, con el objetivo de maximizar la cobertura y aumentar la probabilidad de efectividad.

El punto crítico de este proceso radica en la gestión territorial y relacional, particularmente en la capacidad del gestor y del equipo de avanzada para articular y convencer a administradores, consejos de propietarios y otros actores clave, a través de la socialización del modelo territorial y de la prescripción social. Este trabajo previo resulta determinante para garantizar el acceso a los conjuntos residenciales y posibilitar la caracterización del 100 % de los hogares, condición fundamental para que las unidades solicitadas se traduzcan efectivamente en intervenciones reales en el territorio.

Desde una lectura sociodemográfica, los resultados evidencian que Suba y Engativá concentran la mayor carga operativa y habitacional de la Subred, tanto por el número de ruteos como por la magnitud de unidades solicitadas, mientras que Usaquén presenta un escenario mixto donde confluyen propiedad horizontal, pagadiarios y unidades destinadas a habitantes de calle. Por su parte, Barrios Unidos, Chapinero y Teusaquillo, aunque con menores volúmenes absolutos, concentran dinámicas sociales específicas que exigen procesos de apropiación territorial más finos y focalizados.

En conjunto, esta lectura en tres momentos permite comprender que los valores consignados en la tabla no representan únicamente cifras operativas, sino la expresión de un proceso territorial integral, en el que la asignación de ruteos, la identificación de comunidades de vida y la solicitud masiva de unidades habitacionales se articulan a partir del contacto directo con el territorio, la apropiación predio a predio y la capacidad de los equipos para traducir los hallazgos territoriales en acciones concretas, pertinentes y efectivas.

Tabla 49. Sectores catastrales sin usos residenciales

LOCALIDAD	SECTOR CATASTRAL	ID SECTOR	Tipo de uso determinante en el sector catastral	Número de predios	Número de manzanas
01-USAQUÉN	ESCUELA DE CABALLERÍA I	008409	Uso institucional / dotacional (instalaciones militares	3	1
	ESCUELA DE CABALLERÍA II	008419	Uso institucional / dotacional.	1	1
	ESCUELA DE INFANTERÍA	008410	Uso institucional / dotacional.	93	9

	SEGUNDO CONTADOR	008424	Comercial	2	1
	TORCA I	008539	nuevas ruralidades - cementerios	135	9
02-CHAPINERO	EL BAGAZAL	008319	nuevas ruralidades	2	1
10-ENGATIVA	EL CEDRO	005662	No urbanizable y suelo protegido	8	2
	EL DORADO	005664	No urbanizable y suelo protegido	10	1
	EL PANTANO	106201	nuevas ruralidades	2	1
	ENGATIVA EL DORADO	106301	nuevas ruralidades	11	1
11-SUBA	CASABLANCA SUBA URBANO I	009138	nuevas ruralidades	3	1
	DELMONTE	009246	Distrital/Vial	2	1
	IRAGUA	009247	Dotacional Privado	4	1
	SAN JOSE V SECTOR	009134	institucional	27	2
	SANTA CECILIA DE SUBA I	009268	No urbanizable	6	4

Comentado [65]: este campo se debe diligenciar

			y suelo protegido		
	SANTA CECILIA	207801	Ronda Río Bogotá	0	S/D
13-TEUSAQUILLO	CAMPO EUCARISTICO	005114	religioso	3	1
	CENTRO ADMINISTRATIVO OCC.	005109	Uso institucional / administrativo.	57	6
	CIUDAD UNIVERSITARIA	005108	Uso dotacional educativo (universitario).	6	3
12-BARRIOS UNIDOS	PARQUE DISTRITAL SALITRE	005112	Uso recreativo / espacio público.	3	1
	PARQUE POPULAR SALITRE	005115	Uso recreativo / espacio público.	2	1

Fuente: Base de datos GDB Norte.

En el marco del análisis geográfico de los sectores catastrales, desarrollado para responder a la necesidad de describir y sistematizar los hallazgos identificados por los equipos en territorio, que permiten una actualización continua de la información y enriquecen lo identificado en el proceso de apropiación territorial, se identificaron 21 sectores clasificados

como no abordables, tal como se presenta en la tabla 49, debido a que el uso del suelo determinante no corresponde a fines residenciales, lo que limita la implementación de estrategias de abordaje directo a población residente bajo los lineamientos del modelo territorial.

El análisis evidencia que estos sectores se distribuyen en las localidades de Usaquén, Chapinero, Engativá, Suba, Teusaquillo y Barrios Unidos, concentrándose principalmente en áreas con usos institucionales, dotacionales, educativos, recreativos, de espacio público y de reserva ambiental. En particular, se destacan sectores asociados a instalaciones militares (como la Escuela de Caballería I y II y la Escuela de Infantería), grandes equipamientos administrativos y educativos (Centro Administrativo Occidental y Ciudad Universitaria), así como parques distritales y metropolitanos (Parque Distrital Salitre y Parque Popular Salitre).

Desde una perspectiva morfológica y funcional, estos sectores presentan una baja fragmentación predial y de manzanas, concentrando un número reducido de predios y manzanas en relación con su extensión territorial. Por ejemplo, sectores como Escuela de Caballería I y II, Parque Distrital Salitre y Parque Popular Salitre cuentan con entre 1 y 3 predios, configurándose como unidades territoriales compactas y de uso altamente especializado. En contraste, otros sectores como Escuela de Infantería (93 predios y 9 manzanas) y Torca I (135 predios y 9 manzanas), aunque no residenciales, presentan una estructura predial más compleja, lo que incrementa su potencial de transformación futura.

Si bien estos sectores no registran población residente permanente, el análisis de su estructura predial y localización territorial permite identificar escenarios diferenciados de riesgo y transformación. En sectores con presencia de predios urbanizados no edificados o con grandes extensiones subutilizadas, se reconoce una probabilidad elevada de cambios en el uso del suelo, particularmente hacia procesos de urbanización formal, desarrollos en propiedad horizontal o, en contextos específicos, la aparición de ocupaciones informales, lo que podría modificar sustancialmente la dinámica territorial y la demanda de servicios.

En este sentido, los sectores no abordables no deben entenderse como territorios excluidos del modelo, sino como espacios estratégicos de monitoreo territorial, cuyo seguimiento permanente por parte del componente geográfico resulta fundamental para anticipar transformaciones, identificar procesos incipientes de ocupación y ajustar oportunamente la planeación territorial y las estrategias de cobertura, garantizando la capacidad de respuesta del modelo frente a cambios en la configuración del territorio.

Este análisis refuerza la necesidad de mantener estos sectores dentro del sistema de observación territorial, aun cuando no sean objeto de abordaje directo, reconociendo su potencial impacto en la dinámica urbana y en los procesos de apropiación territorial a mediano y largo plazo.

LOCALIDAD	SECTOR CATASTRAL	ID SECTOR	Número predios pagadiarios	Número de predios PPL	Número de predios con atenciones de habitantes de calle
01-USAQUEN	BOSQUE DE PINOS	008520	1	0	14
	BOSQUE DE PINOS III	008538	1	0	10
	BUENAVISTA	008535	19	0	0
	EL VERBENAL	008526	9	0	0
	ESTRELLA DEL NORTE	008519	0	0	3
	HORIZONTES NORTE	008533	23	0	0
	LA ESTRELLITA I	008540	16	0	0
	LISBOA	008513	0	0	3
	LOS CEDROS	008515	0	0	1
	SAN CRISTOBAL NORTE	008505	0	21	0
	SANTA BIBIANA	008412	0	0	4
	VERBENAL SAN ANTONIO	008537	29	0	0

SUBTOTAL LOCALIDAD			**98**	**21**	**35**
02-CHAPINERO	CHAPINERO CENTRAL	008213	54	0	2
	ESPARTILLAL	008312	0	0	7
	LAGO GAITAN	008313	0	0	2
	PORCIUNCULA	008306	0	0	4
	QUINTA CAMACHO	008201	0	0	1
	SUCRE	008112	0	27	0
SUBTOTAL LOCALIDAD			**54**	**27**	**16**
10-ENGATIVÁ	BOLIVIA	005622	1	0	0
	BONANZA	005406	0	0	4
	BOYACA	005603	0	0	4
	EL REAL	005604	1	0	0
	FLORIDABLANCA	005621	31	0	1
	LAS FERIAS	005404	0	0	1
	LAS FERIAS OCCIDENTAL	005405	30	0	1
	NORMANDÍA	005507	0	0	1
	PALO BLANCO	005501	0	0	1
	SANTA HELENITA	005608	0	40	7
SUBTOTAL LOCALIDAD			**63**	**40**	**20**
11-SUBA	CIUDAD HUNZA	009235	0	0	1

	CLUB DE LOS LAGARTOS	009121	1	0	3
	EL RINCÓN	009202	0	0	5
	JULIO FLOREZ	005403	0	0	6
	LAS FLORES	009210	0	93	0
	LISBOA	008513	1	0	0
	MÓNACO	009111	0	0	3
	NUEVA TIBABUYES	009224	0	1	0
	PUENTE LARGO	009124	0	0	1
	RINCÓN ALTAMAR	009266	0	0	1
	RINCÓN DE SUBA	009237	0	0	2
	VILLA ALCÁZAR	009263	0	0	2
SUBTOTAL LOCALIDAD			**2**	**94**	**24**
12-BARRIOS UNIDOS	ALCÁZARES	007302	10	0	0
	ALCÁZARES NORTE	007404	24	0	7
	BENJAMIN HERRERA	007309	1	0	0
	COLOMBIA	007303	21	0	0
	LA CASTELLANA	005304	0	0	1
	LA ESPERANZA	007305	27	0	0
	RAFAEL URIBE	007312	43	0	10
	SAN FERNANDO OCCIDENTAL	005204	0	31	0

	SIETE DE AGOSTO	007311	73	0	0
SUBTOTAL LOCALIDAD			**199**	**31**	**18**
13-TEUSAQUILLO	CAMPIN	007201	0	0	1
	CHAPINERO OCCIDENTAL	007203	0	0	12
	LA SOLEDAD	007101	0	0	3
	PALERMO	007205	0	0	7
	QUESADA	007204	0	0	5
	SANTA TERESITA	007102	0	0	1
SUBTOTAL LOCALIDAD			0	0	29
TOTAL SUBRED			**416**	**213**	**142**

Fuente: Plano caracterizaciones GTAPS.

A partir del ejercicio de identificación y análisis espacial desarrollado por el componente geográfico en articulación con los equipos operativos en territorio, se consolidó información sobre la localización y distribución de predios asociados a estrategias diferenciales, particularmente pagadiarios, personas privadas de la libertad (PPL) y habitantes de calle, cuyos resultados se sistematizan en la Tabla 3. Este análisis permitió no solo cuantificar los predios caracterizados, sino comprender las dinámicas territoriales subyacentes que explican su concentración y comportamiento diferencial en cada localidad de la Subred Norte.

En términos generales, se identifican 416 predios asociados a pagadiarios, 213 predios vinculados a PPL y 142 predios con atenciones a habitantes de calle, lo que evidencia que la mayor carga operativa de caracterización, seguimiento e intervención se concentra en la modalidad de vivienda temporal tipo pagadiario. No obstante, esta distribución no es homogénea, sino que responde a condiciones urbanas, sociales y morfológicas específicas de cada territorio.

Comentado [66]: muy bien esa es la idea de este apartado ese tipo de explicaciones

La localidad de Barrios Unidos se consolida como el principal foco de intervención, al concentrar una proporción significativa de los predios con pagadiarios de toda la Subred, así como una presencia relevante de PPL y habitantes de calle. Sectores como Siete de Agosto, Rafael Uribe, La Esperanza y Alcázares Norte presentan una morfología urbana caracterizada por edificaciones antiguas, subdivisiones internas y uso mixto residencial–comercial, condiciones que favorecen la proliferación de este tipo de vivienda informal. Su localización estratégica, la conectividad vial y la cercanía a zonas de empleo informal explican la alta demanda de este modelo habitacional y la necesidad de intervenciones intensivas y sostenidas.

En Suba, el patrón territorial es marcadamente distinto. Se observa una presencia mínima de pagadiarios, contrastada con una alta concentración de predios asociados a PPL, particularmente en el sector catastral Las Flores, lo que sugiere la existencia de establecimientos específicos donde se agrupa esta población. Este fenómeno genera una dinámica altamente focalizada, que requiere estrategias de abordaje diferenciadas. De manera complementaria, la localidad presenta una cifra relevante de habitantes de calle, evidenciando la coexistencia de múltiples formas de vulnerabilidad social en sectores específicos.

La localidad de Engativá muestra un comportamiento mixto, con presencia simultánea de pagadiarios, PPL y habitantes de calle, especialmente en sectores como Florida Blanca, Las Ferias Occidental y Santa Helenita. Esta distribución se explica por la combinación de áreas residenciales populares, zonas comerciales e industriales y corredores de movilidad, que favorecen la concentración de población vulnerable y la aparición de diversas formas de habitabilidad precaria.

En Usaquén, se identifica una concentración importante de pagadiarios en sectores como Verbenal San Antonio, Horizontes Norte y Buenavista, lo cual contrasta con la percepción general de la localidad como predominantemente residencial formal. Este comportamiento responde a la presencia de sectores populares y de transición urbana, donde el arriendo informal y la vivienda temporal tienen un peso significativo, así como a la existencia de corredores viales que facilitan la presencia de habitantes de calle.

Por su parte, Chapinero presenta una alta concentración de pagadiarios en Chapinero Central y de PPL en el sector Sucre, dinámica asociada a su condición de centralidad urbana, la alta movilidad poblacional, la actividad nocturna y el uso intensivo del suelo. Estas características

favorecen la presencia de poblaciones con alta rotación y demandan intervenciones focalizadas en sectores específicos más que abordajes homogéneos a nivel de toda la localidad.

Finalmente, la localidad de Teusaquillo se caracteriza por la ausencia de pagadiarios y PPL, pero con una presencia relevante de habitantes de calle, asociada principalmente a su vocación institucional y comercial, la existencia de ejes viales estructurantes y espacios públicos que facilitan la permanencia y circulación de esta población.

Más allá de la lectura cuantitativa, estos hallazgos se explican y se hacen visibles gracias al análisis espacial y al contacto directo con el territorio, en el marco del trabajo articulado entre el componente geográfico y los equipos operativos. Este ejercicio ha permitido identificar dinámicas que no siempre resultan evidentes desde la planeación técnica, como el crecimiento acelerado de pagadiarios en sectores específicos, evidenciado, por ejemplo, durante las jornadas de pólvora en el sector catastral Verbenal, donde se observó un incremento significativo de este tipo de vivienda temporal.

En este sentido, se reafirma la necesidad de fortalecer procesos de apropiación territorial detallados y sistemáticos, predio a predio, como herramienta fundamental para comprender la evolución de las dinámicas sociales y habitacionales en el territorio. Este enfoque permite reconocer e identificar de manera temprana en qué sectores catastrales comienzan a emerger o intensificarse dinámicas específicas, como las asociadas a comunidades de vida, pagadiarios u otras formas de habitabilidad precaria, facilitando una lectura territorial más sensible a los cambios reales del entorno urbano.

En conjunto, el análisis confirma que las dinámicas de vulnerabilidad social y habitacional en la Subred Norte no se distribuyen de manera homogénea, sino que responden a características territoriales particulares de cada localidad. Estos resultados refuerzan la importancia de mantener un enfoque territorial diferencial, basado en el análisis geográfico y la experiencia operativa en territorio, que permita priorizar recursos, ajustar estrategias y optimizar la efectividad de las acciones de caracterización, seguimiento e intervención institucional.

7.4. GESTIÓN OPERATIVA DE LOS EQUIPOS MAS BIENESTAR EN TU HOGAR

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

Durante el periodo de Octubre 2025 a Diciembre 2025 se realiza la implementación del plan de acción, enmarcado en los lineamientos de la estrategia MÁS Bienestar en tu Hogar. En este período se consolidan y fortalecen las diferentes acciones por medio de la articulación efectiva de los perfiles transversales, sistemas de información, profesionales de cohortes, líderes dinamizadores y el equipo de coordinación territorial.

Como parte del proceso de articulación técnica y operativa, se mantiene dinámica estructurada frente a reuniones que cuentan con periodicidad semanal, quincenal y mensual. Estos espacios permitieron facilitar la identificación de oportunidades de mejora, solución de falencias operativas y definición de puntos de control que contribuyo a reducir hallazgos en la ejecución.

De manera complementaria, se implementó un sistema de reporte periódico por correo electrónico, a través del cual cada gestor operativo remite bases de datos con los hallazgos detectados en su gestión diaria. Esta estrategia ha fortalecido la trazabilidad de las acciones y el monitoreo continuo de los procesos técnicos.

Acciones y frecuencia de ejecución:

- **Precrítica de archivos planos:** Diario.
- **Emisión de conceptos técnicos:** Según requerimiento.
- **Seguimiento a módulos pendientes:** Diario.
- **Reporte de Agendamiento Tipo 4:** Semanal.
- **Reporte de agendamiento – población capitada (Subred Norte):** Semanal.
- **Reuniones de planeación y control de gestión:** Mensual.
- **Reporte de bases desde canalizaciones:** Semanal.
- **Socialización de hallazgos – canalizaciones:** Quincenal.

- **Pre-crítica y revisión de bases con el equipo operativo:** Dos (2) veces por semana.
- **Acompañamiento a jornadas:** Diario.
- **Acompañamientos en campo:** Mensual.
- **Inducción y acompañamiento a nuevo talento humano:** Mensual.

Articulación entre Líderes operativos y Técnicos en Sistemas

Durante el período reportado se fortaleció de manera significativa la articulación entre Lideres operativos y técnicos en sistemas, reconociendo su papel clave en la eficiencia operativa y en la calidad de la información recolectada. Este trabajo conjunto permitió optimizar la captura, sistematización y análisis de datos en el marco del plan de acción.

Estrategias implementadas:

- Definición clara de roles y responsabilidades, favoreciendo la gestión técnico-operativa.
- Reuniones de seguimiento para revisar avances, analizar dificultades y definir acciones conjuntas.
- Establecimiento de canales de comunicación directos y eficientes.
- Fortalecimientos técnicos sobre herramientas de registro, orientadas a mejorar la precisión del cargue de la información y la resolución de inconsistencias.

Puntos de control establecidos:

- Verificación de cruce de bases de datos para detectar errores, duplicidades o inconsistencias.
- Reportes diarios de hallazgos enviados por correo electrónico, documentando errores y alertas técnicas.
- Implementación de un tablero de seguimiento compartido para visualizar avances en tiempo real.

- Gestión de matriz de control de calidad por parte del equipo de sistemas, asegurando la validez de formatos y estructuras antes de la consolidación final.

Herramientas utilizadas:

- Macro de Consolidación VSP y archivos planos.
- Macro de Consolidación de Salidas de Información.
- Aplicativo para emisión de conceptos técnicos.
- Herramienta institucional de seguimiento a módulos pendientes.

Así mismo, se estableció un espacio de pre-crítica presencial, en el cual técnicos en sistemas revisan de forma conjunta los módulos pendientes de carga, identifican los ajustes requeridos. De manera que los líderes operativos realizan la revisión correspondiente para el reporte al talento humano de manera que su corrección sea de manera oportuna. Estas sesiones han resultado fundamentales para mejorar el control de las actividades operativas, reducir errores recurrentes y fortalecer la calidad de la información generada.

Articulación entre Líderes operativos y Técnicos Administrativos

Durante el trimestre en mención se implementaron diversas estrategias orientadas a fortalecer un trabajo organizado, planificado y estructurado entre los técnicos administrativos y los líderes operativos. Estas acciones permitieron optimizar la gestión del trabajo en equipo, garantizando una adecuada articulación y comunicación entre los diferentes equipos operativos.

Así mismo, se llevó a cabo la revisión y verificación de los distintos soportes correspondientes al personal operativo, asegurando el cumplimiento de los lineamientos establecidos. De igual manera, se realizó la creación de herramientas para la entrega de insumos biomédicos y equipos técnicos necesarios para el desarrollo adecuado de las actividades operativas, contribuyendo así a la eficiencia, continuidad y calidad de los procesos institucionales.

Estrategias implementadas:

- Asignación específica de funciones y responsabilidades, facilitando una adecuada gestión técnico-operativa.
- Desarrollo de reuniones periódicas de seguimiento para evaluar avances, identificar dificultades y establecer acciones de manera conjunta.
- Implementación de canales de comunicación ágiles y efectivos que fortalezcan la coordinación entre los equipos.
- Desarrollo de fortalecimientos técnicos acerca del uso de herramientas, enfocadas en optimizar la calidad de la información, mejorar la exactitud en el cargue de datos y solucionar inconsistencias.

Puntos de control establecidos:

- Verificación de las planillas de firmas correspondientes a las visitas realizadas por el equipo operativo, contrastándolas con la información registrada en el aplicativo GTAPS, así como la socialización de los hallazgos identificados para su corrección oportuna.
- Implementación de bases de datos destinadas al seguimiento y control de la entrega y recepción de insumos, elementos de uso personal y papelería.
- Establecimiento de cronograma mensual de asignación y uso de vehículos para el equipo operativo, garantizando una distribución adecuada y eficiente de los recursos disponibles.

Herramientas utilizadas:

- Macro de Consolidación VSP y archivos planos.
- Drive para seguimientos y reporte de insumos y demás productos.

Adicionalmente, se desarrollan de manera mensual espacios de precrítica orientados a la identificación, análisis y socialización de los hallazgos detectados durante la ejecución de las actividades. Estos espacios contribuyen significativamente al avance y fortalecimiento del proceso, permitiendo orientar de forma continua al equipo operativo y administrativo. Así mismo, facilitan la implementación de acciones correctivas y preventivas, con el

propósito de disminuir la recurrencia de errores y mejorar la calidad en la ejecución de las tareas asignadas.

BALANCE DE CASOS ABORDADOS

Casos Derivados de gestor mas bienestar presencial a Plan de Cuidado Familiar (Acumulado de toda la vigencia; desde 01/10/2025 - 31/12/2025)	Casos derivados con respuesta efectiva por el perfil correspondiente.	Casos derivados pendientes de respuesta por el perfil correspondiente.
3357	**190**	**3167**

Durante el periodo comprendido entre octubre y diciembre de 2025, el perfil de Gestor Más Bienestar Presencial realizó un total de 3.357 derivaciones a los profesionales responsables de la implementación del Plan de Cuidado Familiar (PCF), en concordancia con los criterios de intervención establecidos por la estrategia. Del total de casos derivados, se logró una atención efectiva en 190 casos, lo que equivale a un nivel de cumplimiento del 5,6 %, evidenciando una brecha significativa entre la demanda territorial y la capacidad de respuesta institucional.

Análisis de la Capacidad de Respuesta Institucional

Durante el periodo en análisis se evidenció una disminución considerable en la atención oportuna de los casos remitidos desde el territorio. Esta situación obedece a diversos factores de carácter estructural y operativo que han impactado directamente el desempeño de los equipos encargados de la atención, entre los cuales se destacan:

- Alta rotación del talento humano, lo que ha afectado la continuidad de los procesos, la estabilidad de los equipos de trabajo, el cumplimiento de las metas programadas y la calidad de las intervenciones.
- Dificultades del talento humano de reciente vinculación en el reconocimiento y apropiación de los territorios asignados, impactando el desarrollo oportuno de las actividades en campo.

- Afectación operativa durante el mes de diciembre, debido a las festividades de fin de año, las cuales limitaron el abordaje de los casos, dado que muchas familias y personas focalizadas no se encontraban en la ciudad.
- Priorización de casos clasificados como de alto riesgo, remitidos desde las bases distritales, lo que implicó la reasignación de recursos humanos y tiempos de atención, postergando la intervención de otros casos derivados.

En consecuencia, estas circunstancias han generado retrasos en el abordaje integral de las derivaciones realizadas por el perfil de Gestor Más Bienestar Presencial, afectando la oportunidad de atención y evidenciando la necesidad de fortalecer la capacidad operativa, garantizar mayor estabilidad del talento humano y optimizar los mecanismos de planificación, asignación y priorización de la estrategia.

Priorización según Riesgo en Salud

En concordancia con la capacidad instalada y el alcance de cobertura disponible, durante el periodo en mención se mantuvo la priorización de situaciones clasificadas como de mayor criticidad, de acuerdo con los reportes territoriales y los criterios de riesgo en salud. Los principales eventos priorizados fueron:

- Situaciones relacionadas con la salud mental.
- Atención a personas con condiciones crónicas.
- Casos asociados a salud oral.

Esta priorización ha permitido brindar una respuesta más oportuna y focalizada a los casos de mayor riesgo, orientada a la mitigación de eventos que representan un impacto significativo en la salud y el bienestar de las familias. No obstante, esta estrategia también ha limitado la capacidad de atender de manera inmediata la totalidad de los casos derivados por el perfil promotor, generando acumulación de casos pendientes de respuesta.

PLANES DE CUIDADO FAMILIAR (PCF) POR PERFIL/EQUIPO	PCF CONCERTADOS EN LA VIGENCIA-ACUMULADO	PCF CON CIERRE EN LA VIGENCIA-ACUMULADO	% DE PCF CON CIERRE (Acumulado de PCF Concertado / Acumulado de PCF con cierre)	PCF ACTIVOS CON MÁS DE 5 SESIONES DE IMPLEMENTACIÓN

Enfermería	2781	28	1%	4
Psicología	2435	605	24,8%	147
Odontología	666	107	16,06%	0
Terapias	408	141	3,43%	4
Nutrición	2	2	100%	0
Ciencias Ambientales	582	234	40,2%	4
TOTAL	6874	1117	16,2%	159

Durante el trimestre se evidencia un volumen significativo de Planes de Cuidado Familiar concertados, lo cual refleja una adecuada capacidad de identificación de necesidades y concertación de intervenciones por parte de los equipos profesionales. Sin embargo, el número de planes que han logrado cierre efectivo continúa siendo limitado en relación con el total concertado, alcanzando un porcentaje global de cierre bajo.

El comportamiento por perfil profesional presenta diferencias importantes, evidenciando que los perfiles con mayor carga operativa concentran también el mayor número de planes activos, lo que impacta de manera directa sus indicadores de cierre. Esta situación se encuentra asociada, en gran medida, a la frecuencia establecida para las visitas, dado que el cierre no se cumple para el cierre correspondiente. Lo cual ha limitado la continuidad y el avance oportuno de los planes de cuidado. A ello se suma la disponibilidad restringida de las familias para recibir la atención, influenciada por dinámicas laborales, desplazamientos temporales y otras

condiciones del contexto territorial, que han dificultado la programación y ejecución de las visitas requeridas para avanzar hacia el cierre de los planes.

Adicionalmente, la rotación del talento humano presentada durante la vigencia ha tenido un impacto significativo en la continuidad de los procesos, generando reasignación de casos, periodos de adaptación del personal de reciente vinculación y retrasos en el seguimiento de los planes previamente concertados. Estas situaciones han afectado la estabilidad de los equipos de trabajo y la oportunidad de las intervenciones, contribuyendo a la acumulación de cierres pendientes.

Por otra parte, se identifican Planes de Cuidado Familiar activos que superan las cinco sesiones de implementación, lo cual evidencia la complejidad de determinadas situaciones que requieren intervenciones prolongadas y un seguimiento continuo, especialmente en los componentes de acompañamiento psicosocial. Estos procesos, si bien demandan un mayor tiempo y una asignación significativa de recursos, resultan fundamentales para garantizar una atención integral, pertinente y de calidad.

Adicionalmente, los cierres pendientes de estos planes han presentado dificultades asociadas a la localización y disponibilidad de algunas familias, las cuales no han sido de fácil contacto ni abordaje dentro de los tiempos establecidos. En este sentido, los planes continúan abiertos debido a factores externos relacionados con el acceso a las familias y no a retrasos atribuibles a la gestión de los profesionales, quienes han realizado las acciones de seguimiento correspondientes conforme a los lineamientos definidos.

En términos generales, los resultados evidencian la necesidad de fortalecer la capacidad operativa de los equipos, mejorar la estabilidad del talento humano, optimizar la programación y cumplimiento de la frecuencia de las visitas, y establecer estrategias de seguimiento que faciliten la disponibilidad de las familias para la atención. Estas acciones resultan clave para avanzar de manera progresiva en el cierre de los Planes de Cuidado Familiar, sin afectar la calidad ni la integralidad de la atención brindada a las familias.

BALANCE DE COMITÉS TERRITORIALES

Durante el trimestre, los comités territoriales se consolidaron como espacios clave para el reconocimiento e identificación de las principales necesidades de los territorios, permitiendo la formulación de estrategias orientadas a fortalecer el abordaje territorial de manera integral y contextualizada. A través de estos espacios, se logró analizar las particularidades de cada

sector y definir acciones que facilitan una intervención más pertinente y acorde con las dinámicas territoriales.

En el marco de estos comités, se ha posibilitado el análisis de las apropiaciones territoriales, evidenciando avances significativos en la comprensión de las dinámicas comunitarias y operativas de los sectores intervenidos. Este ejercicio ha permitido identificar territorios con mayores niveles de complejidad y contextos más hostiles para el abordaje institucional; no obstante, dicho proceso aún no ha finalizado, debido principalmente a la alta rotación y renuncia del talento humano, lo cual ha generado interrupciones en la continuidad del análisis y la apropiación progresiva de los territorios asignados.

Así mismo, se realizó un énfasis especial en la importancia de que los equipos operativos fortalezcan los procesos de articulación con líderes oficiales y no oficiales del territorio, con el propósito de facilitar el acceso a las comunidades, mejorar la aceptación de las intervenciones y mitigar las dificultades asociadas a la circulación y permanencia del equipo en los sectores intervenidos. Estas articulaciones han contribuido a generar mayor confianza comunitaria y a optimizar los tiempos y recursos destinados al abordaje territorial.

De igual manera, en el desarrollo de los comités territoriales se promovieron articulaciones transversales con los equipos de agendamiento, activación de rutas, equipo geográfico y otros actores estratégicos, con el fin de coordinar acciones conjuntas que permitan una intervención más organizada y eficiente. Este trabajo articulado ha favorecido el abordaje de los territorios desde una perspectiva integral, incorporando componentes relacionados con los determinantes sociales de la salud y las condiciones particulares de cada sector.

Finalmente, se enfatizó en la importancia de fortalecer la socialización y oferta del portafolio de servicios, como una herramienta clave para ampliar el acceso de las comunidades a los servicios disponibles, promover la utilización oportuna de la oferta institucional y contribuir al mejoramiento de las condiciones de bienestar de la población intervenida.

BALANCE DE SEGUIMIENTOS EN CAMPO

Durante el periodo se realizaron seguimientos en campo al equipo operativo, los cuales permitieron fortalecer los espacios de educación en salud, orientándose hacia un enfoque resolutivo y preventivo. Estas acciones estuvieron dirigidas al fortalecimiento de los factores protectores frente a los riesgos en salud identificados en el territorio, promoviendo prácticas

de autocuidado y la toma de decisiones informadas por parte de las familias atendidas. Así mismo, los seguimientos se enfocaron en el acompañamiento a los gestores presenciales y en línea, con el fin de garantizar una adecuada socialización de la oferta de servicios y una correcta implementación del Plan de Cuidado Familiar.

En relación con los profesionales, se realizó un énfasis especial en la importancia del abordaje diferencial, teniendo en cuenta las particularidades y necesidades evidenciadas en cada territorio. De igual manera, durante los seguimientos se verificó el uso adecuado de los elementos de protección personal y de los insumos biomédicos, asegurando el cumplimiento de los lineamientos establecidos para la atención en campo y la seguridad tanto del personal como de la comunidad.

Adicionalmente, se evidenció que, en algunos casos, los profesionales deben realizar desplazamientos extensos entre diferentes territorios, situación derivada de la concentración de casos en zonas específicas, lo cual incrementa los tiempos de traslado y representa un desafío operativo para la programación de las actividades. No obstante, se observó un uso adecuado y responsable de los vehículos asignados, los cuales han facilitado el desarrollo de las acciones en campo y han contribuido a la continuidad de la atención, pese a las limitaciones asociadas a la dispersión geográfica de los casos.

7.4.2 DESARROLLO DE CAPACIDADES DEL TALENTO HUMANO A NIVEL DISTRITAL

Durante la vigencia reportada, la acción de bienestar denominada Desarrollo de capacidades del talento humano a nivel distrital se desarrolló en su fase inicial, correspondiente al análisis, priorización y planeación del proceso de fortalecimiento de capacidades del talento humano que integra los Equipos MÁS Bienestar en tu Hogar. En esta etapa, el énfasis de la gestión se orientó a la consolidación de insumos técnicos que permitieran comprender de manera integral las brechas existentes y sentar las bases para una implementación pertinente, coherente y ajustada a las condiciones reales de la operación territorial. Como resultado de este proceso, se formuló el Plan Distrital de Formación y Fortalecimiento de Capacidades del Talento Humano, construido a partir del diagnóstico de necesidades formativas, el análisis de hallazgos técnicos y la lectura cualitativa de la experiencia del talento humano, el cual fue definido, validado y avalado en instancia de comité, como hoja de ruta institucional para orientar la implementación progresiva del fortalecimiento de capacidades. Esta fase se asumió como un momento estratégico de preparación institucional, priorizando una lectura profunda del contexto y

Comentado [67]: letra se encuentra en formato diferente

Comentado [68R67]: Resuelto

evitando la ejecución de acciones formativas aisladas que no respondieran a un diagnóstico claro ni a una planificación estructurada, garantizando así coherencia, pertinencia y sostenibilidad en el desarrollo de capacidades a nivel distrital.

Comentado [69]: complementar este parrafo introductoria con el productos final que es el plan de fortalecimiento definido y avalado en comite

Comentado [70R69]: Resuelto

Este abordaje respondió a la necesidad de asegurar que los procesos de fortalecimiento de capacidades se desarrollen de manera planificada, progresiva y alineada con las dinámicas reales del territorio, y no como respuestas reactivas frente a hallazgos puntuales. En este sentido, la fase de análisis y planeación permitió ordenar la información disponible, contrastar diferentes fuentes y construir una visión compartida sobre las prioridades formativas del talento humano, garantizando que las decisiones adoptadas se fundamentaran en evidencia técnica, lectura territorial y retroalimentación directa de los equipos. Esta forma de aproximación se encuentra alineada con los principios del Modelo MÁS Bienestar y la Atención Primaria Social, que promueven procesos integrales, continuos y centrados en las personas.

Como parte del desarrollo de esta fase inicial, se realizó una revisión sistemática de referentes técnicos, normativos y conceptuales relacionados con la gestión del talento humano, el desarrollo de capacidades y los modelos de atención territorial. Esta revisión incluyó los lineamientos del Modelo MÁS Bienestar, el Documento Técnico Operativo vigente, los marcos asociados a la Atención Primaria Social, así como referentes nacionales e internacionales en gestión por competencias, desarrollo del talento humano, bienestar laboral, aprendizaje situado y sostenibilidad del desempeño en contextos de alta complejidad. El objetivo de este ejercicio no fue la adopción literal de modelos teóricos, sino su análisis crítico y contextualizado desde la experiencia territorial del Distrito, permitiendo identificar elementos transferibles y adaptables a la realidad de los equipos.

Este ejercicio de revisión de referentes permitió fortalecer el sustento conceptual del proceso y delimitar con mayor claridad las dimensiones que debían ser abordadas de manera integrada en el fortalecimiento de capacidades. En particular, se reafirmó la necesidad de articular el componente técnico con dimensiones operativas, humanas y de bienestar, reconociendo que el desempeño del talento humano en territorio no depende únicamente del conocimiento normativo, sino de la capacidad real para aplicar dicho conocimiento en contextos diversos, cambiantes y de alta exigencia relacional.

A partir de este marco de referencia, se adelantó el proceso diagnóstico, concebido como un ejercicio integral de análisis y triangulación de información, sustentado en fuentes documentales, técnicas y operativas claramente identificadas. En particular, la lectura

sistemática del territorio, se construyó a partir del análisis del Diagnóstico de Necesidades Formativas del talento humano, los hallazgos derivados de auditorías retrospectivas, los resultados de los procesos de supervisión distrital, así como los ejercicios de retroalimentación técnica desarrollados con los equipos operativos y de gestión en el marco de la implementación del Modelo MÁS Bienestar.

Comentado [71]: este como se evidencia en los documentos?

Comentado [72R71]: Resuelto

La integración y contraste de estas fuentes permitió no solo identificar brechas recurrentes, sino también comprender las condiciones territoriales, operativas y organizacionales en las que estas se producen, así como los factores estructurales que las sostienen en el tiempo, constituyéndose en insumo clave para la formulación del Plan Distrital de Fortalecimiento de Capacidades del Talento Humano.

Estos insumos documentales y técnicos se constituyeron en la base para la toma de decisiones estratégicas relacionadas con la priorización de ejes, contenidos y modalidades del fortalecimiento de capacidades, garantizando coherencia entre diagnóstico, planeación y acción distrital.

En el componente técnico, el análisis evidenció situaciones relacionadas con la aplicación consistente de los lineamientos del modelo, el uso adecuado de los instrumentos definidos, la calidad del registro y la articulación entre la caracterización de las familias, el análisis de riesgo y la formulación del plan de bienestar. Estas brechas fueron analizadas considerando variables como la diversidad territorial, la heterogeneidad en la experiencia del talento humano y la complejidad de los escenarios de intervención, lo cual permitió concluir que hay desafíos estructurales que requieren acompañamiento técnico sostenido y procesos de formación contextualizados.

Asimismo, se identificó que la apropiación técnica del modelo se ve influenciada por factores como la rotación del talento humano, los procesos de inducción y la disponibilidad de espacios de acompañamiento. Estos elementos reforzaron la necesidad de diseñar un fortalecimiento de capacidades que no se limite a la transmisión de contenidos normativos, sino que promueva la comprensión integral del sentido técnico y operativo del modelo, así como su aplicación práctica en el territorio.

Desde la dimensión operativa y de gestión, el diagnóstico permitió identificar oportunidades de mejora asociadas a la organización del trabajo territorial, la gestión del tiempo, la priorización de acciones y la articulación entre perfiles y niveles de operación. Estas

situaciones se reflejan en reprocesos, incremento de la carga administrativa y dificultades para sostener una ejecución fluida en contextos de alta demanda. La lectura de estas brechas puso de manifiesto la necesidad de fortalecer capacidades organizacionales y de gestión como un componente inseparable del fortalecimiento técnico, dado que inciden directamente en la eficiencia operativa, la calidad de la intervención y la sostenibilidad del desempeño de los equipos.

En el componente humano, el análisis evidenció tensiones asociadas a la carga emocional del trabajo extramural, las exigencias relacionales propias de la atención domiciliaria y comunitaria. Por lo cual se identificó la necesidad de intervenir en los factores asociados con el fin de incidir de manera positiva en la motivación, la autoeficacia, la permanencia de los equipos y la calidad del vínculo con las familias. Esta lectura permitió reconocer el bienestar del talento humano como una condición estructural para la sostenibilidad del modelo y como un eje que debe ser integrado de manera transversal en el proceso de fortalecimiento de capacidades.

Las brechas identificadas en esta fase no solo constituyeron insumos técnicos para la toma de decisiones, sino que se consolidaron como la base para la formulación de un producto final y tangible, materializado en el Plan Distrital de Formación y Fortalecimiento de Capacidades del Talento Humano, definido y avalado en instancia de comité.

Comentado [73]: no, en el periodo no solo se hizo recoleccion de insumos, hay un producto final y tangible

Comentado [74R73]: Resuelto

En este sentido, si bien la acción se encontraba en etapa de planeación, el proceso desarrollado trascendió la simple recolección de información, permitiendo estructurar una hoja de ruta clara, priorizada y contextualizada para el fortalecimiento de capacidades, orientada a la toma de decisiones estratégicas y a la definición de acciones alineadas con la realidad territorial y las necesidades reales de los equipos. Este abordaje evitó la adopción de estrategias generalizadas, garantizando una respuesta pertinente a la complejidad de los contextos de intervención y coherente con los principios del Modelo MÁS Bienestar.

Con base en las brechas priorizadas, a partir del diagnóstico integral de necesidades formativas, durante la vigencia se adelantó la definición estructurada de las estrategias de fortalecimiento de capacidades, las cuales quedaron consolidadas en el Plan Distrital de

Comentado [75]: ajustar. ya hay un documento definido de plan de fortalecimiento

Comentado [76R75]: Resuelto

Formación y Fortalecimiento de Capacidades del Talento Humano, definido y avalado en instancia de comité técnico. Dichas estrategias fueron diseñadas de manera agregada, integrando enfoques técnicos, comunicativos y pedagógicos, con el propósito de responder de forma integral a las necesidades identificadas y garantizar coherencia entre formación, supervisión y operación territorial, en el marco del Modelo MÁS Bienestar.

En este proceso se desarrollaron acciones concretas de carácter técnico y participativo, que permitieron sustentar la formulación del Plan, tales como el análisis sistemático de hallazgos técnicos derivados de auditorías retrospectivas, ejercicios de supervisión distrital, espacios de retroalimentación con referentes de coordinación y equipos de gestión, así como estrategias de escucha activa como el Café MÁS Bienestar, que aportaron una lectura cualitativa de la experiencia del talento humano en territorio. Estas acciones no solo permitieron identificar brechas recurrentes, sino comprender las condiciones operativas, humanas y territoriales en las que estas se producen.

Las estrategias definidas en el Plan contemplan, entre otros componentes, el desarrollo de asistencias técnicas situadas, espacios de capacitación y actualización técnica, procesos de acompañamiento pedagógico continuo y el diseño de recursos pedagógicos complementarios, orientados a facilitar la consulta, la apropiación progresiva de los contenidos y la articulación entre los distintos niveles de la operación territorial.

Actualmente, el Plan Distrital de Formación y Fortalecimiento de Capacidades se encuentra en fase de alistamiento institucional, y su ejecución se proyecta para la siguiente etapa del proceso, una vez se cuente con las condiciones operativas y administrativas necesarias. Esta planeación anticipada permite un despliegue ordenado y progresivo de las acciones, minimizando riesgos operativos y favoreciendo la sostenibilidad del proceso, en coherencia con la complejidad de los contextos territoriales.

Durante esta fase de planeación se realizó, además, la definición de la cobertura esperada del proceso de fortalecimiento de capacidades, contemplando la participación progresiva de los diferentes perfiles que integran los Equipos MÁS Bienestar en tu Hogar y el acompañamiento a los equipos territoriales de las distintas subredes. La magnitud de la intervención se proyecta a través de asistencias técnicas, espacios formativos y productos pedagógicos con alcance distrital, reconociendo la necesidad de una implementación gradual y diferenciada según las condiciones de cada territorio. A la fecha, no se reportan coberturas efectivas ni resultados asociados a la implementación, dado que la fase operativa aún no ha iniciado.

Como resultado tangible de esta etapa, se consolidaron el diagnóstico integral, la priorización de brechas críticas, la formulación del Plan Distrital de Formación y

Fortalecimiento de Capacidades y la definición de los indicadores y mecanismos generales de seguimiento y evaluación, los cuales orientarán la medición de la cobertura del fortalecimiento, el nivel de apropiación de las competencias y los cambios observados en el desempeño de los equipos durante la implementación. Estos indicadores permitirán realizar análisis comparativos entre el periodo previo y posterior a la ejecución del Plan, incorporando información cuantitativa y cualitativa.

De manera complementaria, durante la vigencia se desarrollaron acciones concretas de carácter técnico y participativo orientadas a sustentar el proceso diagnóstico y la formulación del Plan Distrital de Formación y Fortalecimiento de Capacidades. Estas acciones incluyeron la realización de espacios de escucha activa como el Café MÁS Bienestar, mesas técnicas de trabajo y retroalimentación con referentes de coordinación y equipos de gestión, así como el análisis sistemático de hallazgos técnicos derivados de auditorías retrospectivas y procesos de supervisión distrital. Dichos ejercicios permitieron recoger información cualitativa y operativa directamente desde la experiencia territorial del talento humano, fortaleciendo la lectura integral de las brechas identificadas.

Comentado [77]: no evidencio en este informe de gestión las acciones que se realizaron en concreto como los café, mesa con ref coordi etc.

Por otro lado no encuentro la descripción general del plan de fortalecimiento y el aval en comité técnico de convenio.

Comentado [78R77]: Resuelto

En paralelo, se definieron mecanismos de seguimiento y verificación que contemplan la revisión periódica de hallazgos técnicos, el seguimiento a la participación de los equipos en los procesos de fortalecimiento, la aplicación de instrumentos de evaluación y la retroalimentación cualitativa del talento humano. Estos mecanismos quedaron incorporados como componentes del Plan Distrital de Formación y Fortalecimiento de Capacidades, permitiendo evaluar de manera sistemática la ejecución futura, la apropiación de los contenidos y la aplicabilidad de las herramientas entregadas, bajo una lógica de mejora continua articulada con la supervisión y la gestión distrital.

Como resultado tangible de esta etapa, se consolidó el Plan Distrital de Formación y Fortalecimiento de Capacidades del Talento Humano, el cual integra el diagnóstico de necesidades formativas, la priorización de brechas críticas, la definición de ejes estratégicos, modalidades de intervención, cobertura esperada e indicadores de seguimiento y evaluación. Este Plan fue definido, socializado y avalado en instancia de comité técnico, constituyéndose en la hoja de ruta institucional para la implementación del fortalecimiento de capacidades en la siguiente fase del proceso.

Comentado [79]: no evidencio en este informe de gestión las acciones que se realizaron en concreto como los café, mesa con ref coordi etc.

Por otro lado no encuentro la descripción general del plan de fortalecimiento y el aval en comité técnico de convenio.

Comentado [80R79]: Resuelto

En conjunto, la acción de Desarrollo de capacidades del talento humano a nivel distrital aporta de manera estratégica al Modelo MÁS Bienestar nivel distrital aporta de manera estratégica al Modelo MÁS Bienestar al consolidar un proceso de fortalecimiento estructurado, validado institucionalmente y soportado en evidencia técnica y territorial. Su

contribución se orienta a preparar institucionalmente a los equipos para una implementación más efectiva del modelo, fortalecer el talento humano como eje central de la intervención territorial y avanzar en la estandarización progresiva de prácticas, reconociendo la diversidad territorial y las condiciones reales de operación como elementos constitutivos del proceso.

Tabla 38. Indicadores Acción de Bienestar 70 – Desarrollo de Capacidades a Nivel Distrital

Nombre del indicador	**Resultado**
Cobertura de equipos MÁS Bienestar en tu Hogar fortalecidos en competencias	Durante la vigencia reportada, no se presentan resultados asociados a este indicador, dado que la acción se encuentra en fase de análisis, priorización y planeación. La medición se realizará de manera comparativa frente al periodo anterior a la implementación, considerando la progresividad del despliegue de las acciones y las condiciones operativas de cada subred.
Nivel de apropiación de competencias fortalecidas por los equipos MÁS Bienestar en tu Hogar	Durante la vigencia reportada no se generan resultados asociados a este indicador, en tanto la fase operativa aún no ha iniciado. Su análisis se apoya en la revisión de hallazgos técnicos, instrumentos de seguimiento y retroalimentación cualitativa de los equipos, reconociendo el carácter gradual y progresivo del desarrollo de capacidades.

Fuente:Registros de planeación del proceso de fortalecimiento de capacidades, diagnóstico de necesidades formativas, Plan Distrital de Formación y Fortalecimiento de Capacidades, procesos de auditoría y supervisión distrital, e instrumentos de seguimiento definidos para la fase operativa.

7.4.3 GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN Y SOPORTE A NIVEL DISTRITAL

Durante este trimestre cabe mencionar que respecto al componente de Gestión de la Información y Soporte a Nivel Distrital, es importante mencionar que no fue posible dar cumplimiento a dicho producto, teniendo en cuenta que durante el periodo evaluado no se contó con el perfil de Gestión de la Información y Soporte a Nivel Distrital, requerido para su elaboración y consolidación.

8. ACCIONES DE BIENESTAR COMITÉS DE CUIDADO

8.1 REUNIÓN DE EQUIPO

Las reuniones mensuales realizadas, tienen como objetivo hacer un balance de los avances del mes, revisar los compromisos anteriores, y establecer nuevos objetivos. Cada reunión cuenta con una agenda clara, lo que permite una discusión estructurada y eficiente. Al final, se plantean nuevas metas para el próximo mes, asegurando que todo el equipo esté alineado. Además, promovemos un ambiente colaborativo, donde todos los miembros pueden expresar sus ideas y preocupaciones, fortaleciendo la comunicación y el trabajo en equipo.

Durante las reuniones de equipo del trimestre, se han establecido diversos compromisos alineados con los objetivos planteados para cada período. Los avances han sido los siguientes:

- Cumplimiento de plazos: En la mayoría de los casos, los miembros del equipo han cumplido con los plazos establecidos para las tareas y responsabilidades asignadas. Esto ha permitido un flujo de trabajo más organizado y efectivo.

- Actualización de tareas: Durante las reuniones de seguimiento, cada miembro ha proporcionado informes claros sobre el estado de sus responsabilidades, lo que ha permitido ajustar estrategias en tiempo real para garantizar que los objetivos se mantengan en línea.

- Resolución de obstáculos: En cada reunión, se ha identificado las dificultades que los miembros del equipo han encontrado, y se ha trabajado en soluciones colaborativas para superarlas, lo que ha contribuido a mantener el avance sin grandes interrupciones.

- Monitoreo de resultados: Los resultados de cada compromiso se revisan regularmente, lo que permite hacer ajustes si algo no está funcionando según lo planeado. Este enfoque ha sido fundamental para asegurar que los objetivos se estén alcanzando.

Comentado [81]: que % de cumplimiento?

Comentado [82]: Esta muy general la descripcion y no permite evidenciar aspectos claves abordados resultados y la resolucion mencionada

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

8.3 COMITÉ TERRITORIAL

El comité de cuidado constituye el principal espacio de análisis, seguimiento, retroalimentación y evaluación de las acciones de bienestar desarrolladas en los territorios por los EMBH al reunir gestores en línea, gestores de bienestar, perfiles técnicos y profesionales y equipos transversales en la operación, permitiendo la interacción entre los diferentes actores y facilitando el análisis técnico de las acciones propias en cuanto a la planeación, la ejecución y los resultados.

La metodología utilizada para medir el avance de las acciones ejecutadas incluye la identificación de brechas, barreras de acceso y la formulación de acciones de mejora, a partir de la lectura poblacional, que enriquecen la comprensión del contexto sectorial. De esta manera los gestores y profesionales que ejecutan intervenciones en territorios adscritos, analizan casos y situaciones específicas y los perfiles que hacen parte de acciones de bienestar de avanzada, de enfoque diferencial o grupos poblacionales enfocan su aporte en el análisis de estrategias transversales**,** integradas a los procesos misionales y de apoyo al equipo.

El seguimiento se realiza de manera periódica, 2 veces por mes en el comité territorial, dirigido por el líder operativo, en un espacio que favorezca la comunicación entre los participantes, permitiendo identificar avances, alertas y ajustes oportunos en la ejecución de las acciones. La agenda incluye: la organización del equipo, la distribución por localidades y territorios de abordaje cercanos, la rotación de los colaboradores con acciones transversales por cada uno de los grupos, el abordaje de al menos dos casos que requieran el apoyo de varios perfiles y se programa el abordaje de acuerdo a las conclusiones.

Comentado [83]: Se recomienda profundizar en la descripcion de la gestion alcanzada en el espacio, dado que se encuentra en el texto una descripcion conceptual del espacio de comite, más hay descripcion de su desarrollo en el periodo a reportar.

En cuanto a los avances del abordaje, durante los meses de octubre a diciembre dentro de las 6 localidades de la subred, se identifica una efectividad de 10601 casos abordados en la localidad de Engativá y 9956 en la localidad de Suba, siendo estos los sectores con mayor presencia de colaboradores de los EMBH, debido a la alta presencia de eventos reportados, seguidos de usaquén con 2360 casos, barrios unidos 2030 casos, chapinero con 977 casos y teusaquillo con 633 casos. Teniendo en cuenta esta información, el desarrollo de estrategias de socialización en cuanto a familias específicas durante el comité,

se centra en las dos localidades con mayor intervención, donde se requiere la participación de los diferentes perfiles.

8.4 ESPACIOS DE PRECRÍTICA Y SEGUIMIENTO

El proceso de pre crítica en los EMBH corresponde a la revisión periódica que se realiza previa a la validación de los productos del programa, tanto en los formatos físicos, como de los datos ingresados y recopilados en las bases dispuestas. Su objetivo principal es identificar de manera oportuna posibles errores, inconsistencias o incumplimientos normativos frente a los lineamientos establecidos, con el fin de garantizar la calidad, concordancia, oportunidad y completitud de la información de los productos entregados.

La precrítica se enfoca en verificar aspectos tales como la integridad, legibilidad, calidad y concordancia entre el producto físico y el registro de información en el aplicativo, cumplimiento en el diligenciamiento de los campos obligatorios, detección de duplicidades, omisiones o errores de digitación.

Durante el periodo reportado, en la subred norte el proceso de pre crítica se encuentra a cargo del equipo de sistemas de información, quienes generan un insumo digital a partir del cruce de bases de manera diaria, que sirve como insumo para la pre crítica de los líderes operativos, técnicos en sistemas y técnicos administrativos, quienes se encargan de la revisión de cada uno de sus colaboradores a cargo aproximadamente 2 veces por semana. Los hallazgos son socializados con el equipo quedando consignados en las actas de precrítica, siendo los más recurrentes: módulos sin diligenciar, errores en las fechas de cargue, ausencia de tamizajes con criterio de aplicación, observaciones que no cumplen con los caracteres sugeridos.

A partir de ello, se genera un documento cuantitativo por colaborador que recopila los hallazgos corregidos y aquellos que persisten y se programan espacios para la socializacion de los mismos durante las reuniones del equipo, a fin de fortalecer las capacidades en el diligenciamiento con oportunidad, calidad, coherencia y completitud.

Las acciones correctivas consisten en el ajuste de hallazgos en cuanto al diligenciamiento y registro de información digital durante la revisión, el refuerzo de las instrucciones operativas a los colaboradores con deficiencias en la operación, programación de re inducción en el correcto diligenciamiento del aplicativo y las bases de datos, la revisión periódica de la información en personas con compromisos por cumplir, y en el envío de bases de pre crítica y módulos pendientes diariamente para la revisión individual

Los resultados del seguimiento evidenciaron la disminución de errores recurrentes y una mejora en la calidad del proceso.

Comentado [84]: se continua en una descripcion o definicion del espacio pero no de su desarrollo en el periodo a reportar, por favor profundizar.

8.5 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 y noviembre de 2025, se desarrolló el proceso de inducción y fortalecimiento de competencias técnicas desde nivel central dirigido a los equipos, con el propósito de asegurar una implementación adecuada del modelo Más Bienestar en tu hogar, así como de fortalecer la calidad y efectividad por perfiles y para cada uno de los productos planteados en la operación territorial.

El proceso de inducción estuvo orientado a la apropiación de los lineamientos técnicos, operativos y metodológicos del modelo, abordando contenidos clave como los principios del modelo, los flujos operativos, los roles y responsabilidades de cada uno de los colaboradores, y el uso adecuado de los instrumentos físicos y digitales dispuestos para el convenio. Esta fase permitió alinear a los equipos con los objetivos planteados y estandarizar los criterios de intervención en el territorio.

De manera complementaria, se implementaron acciones de fortalecimiento de competencias técnicas dentro de la subred, enfocadas a la contribución en la disminución de brechas identificadas durante la operación, tales como el correcto diligenciamiento de registros, la calidad de la información y la articulación intersectorial. Estas acciones incluyeron espacios de capacitación técnica, acompañamiento en campo, retroalimentación continua y aclaración de dudas operativas, por parte de los diferentes componentes tales como: el equipo de cohortes socializo temáticas de acuerdo a cada uno de los grupos de riesgo, su abordaje y las rutas de atención, el equipo de sistemas de información enfatizó en el diligenciamiento de los datos en el aplicativo y el manejo de las bases instauradas de acuerdo al perfil, el componente geográfico planteó fortalecimiento en cuanto a la georreferenciación de los sectores catastrales, el abordaje del ruteo y por manzanas, los mecanismos dispuestos para la solicitud de unidades habitacionales y las estrategia usadas para la apropiación territorial. Tales espacios contaban con una programación previa.

Durante el mes de noviembre se dispuso el módulo de inducción general, al cual cada colaborador tenía acceso a través de un link, logrando una ejecución del mismo de 464 personas a corte del mes de diciembre, de las cuales 430 completaron el 100% de los módulos y se emite el certificado de aprobación.

De igual manera, para el talento humano con nuevo ingreso, se proyecta una inducción general y especifica con cada uno de los componentes, para garantizar el inicio de actividades contando con toda la información pertinente para el desarrollo de sus actividades. Durante el proceso de aprendizaje se cuenta con el acompañamiento de la líder operativa a cargo, los profesionales de cohortes, los técnicos en sistemas y el técnico administrativo correspondiente, generando el desarrollo de habilidades para la ejecución de actividades operativas y el registro de la información en línea.

Se programa reunión de equipo y sesión de fortalecimiento mensual, en donde se enfatiza en temáticas de interés común y específico, contando con el apoyo de diferentes dependencias de acuerdo a la experticia, a fin de afianzar capacidades tanto en técnicos como en profesionales y reforzar aspectos desarrollados durante la inducción.

Como resultado, se evidenció una mejora en la comprensión y aplicación del modelo, mayor coherencia en los procesos operativos, reducción de errores en los registros y un fortalecimiento de las capacidades del talento humano para la ejecución de acciones.

Comentado [85]: aportar informacion propia de la subred, como participantes para cada uno de los temas abordados a nivel distrital que fue uno de los componentes de este periodo de induccion, sin embargo no se observa desarrollo de las acciones diferntes que desarrollo la subred.

Comentado [86R85]: asi mismo su participacion en el modulo de induccio general