MAS BIENESTAR EN TU HOGAR

PRODUCTOS:

INFORME DE AVANCE EN LA GESTIÓN TÉCNICA, ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

CONVENIO 8374552 DE 2025

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

FECHA (07/01/2026)

Bogotá D.C

TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN 6

2. OBJETO 6

3. ALCANCE 6

4. ACCIÓN INTEGRADA E INTEGRAL CUIDADO CONTINUO POR UNA VIDA CON BIENESTAR 7

4.1. AVANZADA PARA EL ABORDAJE TERRITORIAL 7

4.2. APROPIACIÓN TERRITORIAL 8

4.2.1 Jornadas Intensificadas de Apropiación y Actualización Territorial Equipos MAS Bienestar en tu Hogar (cuando aplique) 9

4.3.GESTORES 164.3.1 Gestores de Bienestar en línea 9

4.3.2 Abordaje Territorial: Gestor MAS Bienestar 15

4.4. PLANES DE BIENESTAR 16

4.4.1 Materno 18

4.4.2 Infancia 19

4.4.3 Condiciones crónicas 21

4.4.4 Salud mental 21

1.4.5 Población con discapacidad y limitación funcional 23

4.4.6 Personas con Soledad Social 26

4.4.7 Cáncer 27

4.4.8 Salud oral 2TAL7

4.4.9 Salud ambiental 27

4.4.10 Atención de jornadas y contingencias 28

4.5. SERVICIOS COMPLEMENTARIOS 29

4.5.1 Servicios Complementarios Vacunación 29

4.5.2 Servicios Complementarios_Laboratorios 29

4.5.3 Servicios Complementarios_Medicamentos 30

4.6.ABORDAJE EN EL MARCO DE LA 714.6.1 Pagadiarios con MAS Bienestar 31

4.6.2 Abordaje Familiar en Pagadiarios 32

4.6.3 Jornadas MAS Bienestar para ciudadanos con habitanza o habitabilidad en calle - Recorrido Nocturno. 32

4.6.5 Desarrollo de acciones intersectoriales en el marco de la Atención Primaria Social: Población privada de la libertad 34

4.6.8 Casas MAS Bienestar 36

5. CUIDADO CONTINUO POR UNA VIDA CON BIENESTAR CON ENFOQUE DIFERENCIAL POBLACIONAL Y DE GÉNERO 37

5.1 FAMILIAS ETNICAS-AFRODESCENDIENTES 37

5.1.1 Plan de Bienestar con Familias Étnicas – Afrodescendientes 37

5.1.2 Apechontería con familias étnicas – Afrodescendientes 37

5.1.3 Técnicas de curación ancestral - Negras y Afrocolombianas 38

5.2 FAMILIAS ETNICAS-PALENQUEROS 38

5.2.1 Plan de Bienestar con Familias Étnicas - Palenqueros 38

5.2.2 Acciones Colectivas Diferenciales con familias étnicas – Palenqueros 39

5.2.3 Acciones Propias de medicina ancestral – Palenqueros. 39

5.3 FAMILIAS INDIGENAS EMBERA 40

5.3.1 Gestión Integral del riesgo en familias indígenas embera 40

5.3.2 Acciones promocionales Estrategia Unidad de atención integral comunitaria (UAIC) 41

5.4 FAMILIAS DEL CABILDO INDIGENA WOUNAAN 42

5.4.1 Gestión del riesgo en familias del cabildo indígena Wounaan de Bogota D.C Comunidad Baud Mos. 42

5.4.2 Acciones con enfoque en medicina ancestral cabildo indigena Wounaan comunidad Baud Mos 43

5.5 FAMILIAS CUMPAÑA ROMANI 43

5.6 FAMILIAS COMUNIDADES INDIGENAS MUISCA 44

5.6.1 Plan de Cuido para las Familias de las comunidades indígenas Muiscas Bosa y Muiscas Suba 44

6. CUIDADO CONTINUO POR UNA VIDA CON BIENESTAR PARA LA RURALIDAD DE BOGOTÁ. 46

6.1 GESTORES MAS BIENESTAR: Abordaje Territorial: Gestor 926.2 PLANES DE BIENESTAR 46

7.GESTIÓN TERRITORIAL DE LA ATENCIÓN PRIMARIA SOCIAL DESDE LOS EQUIPOS **¡Error! Marcador no definido.**7.1COORDINACIÓN DE LOS EQUIPOS 957.1.1 Coordinación de los Equipos de MAS Bienestar en tu hogar 48

7.1.2 Gestión financiera integral del convenio 48

7.1.3 Resultados operativos del proceso de supervisión 54

7.2GRUPO DE GESTIÓN DE LOS EQUIPOS 1117.2.1 Gestión de la información para la planeación, toma de decisiones y análisis de resultados 54

7.2.2 Seguimiento y gestión de las derivaciones y activaciones de rutas sectoriales e intersectoriales 56

7.2.3 Ruta de aseguramiento 59

7.2.4 Líder de acceso y EPS 61

7.2.5 Seguimiento a cohorte 61

7.2.6 Inducción, seguimiento y acompañamiento al talento humano 62

7.3 DINAMIZACIÓN DE LAS ACCIONES DE LOS EQUIPOS MAS BIENESTAR EN TU HOGAR 62

7.3.1 Liderazgo para la dinamización de las acciones 62

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 63

7.4.GESTIÓN OPERATIVA DE LOS EQUIPOS 1487.4.1 APOYO A LA GESTIÓN OPERATIVA DE LOS EQUIPOS MAS BIENESTAR EN TU HOGAR 65

7.4.2 DESARROLLO DE CAPACIDADES DEL TALENTO HUMANO A NIVEL DISTRITAL 66

7.4.3 GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN Y SOPORTE A NIVEL DISTRITAL 67

8. ACCIONES DE BIENESTAR COMITÉS DE CUIDADO 68

8.1 REUNIÓN DE EQUIPO 68

8.2 DESARROLLO DE CAPACIDADES DE LOS EQUIPOS 1578.3 COMITÉ TERRITORIAL 68

8.4 ESPACIOS DE PRECRÍTICA Y SEGUIMIENTO 68

8.5 DESCRIPCIÓN DEL PROCESO DE INDUCCIÓN Y FORTALECIMIENTO DE COMPETENCIAS TÉCNICAS DE LOS EQUIPOS DEL CONVENIO (**¡Error! Marcador no definido.**

1. INTRODUCCIÓN

El presente documento tiene como finalidad exponer las actividades desarrolladas por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., correspondientes al avance en la ejecución del Convenio Interadministrativo No. 8374552 de 2025, durante el periodo comprendido entre el 1 de octubre y el 31 de diciembre de 2025.

Este convenio tiene como propósito “Aunar esfuerzos entre el FFDS y la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E, para realizar 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, 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”.

Las partes acordaron un valor total de CINCUENTA Y DOS MIL SEISCIENTOS DIECINUEVE MILLONES NOVECIENTOS CUATRO MIL TRESCIENTOS SESENTA Y NUEVE PESOS ($52.619.904.369) valor exento de IVA, destinado a la ejecución de las intervenciones, procedimientos, actividades y adquisición de insumos contemplados en el convenio.

Entre las principales actividades desarrolladas por la Subred Sur E.S.E. Durante el periodo se destaca la planeación operativa, que incluyó el inicio del proceso de contratación del talento humano requerido, en función de las necesidades del servicio, así como la formulación del plan de trabajo conforme a lo estipulado en las cláusulas del convenio. De igual manera, se adelantaron acciones de formación y fortalecimiento de capacidades dirigidas a los Equipos Básicos MAS Bienestar en tu Hogar (EMBH), en línea con el plan de capacitación establecido.

2. OBJETO

Aunar esfuerzos entre el FFDS y la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur 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 Sur E.S.E; en cumplimiento del objeto del convenio, las partes se

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

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

4.1. AVANZADA PARA EL ABORDAJE TERRITORIAL

En este apartado se describe las acciones realizadas para el periodo del 01 de octubre al 31 de diciembre del 2025, correspondiente a las estrategias desarrolladas para la Subred Sur en el proceso de avanzada;

- Posicionamiento del Modelo Territorial de Salud (Más Bienestar) en diversos espacios.

En el desarrollo del posicionamiento del modelo territorial se estableció el directorio de organizaciones de Base Comunitarias y actores sociales relevantes, que se han identificado por los sectores catastrales donde el equipo de avanzada ha intervenido; adicionalmente se recopila la información trabajada por los gestores en la vigencia anterior; El directorio cuenta con la información de los líderes por cada localidad, dirección, mensualmente de acuerdo a la dinámica y necesidad de los equipos de MÁS Bienestar se establece articulación y se socializa las acciones del Modelo Más Bienestar durante los meses de octubre y diciembre, en el momento no se ha presentado dificultades ni barreras con estos líderes, por el contrario muestran interés en establecer acompañamiento y apoyo con los equipos.

Para la localidad de Tunjuelito se cuentan con 21 actores sociales, localidad de usme 63 y localidad de Ciudad Bolívar 63, de los cuales para el trimestre se han avanzado con los líderes de los sectores el cual se han evidenciado dificultades de acceso, barreras, rechazo en el programa; En total para el trimestre de octubre - Diciembre 2025 se ha realizado articulación con 15 actores sociales de los cuales 5 mostraron un interés débil en el proceso; sin embargo se evidencia un número significativo de apoyo por parte de los líderes.

Se han realizado encuentros con los administradores de propiedad Horizontal, debido a la barreras que este sector ha generado a los equipos de MAS bienestar para el desarrollo de las acciones; adicionalmente se han establecido encuentros con líderes comunitarios y otros sectores; con el fin de dar a conocer el modelo y establecer espacios de confianza y seguridad para los equipos, en total para el periodo de Octubre - diciembre 2025 se han abordado 37 líderes de los diferentes sectores catastrales, encuentros con veedores de las 4 localidades, participación en la feria de servicios intersectoriales para la comunidad de Tunjuelito y Asamblea interlocal en la localidad de Ciudad Bolívar.

Se realiza articulación con la Presidenta de la Junta Central Condóminos, quienes encabezan y conforman la junta de los 20 conjuntos Multifamiliares de Ciudad Tunal: Antioquia, Atlántico, Bolívar, Boyacá, Caldas, Caquetá, Cauca, Cesar, Chocó, Córdoba, Cundinamarca, Guajira, A y B, Huila, Magdalena, Meta, Nariño, Norte de Santander, Risaralda, Quindío, apertura de propiedad horizontal Condado de Santa Lucía III, Conjunto Residencial Los Almendros, con los cuales los gestores no lograron una respuesta favorable por parte de la administración y dificultan el acceso para el desarrollo de las actividades.

Se participa en el Consejo Local de Propiedad Horizontal, alcaldía, Biblioteca pública de Venecia, CDC Pablo de Tarso, con el fin de socializar el modelo de Salud Más Bienestar (EMBH) y sus beneficios.

Se establece articulación con la policía nacional, líder de ASOVIN, con el fin de socializar el modelo y establecer estrategias de articulación y apoyo para la seguridad de los equipos de los sectores catastrales.

Encuentros con veedores de las 4 localidades, el cual se socializo el equipo MÁS Bienestar; Adicionalmente se participó en los encuentros por cada localidad, con el fin de identificar y establecer acuerdo con los veedores que realizarán el seguimiento al proceso; Hasta el mes de diciembre se contó con el veedor Luis Dario Guerrero, con el fin de socializar el modelo y la intención de continuar con la veeduría al programa, manifestando no continuar participando en el proceso en calidad de veedor, debido a situaciones de carácter familiar que requieren su atención prioritaria y que afectan su disponibilidad para dar continuidad al cumplimiento de las responsabilidades y espacios de participación establecidos. En consecuencia, se deja registro de esta novedad para los fines administrativos, de seguimiento y actualización correspondientes. Para dar soporte de esto se realiza acta de soporte, es de resaltar que durante su acompañamiento se destacó por ser una persona íntegra y clara en sus funciones, teniendo un amplio conocimiento frente a la veeduría y respaldando el proceso; Frente a la contingencia en el mes de octubre se realiza reunión con los veedores de las 4 localidades, con el fin de socializar la operación de los EMB para la nueva vigencia, para el mes de noviembre se participa en la reunión de veedores con participación social con el fin de definir los veedores que realizarán el seguimiento al convenio de EMB.

Para el periodo se han realizado 3 tomas sectoriales contando con la articulación del componente geógrafico, equipo de avanzada, dinamizador y líder operativo, abordando los sectores en los cuales se han presentado barreras de acceso por problemas de inseguridad, baja cobertura por rechazo del programa, donde se mencionan:

Para el mes de octubre se realiza la toma del sector catastral a la aurora (SU015 y SU016), se contó con 10 gestores de bienestar, se estableció articulación con la policía nacional del CAI la aurora y los líderes de vendedores informales que apoyaron en la socialización de la actividad.

Para el mes de noviembre la toma sectorial se priorizo en el sector SU126 el minuto de maría, por ser un sector con baja efectividad y cobertura en el territorio, en la toma se contó con el acompañamiento de la policía en todo el recorrido.

Para el mes de Diciembre la toma sectorial se realizó en el sector catastral Arborizadora alta villa candelaria - SU170, por ser una zona de invasión con problemas de inseguridad.

Adicionalmente el equipo de avanzada participa en el abordaje al sector la carbonara donde la gestora fue víctima de robo y amenazas constantes, para lo cual se buscó líderes comunitarios que facilitarán el abordaje, obteniendo respuesta negativa y estableciendo que el sector es de difícil manejo por las personas que lideran en el sector

Tabla 1. Sectores catastrales identificados con difícil acceso para los equipos MAS Bienestar

LOCALIDAD	ZONAS DE DIFÍCIL ACCESO IDENTIFICADAS	ZONAS DE DIFÍCIL ACCESO APERTURADAS	%
USME	2	2	100%.
CIUDAD BOLÍVAR	2	1	50%
TUNJUELITO	1	1	100%
Total Subred	**5**	**4**	**80%**

Fuente: Matriz de zonas identificadas y con acceso octubre - diciembre 2025

De acuerdo con los resultados obtenidos, se evidencia un comportamiento positivo en el 80% de los sectores identificados inicialmente como de difícil acceso. Gracias a la gestión del equipo de avanzada, se logró el abordaje efectivo de estas zonas, integrando los sectores detectados por los equipos de MÁS Bienestar y validados mediante el componente geográfico.

Es fundamental precisar que las barreras de acceso no se limitan a factores de inseguridad. Se han identificado obstáculos adicionales, tales como:

- Desconocimiento administrativo: Falta de información por parte de los administradores de propiedad horizontal sobre los alcances de la intervención.
- Crecimiento urbanístico: Un aumento significativo de construcciones bajo el régimen de propiedad horizontal, especialmente en las localidades de la Subred Sur.

Sin embargo se ha realizado una gestión importante y positiva en articulación inicialmente con los gestores de bienestar, quienes son los que inician el proceso de apertura, a veces nada fácil para lograr una concertación en estos espacios.

Frente al avance de prescripción social, para el periodo en mención, se logra reconocer la guía operativa y la socialización que aportó la líder del proceso de canalizaciones y prescripción social; a pesar que en la subred se está en el proceso de identificación de los actores sociales, desde el equipo de avanzada se realiza la identificación y reconocimiento de los actores sociales, que pueden aportar al proceso y modelo de atención en Salud.

A pesar que aún no se encuentra habilitado el curso de prescripción social, el equipo de avanzada ha realizado la lectura y apropiación de la ficha técnica, adicionalmente ha iniciado el proceso de socialización de la prescripción social en cada uno de los comités territoriales.

En cuanto al acompañamiento a los procesos de control social, se participó en el encuentro de veedores, realizada en el mes de octubre, el cual se socializo el convenio de MÁS Bienestar, la operación y los cambios generados para el convenio; Para el mes de noviembre se participa en las mesas convocadas por participación social, con el fin de identificar los veedores de las localidades, el cual van a ejercer el control social al convenio; Para el mes de Diciembre se establecen los veedores que van a realizar la veeduría a los equipos MÁS Bienestar.

Resultados Obtenidos

· La participación en espacios de gobernanza local no es solo formalidad; es lo que permite que el programa tenga ganancia ante las autoridades, permitiendo espacios clave con el Consejo Local de Propiedad Horizontal, Alcaldía Local, Biblioteca Pública de Venecia y CDC Pablo de Tarso, cuyo objetivo es consolidar procesos de planeación y toma de decisiones que aseguren el respaldo institucional a las intervenciones psicosociales.

· Frente a la Mediación y Gestión de Barreras (Propiedad Horizontal) uno de los mayores retos operativos es el acceso a conjuntos cerrados, el cual se establecen mesas de diálogo con administradores para sensibilizar sobre el impacto del programa.

· En el Abordaje de los Sectores Críticos (Tomas Sectoriales) se logra presencia en zonas de difícil acceso es el indicador de éxito más alto en términos de equidad.

· Se realizaron 3 tomas sectoriales en áreas identificadas con: Problemas de seguridad. Baja cobertura histórica, Resistencia o rechazo previo al programa.

· Frente al Impacto de la Socialización esto permite una claridad en el enfoque y alcances de MÁS Bienestar, a nivel comunitario permite tener reconocimiento del programa, mayor receptividad a las acciones y seguridad para los equipos en terreno.

· La participación en comités, reuniones de coordinación y espacios de gestión territorial contribuyó al análisis conjunto de avances y requerimientos, consolidando procesos de planeación, toma de decisiones y programación de acciones que favorecen el bienestar integral de la comunidad y la efectividad del acompañamiento.

Dificultades Presentadas

Resistencia Comunitaria General

En las tomas sectoriales realizadas, se evidenció una indiferencia generalizada por parte de la población abordada hacia la recepción de los servicios de salud ofrecidos por la estrategia. Esta actitud, manifestada por distintos motivos, requiere un análisis social profundo y la implementación de estrategias de comunicación más efectivas para sensibilizar a las familias sobre el valor de la atención integral y anticipatoria.

Retos de Concertación

Dado que el programa se encuentra en una vigencia nueva, el proceso en las localidades enfrentó dificultades iniciales relacionadas con la socialización y el reconocimiento. Específicamente, se presentaron retos para lograr concertaciones efectivas con líderes comunitarios y presidentes de Juntas de Acción Comunal (JAC), quienes manifestaron desconocimiento o dudas sobre el proceso. Si bien estas dudas fueron progresivamente despejadas a lo largo del mes, la necesidad de una socialización inicial más robusta es imperativa para garantizar la colaboración de los líderes territoriales.

Logros

- Se cuenta con un directorio amplio de actores sociales, que favorecen la gestión y

disminuyen los riesgos para la operación de los equipos.
- Reconocimiento de los equipos de MAS Bienestar en el territorio.
- Avance significativo con los administradores de la propiedad Horizontal, disminuyendo las dificultades de acceso a los equipos.

4.2. APROPIACIÓN TERRITORIAL

Con la delimitación de las áreas de Gestión que conforman la subred sur, al finalizar el mes de Diciembre se tiene un total de 204 áreas de Gestión, de estas áreas de Gestión hay 29 que se encuentran subdivididas en A y B para así tener un área de Gestión para los 233 Gestores de Más Bienestar. Para este proceso de delimitación además de conseguir un mínimo aproximado de 1600 a 1800 familias por área de Gestión se trató de respetar en mayor medida también los límites de los sectores catastrales para que las áreas de Gestión estuvieran ajustadas a estos.

Al finalizar el mes de Diciembre se tuvo la apropiación de los 204 Áreas de Gestión de la Siguiente manera: 64 áreas de Gestión en la localidad de Usme, 99 áreas de Gestión en la localidad de Ciudad Bolívar, 24 áreas de Gestión en la localidad de Tunjuelito para un total de 187 áreas de Gestión con apropiación para el área urbana, en los casos de la ruralidad cercana que son 4 áreas de Gestión, todos se encuentran con la debida apropiación territorial al igual que las 4 áreas de Gestión de la localidad de Sumapaz que también se encuentran apropiados.

En cuanto a la apropiación de los demás perfiles es decir Enfermería, Medicina, Psicología, Terapeutas, Nutricionistas, Ambientales, Auxiliares de cuidado y psicólogos clínicos y demás perfiles que deben tener una apropiación territorial se hizo la respectiva generación de áreas de gestión según la cantidad de talento humano a contratar por perfil, para esto se generó al final un drive con dichas áreas en donde el grupo de líderes operativos hizo la correspondiente asignación del talento humano para cada uno de los perfiles referidos anteriormente.

Para el presente mes en el caso de los Gestores de más bienestar que se encuentran más cercanos a las áreas de gestión en donde no se encuentran con la respectiva asignación de talento humano, se les ha asignado dichas áreas de manera provisional para que puedan dar respuesta a los diferentes casos de ruteo que puedan llegar con la necesidad de una respuesta inmediata.

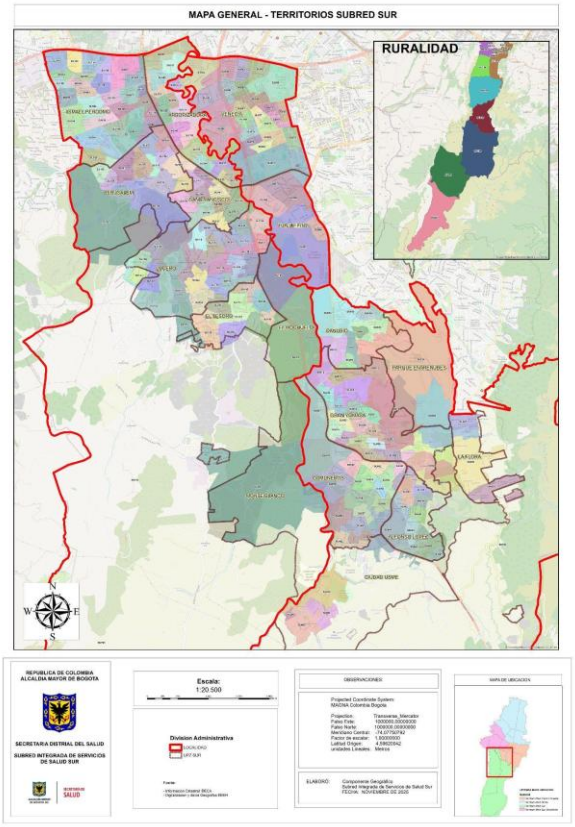
Durante el desarrollo de las actividades en campo se han identificado algunas dificultades para el abordaje territorial enfocadas principalmente en cuestiones de inseguridad lo que

ha dificultado un abordaje normal en el territorio, entre estas zonas inseguras se han reportado en zonas como la Valvanera en Ciudad Bolívar y del Nuevo Portal II en la localidad de Usme, en cuestiones de efectividad ha sido complejo en las áreas que tienen bastante comercio, y una estratificación social más alta, varas zonas de la Upz Venecia en la localidad de Tunjuelito, Upz de Arborizadora y San Francisco en la localidad de Ciudad Bolívar y la Upz Gran Yomasa en la localidad de Usme son aquellas donde los gestores de más bienestar han manifestado estas condiciones. También se han identificado dinámicas poblacionales en el territorio tales como que la localidad de tunjuelito presenta gran cantidad de población adulto mayor, personas con condiciones crónicas, mientras que las localidades de Ciudad Bolívar y Usme es donde se han concentrado la mayor parte las Gestantes y niños menores de 5 años.

En cuanto a las condiciones del territorio las posibilidades de acceso al territorio se ha identificado diferentes medios de transporte como el SITP, rutas alimentadoras, el Trasmicable de Ciudad Bolívar, y medios de transporte informales como vehículos particulares que ofrecen el transporte a la comunidad a zonas donde hay pocas rutas, en algunas zonas del límite urbano se han identificado los asentamientos informales para los cuales no hay vías pavimentados y el acceso a los servicios públicos se adquiere de forma ilegal.

A continuación se relaciona la cartografía correspondiente a la distribución de las 204 áreas de gestión para los Gestores de Más Bienestar.

Mapa 01. Distribución Áreas de Gestión Subred Sur



Fuente: Base de Datos Geográfica Subred Sur GDB dataset Planeación - Límite Territorial 25-12-2025

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

Para el mes de Diciembre de 2025, se inicia la preparación para las jornadas intensificadas de Apropiación, donde desde secretaría se dan las claridades de cómo se deben desarrollar dichas jornadas, en donde desde el componente Geográfico se entregará al gestor de cada área de Gestión la cartografía correspondiente a la delimitación territorial, en la que contiene la información de la localidad, los sectores catastrales que lo conforman, la malla vial, la delimitación a nivel de manzana y predio, la nomenclatura de las viviendas y los equipamientos colectivos que conforman la respectiva área de gestión.

Adicionalmente a los gestores se les realizará entrega de un Excel que fue compartido desde el componente Geográfico de Secretaria en donde está la clasificación de todas la áreas de Gestión, en donde estará contenida toda la información que fue representada

gráficamente en la cartografía como sectores catastrales que los componen, numero de manzanas y predios, predios residenciales, predios con los diferentes usos del suelo presentes en las áreas de gestión junto con la información demográfica que contiene la cantidad de Hogares, población clasificada por género y el total de población, se dan las claridades que todas las áreas de gestión se debe desarrollar esta jornada intensificada de apropiación, en aquellas áreas que a la fecha no se cuente con Gestor presencial se podrá designar al Gestor en línea para que realice la jornada.

4.3. GESTORES MAS BIENESTAR

4.3.1 Gestores de Bienestar en línea

PLANEACIÓN DEL ABORDAJE

El abordaje hasta el mes de Diciembre se ha realizado bajo el ruteo, las acciones del ruteo se han hecho con la revisión diaria de las diferentes bases de información para el correspondiente abordaje de los gestores y los profesionales en sus diferentes áreas de Gestión, esta revisión se incluyen las bases de derivaciones en los cuales se revisa el área de Gestión y la correspondiente apropiación territorial de los gestores y profesionales, la base maestra de ángeles con su respectivo proceso de georeferenciación a cada caso, las bases de cohortes las cuales incluyen Salud Mental, Salud Bucal, Infancia, Gestantes, Discapacidad y Crónicos, a las cuales se hace la respectiva georreferenciación y se coloca el profesional apropiado según la necesidad, también se realizó la correspondiente revisión de las bases de etnias, la asignación de predios en las bases de grupos familiares.

También se ha hecho la revisión correspondiente de las diferentes bases de ruteo que han sido enviadas por secretaría durante el último trimestre, bases que ya venían georreferenciadas, sin embargo se hace la revisión y la correspondiente asignación del perfil que sea solicitado según la prioridad, estas bases de datos han sido asignadas en su mayoría a los Gestores presenciales y Gestores en línea y otro porcentaje pequeño a los diferentes profesionales.

GESTIÓN DE LA ESTRATEGIA DE RUTEO

En el marco de la implementación de la estrategia de abordaje mediante ruteo, durante el período de reporte se evidencian avances significativos en la gestión de los casos correspondientes a la cohorte de riesgo materno, priorizada por su relevancia en salud pública y por los criterios definidos dentro de la estrategia de intervención.

Como parte del proceso de alistamiento, se brindaron diferentes acciones de fortalecimiento dirigidas a los gestores en línea, orientadas al adecuado desarrollo de sus actividades.

Entre estas acciones se destaca la socialización de guiones construidos por cohorte de riesgo, los cuales se constituyeron en una herramienta de apoyo para la gestión de los casos de ruteo, facilitando un abordaje estandarizado y acorde con las particularidades de cada cohorte.

Adicionalmente, se solicitó el apoyo del equipo de cohortes de riesgo de la subred con el fin de brindar fortalecimiento técnico a este perfil, así como acompañamiento permanente en el quehacer diario de sus actividades, proporcionando direccionamiento técnico frente al abordaje, seguimiento y gestión de los casos asignados en el módulo de ruteo.

A partir de la carga y consolidación de la información en el módulo de ruteo del aplicativo GTAPS, los gestores en línea y gestores de bienestar contaron con una base de casos organizada según apropiación territorial, lo que permitió la planificación del contacto telefónico inicial y la ejecución oportuna de las acciones de gestión, seguimiento y orientación.

En el periodo comprendido entre Octubre a Diciembre del 2025, para la cohorte materno, se registró un total de 2.215 casos cargados y asignados al módulo de ruteo, de los cuales 1.576 casos fueron gestionados, alcanzando el estado de “Contactado”, lo que representa un avance del 71,1 % en la gestión efectiva.

La distribución de la gestión evidencia que: 311 casos fueron asignados a Gestor en línea, logrando la gestión de 247 casos, reflejando una alta efectividad del contacto telefónico por parte de este perfil. 1.904 casos fueron asignados al Gestor de Bienestar, de los cuales 1.329 casos fueron gestionados, concentrando el mayor volumen de intervención y respuesta. No se registraron casos asignados a profesionales para esta cohorte durante el período analizado.

Del total de casos asignados a la cohorte Materno, el 28,9 % se encuentran pendientes por establecer contacto, situación que se asocia principalmente a: dificultades en el contacto telefónico (líneas no contestadas, números errados o fuera de servicio), casos en espera de nuevos intentos de contacto conforme a la priorización definida, registro inoportuno por parte del colaborador asignado al caso.

Con el fin de avanzar hacia la gestión integral de la totalidad de los casos Materno, se han implementado diversas estrategias orientadas a fortalecer el proceso de abordaje. Estas incluyen la reiteración del contacto telefónico en diferentes franjas horarias, la priorización de los casos pendientes de acuerdo con su nivel de riesgo y el tiempo transcurrido sin contacto, así como la validación y actualización permanente de los datos de contacto en diferentes plataformas.

Adicionalmente, se ha fortalecido la articulación con los líderes operativos y los gestores de bienestar y en línea para reforzar el abordaje de los casos de mayor complejidad. De manera complementaria, se realiza un reporte semanal a los líderes operativos, acompañado de la consolidación y análisis de la data de los casos pendientes por gestionar por cada colaborador, con el fin de efectuar un seguimiento individualizado durante las pre críticas adelantadas.

En este espacio se identifican las principales dificultades expuestas por los colaboradores y se resuelven dudas e inquietudes relacionadas con el proceso. Como resultado de este seguimiento, se ha llevado a cabo un proceso de reinducción dirigido a los gestores de bienestar y gestores en línea que han presentado mayores dificultades en el avance de la gestión de los casos, con el objetivo de fortalecer sus competencias y mejorar los resultados operativos.

Tabla 2. 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	311	210	1902	844	0	0	2213	1054	48%
Infancia	2928	1463	2288	383	0	0	5216	1463	28%
Salud mental	1327	733	41	2	330	92	1698	827	49%
Cáncer	573	299	0	0	0	0	573	299	52%
Discapacidad	0	0	0	0	0	0	0	0	0%
Crónicos	467	184	1677	178	0	0	2144	362	17%
Población general	5456	961	182789	4873	0	0	188245	5834	3%
TOTAL	11062	3850	188697	6280	330	92	200089	9839	5%

*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

Con corte al período reportado, para la estrategia de ruteo el grupo de riesgo materno, se registra un total de 2.215 casos asignados, de los cuales 1.576 han sido gestionados, lo que representa un porcentaje de avance del 71,1 %. Los casos gestionados corresponden a aquellos en los que se logró el estado de “Contactado”, lo que refleja una efectividad significativa del contacto telefónico como principal gestión.

La distribución de los casos muestra que:

311 casos fueron asignados desde SDS al gestor en línea, de los cuales 247 fueron gestionados, evidenciando un buen nivel de gestión. 1.904 casos fueron asignados desde SDS al Gestor de Bienestar, logrando la gestión efectiva de 1.329 casos, lo que confirma que este canal concentra el mayor volumen de asignaciones y gestiones.

En relación con la cohorte de infancia, del total de 5216 casos asignados , se obtiene una gestión global del 28% considerando la participación de los perfiles asignados. Para el perfil gestor en línea se asignaron 2928 casos asignados, se logró una gestión del 50% dando un avance progresivo a la gestión de los casos de la estrategia ruteo a través del contacto telefónico. En los casos en los cuales no se ha logrado realizar un contacto telefónico, se asignó el estado de “visita en campo” para 146, con el fin de realizar la búsqueda en el territorio, como resultado se da una gestión de 21 casos en lo que se logra establecer un estado efectivo dentro del territorio. Adicionalmente se identificaron 87 casos en los que tiene una visita desde el territorio, pero en los que no se realiza una gestión del módulo ruteo, lo cual constituye un aspecto a fortalecer en términos de la trazabilidad de la información.

Para el gestor de Bienestar; los 2288 casos asignados , de los cuales se registra una gestión del 28 %, a través del módulo ruteo, se identifica un rezago de 30 casos que ingresan con estado efectivo que no tienen gestión del módulo ruteo así como un 74% de los casos sin gestión, situación que se explica en parte por la priorización progresiva de los abordajes según criterios de priorización, No obstante, se evidencia una evolución gradual en la gestión conforme avanza el proceso de ruteo y se fortalecen las capacidades operativas del equipo. En este contexto, se realizó inducción específica a los gestores en línea sobre el abordaje de las cohortes de riesgo, la gestión del contacto telefónico, el alistamiento de la información y la derivación oportuna de los casos, lo cual contribuyó al mejoramiento del proceso.

En cuanto a la cohorte de salud mental, se asignaron 1698 casos, se da una gestión global del 49%, a los diferentes perfiles asignados, para el perfil de gestor en línea el 55% de los

casos , en la que se da una buena respuesta a esta cohorte fueron gestionados, para el perfil de gestor de bienestar 3 casos gestionados, no fueron efectivos debido a que no pertenecen al área de gestión del riesgo en el que fueron asignadas al territorio, situación que fue identificada y retroalimentada para ajustes posteriores.

Continuando con la cohorte de cáncer 573 casos asignados se tiene una gestión desde el gestor en línea del 52% , como resultado de esta gestión, 48 ingresaron a plan de cuidado familiar evidenciando una efectividad para la identificación de necesidades y activación de acciones de cuidado integral. cerca de 35 quedaron en un estado de contacto de rechazado - acepta educación 36 con un estado de actualizar dirección misma subred , 2 con un cambio de prioridad , 8 con un cambio de prioridad , 37 no requiere visita con gestión efectiva

Para cohorte de riesgo de condiciones crónicas 2144 hay una gestión del 17% , 467 para el gestor en línea y 184 para el gestor de bienestar, dentro de los mismos casos ingresan a plan de cuidado familiar 43

Finalmente, para la gestión de la población del Distrito Capital, se registra una gestión del 3%, con distribución por curso de vida de la siguiente manera: primera infancia (47 casos), infancia (81), adolescencia (84), juventud (63), adultez (857) y vejez (593). De este grupo, 21 casos ingresaron a Plan de Cuidado Familiar, priorizados bajo criterio epidemiológico de personas con discapacidad, fortaleciendo la priorización de la intervención.

Tabla 3. Gestión ruteo- casos contactados

ESTADO DE LA GESTIÓN PARA LOS CASOS CONTACTADOS					
Estado de Gestión	**Gestor en Línea**	**Gestor de Bienestar**	**Profesionales**	**Total**	**Porcentaje de avance por estado (Total del estado de gestión/Total gestionados)**
Acepta Atención	975	2685	53	3713	35%
Fallecido	8	13	0	21	0.2%
No Requiere Visita Gestión Efectiva	489	1528	3	2020	19%
Fuera De La Ciudad	192	140	7	147	1%
Rechazado	657	239	20	916	9%
Actualizar Dirección Misma Subred	414	498	2	914	.9%
Otra Subred	524	190	2	716	7%
Cambio De Prioridad	41	73	0	114	1%
No Cumple Criterio	48	50	1	99	1%
Información Errada	539	1341	14	1894	18%
Total Gestionados	3695	6757	102	10554	100%

Fuente: Módulo ruteo aplicativo GTAPS

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

La información analizada corresponde al acumulado desde octubre a diciembre de 2025, según lo registrado en la tabla anterior. El avance del 71,1 % en la gestión de la cohorte materno evidencia un progreso sostenido del período de reporte frente al total acumulado, reflejando la efectividad de la estrategia de ruteo y del contacto telefónico como mecanismo principal de abordaje.

No obstante, se identifica la necesidad de continuar fortaleciendo las acciones orientadas a la reducción de los casos pendientes, con el fin de incrementar el porcentaje de gestión en los próximos períodos y garantizar la atención oportuna de la población priorizada.

Durante el período analizado, se registró un total de 10554 casos gestionados, correspondientes a aquellos en los que se logró establecer contacto telefónico, la distribución por estado de gestión permite identificar los principales resultados del abordaje, así como los motivos que explican la resolución o no continuidad de algunos casos.

El mayor porcentaje de los casos gestionados corresponde a “Acepta o programa atención”, con 3713 casos, lo que representa el 35 % del total, evidenciando una respuesta favorable de las familias frente a la estrategia de contacto y la disposición para continuar con el proceso de atención y seguimiento. Por su parte, 2.020 casos (19 %) fueron clasificados como “No requiere visita – Gestión efectiva”, lo que indica que, tras el contacto telefónico, se logró resolver la situación sin necesidad de desplazamiento o intervención adicional, optimizando el uso de los recursos operativos y confirmando la efectividad del primer contacto telefónico como mecanismo de gestión.

El estado “Rechazado” agrupa 916 casos, equivalente al 9 % del total gestionado. Este resultado se asocia principalmente a: decisión voluntaria del usuario de no continuar con el proceso, falta de interés en la atención ofrecida, percepción de no requerir acompañamiento por parte del programa. Adicionalmente, se identifican otros estados relevantes: actualizar dirección”: 914 casos (9 %), que requieren ajuste de datos para permitir una adecuada asignación territorial.
“Otra subred”: 716 casos (7 %) y “Actualizar dirección Misma subred”: 914 casos, que implican la reasignación del caso según el prestador o la red correspondiente.
“Fuera de la ciudad”: 147 casos (1 %), en los cuales no es posible continuar la gestión por cambio de residencia. “Cambio de prioridad”: 114 casos (1.1 %), derivados de la reevaluación del riesgo inicial. “No cumple criterio”: 99 casos (0,9 %), tras la validación técnica de la información. “Fallecido”: 21 casos (0,2 %), registrados conforme a la información reportada por las familias. Se destaca también la identificación de 1894 casos (18 %) asociados a “Información errada”, lo que evidencia la necesidad de continuar fortaleciendo los procesos de calidad y depuración de la data de entrada.

Con base en los resultados del análisis por estado de gestión, se han implementado las siguientes acciones: fortalecimiento del contacto telefónico efectivo para consolidar los casos que aceptan atención, cierre oportuno y registro adecuado de los casos con gestión efectiva que no requieren visita, optimizando tiempos y recursos, priorización del seguimiento a los casos rechazados, con el fin de identificar patrones y ajustar los mensajes de abordaje, validación y actualización permanente de datos de contacto y dirección para reducir los casos clasificados como información errada, articulación con las subredes correspondientes para la correcta reasignación de los casos. Re inducción y acompañamiento a los gestores en línea, gestores de bienestar y profesionales, enfocada en la correcta clasificación del estado de gestión y el uso adecuado del módulo de ruteo.

Tabla 4. Seguimiento remoto

Grupo de Riesgo	Número de usuarios vinculados a seguimiento remoto (aceptan seguimiento remoto)	Número de usuarios con seguimiento remoto (contados a partir del segundo contacto telefónico por el gestor en línea)	Total
Materno	96	NA, se inician los seguimientos remotos hasta el mes de enero	96
Infancia	112	NA, se inician los seguimientos remotos hasta el mes de enero	112
Salud mental	17	NA, se inician los seguimientos remotos hasta el mes de enero	17
Cáncer	6	NA, se inician los seguimientos remotos hasta el mes de enero	6
Discapacidad	16	0	16
Crónicos	225	NA, se inician los seguimientos remotos hasta el mes de enero	225
Población general	1411	NA, se inician los seguimientos remotos hasta el mes de enero	1411
TOTAL	1883	0	1883

Fuente: Módulo ruteo aplicativo GTAPS

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

Para el período de reporte el grupo de riesgo materno, se registran 96 usuarios que aceptaron la vinculación al seguimiento remoto durante el primer contacto telefónico. Este

resultado evidencia una disposición favorable por parte de las usuarias para participar en esta modalidad de acompañamiento.

En relación con los usuarios que continúan en seguimiento remoto y reciben un segundo contacto telefónico, se aclara que a la fecha de corte no se evidencian seguimientos remotos activos, dado que el inicio de esta fase se encuentra programado a partir del mes de enero. En consecuencia, no se registran aún segundos contactos realizados por el gestor en línea, situación que corresponde a la planeación operativa del proceso y no a una brecha en la gestión.

La información analizada corresponde al acumulado registrado hasta la fecha de corte del informe, dentro de la fase inicial de implementación de la estrategia de seguimiento remoto. El registro de 218 usuarios vinculados representa un avance del período de reporte en términos de sensibilización y aceptación, quedando pendiente para los próximos informes el análisis del inicio efectivo, continuidad y resultados del seguimiento remoto, una vez este entre en operación a partir del mes de enero.

Durante el periodo de reporte 112 usuarios vinculados para los seguimientos remotos en la cohorte de infancia, correspondientes a menores de 5 años, como parte de la estrategia de ruteo y continuidad del cuidado. Estos seguimientos se realizaron principalmente en casos priorizados por condiciones nutricionales, falta de adherencia a las rutas de atención y situaciones en las que no fue posible el abordaje presencial inmediato debido a la poca disponibilidad para atender a los profesionales dentro del territorio incluyendo los días de descanso

Del total de seguimientos remotos, 52 casos corresponden a niños y niñas menores de 5 años sin adherencia a la Ruta Integral de Atención en Salud para Promoción y Mantenimiento de la Salud (RIAS PYM). Así mismo, se realizaron seguimientos a niños y niñas con desnutrición aguda, tanto moderada como severa, a menores con riesgo de desnutrición clasificándose como riesgo alto para seguimiento en el mes de enero, otros usuarios con clasificación para alertas en salud bucal, obesidad, recién nacidos pretérmino con bajo peso al nacer sin adherencia al Plan Canguro, y casos de cáncer infantil, en los cuales el seguimiento remoto permitió mantener el contacto y brindar orientación en salud.

En cuanto a la clasificación del riesgo, de los casos con seguimiento remoto, 5 fueron clasificados como riesgo alto, 8 como riesgo medio y 68 como riesgo bajo. Esto indica que la mayoría de los seguimientos remotos se realizaron en casos de riesgo bajo, donde el contacto telefónico fue suficiente para reforzar recomendaciones, hacer seguimiento y vigilar la evolución del menor sin requerir visita inmediata en territorio.

Así mismo, para el periodo de reporte 6 usuarios aceptaron el seguimiento remoto para la cohorte de cáncer, los cuales se llevaron a cabo mediante contacto telefónico debido, en

su mayoría, al rechazo de la visita presencial por parte de los usuarios, quienes aceptaron continuar el acompañamiento de forma remota.

En los seguimientos realizados se logró verificar el estado de salud, confirmar adherencia a tratamientos médicos y farmacológicos, validar la asistencia a controles y tamizajes (mamografía, citología, ecografías y exámenes diagnósticos). En varios casos, los usuarios manifestaron encontrarse en seguimiento activo por su EAPB o en remisión de su diagnóstico, motivo por el cual no se identificó necesidad de visita domiciliaria. En otros casos, se brindó educación en salud, orientación sobre signos de alarma y recomendaciones de autocuidado, aceptadas por los usuarios y sus familias.

En la cohorte de condiciones crónicas 225 usuario aceptaron seguimientos remotos, principalmente por rechazo de la visita presencial o por falta de disponibilidad de los usuarios para permanecer en casa y recibir a los profesionales dentro del área de gestión del riesgo. La clasificación del promotor mostró 35 casos de riesgo bajo, 3 de riesgo medio y 2 de riesgo alto, lo que permitió priorizar el acompañamiento según necesidad, y que dentro de los contactos telefónicos se logró: educación en signos de alarma, recomendaciones de autocuidado y hábitos saludables, verificación de adherencia a controles y tratamiento.

En varios casos, se identificó que el usuario no presentaba patología crónica confirmada o ya estaba siendo atendido por su EPS, por lo que se realizaron ajustes de prioridad y se orientó la continuidad del seguimiento según lineamientos. En los casos de mayor riesgo se reforzó la importancia del control médico oportuno, vacunación (influenza/neumococo según condición) y consulta inmediata ante signos de alarma.

Finalmente, 1.411 personas aceptaron seguimiento remoto dentro de la cohorte de Población Distrito Capital, como estrategia para garantizar la continuidad del acompañamiento en salud. De acuerdo con la clasificación realizada, los casos corresponden a CCVM (225), discapacidad (16), infancia (112), materno perinatal (96), salud mental (17) y población Distrito Capital (1411).

Según el nivel de riesgo identificado de las prioridades, se clasificaron 16 casos en riesgo alto, 54 en riesgo medio y 505 en riesgo bajo, lo que permitió orientar las acciones de seguimiento conforme a la priorización establecida.

A través de los seguimientos telefónicos, se identificaron condiciones de riesgo y se brindó orientación en salud, priorizando a personas con antecedentes de condiciones crónicas, vulnerabilidad social o barreras de acceso a los servicios. Si bien la mayoría de los usuarios no presentaban signos de alarma al momento del contacto, en algunos casos se evidenció riesgo de descompensación asociado a la ausencia de controles médicos oportunos o adherencia irregular al tratamiento dentro de la clasificación de condiciones crónicas.

Durante el seguimiento remoto se reforzó la educación en reconocimiento de signos de alarma, la importancia de la asistencia periódica a controles médicos, la adherencia al

tratamiento, el fortalecimiento de hábitos de vida saludable, el autocuidado en contexto de pico respiratorio y la consulta inmediata a urgencias ante la aparición de síntomas.

Una vez realizado el abordaje presencial (visita en campo) a los casos que aceptaron esta modalidad de atención, se evidencia la siguiente distribución para el grupo de riesgo Materno, cohorte priorizada dentro de la estrategia de ruteo.

Del total de casos con visita en campo realizada, se identifican los siguientes estados finales: Efectivo (usuario índice): 1569 casos; corresponden a visitas en las que se logró la identificación y atención efectiva del usuario índice, cumpliendo con los criterios definidos para una intervención exitosa. Fallido: 773 casos; representan el mayor volumen dentro de los casos no efectivos. Este resultado se asocia principalmente a: ausencia del usuario al momento de la visita, imposibilidad de contacto en el domicilio reportado, información de ubicación incompleta o desactualizada, restricciones de acceso al predio. No residencial / Predio de propiedad horizontal: 56 casos en los que se evidenció que el usuario no reside en la dirección reportada o el acceso al predio fue restringido por condiciones propias de la propiedad horizontal. Rechazado: 71 casos Corresponden a situaciones en las que, pese a haber aceptado inicialmente la visita, el usuario o su familia manifestó rechazo durante el abordaje presencial, ya sea por falta de interés, desconfianza o cambio en la disposición para recibir la atención.

Los casos fallidos se explican principalmente por barreras logísticas y de calidad de la información, especialmente relacionadas con direcciones incorrectas o desactualizadas, ausencia del usuario durante la visita y dificultades de acceso al domicilio. Estos factores coinciden con los hallazgos previos identificados en la fase de contacto telefónico, particularmente en los estados asociados a actualización de dirección e información errada.

Por su parte, los casos rechazados reflejan cambios en la disposición del usuario frente a la atención presencial, lo cual puede estar asociado a: falta de comprensión del alcance de la visita, temores o desconfianza frente a la intervención, percepción de no requerir atención posterior al contacto telefónico.

En respuesta a los resultados del abordaje presencial, se han implementado las siguientes acciones:

- Refuerzo de la validación de direcciones y condiciones de acceso durante el contacto telefónico previo a la visita.
- Ajuste los mensajes de sensibilización durante la llamada, explicando de manera clara el objetivo y alcance del modelo MAS Bienestar y de los Equipos MAS Bienestar en tu hogar.

- Reprogramación de visitas para los casos fallidos, cuando las condiciones lo permitan.
- Retroalimentación continua al equipo operativo para mejorar la efectividad del abordaje presencial. Gestión ruteo – Continuidad del Cuidado en el abordaje presencial (Corresponde a los casos cargados desde la SDS).

Tabla 5. Estado Final del Caso

ESTADO FINAL DEL CASO							
Grupo de riesgo	# Casos que aceptan atención o visita en campo	Efectivo (si es el usuario índice)	Fallido	No residencial Predio de propiedad horizontal	Rechazado	Total	Porcentaje de Efectividad (# casos aceptan atención + visita en campo / # casos con intervención efectiva)
Materno	849	175	389	19	36	675	57.9%
Infancia	1333	224	139	5	20	324	31.5%
Salud mental	256	20	55	0	2	76	30.9%
Cáncer	197	26	17	0	1	31	22.3%
Discapacidad	0	0	0	0	0	0	0
Crónicos	192	69	9	1	0	79	42.2%
Población general	2815	1055	164	31	12	1250	55.1%
TOTAL	5642	1569	773	56	71	2435	50.7%

Fuente: Módulo ruteo aplicativo GTAPS

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

Para la gestión del ruteo en la continuidad de los casos, para el abordaje presencial en la cohorte de infancia dentro de la efectividad de los casos que aceptan la atención desde el territorio , se encuentran una efectividad en la gestión del 31.5 % , evidenciado una respuesta favorable a la gestión territorial,; De estos, 224 casos corresponden a gestión efectiva con usuario índice. Sin embargo, 139 casos se identificaron como fallidos, asociados principalmente a la ausencia del usuario en el domicilio o la imposibilidad de encontrarlos en el domicilio. Adicionalmente 5 casos que no son residenciales y 20 rechazados, relacionados con la negativa del familiar a recibir la atención en el hogar.

En la cohorte de salud mental, se relacionan 256 casos que aceptaron la atención presencial, en los cuales 20 tienen una gestión final de usuario índice. Dentro de la misma gestión final , se identificaron 55 casos que están en un estado fallido y 2 casos rechazados.

En la cohorte de cáncer , durante el periodo de reporte se registraron 197 casos gestionados ; 57 casos con una gestión final de si es el usuario índice , 50 casos con estado de gestión fallidos, 8 casos rechazado. Con respecto a la cohorte de condiciones

crónicas, 362 casos con una gestión efectiva, 97 casos tienen una gestión final de si es el usuario índice , 40 casos fallidos.

Finalmente, para la población distrito capital, 5834 casos gestionados, 1411 casos con gestión final efectiva para el estado si es el usuario índice; 837 casos reportados fallidos, 62 correspondiente a predio de propiedad horizontal y 63 casos rechazados

En términos generales , los casos fallido se pueden asociar principalmente a la ausencia del usuario durante la visita, dificultades del acceso al predio, además de casos en los que la información proporcionada , dentro de la misma gestión para la gestión del estado de rechazado responden por decisiones que tienen los usuarios o sus familiares de no aceptar la atención presencial, en la que la necesidad se une a lo escrito en lo anterior frente a la actualización y validación de las direcciones, brindar información para evitar que no tengan un desconocimiento del programa y aumentar el deseo de aceptar el servicio durante el abordaje por parte del perfil que realiza la gestión

ACCESO

Durante la vigencia del convenio se ha venido consolidando un modelo de atención extramural y domiciliaria con avances significativos en la capacidad resolutiva del primer nivel, evidenciando una adecuada articulación operativa y asistencial. El proceso se centró en diferentes aspectos como lo es la gestión de ruteo, agendamiento colectivo e individual, agendamiento intramural, y en la atención domiciliaria por medicina general, lo que permitió abordar de manera oportuna condiciones agudas resolutivas y el manejo integral de enfermedades crónicas no transmisibles, favoreciendo la continuidad del cuidado en el entorno familiar. De forma complementaria, la participación de perfiles como enfermería, nutrición y educación en salud aportó al seguimiento clínico, la promoción de la salud y el fortalecimiento del autocuidado, consolidando un enfoque interdisciplinario. El análisis del estado de admisión refleja una gestión adecuada de los casos, con coherencia entre la priorización, la asignación de consultas y la ejecución de las atenciones, garantizando trazabilidad, oportunidad y alineación con los lineamientos de la Atención Primaria en Salud y la Resolución 3280 de 2018.

Durante el trimestre octubre–diciembre se registraron 2.805 atenciones, con un crecimiento significativo del 80,1 % entre octubre (619) y noviembre (1.115), seguido de una leve reducción del 4,0 % en diciembre (1.071), lo que indica una estabilización operativa en niveles altos, cerrando el periodo con un aumento acumulado del 73,0 % frente a octubre. Desde el análisis por perfil de EPS, se evidencia una alta concentración de la demanda en Capital Salud, que acumuló 2.429 atenciones, equivalentes al 86,6 % del total, manteniéndose como el asegurador dominante durante todo el periodo, aunque con una disminución relativa en diciembre (-12,0 % frente a noviembre), lo que sugiere una redistribución parcial de la carga. Famisanar presentó 247 atenciones (8,8 %) y un comportamiento claramente creciente, con un incremento del 147 % en diciembre,

consolidándose como el segundo perfil en relevancia y reflejando una mayor captación de usuarios o mejora en los flujos de agendamiento. El resto de las EPS (Sanitas, Salud Total, Compensar, Nueva EPS, FFDS, SURA, Coosalud y Aliansalud) mostraron participaciones individuales inferiores al 2 %, con volúmenes bajos y relativamente estables, lo que indica perfiles de demanda marginales y altamente dependientes de eventos puntuales más que de un flujo sostenido. Por perfil de servicio, la Atención por Medicina General concentró 2.638 atenciones (94,1 %), confirmándose como el eje central del modelo resolutivo y principal puerta de entrada al sistema, mientras que Enfermería representó solo el 2,0 %, y los perfiles de tamizaje para Treponema pallidum y VIH alcanzaron en conjunto cerca del 6 %, con una distribución homogénea entre noviembre y diciembre, lo que sugiere una demanda constante asociada a acciones de detección.

AGENDAMIENTO

Durante la vigencia del proceso se evidenciaron avances y logros relevantes en la gestión del agendamiento y la prestación de servicios, reflejados en una adecuada respuesta a las solicitudes realizadas y en la optimización de los tipos de consulta priorizados, con énfasis en aquellas de mayor impacto clínico y resolutivo. La principal dificultad se encuentra en la experticia que se debe desarrollar en el talento humano para realizar dichas actividades ya que la curva de aprendizaje es amplia y es acorde también a que el talento humano tiene como perfil base bachiller.

El análisis de la gestión de citas por EPS muestra una operación focalizada, que permitió mejorar la oportunidad en la asignación y fortalecer la cobertura en grupos etarios y poblaciones con condición prioritaria, como niñez, gestantes y personas con discapacidad, garantizando un enfoque diferencial e integral. Se identificaron servicios y especialidades con mayor demanda, lo que facilitó la toma de decisiones para el ajuste de la oferta y la priorización de agendas. El flujo de comunicación con las EPS se fortaleció mediante mecanismos de coordinación permanente, favoreciendo la asignación oportuna de citas y la resolución de incidencias operativas, así como la consolidación de acuerdos y compromisos orientados a mejorar el desempeño del proceso. Adicionalmente, se implementaron estrategias para incrementar la eficiencia del agendamiento, estandarizar procedimientos y optimizar tiempos de respuesta, y se formularon propuestas de mejora dirigidas a fortalecer la articulación con las EPS y la coordinación interna al interior de las SISS, con el fin de asegurar la continuidad, oportunidad y calidad en la atención.

Durante el periodo analizado se evidencia reflejado en el volumen de solicitudes por el equipo operativo es de (9.286), entendiendo de que no todo se obtiene un agendamiento efectivo por términos de afiliación, contratos, frecuencias de uso, y pertinencia en la solicitud del servicio; por ende no el 100% es posible su gestión, en este sentido se solicitó por el módulo de agendamiento operativo la siguiente relación:

Primera infancia (0 a 5 años): 425 solicitudes, concentradas principalmente en alteraciones del menor en primera infancia (163 casos), higiene oral (121) y pediatría, lo que evidencia un avance en la identificación temprana de riesgos en el desarrollo y en la captación oportuna de niños y niñas para servicios preventivos y de control, fortaleciendo la cobertura en este grupo prioritario mediante la articulación con las EPS para la asignación de citas básicas y especializadas.

• Infancia (6 a 11 años): Con 464 solicitudes, la demanda se centró en alteraciones del menor en infancia (130), higiene oral (135), tamizaje visual (108) y pediatría (28), reflejando una adecuada focalización del equipo operativo en servicios de promoción, prevención y detección temprana, así como una gestión activa de citas orientadas a evitar progresión de condiciones prevenibles.

• Adolescencia (12 a 17 años): Se registraron 343 solicitudes, principalmente por alteraciones propias de la adolescencia (105), higiene oral (96), tamizaje visual (78) y salud mental, evidenciando avances en la captación de esta población, tradicionalmente de baja demanda, mediante estrategias de búsqueda activa y priorización de servicios preventivos y psicosociales.

• Juventud (18 a 28 años): Se solicitaron 1.064 solicitudes, con mayor concentración en higiene oral (333), planificación familiar (114), tamizaje visual (234) y alteraciones de la juventud (182), lo que demuestra un fortalecimiento del acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, prevención y atención integral, apoyado en una coordinación más efectiva con las EPS para la asignación oportuna de citas.

• Adultez (29 a 59 años): Este grupo concentró la mayor demanda con 3.859 solicitudes, destacándose alteraciones de la adultez (969), higiene oral (918), tamizaje visual (754), programas de detección temprana de cáncer (CCU, mama, colon y próstata) y manejo de condiciones crónicas, lo que refleja avances significativos en cobertura, seguimiento de riesgo y priorización de servicios de alto impacto en salud pública.

• Vejez (60 años y más): Se tuvieron 3.131 solicitudes, principalmente en alteraciones de la vejez (541), higiene oral (553), tamizaje visual (595), crónico resolutivo y programas oncológicos, evidenciando un proceso consolidado de atención integral al adulto mayor, con énfasis en control de enfermedades crónicas, prevención de discapacidad y articulación sostenida con las EPS para garantizar continuidad en la atención.

Frente al agendamiento realizado en territorio por usuario TIPO 4 para el periodo se reportaron un total de 431 agendamientos evidencia una concentración significativa en los cursos de vida de adultez (42,5%) y vejez (40,6%), que en conjunto representan más del 80% de las solicitudes, lo que refleja una alta demanda de atención en población adulta y adulta mayor, principalmente asociada a necesidades de seguimiento, control y manejo de

condiciones crónicas. Los cursos de vida de juventud, infancia, primera infancia y adolescencia presentan una menor proporción de agendamientos, lo que sugiere una focalización del proceso en grupos etarios con mayor carga de morbilidad y requerimientos asistenciales continuos.

Desde la perspectiva del criterio epidemiológico, predomina la categoría población general, asociada principalmente a adultez y vejez, lo que indica una alta demanda de atenciones generales. No obstante, se destaca un volumen relevante de solicitudes relacionadas con familias con personas con condición crónica, especialmente en población adulta mayor, así como eventos prioritarios como familias con niños menores de 5 años, factores de riesgo psicosocial y eventos maternos y gestacionales, que, aunque menos frecuentes, requieren gestión prioritaria por su impacto sanitario y la necesidad de enfoques diferenciales en el agendamiento.

Como propuestas de mejora, se plantea fortalecer la coordinación con las EPS a través de canales de comunicación formales y permanentes, con acuerdos claros sobre tiempos de respuesta, criterios de priorización y mecanismos de retroalimentación. Al interior de las SISS, se propone consolidar espacios de articulación operativa entre los equipos de agendamiento, referencia y prestación del servicio, así como el uso de herramientas de monitoreo que permitan evaluar de manera continua el desempeño del proceso, identificar cuellos de botella y realizar ajustes oportunos para garantizar mayor eficiencia, oportunidad y continuidad en la atención.

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)	8986	838	8148
Agenda en unidades básicas resolutivas de usuarios **tipo 4** realizadas por gestores y profesionales.	336	333	3
Agenda de profesionales de los Equipos MAS Bienestar para atención individual en domicilio.	2954	2954	0

Total	**12276**	**4125**	**8151**

Fuente: Aplicativo GTAPS módulo de agendamiento.

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

Seguimiento a las citas agendadas

El análisis del agendamiento evidencia avances relevantes en el cumplimiento de las citas, asociados principalmente a la disponibilidad de recursos asistenciales, la gestión activa del seguimiento y la comunicación oportuna con los usuarios. Las citas agendadas por los Equipos MAS Bienestar para atención domiciliaria individual han tenido una alta efectividad por encima del 90%. En el caso de las citas gestionadas por el gestor en línea y por gestores o profesionales tipo 4, se observa un cumplimiento mayoritario, apoyado por estrategias como la confirmación previa, el contacto telefónico y la priorización de casos, lo que ha permitido mejorar la adherencia y reducir pérdidas de agenda.

No obstante, persisten eventos de inasistencia y citas pendientes por seguimiento, principalmente en los procesos de agendamiento centralizado, asociados a barreras como dificultades de contacto con el usuario, cambios en la disponibilidad del paciente, condiciones socioeconómicas, limitaciones de movilidad y falta de confirmación oportuna. Frente a estas situaciones, se han implementado acciones como la reprogramación priorizada, el fortalecimiento del seguimiento activo y la depuración de bases de datos. Con base en el análisis de las causas, se identifican oportunidades de mejora orientadas a intensificar los recordatorios multicanal, fortalecer la educación al usuario sobre la importancia de la asistencia, optimizar los tiempos de confirmación y consolidar un seguimiento más sistemático de las citas no atendidas, con el fin de reducir la inasistencia y mejorar la eficiencia global del proceso.

Adicionalmente, se identifica que en algunos casos las citas no logran ser agendadas bajo la modalidad tipo 4 debido a limitaciones operativas relacionadas con la disponibilidad de agenda y, principalmente, a inconsistencias o desactualización de los datos de contacto de los usuarios. Estas dificultades afectan la efectividad del seguimiento, reducen la posibilidad de confirmación oportuna y generan reprocesos en la gestión, por lo que se reconoce la necesidad de fortalecer la calidad de la información de contacto y los mecanismos de actualización permanente para mejorar la trazabilidad y el cierre efectivo de las citas.

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 de la línea de usuarios que capitán con la SISS.	1198	537	140	3	185	1198
Citas Agendadas por el gestor de bienestar o profesional - Tipo 4	431	289	98	1	83	431
Citas agendadas de profesionales de los Equipos MAS Bienestar para atención individual en domicilio.	2954	2887	0	0	0	2964

Fuente aplicativo GTAPS- Base agendamiento corte a XX

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

4.3.2 Abordaje Territorial: Gestor MAS Bienestar

A continuación, se reporta la gestión de predios en los diferentes estados, aclarando que la información reportada corresponde únicamente a los reportado por los Gestores de más Bienestar y por localidad.

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

LOCALIDAD	TOTAL PREDIOS GESTIONADOS POR LOS GESTORES	TOTAL DE PREDIOS CON GESTIÓN EFECTIVA	TOTAL DE PREDIOS CON GESTIÓN FALLIDA	TOTAL DE PREDIOS CON GESTIÓN EN ESTADO RECHAZADOS	TOTAL DE PREDIOS CON GESTIÓN EN ESTADO NO RESIDENCIAL	TOTAL DE PREDIOS CON GESTIÓN EN AUSENTES
19- Ciudad Bolívar	14877	14656	103	82	60	193
05- Usme	10008	9646	124	90	94	188
06- Tunjuelito	2715	2684	33	20	4	12
20- Sumapaz	244	243	0	0	0	1

Total	27884	27229	260	192	158	394

Fuente: Base de Datos Geográfica Subred Sur GDB dataset Abordaje Territorial - Acumulado 25-12-2025

Como se observa en la tabla anterior la mayor parte del abordaje se ha realizado en la localidad de Ciudad Bolívar, ya que es la localidad con mayor número de población, de territorios, y en donde se reportan la mayor cantidad de necesidades en salud para el abordaje de carácter prioritario. En todas las localidades se evidencia bajo reporte de los diferentes estados al efectivo, siendo el estado de ausente el de mayor reporte, esto se da en la espera del promotor de poder volver hacer el intento en el predio para poder recuperar la visita y hacerla efectiva mientras desarrolla sus actividades en las manzanas que se encuentran a su alrededor, en el caso de la localidad de Sumapaz el reporte está dado principalmente en los predios efectivos ya que allí las visitas o acercamientos se hacen a casos ya identificados en abordajes pasados o por bases en donde se agendan los casos a atender.

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**
5- Usme	10.883	1.618	13.158	434	1906	18.818	10.883	13.158
6- Tunjuelito	4.031	554	5.061	208	797	4.056	4.031	5.061
19- Ciudad Bolívar	15.954	2.941	20.302	666	2.776	16.860	15.954	20.302
20- Sumapaz	63	343	274	10	128	162	63	274
Total	30.931	5.456	38.795	1.318	5.607	39896	30.931	38.795

Fuente :Sistema Gestión de Información, EMBH, Subred Sur, Octubre 01 al 31 de Diciembre.

En la Tabla correspondiente a las prioridades identificadas se presenta el consolidado de las caracterizaciones y actualizaciones familiares realizadas por los Equipos MÁS Bienestar en tu Hogar (EMBH) de la Subred Sur, durante el periodo comprendido entre el 01 de octubre y el 31 de diciembre, con información desagregada por localidad.

Durante el periodo de reporte se registró un total de 30.931 familias caracterizadas por gestor, concentrándose el mayor volumen en la localidad de Ciudad Bolívar, con 15.954 familias, seguida de Usme con 10.883, Tunjuelito con 4.031 y Sumapaz con 63 familias, comportamiento que se encuentra directamente relacionado con la densidad poblacional, extensión territorial y condiciones socioeconómicas de cada localidad en el ámbito de intervención de la Subred Sur.

En cuanto a la actualización de la información, se reportaron 5.456 familias con datos actualizados, lo cual evidencia el desarrollo de acciones de seguimiento, validación y ajuste de la caracterización familiar por parte de los equipos en territorio. Estas acciones permitieron la caracterización y actualización de información de 38.795 individuos, fortaleciendo la base de datos poblacional requerida para la planeación, priorización y ejecución de intervenciones en salud en el marco del modelo MAS Bienestar.

De acuerdo con los criterios establecidos en el modelo de gestión extramural, las familias fueron clasificadas según su nivel de prioridad en salud, identificando 1.318 familias en prioridad alta, 5.607 en prioridad media y 39.896 en prioridad baja. Esta distribución refleja que, aunque la mayoría de los hogares caracterizados presenta condiciones relativamente estables, existe un número significativo de familias con condiciones de riesgo que requieren seguimiento diferenciado e intensificado, especialmente aquellas clasificadas en prioridad alta y media.

Al analizar la clasificación por localidad, se observa que Ciudad Bolívar concentra el mayor número de familias clasificadas en prioridad alta (666) y prioridad media (2.776), seguida de Usme, con 434 familias en prioridad alta y 1.906 en prioridad media. Tunjuelito reporta 208 familias en prioridad alta y 797 en prioridad media, mientras que Sumapaz registra 10 familias en prioridad alta y 128 en prioridad media, lo cual resulta coherente con la magnitud poblacional, la dispersión territorial y las particularidades rurales de esta localidad.

Finalmente, en relación con el acumulado de la vigencia, se reporta un total de 30.931 familias caracterizadas y 38.795 individuos caracterizados, evidenciando el avance sostenido en el proceso de caracterización, priorización y gestión del riesgo en salud, así como el impacto de la intervención territorial desarrollada por los Equipos MÁS Bienestar en tu Hogar de la Subred Sur durante el periodo evaluado.

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	0	0	0	0	0	0
Telefónicos	11	11	623	623	0	0
Total	11	11	623	623	0	0

Fuente :Sistema Gestión de Información, EMBH, Subred Sur.

Durante el periodo evaluado, se proyectaron y realizaron 11 seguimientos a familias clasificadas con prioridad alta, los cuales se concentraron en hogares con integrantes con condiciones crónicas sin control. No obstante, este número resulta bajo frente al total de familias identificadas en este nivel de prioridad, evidenciándose una brecha entre la necesidad de seguimiento y la capacidad de ejecución durante el periodo.

Así mismo, se proyectaron y realizaron 623 seguimientos a familias con prioridad media, concentrando la mayor proporción de las acciones desarrolladas. Esta situación explica que los seguimientos ejecutados se hayan orientado principalmente a este grupo poblacional, mientras que el abordaje a las familias de prioridad alta fue limitado.

La baja ejecución de seguimientos a familias con prioridad alta se asocia principalmente a limitaciones operativas durante el periodo, relacionadas con la asignación de casos, la disponibilidad del talento humano y la priorización de actividades de caracterización y actualización de información, lo cual impactó la posibilidad de realizar un mayor número de seguimientos, especialmente aquellos que requieren mayor tiempo e intensidad.

No se registraron seguimientos a familias con prioridad baja, dado que este grupo presenta menor riesgo y su abordaje puede ser programado en periodos posteriores, una vez fortalecida la ejecución de seguimientos a las prioridades alta y media.

4.4. PLANES DE BIENESTAR

En el marco del modelo MAS bienestar, los planes de bienestar se convierten en el mecanismo a través del cual se aperturan o se da continuidad de forma integral a los casos que presentan prioridades con riesgo alto. A continuación se relacionan las familias que han sido priorizados para el abordaje por parte de perfiles complementarios:

Tabla 11. Relación de familias priorizados para desarrollarse planes de bienestar en las localidades de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur durante el periodo de octubre a diciembre del año 2025

PRIORIDAD	CASOS ASIGNADOS (todas las fuentes, incluye derivaciones)	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)
GESTANTES	454	290	1077	310	879	1,2	23	7
MENOR DE 5 AÑOS	5346	123	402	123	572	0,7	2	116
CRÓNICOS	2596	1030	3020	632	1750	1.5	0	2232
SALUD MENTAL	356.346	609.748	609.748	623	104.364	69%	129	263.656
DISCAPACIDAD	1800	464	1328	227	754	49 %	0	1336
LIMTACION FUNCONAL	365	67	300	64	295	96%	0	298
SOLEDAD SOCIAL	6222	262	262	78	78	30%	0	5960
CÁNCER	0	0	0	0	0	0	0	0
ENFERMEDADES HUÉRFANAS	0	0	0	0	0	0	0	0

Fuente: Descargas aplicativo GTAPS Subred Sur periodo octubre a diciembre del año 2025

- GESTANTES:

En lo que respecta a la cohorte de gestantes, se evidencia la implementación de planes de bienestar a través de tres estrategias principales, orientadas a la promoción de la salud, la prevención de riesgos y el fortalecimiento del cuidado integral:

· Estrategia Gestantes con más Bienestar.

- Estrategia Ángeles Guardianes.
- Estrategia “Si la sífilis gestacional se previene, tu bebé se protege”.

Estas estrategias permiten articular acciones de seguimiento, educación y acompañamiento, contribuyendo al fortalecimiento de la atención integral y a la reducción de riesgos en la población materno-infantil.

De manera acumulada desde el 01/01/2025 hasta la fecha de reporte, se han concertado 1.077 PDB, lo que refleja un alto volumen de acciones de intervención y seguimiento desarrolladas. En el período evaluado se concertaron 310 PDB, demostrando continuidad en la ejecución de las actividades planificadas.

En relación con el cierre de las acciones, se reportan 879 PDB cerrados de forma acumulada, alcanzando un indicador de 1,2 PDB cerrados por caso concertado, lo cual sugiere un adecuado nivel de resolución de las intervenciones definidas para la cohorte. No obstante, se identifican 23 PDB activos con más de seis sesiones de implementación, lo que podría asociarse a casos de mayor complejidad que requieren seguimiento prolongado, intervenciones reiteradas o articulación con otros actores del sistema de salud.

Finalmente, se registran 7 casos pendientes, que representan una proporción mínima frente al total de casos asignados, evidenciando una gestión efectiva de la cohorte. Sin embargo, estos casos requieren seguimiento prioritario para identificar posibles barreras relacionadas con el contacto, la concertación o el cierre oportuno de las acciones.

- M

4.4.1 Materno

En lo que respecta a la cohorte materna, se evidencia que se desarrollan planes de bienestar a través de 3 estrategias principales:

- Estrategia Gestantes con más bienestar.

En lo que concierne a esta estrategia, se tienen en cuenta las usuarias priorizadas por presentar VIH gestacional, hepatitis B gestacional, gestación con malnutrición y familias con gestantes. Durante el mes de octubre de 2025 se intervinieron 169 familias; en noviembre

de 2025, 48 familias nuevas; y en diciembre de 2025, 76 familias nuevas, para un total de 293 familias intervenidas en el periodo analizado. Es importante aclarar que, para el mes de octubre, se incluyeron familias con aperturas realizadas en meses anteriores.

El perfil de morbilidad de esta población se caracteriza por la presencia de condiciones clínicas y sociales que incrementan el riesgo materno-perinatal y que requieren un seguimiento integral. En el caso de las gestantes con VIH, se identifican riesgos asociados a la transmisión vertical, anemia, bajo peso al nacer, parto pretérmino y posibles complicaciones relacionadas con la adherencia o el inicio tardío de su tratamiento. Las gestantes con hepatitis B presentan riesgo de transmisión perinatal y posibles alteraciones hepáticas, lo que hace necesario un manejo oportuno, la profilaxis neonatal y el seguimiento de la función hepática. Por su parte, las gestantes con malnutrición presentan mayor probabilidad de anemia, infecciones, restricción del crecimiento intrauterino, bajo peso al nacer, parto pre término y complicaciones durante el puerperio. Finalmente, las familias con gestantes se encuentran expuestas a determinantes sociales adversos, barreras de acceso a los servicios de salud, riesgo de inasistencia a los controles prenatales y dificultades en la adherencia a tratamientos y recomendaciones.

En conjunto, esta población presenta un alto riesgo obstétrico y social, por lo cual se clasifica predominantemente como gestantes de alto riesgo. Lo que exige que desde Los Equipos MAS Bienestar en tu Hogar se realice un abordaje interdisciplinario, un seguimiento continuo y una adecuada articulación con la ruta materno-perinatal, con el fin de disminuir las complicaciones y mejorar los desenlaces en salud materna y perinatal.

- Estrategia Ángeles Guardianes.

En lo que concierne a esta estrategia se tienen en cuenta las usuarias priorizadas por morbilidad materna extrema. Se encuentran 85 familias intervenidas durante el mes de octubre del 2025, 26 familias nuevas intervenidas durante el mes de noviembre del 2025 y 23 familias nuevas intervenidas durante el mes de diciembre del 2025, para un total de 234 familias para el periodo analizado. Es de aclarar que para el mes de octubre se tuvieron en cuenta las familias con aperturas anteriores al mes en mención.

- Estrategia Sí la sífilis gestacional se previene, tu bebe se protege:

Esta estrategia se centra en las usuarias con sífilis gestacional. Se encuentran 52 familias intervenidas durante el mes de octubre del 2025, 11 familias nuevas intervenidas durante el mes de noviembre del 2025 y 8 familias nuevas intervenidas durante el mes de diciembre del 2025, para un total de 71 familias para el periodo analizado. Es de aclarar que para el

mes de octubre se tuvieron en cuenta las familias con aperturas anteriores al mes en mención.

En éste sentido, a continuación se presenta una relación de familias con gestantes intervenidas por estrategia de abordaje:

Tabla 12. Relación de familias priorizadas por gestación para desarrollarse planes de bienestar en las localidades de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur durante el periodo de octubre a diciembre del año 2025

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	2554	162	719	184	595	1,2	8	
Estrategia Ángeles Guardianes	57	82	245	93	210	1,1	12	0
Estrategia Sí la sífilis gestacional se previene, tu bebe se	70	46	113	33	74	1,5	3	7

protege.								

Fuente: Descargas aplicativo GTAPS Subred Sur periodo octubre a diciembre del año 2025

Acorde al anterior cuadro se puede evidenciar teniendo en cuenta la estrategia que:

- Estrategia Gestantes con más bienestar.

Se puede encontrar que para el mes de octubre del 2025 se tuvo tiene una concertación de 38 planes de bienestar familiar y 52 familias con cierre de plan de bienestar, lo que denota transformaciones de las familias intervenidas en éste periodo.

Así mismo, para el mes de noviembre del 2025 se tuvo tiene una concertación de 48 planes de bienestar familiar y 77 familias con cierre de plan de bienestar, lo que denota transformaciones de las familias intervenidas en éste periodo.

Por otro lado, para el mes de diciembre del 2025 se tuvo tiene una concertación de 76 planes de bienestar familiar y 55 familias con cierre de plan de bienestar, lo que denota transformaciones de las familias intervenidas en éste periodo.

Desde otro ámbito, se encuentran solamente 8 familias con más de 6 intervenciones en cuyos casos se ha observado la necesidad de aumentar las intervenciones.

- Estrategia Ángeles Guardianes.

Se puede encontrar que para el mes de octubre del 2025 se tuvo tiene una concertación de 33 planes de bienestar familiar y 15 familias con cierre de plan de bienestar, lo que denota transformaciones de las familias intervenidas en éste periodo.

Así mismo, para el mes de noviembre del 2025 se tuvo tiene una concertación de 26 planes de bienestar familiar y 40 familias con cierre de plan de bienestar, lo que denota transformaciones de las familias intervenidas en éste periodo.

Por otro lado, para el mes de diciembre del 2025 se tuvo tiene una concertación de 23 planes de bienestar familiar y 38 familias con cierre de plan de bienestar, lo que denota transformaciones de las familias intervenidas en éste periodo.

Desde otro ámbito, se encuentran solamente 12 familias con más de 6 intervenciones en cuyos casos se ha observado la necesidad de aumentar las intervenciones.

- Estrategia Sí la sífilis gestacional se previene, tu bebe se protege:

Se puede encontrar que para el mes de octubre del 2025 se tuvo tiene una concertación de 27 planes de bienestar familiar y 3 familias con cierre de plan de bienestar, observando gran priorización de casos para el mes analizado.

Así mismo, para el mes de noviembre del 2025 se tuvo tiene una concertación de 11 planes de bienestar familiar y 19 familias con cierre de plan de bienestar, lo que denota transformaciones de las familias intervenidas en éste periodo.

Por otro lado, para el mes de diciembre del 2025 se tuvo tiene una concertación de 8 planes de bienestar familiar y 11 familias con cierre de plan de bienestar, lo que denota transformaciones de las familias intervenidas en éste periodo.

Desde otro ámbito, se encuentran solamente 3 familias con más de 6 intervenciones en cuyos casos se ha observado la necesidad de aumentar las intervenciones.

4.4.2 Infancia

En la cohorte de infancia se evidencia la implementación de planes de bienestar orientados en la promoción de la salud y la prevención de los riesgos , a través del fortalecimiento cuidado integral de esta población , mediante el desarrollo de tres estrategias principales, Estrategia Ángeles Kids, Estrategia para la prevención, manejo y control de la Infección Respiratoria Aguda (IRA) y Enfermedad Diarreica Aguda EDA: Alto riesgo respiratorio y gastrointestinal y seguimiento a la Recuperación Nutricional.

De igual forma, se evidencia que desde el 01 de octubre de 2025 hasta la fecha de reporte, se han concertado 402 planes de bienestar en la cohorte de infancia , lo que refleja un alto volumen de acciones de intervención y seguimiento desarrolladas. Durante el período evaluado se concertaron 123 planes de bienestar, demostrando continuidad en la ejecución de las actividades planificadas.

En relación con el cierre de las acciones, se reportan 572 intervenciones de forma acumulada, alcanzando un indicador de 0,7 de planes de bienestar cerrados por caso concertado. En el

apartado de infancia, se especifican cada una de las estrategias desarrolladas y el respectivo análisis.

El desarrollo de los planes de bienestar a través de 3 estrategias principales se encuentra de la siguiente manera:

· Estrategia Ángeles Kids:

Esta estrategia prioriza niños y niñas menores de un año con condiciones de alto riesgo, tales como bajo peso al nacer sin adherencia al Programa Madre Canguro, hipotiroidismo congénito, defectos congénitos, morbilidad neonatal, ausencia de control posterior al nacimiento, tamizaje endocronometabólico positivo, sífilis congénita y dificultades en el proceso de lactancia materna en menores de un mes.

De acuerdo a ello, se encuentran 8 familias intervenidas durante el mes de octubre del 2025, 5 familias nuevas intervenidas durante el mes de noviembre del 2025 y 1 familias nuevas intervenidas durante el mes de diciembre del 2025, para un total de 14 familias para el periodo analizado. Es de aclarar que para el mes de octubre se tuvieron en cuenta las familias con aperturas anteriores al mes en mención.

Estrategia para la prevención, manejo y control de la Infección Respiratoria Aguda (IRA) y Enfermedad Diarreica Aguda EDA: Alto riesgo respiratorio y gastrointestinal En el marco de la estrategia se intervinieron 3 familias intervenidas durante el mes de octubre del 2025, para un total de 3 familias para el periodo analizado. Es de aclarar que para el mes de octubre se tuvieron en cuenta las familias con aperturas anteriores al mes en mención.

· Estrategia De Seguimiento a la Recuperación Nutricional:

En lo que concierne a esta estrategia se tienen en cuenta los usuarios priorizados por:

1. Niños y niñas menores de 5 años con desnutrición aguda moderada o severa.

2. Niños y niñas menores de 5 años con riesgo a desnutrición aguda.

3. Seguimiento a Familias con niños y niñas menores de 5 años con obesidad.

De acuerdo a ello, se encuentran 23 familias intervenidas durante el mes de octubre del 2025, 9 familias nuevas intervenidas durante el mes de noviembre del 2025 y 106 familias

nuevas intervenidas durante el mes de diciembre del 2025, para un total de 138 familias para el periodo analizado. Es de aclarar que para el mes de octubre se tuvieron en cuenta las familias con aperturas anteriores al mes en mención. De las 138 familias intervenidas, se encontró que 49 se encuentran en peso adecuado para la talla, 58 en riesgo de desnutrición aguda, 4 en riesgo de sobrepeso, 3 en sobrepeso, 21 en desnutrición aguda moderada y 3 en desnutrición aguda severa.

En éste sentido, a continuación se presenta una relación de familias menores de 5 años intervenidos por estrategia de abordaje:

Tabla 13. Relación de familias priorizadas por infancia para desarrollarse planes de bienestar en las localidades de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur durante el periodo de octubre a diciembre del año 2025

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 Ángeles Kids	13	7	33	12	55	0,6	1	1
Estrategia para la prevención,	1	0	10	3	11	0,9	0	1

manejo y control de la Infección Respiratoria Aguda (IRA) y Enfermedad Diarreica Aguda EDA: Alto riesgo respiratorio y gastrointestina								
Estrategia De Seguimiento a la Recuperación Nutricional.	116	116	359	108	506	0,7	1	114

Fuente: Descargas aplicativo GTAPS Subred Sur periodo octubre a diciembre del año 2025

Acorde al anterior cuadro se puede evidenciar acorde a la estrategia que:

· Estrategia Ángeles Kids:

Se puede encontrar que para el mes de octubre del 2025 se tuvo tiene una concertación de 1 planes de bienestar familiar y 1 familias con cierre de plan de bienestar, lo que denota transformaciones de las familias intervenidas en éste periodo.

Así mismo, para el mes de noviembre del 2025 se tuvo tiene una concertación de 5 planes de bienestar familiar y 6 familias con cierre de plan de bienestar, lo que denota transformaciones de las familias intervenidas en éste periodo.

Por otro lado, para el mes de diciembre del 2025 se tuvo tiene una concertación de 1 planes de bienestar familiar y 5 familias con cierre de plan de bienestar, lo que denota transformaciones de las familias intervenidas en éste periodo.

Desde otro ámbito, se encuentran solamente 1 familia con más de 6 intervenciones en cuyos casos se ha observado la necesidad de aumentar las intervenciones.

· Estrategia para la prevención, manejo y control de la Infección Respiratoria Aguda (IRA) y Enfermedad Diarreica Aguda EDA: Alto riesgo respiratorio y gastrointestinal:

Se puede encontrar que para el mes de octubre del 2025 se tuvo tiene una concertación de 0 planes de bienestar familiar y 1 familias con cierre de plan de bienestar, lo que denota transformaciones de las familias intervenidas en éste periodo.

Así mismo, para el mes de noviembre del 2025 se tuvo tiene una concertación de 0 planes de bienestar familiar y 1 familias con cierre de plan de bienestar, lo que denota transformaciones de las familias intervenidas en éste periodo.

Por otro lado, para el mes de diciembre del 2025 se tuvo tiene una concertación de 0 planes de bienestar familiar y 1 familias con cierre de plan de bienestar, lo que denota transformaciones de las familias intervenidas en éste periodo.

Desde otro ámbito, no se encuentran familias con más de 6 intervenciones en cuyos casos se ha observado la necesidad de aumentar las intervenciones.

· Estrategia De Seguimiento a la Recuperación Nutricional:

Se puede encontrar que para el mes de octubre del 2025 se tuvo tiene una concertación de 1 planes de bienestar familiar y 16 familias con cierre de plan de bienestar, lo que denota transformaciones de las familias intervenidas en éste periodo.

Así mismo, para el mes de noviembre del 2025 se tuvo tiene una concertación de 9 planes de bienestar familiar y 36 familias con cierre de plan de bienestar, lo que denota transformaciones de las familias intervenidas en éste periodo.

Por otro lado, para el mes de diciembre del 2025 se tuvo tiene una concertación de 106 planes de bienestar familiar y 15 familias con cierre de plan de bienestar, lo que denota transformaciones de las familias intervenidas en éste periodo. En éste sentido, de los 15 cierres, se evidencian 9 en peso adecuado, 5 en riesgo de desnutrición y 1 con desnutrición aguda moderada que si bien se identifica una leve ganancia de peso en comparación con la intervención anterior, el patrón de crecimiento permanece lento para su edad, lo que indica una recuperación nutricional demorada, presentaba prematurez extrema de antecedente.

Desde otro ámbito, se encuentran solamente 1 familia con más de 6 intervenciones en cuyos casos se ha observado la necesidad de aumentar las intervenciones.

· Otras estrategias

Para la cohorte de infancia se encuentra el desarrollo de otras estrategias transversales, como lo son:

- Estrategia Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia – AIEPI

- Estrategia de consejería en Lactancia Materna y Alimentación Complementaria.

- Estrategia promoción de la Alimentación Saludable.

En lo que respecta a usuarios de la cohorte de infancia intervenidos por éstas estrategias, para el periodo de octubre a diciembre del 2025, se realizó concertación de planes de bienestar de 289 familias. Así mismo, se tuvieron 248 cierres de planes de bienestar.

4.4.3 Condiciones crónicas

Durante el periodo de reporte acumulado; la implementación de planes de bienestar registra un total de 2596 casos asignados de todas las fuentes, en la cual se observa un aumento en la carga operativa , empleando una demanda constante para las acciones de seguimiento, concertación e intervención en el marco de la gestión de los casos

Con respecto a los cierres de planes de bienestar , se reportaron 632 PDB, con cierre durante el mes de reporte , con un acumulado de 1750 PDB calculando como la relación entre el acumulado de PDB cerrados y el acumulado de PDB concertados, es de un 65.8% que representa el avance de los cierres de los planes concertados durante el periodo; en lo que respecta una razón de 1.5 representando la brecha de gestión operativa frente a los casos.

Durante el periodo evaluado no se registraron PDB activos con más de 6 sesiones de implementación, lo cual representa una adecuada rotación de los planes de bienestar.

Finalmente queda un pendiente de 2332 casos , provenientes de todas las fuentes , en los cuales se podrá ver una alta rotación de los casos para la gestión de las acciones de seguimiento , concertación e intervención en el marco de la gestión de los casos de este grupo de riesgo.

Para el periodo acumulado se logra con respecto a la activacion de rutas a las eapbs de la poblacion descrita para la alteraciones cardiovasculares y metabolicas

4.4.4 Salud mental

Se realiza análisis de las diferentes estrategias implementadas durante el periodo de reporte, a partir de los indicadores relacionados con la concertación y cierre de los Planes de Bienestar (PDB). Así mismo, se analizan los porcentajes de PDB con cierre en la vigencia, como un indicador principal de la efectividad en la gestión y culminación de los procesos de atención. Este análisis nos permite identificar avances, y oportunidades de mejora en la ejecución de cada estrategia, aportando para la toma de decisiones y el fortalecimiento de la intervención.

Tabla 14. Estrategias Implementadas

Estrategias	CASOS ASIGNADOS Todas las fuentes	PDB CONCERTADOS EN EL PERIODO DE REPORTE	PDB CONCERTADOS EN LA VIGENCIA-ACUMULADO (Desde 01/10/2025 a la fecha de reporte)	PDB CON CIERRE EN EL MES DE REPORTE	PDB CON CIERRE EN LA VIGENCIA-ACUMULADO (Desde 01/10/2025 a la fecha de reporte)	% DE PDB CON CIERRE (Acumulado de PDB Concertado / Acumulado de PDB con cierre)	PDB ACTIVOS CON MÁS DE 6 SESIONES DE IMPLEMENTACIÓN	CASOS PENDIENTES Todas las fuentes
Estrategia Confróntate 7	0	45	45	2	5	11%	0	0
Estrategia Fortalecimiento de las Pautas de Crianza	243	243	243	34	57	23%	1	0
Estrategia Apoyo psicológico en casos de duelo	2.019	267	267	14	41	15%	0	271

Estrategia acompañamiento integral en salud para las mujeres.	107	48	48	0	0	0%	0	0
Estrategia Adolescentes con MAS Bienestar.	0	0	0	0	0	0	0	0
Estrategia de Acompañamiento psicosocial	5.081	6.748	6.748	573	1.364	20%	128	2.795
Estrategia de Habilidades para la vida en adolescentes y jóvenes.	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	7450	7351	7351	623	1467	0,69	129	3066

Fuente: VSP consolidad, Base maestra, ruteo - GTAPS.

Durante el periodo de reporte se desarrollaron procesos de intervención en salud mental a través de diversas estrategias orientadas al acompañamiento psicosocial, fortalecimiento familiar, atención a situaciones de duelo y apoyo integral a poblaciones priorizadas. En total, se concertaron 7.351 procesos de intervención en la vigencia analizada, concentrándose principalmente en la estrategia de acompañamiento psicosocial, que representó más del 90 % de los casos atendidos.

El acompañamiento psicosocial se consolidó como el eje central de la intervención en salud mental, con 6.748 procesos iniciados, lo que evidencia que la mayor demanda de las familias se relaciona con necesidades de contención emocional, manejo de crisis cotidianas, fortalecimiento de redes de apoyo y orientación frente a problemáticas familiares complejas. De estos procesos, 1.364 lograron cierre durante la vigencia, reflejando un avance del 20,2 %, mientras que 2.795 permanecen activos, lo que muestra una alta carga operativa sostenida para los equipos.

En segundo lugar, la estrategia de fortalecimiento de las pautas de crianza abordó 243 procesos de intervención orientados a mejorar las dinámicas familiares, prácticas de cuidado y habilidades parentales. Durante el periodo se logró el cierre de 57 procesos, equivalente al 23,5 %, constituyéndose en la estrategia con mayor proporción de culminación, lo que sugiere mayor facilidad para completar los ciclos de intervención y una adecuada adherencia de las familias a los procesos de acompañamiento.

El apoyo psicológico en casos de duelo atendió 267 procesos, enfocados principalmente en la contención emocional ante pérdidas familiares, fallecimientos y situaciones de alta carga emocional. De estos, 41 procesos fueron cerrados, correspondiente al 15,4 %, lo que indica que una parte importante de las familias continúa en proceso de acompañamiento, coherente con la naturaleza prolongada de este tipo de intervenciones.

Por su parte, la estrategia Confróntate 7 reportó 45 procesos de intervención, de los cuales solo 5 lograron cierre (11,1 %), evidenciando una baja culminación de procesos frente a los casos iniciados, lo que podría asociarse a dificultades de adherencia, complejidad de los casos o necesidad de mayor seguimiento por parte de los equipos.

La estrategia de acompañamiento integral en salud para las mujeres registró 48 procesos iniciados sin cierres durante la vigencia, lo que refleja que los abordajes se encuentran en fases tempranas o que los procesos requieren mayor tiempo de intervención antes de su culminación.

Finalmente, no se registraron intervenciones en las estrategias dirigidas a adolescentes con Más Bienestar ni en habilidades para la vida en adolescentes y jóvenes, evidenciando ausencia de ejecución en estas líneas durante el periodo evaluado.

De manera global, el análisis muestra que la intervención en salud mental se concentra principalmente en el acompañamiento psicosocial, que absorbe la mayor demanda territorial, mientras que las demás estrategias cumplen un rol complementario orientado a problemáticas específicas. No obstante, los niveles de cierre se mantienen entre el 0 % y el 23,5 %, lo que indica que gran parte de los procesos continúan activos, reflejando tanto la complejidad de las situaciones familiares abordadas como la necesidad de fortalecer los mecanismos de seguimiento y culminación de los procesos.

Tabla. Consolidado general de avance de las estrategias de salud mental

Estrategia	Procesos iniciados	Procesos cerrados	% de avance
Acompañamiento psicosocial	6.748	1.364	**20,2 %**
Fortalecimiento de pautas de crianza	243	57	**23,5 %**
Apoyo psicológico en duelo	267	41	**15,4 %**
Confróntate 7	45	5	**11,1 %**
Acompañamiento integral a mujeres	48	0	**0 %**
Otras estrategias	0	0	**0 %**
Total	**7.351**	**1.467**	**20,0 %**

Familias que culminan los procesos de intervención en salud mental

Durante el periodo analizado se intervinieron 7.351 familias, de las cuales 1.467 culminaron sus procesos de intervención, lo que representa un avance global del 20,0 %.

Este resultado evidencia que una quinta parte de los procesos concertados logró cierre efectivo dentro de la vigencia, concentrándose principalmente en las estrategias de acompañamiento psicosocial y fortalecimiento de pautas de crianza, que aportaron conjuntamente más del 95 % de los cierres registrados. No obstante, el alto volumen de procesos activos refleja la continuidad de las necesidades psicosociales en el territorio y la naturaleza progresiva de este tipo de intervenciones.

Familias que mejoraron sus habilidades de afrontamiento tras la intervención en salud mental

Teniendo en cuenta que la culminación de los procesos de intervención implica el logro de objetivos terapéuticos y de fortalecimiento emocional y familiar, los 1.467 cierres registrados constituyen el principal reflejo del mejoramiento en las capacidades de afrontamiento de las familias acompañadas.

En este sentido, el comportamiento del indicador muestra un avance del 20,0 %, coherente con los procesos finalizados, destacándose especialmente:

- Fortalecimiento de pautas de crianza, con el mayor porcentaje de cierre (23,5 %), asociado al desarrollo de habilidades parentales y relacionales.
- Acompañamiento psicosocial, como principal contribuyente en volumen absoluto de familias con fortalecimiento emocional y resolución de situaciones psicosociales.

Este comportamiento sugiere que las estrategias implementadas están generando avances progresivos en la autonomía familiar y en la capacidad de afrontamiento frente a situaciones de crisis, aunque persiste la necesidad de fortalecer los procesos de seguimiento para incrementar los niveles de culminación efectiva.

El componente de Salud Mental evidencia una alta demanda territorial, concentrada principalmente en el acompañamiento psicosocial, que actúa como principal respuesta frente a problemáticas emocionales y familiares complejas. El avance del 20 % en los indicadores de cierre y fortalecimiento familiar refleja resultados positivos en términos de efectividad de las intervenciones, aunque también pone en evidencia la permanencia de un volumen significativo de procesos activos, propios de intervenciones de mediano y largo plazo.

Se identifica como oportunidad de mejora el fortalecimiento de estrategias de seguimiento, priorización de casos próximos a cierre y optimización de la gestión operativa, con el fin de incrementar el cumplimiento de los indicadores distritales y consolidar mayores resultados en salud mental familiar.

1.4.5 Población con discapacidad y limitación funcional

Tabla 15. Planes de Bienestar para el bienestar de la población con discapacidad y sus cuidadores. Acciones desarrolladas por el profesional de terapias y agente de cambio.

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**
05 - Usme	Discapacidad	112	215	3	29	14
	Limitación Funcional	8	6	1	0	0
06 - Tunjuelito	Discapacidad	41	109	2	4	18
	Limitación Funcional	15	18	3	0	0
19 - Ciudad Bolívar	Discapacidad	180	375	35	38	37
	Limitación Funcional	3	2	0	0	0
20 - Sumapaz	Discapacidad	28	49	0	0	0
	Limitación Funcional	31	45	0	0	0

Fuente: Archivo plano -consolidado- Aplicativo GTAPS- VSP

En la tabla anterior se presenta el alcance del abordaje desarrollado por el equipo de Rehabilitación Basada en Comunidad (RBC), dirigido a la población con discapacidad y a sus cuidadores sin presencia de sobrecarga, durante el periodo comprendido entre el 1 de octubre y el 31 de diciembre. Durante este periodo, las intervenciones realizadas por el equipo de terapeutas, tanto presenciales como telefónicas, permitieron el acompañamiento

al 100 % de las familias identificadas y atendidas en las cuatro localidades adscritas a la Subred Sur.

Del total de familias acompañadas, aproximadamente el 71 % culminó el proceso de intervención con el cumplimiento de las cuatro sesiones establecidas, realizando el cierre correspondiente. El 29 % restante continuó en proceso de acompañamiento al cierre del periodo evaluado, de acuerdo con las necesidades identificadas y la planificación del equipo territorial.

La localidad de Ciudad Bolívar concentró el mayor porcentaje de familias acompañadas, representando cerca del 45 % del total, seguida por Usme con aproximadamente el 27 %. Posteriormente se ubicó la localidad de Tunjuelito, con alrededor del 16 % de las familias, y finalmente Sumapaz, que representó cerca del 12 % del total. A través de estas intervenciones se evidenció el acompañamiento a personas con discapacidad o con limitación funcional que, en algunos casos, no presentan sobrecarga en el cuidador.

Durante el proceso se realizó la aplicación de los tamizajes correspondientes, así como la educación y orientación frente al trámite y gestión del Certificado de Discapacidad, incluyendo información relacionada con el proceso de Certificación y el Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad (RLCPD), de acuerdo con la normatividad vigente.

De igual manera, se llevó a cabo la concertación del Plan de Bienestar con base en los riesgos identificados, orientado al fortalecimiento de las prácticas de salud familiar y a la articulación de las ofertas intersectoriales activas en las diferentes localidades para las personas con discapacidad y sus cuidadoras.

Planes de Bienestar para el bienestar de la población con discapacidad y sus cuidadores, acción más bienestar para la persona cuidadora. Acciones desarrolladas por el profesional de terapias ,agente de cambio, auxiliar de cuidado y psicología.

Tabla 16. Intervención Rehabilitación Basada en Comunidad (RBC)

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
05 - Usme	Discapacidad	24	30	3	9	**1**	71	26	26
	Limitación Funcional	3	10	1	1	**1**	10	1	0
06 - Tunjuelito	Discapacidad	9	11	1	0	**0**	9	13	13
	Limitación Funcional	3	4	0	0	**0**	0	0	0
19 - Ciudad Bolívar	Discapacidad	66	100	24	6	**5**	197	62	62
	Limitación Funcional	4	6	0	0	**0**	18	4	4
20 - Sumapaz	Discapacidad	4	7	0	0	**0**	12	4	9
	Limitación Función	0	0	0	0	**0**	0	0	0

Fuente: Archivo plano -consolidado- Aplicativo GTAPS- VSP

Durante el periodo evaluado del 1 de octubre al 31 de diciembre, la estrategia Más Bienestar para la Persona Cuidadora alcanzó una cobertura del 100 %, con atención a 110 familias priorizadas por el equipo de Rehabilitación Basada en Comunidad (RBC) en las localidades de la Subred Sur. Se desarrollaron 197 intervenciones del perfil de terapias, mediante sesiones presenciales y remotas.

La distribución territorial de las intervenciones evidencia una mayor concentración en la localidad de Ciudad Bolívar, que representó el 63 % del total de atenciones, seguida por Usme con el 22 %, Tunjuelito con el 8 % y Sumapaz con el 6 %.En relación con la aplicación

de instrumentos de valoración, se realizaron 98 tamizajes de la escala Zarit, correspondientes al 100 % de los cuidadores evaluados. De estos, el 78,4 % (98 tamizajes) correspondió a tamizajes de segundo momento, evidenciándose una disminución de la sobrecarga en las personas cuidadoras que continuaron en el proceso de acompañamiento.Desde el perfil de auxiliares de cuidado, se efectuaron 317 relevos domiciliarios, distribuidos de la siguiente manera: Ciudad Bolívar concentró el 68 %, Usme el 25 %, Sumapaz el 5 % y Tunjuelito el 3 %, reflejando una mayor demanda de apoyo en los territorios con mayor carga de cuidado.Por parte del perfil de agente de cambio, se realizaron 23 intervenciones, de las cuales el 52 % se desarrolló en la localidad de Usme y el 48 % en Ciudad Bolívar. No se registraron intervenciones en Tunjuelito y la localidad de Sumapaz no cuenta con este perfil. Estas acciones estuvieron orientadas a la educación, sensibilización comunitaria y articulación intersectorial.

En cuanto al perfil de Psicología, se realizaron 119 atenciones dirigidas a personas cuidadoras con niveles de sobrecarga moderada o intensa. La distribución por localidades fue la siguiente: 55 % en Ciudad Bolívar, 23 % en Usme, 11 % en Sumapaz y 11 % en Tunjuelito. Las intervenciones se enfocaron en el fortalecimiento del bienestar emocional, la promoción del autocuidado, la reducción de factores estresores y la orientación hacia redes de apoyo.
La estrategia presenta un impacto positivo y un alcance significativo, evidenciado en la disminución de la sobrecarga en el 78,4 % de los cuidadores con seguimiento. Asimismo, se plantea como acción de mejora el ajuste de las intervenciones según el nivel de riesgo identificado, diferenciando claramente las estrategias dirigidas a familias sin sobrecarga, con riesgo leve, moderado o alto. Esta segmentación facilitará una atención más focalizada, eficiente y acorde con las necesidades reales de cada grupo poblacional, optimizando el uso de los recursos disponibles. Se recomienda ampliar las acciones de educación, autocuidado y fortalecimiento de redes de apoyo, promoviendo la corresponsabilidad familiar y comunitaria en el proceso de cuidado. De igual manera, resulta clave fortalecer la orientación sobre el proceso de certificación y registro de discapacidad.

4.4.6 Personas con Soledad Social

Tabla 17. Planes de Bienestar de la estrategia de Mas compañía Mas Bienestar, periodo octubre a diciembre 2025.

Familias identificadas	Familias atendidas	Trabajadora Social	Auxiliar de relevo	Cierres

Localidad	Población	Total, de familias acompañadas en la actividad de Soledad Social	Sesiones Presencial	Sesión Presencial	Sesión Presencial
05 Usme	Personas mayores de 70 años	99	99	63	4
06 Tunjuelito	Personas mayores de 70 años	51	51	120	31
19 Ciudad Bolívar	Personas mayores de 70 años	120	120	112	43
20. Sumapaz	Personas mayores de 70 años	0	0	0	0

Fuente: Instrumento de cargue temporal Soledad Social- BASE

Desde la estrategia Más Compañía, Más Bienestar, durante el periodo comprendido entre el 1 de octubre y el 31 de diciembre, se realizó la intervención a 270 personas mayores de 70 años en situación de soledad social en las localidades adscritas a la Subred Sur, mediante sesiones presenciales de apertura y cierre de caso, ejecutadas por el perfil de Trabajo Social. La mayor proporción de personas intervenidas se concentró en la localidad de Ciudad Bolívar, que representó aproximadamente el 60 % del total de abordajes, seguida de Usme con cerca del 38 % y Tunjuelito con alrededor del 30 %. La localidad de Sumapaz no presentó implementación de la estrategia, correspondiente al 0 % de cobertura durante el periodo analizado.

Como parte del acompañamiento, el Auxiliar de Cuidado realizó un total de 295 sesiones, lo que corresponde al 100 % de los acompañamientos efectuados en el marco de la estrategia. De estas sesiones, el 40,7 % se desarrollaron en la localidad de Tunjuelito, el 38 % en Ciudad Bolívar y el 21,3 % en Usme, evidenciando una distribución diferencial de la demanda de acompañamiento según las dinámicas territoriales.

Durante las sesiones se implementaron acciones dirigidas al fortalecimiento de habilidades sociales, la promoción de actividades recreativas, culturales y físicas, así como el acompañamiento a la oferta social y sanitaria. Estas acciones incluyeron apoyo en la asistencia a citas médicas, trámites administrativos, facilitación del contacto con la oferta institucional (centros día, bibliotecas y Juntas de Acción Comunal) .

Durante el periodo reportado se realizaron cierres de caso, evidenciando avances en la reducción del riesgo de soledad social, el fortalecimiento de redes de apoyo y la integración

social, en coherencia con el enfoque de gestión y educación del riesgo en patología crónica y salud mental. Como principales barreras se identificaron limitaciones en las redes de apoyo familiar, dificultades de acceso a los servicios, baja adherencia inicial a las actividades propuestas y una oferta comunitaria insuficiente en algunos sectores. No obstante, se evidenció que una proporción de las personas mayores ya se encontraba vinculada a centros día y a actividades comunitarias, lo cual facilitó su integración social. En otros casos, el desinterés en la vinculación a la oferta intersectorial estuvo asociado principalmente a dificultades de desplazamiento. Finalmente, como acciones de mejora, se prioriza el fortalecimiento del seguimiento po st-cierre, la optimización de la articulación con los servicios de salud, la ampliación de la vinculación a espacios comunitarios sostenibles y la consolidación del trabajo interdisciplinario de la estrategia Más Compañía, Más Bienestar, con el fin de garantizar la continuidad del acompañamiento y la integración social de las personas mayores.

4.4.7 Cáncer

En el momento, esta población no ha sido abordada de manera directa; no obstante, se continúa fortaleciendo el trabajo con los demás colaboradores, mediante procesos de sensibilización orientados a la identificación oportuna de estos casos. Lo anterior permitirá contar con las herramientas necesarias para una futura intervención adecuada y efectiva, garantizando un abordaje integral y oportuno de la población objetivo.

4.4.8 Salud oral

El Plan de Bienestar se desarrolla conforme al lineamiento vigente, mediante cuatro (4) sesiones ejecutadas en un periodo de hasta seis (6) meses, y se dirige prioritariamente a gestantes y menores de cinco (5) años con experiencia de caries activa, así como a usuarios con patologías crónicas no adherentes a la Ruta Integral de Atención en Salud (RIAS) y con pérdida de piezas dentales, de acuerdo con los criterios de priorización definidos.

Durante el trimestre evaluado, se logró el cierre del Plan de Bienestar en 308 familias, distribuidas en 112 en octubre, 77 en noviembre y 119 en diciembre. Del total de familias intervenidas, 305 evidenciaron cambios positivos en las prácticas de cuidado de la salud oral, lo que permitió alcanzar un cumplimiento del 99% del 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”, con resultados del 100% en octubre, 100% en noviembre y 97,5% en diciembre:

Tabla 18. Cambios positivos en salud oral de familias intervenidas, Equipos Más Bienestar Hogar, Subred Sur, octubre-diciembre 2025

DETALLE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ACUMULADO
FAMILIAS INTERVENIDAS	112	77	119	308
FAMILIAS CON INTERV POSITIVA	112	77	116	305
INDICADOR	**100.00%**	**100.00%**	**97.48%**	**99.03%**

FUENTE: Archivo plano GTAPS VSP

En total en el periodo se dio apertura a 373 familias, se realizaron 574 implementaciones y 308 cierres, lo que representa una media de 4,1 sesiones por familia. La distribución por mes se muestra en la tabla siguiente:

Tabla 19. Sesiones de plan de bienestar Estrategia cuidado y autocuidado para la salud bucal familiar, Equipos Más Bienestar Hogar, Subred Sur, octubre-diciembre 2025

DETALLE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ACUMULADO
APERTURAS	78	128	167	373
IMPLEMENTACIONES	183	170	221	574
CIERRES PLAN DE BIENESTAR	112	77	119	308
INTERVENCIONES POR FAMILIA	3.3	4.9	4.3	4.1

FUENTE: Archivo plano GTAPS VSP

Con el fin de fortalecer la claridad del reporte, se precisa que las sesiones del Plan de Bienestar incorporaron unidades demostrativas como estrategia central de educación y comunicación en salud, orientadas a la apropiación práctica de la técnica adecuada de higiene bucodental, la identificación de zonas de mala calidad de cepillado y el reconocimiento de factores de riesgo individuales y familiares, en coherencia con los hallazgos derivados de la identificación de riesgos del entorno hogar y la aplicación del Índice de O'Leary.

En la implementación se evidencia que dichas unidades demostrativas facilitaron la comprensión de la relación entre la salud oral y la salud general, promovieron la participación activa de los integrantes del núcleo familiar y fortalecieron el autocuidado y la corresponsabilidad en salud, de acuerdo con el momento del curso de vida. Asimismo, permitieron orientar de manera diferenciada las acciones educativas y preventivas, en función de los riesgos identificados y de los criterios de priorización establecidos en el lineamiento.

Se resalta como aspecto positivo la ampliación del criterio de atención hacia usuarios con patologías crónicas, en concordancia con el enfoque de gestión integral del riesgo. Esta priorización fortaleció los procesos de educación en salud y comunicación de prácticas adecuadas de cuidado bucal, teniendo en cuenta que las condiciones sistémicas y la polimedicación propias de esta población incrementan el riesgo de manifestaciones y patologías bucales. Adicionalmente, la aplicación sistemática del Índice de O'Leary se consolidó como una herramienta de fácil comprensión para los usuarios, favoreciendo la toma de conciencia frente a sus hábitos de higiene oral y el seguimiento a las recomendaciones definidas en el Plan de Bienestar familiar.

4.4.9 Salud ambiental

En el abordaje de los planes de cuidado familiar con énfasis en vivienda saludable realizado durante el periodo de octubre a diciembre del 2025. Se llevó a cabo seguimiento en la localidad de Usme, Ciudad Bolívar, Tunjuelito y Sumapaz un total de 623 familias priorizadas por riesgo ambiental se encuentra que pertenecen a la localidad de Usme 199, Tunjuelito 79, Ciudad Bolívar 218 y Sumapaz 127. Se realizaron acciones promocionales en salud ambiental, temas como la prevención de accidentes en el hogar, el manejo adecuado de mascotas, la educación en medidas de prevención y control de enfermedades transmitidas por animales y vectores, la promoción de prácticas de consumo responsable, la separación adecuada de residuos en la fuente y el aprovechamiento de materiales reciclables. De los cuales se realiza terminación de proceso satisfactorio en un total de 208 familias, que corresponden a un 33% de familias abordadas en el trimestre.

De estas en el mes de octubre se realizó el abordaje de 181 casos mediante la implementación de planes de cuidado con enfoque en vivienda saludable. Como resultado de este proceso, se logró el cierre de 98 familias, evidenciando el cumplimiento de los compromisos establecidos en un 15,8%.

En el mes de noviembre se continúa el abordaje de 245 familias dentro de la estrategia de vivienda saludable, de estas se cumple con el plan de bienestar en 89 casos, que corresponden a 14.2 % del total de los casos con terminación satisfactoria del trimestre en mención.

Para finalizar en el mes de diciembre se abordó 197 familias priorizadas en las cuales se realiza cierre de proceso a 21 casos que cumplen con los compromisos concertados, equivale al 3% de la totalidad de los cierres de plan de bienestar del periodo comprendido entre octubre y diciembre de 2025.

Es importante mencionar que las principales trasformaciones de la familia se evidencia mitigación de los riesgos que se encuentran en los diferentes espacios de la vivienda, la Implementación de prácticas que fomenten el manejo adecuado de residuos sólidos como lo son el consumo responsable, separación de residuos, identificación de residuos posconsumo y su disposición final, prácticas de tenencia responsable de animales de compañía: vacunación, desparasitación, higiene y manejo de excretas.

Frente a lo que corresponde a las unidades demostrativas para el periodo de octubre a diciembre de 2025, se desarrollan 2 huertas en la ruralidad de Ciudad Bolívar y 31 huertas en la localidad de Sumapaz, el porcentaje de hogares que implementan unidades demostrativas “huertas” para el periodo de análisis corresponde al 5% de las 623 familias donde se implementó la estrategia de vivienda saludable.

En el mes de octubre se implementan 8 unidades demostrativas en la localidad de Sumapaz, en el mes de noviembre se implementa 1 unidad demostrativa en la localidad de Ciudad Bolívar y en el mes de diciembre se implementan 23 unidades demostrativas en la localidad de Sumapaz y 1 unidad demostrativas en la localidad de Ciudad Bolívar, para la localidad de Sumapaz se realizó articulación con el parque temático Chaquen logrando instaurar 31 huertas caseras, con seguimiento en el mes de diciembre a un total de 33 huertas caseras para la zona rural de Ciudad Bolívar y la localidad de Sumapaz, estas unidades se desarrollan mediante la germinación y siembra de hierbas aromáticas, legumbres, leguminosas entre otras especies pensadas en el autoconsumo y en la ganancia de una soberanía alimentaria.

Teniendo en cuenta que las unidades demostrativas se implementan en el Convenio actual se espera alcanzar un porcentaje significativo en el desarrollo de la estrategia atendiendo a la priorización de familias dispuestas en el lineamiento técnico operativo.

En lo que respecta a las unidades demostrativas se realiza fortalecimiento a las familias en selección de lugares apto para huerta, cultivos agroecológicos, identificación de fuentes de materia orgánica y elaboración de abonos orgánicos, biopreparados, diseño de sistemas de riego de manera que estas actividades permitan favorecer la seguridad alimentaria y soberanía alimentaria y nutricional, tanto como fuente suplementaria de productos alimenticios o como fuente de aprovisionamiento durante la estancia no productiva.

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, actividades desarrolladas.

Tabla 20. Jornadas y contingencias realizadas en el periodo OCTUBRE A DICIEMBRE DE 2025

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
22, 23, 24 10-2025	Jornada epidemiológica	Participación en las jornadas epidemiológicas por medio de actividades de construcción de conocimiento	Técnicos y Profesionales de equipos Básicos más Bienestar	97 personas	24 horas
5-12-2025	ada de embellecimiento	Se desarrolló en 3 puntos de atención de la subred (Centro de Salud Candelaria- Tunal Y Hospital Meissen donde se participó embellecimiento de estas sedes de atención priorizadas actividades de pintura.	Líderes, Técnicos Equipos Más Bienestar- Gestores en Línea		.0 horas
18-12 -2025	de Respuesta de salud Temporada Fin de Año	Se realiza Sensibilización frente al uso de la pólvora buscando reducir las alarmantes cifras de quemados y lesionados. Se promueve activamente campañas para celebraciones seguras, destacando que las lesiones pueden ser permanentes, aunque las prohibiciones y la cultura persisten, como muestra el aumento de lesionados en recientes diciembre**.**	Líderes, Técnicos Equipos Más Bienestar- Gestores en Línea		10 horas

Jornada de embellecimiento

Candelaria 2 líderes 16 Gestores más Bienestar

Hospital Meissen 1 Lidere 5 Gestores más Bienestar

Hospital Tunal 1 Líder 4 Gestores más Bienestar

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

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur
5 de dic. de 2025 ·

Mirar el antes y después del Hospital de Meissen, nuestros escenarios p... Ver más



Subred Integrada de Servicios de Salud Sur
5 de dic. de 2025 ·

La Secretaría Distrital de Salud se hizo presente en la actvidad de voluntariado para el embellecimiento del espacio público del Hospital de Meissen. 🏥



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

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur
5 de dic. de 2025 ·

Cada vez que pintamos, limpiamos o trabajamos en nuestros espacios públicos, estamos sembrando salud y bienestar. 🌍
Mira el antes y después del Hospital El Tunal. #ALaCallePorElEspacioPúblico









de Salud Sur
5 de dic. de 2025 ·

El espacio público es nuestro hogar compartido. Al limpiarlo y pintarlo, estamos creando un lugar donde todos merecemos estar bien. 🏙️ ¡Juntos estamos construyendo un mejor futuro para todos!
#ALaCallePorElEspacioPúblico



4.5. SERVICIOS COMPLEMENTARIOS

Los servicios complementarios de Equipos Más bienestar en tu hogar se centran en las acciones de Bienestar: Servicios Complementarios (Toma de Laboratorios y Entrega de Medicamentos) y Vacunación.

La acción de bienestar en servicios complementarios de salud (Toma de Laboratorios y Entrega de Medicamentos), se orienta a garantizar el acceso efectivo, oportuno y seguro a

procedimientos y apoyos que fortalezcan la atención integral de la población diferencial priorizada por la identificación de barreras de acceso. Estos servicios no sustituyen la atención clínica especializada, sino que complementan y facilitan la continuidad del cuidado, asegurando mejores condiciones de vida, prevención de enfermedades y adherencia a tratamientos.

Desde vacunación de Equipos Más bienestar en tu hogar se realiza actividades con cinco binas las cuales están conformadas por vacunador y registrador, realizando actividades en las tres localidades Usme, ciudad Bolívar, y Tunjuelito, esta estrategia es clave para ampliar el acceso, fortalecer la cobertura y garantizar la equidad en la prestación del servicio, permitiendo llegar de manera oportuna a poblaciones con barreras de acceso o en situación de vulnerabilidad. Para ello, se implementan diversas estrategias a través de las tácticas de la modalidad extramural, entre ellas la vacunación casa a casa, seguimiento domiciliario y desarrollo de jornadas de vacunación nacionales y distritales; contribuyendo así a la identificación y cierre de brechas en los esquemas de vacunación en los diferentes cursos de vida y entornos de vida cotidiana. Garantizando el acceso oportuno, seguro y de calidad a los servicios de vacunación de la población sujeto, a través de la estrategia Vacunación con MAS Bienestar en tu Hogar.

4.5.1 Servicios Complementarios Vacunación

Tabla 21. Intervenciones desarrolladas de vacunación

Tipo de población	Localidad	Número de usuarios vacunados	Número de biológicos aplicados
Gestante	Usme	10	14
	Ciudad Bolívar	45	69
	Tunjuelito	5	6
Menor de 6 años	Usme	44	155
	Ciudad Bolívar	111	379
	Tunjuelito	21	76
Mujer en edad Fértil	Usme	2	4
	Ciudad Bolívar	3	5
	Tunjuelito	0	0
Niños, Niñas y Adolescentes 9 a 17 años	Usme	32	53
	Ciudad Bolívar	49	65

	Tunjuelito	5	10
Mayores de 60 años	Usme	30	31
	Ciudad Bolívar	59	64
	Tunjuelito	14	14
Usuarios Crónicos	Usme	22	22
	Ciudad Bolívar	31	31
	Tunjuelito	11	11
Población General	Usme	54	61
	Ciudad Bolívar	123	141
	Tunjuelito	15	16
Personal de salud	Usme	2	2
Población Privada de La Libertad	Usme	11	22
	Ciudad Bolívar	14	28
	Tunjuelito	8	15
Comunidades de Cuidado Hogar Casa Nostra	Tunjuelito	14	14
Total	NA	735	1308

Fuente: Matriz de seguimiento PAI EMBH Octubre - Diciembre 2025

Para el periodo comprendido entre octubre y diciembre de 2025, el equipo de vacunación realizó la distribución del talento humano por localidades, con el fin de optimizar la cobertura y el acceso a los servicios de inmunización. Como principal fuente de información se utilizaron los datos identificados por los diferentes perfiles de los Equipos MAS de Bienestar en tu Hogar (EMBH), quienes, en el desarrollo de sus actividades diarias de identificación de riesgos, reportaron la población susceptible. Esta información fue consolidada de manera oportuna a través de un grupo de WhatsApp institucional. Adicionalmente, se llevó a cabo la socialización en cinco Comités del Cuidado, fortaleciendo el conocimiento del esquema de vacunación en los equipos operativos, con el objetivo de incrementar la demanda inducida de los servicios de vacunación.

Como fuente complementaria de información, se utilizaron las descargas del aplicativo GTAPS, específicamente del módulo de alertas, para identificar usuarios con esquemas incompletos. A partir de esta información, se realizó la verificación individual de esquemas de vacunación, permitiendo identificar la población susceptible, efectuar el respectivo agendamiento y realizar el acercamiento domiciliario para la aplicación de los biológicos.

Durante este período, se aplicaron 1.308 biológicos a 735 usuarios, de los cuales el 59,18 % (n=435) pertenecen a la localidad de Ciudad Bolívar, el 28,16 % (n=207) a Usme y el 12,65 % (n=93) a Tunjuelito. Los menores de 6 años concentraron el mayor volumen de biológicos administrados, lo que evidencia que los procesos de fortalecimiento implementados han tenido un impacto positivo en la identificación y notificación de menores con esquemas incompletos, especialmente en la localidad de Ciudad Bolívar.

En el caso de las gestantes, se observa una mayor cobertura en Ciudad Bolívar; no obstante, este grupo continúa representando un reto, dado que se identificó un alto porcentaje de rechazo al biológico VSR, asociado principalmente al temor de su aplicación en el domicilio, manifestando preferencia por acudir a los centros de salud. Frente a esta situación, los equipos de vacunación han desarrollado acciones de sensibilización y educación sobre la importancia y seguridad de la vacunación.

En relación con los niños, niñas y adolescentes de 9 a 17 años, se evidencian avances relevantes en la aplicación del biológico contra el VPH, aunque persiste el desconocimiento respecto a su aplicación en niños, lo cual requiere continuar fortaleciendo las estrategias educativas dirigidas a padres, cuidadores y equipos operativos.

Por su parte, la población mayor de 60 años, los usuarios crónicos y la población general concentraron principalmente la aplicación del biológico contra influenza, evidenciando una adecuada respuesta a las acciones de prevención. Asimismo, participó activamente en jornadas de vacunación dirigidas a comunidades de cuidado y población privada de la libertad, reconociendo a estos grupos como poblaciones altamente susceptibles a riesgos en salud.

4.5.2 Servicios Complementarios Laboratorios

Tabla 22. 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
URI	CIUDAD BOLÍVAR	8	6	75%	0
URI	USME	4	4	100%	0
URI	TUNJUELITO	3	3	100%	1
COMUNIDAD DEL CUIDADO CASA NOSTRA	TUNJUELITO	76	53	69,74%	2

SISTEMAS SOCIOSANITARIO	PUENTE ARANDA	4	4	100%	0
Total	NA	96	71	73,96%	0

Fuente: Drive comunidad de cuidado Casa Nostra y población privada de la libertad EMBH

La Tabla 17 muestra las intervenciones realizadas para la toma de laboratorios, evidenciando el nivel de cobertura, efectividad y la presencia de datos críticos en cada una de ellas. En total, se identificaron 96 usuarios con requerimiento de toma de laboratorios, de los cuales 71 accedieron efectivamente al servicio, lo que corresponde a una efectividad global del 73,96%.

En cuanto a los datos cargados en el aplicativo GTAPS, se presentaron diversas dificultades operativas. El perfil de auxiliar de complementarios fue implementado de manera tardía en el sistema, lo que limitó inicialmente el registro oportuno de la información. Adicionalmente, el profesional de medicina no diligenció de forma adecuada las variables correspondientes a laboratorios y medicamentos, y la realización de tomas de laboratorio fuera de los tiempos establecidos impidió el cargue de información debido al cierre de fechas en el aplicativo. No obstante, se realizó el registro de la información en la medida en que el aplicativo lo permitió. En este sentido, los datos consignados en la Tabla 17 reflejan de manera confiable la realidad de la gestión efectivamente realizada durante el periodo analizado.

Las instituciones URI Ciudad Bolívar, URI Usme, URI Tunjuelito y Sistemas Sociosanitarios – Puente Aranda presentan niveles de efectividad altos, destacándose estas tres últimas con un 100% de cumplimiento, lo que indica una adecuada gestión y capacidad de respuesta frente a los usuarios que requerían el servicio. En el caso de URI Ciudad Bolívar, la efectividad fue igualmente alta (75%), con una mínima diferencia entre usuarios requeridos y atendidos. El usuario sin toma de laboratorios rechazó y firmó el disentimiento de la toma de laboratorio, y el usuario pendiente se proyectó para enero 2026.

Por otro lado, la Comunidad del Cuidado Casa Nostra (Tunjuelito) concentra el mayor número de usuarios con requerimiento de toma de laboratorios (76); sin embargo, presenta una efectividad inferior (69,74%), lo cual impacta de manera significativa el resultado global. Esta situación obedece a dificultades para realizar de forma oportuna la prestación del servicio, asociadas a dinámicas internas de la institución. Aunque se llevó a cabo la socialización del lineamiento operativo, se evidenció resistencia frente a la ventana de tiempo establecida para la toma de laboratorios.

Durante la jornada correspondiente al mes de diciembre de 2025, se logró realizar la toma de laboratorios a los usuarios dentro de los tiempos de oportunidad establecidos. No obstante, se presentó una falla en el proceso de atención prevenible, dado que 16 laboratorios no fueron tomados debido al desconocimiento de línea técnica de toma de muestras de la auxiliar que apoyó el proceso, sumado a 9 usuarios pendientes desde el mes de la jornada del mes de octubre.

Para el año 2026, se espera continuar con la toma de laboratorios en tiempos de oportunidad, replicando la dinámica implementada en diciembre; sin embargo, persiste la resistencia de la institución Casa Nostra frente a este modelo operativo. En este sentido, se proyecta para el mes de enero de 2026 la realización de una nueva mesa de trabajo con la institución, con el fin de concertar acciones y efectuar la toma de laboratorios a los 25 usuarios pendientes.

En cuanto a los resultados con datos críticos, se reportan tres casos en total, distribuidos entre URI Tunjuelito (1) y Comunidad del Cuidado Casa Nostra (2)., Se presentó el seguimiento clínico respectivo y gestión necesaria.

Tabla 23. Intervenciones desarrolladas en toma de pruebas POCT

Localidad	No Usuarios con toma de pruebas POCT	HIV	Prueba Treponémica	HbsAg	Prueba de embarazo	Otras
USME	48	20	21	7	0	0
CIUDAD BOLÍVAR	100	46	46	8	0	0
TUNJUELITO	48	22	25	1	0	0
Total	196	88	92	16	0	0

Fuente:Atenciones Gtaps octubre - diciembre 2025

Del total de 196 usuarios con toma de pruebas POCT, se realizaron principalmente pruebas para sífilis (prueba treponémica) y VIH, que representaron el 46,9% y 44,9% respectivamente. La prueba de HBsAg tuvo una participación menor, correspondiente al 8,2%, mientras que no se registraron pruebas de embarazo ni otras pruebas.

Por localidad, Ciudad Bolívar concentró la mayor cantidad de usuarios con 100 personas (51% del total), con una distribución equitativa entre pruebas de VIH y sífilis (46 pruebas cada una) y 8 pruebas de HBsAg. En USME, se atendieron 48 usuarios, predominando las pruebas treponémicas (21) y de VIH (20), y destacándose una mayor proporción de pruebas de HBsAg en comparación con las otras localidades (7 pruebas). En Tunjuelito, también con 48 usuarios, la prueba más frecuente fue la treponémica (25), seguida por VIH (22), con una muy baja realización de HBsAg (1 prueba).

En conjunto, los datos muestran una alta demanda de tamizaje para VIH y sífilis, con una baja cobertura de hepatitis B, especialmente en Tunjuelito, y una concentración significativa de la atención en la localidad de Ciudad Bolívar.

Para la toma de pruebas POCT se cuenta con 7 enfermeros con certificado del ente regulador Secretaría de Salud en la realización de pruebas rápidas para VIH, Sífilis, Hepatitis B y Hepatitis C, conforme a los lineamientos establecidos en la Resolución 1314 de 2020. Para el ejercicio de la toma de las pruebas en cada una de las jornadas se dispone de un enfermero, según el resultado si la prueba es reactiva se gestiona con el mismo enfermero la aplicación del tratamiento. Se han tomado 92 pruebas treponémicas, de las cuales 6 pruebas fueron reactivas, 5 pertenecen a usuarios privados de la libertad y 1 usuario comunidad Casa Nostra, Para evento de sífilis adquirida se brindó el tratamiento oportuno de las 3 dosis a cada usuario según los tiempos establecidos.

4.5.3 Servicios Complementarios Medicamentos

Tabla 24. Intervenciones desarrolladas entrega de medicamentos

Institución	Localidad	No usuarios con orden de medicamentos	No usuarios con medicamentos entregados	% Efectividad
URI	CIUDAD BOLÍVAR	29	27	93,1%
URI	USME	12	12	100%
URI	TUNJUELITO	8	8	100%
COMUNIDAD DEL CUIDADO CASA NOSTRA	TUNJUELITO	74	74	100%
SISTEMAS SOCIOSANITARIO	PUENTE ARANDA	6	4	66,7%
Total		129	127	98.5%

Fuente: Matriz comunidad Casa Nostra y población privada de la libertad EMBH

Del total de 129 usuarios con orden de medicamentos, se logró la entrega efectiva a 127 usuarios, alcanzando una efectividad global del 98,5%, lo que evidencia un alto nivel de cumplimiento en la dispensación de tratamientos.

Por institución y localidad, la URI de Ciudad Bolívar atendió 29 usuarios con orden médica, de los cuales 27 recibieron el medicamento, para una efectividad del 93,1%, siendo el único escenario donde no se alcanzó la totalidad de la entrega. En contraste, las URI de USME y Tunjuelito registraron una efectividad del 100%, entregando medicamentos a la totalidad de los usuarios con orden (12 y 8 usuarios respectivamente).

La Comunidad del Cuidado Casa Nostra, ubicada en Tunjuelito, presentó el mayor volumen de usuarios atendidos, con 74 personas, logrando una entrega del 100% de los medicamentos, lo que refleja una adecuada gestión y articulación para garantizar el acceso oportuno al tratamiento en población comunitaria.

Por su parte, el componente de Sistemas Sociosanitarios en Puente Aranda registró 6 usuarios con orden de medicamentos, de los cuales 4 recibieron la entrega, alcanzando una efectividad del 66,7%, lo que indica la necesidad de fortalecer las estrategias de seguimiento y entrega en este escenario.

En conjunto, los resultados muestran un desempeño altamente satisfactorio en la entrega de medicamentos, con oportunidades de mejora focalizadas en los puntos donde no se alcanzó la cobertura total, con el fin de garantizar la continuidad y oportunidad del tratamiento en todos los usuarios.

En cuanto a la entrega de medicamentos para los meses de Octubre y Noviembre no sé contó con dificultades en tiempos de entrega, sin embargo para el mes de diciembre por desabastecimiento en las farmacias de la subred no sea logrado entregar con completitud los medicamentos a los usuarios, se han entregado a los usuarios los medicamentos que tiene en disponibilidad la subred haciendo exceder los tiempos de entrega. Los medicamentos pendientes por entrega se han estado entregando a medida que la farmacia los dispensa, sin embargo aún hay pendientes por entregar según la disponibilidad de la farmacia. Se proyecta la entrega de los 2 usuarios pendientes en enero 2026 en URI Ciudad Bolívar, en cuanto a Puente Aranda se realizó la entrega del 100% de los usuarios sin embargo, en cantidad de moléculas no se lograron entregar 3 moléculas correspondientes a 2 usuarios, Se proyecta en enero 2026 entrega.

4.6. ABORDAJE EN EL MARCO DE LA APSOCIAL

4.6.1 Pagadiarios con MAS Bienestar

Tabla 25. Atención a Familias 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
06-Tunjuelito	8	169	13	101

Fuente: Reporte de intervenciones y Atenciones aplicativo GTAPS

En el periodo comprendido entre el 1° de octubre y el 31 de diciembre de 2025, y como resultado del proceso de abordaje territorial adelantado de manera progresiva en la Subred Sur, se logró la identificación de viviendas tipo pagadiario, evidenciándose que, a la fecha del reporte, la única localidad en la que se han encontrado este tipo de viviendas es Tunjuelito. Este proceso fue posible gracias al trabajo desarrollado en territorio por la gestora de bienestar, quien realizó la apertura de los pagadiarios identificados, estableciendo el primer contacto con las familias residentes y socializando el Modelo de Atención en Salud y la estrategia MAS Bienestar en tu Hogar como puerta de entrada a la oferta institucional. De manera paralela, se mantuvo articulación permanente con las Subdirecciones Locales de las diferentes localidades que conforman la Subred Sur, con el objetivo de ampliar la identificación de este tipo de viviendas; no obstante, dichas instancias informaron que, a la fecha, no cuentan con registros de inmuebles tipo pagadiario en sus territorios, reafirmando la concentración de esta modalidad habitacional en la localidad de Tunjuelito.

Dentro de las prioridades identificadas, se evidenció un alto predominio de factores de riesgo psicosocial, asociados principalmente a la limitada o inexistente red de apoyo familiar, situaciones de aislamiento social y, en varios casos, a personas que se encuentran solas en la ciudad. Estas condiciones impactan de manera significativa la salud mental y emocional de las familias, favoreciendo la aparición de ideación suicida, intentos autolesivos, procesos de duelo no acompañados y dificultades para la vinculación a redes de apoyo formales e informales. De igual manera, se identificaron usuarias gestantes que requerían acompañamiento para el acceso oportuno a controles prenatales y atención integral en salud, así como familias con integrantes que presentan condiciones crónicas, para quienes la inestabilidad habitacional representa una barrera adicional para la continuidad de los tratamientos y el seguimiento médico. También se reconocieron necesidades relacionadas con la protección integral de niños y niñas, la atención a personas con discapacidad y el acompañamiento a familias que enfrentan diagnósticos de alto impacto, lo que demandó una respuesta articulada y diferencial.

Como respuesta a las necesidades priorizadas, se adelantó la concertación de Planes de Bienestar con las familias, ajustados a los riesgos identificados y a las particularidades del contexto de los pagadiarios. Estos planes han permitido establecer compromisos claros entre las familias y la institucionalidad, orientados a la mitigación de riesgos y al fortalecimiento de capacidades para el cuidado de la salud y el bienestar integral. Actualmente, se vienen realizando seguimientos, priorizados según el nivel de riesgo, lo que ha permitido dar continuidad a las acciones acordadas, verificar la adherencia a las recomendaciones y ajustar las intervenciones cuando ha sido necesario. Este proceso de seguimiento ha sido clave para sostener el vínculo con las familias, a pesar de la alta movilidad que caracteriza este tipo de alojamiento.

En el marco del abordaje realizado, se desarrollaron diversas gestiones del riesgo, las cuales se materializaron mediante agendamientos, activaciones de ruta y derivaciones a planes de cuidado familiar, permitiendo una respuesta oportuna y pertinente frente a los riesgos identificados. En este proceso se consolidaron 8 agendamientos y 56 activaciones de ruta, lo que evidencia una gestión activa, articulada y efectiva de la oferta institucional. Se resalta de manera especial el nivel de respuesta institucional alcanzado a través de la intervención directa de los diferentes perfiles profesionales en 26 familias según las situaciones abordadas y garantizando la continuidad en la concertación e implementación de los Planes de Bienestar, ajustados de manera diferencial según los riesgos identificados, fortaleciendo los procesos de seguimiento, prevención y mitigación del riesgo y contribuyendo significativamente al bienestar integral de las familias; Este abordaje por perfiles profesionales fue fundamental para trascender la atención puntual, fortaleciendo los procesos de seguimiento, prevención y mitigación del riesgo, y asegurando una atención integral que contribuye de manera efectiva al bienestar familiar, especialmente en un contexto de alta vulnerabilidad y movilidad habitacional como el de las familias residentes en pagadiarios.

4.6.2 Abordaje Familiar en Pagadiarios

Tabla 26. Prioridades identificadas 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
06-Tunjuelito	165	17	208	9	60	113
Total	165	17	208	9	60	113

Fuente: Reporte de intervenciones y Atenciones aplicativo GTAPS

En la Tabla 23 se presenta el consolidado de las caracterizaciones y actualizaciones familiares realizadas en el marco del abordaje familiar a población residente en pagadiarios de la Subred Sur, durante el periodo comprendido entre el 1° de octubre y el 31 de diciembre de 2025. En este periodo se caracterizaron 165 familias, correspondientes en su totalidad a la localidad de Tunjuelito, y se realizaron 17 actualizaciones a familias abordadas en periodos anteriores. Este ejercicio permitió levantar información de 208 individuos, fortaleciendo la base de datos poblacional necesaria para la planeación, priorización y seguimiento de las acciones de gestión del riesgo en salud.

De acuerdo con los criterios establecidos en el modelo de gestión extramural, las familias fueron clasificadas por nivel de prioridad en salud, identificándose un 4,94% (n=9) en prioridad alta, un 32,96% (n=60) en prioridad media y un 62,08% (n=113) en prioridad baja. Esta clasificación orientó la respuesta de resolutividad institucional, permitiendo definir acciones diferenciadas según el nivel de riesgo identificado. En todos los casos se realizaron acciones de educación y promoción de la salud; adicionalmente, las familias clasificadas en prioridad media y alta fueron objeto de intervenciones específicas que incluyen activaciones de ruta a servicios de salud y/o a los servicios intersectoriales, derivación a planes de cuidado familiar y articulación con redes de apoyo comunitarias e institucionales.

En relación con las derivaciones y la gestión del riesgo, se adelantaron agendamientos, activaciones de ruta y remisiones a servicios y programas según las necesidades priorizadas, garantizando una respuesta oportuna frente a situaciones de riesgo psicosocial, condiciones crónicas, gestación, protección de niños y niñas y otros eventos de alto impacto. Estas acciones permitieron fortalecer la resolutividad del modelo, asegurando que

las familias con mayor nivel de vulnerabilidad accedieron de manera efectiva a la oferta institucional disponible.

El seguimiento se ha desarrollado de manera focalizada y progresiva, priorizando a las familias clasificadas en niveles de riesgo medio y alto, con el objetivo de verificar la adherencia a las recomendaciones, la efectividad de las derivaciones realizadas y la continuidad de los Planes de Bienestar concertados. Este seguimiento ha permitido identificar avances en la mitigación de riesgos y, a su vez, reconocer desafíos asociados a la alta movilidad de la población residente en pagadiarios, lo que ha requerido ajustes permanentes en las estrategias de acompañamiento y articulación interinstitucional. En este sentido, el seguimiento no se limita a la reiteración de acciones iniciales, sino que constituye un proceso dinámico orientado a la toma de decisiones, el ajuste de intervenciones y el fortalecimiento de la atención integral en el territorio.

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

Tabla 27. Caracterizaciones y atenciones individuales en jornadas MAS Bienestar – Recorrido nocturno

Localidad	Fecha de la jornada	No usuarios caracterizados	No atenciones individuales
18- Rafael Uribe Uribe	06/10/2025	9	9
19- Ciudad Bolívar	08/10/2025	7	7
05- Usme	24/10/2025	7	7
06- Tunjuelito	05/11/2025	9	9
05- Usme	26/11/2025	3	3
19- Ciudad Bolívar	10/12/2025	9	9
19- Ciudad Bolívar	19/12/2025	2	2
	Total	46	46

Durante el periodo comprendido entre el 01 de octubre y el 31 de diciembre de 2025, en el marco de las jornadas MAS Bienestar en modalidad de recorrido nocturno, acción desarrollada a nivel distrital conforme al cronograma establecido, se realizaron intervenciones en las localidades de Rafael Uribe Uribe, Ciudad Bolívar, Usme y Tunjuelito. En este contexto, se llevó a cabo la caracterización de 46 ciudadanos y ciudadanas habitantes de calle, en quienes se realizó la identificación de riesgos en salud, así como 46

atenciones individuales por parte del perfil de medicina, lo que permitió un abordaje integral y personalizado durante el recorrido nocturno, de acuerdo con la programación y distribución territorial registradas en la tabla 26.

A partir del abordaje realizado durante las jornadas, se identificaron diversas necesidades prioritarias en la población atendida, siendo la más prevalente el consumo problemático de sustancias psicoactivas (SPA), condición que se encuentra estrechamente relacionada con alteraciones psicosociales y con dificultades para la adherencia a los servicios de salud. Desde el punto de vista del perfil de morbilidad, se evidenció una alta carga de eventos prevenibles y de condiciones de curso crónico no controlado, destacándose la presencia recurrente de afecciones dermatológicas, lesiones cutáneas e infecciones de tejidos blandos asociadas a prácticas inadecuadas de higiene y curación, así como enfermedades bucodentales no tratadas. Adicionalmente, se identificaron condiciones crónicas descompensadas, tales como diabetes mellitus, que incrementan el riesgo de complicaciones agudas y eventos de urgencia. Este perfil de morbilidad refleja una alta vulnerabilidad sanitaria, determinada por la exclusión social, la inestabilidad habitacional y la discontinuidad en el acceso a los servicios de salud.

En el componente de atención en salud, se evidenciaron prácticas de riesgo como el uso de alcohol metílico para la curación de heridas, situación asociada principalmente a la no asistencia a los servicios de salud, la desinformación frente a los procesos de atención, la percepción de un trato inadecuado en los centros asistenciales y la dificultad para recordar las fechas de las citas previamente asignadas. En relación con el aseguramiento en salud, durante el desarrollo de las jornadas se realizó la gestión inmediata de afiliación al sistema de salud en aquellos casos en los que se identificaron ciudadanos sin cobertura, con el fin de facilitar el acceso oportuno a los servicios.

Adicionalmente, durante los recorridos nocturnos se contó con el apoyo de la gestora en línea, quien permitió la asignación de citas en salud de acuerdo con los riesgos identificados durante la caracterización, fortaleciendo la oportunidad de la atención y la activación de rutas asistenciales. Frente a la necesidad de documentación, especialmente en usuarios migrantes no regularizados, se efectuó la orientación y el redireccionamiento a las entidades competentes, incluyendo Migración Colombia, con el propósito de que definieran su situación en el país. De manera articulada con la Secretaría Distrital de Integración Social, se ofertaron servicios tales como centro día, procesos de rehabilitación, centros de escucha y jornadas de higiene, evidenciándose en general una actitud asertiva y disposición por parte de los ciudadanos para aceptar la oferta institucional, tanto en el componente de salud como en la atención intersectorial. Adicionalmente, se identificó que algunos usuarios realizan desplazamientos desde otras localidades cuando tienen conocimiento de la realización de jornadas cercanas. En el caso de usuarios adultos mayores en condición de

abandono y sin consumo de SPA, se realizó la oferta de comedores comunitarios como estrategia de apoyo alimentario.

Durante los recorridos se identificaron casos de alta vulnerabilidad, destacándose un usuario con pie diabético, quien fue remitido de manera oportuna al servicio de urgencias más cercano para su seguimiento y tratamiento, evidenciando la capacidad de respuesta inmediata frente a situaciones de alto riesgo en salud. De manera transversal, se desarrollaron acciones de educación en salud, orientadas a la importancia de la asistencia a los servicios, la identificación de signos de alarma para acudir a urgencias, la vacunación y el fortalecimiento del autocuidado. Asimismo, en dos jornadas nocturnas fue necesario activar la línea 123 para el traslado de usuarios debido a su alto riesgo en salud, y se realizaron remisiones a servicios como toma de laboratorios, psicología y nutrición, de acuerdo con las necesidades identificadas, además de la orientación integral frente a la oferta disponible por parte de Integración Social.

La totalidad de los ciudadanos abordados aceptaron de manera voluntaria la atención y las orientaciones brindadas; no obstante, se identificó como principal dificultad para el seguimiento la condición de población flotante, lo cual limita la posibilidad de mantener el contacto posterior y dificulta, en algunos casos, la entrega efectiva de órdenes y servicios por parte de la Secretaría Distrital de Integración Social, al no ser posible ubicar nuevamente a los usuarios en los puntos donde se realizó el abordaje inicial. Para los seguimientos efectuados se identificó que, en la mayoría de los casos, los números suministrados corresponden a familiares, quienes refieren no tener contacto reciente con los ciudadanos o que estos retornan de manera esporádica a sus hogares únicamente para actividades básicas como la higiene.

En este sentido, la valoración de las acciones implementadas evidencia una efectividad parcial en la mitigación de riesgos y el cierre de brechas, particularmente en lo relacionado con la respuesta inmediata durante el abordaje en territorio y la articulación intersectorial; sin embargo, se identifican oportunidades de mejora orientadas al fortalecimiento de los mecanismos de seguimiento, la continuidad en la atención y la adherencia a los servicios de salud. Estas acciones deberán continuar alineadas con los objetivos de la estrategia MAS Bienestar, con el fin de fortalecer la atención integral de los ciudadanos y las ciudadanas habitantes de calle, promoviendo intervenciones oportunas, sostenidas y coherentes con las necesidades identificadas en el territorio.

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

Tabla 28. Jornadas de identificación de riesgos y atención integral: usuarios caracterizados y atenciones realizadas

Nombre de la institución	Fecha	No usuarios caracterizados	No atenciones individuales
Fundación Madre Sabina	11/11/2025	8	8
Jornada Salón Comunal Valles de Cafam	21/11/2025	10	10
Jornada Tercer Milenio	17/12/2025	8	8
Jornada Tercer Milenio	19/12/2025	9	9
Jornada Tercer Milenio	22/12/2025	9	9
Jornada Tercer Milenio	23/12/2025	5	5
	Total	49	49

En el marco de las jornadas de identificación de riesgos y atención integral para ciudadanos con habitanza o habitabilidad en calle, se desarrollaron durante el periodo del 1 de octubre al 31 de diciembre de 2025 un total de seis (6) jornadas en articulación con diferentes instituciones y escenarios estratégicos, entre ellos la Fundación Madre Sabina, el Salón Comunal Valles de Cafam y el sector de Tercer Milenio, conforme a las articulaciones realizadas. Como resultado de estas acciones, se realizó la caracterización de 49 ciudadanos, a quienes se les brindaron 49 atenciones individuales por parte del perfil de medicina, evidenciando una correspondencia directa entre la identificación de riesgos y la atención prestada, de acuerdo con la información registrada en la tabla 27.

A partir del abordaje realizado, se identificaron necesidades prioritarias asociadas principalmente a riesgos en salud y condiciones de vulnerabilidad social, lo que permitió orientar las acciones de atención integral desde un enfoque preventivo y de mitigación del riesgo. Las jornadas desarrolladas en el sector de Tercer Milenio concentran un número significativo de usuarios caracterizados y atendidos, lo cual da cuenta de la relevancia de este punto como escenario estratégico para el abordaje de población con habitabilidad en calle. No obstante, durante dichas jornadas se identificó una barrera relevante para la continuidad de los servicios, relacionada con que, por parte de la Secretaría Distrital de Integración Social, no siempre se realiza la entrega efectiva de las órdenes a los usuarios. En la mayoría de los casos, se les indica a los ciudadanos que deben acercarse a la siguiente jornada para la entrega de estas; sin embargo, debido a la condición de movilidad y transitoriedad de la población, en algunas ocasiones los usuarios no regresan, lo que limita la continuidad en los procesos de atención en salud y la adherencia a los servicios ofertados.

Durante el desarrollo de las jornadas se brindó orientación permanente a los ciudadanos

frente a la importancia de la asistencia a los servicios de salud y el acceso oportuno a la oferta institucional. En este proceso, se resalta el rol estratégico del gestor social, quien es el encargado de realizar la verificación en los validadores para identificar a qué Subred pertenece cada usuario, información clave para la correcta caracterización, la asignación de rutas de atención y la prestación de la atención individual en salud, garantizando así la pertinencia y oportunidad de las intervenciones realizadas.

Adicionalmente, se viene avanzando en la gestión y fortalecimiento de procesos de articulación interinstitucional, dentro de los cuales se contempla la articulación con IDIPRON como una línea de trabajo en construcción, orientada a incrementar el número de jornadas y ampliar la cobertura, con el fin de mejorar la captación y el abordaje de ciudadanos en riesgo o con habitabilidad en calle. Esta proyección busca fortalecer la respuesta institucional y optimizar el alcance de las acciones en territorio, una vez se consoliden los mecanismos operativos y de coordinación intersectorial.

En términos de resultados, las acciones implementadas permitieron la identificación oportuna de riesgos, la orientación de los ciudadanos hacia los servicios correspondientes y el fortalecimiento de los procesos de articulación interinstitucional. No obstante, se reconoce la necesidad de fortalecer los mecanismos de entrega efectiva de órdenes y de seguimiento, especialmente en escenarios como Tercer Milenio, con el fin de reducir las brechas identificadas y favorecer la continuidad en la atención en salud. En este sentido, se identifican oportunidades de mejora orientadas al cierre de brechas, en coherencia con los objetivos de la estrategia, y al fortalecimiento de la atención integral de los ciudadanos y las ciudadanas con habitancia o habitabilidad en calle.

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

Se realiza atención a población privada de la libertad que se encuentra recluida en centros transitorios de reclusión, Unidades de reacción inmediata (URI) y estaciones de policía de la ciudad de Bogotá, se implementan acciones integrales de bienestar en población privada de la libertad (PPL) ubicada en estaciones de policía, orientadas a la caracterización e identificación temprana de riesgos en salud, la formulación concertada de planes de bienestar individual, su implementación y seguimiento, con el fin de favorecer la atención preventiva, resolutiva y de promoción de la salud, así como la continuidad del cuidado y la gestión del riesgo en el marco del Modelo MAS Bienestar.

Para este proceso se realiza la verificación de la base de datos de los usuarios iniciales proporcionados por las estaciones de policía, identificando quienes cumplen con las frecuencias de uso para recibir atención según los contratos vigentes con las EPS, se solicita la autorización de atención a las EAPB de los PPL que no se encuentran capitados en Subred en garantía del cumplimiento de la sentencia de manera que se pueda llevar a cabo y tramitar las derivaciones que se generen de las consultas, posterior a esto se programan las jornadas de atención en cumplimiento a los protocolos de seguridad de las mismas y en torno a la necesidad de atención de la población.

En el mes de Octubre del 2025 se realiza articulación con el programa de atención domiciliaria de la Subred Sur para la entrega del proceso de atención a PPL con el objetivo de apropiar las acciones que se enmarcan en el desarrollo de la estrategia de APS desde el Convenio como viene dispuesto en el lineamiento técnico operativo, implementando las acciones complementarias y lo que se derive desde la atención por el talento humano que se encuentra asignado para el ejercicio, de la misma forma se realiza articulación con las 3 estaciones de policía, con el propósito de identificar, intervenir y mitigar los riesgos sociales y en salud que afectan a esta población, reconociendo sus condiciones de vulnerabilidad y particularidades del contexto de privación de la libertad.

Tabla 29. 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
05- Usme	3	3	19	22	40
06- Tunjuelito	3	3	17	24	45
19- Ciudad Bolívar	3	3	88	56	169
Total	**9**	**9**	**124**	**102**	**254**

Fuente: Aplicativo Gtaps Octubre a Diciembre 2025.

Frente a la implementación de la estrategia PPL se ha logrado la caracterización al 100% de los usuarios que permanecen en detención en las 3 estaciones ubicadas en la Subred Sur, en lo que corresponde al ingreso de las gestoras PPL desde el mes de agosto a diciembre de 2025, mes a mes tras el ingreso de los PPL, se actualiza el proceso dando cobertura al 100% en el proceso de caracterización, en la tabla se reportan los avances del periodo en estudio que corresponde a la ejecución del convenio de octubre a diciembre de 2025.

Durante el mes de octubre se realizan 3 jornadas de PPL, 1 en la estación de Ciudad Bolívar con la atención de 11 usuarios por el perfil de medicina y 13 usuarios por el perfil de

enfermería, 1 en la estación de Usme con la atención de 8 usuarios por el perfil de medicina y por el perfil de enfermería y 1 en la estación de Tunjuelito con la atención de 5 usuarios por el perfil de medicina y de enfermería, durante las jornadas 2 de los usuarios con sífilis positiva con quienes se realiza administración del tratamiento según protocolo.

En lo que corresponde al mes de noviembre se realizan 3 jornadas de PPL, 1 en la estación de Ciudad Bolívar con la atención de 23 usuarios por el perfil de medicina y 12 usuarios por el perfil de enfermería, 1 en la estación de Usme con la atención de 7 usuarios por el perfil de medicina y 5 usuarios por el perfil de enfermería y 1 en la estación de Tunjuelito con la atención de 10 usuarios por el perfil de medicina y 12 usuarios por el perfil de enfermería, durante las jornadas 2 de los usuarios con sífilis positiva con quienes se realiza administración del tratamiento según protocolo.

En lo que respecta al mes de diciembre se realizan 3 jornadas de PPL, 1 en la estación de Ciudad Bolívar con la atención de 22 usuarios por el perfil de medicina y 14 usuarios por el perfil de enfermería, 1 en la estación de Usme con la atención de 7 usuarios por el perfil de medicina y 6 usuarios por el perfil de enfermería y 1 en la estación de Tunjuelito con la atención de 9 usuarios por el perfil de medicina y 7 usuarios por el perfil de enfermería.

Durante la ejecución de las acciones dispuestas en los lineamientos operativos se ha dado cumplimiento al proceso de aseguramiento de los PPL en cada una de las estaciones de policía mediante la articulación con la Trabajadora Social dispuesta desde el convenio del Fondo Financiero Distrital de Salud, así mismo se ha realizado el proceso de agendamiento de citas intramurales gestionando los permisos en los juzgados para garantizar el desplazamiento de los PPL al cumplimiento de sus citas en garantía integral de derechos, toma de laboratorios, entrega de medicamentos, administración de tratamiento para sífilis gestionando de manera oportuna el riesgo.

Frente a los diagnósticos más frecuentes de la población atendida en el trimestre, en el mes de octubre corresponde al Z719 - CONSULTA, NO ESPECIFICADA que corresponde a la aplicación de pruebas rápidas, seguida por A519 - SÍFILIS PRECOZ, J00 - RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMÚN) y H539 - ALTERACIÓN VISUAL, en lo que corresponde al mes de noviembre los diagnósticos prevalentes son Z719 - CONSULTA, NO ESPECIFICADA que corresponde a la aplicación de pruebas rápidas, F199 - TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE MULTIPLES DROGAS Y AL USO DE OTRAS, Z202 - CONTACTO CON Y EXPOSICION A ENFERMEDADES INFECCIOSAS CON UN MODO DE TRANSMISIÓN PREDOMINANTE y B829 - PARASITOSIS INTESTINAL, SIN OTRA ESPECIFICACIÓN, en lo que respecta al mes de diciembre Z719 - CONSULTA, NO ESPECIFICADA que corresponde a la aplicación de pruebas rápidas, Z202 - CONTACTO CON Y EXPOSICION

A ENFERMEDADES INFECCIOSAS CON UN MODO DE TRANSMISIÓN PREDOMINANTE y R529 - DOLOR.

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

En el mes de Octubre del 2025 se realiza articulación con la Comunidad de Cuidado Casa Nostra, con la auxiliar de enfermería Sandra Olaya quien maneja el proceso de salud de los usuarios de la comunidad, con el objetivo de apropiar las acciones que se enmarcan en el desarrollo de la estrategia de APS desde el Convenio como viene dispuesto en el lineamiento técnico operativo, implementando las acciones complementarias y lo que se derive desde la atención por el talento humano que se encuentra asignado para el ejercicio.

Tabla 30. Intervenciones desarrolladas en Comunidad de Cuidado

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 de efectividad (# usuarios con requerimiento de citas/# usuarios con respuesta al agendamiento)
Comunidad de cuidado	Casa Nostra	3	100	100	100%	49	49	100%

Fuente: Aplicativo Gtaps Octubre a Diciembre 2025.

Frente a la implementación de APSocial Abandono Social se ha logrado la caracterización al 100% de los usuarios por parte del entorno institucional, se realiza articulación para dar cobertura permanente al ingreso o traslado de usuarios a la comunidad, durante el mes de octubre se realiza 1 jornada de Comunidad de Cuidado, con la atención de 26 usuarios por el perfil de medicina, en lo que corresponde al mes de noviembre se realiza 1 jornada de Comunidad de Cuidado, con la atención de 13 usuarios por el perfil de medicina y en lo que respecta al mes de diciembre se realiza 1 jornada de Comunidad de Cuidado, con la atención de 61 usuarios por el perfil de medicina, en la última jornada del año se realiza vacunación a la población con la aplicación de 14 biológicos.

Dentro de los avances del proceso se encuentra la articulación con Entorno Institucional para el proceso de caracterización y la articulación con la Comunidad de Cuidado para la garantía de la prestación de la atención en el marco de las acciones descritas en el lineamiento, para los meses de octubre y noviembre se presentaron algunos contratiempos para la toma de laboratorios, toda vez que desde la comunidad no permitían la toma posterior a las atenciones, dado que por requerimiento de la institución solicitan la toma 20 días previos a la consulta de control de los usuarios, para el mes de diciembre se logró el proceso de toma de laboratorios dentro de los tiempos dispuestos para este ejercicio, se ha logrado la cobertura al 100% tanto en términos de caracterización como en atenciones individuales.

Frente a los diagnósticos más frecuentes de la población atendida durante el trimestre, en el mes de octubre corresponde al I10 - HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA) y J449 - ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA, lo que refleja un alto porcentaje de enfermedades crónicas no transmisibles. Esta situación sugiere la persistencia de factores de riesgo cardiovasculares y respiratorios en la población, posiblemente relacionados con estilos de vida, antecedentes de tabaquismo, condiciones ambientales y no adherencia a tratamientos instaurados. La presencia de estos diagnósticos resalta la necesidad de fortalecer las acciones de seguimiento, control, adherencia terapéutica y educación para el autocuidado.

En lo que corresponde al mes de noviembre los diagnósticos prevalentes son N390 - INFECCION DE VIAS URINARIAS y N40 - HIPERPLASIA DE LA PRÓSTATA, este comportamiento puede asociarse a una mayor demanda de atención por patologías agudas y crónicas propias del grupo poblacional adulto mayor. Así como las situaciones relacionadas con infección en vías urinarias dado el alto número de usuarios en la comunidad de cuidado con uso de sonda.

En lo que respecta al mes de diciembre I10 - HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA) y J449 - ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA, se mantiene la tendencia de las enfermedades crónicas dentro de la población atendida, este comportamiento confirma la necesidad de mantener estrategias permanentes de control de enfermedades crónicas, especialmente en periodos donde factores como cambios climáticos, aumento de infecciones respiratorias y modificaciones en los hábitos de vida pueden incidir en la descompensación de estas patologías.

En conclusión, el análisis trimestral evidencia una coexistencia de enfermedades crónicas no transmisibles y patologías agudas, lo que demanda un abordaje integral desde el Modelo territorial de Salud MAS Bienestar, priorizando la gestión del riesgo, la continuidad del

cuidado, la educación en salud y el fortalecimiento de las acciones preventivas y promocionales, especialmente en los grupos poblacionales más vulnerables.

Si bien, en el marco de las atenciones individuales que se realizan el porcentaje mayor corresponde a acciones de control para patologías crónicas, no obstante se desarrollan atenciones de carácter resolutivo en torno a las sintomatologías relacionadas que generan afecciones y deterioran el estado de salud de los usuarios en el marco de las jornadas de atención de ciclos de control generando una estrecha relación con la comunidad y garantizando una óptima gestión del riesgo de los usuarios que residen en Casa Nostra.

Frente a las oportunidades de mejora para la atención en comunidades de cuidado, servicio sociosanitario y servicios transitorios, es importante una articulación en el marco de las acciones distritales que permita mitigar situaciones como el desabastecimiento de las farmacias que compete a una situación estructural que desde las Subredes generan la imposibilidad de dar cumplimiento de la entrega en los tiempos establecidos, una articulación distrital con SDIS donde se establezcan las acciones y los tiempos para el cumplimiento de las mismas de manera oportuna, de forma que no se generen conflictos entre las comunidades de cuidado y de vida con las subredes por la no atención a los requerimientos como los solicitan para la presentación de auditorías como institución, teniendo en cuenta que estos centros son tercerizados y el nivel de comunicación entre la SDIS y los mismos es mínima.

4.6.8 Casas MAS Bienestar

En relación a esta acción de bienestar, es importante mencionar que a la fecha no se ha iniciado su implementación en la Subred Sur, razón por la cual no es posible reportar información. No obstante, la Subred Sur ya cuenta con una Casa MÁS Bienestar ubicada en la localidad de Usme, encontrándose actualmente en fase de alistamiento operativo. Se tiene previsto iniciar la implementación de la estrategia a partir del mes de enero, una vez se surtan los procesos de contratación y definición operativa correspondientes. A partir de su puesta en marcha, se realizará el registro sistemático de la información requerida, permitiendo el análisis mensual y la consolidación de los indicadores conforme a lo establecido.

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 31. Formulación e implementación de Plan de Bienestar Diferencial en Familias de comunidades Negras y Afrocolombiana

LOCALIDAD	Número de familias con Formulación e implementación de Plan de Bienestar Diferencial en Familias de comunidades Negras y Afrocolombiana
USME	73
CIUDAD BOLÍVAR	73
TUNJUELITO	73
Total	219

Fuente: Archivo plano plan de bienestar familiar GTAPS

En cumplimiento de los lineamientos técnicos de atención con enfoque étnico, se informa que las acciones desarrolladas en las localidades de Usme, Ciudad Bolívar y Tunjuelito se realizaron garantizando la pertinencia cultural, el reconocimiento de los saberes propios y la concertación con las familias, conforme a los criterios definidos para el Plan de Cuidado y Bienestar.

Durante los meses de octubre, noviembre y diciembre se realizó el abordaje a un total de 219 familias por localidad, correspondiendo a 73 familias intervenidas en el periodo reportado.

En la localidad de Usme, durante los meses de octubre y noviembre, se realizó el abordaje a 22 familias, correspondientes a 8 casos priorizados, 8 familias con menores de cinco años, 3 familias con gestantes y 6 familias con condiciones crónicas. Estas familias ya se

encontraban en proceso de acompañamiento por parte del equipo de salud afro, y fueron caracterizadas de acuerdo con las prioridades establecidas y los criterios técnicos definidos en los lineamientos de atención con enfoque étnico. Durante el mes de diciembre, se dio continuidad al acompañamiento con 8 casos priorizados, 7 familias con menores de cinco años, 5 familias con gestantes y 6 familias con condiciones crónicas, fortaleciendo las acciones de cuidado concertadas.

En la localidad de Ciudad Bolívar, las familias abordadas corresponden a otros casos priorizados, considerados como casos con enfermedades ancestrales, de acuerdo con la valoración realizada por los perfiles de la sabedora y la partera, en coherencia con el reconocimiento de los saberes propios. Durante los meses de octubre y noviembre, se realizó el cierre del proceso con 22 familias, distribuidas en 8 familias con condiciones crónicas, 8 familias con enfermedades como hipertensión arterial y diabetes mellitus, 4 familias con menores de cuatro años y 2 familias con gestantes. En el mes de diciembre, se efectuó el abordaje de casos adicionales, correspondientes a 4 familias con menores de cinco años, 2 familias con gestantes y 12 familias clasificados dentro de otros casos priorizados, conforme a los criterios étnicos y técnicos establecidos.

Por su parte, en la localidad de Tunjuelito, durante los meses de octubre y noviembre, se efectuó el abordaje con 24 familias, correspondientes a 14 casos priorizados, 8 familias con condiciones crónicas, 1 familia con gestante y 1 familia con menor de cinco años. En el mes de diciembre, se dio continuidad al proceso con 6 familias con condiciones crónicas, 1 familia con gestante, 7 familias con menores de cinco años y 13 familias clasificadas como otros casos priorizados, en concordancia con el enfoque diferencial y étnico.

Las acciones adelantadas se desarrollaron mediante la concertación con las familias, la articulación con los perfiles comunitarios y étnicos, y la implementación de acciones de cuidado y bienestar culturalmente pertinentes, orientadas a la mitigación de los riesgos priorizados y al fortalecimiento de prácticas protectoras.

Para el período en mención, en las tres localidades se efectuaron 65 cierres del Plan de Cuidado y Bienestar, correspondientes a procesos en los cuales se realizó la verificación del cumplimiento de los compromisos establecidos, la evaluación final del acompañamiento y la formalización del cierre, de acuerdo con los lineamientos de atención con enfoque étnico de la SDS.

Los cierres se distribuyeron de la siguiente manera: 43 cierres en la localidad de Tunjuelito, 16 cierres en la localidad de Usme y 6 cierres en la localidad de Ciudad Bolívar.

5.1.2 Apechontería con familias étnicas – Afrodescendientes

Tabla 32. Indicador sesiones educativas diferenciales

Nombre del indicador	Frecuencia de medición	Fórmula
Sesiones educativas diferenciales para las diferentes etnias. (afrodescendientes, palenqueros, Wounaan, Rrom Gitanos, Muisca Bosa y Muisca Suba)	Mensual	8

Respecto a la Acción de Bienestar Apechontería, durante el periodo reportado se realizaron de manera mensual acciones dirigidas a la población, orientadas al fortalecimiento del cuidado integral desde un enfoque diferencial, comunitario y ambiental. En el mes de octubre se llevaron a cabo 2 acciones de Apechontería con la participación de 10 personas, desarrolladas en las localidades de Usme, Ciudad Bolívar y Tunjuelito. De manera particular, para el mes de octubre, las acciones de Apechontería se desarrollaron con énfasis en la normatividad ambiental, abordando de forma prioritaria el Decreto 351 de 2014, en concordancia con los lineamientos distritales en materia de gestión integral de residuos y salud ambiental. Este componente se articuló con el desarrollo de la iniciativa ambiental, integrando el enfoque de cuidado del entorno como eje fundamental del bienestar comunitario.

Así mismo, en cada uno de los encuentros de Apechontería se desarrollaron abordajes temáticos relacionados con el uso responsable de los residuos sólidos, la prevención de enfermedades respiratorias y el autocuidado, en concordancia con las necesidades identificadas en la comunidad.

Para los meses de noviembre y diciembre, se realizaron en total 3 acciones de Apechontería, con la participación aproximada de 10 personas por espacio, abordando de manera diferencial y participativa temáticas asociadas al cuidado del medio ambiente, la prevención de enfermedades y la promoción de prácticas protectoras para la salud individual, familiar y comunitaria.

Así mismo, en el marco del cumplimiento de los lineamientos técnicos establecidos para la Acción de Bienestar – Desarrollo de contenidos diferenciales, se dio inició de manera mensual al proceso de construcción de piezas comunicativas educativas, como estrategia de educación para la salud con enfoque poblacional y diferencial. Durante el periodo

reportado se registraron tres avances en la elaboración de dichas piezas, correspondientes a propuestas de contenidos orientados a las temáticas de lactancia materna, cuidados maternos y medicina ancestral, las cuales fueron desarrolladas en concordancia con los saberes, prácticas, usos y costumbres ancestrales de las comunidades Negras y Afrocolombianas, y en articulación con los enfoques de promoción de la salud y prevención de la enfermedad definidos por la Secretaría Distrital de Salud. Estos avances se encuentran en proceso de consolidación y validación conforme a los criterios técnicos, metodológicos y gráficos establecidos en el marco del convenio.

Las acciones adelantadas se desarrollaron bajo el enfoque diferencial y comunitario, garantizando la articulación entre la medicina tradicional, la promoción de la salud y los componentes ambientales, en concordancia con los lineamientos técnicos establecidos.

5.1.3 Técnicas de curación ancestral - Negras y Afrocolombianas

Durante el periodo reportado, mes a mes se realizaron por localidad un total de 24 atenciones desde las técnicas de medicina ancestral, correspondientes a 8 atenciones mensuales durante los meses de octubre, noviembre y diciembre, desarrolladas en los Kilombos definidos para la atención, con participación de la comunidad asistente. Orientadas al abordaje integral del bienestar físico, emocional y espiritual de la población con y sin pertenencia étnica, en coherencia con los lineamientos técnicos establecidos para la acción de bienestar.

Las principales causas de consulta identificadas durante las jornadas estuvieron relacionadas, de manera recurrente, con molestias musculares y osteomusculares, asociadas a cargas físicas, tensiones corporales y desarmonías percibidas desde la medicina tradicional. Así mismo, se identificaron consultas vinculadas a alteraciones espirituales, las cuales, conforme a los principios y prácticas propias de la medicina ancestral afrocolombiana, no son descritas de manera específica, en tanto corresponden a secretos ancestrales, respetando la cosmovisión, el saber tradicional y la confidencialidad propia de estas prácticas.

En cuanto a los logros, se resalta la continuidad en la prestación de las atenciones ancestrales, el interés y participación activa de las personas asistentes a las jornadas, así como el reconocimiento del Kilombo como espacio legítimo de cuidado y sanación desde la medicina tradicional.

No obstante, dentro de las dificultades identificadas durante el periodo, se evidenció que la participación de la población con pertenencia étnica afrocolombiana caracterizada por los Kilombos fue esporádica, observándose una mayor asistencia de población mestiza a las

jornadas. Esta situación representa un reto para el fortalecimiento del vínculo con las familias afrodescendientes previamente caracterizadas, lo cual será objeto de análisis y ajuste en las estrategias de convocatoria y demanda inducida, con el fin de promover una mayor participación de la población priorizada.

Tabla 33. Atenciones Individuales de comunidades negras y afrocolombianas

LOCALIDAD	Número de atenciones Individuales de comunidades negras y afrocolombianas		
	Medicina	Enfermería	Nutrición
USME	3	0	0
CIUDAD BOLÍVAR	2	0	0
TUNJUELITO	3	0	0
Total	8	0	0

Respecto a las atenciones de tipo individual y las remisiones realizadas de manera mensual, se evidencia un bajo porcentaje de derivaciones a servicios de medicina, lo cual se encuentra asociado principalmente a que la población atendida refiere encontrarse en condiciones clínicas estables al momento de la valoración. Las remisiones efectuadas se concentraron, de manera prioritaria, en personas con condiciones crónicas que presentan baja adherencia a los controles y seguimientos establecidos en las rutas de atención.

En relación con las remisiones a enfermería y nutrición, se identificó que estas son limitadas, dado que el componente de enfermería hace parte integral del equipo de los Kilombos, siendo la profesional de enfermería quien lidera de manera directa los procesos de valoración del riesgo, orientación en salud, educación para el autocuidado y seguimiento inicial, razón por la cual no siempre se genera una remisión formal a este servicio.

Así mismo, frente al componente de nutrición, no se registraron remisiones significativas durante el periodo reportado, en tanto que, de acuerdo con las valoraciones realizadas y la percepción de la comunidad, no se evidenciaron alteraciones nutricionales que ameritan derivación inmediata, sin perjuicio de que, ante la identificación de factores de riesgo, se proceda conforme a las rutas establecidas.

No obstante lo anterior, desde los equipos se ha reiterado de manera permanente la importancia de realizar las remisiones correspondientes a los servicios de medicina, enfermería o nutrición, cuando se identifiquen necesidades que así lo requieran, garantizando la articulación con las rutas de atención y el acceso oportuno a los servicios de salud, conforme a los lineamientos técnicos vigentes.

5.4 FAMILIAS DEL CABILDO INDIGENA WOUNAAN

5.4.1 Gestión del riesgo en familias del cabildo indígena Wounaan de Bogotá D.C Comunidad Baud Mos.

Tabla 34. Implementación de Plan de bienestar Diferencial en Familias Indígena Wounaan Baud Mos

LOCALIDAD	Número de familias con Formulación e implementación de Plan de bienestar Diferencial en Familias Indígena Wounaan Baud Mos	Número de atenciones Individuales de población Indígena Wounaan Baud Mos		
		Medicina	Enfermería	Nutrición
Ciudad Bolívar	47	0	0	0
Total	47	0	0	0

Fuente: Reporte de intervenciones y Atenciones aplicativo GTAPS

Durante el período comprendido entre octubre y diciembre, el equipo realizó 47 implementaciones del Plan de Cuidado y Bienestar Familiar, distribuidas de la siguiente manera: 11 en octubre, 15 en noviembre y 21 en diciembre, evidenciando un comportamiento progresivo en la ejecución mensual.

Los grupos de riesgo priorizados corresponden a mujeres gestantes y otros casos priorizados. Se identificaron 6 gestantes activas, quienes recibieron seguimiento desde la partería tradicional y acompañamiento intercultural, en coherencia con la cosmovisión del pueblo Wounaan. Así mismo, se abordaron otros casos priorizados, asociados a desarmonías y enfermedades ancestrales, identificadas por el Benkhuun (médico tradicional), mediante prácticas propias de la medicina ancestral, respetando los principios culturales y la confidencialidad de los saberes propios.

Los resultados evidencian el fortalecimiento del cuidado desde la salud propia, el reconocimiento de la medicina ancestral como eje del abordaje y la aceptación por parte de las familias priorizadas.

Como principal dificultad se identificó la desactualización del censo poblacional, lo cual genera ajustes operativos en la planeación y focalización de los abordajes. Frente a ello, el equipo ha adelantado procesos de verificación comunitaria y concertación con las autoridades del cabildo, conforme a la guía operativa.

El indicador de seguimiento del Plan de Acción presenta un cumplimiento satisfactorio, evidenciado en el aumento progresivo de abordajes familiares, acorde con la priorización de riesgos y la periodicidad establecida según el enfoque diferencial.
Frente a las acciones de educación para la salud desarrolladas, describir el resultado del indicador de seguimiento para esta dispuesto y relacionado a continuación:

Tabla 35. Sesiones educativas diferenciales para las diferentes etnias

Nombre del indicador	Frecuencia de medición	Fórmula
Sesiones educativas diferenciales para las diferentes etnias. (afrodescendientes, palenqueros, Wounaan, Rrom Gitanos, Muisca Bosa y Muisca Suba)	Mensual	1

Durante el periodo evaluado, se desarrollaron espacios educativos mensuales, con una frecuencia de una jornada por mes, contando con la participación aproximada de 10 personas de la misma comunidad en cada sesión. Estas jornadas estuvieron orientadas al abordaje de desarmonías y enfermedades reconocidas desde la medicina ancestral, tales como *mal de ojo* y *entrada de aire*, respetando los saberes propios y los denominados “secretos ancestrales”, los cuales no son descritos de manera explícita.

De manera complementaria, se contó con la participación del perfil de enfermería, quien realizó procesos de educación en salud desde el enfoque occidental, especialmente en relación con la identificación de signos y síntomas de alarma, promoviendo el reconocimiento oportuno de situaciones que requieren atención por los servicios de salud convencionales. Esta articulación permitió fortalecer el diálogo de saberes y fomentar en la comunidad una mayor apertura hacia la medicina occidental, sin desconocer la cosmovisión y prácticas tradicionales.

Así mismo, se avanzó en la implementación de la iniciativa comunitaria de la huerta ancestral, desarrollada en articulación con la autoridad del Cabildo, como estrategia de

fortalecimiento de la medicina ancestral, el autocuidado y la soberanía alimentaria. En el marco de esta iniciativa, se realizaron espacios de concertación comunitaria, en los cuales se definieron acuerdos relacionados con la participación y el uso de los insumos. Adicionalmente, desde el perfil de enfermería se brindó orientación a la comunidad sobre los insumos disponibles y su alcance dentro de la iniciativa de la huerta comunitaria, garantizando claridad en el proceso y fortaleciendo la corresponsabilidad comunitaria.

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

En el marco de las acciones propias de Medicina Ancestral, durante el periodo evaluado se desarrollaron un total de 58 atenciones, distribuidas de la siguiente manera: 15 acciones en el mes de octubre, 20 en noviembre y 23 en diciembre. Dichas atenciones fueron realizadas por el médico ancestral (Benkhuun) y la partera tradicional, de acuerdo con los saberes propios y la cosmovisión de la comunidad.

Las atenciones fueron realizadas por el médico tradicional Benkhuun y la partera tradicional, en espacios propios de la comunidad y con población de diferentes grupos poblacionales, priorizando una atención individualizada, acorde a la desarmonía identificada, la evolución de la persona y los saberes ancestrales propios, en coherencia con el enfoque de Atención Primaria en Salud con enfoque étnico diferencial.

Desde el perfil de partería tradicional, las acciones estuvieron orientadas principalmente al acompañamiento materno, incluyendo abordajes relacionados con la acomodación del vientre, orientaciones para el cuidado materno y recomendaciones propias para la gestación, respetando los usos, costumbres y prácticas culturales de la comunidad.

Por su parte, el médico tradicional Benkhuun realizó atenciones enfocadas en la identificación y manejo de desarmonías individuales reconocidas desde la cosmovisión ancestral, tales como *mal de sombra*, *mal de ojo* y otras desarmonías espirituales, sin detallar los denominados “secretos ancestrales”, en concordancia con los principios de respeto cultural y salvaguarda del saber propio.

Estas acciones contribuyeron al fortalecimiento del modelo de atención intercultural, promoviendo la integración de la medicina ancestral como parte fundamental del cuidado y bienestar de la comunidad, en articulación con los demás perfiles del equipo y las acciones de salud occidental cuando fue pertinente.

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

6.1 GESTORES MAS BIENESTAR: Abordaje Territorial: Gestor MAS Bienestar

6.2 PLANES DE BIENESTAR

Frente a las acciones realizadas en la ruralidad de las localidades adscritas a la Subred Sur: Usme, Ciudad Bolívar y Sumapaz, se registra como número de casos asignados a las familias que al proceso de caracterización se identifican riesgos y para la gestión de los mismos se derivan a los profesionales para el establecimiento de planes de bienestar, debido a la ausencia de asignación a través de la estrategia de ruteo.

Tabla 36. Planes de bienestar ruralidad cercana

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	17	8	8	10	10	59%	0	7
Infancia	33	21	21	16	16	48%	0	17
Condiciones crónicas	83	52	52	34	34	41%	0	49
Cáncer	0	0	0	0	0	0	0	0
Salud mental	183	72	72	123	123	67%	0	60
Salud bucal	143	143	143	0	0	0	0	143
Discapacidad y cuidadores	97	97	97	42	42	43%	0	55
Salud ambiental	186	96	96	109	109	59%	0	77
Estrategias transversales	0	0	0	0	0	0	0	0

Fuente: Aplicativo GTAPS Octubre a Diciembre de 2025

En la ruralidad cercana, se observa que los eventos con mayor número de casos en atención corresponden a prioridades como salud mental (183 casos), salud ambiental (186 casos), salud bucal (143 casos) y condiciones crónicas (83 casos), lo que evidencia una alta demanda de intervenciones relacionadas con el bienestar integral y los determinantes sociales de la salud.

Un aspecto positivo es que no se reportan PDB activos con más de seis sesiones, lo que sugiere un seguimiento oportuno y evita la prolongación de los procesos sin cierre, en conjunto, la tabla muestra un esfuerzo sostenido en la concertación de PDB, pero con brechas importantes en el cierre efectivo. Estos resultados resaltan la importancia de fortalecer la continuidad de las intervenciones**,** mejorar la articulación con la red de servicios y ajustar las estrategias del Modelo de Salud MAS Bienestar para responder a las particularidades de la ruralidad cercana.

Tabla 37. Planes de bienestar ruralidad dispersa

RURALIDAD DISPERSA								
Prioridad	**Casos asignados (todas las fuentes)**	**PDB concertados en el periodo de reporte**	**PDB concertados vigencia – acumulado**	**PDB con cierre en el mes**	**PDB con cierre vigencia – acumulado**	**% PDB con cierre (acumulado)**	**PDB activos con más de 6 sesiones**	**Casos pendientes**
Gestantes	23	6	6	17	17	74%	0	6
Infancia	49	12	12	39	39	79%	0	10
Condiciones crónicas	168	68	68	101	101	60%	0	67
Cáncer	0	0	0	0	0	0	0	0
Salud mental	169	69	69	114	114	67%	0	55
Salud bucal	115	37	37	79	79	69%	0	36
Discapacidad y cuidadores	104	41	41	66	66	63%	0	38
Salud ambiental	141	59	59	111	111	79%	0	30
Estrategias transversales	0	0	0	0	0	0	0	0

Fuente: Aplicativo GTAPS Octubre a Diciembre de 2025

En la ruralidad dispersa, se observa que los eventos con mayor número de casos en atención corresponden a prioridades como salud mental (169 casos), condiciones crónicas (168 casos), salud ambiental (141 casos) y salud bucal (115 casos), lo que evidencia una

alta demanda de intervenciones relacionadas con el bienestar integral y los determinantes sociales de la salud.

En lo que corresponde a cierres se garantiza el 100% en el marco de la contingencia dando cumplimiento al proceso en torno a los lineamientos técnicos operativos del Convenio actual y de casos que se encontraban aún en seguimiento del convenio anterior en lo que corresponde a la ruralidad cercana y a la ruralidad dispersa.

El proceso de atención en la ruralidad evidencia que el Modelo de Salud MAS Bienestar ha permitido orientar las acciones hacia una atención integral y territorializada, con avances importantes en el proceso de apertura y cierre de casos en cumplimiento de los planes de bienestar instaurados. Al mismo tiempo, se identifican desafíos transversales relacionados con el fortalecimiento del seguimiento en prioridades de alta complejidad y la necesidad de continuar ajustando las estrategias según las dinámicas propias de cada territorio, con el fin de garantizar un mayor impacto en el bienestar de las comunidades rurales.

Desde una perspectiva cualitativa, las acciones desarrolladas evidencian un esfuerzo por adaptar la prestación de servicios de salud a las particularidades territoriales, sociales y culturales de las comunidades rurales. En la ruralidad cercana, las estrategias se han caracterizado por una mayor articulación intersectorial y una mejor continuidad en la atención, favorecida por la proximidad geográfica a los centros poblados y la disponibilidad relativa de recursos humanos y logísticos. Esto ha permitido fortalecer procesos de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y seguimiento a grupos priorizados, con un enfoque centrado en la familia y la comunidad.

Por su parte, en la ruralidad dispersa, las intervenciones han requerido un mayor énfasis en la flexibilidad operativa y la innovación en los modelos de atención, dadas las barreras de acceso asociadas a la dispersión geográfica, las dificultades de transporte y las condiciones socioeconómicas de la población. En este contexto, se destacan estrategias como las atenciones de los Equipos Más Bienestar en tu hogar y el fortalecimiento del trabajo comunitario, las cuales han contribuido a mejorar la cobertura y a generar vínculos de confianza entre el sistema de salud y la comunidad.

De manera transversal, el enfoque del Modelo de Salud MÁS Bienestar se refleja en la priorización de acciones orientadas al bienestar integral, la participación comunitaria y el reconocimiento de los determinantes sociales de la salud. Asimismo, la implementación de las acciones por parte de los Equipos MAS Bienestar en tu Hogar permite identificar avances significativos en la apropiación del modelo por parte de los actores locales, así como desafíos persistentes relacionados con la sostenibilidad de las intervenciones, la continuidad del talento humano y la necesidad de fortalecer los procesos de monitoreo y

evaluación cuantitativa y cualitativa, lo que permite incidir en la implementación efectiva del Modelo de Salud MÁS Bienestar en los contextos de ruralidad cercana y dispersa. GESTIÓN TERRITORIAL DE LA ATENCIÓN PRIMARIA SOCIAL DESDE LOS EQUIPOS MAS BIENESTAR EN TU HOGAR

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 periodo evaluado, la Coordinación de los Equipos MAS Bienestar en tu Hogar ejerció un rol estratégico en la dirección integral del convenio, orientando la planeación, ejecución, seguimiento y control de las acciones técnicas, administrativas y financieras, con el fin de garantizar el cumplimiento de los compromisos contractuales y la adecuada operación del modelo en territorio.

Desde la coordinación se lideraron procesos de planeación operativa, ajustando y actualizando los cronogramas de trabajo conforme a los lineamientos institucionales, los requerimientos de la Secretaría Distrital de Salud y las dinámicas territoriales identificadas. Se establecieron metas mensuales y mecanismos de priorización que permitieron organizar la operación de los equipos, optimizar el uso de los recursos y asegurar la coherencia entre la planeación y la ejecución de las actividades.

En el componente técnico y operativo, se realizó seguimiento permanente al cumplimiento de los objetivos definidos para los Equipos MAS Bienestar en tu Hogar, verificando la ejecución de las acciones en territorio, la aplicación de los lineamientos técnicos y la articulación con los diferentes actores del modelo. Este seguimiento se desarrolló mediante espacios periódicos de revisión, análisis de reportes consolidados y retroalimentación continua a los equipos, lo que permitió identificar alertas tempranas, realizar ajustes oportunos y fortalecer la calidad de la intervención.

En cuanto a la administración del talento humano, se adelantaron procesos de distribución, reorganización y acompañamiento de los equipos, orientados a optimizar la asignación de funciones, fortalecer la capacidad operativa y garantizar la continuidad del servicio. Así mismo, se brindó acompañamiento permanente a los procesos de contratación, vinculación

y asignación de actividades, promoviendo el cumplimiento de perfiles, roles y responsabilidades establecidas en el marco del convenio.

Desde la gestión y control financiero, la coordinación realizó supervisión sistemática sobre la ejecución de los recursos, velando por el uso adecuado de los mismos en los diferentes componentes operativos. Se efectuó control sobre los gastos asociados a insumos, transporte, logística, mantenimiento y servicios, garantizando criterios de eficiencia, transparencia y cumplimiento de la normatividad vigente, así como la coherencia entre la ejecución financiera y la planeación técnica.

De manera transversal, se fortaleció la articulación interdependencias, consolidando un trabajo coordinado con áreas como Servicios Generales, Salud y Seguridad en el Trabajo y Logística, con el propósito de asegurar las condiciones operativas necesarias para el desarrollo de las actividades extramurales, el bienestar del talento humano y la continuidad de la operación en territorio.

Como parte de los mecanismos de seguimiento y monitoreo integral, se implementaron revisiones periódicas de los avances técnicos, administrativos y financieros, a través de reportes consolidados, reuniones de seguimiento y análisis de indicadores operativos. Estos espacios permitieron verificar el cumplimiento de los compromisos del convenio, documentar los avances, identificar oportunidades de mejora y orientar la toma de decisiones para el fortalecimiento continuo del modelo.

En conjunto, las acciones de dirección, planeación, seguimiento y monitoreo desarrolladas por la coordinación contribuyeron al ordenamiento de la operación, la optimización de recursos y el aseguramiento de la calidad de las acciones, consolidando una gestión integral orientada al cumplimiento de los objetivos del convenio y al fortalecimiento del Modelo MAS Bienestar en tu Hogar.

Durante los meses de octubre, noviembre y diciembre, los productos comprometidos fueron entregados con un 100 % de oportunidad, dando cumplimiento a los plazos establecidos en la minuta del convenio y asociados a cada desembolso, conforme a la definición del indicador de oportunidad en la entrega de productos.

No obstante, se presentaron observaciones de carácter administrativo y documental, relacionadas exclusivamente con la completitud de firmas en algunos soportes, las cuales no afectaron la entrega ni la ejecución de los productos. En particular:

- Mes de octubre: La ejecución de la contrapartida fue radicada dentro del plazo establecido; sin embargo, los documentos no contaban inicialmente con la totalidad

de las firmas, dado que estas se encontraban en proceso de gestión por parte de los responsables.

- Mes de noviembre: La matriz de ejecución financiera y la ejecución de la contrapartida fueron radicadas oportunamente, presentando una situación similar al mes anterior respecto a la ausencia temporal de firmas completas.
- Mes de diciembre: La certificación emitida por el representante legal y el revisor fiscal de la Subred para acreditar la ejecución del porcentaje de gastos administrativos (gastos directos e indirectos), la certificación de ejecución de la totalidad de los recursos de contrapartida definidos en el plan de acción, así como el informe correspondiente al artículo 3° del Decreto 634 de 2023 (modificatorio del Decreto 332 de 2020), fueron radicados inicialmente únicamente con la firma del revisor fiscal, dado que al momento de la radicación la gerente no había firmado aún los documentos.

Adicionalmente, para los productos correspondientes al III desembolso, el informe de ejecución mensual del plan de acción de la contrapartida presentó una inconsistencia técnica en el archivo, lo que impidió su correcta visualización.

Cabe resaltar que todas las situaciones descritas fueron subsanadas el día 27 de enero, fecha en la cual se presentaron nuevamente los soportes con las firmas completas y la documentación correspondiente ante la Secretaría Distrital de Salud, garantizando la trazabilidad, validez y cumplimiento de los compromisos adquiridos en el marco del convenio.

Articulación sectorial e intersectorial para la operación del convenio

Desde los Equipos MAS Bienestar en tu Hogar se mantienen articulaciones a nivel sectorial e intersectorial que permiten el desarrollo de acciones integrales orientadas al cuidado del individuo y su familia. Durante el período comprendido entre octubre y diciembre de 2025, se fortalecieron las articulaciones a nivel sectorial con la capa intramural, lo que permitió identificar usuarios de abordaje prioritario y/o aquellos que no han logrado mantenerse adherentes a las atenciones en salud, de acuerdo con las necesidades particulares de cada individuo.

En este contexto, y en concordancia con el proceso de territorialización, se identificó el talento humano operativo asignado a cada Unidad Básica Resolutiva (UBR), estableciendo la designación de un líder operativo por cada UBR, lo cual ha permitido mantener un contacto permanente con el profesional de enlace de cada unidad. Estas articulaciones se realizan de manera mensual, con el fin de revisar y hacer seguimiento a los casos

priorizados. Como resultado, se ha evidenciado un impacto positivo en el bienestar de los usuarios y sus familias que no habían asistido oportunamente a los centros de salud, logrando desde los Equipos MAS Bienestar en tu Hogar el reencauzamiento de los usuarios hacia las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), contribuyendo así al mejoramiento de las condiciones de salud familiar.

Asimismo, se señala que desde los Equipos MAS Bienestar en tu Hogar se mantiene una articulación permanente con las Rutas Integrales de Atención en Salud de la Dirección de Gestión del Riesgo, mediante la verificación periódica de la información registrada por el talento humano operativo. Este proceso permite identificar usuarios menores de cinco (5) años, personas con enfermedades crónicas y gestantes, generando las articulaciones necesarias para el respectivo seguimiento, agendamiento según la EAPB, activación de rutas y/o derivación a Planes de Bienestar, con el objetivo de mitigar barreras de acceso a los servicios de salud y fortalecer el bienestar integral de los individuos y sus familias.

Gestión documental, administrativa y contractual del convenio

Frente al proceso de gestión documental de los Equipos MAS Bienestar en tu Hogar (EMBH), se indica que, para los meses anteriormente mencionados, se realizó la verificación, revisión y alistamiento de los formatos derivados de las acciones desarrolladas en territorio, en cumplimiento del Programa de Gestión Documental de la Subred Sur. Para ello, se consolidó un proceso organizado por parte de los técnicos administrativos de los EMBH, permitiendo la conformación del archivo general de las planillas establecidas. Cabe resaltar que, a la fecha, no se ha efectuado el traslado al archivo central, quedando pendiente la remisión de las carpetas que cumplen con la periodicidad correspondiente.

Finalmente, se informa que desde los Equipos MAS Bienestar – Subred Sur se realizó la entrega de los productos contractuales establecidos en el clausulado del convenio interadministrativo celebrado con el Fondo Financiero Distrital de Salud (FFDS), los cuales dan respuesta y soporte a las acciones desarrolladas por los EMBH. A continuación, se relacionan las fechas de radicación de los productos correspondientes a los desembolsos:

- Primer desembolso: 06 de octubre de 2025. Radicado N.° 2025-ER-50453.
- Segundo desembolso: 06 de noviembre de 2025. Radicado N.° 2025-ER-57155.
- Producto mensual – Equipos MAS Bienestar en tu Hogar: 20 de noviembre de 2025. Radicado N.° 2025-ER-59773.
- Quinto (5.º) día del mes – Equipos MAS Bienestar en tu Hogar: 05 de diciembre de 2025. Radicado N.° 2025-ER-62832.

- Producto mensual – Equipos MAS Bienestar en tu Hogar: 22 de diciembre de 2025. Radicado N.° 2025-ER-66021.
- Tercer desembolso: 07 de enero de 2026. Radicado N.° 2026-ER-00968.

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 38. Ejecución financiera Plan programático y presupuestal - PPP

MES	VALOR PROGRAMADO	VALOR EJECUTADO	% DE EJECUCIÓN	VALOR SUBEJECUTADO	% SUBEJECUCIÓN
OCTUBRE	2.515.062.959,00	2.020.436.120,56	80.33 %	494.626.838,44	19.67 %
NOVIEMBRE	2.564.217.710,00	2.183.372.800,80	85.15 %	380.844.909,20	14.85 %
DICIEMBRE	2.563.476.632 ,00	2.278.610.747,00	88.89 %	284.865.885,00	11.11 %
TOTAL	7.642.757.301,00	6.482.419.668,36	84.82 %	1.160.337.632,64	15.18 %

Fuente: Plan programático y presupuestal - PPP

El cuadro presenta la ejecución financiera del Plan Programático y Presupuestal (PPP) correspondiente a los meses de octubre, noviembre y diciembre. Durante este periodo se evidencia una tendencia progresiva de mejora en los niveles de ejecución mensual, así como una reducción gradual de la subejecución.

Para el mes de **octubre**, se programó un valor de **$2.515.062.959**, de los cuales se ejecutaron **$2.020.436.120,56**, alcanzando un nivel de ejecución del **80,33%**. En consecuencia, se registró una subejecución de **$494.626.838,44**, equivalente al **19,67%**, la cual se asocia principalmente a retrasos en la materialización de compromisos presupuestales y ajustes operativos propios del inicio del periodo.

En el mes de **noviembre**, el valor programado ascendió a **$2.564.217.710**, con una ejecución de **$2.183.372.800,80**, lo que representa un porcentaje de ejecución del **85,15%**. La subejecución para este mes fue de **$380.844.909,20**, correspondiente al **14,85%**, evidenciando una mejora frente al mes anterior como resultado del fortalecimiento en la gestión financiera y la normalización progresiva de los procesos operativos.

Para el mes de **diciembre**, se programó un valor de **$2.563.476.632**, de los cuales se ejecutaron **$2.278.610.747**, alcanzando un nivel de ejecución del **88,89%**. La subejecución fue de **$284.865.885**, equivalente al **11,11%**, reflejando un avance significativo en la

capacidad de ejecución y cierre presupuestal del periodo, asociado a la consolidación de compromisos, pagos y actividades pendientes de meses anteriores.

De manera acumulada, el periodo octubre–diciembre presenta un valor programado total de **$7.642.757.301**, con una ejecución de **$6.482.419.668,36**, lo que corresponde a un nivel de ejecución del **84,82%** y una subejecución total de **$1.160.337.632,64** (**15,18%**) Con el fin de reducir los niveles de subejecución identificados, se implementará el siguiente plan de acción:

1. **Mejoramiento continuo del desempeño de los contratistas**, mediante el fortalecimiento del acompañamiento técnico, seguimiento permanente y retroalimentación periódica, con el objetivo de garantizar el cumplimiento del 100% de las metas asignadas y optimizar la ejecución de los recursos asociados a cada actividad.

2. **Fortalecimiento de las estrategias de vinculación y permanencia del talento humano**, a través del establecimiento de **alianzas adicionales para la contratación de los perfiles requeridos**, que permitan cubrir de manera oportuna las necesidades operativas del convenio y asegurar la continuidad en la ejecución de las actividades programadas.

3. **Prevención de terminaciones anticipadas masivas de contratos**, mediante acciones orientadas a mejorar las condiciones operativas, la planeación de cargas laborales y el acompañamiento administrativo, reduciendo así los impactos negativos en la ejecución financiera y programática.

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

Tabla ejecución contrapartida

MES	PROGRAMADO	EJECUTADO	PORCENTAJE
OCTUBRE	45.627.647	45.627.647	100%
NOVIEMBRE	73.695.747	73.695.747	100%
DICIEMBRE	71.815.647	71.815.647	100%
TOTAL	**191.139.041**	**191.139.041**	**100%**

Fuente: Ejecución contrapartida diciembre 2025.

La ejecución de la contrapartida se estructura en cuatro ítems fundamentales, los cuales resultaron determinantes para la adecuada operación de los Equipos MAS Bienestar en tu Hogar:

1. Refrigerios, materiales didácticos y/o piezas comunicativas, por un valor total de $4.579.641, destinados al suministro de refrigerios, materiales pedagógicos y piezas comunicativas necesarias para el desarrollo de las actividades en territorio, garantizando condiciones adecuadas para la participación comunitaria y la correcta implementación de las acciones programadas.
2. Talento humano, administrativo, técnico y logístico, con una ejecución total de $41.573.100, correspondiente a la vinculación de cuatro (4) contratistas que soportaron la operación administrativa, técnica y logística de los Equipos MAS Bienestar en tu Hogar, incluyendo procesos de facturación y acompañamiento operativo, constituyéndose como un componente esencial para la continuidad y calidad de la ejecución del convenio.
3. Fortalecimiento de capacidades, por un valor de $13.500.000, orientado a procesos de formación, asistencia técnica y desarrollo de competencias institucionales adelantados por la Subred, los cuales permitieron fortalecer la operación de los equipos a través de metodologías como el MAO, asegurando la adecuada apropiación técnica y el cumplimiento de los lineamientos del modelo.
4. Acciones de Resolutividad en Salud Familiar, correspondientes al valor de las acciones desarrolladas para fortalecer la capacidad resolutiva de las intervenciones, articulando el componente colectivo del entorno hogar con las atenciones individuales del Plan de Beneficios en Salud, bajo los principios de integralidad, concurrencia y complementariedad.
   En este componente se realizaron 2.783 atenciones individuales, distribuidas así:
   a. Medicina: 2.630 atenciones, por un valor de $128.870.000.
   b. Enfermería y Psicología: 153 atenciones, por un valor de $2.616.300.
   Lo anterior representa un valor total ejecutado por atenciones individuales de $131.486.300, constituyéndose como uno de los ejes más relevantes

para el cumplimiento del objeto del convenio y el impacto directo en la población beneficiaria.

En conjunto, los cuatro ítems ejecutados permitieron alcanzar el 100 % de cumplimiento tanto financiero como operativo, evidenciando que los recursos de la contrapartida fueron fundamentales para la correcta ejecución del convenio y el fortalecimiento del Modelo MAS Bienestar en tu Hogar.

Tabla 39. Desembolsos realizados

NÚMERO DE DESEMBOLSO	VALOR DESEMBOLSADO	No. FACTURA	FECHA
PRIMER DESEMBOLSO	5.079.539.633	9463414	06/10/2025
SEGUNDO DESEMBOLSO	5.079.539.633,	9486180	06/11/2025
TERCER DESEMBOLSO	7.386.653.120	9530243	05/01/2026
TOTAL	17.545.732.386		

Fuente: Matriz Financiera 2025

Se presenta el detalle de los desembolsos realizados, indicando el valor desembolsado, el número de factura y la fecha correspondiente a cada uno. El **primer desembolso** se realizó por un valor de **$5.079.539.633**, con factura No. **9463414** y fecha **06 de octubre de 2025**. El **segundo desembolso** corresponde a un valor de **$5.079.539.633**, con factura No. **9486180** y fecha **06 de noviembre de 2025**.

El **tercer desembolso**, por un valor de **$7.386.653.120**, **no ha sido efectivamente desembolsado a la fecha**; sin embargo, **la factura correspondiente fue radicada el día 07 de enero de 2026**, encontrándose actualmente en trámite dentro del proceso administrativo y financiero para su respectivo desembolso.

Tabla 40. Ejecución financiera

CONCEPTO	VALOR PROGRAMADO	VALOR EJECUTADO	% DE EJECUCIÓN	VALOR SUBEJECUTADO	% SUBEJECUCIÓN
TALENTO HUMANO	5.745.243.600	4.862.881.536	84.64 %	882.362.064	15.36 %
INSUMOS	344.714.616	308.616.978	89.53 %	36.097.638	10.47 %
INSUMOS ANCESTRALES	No aplica	19.250.000	No aplica	No aplica	No aplica
ADMINISTRATIVOS	1.608.668.208	1.361.606.830	84.64 %	247.061.378	15.36 %
TOTAL	7.698.626.424	6.552.355.344	84.86 %	1.165.521.080	15.14 %

Fuente: Matriz Financiera 2025

En el componente de **Talento Humano**, se programó un valor de **$5.745.243.480**, de los cuales se ejecutaron **$4.862.881.536**, alcanzando un nivel de ejecución del **84,64%**. La subejecución registrada corresponde a **$882.362.064**, equivalente al **15,36%**, situación asociada principalmente a vacantes temporales, procesos de contratación y terminaciones anticipadas de contratos que impactaron la continuidad operativa.

En relación con los **Insumos**, se programó un valor de **$344.714.616**, con una ejecución de **$308.616.978**, lo que representa un porcentaje de ejecución del **89,53%** y una subejecución de **$36.097.638**, equivalente al **10,47%**.
Dentro de este componente, se precisa que **a diciembre el valor correspondiente a los insumos ancestrales asciende a $19.250.000**, los cuales se encuentran debidamente contemplados en la matriz financiera y hacen parte de la ejecución del rubro de insumos, conforme a lo establecido en el convenio.

Para el componente de **Insumos Ancestrales**, el valor ejecutado corresponde a **$19.250.000**, el cual se encuentra incorporado dentro del rubro de insumos y responde a las necesidades operativas y culturales propias del desarrollo de las actividades del convenio, garantizando el enfoque diferencial y el cumplimiento de los lineamientos establecidos.

Finalmente, en el componente de **Administración**, se programó un valor de **$1.608.688.280**, con una ejecución de **$1.361.608.830**, alcanzando un nivel de ejecución del **84,64%** y una subejecución de **$247.061.378**, equivalente al **15,36%**.

De manera consolidada, el convenio presenta un valor programado total de **$7.698.626.426**, con una ejecución de **$6.552.355.344**, lo que corresponde a un porcentaje de ejecución del **84,86%** y una subejecución total de **$1.165.521.080** (**15,14%**).

Administración del recurso humano y soporte operativo

La gestión del talento humano vinculado a la operación del convenio permitió garantizar la continuidad de las actividades en territorio. De acuerdo con la distribución del talento humano, la mayoría de los perfiles requeridos presentan **niveles de contratación del 100%**, lo que ha fortalecido la capacidad operativa del convenio. De manera complementaria, se brindó soporte operativo a los equipos en territorio mediante la provisión de logística, insumos, recursos tecnológicos y condiciones adecuadas para la prestación del servicio.

Se evidencian avances significativos en la contratación del talento humano; sin embargo, algunos perfiles presentaron vacantes temporales debido a **terminaciones anticipadas de contrato y procesos de selección**, siendo el perfil de **Gestor Más Bienestar** uno de los que registró mayor rotación. Para mitigar estas situaciones, se fortaleció el acompañamiento a los contratistas, se gestionaron alianzas para la contratación de los perfiles requeridos y se prioriza la reposición oportuna de vacantes, con el fin de minimizar el impacto en la ejecución del convenio.

.

Tabla 41. Distribución del Talento Humano

Perfil	SUBRED SUR			
	No de personas requeridas	No de personas contratadas	Pendiente por contratar	% de contratación
TECNICO ADMINISTRATIVO	2	2	0	100%
GEÓGRAFOS	2	2	0	100%
DINAMIZADOR TERRITORIAL DE GESTIÓN DEL RIESGO	2	2	0	100%
LÍDER GESTIÓN OPERATIVA	13	13	0	100%
TÉCNICO ADMINISTRATIVO GESTIÓN OPERATIVA	13	13	0	100%
TÉCNICOS SISTEMAS	7	7	0	100%
PROFESIONAL INGENIERIA SISTEMAS	1	1	0	100%

PROFESIONAL COHORTES	1	1	0	100%
PROFESIONAL MARTERNO/INDUCCIÓN	1	1	0	100%
PROFESIONAL CANALIZACIONES/RUTAS	1	1	0	100%
PROFESIONAL TRABAJO SOCIAL ASEGURAMIENTO	1	1	0	100%
PROFESIONAL ENLACE EPS	1	1	0	100%
INGENIERO DISTRITAL	1	1	0	100%
PROFESIONALES INDUCCIÓN DISTRITAL	0	0	0	0%
PROFESIONAL SOCIAL AVANZADA	4	4	0	100%
GESTOR MAS BIENESTAR EN LINEA	101	89	12	88%
GESTOR MAS BIENESTAR TECNICO	225	219	6	97%
GESTOR MAS BIENESTAR TECNICO RURAL CERCANO	4	4	0	100%
PROFESIONAL EN MEDICINA	8	8	0	100%
PROFESIONAL EN MEDICINA RURAL	2	2	0	100%

PROFESIONAL EN ENFERMERIA	40	32	8	80%
PROFESIONAL EN ENFERMERÍA RURAL	2	2	0	100%
PROFESIONAL EN PSICOLOGÍA	37	33	4	89%
PROFESIONAL EN PSICOLOGÍA RURAL	2	2	0	100%
PROFESIONAL EN NUTRICIÓN	2	2	0	100%
PROFESIONAL EN TERAPIAS	7	7	0	100%
PROFESIONAL EN TERAPIAS RURAL	2	2	0	100%
AGENTE DE CAMBIO	3	3	0	100%
PROFESIONAL EN CIENCIAS AMBIENTALES	2	2	0	100%
TÉCNICO CIENCIAS AMBIENTALES	5	5	0	100%
PROFESIONAL EN ODONTOLOGÍA	5	5	0	100%
PROFESIONAL EN ODONTOLOGÍA RURAL	2	2	0	100%
PROFESIONAL EN PSICOLOGÍA CLÍNICA	3	3	0	100%

AUXILIARES CUIDADORES	10	10	0	100%
PROFESIONAL EN TRABAJADOR SOCIAL RBC/NAVEGADORES	3	2	1	67%
GESTOR MAS BIENESTAR TECNICO PAGADIARIO	1	1	0	100%
GESTOR SOCIAL MAS BIENESTAR HC	1	1	0	100%
GESTOR MAS BIENESTAR TECNICO HC	1	1	0	100%
GESTOR MAS BIENESTAR TECNICO PPL COMUNIDADES DE VIDA	3	3	0	100%
GESTOR MAS BIENESTAR TECNICO PAI	5	5	0	100%
GESTORES SERVICIOS COMPLEMENTARIOS (MEDICAMENTOS, LABORATORIO)	1	1	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	0	1	0%
PROFESIONAL EN ENFERMERIA CASA MAS BIENESTAR	1	0	1	0%
PROFESIONAL EN PSICOLOGÍA CASA MAS BIENESTAR	0	0	0	0%
PROFESIONAL EN TERAPIAS CASA MAS BIENESTAR	0	0	0	0%
GESTOR MAS BIENESTAR GESTOR-SUMAPAZ	4	4	0	100%
PROFESIONAL EN ENFERMERÍA-SUMAPAZ	2	2	0	100%
PROFESIONAL EN PSICOLOGÍA-SUMAPAZ	2	2	0	100%
PROFESIONAL EN TERAPIAS-SUMAPAZ	1	1	0	100%
PROFESIONAL EN CIENCIAS AMBIENTALES-SUMAPAZ	2	2	0	100%

PROFESIONAL EN ODONTOLOGÍA-SUMAPAZ	1	1	0	100%
AUXILIARES CUIDADORES-SUMAPAZ	1	1	0	100%
PROFESIONAL ETNICO AFRO	3	3	0	100%
GESTOR MAS BIENESTAR TÉCNICO ETNICO AFRO	3	3	0	100%
GESTORES MAS BIENESTAR ANCESTRAL ETNICO AFRO	9	9	0	100%
PROFESIONAL ETNICO PALENQUERO	0	0	0	0%
GESTOR MAS BIENESTAR TÉCNICO ETNICO PALENQUERO	0	0	0	0%
GESTORES MAS BIENESTAR ANCESTRAL ETNICO PALENQUERO	0	0	0	0%
PROFESIONAL ETNICO INDÍGENA	1	1	0	100%
GESTOR MAS BIENESTAR TÉCNICO ETNICO INDÍGENA	1	1	0	100%

GESTORES MAS BIENESTAR ANCESTRAL ETNICO INDÍGENA	3	3	0	100%
PROFESIONAL ETNICO INDÍGENA	0	0	0	0%
GESTOR MAS BIENESTAR TÉCNICO ETNICO INDÍGENA	0	0	0	0%
GESTORES MAS BIENESTAR ANCESTRAL ETNICO INDÍGENA	0	0	0	0%
PROFESIONAL ETNICO GITANO	0	0	0	0%
GESTORES MAS BIENESTAR ANCESTRAL ETNICO GITANO	0	0	0	0%
Total	569	536	33	94%

Fuente: Talento Humano - 8374552-2025

Describir la localización y distribución del equipo en las sedes de trabajo asignadas por la subred y Describir de manera cualitativa y cuantitativa los espacios asignados

Tabla 42. Ubicación

NOMBRE DE LA SEDE	**UBICACIÓN**				**CANTIDAD DE TALENTO HUMANO**	**CANTIDAD DE PUESTOS DE TRABAJO**	**CANTIDAD DE EQUIPOS DE COMPUTO**
	LOCALIDAD	**BARRIO**	**DIRECCIÓN**	**TELÉFONO**			
USS Santa Marta	Usme	Santa Marta	Calle 68B Sur #9a-29	6017300000 Ext 31072	374	54	45

USS Usme	Usme	Usme pueblo	Calle 136 Sur #237	6017300000	2	2	0

Fuente: Ubicación Convenio

Tabla 43. Gestión de insumos y vehículos

N°	CATEGORÍA	VALOR TOTAL	SOPORTE DE VERIFICACIÓN
1	C2_PAPELERIA_UTILES_ESCRITORIO	2.464.492	Ordenes de despacho
2	C4_ELEMENTOS_ELECTRONICO_ACCESORIOS_INTANGIBLES	287.657.006	Facturas
3	C5_INSUMOS_HOSPITALARIOS_EQUIPOS_MEDICOS	17.695.443	Ordenes de despacho
4	C8_ELEMENTOS_ASEO_DESINFECCION	800.037	Ordenes de despacho
8	C10_VEHICULOS	802.144.705	Facturas

Fuente: Matriz Financiera 2026

7.1.3 Resultados operativos del proceso de supervisión

Como resultado del proceso de supervisión, se evidencia que las acciones implementadas han estado orientadas principalmente a la **adquisición oportuna de herramientas tecnológicas, equipos biomédicos y demás insumos esenciales**, los cuales constituyen un componente clave para el cumplimiento del objeto del convenio. Estas adquisiciones han permitido fortalecer la capacidad operativa de los equipos en territorio, garantizar condiciones adecuadas para la prestación del servicio y asegurar la continuidad de las actividades programadas, contribuyendo al logro de los compromisos establecidos.

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

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

El presente apartado de gestión se constituye como un instrumento técnico de análisis orientado a evidenciar el uso de los sistemas de información institucionales como base fundamental para la planeación operativa y la toma de decisiones estratégicas. En cumplimiento con los lineamientos de reporte, este documento prioriza la exposición de datos consolidados y el análisis cuantitativo, A través de la información procesada durante el nuevo convenio iniciado el 01 octubre del 2025 y reportado hasta el 31 de diciembre del 2025, se presenta una estructura comparativa que permite identificar las dinámicas de gestión de registros y la eficiencia en los procesos de análisis y ajustes realizados.

a) Estructura del reporte de gestión desde el análisis territorial

A continuación la tabla presenta un resumen detallado de la gestión de datos dividida en tipo de intervención **Actualización** y **Caracterización** netamente del producto de abordaje territorial**,** realizada durante el último trimestre del año 2025. Los datos se desglosan geográficamente en ámbitos **rural** y **urbano**, permitiendo observar la dinámica operativa y el alcance de las actividades en distintos contextos territoriales.

Tabla 44. Análisis territorial

	RURAL		Total RURAL	URBANA		Total URBANA	Total general
Etiquetas de fila	**ACTUALIZACIÓN**	**CARACTERIZACIÓN**		**ACTUALIZACIÓN**	**CARACTERIZACIÓN**		
octubre 2025	395	93	488	2345	10044	12389	12877
noviembre 2025	459	120	579	2730	10681	13411	13990
diciembre 2025	592	146	738	4163	11050	15213	15951
Total general	**1446**	**359**	**1805**	**9238**	**31775**	**41013**	**42818**

Fuente: Consolidado archivos planos Gtaps

En la siguiente tabla se presenta un resumen detallado de las sesiones realizadas en el último trimestre del año 2025 de los diferentes eventos de salud pública. Los datos se desglosan geográficamente en ámbitos **localidades**, permitiendo observar la dinámica operativa y el alcance de las actividades en distintos contextos territoriales.

Tabla 45. Sesiones realizadas en el consolidado de vsp

MES	**5**	**6**	**19**	**20**	**Total general**
DICIEMBRE 2025	2486	903	3471	370	7230
NOVIEMBRE 2025	2284	779	3389	340	6792
OCTUBRE 2025	1848	646	2660	281	5435

Total general	6618	2328	9520	991	19457

Fuente: Consolidado archivos planos Gtaps

En la siguiente tabla se presenta una relación de los planes de bienestar que registran más de 6 seguimientos, se ha generado las alertas necesarias, para la validación y se realiza seguimiento para la priorización de estos cierres en el mes en curso.

Tabla 46. Sesiones realizadas en el consolidado de vsp con más de 6 sesiones sin cierre

MES	**5**	**6**	**19**	**20**	**Total general**
OCTUBRE 2025	11	4	27		**42**
NOVIEMBRE 2025	26	11	44	5	**86**
DICIEMBRE 2025	51	15	48	6	**120**
Total general	**88**	**30**	**119**	**11**	**248**

Fuente: Consolidado vsp archivos planos Gtaps

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

Tabla 47. Ajustes de priorización

MES	**DEPURADOS**	**ANALIZADOS**	**TOTAL**	**PORCENTAJE DEPURACIÓN**
DICIEMBRE 2025	878	2476	3354	

NOVIEMBRE 2025	557	2816	3373	**22%**
OCTUBRE 2025	580	1926	2506	
Total general	**2015**	**7218**	**9233**	

Fuente: Formulario requerimientos nuevo convenio

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

Tabla 48. Unidades territoriales analizadas

LOCALIDAD	**GESTION**	**TERRITORIOS**
CIUDAD BOLÍVAR	19112	104
SUMAPAZ	377	4
TUNJUELITO	4007	27
USME	12652	70
Total general	36148	205

Fuente: Plano gestión de predios con gestión efectiva Gtaps

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

Tabla 49. Novedades de la calidad de la información

MES	**OCTUBRE**	**NOVIEMBRE**	**DICIEMBRE**

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

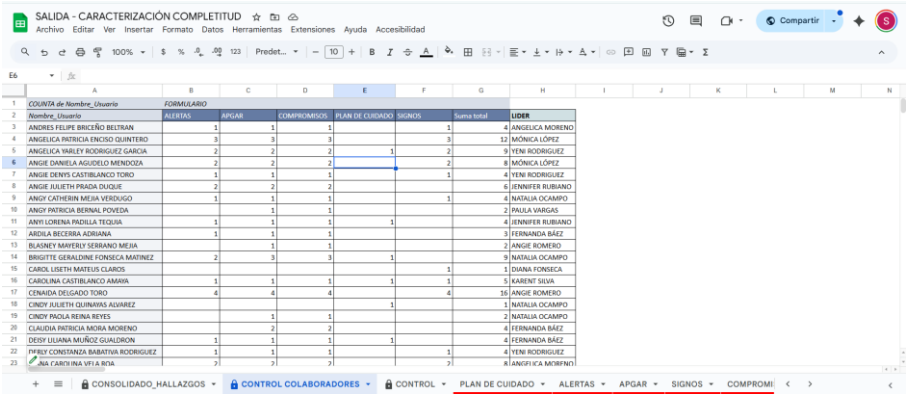
Salida	Porcentaje_de _Calidad	Porcentaje_de _Calidad	Porcentaje_de _Calidad
Toma_de_Medidas_y_Signos	96,89%	96,85%	97,81%
VSP_DNT_Severa_y_Moderada	72,06%	73,04%	82,04%
VSP_Era_Ira	100,00%	100,00%	100,00%
VSP_MME	93,72%	93,19%	94,14%
VSP_Cronicos	54,92%	95,84%	97,32%
VSP Sífilis Gestacional	84,62%	87,18%	87,18%
VSP_Acompañamiento_Psicosocial_	98,07%	98,77%	98,77%
VSP_Conducta_Suicida	100,00%	100,00%	100,00%
VSP_Violencia_Reiterada	98,84%	98,84%	99,94%
VSP_Apoyo_Psicosocial_En_Duelo_	95,16%	95,16%	93,16%
Riesgos Ambientales	99,64%	99,64%	99,13%
Atenciones	91,18%	91,38%	96,31%
Alertas	98,51%	98,24%	98,24%
Atenciones Psicología MBPC	93,75%	93,75%	94,65%

RBC	100,00%	100,00%	100,00%
Gestión_Ruteo	97,09%	97,09%	98,09%
Admisión	99,35%	99,34%	99,76%
Agendamiento	11,21%	61,68%	50,68%

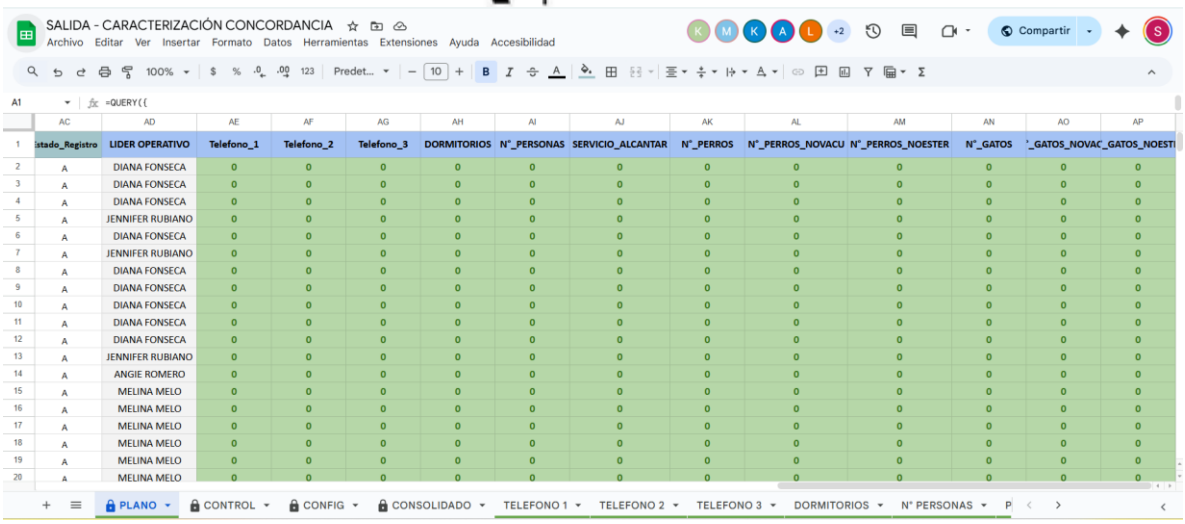
Fuente: Salidas de información

A nivel interno de gerencia de la información, se generan las debidas alertas semana a semana vía correo y whatsapp a los líderes operativos y al talento humano para poder realizar el seguimiento de los, tanto para concordancia como para completitud, los cuales se dividen por tableros y se generan hojas divididas por hallazgo o formulario para una mejor y fácil comprensión del talento humano.

Se han generado cuadros de control para la revisión de los hallazgos por cada colaborador en el cual se discrimina los formularios faltantes y con hipervínculo para que al darle click en el total se le genere todo lo que tiene pendiente con los respectivos códigos para la verificación y completitud.



Fuente: Drive control de la completitud



	AC	AD	AE	AF	AG	AH	AI	AJ	AK	AL	AM	AN	AO	AP
1	stado_Registro	LIDER OPERATIVO	Telefono_1	Telefono_2	Telefono_3	DORMITORIOS	N°_PERSONAS	SERVICIO_ALCANTAR	N°_PERROS	N°_PERROS_NOVACU	N°_PERROS_NOESTER	N°_GATOS	'_GATOS_NOVAC	_GATOS_NOESTI
2	A	DIANA FONSECA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3	A	DIANA FONSECA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4	A	DIANA FONSECA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5	A	JENNIFER RUBIANO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
6	A	DIANA FONSECA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
7	A	JENNIFER RUBIANO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
8	A	DIANA FONSECA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
9	A	DIANA FONSECA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10	A	DIANA FONSECA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
11	A	DIANA FONSECA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
12	A	DIANA FONSECA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
13	A	JENNIFER RUBIANO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
14	A	ANGIE ROMERO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
15	A	MELINA MELO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
16	A	MELINA MELO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
17	A	MELINA MELO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
18	A	MELINA MELO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
19	A	MELINA MELO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
20	A	MELINA MELO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Fuente: Drive control de concordancia

Se han generado manuales paso a paso para la corrección de ajustes y se implementaron las píldoras de la memoria con los ajustes más repetitivos que están siendo divulgadas diariamente, para mitigar estos errores.

Y adicional a eso se genera por cada tablero un ranking de ajustes por líder operativo como apoyo a precrítica y seguimiento correspondiente.

LIDER OPERATIVO	AJUSTES	AJUSTES	AJUSTES
PAULA VARGAS	41	45	34
KARENT SILVA	7	13	17
ANGIE ROMERO	44	66	61
YENI RODRIGUEZ	13	18	9
FERNANDA BÁEZ	71	75	83
DIANA FONSECA	68	28	30
NATALIA OCAMPO	20	23	30
ANGELICA MORENO	12	11	11
JENNIFER RUBIANO	29	4	6
MÓNICA LÓPEZ	44	140	74
CINDY QUINTERO	17	11	6
MELINA MELO	0	0	37
TOTAL	366	434	398

Fuente: Control de hallazgos caracterizacion

		CORTE 1	CORTE 2	CORTE 3	CORTE 4
LIDER	PROFESIONAL	OBSERVACIONES INVALIDAS	OBSERVACIONES INVALIDAS	OBSERVACIONES INVALIDAS	OBSERVACIONES INVALIDAS
NATALIA OCAMPO	AMADOR BAYONA GUILLERMO	1	1	1	0
DIANA FONSECA	ANGIE LORENA NUÑEZ GALEANO	5	0	0	0
NATALIA OCAMPO	BRIGITTE GERALDINE FONSECA MATINEZ	37	19	21	21
KARENT SILVA	CAMILA ANDREA HERRERA MANRIQUE	14	9	2	0
KARENT SILVA	CARLOS MANUEL RUIZ UMAÑA	10	16	16	0
NATALIA OCAMPO	DANIEL ALEJANDRO GONZALEZ PEREZ	11	5	1	0
NATALIA OCAMPO	DANIELA VELANDIA OSPINA	32	19	17	17
YENI RODRIGUEZ	DERLY CONSTANZA BABATIVA RODRIGUEZ	6	0	0	0
ANGIE ROMERO	EIMI DAYANA ROJAS DIAZ	16	15	17	16
ANGELICA MORENO	ESTEFANIA RIVAS CARABALI	14	1	0	0

Fuente: Control de hallazgos plan de cuidado familiar

- El número de novedades escaladas para análisis técnico.

Tabla 50. Analisis novedades mesa de ajustes

MES	AJUSTE CIERRES	COMPROMISOS	CARACTERIZACIÓN	FECHAS	INACTIVACIONES	SESIONES COLECTIVAS	TOTAL
OCTUBRE 2025	2	25	19	1940	1232	0	3218
NOVIEMBRE 2025	17	197	53	2341	686	0	3294
DICIEMBRE 2025	11	81	12	1793	416	23	2336
TOTAL	**30**	**303**	**84**	**6074**	**2334**	**23**	**8848**

Fuente: Consolidado archivos de mesa - Mesa sur y Ajustes de fechas

Durante el periodo comprendido entre el 1 de octubre y el 31 de diciembre se analizaron 62.275 casos distribuidos en 205 territorios distribuidos en las 4 localidades que comprende la subred sur, de los cuales se solicitaron 9233 ajustes relacionados correspondientes al 14,91% de los datos, se depuraron en nivel I y II de soporte 2015 solicitudes (22%) de los ajustes relacionados y se elevaron 7218 en las mesas de ajustes, se atendió el 80% de las novedades de calidad, para la mitigación de ajustes se generó una contingencia de inducciones por perfil.

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

El presente apartado tiene como propósito consolidar los hallazgos derivados del **análisis técnico del sistema**, centrando el enfoque en los mecanismos de tratamiento y aseguramiento de la integridad de los datos. En un entorno donde la precisión operativa es fundamental, la gestión de la calidad se constituye como el pilar que garantiza la fiabilidad de los resultados presentados en este informe.

A continuación, se documenta la evolución de los indicadores de desempeño, destacando la transición desde la identificación de anomalías hasta la implementación de controles preventivos. Este análisis permite evidenciar cómo la **mitigación proactiva de novedades** ha permitido alcanzar un estándar de calidad superior al 88%, optimizando así la base informativa para la toma de decisiones estratégicas.

- El volumen de registros analizados durante el periodo.

Tabla 51. Registros realizados

MES	CARACTERIZACIONES	VSP	TOTAL
octubre 2025	12877	7230	
noviembre 2025	13990	6792	**62275**
diciembre 2025	15951	5435	
Total general	42818	19457	

- La cantidad de registros corregidos o depurados.

Tabla 52. Registros corregidos o depurados

MES	DEPURADOS	ANALIZADOS	TOTAL	PORCENTAJE DEPURACIÓN
DICIEMBRE 2025	878	2476	3354	
NOVIEMBRE 2025	557	2816	3373	**22%**
OCTUBRE 2025	580	1926	2506	

Total general	**2015**	**7218**	**9233**	

- La relación de ajustes técnicos o funcionales implementados.

Tabla 53. Ajustes tecnicos

TIPO DE AJUSTES	DICIEMBRE 2025	NOVIEMBRE 2025	OCTUBRE 2025	Total general
cambio de equipo que concerta la visita en compromisos	57			57
Cambio en compromisos	4	50	45	99
cambio en número de seguimiento	15	3		18
Cambio en riesgo ambiental		1	1	2
cambio en sesiones colectivas		1		1
Cambio en tipo de caracterización y alertas	33	21	18	72
cambio fecha formulario	2362	2523	1974	6859
Cambio Número de Seguimiento		3	6	9
Cierres (Aco_Psi,Apoyo_Psi,vio_reite)	3	6	2	11
Cierres (BPN,Cr,Dnt,Er,Ge,Hb,VIH,Sif,Otros)	3	10	1	14
Cierres (Conductas)			1	1
Cierres (MORBILIDAD MATERNA EXTREMA)		1		1

Inactivar Formularios	845	714	438	1997
traslado usuario otra subred	32	40	20	92
Total general	**3354**	**3373**	**2506**	**9233**

- Los productos analíticos generados como soporte a la gestión.

Frente a la calidad se generaron diferentes productos para el análisis y el seguimiento del registro en el aplicativo dando soporte a la gestión tanto a los líderes operativos como a la coordinación para la toma de decisiones, entre ellos están:

1. TABLERO_CONTROL_EQUIPOS_MAS_BIENESTAR: Es un tablero generado por mes y por líder en el cual se importan todos los planos necesarios para llevar el control de la calidad, concordancia y oportunidad, desde el cual se genera la precrítica y es apoyo para la certificación del talento humano.
2. RUTEO_GESTION_CLASIFICACION: Es un tablero generado para la consolidación de la gestión del ruteo para llevar control de los diferentes estados y del correcto diligenciamiento del módulo.
3. _RUTEO_TABLERO_: Es un tablero generado la trazabilidad de estados y de gestión contrastado directamente con los casos asignados del ruteo con el fin de analizar el comportamiento del abordaje tanto telefónico como presencial y su gestión final. Del cual se están generando las respectivas alertas a los profesionales de cohorte.
4. AVANCE_CIERRES: Es un tablero generado para tener el control de la asignación y ejecución de los cierres en los planes de cuidado solicitados, con el fin de quedar con el 100% de planes de cuidado cerrados y justificados con revisión operativa y de calidad en frente a sistemas.
5. VSP_CONSOLIDADO: Son dos tableros de control frente a los seguimientos y sesiones de los eventos, uno corresponde a lo consolidado desde octubre 2024 y el otro se generó desde el nuevo convenio para llevar una trazabilidad de los meses transcurrido, del cual se generan las respectivas alertas guiadas al cierre y cantidad de sesiones generadas por caso.

Como estrategia y plan de choque se generó una articulación liderada por gerencia de la información, entre dinamizador, técnicos administrativos, técnicos de sistemas e ingeniera

de sistemas, la cual se basa en establecer un cronograma rígido contemplado en los 4 días calendario para el registro de la información, el cual se planteó de la siguiente manera:

Cronograma de cargue:

🗓️ Día 1 – Cierre de visitas

✓ Finalizó visitas

✓ Envío soportes físicos al técnico administrativo

✓ Subo la información al aplicativo GTAPS

🗓️ Día 2 – Verificación técnica

✓ Revisión de planillas

✓ Cargue y validación inicial por parte del técnico administrativo

✓ Revisión ajustes por parte del técnico en sistemas

🗓️ Día 3 – Ajustes

✓ Retroalimentación

✓ Generación de ajustes enviados por los dos técnicos, respecto a la planilla y cargue de las actividades

🗓️ Día 4 – Cierre del proceso

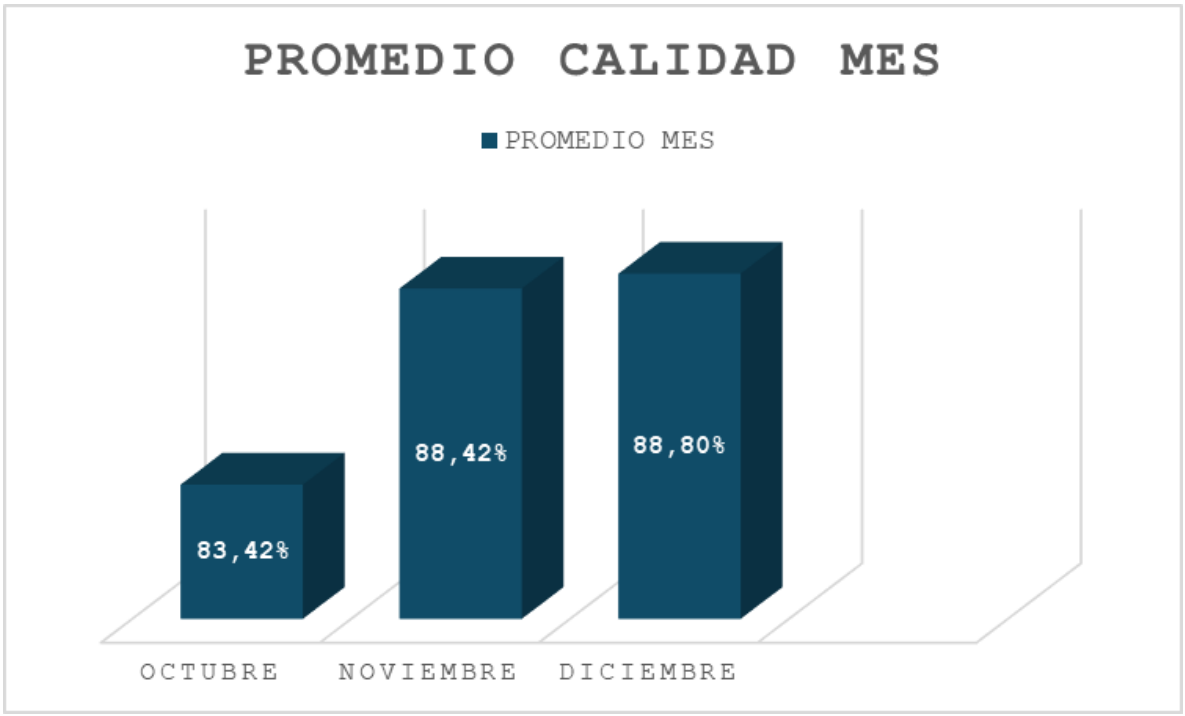
✓ Generación de recibido

✓ Cargue final de planillas en el aplicativo

Teniendo como meta el cumplimiento del 100% del cronograma, estaremos impactando y generando una mejora en la calidad del registro de la información, en el cumplimiento del

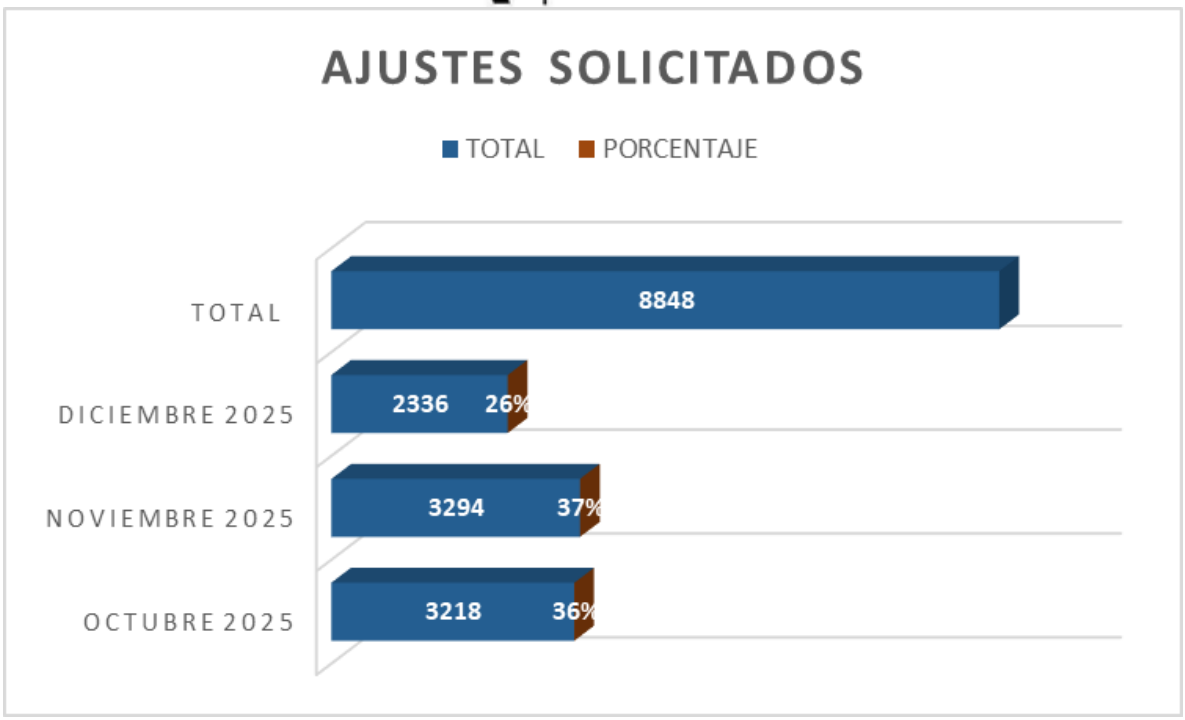
100% de la oportunidad y una reducción significativa en la cantidad de ajustes solicitados, que en un 95% se encuentran destinados al cambio de fechas y ajustes de concordancia.

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



Fuente: Medidores de calidad gestión técnica y salidas de información

En la gráfica anterior se realiza un análisis técnico que evalúa el comportamiento de los porcentajes de calidad, basándose en los resultados consolidados de **octubre, noviembre y diciembre del 2025**. En la cual se refleja una trayectoria ascendente que es inversamente proporcional a la incidencia de errores en la operación, evidenciando una mejora continua mes a mes y dejando como resultado **5,38 puntos porcentuales de mejora** medido desde el inicio al final del reporte.



Fuente: Gráfico Consolidado archivos de mesa - Mesa sur y Ajustes de fechas

En la gráfica anterior, se observa una reducción significativa de ajustes solicitados a soporte III en el mes de diciembre, bajando al 26% con 2,336 solicitudes realizadas. Esta reducción de 10-11 puntos porcentuales respecto a los meses anteriores podría atribuirse a los fortalecimientos realizados y al seguimiento realizado semana por semana.

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

El proceso de activación de rutas es generado por el equipo operativo de los Equipos MAS Bienestar en tu Hogar, quienes son los encargados de identificar los factores de riesgo en medio de los abordajes realizados en campo. Para el periodo del 1 de octubre de 2025 al 31 de diciembre de 2025 se generaron un total de 12.252 canalizaciones y activaciones de ruta a las EAPB.

Tabla 54. Derivaciones y activaciones de rutas Equipos MAS Bienestar en tu Hogar (Acumulado desde el 1 de octubre de 2025 al 31 de diciembre de 2025)

Tablero de control RIAS EBEH	SUR			
	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	7710	5788	1183	90%
2 RIAS para población con riesgo o presencia de alteraciones cardio — cerebro — vascular — metabólicas manifiestas	992	819	113	94%
3 RIAS para población con riesgo o presencia de enfermedades respiratorias crónicas.	117	93	19	96%
4 RIAS para población con riesgo o presencia de alteraciones nutricionales.	7	5	0	71%
5 RIAS para población con riesgo o presencia de trastornos mentales y del comportamiento manifiestos debido a uso de sustancias psicoactivas y adicciones.	31	18	12	97%
6 RIAS para población con riesgo o presencia de trastornos psicosociales y del comportamiento.	509	373	85	90%
7 RIAS para población con riesgo o presencia de alteraciones en la salud bucal.	45	35	8	96%
8 RIAS para población con riesgo o presencia de cáncer.	16	11	2	81%
9 RIAS para población materno — perinatal.	103	77	14	88%
10 RIAS para población con riesgo o presencia de enfermedades infecciosas.	2	1	1	100%
13 RIAS para población con riesgo o sujeto de agresiones, accidentes y traumas.	45	36	5	91%
14 RIAS para población con riesgo o presencia de enfermedades y accidentes relacionados con el medio ambiente.	1	0	1	100%
15 RIAS para población con riesgo o presencia de enfermedades huérfanas.	4	4	0	100%
16 RIAS para población con riesgo o presencia de trastornos visuales y auditivos.	2487	1921	338	91%
17 RIAS para población con riesgo o presencia de trastornos degenerativos, neuropatías y auto-inmunes.	21	18	3	100%
Intersectorial	48	41	7	100%

Sin aseguramiento	114	92	22	100%
Total	12252	9332	1813	91%

Fuente: Aplicativo SIRC, módulo activaciones de ruta. Consulta realizada el 03/01/2026. Subred Sur.

En cuanto a la efectividad de las RÍAS activadas para el periodo del 1 de octubre al 31 de diciembre de 2025, se logra evidenciar una efectividad del 76,16% (n=9.332) en las activaciones realizadas; estas correspondiendo principalmente a la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud con un 62,92% (n=7.710), seguida la RIAS para población con riesgo o presencia de trastornos visuales y auditivos con un 20,29% (n=2.487). Y finalmente, la RIAS para población con riesgo o presencia de alteraciones cardio - cerebro - vascular - metabólicas manifiestas con un 8.09% (n=992).

Para el caso de los usuarios que no cuentan con un aseguramiento, se lograron abordar 114 casos, los cuales fueron canalizados con el objetivo de obtener una respuesta por parte de Atención al ciudadano / orientación y afiliación de oficio SAT. Por otra parte, las canalizaciones enviadas a la oferta intersectorial realizadas en el periodo en cuestión, arrojaron un total de 48 activaciones, de las cuales, una cantidad importante se generaron para Secretaría de Integración Social y Alcaldía Local. Estas ofertas son activadas para los usuarios en medio de las actividades rutinarias realizadas por el talento humano.

Desde la intersectorialidad, aseguramiento y EAPB adscritas al distrito, se logran evidenciar avances significativos en la prestación de servicios, destacándose una atención más oportuna y efectiva. Esto ha permitido un seguimiento adecuado a los usuarios y la superación de barreras de acceso. Asimismo, a través de los tamizajes realizados por el equipo operativo, se ha logrado garantizar una atención acorde a las necesidades identificadas. A su vez, se fortalecen los procesos de canalización y activación de rutas, esto en concordancia con lo establecido en la Resolución 3280 de 2018 para todo el talento humano.

Tabla 55. Derivaciones y activaciones de rutas gestionadas desde los Equipos MAS Bienestar en Tu Hogar (Acumulado desde el 1 de octubre de 2025 al 31 de diciembre de 2025)

	SUR

Fuente que Genera la Canalización	*Número de canalizaciones o activaciones*	*Número de canalizaciones o activaciones efectivas*	*Número de canalizaciones o activaciones con otros estados*	*% efectividad*
10 Entorno Institucional	6	4	2	67%
2 Entorno Educativo	1	1	0	100%
4 Entorno Comunitario	2	0	2	0%
5 Transversalidad Vigilancia en Salud Pública	636	415	221	65%
6 Transversalidad GPAISP	3	2	1	67%
7 Transversalidad Gobernanza	2	2	0	100%
17 EBE - HOGAR	2	2	0	100%
Total	652	426	226	100%

Fuente: Aplicativo SIRC, módulo activaciones de ruta. Consulta realizada el 03/01/2026. Subred Sur.

A lo largo del periodo comprendido entre el 1 de octubre y el 31 de diciembre de 2025, desde Equipos MAS Bienestar en tu Hogar se recepcionaron un total de 652 activaciones de ruta. De las cuales una cantidad importante corresponde a los casos provenientes de Transversalidad Vigilancia en Salud Pública, representando un 97,54 % del total (n=636).

Es importante mencionar que la asignación y gestión de estas activaciones de ruta provenientes desde los otros entornos se realiza de acuerdo con las necesidades operativas y la capacidad de apertura de casos por parte de los profesionales en campo, teniendo en cuenta que, en su gran mayoría, al ser casos de abordaje por criterio de priorización en salud mental, son asignados al perfil de psicología, profesionales que cuentan con una alta carga de casos para realizar seguimiento e intervención. Para mejorar

la efectividad en la atención de estos casos, se ha implementado una estrategia de priorización mediante la estrategia de ruteo, la cual permite una distribución más equitativa y eficiente para el abordaje de los casos gestionados, esto acorde al territorio y perfil profesional correspondiente.

En cuanto al proceso de retroalimentación, se ha establecido una primera respuesta, la cual permite clasificar el acceso al servicio como un “acceso efectivo”. Esta categoría se subdivide, a su vez, en “soporte de servicio de salud al que accedió la persona, familia o comunidad”. Dicho seguimiento se realiza con base en la información que inicialmente identifica la líder de activación y de rutas a través de la descarga del Aplicativo SIRC; la profesional es quien remite los casos al equipo de líderes operativos para realizar su asignación. Posteriormente, los líderes operativos asignan los casos a los profesionales de campo, esto teniendo en cuenta el territorio asignado y las competencias o criterios requeridos para su abordaje. La información relacionada con el avance y cierre de estos casos se entra registrada en el módulo dentro del aplicativo SIRC, atención extramural. Adicionalmente, es importante mencionar que las canalizaciones provenientes de la fuente EBE-HOGAR presentaron inconsistencias durante el proceso de digitación. Actualmente, estos casos se encuentran en proceso de revisión y ajuste, con el fin de corregir los errores identificados y garantizar la calidad de la información registrada.

7.2.3 Ruta de aseguramiento

Tabla 56. Reporte de activación de ruta de aseguramiento desde los Equipos Más Bienestar en Tu Hogar (Registró desde el 1 de noviembre de 2025 al 31 de diciembre de 2025)

Dimensión de análisis	Variable clave	Periodo	Acumulado
Acceso y cobertura	Número de personas identificadas	1 DE NOVIEMBRE A 31 DE DICIEMBRE	1145
	Número de personas con aseguramiento efectivo	1 DE NOVIEMBRE A 31 DE DICIEMBRE	60
	Número de personas sin aseguramiento	1 DE NOVIEMBRE A 31 DE DICIEMBRE	1085
Resolución del aseguramiento	Número de afiliaciones nuevas realizadas	1 DE NOVIEMBRE A 31 DE DICIEMBRE	5
	Número de reactivaciones de afiliación realizadas	1 DE NOVIEMBRE A 31 DE DICIEMBRE	10

Articulación para el cuidado integral	Número de personas vinculadas a RIAS	1 DE NOVIEMBRE A 31 DE DICIEMBRE	40
	Número de activaciones de rutas y prescripción social	1 DE NOVIEMBRE A 31 DE DICIEMBRE	1
Oportunidad y seguimiento	Número de trámites pendientes	1 DE NOVIEMBRE A 31 DE DICIEMBRE	1085
	Tiempo promedio de respuesta (días)	1 DE NOVIEMBRE A 31 DE DICIEMBRE	20 DÍAS

Fuente: Archivo plano -consolidado- Aplicativo GTAPS- VSP-usuarios no asegurados

La Ruta de Aseguramiento desarrollada por los Equipos MÁS Bienestar en tu Hogar permitió avanzar de manera significativa en la garantía del derecho fundamental a la salud de la población priorizada. A través de la identificación, verificación y gestión del estado de aseguramiento, se fortaleció el acceso efectivo a los servicios de salud y la continuidad del cuidado, especialmente en personas y familias en condición de vulnerabilidad. La gestión se orientó bajo un enfoque de derechos, equidad y justicia social, contribuyendo a reducir brechas de acceso y a mejorar la articulación entre los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Durante el período evaluado se identificaron **1.145 personas**, de las cuales **60 contaban con aseguramiento efectivo** y **1.085 se encontraban sin aseguramiento**. La gestión incluyó el acompañamiento a casos de no aseguramiento y afiliaciones suspendidas, así como la articulación permanente con los equipos operativos, las EPS y actores institucionales y comunitarios para facilitar la resolución de los trámites y la vinculación efectiva al sistema.

La gestión se centró en la verificación del estado de aseguramiento de la población identificada, la orientación a los usuarios y sus familias, y el acompañamiento para la realización de trámites de afiliación y reactivación. Como resultado de estas acciones, se gestionaron 5 afiliaciones nuevas y 10 reactivaciones de afiliación, contribuyendo a disminuir el número de personas sin cobertura y a fortalecer la protección social en salud. En el marco de la articulación para el cuidado integral, se logró la vinculación de **40** personas a las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) y se realizó 1 activación de rutas y prescripción social. Esta articulación permitió apoyar de manera integral a personas y familias en condiciones de mayor vulnerabilidad, favoreciendo el acceso oportuno a servicios de salud y a respuestas sociales complementarias. Entre los principales avances se destacan:La mejora en la oportunidad del aseguramiento de la población identificada, La reducción de barreras administrativas y de acceso a los servicios de salud, el fortalecimiento de la articulación interinstitucional con EPS y otros actores del territorio, el aporte a la

continuidad del cuidado de los usuarios priorizados mediante su vinculación a rutas de atención integral.

La gestión permitió evidenciar resultados concretos como la identificación de la población objetivo, la afiliación y reactivación de usuarios al sistema de salud, la vinculación efectiva a las RIAS y el fortalecimiento de la respuesta integral social y sanitaria. Asimismo, se identificaron 1.085 trámites pendientes, los cuales continúan en seguimiento para su resolución. Se realizó un monitoreo permanente a los trámites de aseguramiento, con un tiempo promedio de respuesta de 20 días por parte del asegurador . Durante el seguimiento se identificaron barreras relacionadas principalmente con procesos administrativos y condiciones de vulnerabilidad social, frente a las cuales se implementaron acciones de mejora orientadas a agilizar la gestión y fortalecer la articulación con los actores responsables.

La Ruta de Aseguramiento se consolida como un componente estratégico para la gestión integral del riesgo en salud, la garantía del derecho a la salud y la sostenibilidad del Modelo MAS Bienestar. Los avances y resultados alcanzados evidencian su aporte a la reducción de brechas de acceso, al fortalecimiento del aseguramiento y a la atención integral de la población priorizada, reafirmando su relevancia dentro del enfoque territorial, social y de derechos del modelo.

7.2.4 Líder de acceso y EPS

La gestión del Enlace EPS aportó de manera estratégica, la oportunidad y la continuidad del cuidado de la población priorizada en el marco del Modelo MAS Bienestar, mediante acciones concretas orientadas al fortalecimiento del acceso a los servicios de salud, tales como la gestión directa de autorizaciones con las EPS, la priorización de agendas para cohortes de riesgo, el ajuste de flujos de agendamiento y la resolución de inconsistencias en admisión y autorización. Estas acciones se desarrollaron a partir de acompañamientos presenciales por parte del perfil lider de acceso en campo a los equipos operativos, durante los cuales se identificaron barreras administrativas, desconocimiento frente a servicios ofertados y restricciones en la oferta de servicios, permitiendo la implementación de ajustes operativos inmediatos que mejoraron la oportunidad en la asignación de citas y la continuidad del cuidado, especialmente en las cohortes priorizadas, en coherencia con las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), teniendo en cuenta que se corrigió las solicitudes mal generadas y/o que no contaban con la pertinencia necesaria para el proceso.

El alcance de la gestión comprendió el acompañamiento transversal a los procesos de acceso, agendamiento, admisión y articulación con las EAPB, mediante la coordinación activa con los actores clave de las cohortes de la Subred y los enlaces designados por las EPS, se obtuvo una mayor respuesta por parte de EPS como Salud Total que en el anterior convenio se presentó dificultades de autorización, ahora son respondidas en un lapso no mayor a 3 días, de la misma manera con los servicios de Compensar y las otras EPS, logrando la alineación de criterios técnicos y operativos, la depuración de bases de datos, la estandarización de lineamientos de asignación y la mejora en los flujos de información entre las partes. Como resultado de esta articulación, se facilitó la autorización de atenciones a citas inasistentes, población abordada mediante las estrategias de APS y asi fortaleciendo la capacidad de respuesta institucional frente a los requerimientos del proceso.

La gestión desarrollada se enfocó en el fortalecimiento del acceso efectivo a los servicios de salud, la optimización de la comunicación con las EPS y el acompañamiento permanente a los equipos operativos, evidenciándose resultados medibles en la mejora de la oportunidad de la atención, la continuidad del cuidado y la efectividad del agendamiento, así como en una mayor capacidad de ajuste frente a cambios operativos y tecnológicos, incluidos los relacionados con la plataforma GTAPS. El seguimiento y control del proceso se realizó mediante el monitoreo continuo de indicadores operativos, la revisión sistemática de alertas de agendamiento y admisión, y la implementación de acciones de mejora derivadas del análisis de los acompañamientos en campo, lo cual permitió corregir desviaciones y optimizar el desempeño.

7.2.5 Seguimiento a cohorte

El perfil de Seguimiento a Cohortes de riesgo, ha desempeñado un rol estratégico en el acompañamiento, control y fortalecimiento de la gestión del riesgo de las cohortes priorizadas, como lo son la cohorte materna**,** cohorte de infancia, cohorte de crónicos y cohorte de salud mental**,** definidas por su relevancia en salud pública. Su intervención ha contribuido a garantizar la oportunidad, continuidad y calidad del cuidado de la población priorizada, mediante el acompañamiento integral de los procesos de planeación, ejecución, seguimiento y retroalimentación de la estrategia de ruteo.

De manera general, la gestión desarrollada contempló el acompañamiento a los procesos de planeación del abordaje, en los cuales se realizó el direccionamiento técnico para la atención de las cohortes priorizadas. Este acompañamiento se centró en la organización, priorización y asignación de los casos de ruteo a los gestores en línea, gestores de bienestar y demás perfiles involucrados, de acuerdo con su rol y competencia en la gestión del riesgo. Este proceso se llevó a cabo en articulación permanente con los líderes operativos, líder de enlace EPS y equipos de apoyo, garantizando coherencia técnica y operativa en la ejecución de las acciones.

En la fase de ejecución, se realizó seguimiento continuo a la gestión de los casos asignados**,** verificando la pertinencia de las intervenciones desarrolladas por los profesionales en territorio y su alineación con los lineamientos técnicos y el Modelo MAS Bienestar. Así mismo, se acompañó la implementación de los planes de bienestar definidos para cada cohorte, promoviendo la continuidad de la atención y la correcta operativización de la estrategia de ruteo y demás estrategias definidas para cada cohorte de riesgo. Como parte de este proceso, se realizaron acompañamientos en campo, orientados al fortalecimiento de las competencias técnicas de los equipos operativos y a la retroalimentación directa frente al abordaje de los casos priorizados.

Derivado de los acompañamientos realizados en campo, se implementaron diversas acciones de mejora orientadas a fortalecer la gestión del ruteo y el abordaje de los casos priorizados. Entre estas acciones se destacan el ajuste en la aplicación de los guiones de intervención de acuerdo con la cohorte de riesgo, el fortalecimiento en el diligenciamiento de los registros en los aplicativos establecidos y la optimización de los tiempos de contacto, respuesta y seguimiento. Así mismo, se avanzó en la estandarización de criterios para la priorización de casos de mayor complejidad, facilitando su escalamiento oportuno y la articulación con los diferentes actores del sistema de salud.

Durante los acompañamientos en territorio, se realizó retroalimentación directa a los equipos operativos sobre la adecuada identificación de riesgos específicos por cohorte y la correcta aplicación de los tamizajes, en coherencia con las fichas técnicas y operativas vigentes. De igual manera, se efectuaron ajustes en la formulación, concertación y seguimiento de los planes de bienestar, garantizando su pertinencia de acuerdo con las condiciones individuales de los usuarios.

Adicionalmente, se logró una mejora en la calidad, oportunidad y completitud de los registros, fortaleciendo la trazabilidad de las intervenciones realizadas en territorio. Estas acciones se complementaron con el fortalecimiento de la articulación entre los diferentes perfiles operativos, promoviendo una comunicación más efectiva entre gestores en línea, gestores de bienestar y profesionales en campo, así como con la optimización de los tiempos de respuesta y seguimiento posterior a la visita, asegurando la continuidad de las acciones definidas en el marco de la estrategia de ruteo.

En cuanto al seguimiento y control**,** se desarrollaron acciones sistemáticas de monitoreo que incluyen la verificación de la trazabilidad de los casos, la revisión de la calidad y oportunidad de los registros, y la generación de alertas frente a riesgos identificados en la atención. Estas acciones se articularon con la participación activa en unidades de análisis**,** orientadas a la gestión de las cohortes de riesgo, lo que permitió identificar brechas en el proceso y definir ajustes oportunos a las estrategias de intervención.

Como principales resultados**,** se evidencian mejoras significativas en la trazabilidad de los casos, mayor oportunidad en la atención, fortalecimiento de la articulación entre los actores involucrados, y una mejora sustancial en la calidad de los registros, lo cual contribuye a una gestión más eficiente, oportuna y transparente de la estrategia de ruteo. Adicionalmente, el acompañamiento técnico permanente favoreció la apropiación de los lineamientos del Modelo MAS Bienestar por parte de los equipos operativos y el fortalecimiento de sus capacidades técnicas.

En conclusión, el perfil de Seguimiento a Cohortes se consolida como un actor clave en la implementación, control y sostenibilidad de la estrategia de ruteo, aportando de manera directa a la gestión integral del riesgo, al fortalecimiento de los procesos operativos y a la mejora continua del cuidado de la población priorizada, reafirmando su valor estratégico dentro del Modelo MAS Bienestar.

7.2.6 Inducción, seguimiento y acompañamiento al talento humano

Durante el periodo evaluado, el perfil de Inducción, Seguimiento y Acompañamiento al Talento Humano desempeñó un rol estratégico en el fortalecimiento de las competencias técnicas y operativas del personal vinculado a los Equipos MAS Bienestar en tu Hogar, contribuyendo de manera directa a la calidad, coherencia y estandarización de la intervención territorial.

Su gestión permitió garantizar la apropiación progresiva del Modelo MAS Bienestar, la comprensión de los lineamientos técnicos y la correcta aplicación de las metodologías de intervención domiciliaria y comunitaria, favoreciendo una ejecución articulada, ordenada y alineada con las directrices distritales.

El alcance de la gestión desarrollada comprendió el acompañamiento integral de los siguientes procesos: Inducción presencial y virtual al talento humano vinculado al Modelo MAS Bienestar. Reinducción a perfiles en continuidad contractual o con ajustes derivados de cambios normativos, técnicos u operativos. Acompañamiento en campo, orientado a la verificación de la correcta aplicación de los lineamientos técnicos, metodologías de intervención y roles definidos para cada perfil. Gestión documental, relacionada con el seguimiento a soportes de inducción, control de listados de asistencia y consolidación de información para efectos de trazabilidad. Articulación interinstitucional, enfocada en la coordinación permanente con los diferentes niveles de gestión, tanto operativos como distritales. Para el desarrollo de estos procesos, se mantuvo una articulación constante con los líderes operativos, el equipo distrital de fortalecimiento de competencias y la coordinación de la Subred, garantizando coherencia técnica, alineación institucional y oportunidad en la ejecución de las acciones. Gestión desarrollada: planeación, orientación y seguimiento La gestión del perfil se centró en la planeación y organización de los procesos de inducción y reinducción, mediante la definición de contenidos, metodologías y cronogramas acordes a las necesidades del modelo y a las características del talento humano vinculado.

Adicionalmente, se desarrollaron acciones de orientación técnica continua, enfocadas en la resolución de dudas operativas, el refuerzo de conceptos clave del Modelo MAS Bienestar y la promoción de una correcta interpretación de los lineamientos técnicos. El proceso de seguimiento incluyó la verificación de la apropiación de los contenidos, a través de la observación de la ejecución en territorio y la retroalimentación directa a los equipos operativos.

Estas acciones permitieron identificar de manera oportuna brechas de comprensión, facilitando la implementación de refuerzos técnicos focalizados y contribuyendo al fortalecimiento de la calidad de la intervención territorial.

Entre los principales logros y avances derivados de la gestión se destacan: fortalecimiento de la comprensión integral del modelo MAS bienestar, sus enfoques y componentes operativos, mayor coherencia y estandarización en la aplicación de los lineamientos técnicos y metodologías de intervención en territorio, fortalecimiento progresivo de las competencias técnicas y operativas del talento humano, reflejado en una ejecución más ordenada y alineada con los objetivos del modelo, disminución de inconsistencias operativas asociadas a la interpretación de roles, rutas de atención y fichas técnicas.

En términos de cobertura, las acciones de inducción, reinducción y acompañamiento permitieron abarcar a la totalidad del talento humano vinculado durante el periodo evaluado, asegurando condiciones mínimas de apropiación del modelo para el desarrollo de las actividades en territorio.

El seguimiento y control de los procesos de inducción y acompañamiento se realizó mediante: consolidación y verificación de registros de inducción y reinducción. Seguimiento al cumplimiento de los cronogramas establecidos. Retroalimentación periódica a líderes operativos y equipos territoriales. Sistematización de reportes para la toma de decisiones y el ajuste oportuno de las estrategias de fortalecimiento de competencias.

Estos mecanismos permitieron garantizar la trazabilidad de la gestión, así como el monitoreo continuo del cumplimiento de los procesos definidos. Dentro de los principales retos se identifican: la necesidad de mantener procesos de refuerzo continuo, dada la rotación del talento humano y los ajustes normativos u operativos del modelo, fortalecer la oportunidad en la inducción inicial para nuevos ingresos, minimizando brechas en la apropiación temprana de los lineamientos, consolidar herramientas de seguimiento que permitan medir de manera más sistemática el impacto de los procesos de inducción en la calidad de la intervención territorial.

El perfil de Inducción, Seguimiento y Acompañamiento al Talento Humano se consolidó como un actor clave y estratégico para garantizar la calidad técnica, la apropiación del Modelo MAS Bienestar y la correcta aplicación de los lineamientos técnicos en territorio. Su gestión aportó de manera significativa a la estandarización de prácticas, el fortalecimiento de competencias y la sostenibilidad del modelo, contribuyendo al cumplimiento de los objetivos institucionales y al mejoramiento continuo de la atención brindada a la población.

Su gestión aportó de manera significativa a la estandarización de prácticas, el fortalecimiento de competencias y la sostenibilidad del modelo, contribuyendo al cumplimiento de los objetivos institucionales y al mejoramiento continuo de la atención brindada a la población.

Tabla N° 57 Inducción Periodo Oct – Dic 2025

PERFIL	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
GESTOR PAI	5	0	1
AGENTE DE CAMBIO	1	1	1
GESTOR ETNICO	12	0	0
GESTOR MAS BIENESTAR VACUNADORES PAI	2	1	1
GESTOR MAS BIENESTAR EN LINEA	80	24	9
GESTOR SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	1	0	0
GESTOR SOCIAL MAS BIENESTAR HC	1	0	0
TRABAJADOR SOCIAL	5	1	0
PROFESIONAL EN CIENCIAS AMBIENTALES	3	1	0
PROFESIONAL EN ENFERMERIA	34	13	3
PROFESIONAL EN MEDICINA	11	0	0
PROFESIONAL EN NUTRICION	1	0	1
PROFESIONAL EN ODONTOLOGIA	7	1	0
PROFESIONAL EN PSICOLOGIA	42	0	1
PROFESIONAL EN TERAPIAS O FONOAUDIOLOGIA	10	1	1
PROFESIONAL ESPECIALISTA EN PSICOLOGIA CLINICA	3	0	0
AUXILIAR CUIDADOR	10	0	1
TECNICO AUXILIAR ETNICO	4	0	0
TECNICO EN CIENCIAS AMBIENTALES	5	1	0
GESTOR MAS BIENESTAR	305	23	5
Total	542	67	24

Fuente: Subred Integrada de Servicios de Salud Sur

Durante el periodo evaluado se realizaron 633 procesos de inducción y reinducción al talento humano vinculado a los Equipos MAS Bienestar en tu Hogar, concentrándose principalmente en el mes de octubre con 542 inducciones que corresponde al 85,6 %, situación que se explica por el inicio del convenio en dicho mes, momento en el cual se efectuó la vinculación masiva del talento humano requerido para la puesta en marcha del modelo en el territorio. Los perfiles con mayor volumen de inducciones correspondieron a

aquellos que constituyen la puerta de entrada de los usuarios a los Equipos MAS Bienestar en tu Hogar, particularmente el Gestor MAS Bienestar con 333 procesos de inducción correspondientes al 52,6 % del total, y el Gestor MAS Bienestar en Línea con 113, es decir el 17,9 %, quienes por la naturaleza de sus funciones deben garantizar cobertura en la totalidad de los territorios y, en consecuencia, presentan un mayor número de vinculaciones. La disminución progresiva de inducciones en los meses de noviembre y diciembre se asocia a la estabilización del talento humano y a la ejecución de procesos puntuales de reinducción derivados de rotación, reemplazos o ajustes técnicos y operativos. En este sentido, el volumen de inducciones da cuenta del cumplimiento del proceso, el cual deben realizar todos los colaboradores que ingresan al convenio antes de dar inicio con sus actividades contractuales, asegurando la apropiación del Modelo MAS Bienestar, el conocimiento de los lineamientos y fichas técnicas y la articulación con las diferentes áreas procesos.

En conjunto, los resultados cuantitativos evidencian que el proceso de inducción se desarrolló de manera oportuna y conforme a lo establecido, garantizando que la totalidad del talento humano vinculado a los Equipos MAS Bienestar en tu Hogar iniciara sus actividades con las condiciones técnicas, operativas y normativas requeridas para la adecuada implementación del modelo.

Durante el periodo evaluado, el perfil de Inducción, Seguimiento y Acompañamiento al Talento Humano desempeñó un rol estratégico en el fortalecimiento de las competencias técnicas y operativas del personal vinculado a los Equipos MAS Bienestar en tu Hogar, contribuyendo de manera directa a la calidad, coherencia y estandarización de la intervención territorial.

Su gestión permitió garantizar la apropiación progresiva del Modelo MAS Bienestar, la comprensión de los lineamientos técnicos y la correcta aplicación de las metodologías de intervención domiciliaria y comunitaria, favoreciendo una ejecución articulada, ordenada y alineada con las directrices distritales.

El alcance de la gestión desarrollada comprendió el acompañamiento integral de los siguientes procesos: Inducción presencial y virtual al talento humano vinculado al Modelo MAS Bienestar. Reinducción a perfiles en continuidad contractual o con ajustes derivados de cambios normativos, técnicos u operativos. Acompañamiento en campo, orientado a la verificación de la correcta aplicación de los lineamientos técnicos, metodologías de intervención y roles definidos para cada perfil. Gestión documental, relacionada con el seguimiento a soportes de inducción, control de listados de asistencia y consolidación de información para efectos de trazabilidad. Articulación interinstitucional, enfocada en la coordinación permanente con los diferentes niveles de gestión, tanto operativos como distritales. Para el desarrollo de estos procesos, se mantuvo una articulación constante con

los líderes operativos, el equipo distrital de fortalecimiento de competencias y la coordinación de la Subred, garantizando coherencia técnica, alineación institucional y oportunidad en la ejecución de las acciones. Gestión desarrollada: planeación, orientación y seguimiento La gestión del perfil se centró en la planeación y organización de los procesos de inducción y reinducción, mediante la definición de contenidos, metodologías y cronogramas acordes a las necesidades del modelo y a las características del talento humano vinculado.

Adicionalmente, se desarrollaron acciones de orientación técnica continua, enfocadas en la resolución de dudas operativas, el refuerzo de conceptos clave del Modelo MAS Bienestar y la promoción de una correcta interpretación de los lineamientos técnicos. El proceso de seguimiento incluyó la verificación de la apropiación de los contenidos, a través de la observación de la ejecución en territorio y la retroalimentación directa a los equipos operativos.

Estas acciones permitieron identificar de manera oportuna brechas de comprensión, facilitando la implementación de refuerzos técnicos focalizados y contribuyendo al fortalecimiento de la calidad de la intervención territorial.

Entre los principales logros y avances derivados de la gestión se destacan: fortalecimiento de la comprensión integral del modelo MAS bienestar, sus enfoques y componentes operativos, mayor coherencia y estandarización en la aplicación de los lineamientos técnicos y metodologías de intervención en territorio, fortalecimiento progresivo de las competencias técnicas y operativas del talento humano, reflejado en una ejecución más ordenada y alineada con los objetivos del modelo, disminución de inconsistencias operativas asociadas a la interpretación de roles, rutas de atención y fichas técnicas.

En términos de cobertura, las acciones de inducción, reinducción y acompañamiento permitieron abarcar a la totalidad del talento humano vinculado durante el periodo evaluado, asegurando condiciones mínimas de apropiación del modelo para el desarrollo de las actividades en territorio.

El seguimiento y control de los procesos de inducción y acompañamiento se realizó mediante: consolidación y verificación de registros de inducción y reinducción. Seguimiento al cumplimiento de los cronogramas establecidos. Retroalimentación periódica a líderes operativos y equipos territoriales. Sistematización de reportes para la toma de decisiones y el ajuste oportuno de las estrategias de fortalecimiento de competencias.

Estos mecanismos permitieron garantizar la trazabilidad de la gestión, así como el monitoreo continuo del cumplimiento de los procesos definidos. Dentro de los principales

retos se identifican: la necesidad de mantener procesos de refuerzo continuo, dada la rotación del talento humano y los ajustes normativos u operativos del modelo, fortalecer la oportunidad en la inducción inicial para nuevos ingresos, minimizando brechas en la apropiación temprana de los lineamientos, consolidar herramientas de seguimiento que permitan medir de manera más sistemática el impacto de los procesos de inducción en la calidad de la intervención territorial.

El perfil de Inducción, Seguimiento y Acompañamiento al Talento Humano se consolidó como un actor clave y estratégico para garantizar la calidad técnica, la apropiación del Modelo MAS Bienestar y la correcta aplicación de los lineamientos técnicos en territorio. Su gestión aportó de manera significativa a la estandarización de prácticas, el fortalecimiento de competencias y la sostenibilidad del modelo, contribuyendo al cumplimiento de los objetivos institucionales y al mejoramiento continuo de la atención brindada a la población.

Su gestión aportó de manera significativa a la estandarización de prácticas, el fortalecimiento de competencias y la sostenibilidad del modelo, contribuyendo al cumplimiento de los objetivos institucionales y al mejoramiento continuo de la atención brindada a la población.

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

7.3.1 Liderazgo para la dinamización de las acciones

Organización y planeación realizada durante el periodo

Durante el periodo comprendido entre el 1 de octubre y el 31 de diciembre, se desarrollaron acciones de organización y planeación orientadas a garantizar la correcta ejecución de los Equipos MAS Bienestar en tu Hogar, de acuerdo con el plan de acción definido para la vigencia y los lineamientos del Modelo de Atención en Salud de Bogotá – MAS Bienestar.

La planeación del periodo se centró en:

- La revisión y seguimiento periódico al plan de acción, priorizando actividades asociadas a gestión territorial, articulación intersectorial y acompañamiento operativo a los equipos.
- La organización de espacios de coordinación técnica con líderes locales, equipos interdisciplinarios y actores estratégicos del territorio.
- La alineación de las acciones de los equipos con las problemáticas priorizadas en los territorios, identificadas a partir del análisis de indicadores, la comprensión territorial y los insumos de participación social.

- El ajuste operativo de las actividades programadas, teniendo en cuenta las capacidades institucionales, el contexto territorial y las barreras identificadas durante la ejecución.

Estas acciones permitieron orientar de manera ordenada la ejecución del plan de acción, fortalecer la gestión territorial y asegurar la coherencia entre la planeación y la operación en territorio.

Balance de la participación en las Mesas Locales de MAS Bienestar

Durante el periodo evaluado, se garantizó la participación activa en las Mesas Locales de Bienestar, entendidas como espacios estratégicos de planeación, articulación y seguimiento de las acciones del Modelo MAS Bienestar en las localidades de la Subred Sur.

Los Equipos MAS Bienestar en tu Hogar aportaron principalmente en:

- La socialización de avances y resultados de las acciones desarrolladas en territorio.
- La identificación de barreras de acceso, brechas territoriales y necesidades prioritarias de la población.
- La formulación y ajuste de acciones sectoriales, intersectoriales y comunitarias en el marco del Plan Local de Bienestar.
- El seguimiento al cumplimiento de los compromisos adquiridos en mesas anteriores.

En términos generales, se evidenció el cumplimiento de los compromisos programados para el periodo, así como la definición clara de aquellos que, por su alcance, fueron proyectados para continuidad en la siguiente vigencia, garantizando trazabilidad y seguimiento.

Estrategias diferenciales aplicadas para el funcionamiento de los equipos

Durante la ejecución del plan de acción se implementaron estrategias diferenciales para responder a situaciones emergentes y barreras para el abordaje territorial, complementando las metodologías rutinarias establecidas en las fichas técnicas del modelo.

Entre las principales estrategias aplicadas se destacan:

- Ajustes en la priorización territorial y en la programación de actividades, especialmente en zonas rurales o de difícil acceso.
- Articulación con actores sectoriales e intersectoriales para facilitar el abordaje de problemáticas complejas que exceden la respuesta exclusivamente sanitaria.

- Combinación de abordajes presenciales con acciones de seguimiento y gestión remota, según las condiciones del territorio y la disponibilidad de la población.
- Reorganización operativa de los equipos frente a situaciones coyunturales, garantizando la continuidad de las acciones previstas en el plan de acción.

Estas estrategias permitieron mantener la operatividad de los equipos, mitigar barreras de acceso y asegurar la ejecución de las acciones conforme a los lineamientos técnicos del modelo.

Balance del desarrollo de los comités de fortalecimiento de capacidades

Durante el periodo se desarrollaron espacios de fortalecimiento de capacidades con el equipo interdisciplinario, orientados a mejorar la comprensión del Modelo MAS Bienestar, fortalecer la articulación entre perfiles y unificar criterios técnicos para la intervención en territorio.

Estos espacios permitieron:

- Reforzar la apropiación de los enfoques territorial, poblacional y diferencial.
- Clarificar roles y responsabilidades en el marco del plan de acción.
- Fortalecer la coordinación entre los equipos operativos y los procesos de gestión territorial.
- Mejorar la calidad del seguimiento y la planeación de las acciones en territorio.
- Como resultado, se fortaleció la capacidad operativa y técnica de los equipos, contribuyendo al cumplimiento de las actividades programadas durante el periodo evaluado.

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

En las actividades desarrolladas al interior de la Subred Sur se identifican varias situaciones geográficas, entre ellas que se tiene suelo tanto urbano como rural, en el caso de la ruralidad las actividades se han desarrollado principalmente con familias que ya han sido previamente identificadas y el abordaje se desarrollan organizando tiempos y espacios directamente con los usuarios para su respectivo abordaje, en el caso de la ruralidad cercana el abordaje implica un desplazamiento diario desde el casco urbano a las diferentes veredas que lo componen, para el caso de Sumapaz se han establecido puntos residenciales dentro de la localidad para que el talento humano que desempeña actividades allí pueda instalarse de lunes a viernes mientras realizan su abordaje.

En la zona urbana se han identificado mayor cantidad de elementos que impiden un desarrollo normal, entre ellas los focos de inseguridad que se presentan en algunas áreas de gestión presente en las 3 localidades en las cuales hay manzanas donde se ha dificultado el abordaje ya que son zonas expendio y consumo de sustancias psicoactivas, también la presencia de asentamientos informales genera que se tengan que realizar procesos de articulación con líderes locales para su respectivo ingreso, y son procesos que no siempre son efectivos o el tiempo de respuesta es muy demorado para hacer el abordaje, sin embargo en los casos que ha sido posible se ha podido abordar a la comunidad y acercarlos a los servicios de salud brindado el correspondiente abordaje.

También ha sido posible identificar procesos de actualización urbana a partir de los recorridos en campo realizados en conjunto de los gestores de más bienestar, ya que algunas manzanas que hacen parte de la base de datos de catastro distrital ya no existen en el territorio, algunos ejemplos de estas situaciones se encuentran en la localidad de Ciudad Bolívar con la demolición de manzanas para la construcción de las estaciones del Transmicable del Tunal - El Paraíso, también se puede observar en las 3 localidades estos procesos y cambios con predios que ya no existen ya que hacen parte de los nuevos centros de salud que se han construido en la última década, y algunos casos especiales en los que las manzanas se les han adicionado algunos predios, o la identificación de predios que en su interior han sido subdivididos en varias viviendas.

También la presencia de conjuntos residenciales ha sido un proceso importante en el abordaje de las 3 localidades en las cuales hay presencia de estas dinámicas, para el caso de la localidad de Tunjuelito los conjuntos residenciales llevan tiempo considerable desde su construcción, pero en el caso de la localidad de Ciudad Bolívar y Usme es un proceso que se viene dando desde la última década y que a la fecha aún existen proyectos que están en proceso de construcción y otros que ya se encuentran en el proceso de ser habitados, para el ingreso a estos conjuntos está en responsabilidad del gestor asignado a dicha área y el registro de las actividades al interior del mismo se hace por medio de las unidades habitacionales que son solicitadas por el componente Geográfico de la Subred , todos estas dinámicas han podido ser identificadas por los Gestores de MAS bienestar en su proceso de apropiación y de reconocimiento del territorio, en especial de aquellos gestores en donde sus áreas de Gestión predominan estas dinámicas.

Finalmente para el registro de la información de los casos mencionados anteriormente como el abordaje en conjuntos residenciales, asentamientos informales, pagadiarios, PPL, predios que en el territorio están subdivididos en varias viviendas se hace por medio de las unidades habitacionales, el cual es proceso en donde el gestor y dependiendo de la dinámica se hace el reconocimiento en conjunto con el grupo de Gestión territorial y el componente Geográfico de la cantidad de unidades residenciales o de familias presentes

en el territorio, para así poder hacer la solicitud por medio del aplicativo del número de unidades habitacionales requeridas para el diligenciamiento del abordaje realizado, dicha solicitud es resuelta por el grupo de sistemas de SDS y entregada al componente Geográfico en un plano que contiene los demás datos Geográficos. Cuando se tiene esta información se hace la asignación de predios al gestor o a los gestores que hicieron sus intervenciones allí, y se les hace la respectiva entrega para que puedan cargar sus actividades.

A continuación se relacionan las unidades habitacionales que han sido solicitadas a la fecha para el diligenciamiento de diferentes actividades, donde se podrá observar que la mayor cantidad de solicitudes realizadas para el ingreso a propiedad horizontal.

Tabla 58. Solicitudes de creación de unidades habitacionales por localidad

LOCALIDAD	**Cantidad de ruteos asignadas**	**Cantidad de unidades habitacionales solicitadas en propiedad horizontal**	**Cantidad de unidades habitacionales paga diarios**	**Cantidad de unidades habitacionales PPL**	**Cantidad de unidades habitacionales otros**	**TOTAL Localidad**
CIUDAD BOLÍVAR	947	17685	0	287	3500	22419
USME	476	11900	0	239	665	13280
TUNJUELITO	18	5840	35	120	0	6013
SUMAPAZ	0	0	0	0	6	6
TOTAL, SUBRED	**1441**	**35425**	**35**	**646**	**4171**	**41718**

- Al momento de hacer la delimitación territorial, se tomaron en cuenta todos los sectores catastrales de la Subred Sur, sin embargo, hay sectores que no cuentan con ninguna actividad de tipo residencial, algunos ya han sido identificados previamente, mientras otros el reconocimiento se ha realizado mientras se van desarrollando los diferentes procesos de identificación en el territorio.

Para el caso de la localidad de Tunjuelito se identifican 3 sectores que no cuentan con actividad de tipo residencial, uno de ellos Escuela General Santander, este sector abarca el polígono de la Escuela de Cadetes de Policía General Santander, por lo cual es muy poco probable que este sector catastral a futuro pueda ser un sector de tipo residencial abordable, otro sector es Área Artillería, este polígono abarca la Escuela de Artillería General por lo cual es muy poco probable que este sector catastral a futuro pueda ser un sector de tipo residencial abordable, por último el sector Parque el Tunal, este sector abarca lo corresponde al polígono del parque el Tunal y el Portal de Transmilenio del Tunal, por lo cual es muy poco probable que este sector catastral a futuro pueda ser un sector de tipo residencial abordable.

Para el caso de la localidad de Usme se identificaron los sectores de Yomasa Norte, este sector abarca lo correspondiente a la Estación de Policía de Monteblanco, Un centro Educativo y el parque Cantarrana por lo cual es muy poco probable que este sector catastral a futuro pueda ser un sector de tipo residencial abordable, también está el Pedregal II, el polígono de este sector corresponde a la Ladrillera Helios por lo cual es muy poco probable que este sector catastral a futuro pueda ser un sector de tipo residencial abordable.

En el caso de la localidad de Ciudad Bolívar se identifica el sector de Guadalupe, en este sector se encuentra el centro Comercial Paseo Villa del Río, algunos concesionarios automovilísticos, 2 grandes zonas de parqueo para buses del SITP y algunas entidades financieras, es importante destacar una zona sin desarrollar, la cual a futuro puede ser usada para la construcción de conjuntos residenciales por lo cual es probable que este sector catastral a futuro pueda ser un sector de tipo residencial abordable, cabe aclarar que en el sector catastral se encuentran algunas manzanas en donde hay principalmente actividad comercial y algunas viviendas sin embargo esa zona del sector catastral no está dentro de los límites geográficos de la Subred Sur. Para el sector San Antonio del Mirador, se encuentra en zona sin ningún tipo de desarrollo, sin embargo, por las dinámicas poblacionales de la localidad es probable que se conformen asentamientos en esta parte del territorio, y que probablemente sigan con los procesos correspondientes de legalización como ya se ha evidenciado en otros sectores de la Subred.

Tabla 58. Sectores catastrales sin usos residenciales

LOCALIDAD	SECTOR CATASTRAL	ID SECTOR	Tipo de uso determinante en el sector catastral	Número de predios	Número de manzanas
TUNJUELITO	ESCUELA GENERAL SANTANDER	002405	Dotacional	4	1
TUNJUELITO	PARQUE EL TUNAL	002410	Recreacional	10	2
TUNJUELITO	AREA ARTILLERIA	002512	Dotacional	5	1
SUBTOTAL LOCALIDAD	**3**	**3**	**3**	**19**	**4**
CIUDAD BOLÍVAR	GUADALUPE	004563	Comercial e Industrial	46	4
CIUDAD BOLÍVAR	SAN ANTONIO DEL MIRADOR	002451	Sin Uso	806	34
SUBTOTAL LOCALIDAD	**2**	**2**	**2**	**852**	**38**
USME	YOMASA NORTE	002586	Suelo de Protección	8	1
USME	EL PEDREGAL II	002640	Zona Verde	29	1
SUBTOTAL LOCALIDAD	**2**	**2**	**2**	**37**	**2**
TOTAL, SUBRED	**5**	**5**	**5**	**908**	**44**

Desde el componente Geográfico se ha estado en constante revisión de las diferentes bases, casos remitidos por secretaría de salud y casos provenientes por diferentes fuentes al interior de la Subred, esto con el fin de realizar los respectivos procesos de georreferenciación y geocodificación de todos estos casos para así poder identificar las áreas de gestión a las cuales pertenecen y poder identificar los profesionales responsables para poder hacer la intervención.

Para el caso de las intervenciones realizadas en Población privada de la libertad se ha identificado desde el componente geográfico dichos centros, para el caso de la subred se tienen 3 centros de reclusión, ubicados cada uno en una localidad urbana de la subred es decir Ciudad Bolívar, Usme y Tunjuelito.

En el caso de las actividades realizadas con la población habitante de calle dentro de la Subred Sur se han identificado casos en las 3 localidades urbanas y se han desarrollado las respectivas actividades, siendo la localidad de Usme en donde se han presentado mayor cantidad de acciones para dicha estrategia ubicados en sectores de Comuneros y Gran Yomasa que son las zonas de mayor actividad económica de la localidad. Para el caso de las actividades en los pagadiarios estos han sido identificados hasta el momento únicamente en la localidad de Tunjuelito y han estado ubicados principalmente en 2 sectores que son Venecia y Venecia Occidental que es la zona más comercial de la localidad.

Tabla 59. Cantidad de predios por estrategias diferenciales

LOCALIDAD	SECTOR CATASTRAL	ID SECTOR	Número predios pagadiarios	Número de predios PPL	Número de predios con atenciones de habitantes de calle
TUNJUELITO	ESCUELA GENERAL SANTANDER	002405	0	1	0
TUNJUELITO	SAMORE	002406	0	0	1

TUNJUELITO	SANTA LUCÍA	002205	0	0	1
TUNJUELITO	TUNAL ORIENTAL	002401	0	0	1
TUNJUELITO	FATIMA	002408	1	0	0
TUNJUELITO	ISLA DEL SOL	002411	1	0	0
TUNJUELITO	NUEVO MUZU	002409	1	0	0
TUNJUELITO	SAN VICENTE FERRER	002402	1	0	0
TUNJUELITO	VENECIA	002404	6	0	0
TUNJUELITO	VENECIA OCCIDENTAL	002403	2	0	0
SUBTOTAL TUNJUELITO	**10**	**10**	**12**	**1**	**3**
USME	YOMASA NORTE	002586	0	1	0
USME	CHUNIZA	002537	0	0	1
USME	CHARALÁ	002611	0	0	1
USME	GRAN YOMASA	002506	0	0	1
USME	LA ESPERANZA SUR	002607	0	0	1
USME	LA ANDREA	002524	0	0	1
USME	SANTA LIBRADA NORTE	002528	0	0	2
USME	CHAPINERITO	002610	0	0	1
SUBTOTAL USME	**8**	**8**	**0**	**1**	**8**

CIUDAD BOLÍVAR	SIERRA MORENA	002438	0	1	0
CIUDAD BOLÍVAR	RONDA	002518	0	0	1
SUBTOTAL CIUDAD BOLÍVAR	**2**	**2**	**0**	**1**	**1**
TOTAL SUBRED	**20**	**20**	**12**	**3**	**12**

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

- Describacesidades

Durante el periodo en mención, desde la Gestión Operativa los líderes operativos de los Equipos MAS Bienestar en tu Hogar realizaron procesos de organización y planeación territorial orientados a garantizar una respuesta integral, continua y oportuna a las necesidades de las familias ubicadas en las áreas de gestión asignada a cada colaborador, en coherencia con el plan de acción definido. Las acciones de bienestar se estructuran de manera funcional por áreas de gestión y líneas de acción, conformando equipos integrados por gestores en línea, gestores de bienestar, perfiles profesionales y transversales, con cobertura en las localidades de Usme, Tunjuelito, Ciudad Bolívar y Sumapaz, así como equipos diferenciales, equipos de Atención Primaria Social - APS y de ruralidad tanto cercana como dispersa, lo que permitió una adecuada apropiación territorial y una atención acorde a las particularidades poblacionales.

Para fortalecer la gestión operativa y garantizar el seguimiento permanente a la ejecución de las actividades, se mantuvo una articulación constante con los técnicos administrativos y el equipo de sistemas de información, implementando tableros de control como herramienta principal de monitoreo, orientados a:

- Monitorear la productividad de las actividades ejecutadas y registradas en soporte físico y en el aplicativo GTAPS.
- Verificar la oportunidad en el registro de la información.
- Evaluar la calidad y consistencia de los datos registrados.

- Garantizar la concordancia entre los formularios diligenciados en el aplicativo GTAPS.

De manera complementaria, se sostuvo articulación permanente con los profesionales de cohortes, líder de activación de rutas, servicios complementarios y el líder de enlace EPS, garantizando una respuesta integral y coordinada a las necesidades identificadas en territorio.

A partir del análisis de la información consolidada y del seguimiento operativo, se identificaron alertas principalmente relacionadas con la calidad del registro de la información y la adecuada toma de medidas antropométricas y signos vitales. Frente a estas situaciones, se implementaron acciones de mejora orientadas al fortalecimiento técnico en campo, el acompañamiento directo a los gestores y la retroalimentación continua mediante las acciones de precrítica, lo que permitió mejorar la calidad de las intervenciones y de los registros, así como fortalecer la adherencia a las fichas técnicas establecidas para los Equipos MAS Bienestar en tu Hogar.

El abordaje de los casos se desarrolló de manera integral e interdisciplinaria, evidenciando la articulación efectiva entre gestores y profesionales de las diferentes áreas de gestión. Este trabajo conjunto permitió el seguimiento continuo a los planes de bienestar instaurados, asegurando la continuidad de la atención familiar, individual y poblacional y favoreciendo respuestas oportunas frente a las necesidades priorizadas.

Así mismo, durante el periodo se realizaron comités territoriales liderados por los líderes operativos, los cuales se consolidaron como espacios estratégicos de orientación técnica y operativa. En estos escenarios se analizó la gestión territorial, se revisaron casos prioritarios y se definieron acciones de respuesta integral, complementaria y coordinada, permitiendo la toma de decisiones para la organización operativa y territorial del equipo interdisciplinario y el monitoreo permanente de las condiciones de salud del territorio.

Finalmente, se desarrollaron seguimientos en campo orientados al acompañamiento técnico y operativo de los equipos. Como principales fortalezas se identificó la apropiación del enfoque de gestión del riesgo y la empatía en el desarrollo de las intervenciones. De igual forma, se evidenciaron oportunidades de mejora en la correcta toma de medidas antropométricas y signos vitales, frente a las cuales se implementaron acciones de fortalecimiento técnico directamente en territorio, contribuyendo al mejoramiento continuo de la calidad de la operación.

7.4.2 DESARROLLO DE CAPACIDADES DEL TALENTO HUMANO A NIVEL DISTRITAL

Brechas de capacidades identificadas

Durante el periodo evaluado, y a partir de la lectura del territorio, los resultados de auditorías internas, los procesos de supervisión operativa y la retroalimentación distrital, se identificaron brechas de capacidades asociadas principalmente a:

- Diferencias en el nivel de apropiación del Modelo MAS Bienestar y sus enfoques territorial, poblacional y diferencial.
- Necesidades de fortalecimiento en la articulación entre los Equipos MAS Bienestar en tu Hogar y los procesos de gestión territorial, participación social e intersectorialidad.
- Brechas en la comprensión y aplicación homogénea de los lineamientos técnicos, fichas metodológicas y rutas de actuación en territorio.
- Requerimientos de fortalecimiento en habilidades comunicativas, registro de información, seguimiento a compromisos y uso de herramientas institucionales.

Estas brechas motivaron la priorización de acciones de fortalecimiento orientadas a mejorar la capacidad técnica, operativa y relacional del talento humano vinculado al modelo.

Tipo de estrategias implementadas

Para el cierre de las brechas identificadas se implementaron, de manera agregada, las siguientes estrategias de fortalecimiento de capacidades:

- Asistencias técnicas orientadas a la clarificación de lineamientos, roles y responsabilidades, y a la resolución de dudas operativas en la implementación del modelo.
- Capacitaciones y espacios formativos enfocados en los componentes técnicos del Modelo MAS Bienestar, la gestión territorial, la participación social transformadora y la articulación intersectorial.
- Acompañamientos operativos a equipos y perfiles estratégicos para fortalecer la aplicación práctica de los lineamientos en el territorio.
- Recursos pedagógicos y comunicativos, diseñados para facilitar la apropiación de contenidos, la estandarización de prácticas y el fortalecimiento de la comunicación interna.

Estas estrategias integraron enfoques técnicos, comunicativos y pedagógicos, sin centrarse en actividades aisladas, sino en procesos continuos de fortalecimiento.

Cobertura alcanzada

Las acciones de desarrollo de capacidades tuvieron una cobertura distrital, involucrando de manera consolidada a:

- Equipos MAS Bienestar en tu Hogar de las diferentes localidades.
- Perfiles interdisciplinarios y de apoyo técnico.
- Referentes de gestión territorial, participación social y articulación intersectorial.

La magnitud de la intervención se reflejó en la realización de múltiples sesiones de asistencia técnica y espacios formativos, así como en la generación de productos pedagógicos y lineamientos de apoyo, orientados a fortalecer la implementación homogénea del modelo.

Resultados relevantes

Como resultado del proceso de fortalecimiento de capacidades se evidenciaron:

- Mayor apropiación conceptual del Modelo MAS Bienestar y sus enfoques.
- Mejora en la comprensión de los roles y responsabilidades de los equipos en territorio.
- Fortalecimiento de competencias para la planeación, ejecución y seguimiento de las intervenciones domiciliarias y comunitarias.
- Mejora en la calidad de la articulación intersectorial y en la coherencia de las acciones desarrolladas en territorio.

Estos avances contribuyeron a una implementación más consistente y alineada con los lineamientos distritales.

Mecanismos de seguimiento y verificación

El seguimiento y la verificación del proceso de fortalecimiento se realizaron mediante:

- Espacios de retroalimentación con los equipos.
- Revisión del cumplimiento de actividades programadas.
- Observación de la aplicación práctica de los contenidos fortalecidos en la operación territorial.
- Identificación de ajustes requeridos a partir de los resultados de auditorías y supervisiones.

Estos mecanismos permitieron evaluar tanto la ejecución de las acciones como la apropiación y aplicabilidad de las herramientas entregadas.

Hallazgos y oportunidades de mejora

Dentro de los principales hallazgos se identificaron:

- Persistencia de brechas en la apropiación homogénea de algunos lineamientos técnicos.
- Necesidad de fortalecer de manera continua las capacidades comunicativas y de gestión territorial.
- Requerimiento de mayor acompañamiento en contextos territoriales complejos o con alta rotación de talento humano.

Estas situaciones se reconocen como oportunidades de mejora para el fortalecimiento progresivo del modelo.

Acciones de ajuste o refuerzo implementadas

Como respuesta a los hallazgos identificados, se realizaron ajustes orientados a:

- Reforzar las asistencias técnicas focalizadas.
- Priorizar acompañamientos a equipos con mayores necesidades.
- Ajustar los contenidos pedagógicos para facilitar su comprensión y aplicación práctica.

Estas acciones buscaron optimizar el impacto del fortalecimiento de capacidades y mejorar su efectividad en territorio.

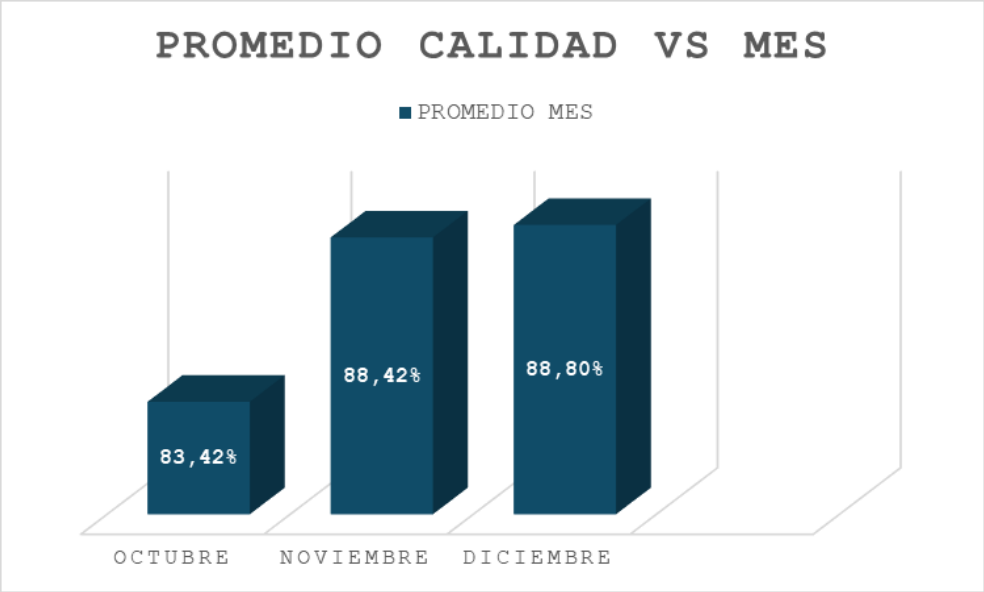
Aporte estratégico de la acción

El desarrollo de capacidades del talento humano aportó estratégicamente al:

- Fortalecimiento técnico y operativo de los Equipos MAS Bienestar en tu Hogar.
- Avance en la estandarización de prácticas y criterios de intervención.
- Mejora de la calidad de las acciones domiciliarias y comunitarias.
- Sostenibilidad del Modelo MAS Bienestar mediante la consolidación de capacidades institucionales a nivel distrital.

7.4.3 GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN Y SOPORTE A NIVEL DISTRITAL

- Estado de la calidad de la información en GTAPS, incluyendo avances en integridad, consistencia, actualización y trazabilidad de los datos



Resultados de la gestión técnica, indicando de forma agregada:

- Unidades habitacionales creadas.

Tabla 60. Unidades habitacionales creadas.

			GESTION	
MES	UNIDADES SOLICITADAS	SOLICITUDES (TICKETS)	REALIZADO	**98%**
DICIEMBRE 2025	3901	27	27	
NOVIEMBRE 2025	6122	19	19	

OCTUBRE 2025	2735	17	16
TOTAL	12758	63	62

Fuente: Plano de Soporte Gtaps

- Traslados de usuarios locales e interlocales gestionados.

Tabla 61. Traslados

	TRASLADO		GESTION		
MES	LOCAL	INTERLOCAL	REALIZADO	POR APROBAR	NO REALIZADO
DICIEMBRE 2025	541	41	491	17	74
NOVIEMBRE 2025	535	46	472	1	108
OCTUBRE 2025	376	24	313	0	87
TOTAL	1452	111	1276	18	269
TOTAL GENERAL	1563		**82%**	**1%**	**17%**

Fuente: Plano de Soporte Gtaps

- Ajustes realizados a datos críticos de identificación.

Tabla 62. Ajustes datos primarios

	USUARIO - AJUSTE	GESTION	
MES	SOLICITUDES	REALIZADO	NO REALIZADO

DICIEMBRE 2025	159	0	159
NOVIEMBRE 2025	190	0	190
OCTUBRE 2025	214	0	214
TOTAL	563	0	563

Fuente: Plano de Soporte Gtaps

- Funcionamiento de la Mesa de Ajustes, señalando número de sesiones realizadas, casos resueltos y principales tipologías de inconsistencias corregidas.

Durante el periodo comprendido entre el 1 de octubre y el 31 de diciembre, se realizaron 14 mesas de ajustes, 5 en el mes de octubre, 4 en noviembre y 5 en el mes de diciembre, en los cuales a nivel central se solicitaron 8848 ajustes de los cuales se realizaron 8041 que correspon al 91% de la totalidad de ajustes, lo ajustes nos realizados se distribuyen en un 5% códigos mal, 3% fechas que no corresponden y 1% fechas de anteriores meses.

- Orientación técnica a subredes, indicando acciones de acompañamiento realizadas y mejoras observadas en la calidad de los registros.

A partir de los ajustes solicitados, de los hallazgos de calidad y de completitud se ha tomado la decisión de realizar contingencia con las personas en las que se ha evidencia mayor rango de error y se van a generar inducciones uno a uno con acta para solventar el acompañamiento de aquella personas, en cuanto a todo el TH se generarán 2 inducciones específicas de sistemas de información al inicio (11/01/2026) y a finalizar mes (26/01/2026) para la resolución de problemas con comunicación redundante.

Esta estrategia se implementará a partir del mes de enero, para evidenciar las mejoras.

- Acciones de mejora implementadas, orientadas a fortalecer la calidad de los datos y la estabilidad del aplicativo.

Se han generado 5 herramientas de control para los diferentes productos en la cuales se contrasta la calidad la concordancia y la completitud en la gestión, se han compartido con

líder operativo para ser soporte de la precrítica y se genera reporte semanal por parte de los técnicos en sistemas

- TABLERO_CONTROL_EQUIPOS_MAS_BIENESTAR
- RUTEO_GESTION_CLASIFICACION
- _RUTEO_TABLERO_
- AVANCE_CIERRES
- VSP_CONSOLIDADO

8. ACCIONES DE BIENESTAR COMITÉS DE CUIDADO

8.1 REUNIÓN DE EQUIPO

En el marco de las reuniones mensuales lideradas por los Equipos MAS Bienestar en tu Hogar, se realiza el direccionamiento estratégico, táctico y operativo, con el propósito de abordar temas de pertinencia para la implementación y fortalecimiento del talento humano operativo. Estos espacios buscan consolidar la articulación y complementariedad de las acciones de cuidado dirigidas a las familias intervenidas. Asimismo, permiten el abordaje de aspectos estructurales, metodológicos, técnicos y administrativos necesarios para el cumplimiento de los objetivos establecidos en el marco de la gestión del riesgo extramural, así como la socialización de experiencias exitosas y la identificación de oportunidades de mejora.

Durante las reuniones mensuales correspondientes al periodo de octubre a diciembre de 2025, se desarrollaron, entre otros, los siguientes temas:

- Socialización del registro en el aplicativo, a cargo del equipo de Sistemas de Información.
- Agendamiento de los Equipos MAS Bienestar en tu Hogar.
- Gestión de activos fijos – Subred Sur.
- Seguridad y Salud en el Trabajo – Subred Sur.
- Vacunación contra el Virus Sincitial Respiratorio (VSR).
- Aplicativo GTAPS – módulo de ruteo.
- Balance de ruteo de los Equipos MAS Bienestar en tu Hogar.

En el desarrollo de estas reuniones se resaltó la importancia de analizar el avance, impacto y transformación alcanzados por los Equipos MAS Bienestar en tu Hogar. En este sentido, se evidenció el fortalecimiento en la socialización anticipada de los temas, el seguimiento oportuno a la mitigación de hallazgos registrados en el aplicativo GTAPS y la relevancia de dar respuesta efectiva a los casos remitidos a través de la estrategia de ruteo, garantizando el abordaje integral, la identificación de riesgos y la promoción del bienestar de las familias intervenidas por los EMBH.

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

Desde los Equipos MAS Bienestar en tu Hogar se desarrollan acciones orientadas al fortalecimiento y desarrollo de capacidades, teniendo en cuenta las actividades que desempeñan los equipos operativos. Estas actividades son lideradas por los dinamizadores de los Equipos MAS Bienestar en tu Hogar, quienes, en articulación con los líderes operativos, definen las temáticas a abordar, contribuyendo al mejoramiento continuo de las acciones en salud brindadas a las familias atendidas por los EMBH.

Durante el periodo en mención, desde los Equipos MAS Bienestar en tu Hogar se desarrollaron temáticas relacionadas con:

- El Modelo de Atención en Salud basado en la Atención Primaria Social (APS), visibilizando las acciones desarrolladas por los Equipos MAS Bienestar en tu Hogar en los cuatro pilares del modelo de atención en salud.
- La socialización de las Acciones Integradas e Integrales de los Equipos MAS Bienestar en tu Hogar, especificando las Acciones de Bienestar y los perfiles responsables de su implementación.
- La contratación activa con las EAPB y la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur para la atención extramural de los usuarios.
- El fortalecimiento del proceso de activación de rutas de atención, de acuerdo con las necesidades identificadas en el territorio por cada colaborador.
- El fortalecimiento del proceso de gestión del aseguramiento por parte de los Equipos MAS Bienestar en tu Hogar.
- La realización de jornadas intensificadas de apropiación y actualización territorial de los Equipos MAS Bienestar en tu Hogar.

Asimismo, se establece que desde la Secretaría Distrital de Salud (SDS) se desarrolló e implementó el curso virtual del Modelo de Atención en Salud MAS Bienestar, mediante el cual el talento humano adelanta de manera autónoma los tres módulos establecidos, permitiendo el adecuado reconocimiento del modelo y su relevancia en las acciones desarrolladas de forma cotidiana.

8.3 COMITÉ TERRITORIAL

Durante los meses de octubre a diciembre, como respuesta a la gestión de los equipos MAS bienestar en tu hogar, se realizaron los comités territoriales como principal espacio de encuentro de los diferentes perfiles técnicos y profesionales involucrados en el desarrollo de las actividades en las áreas de gestión; estos espacios fueron direccionados por cada uno de los líderes operativos asignados a las diferentes localidades de la Subred. Durante cada una de las reuniones se contó con la participación y el acompañamiento del equipo de gestión y de soporte, dando a conocer el avance para cada uno de los procesos que

aportan a la gestión del riesgo de las familias abordadas por los equipos MAS bienestar en tu hogar.

Como metodología realizada se estableció la reunión presencial con participación activa de cada uno de los actores que hicieron parte de los diferentes procesos de gestión, donde se llevó a cabo el análisis de la gestión territorial, gestión familia, gestión individual y la gestión poblacional, realizando un encuentro quincenal y desarrollando mesas de trabajo, presentaciones y talleres grupales que permitieron la integración y el reconocimiento entre los diferentes perfiles. Como parte de los avances en cada comité de trabajo:

Gestión territorial: Se presentó la matriz de apropiación territorial con las áreas de gestión profesionales asignados a cada uno de los el avance en el abordaje de cada una de las áreas de gestión asignadas a cada gestor de bienestar

Gestión familiar: Realizando el análisis de las derivaciones direccionadas a plan de cuidado familiar con las prioridades y riesgos identificados por medio de los diferentes tamizajes aplicados a los usuarios intervenidos. Se socializa como va el avance en las caracterizaciones familiares, se realizan mesas de trabajo para el reconocimiento del inventario y clasificación familiar; en estas mesas de trabajo se establecen las estrategias de intervención familiar durante el abordaje por los perfiles que realizan el abordaje; también se dan a conocer como van los procesos de implementación y cierres de los panes de bienestar que se tienen y las frecuencias con las que se están realizando dichas intervenciones.

Gestión individual: Para este análisis se priorizó para los análisis los diferentes casos asignados desde los módulos de rutero del GTAPS que se tiene para gestores de bienestar y profesionales validando que se haya dado respuesta acorde a las necesidades en salud identificadas. Se dan a conocer casos particulares y usuarios que requieren ser intervenidos de forma prioritaria por uno o más perfiles. Como parte del proceso de análisis también se dio a conocer como se encuentra el proceso de activación de rutas en las áreas de gestión y las respuesta a las mismas que se han recibido por parte de las EAPB, también se avanzó en la socialización del proceso de agendamiento acorde a los que se ha direccionado desde el módulo GTAPS, este ejercicio se realizó con el acompañamiento del grupo de acceso y de la profesional de activación de rutas.

En los comités del mes de diciembre se dió a conocer la estrategia de prescripción social y la metodología para el direccionamiento de los casos que se identifiquen en las áreas de gestión,logrando así una respuesta integral para las familias abordadas de las localidades de la Subred Integrada de Servicios de Salud SUR.

Desde los líderes operativos en cada uno de los comités se ha estado generando insumos para la construcción del tablero de indicadores.

8.4 ESPACIOS DE PRECRÍTICA Y SEGUIMIENTO

Dentro de las actividades de precrítica realizadas se ha logrado dar a conocer con cada perfil el avance en el seguimiento a las intervenciones realizadas y si estas actividades cuentan con la calidad, oportunidad, pertinencia acorde a los diferentes niveles de gestión que se deben realizar para los riesgos identificados; estos espacios permitieron identificar las debilidades principalmente en el direccionamiento de la gestión de los riesgos acorde a los resultados en los tamizajes y se pudo brindar apoyo técnico para la subsanación de hallazgos de las intervenciones. También se dieron a conocer a los dinamizadores cuales fueron las necesidades y temáticas para fortalecer acorde a las debilidades identificadas para el desarrollo de capacidades.

Los resultados de las precrítica se han dejado relacionados en las actas elaboradas, las cuales también cuentan con la relación de compromisos adquiridos para el mejoramiento tanto de la productividad como de la pertinencia y oportunidad identificada con cada colaborador.

Para el desarrollo de las pre críticas se contó con herramientas como tableros de control y de productividad del aplicativo GTAPS, base VSP mensual consolidada, archivos planos y descargas diarias del aplicativo con sus respectivos tamizajes, tablero de control de activación de rutas, tablero de agendamiento del equipo de acceso, tablero de control ruteo, socialización casos asignados por equipo de profesionales de las cohortes.

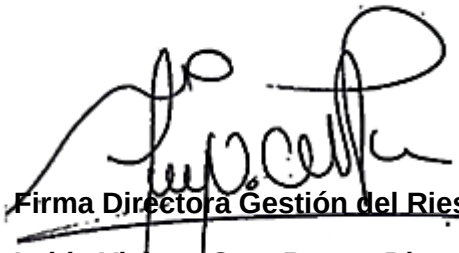
8.5 DESCRIPCIÓN DEL PROCESO DE INDUCCIÓN Y FORTALECIMIENTO DE COMPETENCIAS TÉCNICAS DE LOS EQUIPOS DEL CONVENIO (SOLO PARA OCTUBRE Y NOVIEMBRE DE 2025)

Durante el periodo evaluado se desarrolló el proceso de inducción y fortalecimiento de competencias técnicas del talento humano de los Equipos MAS Bienestar en tu Hogar, orientado a garantizar la correcta implementación del Modelo MAS Bienestar y la calidad de la operación territorial.

Las acciones incluyeron inducciones y reinducciones al personal vinculado, acompañamiento técnico en territorio y seguimiento a la aplicación de los lineamientos y metodologías de

intervención, permitiendo una apropiación progresiva del modelo de salud y una ejecución más organizada de los equipos operativos.

Como resultado, se evidenció una mayor estandarización de las prácticas en territorio, fortalecimiento de las competencias técnicas del talento humano y disminución de inconsistencias operativas relacionadas con las actividades asignadas a cada rol, rutas de atención en salud y procesos, contribuyendo de manera directa al mejoramiento continuo de la calidad de la operación territorial.



Firma Directora Gestión del Riesgo Subred Sur

Leidy Viviana Cruz Parra - Directora Gestión del Riesgo Subred Sur



Firma Coordinador del Convenio EMB Subred Sur

Laydi Viviana Martínez Oliveros – Referente de Convenio