



Diseño Evaluación de resultados del Equipo Más Bienestar en tu Hogar

Julio 2026

SECRETARÍA DE
PLANEACIÓN

CONTENIDO

1. Oportunidad de la Evaluación
2. Contexto de los servicios EMBH
3. Cadena de Valor
4. Cuellos de Botella
5. Alcance de la evaluación
 - 5.1 Preguntas Orientadoras
 - 5.2 Objetivos de la evaluación
 - 5.3 Instrumentos, cronograma y equipo

1. Oportunidad de la Evaluación

OPORTUNIDAD DE LA EVALUACIÓN



Plan Distrital de Desarrollo 2024-2027 - Bogotá Camina Segura

Objetivo 2 - Bogotá confía en su bien-estar

Programa 11 - Salud con calidad y en el territorio

*“El programa desarrolla un modelo que busca la equidad y universalidad de la salud, con sostenibilidad y soportado en los conceptos de determinantes sociales de la salud, atención integral e integrada y participación social incidente. Se busca identificar y priorizar las desigualdades evitables en salud, para orientar la intervención de las políticas hacia la superación de las inequidades, con el propósito de abordar los determinantes sociales de la salud, lo cual significará que la salud vaya más allá de la atención médica tradicional, involucrando conocimientos y prácticas propias de medicina ancestral y partería de las comunidades étnicas u otras formas de proteger y cuidar la vida. En el marco de **la atención prioritaria en salud**, se abordarán de manera intersectorial y transectorial la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad, para garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios, con enfoque de salud familiar y comunitaria, el cuidado, la gestión integral del riesgo en salud y el enfoque diferencial de territorios y poblaciones. Así mismo, se fortalecerán la atención integrada e interdependiente, la participación social, comunitaria y ciudadana y las redes integrales e integradas de servicios de salud. Así mismo, se buscará reducir las barreras geográficas para que las personas puedan acceder a servicios sociales que mejoren su bienestar y calidad de vida; es decir, su salud. Se hará énfasis en el sistema de cuidados y servicios sociales de Bogotá, que tiene el objetivo de promover la integración territorial, con acciones que, además de optimizar el uso del suelo, basado en estudios de suficiencia aseguren tanto una oferta accesible, asequible, diferencial y próxima de infraestructura y equipamientos como una mayor y mejor cobertura de servicios de cuidado y sociales.*

OPORTUNIDAD DE LA EVALUACIÓN



Plan Distrital de Desarrollo 2024-2027 - Bogotá Camina Segura

Objetivo 2 - Bogotá confía en su bien-estar

Programa 11 - Salud con calidad y en el territorio

...

Por otra parte, se van a incluir mecanismos de articulación entre la oferta pública y privada que permita la gestión de conocimiento, la gestión integral del riesgo en salud pública y la definición de un modelo de urgencias territorializado, así como la gestión y desarrollo del talento humano de salud, (incluyendo el cuidado de su salud mental) y la prestación de los servicios de salud de mediana y alta complejidad de forma oportuna, continua, pertinente, humanizada, especializada, resolutive e integral para las y los habitantes y comunidad de Bogotá D. C. De forma complementaria, se contará con las condiciones y los requisitos para la organización, operación y funcionamiento de los centros reguladores de urgencias, emergencias y desastres, con la finalidad de que exista una adecuada y oportuna regulación de las urgencias y coordinación para la atención de emergencias o desastres, a través del fomento de la cooperación y la articulación de los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud y del Sistema Nacional de Prevención y Atención de Desastres (SNPAD).“

OPORTUNIDAD DE LA EVALUACIÓN



Plan Distrital de Desarrollo 2024-2027 - Bogotá Camina Segura

Objetivo 2 - Bogotá confía en su bien-estar

Metas Estratégicas: 8

ID	Nombre del Indicador	Fuente de Línea Base	Año Línea Base	Valor de la Línea Base	Meta Proyectada 2027
30	Razón de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos	DANE / Sistema de Estadísticas Vitales Secretaría Distrital de Salud	2022	38,6	27,9
31	Tasa de mortalidad por suicidio por 100.000	DANE / Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses	2019	5,5	5,2
32	Tasa de mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos	DANE / Sistema de Estadísticas Vitales Secretaría Distrital de Salud	2022	9,10	8,99
33	Tasa de mortalidad prematura por enfermedades crónicas no transmisibles con edades de 30 a 70 años por 100.000 habitantes	DANE / Sistema de Estadísticas Vitales Secretaría Distrital de Salud	2022	128,7	<125

OPORTUNIDAD DE LA EVALUACIÓN

Plan Distrital de Desarrollo 2024-2027 - Bogotá Camina Segura Objetivo 2 - Bogotá confía en su bien-estar Metas Estratégicas: 8

ID	Nombre del Indicador	Fuente de Línea Base	Año Línea Base	Valor de la Línea Base	Meta Proyectada 2027
35	Cascada de atención en VIH: Porcentaje de personas que viven con VIH, conocen su diagnóstico, tienen acceso a tratamiento y alcanzan cargas virales indetectables	Informe Cuenta de Alto Costo Colombia 2022 - Secretaría Distrital de Salud	2021	- Porcentaje de personas que viven con VIH y conocen su diagnóstico: 78,8%. - Porcentaje de personas que viven con VIH conocen su diagnóstico y tienen acceso a tratamiento: 89,2%. - Porcentaje de personas que viven con VIH conocen su diagnóstico y tienen acceso a tratamiento y alcanzan cargas virales indetectables: 90,9%.	El 92% de la población que vive con VIH conoce su diagnóstico, el 92% de estos tienen acceso al tratamiento y de estas últimas el 92% alcanzan cargas virales indetectables
38	Tasa Específica de Fecundidad en mujeres menores de 14 años	DANE / Sistema de Estadísticas Vitales Secretaría Distrital de Salud	2022	0,6	<0,6
39	Tasa Específica de Fecundidad en mujeres de 15 a 19 años	DANE / Sistema de Estadísticas Vitales Secretaría Distrital de Salud	2022	21,9	18,0
40	Proporción de desnutrición aguda en menores de 5 años	Sistema de Información de Vigilancia Alimentario y Nutricional - SISVAN	2023	1,8	1,6

OPORTUNIDAD DE LA EVALUACIÓN



Plan Territorial de Salud 2024 – 2027

6.6. Articulación del Plan Distrital de Desarrollo con el Plan Territorial de Salud

6.6.2. Objetivo 2. Bogotá confía en su bien–estar

Programa: Salud con calidad y en el territorio

Mediante este programa la Administración Distrital reconocerá la necesidad de trabajo articulado entre todos los sectores, en la búsqueda del mejoramiento de las condiciones de vida de los habitantes de la ciudad. La intersectorialidad permitirá aunar grandes esfuerzos y trabajar bajo un solo objetivo logrando llevar a la salud pública a su más alto nivel.

Igualmente, este programa incluirá los mecanismos de articulación entre la oferta pública y privada para garantizar la gestión de conocimiento, la **gestión integral del riesgo en salud pública**, la definición de un modelo de urgencias territorializado, así como la gestión y desarrollo del talento humano en salud y la prestación de los servicios de salud de mediana y alta complejidad de forma oportuna, continua, pertinente, humanizada, especializada, resolutive e integral para las y los habitantes y comunidad de Bogotá D.C....

OPORTUNIDAD DE LA EVALUACIÓN



Plan Territorial de Salud 2024 – 2027

6.6. Articulación del Plan Distrital de Desarrollo con el Plan Territorial de Salud

6.6.2. Objetivo 2. Bogotá confía en su bien–estar

Programa: Salud con calidad y en el territorio

Este programa se ejecutará mediante las siguientes metas:

En el Eje 4. Atención primaria en salud del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP):

Fortalecer la **gestión integral del riesgo** en salud a través del diseño e implementación de una estrategia de identificación **individual, familiar y territorial** para el despliegue de las respuestas en salud de los sectores catastrales a intervenir.

OPORTUNIDAD DE LA EVALUACIÓN



Modelo de Salud de Bogotá

Objetivos Generales

- Mejorar el bienestar, la calidad de vida y la salud de la ciudadanía de Bogotá mediante un modelo de salud basado en Atención Primaria Social.
- Fortalecer la gobernabilidad y gobernanza territorial por medio de una acción sectorial e intersectorial efectiva, que incida positivamente en los determinantes sociales de la salud y mejore las condiciones de vida y salud de personas, familias y comunidades.

Objetivos Específicos

- Optimizar la toma de decisiones teniendo como base el Observatorio Social y en Salud, vinculado a un sistema de interoperabilidad que permita la recolección, análisis, flujo y disposición de datos sectoriales e intersectoriales sobre las condiciones sociales y de salud de la población y genere información pertinente y veraz para la definición de acciones y el monitoreo de resultados en salud.
- Lograr un acceso equitativo a los servicios de salud que permita la **gestión integral del riesgo en salud** con oportunidad, resolutivez, accesibilidad e integralidad de los servicios, con enfoque diferencial, poblacional y territorial.
- Hacer más eficientes los servicios de salud y su integración, asegurando la calidad en la atención y las condiciones idóneas, incluyendo el recurso humano que los provee.
- Promover una participación social transformadora que incida de manera efectiva en las decisiones de política pública y en la construcción de ciudadanías empoderadas, y que contribuya a mejorar la salud y el bienestar de las personas en los territorios.
- Promover procesos educativos fundamentados en una propuesta pedagógica dialógica que permita el desarrollo de capacidades personales, institucionales y sociales.
- Monitorear y evaluar la efectividad de las acciones e intervenciones del modelo con base en los atributos del modelo fundamentan como requisito para el mejoramiento del estado de salud, la calidad de vida y el bienestar de la población.

OPORTUNIDAD DE LA EVALUACIÓN



Lineamiento Operativo - Pilar Gestión Integral del Riesgo Capa Gestión Extramural +MAS Bienestar

Objetivo General

Fortalecer la capacidad de la Gestión Extramural de los Equipos Básicos de la Gestión Integral del Riesgo en el Distrito Capital para **mejorar el acceso** equitativo, efectivo, disponible y de calidad a los servicios de salud, **promoviendo el autocuidado** y la educación para salud en comunidades, familias e individuos con un enfoque territorial. Esto incluye la **prevención y tratamiento de enfermedades y discapacidades evitables**, la reducción de desigualdades asociadas a factores demográficos, poblacionales, ambientales, sociales, económicos y territoriales, y el desarrollo de acciones para mitigar eventos priorizados en salud pública y sus determinantes sociales y dinámicas de vulnerabilidad.

OPORTUNIDAD DE LA EVALUACIÓN



Lineamiento Operativo - Pilar Gestión Integral del Riesgo Capa Gestión Extramural +MAS Bienestar

Objetivos Específicos

- Fortalecer el trabajo comunitario: Desarrollar y ejecutar estrategias para fortalecer la colaboración entre los Equipos Básicos Extramurales y las comunidades, familias e individuos, promoviendo la participación en el autocuidado, la educación en salud pública y el empoderamiento ciudadano.
- Promover el autocuidado y la educación para la salud: Implementar acciones de educación que capaciten a las comunidades sobre la prevención y tratamiento de enfermedades y discapacidades evitables, centrados en los factores de riesgo individuales y familiares.
- Mejorar el acceso a los servicios de salud y la experiencia en la atención: Identificar y abordar barreras que limitan el acceso equitativo, efectivo, disponible y de calidad a los servicios de salud, garantizando que todos los grupos poblacionales tengan acceso a los servicios necesarios en articulación con los prestadores para las atenciones individuales requeridas desde las unidades básicas resolutorias.
- Reducir las desigualdades en salud: Diseñar e implementar intervenciones específicas para reducir las desigualdades asociadas a factores demográficos, poblacionales, ambientales, sociales, económicos y territoriales en el Distrito Capital.

OPORTUNIDAD DE LA EVALUACIÓN



Lineamiento Operativo - Pilar Gestión Integral del Riesgo Capa Gestión Extramural +MAS Bienestar

Objetivos Específicos

- Mitigar eventos priorizados en salud pública: Desarrollar y ejecutar acciones focalizadas para abordar eventos priorizados en salud pública, relacionados con determinantes sociales y dinámicas de vulnerabilidad en grupos poblacionales o territorios específicos de la ciudad teniendo en cuenta las metas del Plan Territorial en Salud y las necesidades de las comprensiones territoriales.
- Monitorear y evaluar la efectividad de las intervenciones: Establecer mecanismos de monitoreo y evaluación para medir el **impacto** de las acciones implementadas, asegurando la mejora continua y la efectividad de las estrategias en el fortalecimiento del acceso a servicios de salud y la reducción de desigualdades.

2. Contexto de los servicios del EMBH

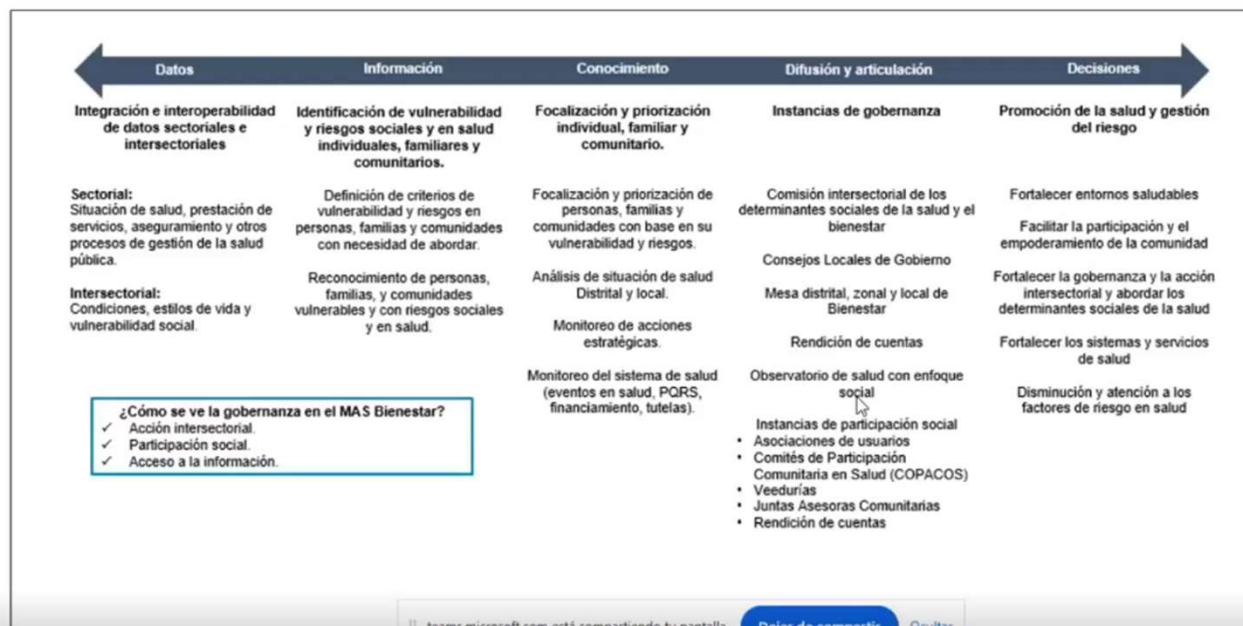
2. CONTEXTO DE LOS SERVICIOS DEL EMBH

Pilares del Modelo



2. CONTEXTO DE LOS SERVICIOS DEL EMBH

Modelo de Atención en Salud de Bogotá – MAS Bienestar



teams.microsoft.com está compartiendo tu pantalla.

Dejar de compartir

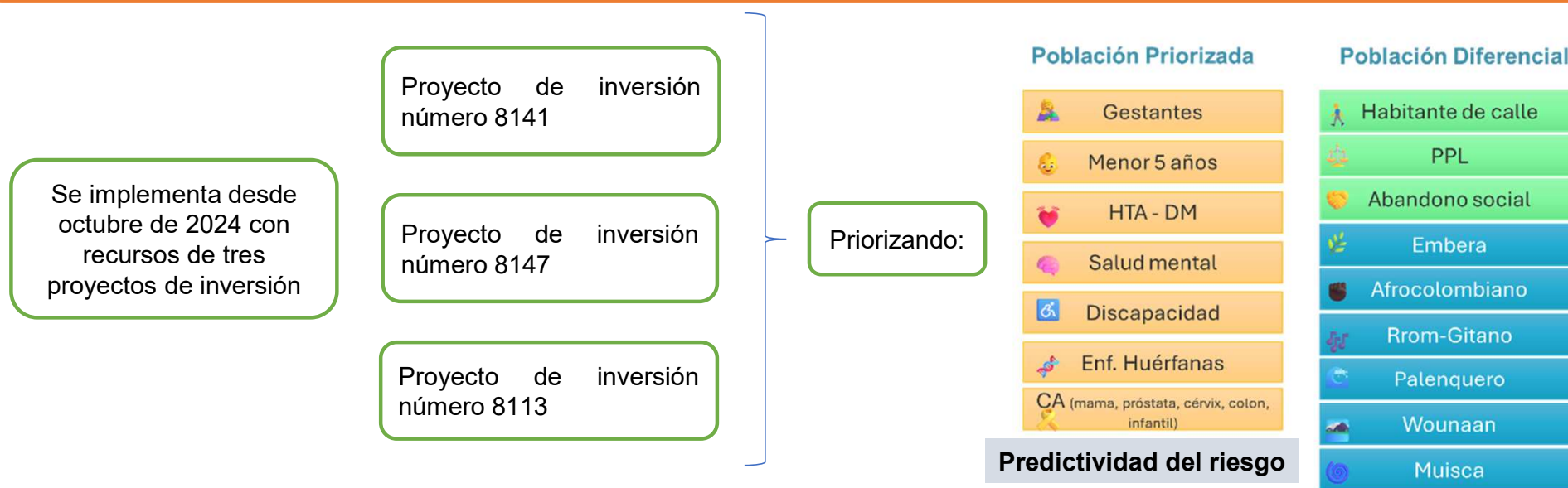
Ocultar

SECRETARÍA DE PLANEACIÓN

SECRETARÍA DE PLANEACIÓN

EQUIPOS MAS BIENESTAR EN TU HOGAR

Unidades técnicas interdisciplinarias y extramurales organizadas por sectores catastrales, con población asignada según la distribución territorial. Su propósito es identificar tempranamente **riesgos**, promover el autocuidado y formular planes de bienestar familiares desde el domicilio. Asimismo, busca cerrar brechas de acceso mediante gestión proactiva y articulación efectiva con la red de servicios de salud y con actores sociales, comunitarios e intersectoriales del territorio, garantizando atención integral.



Información adicional que considere relevante acerca de la propuesta:

SECTOR
CATASTRAL

GESTION EXTRAMURAL



Prestadores



Aseguradores

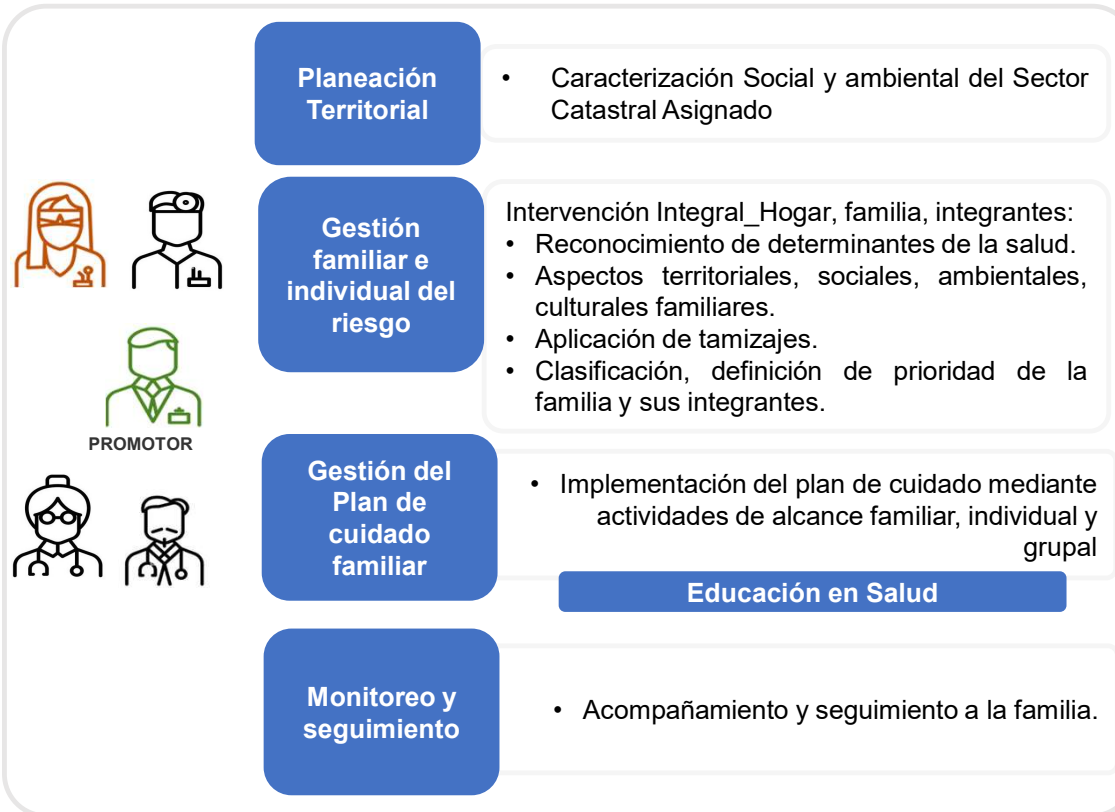
SECRETARÍA DE
SALUD

Secretaría de
Salud Bogotá



Subredes
Integradas de
Servicios de
Salud

Equipo MAS Bienestar en tu Hogar



Anexos Técnicos operativos

Documento_Operativo_EBH V2.pdf

Documento_operativo_Enfoco etnico EBH V2.pdf

Documento_Operativo_Gestion EBH V2.pdf

Manual Agendamiento EBH V2.pdf

Medición de Calidad EBH V2.pdf

Ficha_Tecnica_CCNT_EBH V2.pdf

Ficha_Tecnica_Estrategia_Vivienda_Saludable EBH V2.pdf

Ficha_Tecnica_nogoa_Salud_Infant EBH V2.pdf

Ficha_Tecnica_Maternal_EBH V2.pdf

Ficha_Tecnica_RSC EBH V2.pdf

Ficha_Tecnica_Salud_Bucal EBH V2.pdf

PSPIC - Equipos de Entornos: Institucional, Educativo, Laboral, Comunitario

Gestión de Políticas Públicas – Intersectorialidad: gestión local

3. Cadena de Valor

NORMATIVOS

01. PLAN DISTRITAL DE DESARROLLO 2024-2027 – BOGOTÁ CAMINA SEGURA

Objetivo 2: Bogotá confía en su bien-estar

Programa 11: Salud con calidad y en el territorio

02. PLAN TERRITORIAL DE SALUD 2024 – 2027

Modelo de Salud de Bogotá - MAS Bienestar

6.6. Articulación del Plan Distrital de Desarrollo con el Plan Territorial de Salud

6.6.2. Objetivo 2. Bogotá confía en su bien-estar

Programa: Salud con calidad y en el territorio

03. MODELO DE SALUD DE BOGOTÁ MAS BIENESTAR. DOCUMENTO ESTRATÉGICO VERSIÓN 1.1. 2024

Capítulo Gestión Integral del Riesgo en Salud (GIRS)

04. LINEA OPERATIVA: PROMOCIÓN DE LA SALUD Y GESTIÓN DEL RIESGO FAMILIAR

ACCIONES DE BIENESTAR: PLANES DE BIENESTAR – Octubre 2025 a Junio 2027

Desarrolla las **estrategias** integrales que permitan el fortalecimiento de capacidades familiares para el cuidado de la salud y la gestión de los riesgos identificados, a través de planes de bienestar concertados e implementados de manera conjunta con las familias.

05. LINEA OPERATIVA: PROMOCIÓN DE LA SALUD Y GESTIÓN DEL RIESGO FAMILIAR

ACCIONES DE BIENESTAR: GESTORES MAS BIENESTAR – Octubre 2025 a Junio 2027

(Ficha de Gestores MAS Bienestar)

NORMATIVOS

06. LINEAMIENTO OPERATIVO PILAR GESTION INTEGRAL DEL RIESGO CAPA GESTION EXTRAMURAL +MAS Bienestar - 2024

Fortalecer la capacidad de la Gestión Extramural de los Equipos Básicos de la Gestión Integral del Riesgo en el Distrito Capital para mejorar el **acceso equitativo, efectivo, disponible y de calidad** a los servicios de salud, promoviendo el autocuidado y la educación para salud en comunidades, familias e individuos **con un enfoque territorial**. Esto incluye la prevención y tratamiento de enfermedades y discapacidades evitables, la reducción de desigualdades asociadas a factores demográficos, poblacionales, ambientales, sociales, económicos y territoriales, y el desarrollo de acciones para mitigar eventos priorizados en salud pública y sus determinantes sociales y dinámicas de vulnerabilidad. (Subsecretaría de Salud Pública - Subsecretaría de Servicios de Salud y Aseguramiento)

07. DOCUMENTO TÉCNICO OPERATIVO – DTO - Octubre 2025 a Junio 2027

Establece la organización de las acciones integrales e integradas que estructuran la intervención extramural y permiten alinear la planeación técnica con la ejecución operativa y el seguimiento a indicadores de proceso y resultado

NORMATIVOS

LEY 1438 DE 2011 POR LA CUAL SE REFORMA EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

ha fortalecido el sistema en la promoción de la Atención Primaria en Salud (APS) desde un enfoque integral y coordinado, que garantiza un mayor nivel del cuidado de la salud y de bienestar de los usuarios, desde los servicios de salud, la acción intersectorial y la participación social, comunitaria y ciudadana

RESOLUCIÓN 295 DE 2023 REGLAMENTA EL PIC - PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

Resolución 295 de 2023 del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia modifica la Resolución 518 de 2015, ajustando la gestión del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC). Regula la responsabilidad de entidades territoriales, contratación, y los lineamientos del Plan Decenal de Salud Pública, estableciendo condiciones para la ejecución del plan de intervenciones colectivas.

RESOLUCIÓN 3280 DE 2018 ADOPTA LAS RIAS - RUTAS INTEGRALES DE ATENCIÓN EN SALUD

La Resolución 3280 de 2018 adoptó las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) en Colombia, enfocándose en la promoción de la salud y prevención de enfermedades. Establece la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Materno-Perinatal, reemplazando la resolución 412 de 2000 para garantizar atención integral en todo el ciclo vital.

RESOLUCIÓN 1597 DE 2025 - DIRECCIONAMIENTOS

La Resolución 1597 de 2025 del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia reconfigura la Gestión Territorial Integral de la Salud Pública, centrando sus esfuerzos en la Atención Primaria en Salud (APS) y el fortalecimiento del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC) con un enfoque preventivo, participativo e intercultural

RECURSO HUMANO

Secretaria Distrital de Salud – SDS

- Despacho del Secretario de Salud
 - Subsecretaria de Salud Pública
 - Subsecretaria de Servicios de Salud y Aseguramiento
 - Equipos de Mas Bienestar en tu Hogar
-
- Subredes Integradas de Servicios de Salud (SISS):
 - ✓ Prestación del servicio en el régimen subsidiado, contributivo, especial y otros.
 - ✓ 4 Subredes: Centro Oriente, Norte, Sur y Suroccidente
 - Entidades Promotoras de Salud (EPS) = Prestadores de servicios de salud públicos y privados: 1. Sanitas, 2. Compensar, 3. Salud Total, 4. SURA, 5. Capital Salud, 6. Aliansalud, 7. **Nueva EPS**, 8. Coosalud, 9. **Famisanar**.
 - Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPBS): 18 bajo la administración del distrito. (Para la GE no se han tenido procesos extramurales.)
-

Instancias de participación social

- Asociaciones de usuarios. Sin embargo se abordan múltiples temas además de la Gestión Extramural
- Mesa Distrital de Bienestar, Mesas locales de bienestar, Mesa Zonal de Bienestar (encuentros de las localidades a cargo de las Subredes)
- Veedores. Cada convenio con cada una de las cuatro Subredes tiene uno o dos veedores seleccionados.
- Rendición de Cuentas. Las hacen las gerentes por cumplimiento de los periodos, uno de los temas que presentan es la gestión extramural

RECURSO HUMANO

Secretaria Distrital de Salud – SDS

- Despacho del Secretario de Salud
 - Subsecretaria de Salud Pública
 - Subsecretaria de Servicios de Salud y Aseguramiento
 - Equipos de Mas Bienestar en tu Hogar
-
- **Subredes Integradas de Servicios de Salud (SISS):**
 - ✓ Prestación del servicio en el régimen subsidiado, contributivo, especial y otros.
 - ✓ 4 Subredes: Centro Oriente, Norte, Sur y Suroccidente
 - Entidades Promotoras de Salud (EPS) = Prestadores de servicios de salud públicos y privados: 1. Sanitas, 2. Compensar, 3. Salud Total, 4. SURA, 5. Capital Salud, 6. Aliansalud, 7. **Nueva EPS**, 8. Coosalud, 9. **Famisanar**.
 - Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPBS): 18 bajo la administración del distrito. (Para la GE no se han tenido procesos extramurales.)

Instancias de participación social

- Asociaciones de usuarios. Sin embargo se abordan múltiples temas además de la Gestión Extramural
- Mesa Distrital de Bienestar, Mesas locales de bienestar, Mesa Zonal de Bienestar (encuentros de las localidades a cargo de las Subredes)
- Veedores. Cada convenio con cada una de las cuatro Subredes tiene uno o dos veedores seleccionados.
- Rendición de Cuentas. Las hacen las gerentes por cumplimiento de los periodos, uno de los temas que presentan es la gestión extramural

Conformación de los Equipos MAS Bienestar en tu Hogar.

Coordinación de los Equipos MAS Bienestar en tu Hogar

Equipo de Gestión

Ing Sistemas.
Prof. Rutas-Prescripción.
Prof. Cohortes
Prof. Enlace EPS
Prof. Inducción-Materno.

Dinamizadores Geógrafos

Profesionales sociales de avanzada

**Líderes Operativos
Técnicos en Sistemas
Técnicos Administrativos**

Gestores en Línea

Bachilleres con formación en ciencias de la salud o experiencia en procesos de salud.

Gestores Presenciales

Técnicos auxiliares en enfermería o técnicos en salud pública.

Equipo Interdisciplinario de Planes de Bienestar

Profesionales en psicología, enfermería, terapias, odontología, ciencias ambientales, medicina, psicólogos clínicos, trabajo social, agentes de cambio, técnicos ambientales y en salud.

Equipo étnico diferencial

Gestores Comunitarios, perfiles ancestrales (Sabedores y parteras), técnicos en Salud y ambiente, profesionales en enfermería y sociales.

Equipo de Abordaje Diferencial APSocial

Profesionales en psicología, enfermería, terapias, artes, técnicos en salud y gestores comunitarios.

Equipo Servicios Complementarios

Técnicos auxiliares y profesional en enfermería. Bachiller registrador.

INFORMACIÓN

01. Sistema de Información GTAPS - Gestión Territorial de la Atención Primaria Social:

Contiene información poblacional (identificación de población gestante, personas con condiciones crónicas HTA - Hipertensión Arterial y DM - Diabetes Mellitus, niñas y niños menores de cinco años, personas con discapacidad y población con necesidades en salud mental), incluyendo:

- Caracterización sociodemográfica, territorial y familiar de la población atendida.
- Información individual de usuarios y hogares.
- Variables relacionadas con acceso, atención y seguimiento en salud.
- Registros de gestión del riesgo y alertas priorizadas.
- Información de vigilancia en salud pública para poblaciones priorizadas.
- Seguimiento a gestantes, primera infancia, personas con enfermedades crónicas, salud mental y discapacidad.
- Registros de acompañamiento psicosocial y atenciones diferenciales.
- Variables asociadas a riesgos ambientales y determinantes sociales de salud.
- Información operativa relacionada con frecuencia de intervenciones, seguimiento de casos y articulación institucional.

La información se encuentra estructurada en diferentes módulos temáticos y formularios administrativos, incluyendo registros longitudinales de seguimiento a individuos, familias y eventos de interés en salud pública.

Fecha de inicio de recolección de información: octubre de 2024

Fechas de asignación de los beneficios o momento de intervención: El sistema registra las fechas en las que se realizan las acciones, atenciones o intervenciones asociadas al programa, permitiendo identificar el momento de asignación de los beneficios y realizar seguimiento a la gestión en el tiempo.

INFORMACIÓN

02. SaluData Observatorio de Salud de Bogotá. Datos abiertos, gobierno transparente



- <https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/indicadores/seguimiento-a-gestion-del-riesgo-colectivo-infancia/>
- <https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/indicadores/vivienda-saludable/>
- <https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/indicadores/gestantes-plan-cuidado-familiar/>
- <https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/indicadores/acciones-colectivas-en-salud-mental-y-bienestar-integral/>
- <https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/indicadores/cronicos-tablero-entornos/>

Insumos

Procesos

Productos

Resultados



FINANCIEROS

Proyecto de inversión	Nombre	Valor
8141	Fortalecimiento de la Gobernanza y Gobernabilidad de la Salud Pública en el marco de la atención primaria social Bogotá D.C	\$ 104.705.117.211
8147	Implementación de acciones del sector salud para la prevención y atención de diferentes formas de violencia intrafamiliar y de genero a través de un plan de acción Bogotá D.C	\$ 526.392.856
8113	Implementación del modelo de salud centrado en atención primaria social para el bienestar de la población Bogotá D.C	\$ 87.691.180.026
Total		\$ 192.922.690.093

Nota. Asignación de recursos mediante Convenios Interadministrativos entre el FFDS y las Subredes, con recursos de Vigencia futura.
Vigencia: 1 octubre de 2025 al 30 junio de 2027.

Gestión extramural

Los **procesos** operativos de la gestión extramural del pilar de Gestión Integral del Riesgo están organizados por **momentos de abordaje territorial, familiar e individual** desde los procesos de planeación territorial hasta el seguimiento familiar e individual.

Momentos de abordaje

1. Gestión Territorial
 - A. Planeación Territorial
 - B. Apropiación territorial
2. Gestión familiar del riesgo
3. Ejecución del Plan de Gestión del Riesgo
4. Seguimiento Familiar
5. Trabajo coordinado entre la gestión extramural y unidades primarias resolutivas

Gestión extramural

Los **procesos** operativos de la gestión extramural del pilar de Gestión Integral del Riesgo están organizados por **momentos de abordaje territorial, familiar e individual** desde los procesos de planeación territorial hasta el seguimiento familiar e individual.

Momentos de abordaje

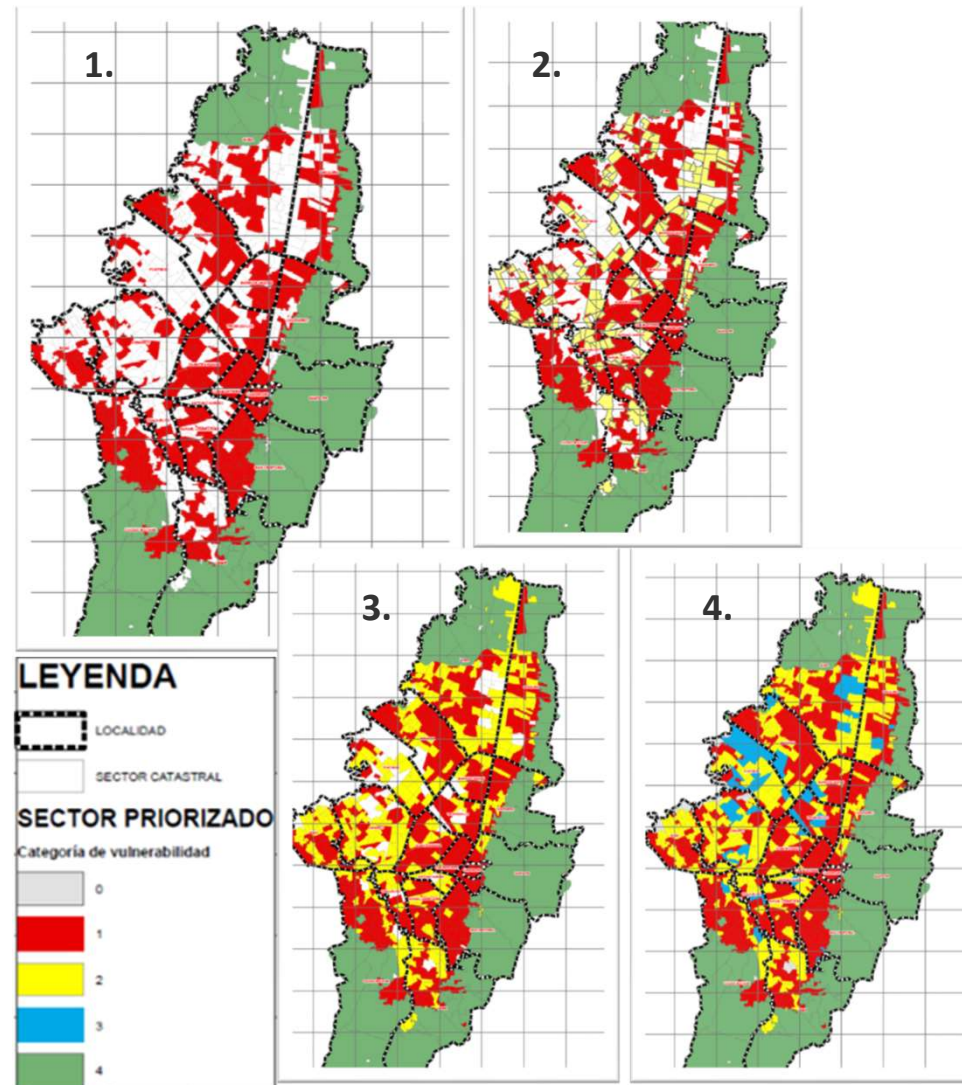
1. Gestión Territorial
 - A. Planeación Territorial
 - B. Apropiación territorial
2. Gestión familiar del riesgo
3. Ejecución del Plan de Gestión del Riesgo
4. Seguimiento Familiar
5. Trabajo coordinado entre la gestión extramural y unidades primarias resolutivas

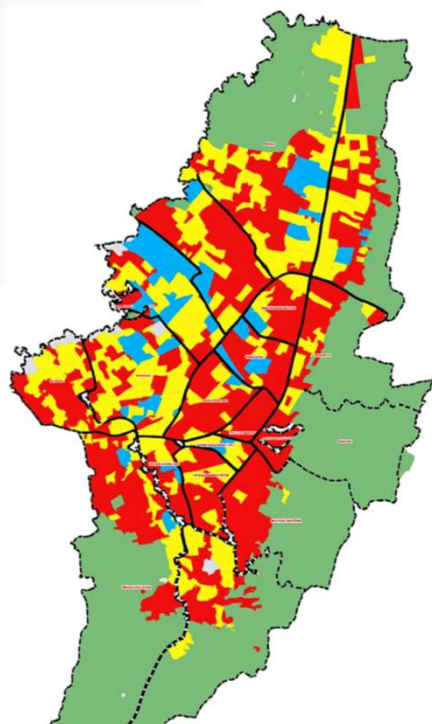


Planeación del Territorio

- Definición de Territorios.
- Identificación de Sectores Catastrales.
- Análisis de Vulnerabilidad:
 - Densidad de personas por hogar (estadísticas DANE, 2018).
 - Estratificación socioeconómica (Catastro Distrital, 2022).
 - Índice de pobreza multidimensional (DANE, 2018).
 - Indicadores de salud pública (resultados 2003) y morbilidad (corte 2023).
- Temporalidad de Acciones en Salud Previas

Subred / Categoría	Cero	Uno	Dos	Tres	Cuatro	Total
Centro Oriente	0	136	52	4	11	203
Norte	9	197	148	26	27	407
Sur	5	137	61	6	80	289
Suroccidente	17	108	128	18	0	271
Total General	31	578	389	54	118	1170
%		49%	33%	5%	10%	100%

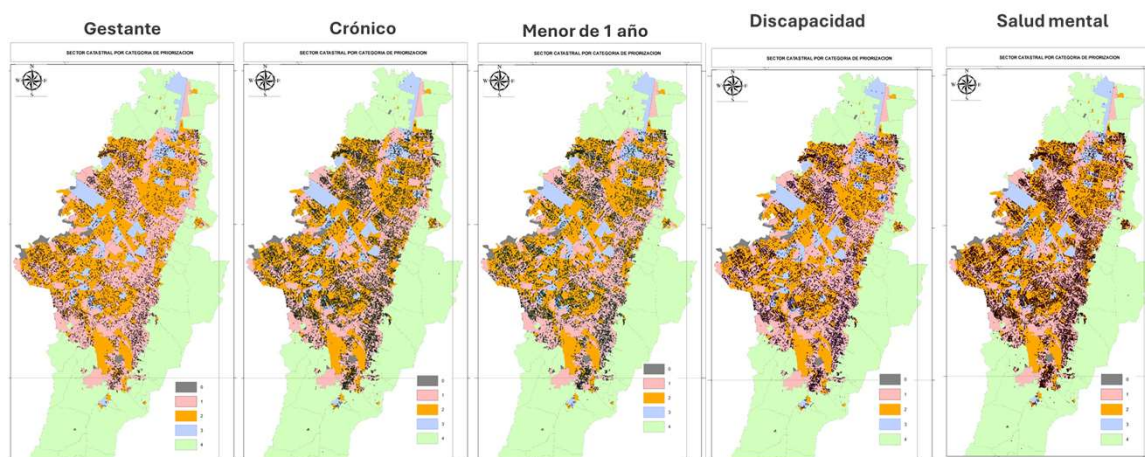




FASE 1 – Octubre 2024 a Marzo 2025

- Abordaje T1 y T4
- **618 Gestores de MAS Bienestar**
- Intervención presencial en hogar
- Abordaje en 616 Sectores

Operación en fases



FASE 2

Abril – Septiembre 2025

- Abordaje 1.016 Sectores
- **700 Gestores de MAS Bienestar**
- Intervención presencial en hogar.
- Gestantes
- Menores de 18 meses
- Usuarios con patología crónica
- Familias con discapacidad
- Familias con necesidades en salud mental
- Población privada de la libertad
- Población en instituciones de protección (SDIS)



SECRETARÍA DE
SALUD



Operación en fases



FASE 3 – Octubre 2025 a la Actualidad

- Abordaje 1.170 Sectores
- **1.170 Gestores de MAS Bienestar**
- Intervención presencial en hogar y teleorientación.

Población Priorizada

- Gestantes
- Menor 5 años
- HTA - DM
- Salud mental
- Discapacidad
- Enf. Huérfanas
- CA (mama, próstata, cérvix, colon, infantil)

Población Diferencial

- Habitante de calle
- PPL
- Abandono social
- Embera
- Afrocolombiano
- Rrom-Gitano
- Palenquero
- Wounaan
- Muisca

Población General a través de TIC

FASE 4

- MANTENIMIENTO
- **2.300 Gestores de MAS Bienestar**
- Total de la población
- Intervención integral en diferentes canales de acceso.



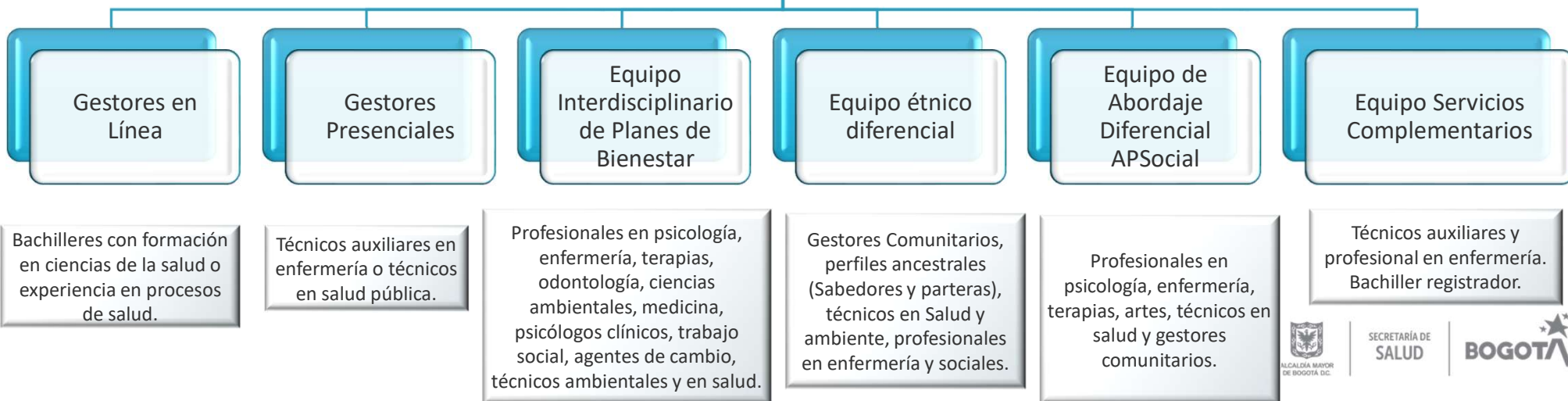
SECRETARÍA DE
SALUD



Conformación de los Equipos MAS Bienestar en tu Hogar.



Ing Sistemas.
Prof. Rutas-Prescripción.
Prof. Cohortes
Prof. Enlace EPS
Prof. Inducción-Materno.



SECRETARÍA DE SALUD

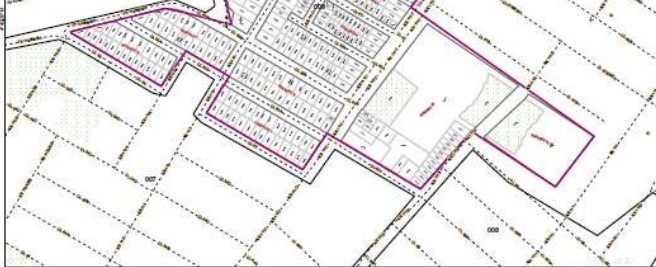


Gestión extramural

Los **procesos** operativos de la gestión extramural del pilar de Gestión Integral del Riesgo están organizados por **momentos de abordaje territorial, familiar e individual** desde los procesos de planeación territorial hasta el seguimiento familiar e individual.

Momentos de abordaje

1. Gestión Territorial
 - A. Planeación Territorial
 - B. Apropiación territorial
2. Gestión familiar del riesgo
3. Ejecución del Plan de Gestión del Riesgo
4. Seguimiento Familiar
5. Trabajo coordinado entre la gestión extramural y unidades primarias resolutivas



Verificación de Información disponible en cada sector catastral.

- Información catastral y del DANE.
- Caracterización de Entorno Cuidador Comunitario.
- Abordajes previos por los Equipos Extramurales.

Desarrollo de Recorridos en el Territorio para su reconocimiento.

- Cartografía a mano alzada.
- Reconocimiento de equipamiento del territorio.
- Clasificación de predios según su uso.
- Identificación de factores sociales, culturales, poblacionales, de infraestructura, de seguridad, etc.

Análisis de condiciones de salud

- Prioridades
- Eventos de Interés en Salud Pública
- Morbi-mortalidad

Gestión extramural

Los **procesos** operativos de la gestión extramural del pilar de Gestión Integral del Riesgo están organizados por **momentos de abordaje territorial, familiar e individual** desde los procesos de planeación territorial hasta el seguimiento familiar e individual.

Momentos de abordaje

1. Gestión Territorial
 - A. Planeación Territorial
 - B. Apropiación territorial
2. Gestión familiar del riesgo
3. Ejecución del Plan de Gestión del Riesgo
4. Seguimiento Familiar
5. Trabajo coordinado entre la gestión extramural y unidades primarias resolutivas

Abordaje en el Entorno Hogar



Fuentes de Información: EPS; Subsistemas de Vigilancia en Salud Pública; Direcciones de Gestión del Riesgo; Modelo predictivo.

Contacto remoto inicial

 Confirmación de datos

 Confirmación de la condición de salud

 Revisión HC frecuencias 3280

 Indagación familiar y riesgos

Clasificación del riesgo


 Educación e información en salud

Agendamiento

Derivaciones a Planes de Bienestar

Abordaje Presencial

Abordaje Familiar:
Hogar, familia, integrantes.

-  Reconocimiento de determinantes de la salud.
-  Aspectos territoriales, sociales, ambientales, culturales familiares.
-  Aplicación de tamizajes.
-  Clasificación, definición de prioridad de la familia y sus integrantes.



Concertación e Implementación:
Promoción del Cuidado y GIRS

- *Desarrollo de Capacidades para el Cuidado de la salud.*
- *Derivaciones.*



SECRETARÍA DE
SALUD



Gestión extramural

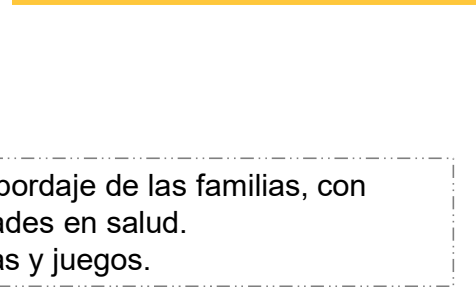
Los **procesos** operativos de la gestión extramural del pilar de Gestión Integral del Riesgo están organizados por **momentos de abordaje territorial, familiar e individual** desde los procesos de planeación territorial hasta el seguimiento familiar e individual.

Momentos de abordaje

1. Gestión Territorial
 - A. Planeación Territorial
 - B. Apropiación territorial
2. Gestión familiar del riesgo
3. Ejecución del Plan de Gestión del Riesgo
4. Seguimiento Familiar
5. Trabajo coordinado entre la gestión extramural y unidades primarias resolutivas

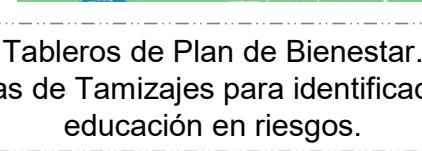


Rotafolios con contenidos para el abordaje de las familias, con información de prioridades en salud.
Láminas informativas y juegos.



Nº	Variable	Parámetro	Escala
1	Edad	Menos de 45 años 45 - 54 años 55 - 64 años Más de 64 años	3 2 1 0
2	Índice de masa corporal	Menos de 25 kg/m² Entre 25 - 30 kg/m² Mayor de 30 kg/m²	3 2 1
3	Perímetro de cintura medido por el mayor	Hombres Mujeres	1 0
		1- de 94 cm 94 cm o más 1- de 90 cm 90 cm o más	3 2 1 0
4	¿Realiza diariamente el mínimo 30 minutos de actividad física, o el trabajo y/o en el tiempo libre?	No Sí	0 2
5	¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?	No todos los días Todos los días	1 0
6	¿Toma medicación para la hipertensión regularmente?	No Sí	0 2
7	¿Le han encontrado alguna vez niveles de glucosa elevados en sangre (en un control médico, durante una enfermedad, durante el embarazo)?	No Sí	0 5
8	¿Se le han diagnosticado diabetes (tipo 1 o tipo 2) o alguno de los familiares allegados u otros parientes?	Si, al menos, de los tres parientes, hermanos o hijos Si, al menos, de los tres parientes, hermanos o hijos Si, padre, hermano o hijo.	3 2 1

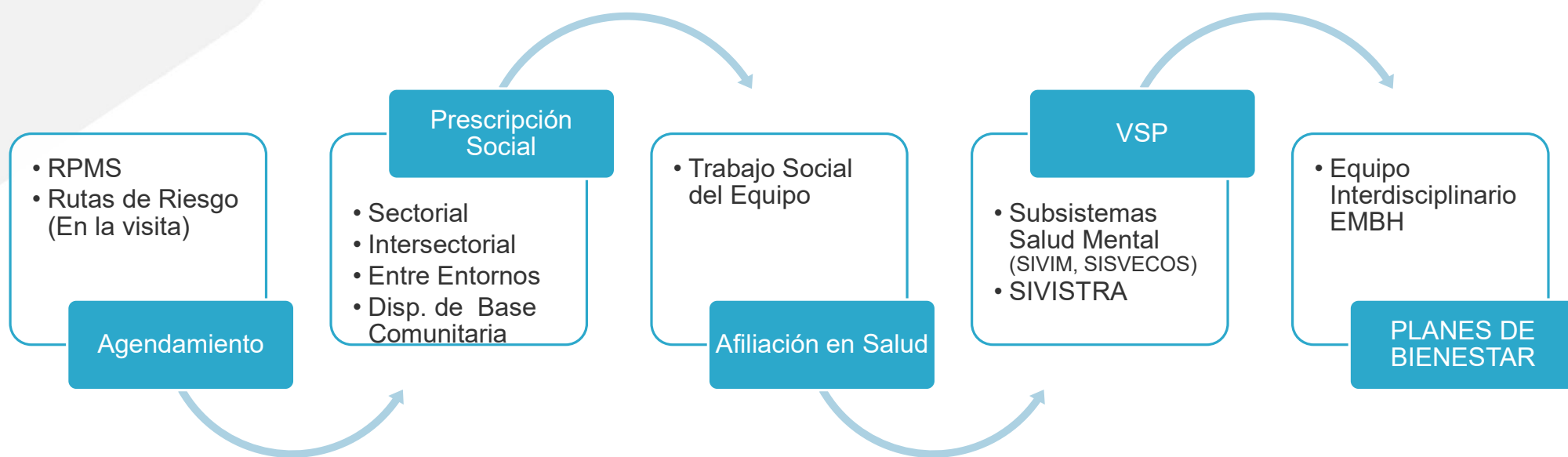
Porcentaje	Riesgo	Resultado Obtenido
Menor de 10	Bajo	
10 a 12	Modificado	
Mayor de 12	Alto	



Tableros de Plan de Bienestar.
Tablas de Tamizajes para identificación y educación en riesgos.



Gestión Integral del Riesgo.



3

Planes de Bienestar



SECRETARÍA DE
SALUD



ESTRATEGIAS INTEGRALES SALUD MATERNA



Ángeles
Guardianes.

Morbilidad Materna Extrema:

- Contacto inicial hospitalario.
- Seguimiento semanal hasta 42 días pos evento obstétrico.



Gestantes
con MAS
Bienestar.

**Gestantes con alteración nutricional.
Gestantes de alto riesgo, con comorbilidad,
edades extremas.**

VIH-HB Gestacional.

- Adherencia a plan de manejo.
- Monitoreo del riesgo.



Si la sífilis
gestacional
se previene,
tu bebé se
protege.

Sífilis Gestacional

- Seguimiento Integral gestante-contactos.
- Aplicación de tratamiento.
- Seguimiento a controles serológicos.
- Seguimiento al recién nacido.

Monitoreo de condición
de salud

Seguimiento a
indicadores trazadores
según evento/prioridad

Desarrollo de
capacidades para el
cuidado



SECRETARÍA DE
SALUD



PLANES DE BIENESTAR FAMILIAS CON MENORES DE 5 AÑOS



Estrategias transversales a todas las familias con menores de 5 años.

Consejería en Lactancia Materna y Alimentación Complementaria.

Promoción de la alimentación saludable



Estrategias desarrolladas por Profesionales en:

- Enfermería
- Nutrición
- Medicina

Desarrollo de 5 o 6 sesiones:

- Desarrollo de capacidades en cuidadores para el cuidado de la salud de los menores de 5 años.
- Acompañamiento y seguimiento continuo a la familia.
- Gestión de riesgos identificados.
- Derivaciones a servicios sectoriales e intersectoriales.
- Vinculación a la RPMS y/o Rutas de Riesgo.
- Atención individual extramural a casos excepcionales o remitidos desde EPS-IPS, con cargo al plan de beneficio, según aseguramiento.



SECRETARÍA DE
SALUD





PLANES DE BIENESTAR FAMILIAS CON PERSONA HTA - DM

Los planes de automanejo, en el entorno hogar, son una actividad central y de relevancia en las condiciones crónicas ya que acerca el sistema de salud a las personas en el sitio en el cual se debe favorecer el cuidado.

Criterios de priorización:

- Personas con HTA/DM no adherentes por más de 12 meses e inasistentes a controles.
- Mujeres con capacidad de gestar (con o sin intención reproductiva) sin método de regulación.
- Cuidadores de personas con alta dependencia no adherentes.
- Personas con riesgo cardiovascular (Framingham > 20%).
- Personas con discapacidad y limitaciones de movilidad.

Componentes técnicos del abordaje:

- **Sesión 1:** Caracterización integral, concertación del plan y derivaciones.
- **Sesión 2:** Abordaje por medicina (solo si no hay atención efectiva previa).
- **Sesión 3:** Seguimiento por enfermería, educación en salud, tamización cardiovascular.
- **Sesión 4:** Contacto remoto para seguimiento del plan.
- **Sesión 5:** Cierre del plan de automanejo.

Enfoque técnico del automanejo:

- Educación individualizada sobre la enfermedad y tratamiento.
- Establecimiento de metas realistas y planes de acción.
- Revisión de medicamentos y adherencia terapéutica.
- Promoción de alimentación saludable y actividad física.
- Consejería breve para cesación de tabaco.
- Activación de rutas de atención en caso de signos de alarma.



SECRETARÍA DE
SALUD



PLANES DE BIENESTAR SALUD MENTAL

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

1. Notificación intento de feminicidio – Prioridad 107
2. Conducta suicida en gestantes
3. Casos de ideación estructurada e intento suicida en niños, niñas y adolescentes hasta 17 años, 11 meses y 29 días.
4. Personas mayores de 60 años con intento de suicidio
5. Personas entre 29 y 59 años notificadas con intento suicidio previo
6. Intento suicida reiterado
7. Violencia en niños, niñas y adolescentes (17 a, 11 m, 29 d)
8. Violencia ejercida contra gestante.
9. Maltrato infantil reiterado en niños, niñas y adolescentes (17 a, 11 m, 29 d)
10. Adolescentes con factores de riesgo por consumo de SPA y SSR
11. Familias con usuarios del Sistema de Responsabilidad Penal Adolescente – SRPA remitidas para atención extramural.
12. Acompañamiento Psicosocial
13. Apoyo Psicológico en casos de duelo; suicidio, familias sobrevivientes de mortalidad materna y mujer sobreviviente de mortalidad perinatal
14. Violencia Sexual contra gestante.
15. Maltrato infantil reiterado con presencia de Violencia sexual ejercida en niños, niñas y adolescentes.
16. Familias con menores de 14 años en gestación o posparto sin atención

PLANES DE BIENESTAR

1. Caracterización

- Identificación de Riesgo Individual -Aplicación de Tamizajes
- Identificación de Riesgo Familiar - Apgar Familiar

2. Concertación Planes de Bienestar

3. Implementación Planes de Bienestar

- Planes de Bienestar Individual
- Educación para la Salud
- Planes de Bienestar Familiar

4. Cierre

Evaluación de fortalecimiento de habilidades socioemocionales.

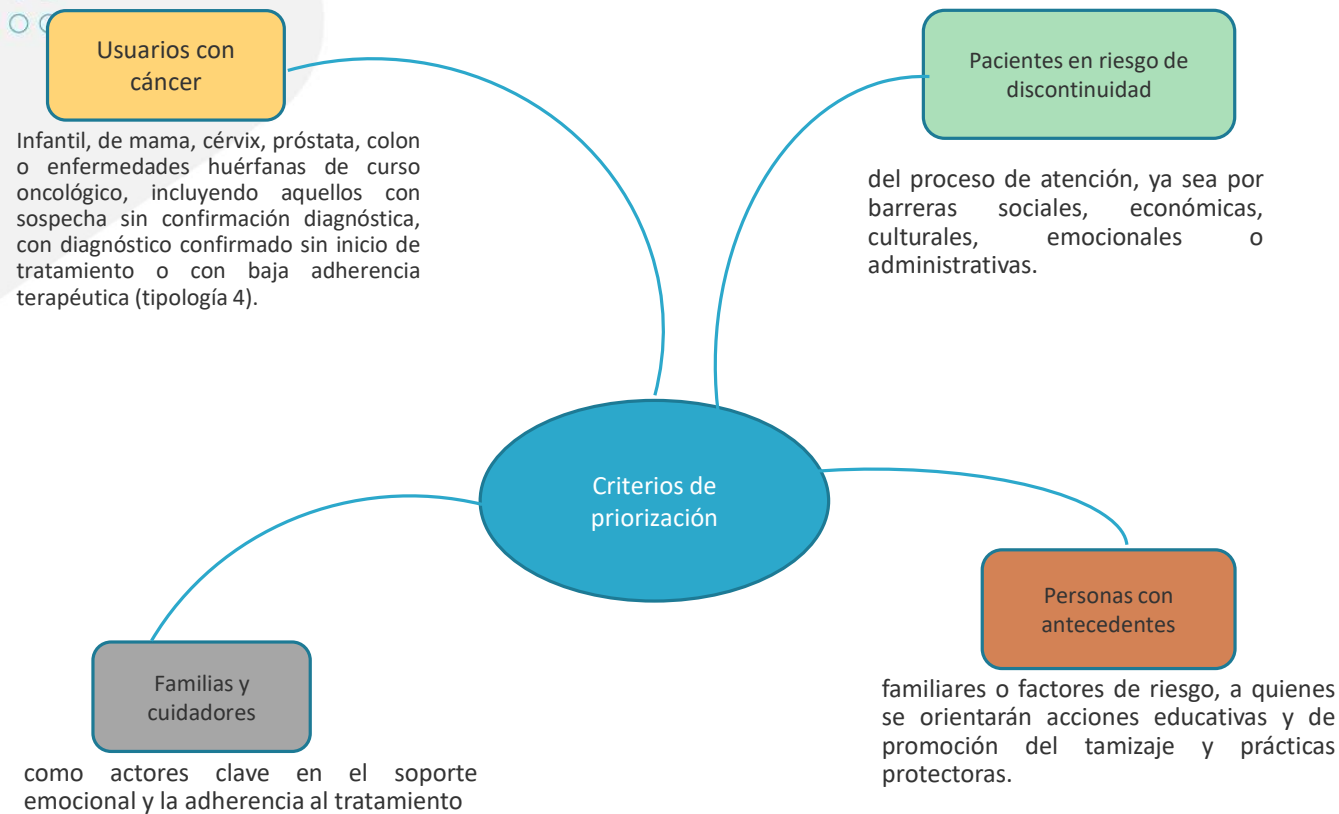
ABORDAJE REMOTO

SEGUIMIENTO FAMILIAR



PERSONAS CON DIAGNÓSTICO DE CÁNCER

Estrategia por una Vida con Bienestar



Desarrollo de la estrategia:

La estrategia es desarrollada por profesionales en enfermería, psicología y trabajo social, quienes, de manera coordinada y articulada, implementan el plan de bienestar a partir de las necesidades identificadas en los hogares con personas con cáncer usuario tipo 4.



POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD Y LIMITACIÓN FUNCIONAL

Acciones RBC Población Objeto

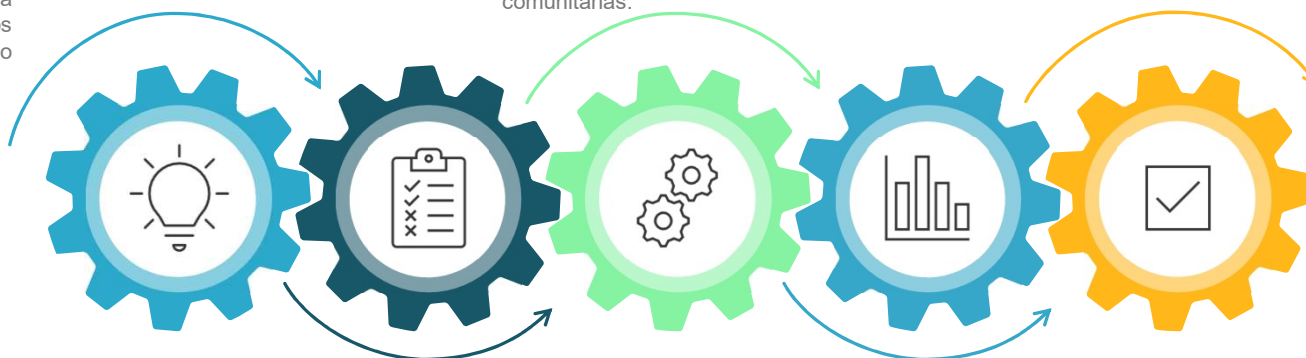
- Personas con discapacidad en todo el curso de vida
- ☐ Personas con dependencia funcional mayores de 60 años por condiciones crónicas o edad.

Acciones

- Valoración integral del cuidador (emocional, física y social).
- Acompañamiento presencial y remoto en sesiones programadas.
- Fortalecimiento de redes de apoyo familiares y comunitarias.

Acciones

Valoración integral y sesiones de acompañamiento (presenciales y remotas).
Educación en salud, afrontamiento, redes de apoyo, autocuidado.
Promoción de relevo y respiro del cuidador.



Talento Humano

Terapeuta
Agente de Cambio
Auxiliar de Cuidado
Psicólogo

MAS Bienestar para la Persona Cuidadora

Personas cuidadoras mayores de 18 años en Bogotá.
Priorización de cuidadores vinculados a RBC con sobrecarga alta (Escala Zarit).



SECRETARÍA DE
SALUD



Soledad Social: Estrategia MAS Compañía, MAS Bienestar

- Personas mayores de 70 años, con énfasis en aquellas que:
- Viven solas o permanecen más de 8 horas solas
- Presentan riesgo de aislamiento social.
- Experimentan cambios vitales significativos (viudedad, pérdida de redes, enfermedades crónicas).

- Tamizaje de soledad (emocional, relacional, colectiva).
- Acompañamiento y fortalecimiento de vínculos.
- Promoción de participación comunitaria



PLANES DE BIENESTAR SALUD ORAL Y SALUD AMBIENTAL

SALUD ORAL

SALUD AMBIENTAL

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

1. Gestante con 2 o más componentes cariados sin tratamiento.
2. Menor de 5 años con 3 o más componentes cariados sin tratamiento.
3. Casos derivados de las acciones de los Equipos MAS Bienestar en tu Hogar, en el proceso de caracterización:
4. Usuario con patología crónica (HTA-DM) no adherente a la RIAS con pérdida de pieza dental. (Esta categoría podrá ampliarse a usuario con sangrado dental, de acuerdo con la capacidad instalada del equipo de Salud Oral).

1. Familias ubicadas en Zonas con factores de riesgo geográfico: Viviendas ubicadas en cercanías a relleno sanitario, ríos, humedales, cementerios, aeropuerto, zonas de alto riesgo de deslizamiento-remoción en masa, entre otras.
2. Familias que se encuentren en zonas donde se presenten alertas ambientales por contaminación.
3. ***** Familias con usuarios mayores de 60 años que tienen diagnóstico de HTA y/o Diabetes, sin actividades de tiempo libre. Con disposición para la implementación de Unidades demostrativas en salud ambiental.***

ESTRATEGIAS ÍNTEGRALES

Estrategia Cuidado y autocuidado para la salud bucal familiar

Estrategia Vivienda Saludable

****Unidades demostrativas en salud ambiental.**

IMPLEMENTACIÓN PLANES DE BIENESTAR

1. **Caracterización**
 - Identificación de Riesgo Individual - Aplicación de Índice de O'Leary
 - Identificación de Riesgo Familiar - técnica de cepillado
2. **Concertación Planes de Bienestar**
 - Agendamiento
3. **Implementación Planes de Bienestar**
 - Planes de Bienestar Individual
 - Educación para la Salud
 - Planes de Bienestar Familiar
4. **Cierre**
Evaluación de adherencia a tratamiento

1. **Caracterización**
 - Identificación de Riesgo Familiar
2. **Concertación Planes de Bienestar**
 - Definición de Estrategia
3. **Implementación Planes de Bienestar**
 - Planes de Bienestar Familiar
 - Educación para la Salud
4. **Cierre**



SECRETARÍA DE
SALUD





ESTRATEGIA DE ABORDAJE ÉTNICO DIFERENCIAL

Las estrategias de abordaje diferencial para las familias étnicas proponen desarrollar actividades en el marco de tres componentes el primero el abordaje familiar, el cual involucra la **identificación de riesgos, instauración de planes cuidado familiar e implementación de acciones de promoción para la salud y seguimiento**

Negro Afrocolombiano

Estrategia Kilombo.

Plan de bienestar familiar.

Apechonería (encuentros y sesiones colectivas)

Técnicas de curación ancestral.

Palenqueros

Estrategia Má Merisina Rí Palenge.

Plan de bienestar familiar.

Acciones colectivas diferenciales.

Acciones propias de medicina ancestral-
Topetamiento.

Indígenas

Indígenas Emberá

- Gestión integral del riesgo.
- Estrategia UAIC.
- Educación y afiliación en salud.

Indígenas Wounaan

- Gestión del riesgo en familias Baud Mos.
- Medicina ancestral. Rogativas y armonizaciones.
- Huerta ancestral comunitaria.

Indígenas Muisca de Bosa- Suba

- Identificación de Riesgo con perspectiva intercultural
- Plan de cuido familiar

Rrom- Gitano

Concertación e intercambio de saberes.

Estrategia de cuidado Sastimasco.

Arakadimos Cumpaño (medicina ancestral).

Contenidos diferenciales en salud.

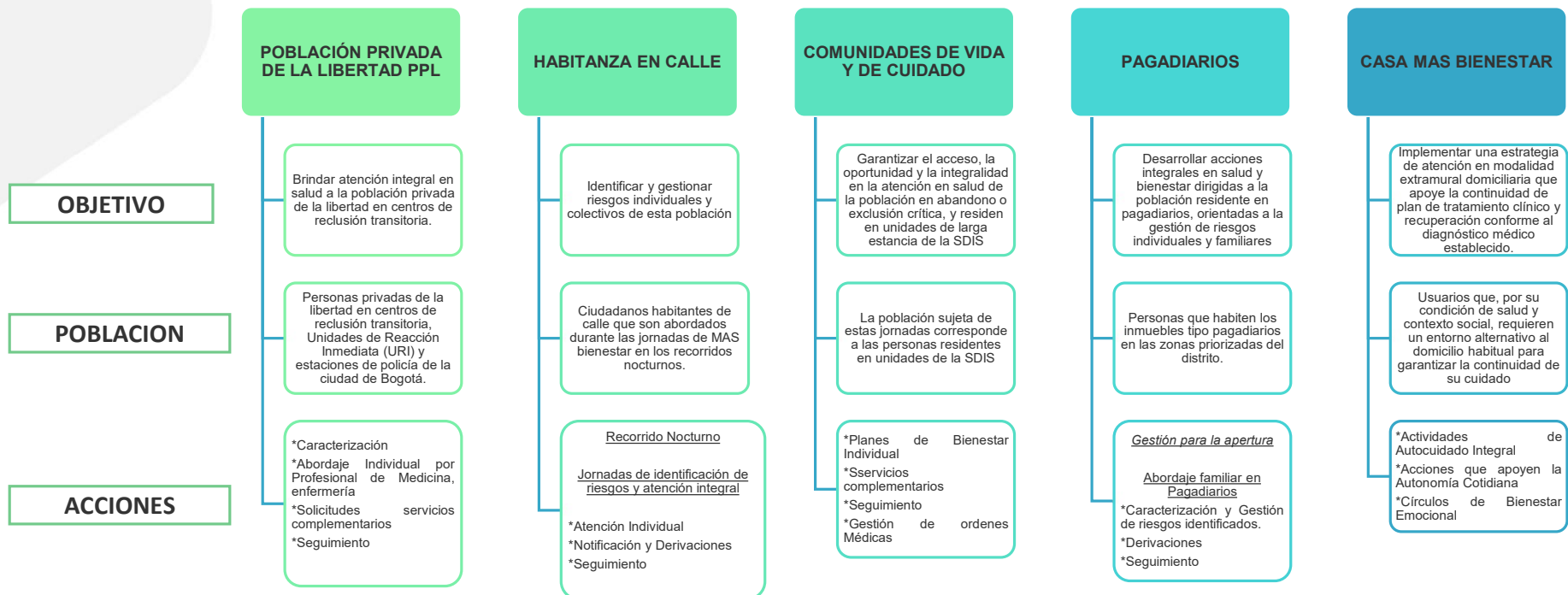
Atenciones Individuales en el marco de la Gestión del Riesgo Individual



SECRETARÍA DE
SALUD



INTERVENCION POBLACIÓN DIFERENCIAL



PRODUCTOS

- Oferta de Prestación de Servicios de Salud de calidad (resolutividad, oportunidad, accesibilidad, integralidad, integración y continuidad).
- Sistema de salud con **gestión proactiva y articulación efectiva** con la red de servicios de salud y con actores sociales, comunitarios e intersectoriales del territorio, garantizando atención integral.

RESULTADOS

(Objetivo)

- Promoción del autocuidado y riesgos identificados tempranamente e intervenidos oportunamente generando procesos corresponsables para el cuidado de la salud..
- Cierre de brechas de acceso mediante gestión proactiva y articulación efectiva con la red de servicios de salud y con actores sociales, comunitarios e intersectoriales del territorio, garantizando atención integral.

4. Cuellos de Botella

INSUMOS

Normativos

- Se presenta una importante dinámica poblacional, por lo que la estrategia ha tenido que adaptarse en la medida que salen nuevos requerimientos de acuerdo con la situación coyuntural que se presente. Ejemplo: ajuste en los criterios de priorización para incluir nueva población vulnerable.
- Cambios coyunturales de la normatividad con intentos de reformas, ajustes de las resoluciones, y derogación o suspensión de las mismas, por lo que se debe adaptar la estrategia y hacer una construcción conjunta frente a los nuevos escenarios.

Recurso Humano

- Integración progresiva de actores como las EPS.

Sistemas de información

- Integración progresiva de sistemas de información.

PROCESOS

- La estrategia de Gestión del riesgo extramural opera dentro de un sistema de salud complejo, en el cual intervienen múltiples actores (EPS, redes de prestación públicas y privadas, entre otros)

INSUMOS

- Sectores catastrales con un alto número de predios de propiedad horizontal donde se limita el abordaje, al no contar con autorizaciones de ingreso e información completa (Complementos: torre, apartamento)
- Sectores con altos índices de inseguridad que dificultan el abordaje de los equipos.
- Alta rotación del talento humano, lo que genera reprocesos en las acciones de fortalecimiento técnico, direccionamiento estratégico y consolidación de estrategias.
- Limitaciones en los procesos de articulación y contratación entre las Subredes Integrales de Servicios de Salud con las EPS para el abordaje integral del 100% de las familias intervenidas.
- Baja calidad de la información en las bases de datos remitidas a los equipos, desde diferentes fuentes sectoriales, para la planeación y abordaje familiar.
- Dificultades en el manejo de herramientas digitales por parte de algunos perfiles del equipo, generando hallazgos de calidad, completitud, concordancia u oportunidad en las bases de datos.

PROCESOS

- Rechazo o resistencia por parte de las familias, para participar en de las acciones de bienestar, relacionados con:
 - ❑ Desconocimiento del programa.
 - ❑ Desconfianza por motivos de seguridad.
 - ❑ Poca disponibilidad de tiempo, padres y cuidadores con jornadas laborales extensas con quienes no se logra concertar las actividades

PRODUCTOS

- En el momento del abordaje no se cuenta con la presencia de todos los integrantes del hogar, lo que hace que la mayoría de las familias cuenten con 1 o 2 integrantes con identificación de riesgos.
- Baja efectividad en la articulación con líderes locales para el desarrollo de acciones de gestión territorial que favorezcan el abordaje.

RESULTADOS

- Largos tiempos para consolidar curvas de aprendizaje y generar sentido de pertenencia con el programas

5. Alcance de la evaluación

5.1 Preguntas Orientadoras

5.2 Objetivos de la evaluación

5.3 Instrumentos, cronograma y equipo

Preguntas Orientadoras

Resultados

1. ¿Cómo perciben los beneficiarios la calidad de las acciones de bienestar desarrolladas en la modalidad extramural en el hogar (**resolutividad, oportunidad, accesibilidad, integralidad, integración y continuidad**). ¿Cuáles han sido las principales razones por las que algunos beneficiarios desisten o rechazan los Planes de Bienestar? – **Encuesta**
2. ¿La implementación de los EMBH ha logrado integrarse efectivamente a la red prestadora como un solo sistema de gestión del riesgo? Así mismo, ¿han logrado una **gestión proactiva** y una **articulación efectiva** con actores sectoriales (Ej. EPS), sociales, comunitarios e intersectoriales (Ej. SDIS, SDSCJ, Policía, Personería) del territorio para garantizar la atención integral? – **Encuesta + Cual**
3. En qué medida los EMBH han contribuido en el **desarrollo de capacidades para el cuidado de la salud** incidiendo en la reducción del riesgo, para población gestante, personas con condiciones crónicas (HTA - Hipertensión Arterial y DM - Diabetes Mellitus), niñas y niños menores de cinco años, personas con discapacidad y población con necesidades en salud mental? – **Encuesta + Cual**
4. ¿La frecuencia de intervenciones desarrolladas en el plan de bienestar es un determinante clave en la reducción de brechas en salud? – **Encuesta**
5. ¿En qué medida los EMBH han contribuido en el cierre de brechas de **acceso** equitativo, efectivo, disponible y de calidad a los servicios de salud? - **Encuesta preg. Retrospectiva + Cualitativo**

Preguntas Orientadoras

Costo - Beneficio

1. ¿Cuál ha sido la relación entre los resultados obtenidos en la reducción de riesgos en salud, el fortalecimiento de capacidades de autocuidado y el cierre de brechas de acceso a servicios de salud respecto a la inversión realizada?

Recomendaciones

1. ¿Cuáles recomendaciones se podrían generar sobre los servicios prestados por los EMBH en relación con la identificación temprana de riesgos en salud, la promoción del autocuidado y el cierre de brechas de acceso, así como sobre su gestión y articulación con la red de servicios de salud?

Objetivo General

Realizar una evaluación de resultados de los servicios prestados por el Equipo Más Bienestar en tu Hogar de la Secretaría Distrital de Salud-SDS, incluyendo el análisis costo-beneficio de la estrategia.

Objetivos Específicos

Resultados

1. Evaluar la percepción de los beneficiarios sobre la calidad de las acciones de bienestar desarrolladas en la modalidad extramural en el hogar (resolutividad, oportunidad, accesibilidad, integralidad, integración y continuidad).
2. Determinar el nivel de integración efectiva de los EMBH a la red prestadora como un solo sistema de gestión del riesgo, así mismo su gestión y articulación efectiva con actores sectoriales (Ej. EPS), sociales, comunitarios e intersectoriales (Ej. SDIS, SDSCJ, Policía, Personería) del territorio para garantizar la atención integral.
3. Evaluar la contribución de los EMBH en el desarrollo de capacidades para el cuidado de la salud* incidiendo en la reducción del riesgo, para población gestante, personas con condiciones crónicas (HTA - Hipertensión Arterial y DM - Diabetes Mellitus), niñas y niños menores de cinco años, personas en condición de discapacidad y población con necesidades en salud mental.
4. Identificar en qué medida la frecuencia de las intervenciones desarrolladas en el plan de bienestar es un determinante clave en la reducción de brechas en salud.
5. Evaluar en qué medida los EMBH han contribuido en el cierre de brechas de acceso equitativo, efectivo, disponible y de calidad a los servicios de salud.

Objetivos Específicos

Costo - Beneficio

1. Evaluar la relación entre los resultados obtenidos en la reducción de riesgos en salud, el fortalecimiento de capacidades de autocuidado y el cierre de brechas de acceso a servicios de salud respecto a la inversión realizada.

Recomendaciones

1. Formular las recomendaciones sobre los servicios prestados por los EMBH en relación con la identificación temprana de riesgos en salud, la promoción del autocuidado y el cierre de brechas de acceso, así como sobre su gestión y articulación con la red de servicios de salud.

ALCANCE DE LA EVALUACIÓN

NIVEL DE ANÁLISIS

- Cuantitativo y Cualitativo

POBLACIÓN OBJETIVO

- La población objetivo está conformada por los miembros de los hogares caracterizados por el Equipo Más Bienestar en tu Hogar (EMBH) que, al momento del abordaje, pertenecen a alguno de los grupos poblacionales priorizados por la estrategia: población gestante, personas con condiciones crónicas como hipertensión arterial (HTA) o diabetes mellitus (DM), niñas y niños menores de cinco años, personas con discapacidad y población con necesidades en salud mental.
- Se excluye la población diferencial del análisis cuantitativo dado que, por sus características particulares, requiere abordajes metodológicos específicos, tales como grupos étnicos, habitantes de calle, personas privadas de la libertad (PPL) y población en abandono

ALCANCE DE LA EVALUACIÓN

INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN - Cuantitativo

INSTRUMENTO	No.	ACTOR
1.050 encuestas	210	Población gestante
	210	Personas con condiciones crónicas (HTA - Hipertensión Arterial y DM - Diabetes Mellitus)
	210	Cuidadores de niñas y niños menores de cinco años
	210	Personas con discapacidad
	210	Población con necesidades en salud mental

Margen de error promedio: 7%

ALCANCE DE LA EVALUACIÓN

INFORMACIÓN SECUNDARIA CUANTITATIVA

01. Sistema de Información GTAPS - Gestión Territorial de la Atención Primaria Social:

Contiene información poblacional (identificación de población gestante, personas con condiciones crónicas HTA - Hipertensión Arterial y DM - Diabetes Mellitus, niñas y niños menores de cinco años, personas con discapacidad y población con necesidades en salud mental), incluyendo:

- Caracterización sociodemográfica, territorial y familiar de la población atendida.
- Información individual de usuarios y hogares.
- Variables relacionadas con acceso, atención y seguimiento en salud.
- Registros de gestión del riesgo y alertas priorizadas.
- Información de vigilancia en salud pública para poblaciones priorizadas.
- Seguimiento a gestantes, primera infancia, personas con enfermedades crónicas, salud mental y discapacidad.
- Registros de acompañamiento psicosocial y atenciones diferenciales.
- Variables asociadas a riesgos ambientales y determinantes sociales de salud.
- Información operativa relacionada con frecuencia de intervenciones, seguimiento de casos y articulación institucional.

La información se encuentra estructurada en diferentes módulos temáticos y formularios administrativos, incluyendo registros longitudinales de seguimiento a individuos, familias y eventos de interés en salud pública.

Fecha de inicio de recolección de información: octubre de 2024

Fechas de asignación de los beneficios o momento de intervención: El sistema registra las fechas en las que se realizan las acciones, atenciones o intervenciones asociadas al programa, permitiendo identificar el momento de asignación de los beneficios y realizar seguimiento a la gestión en el tiempo.

ALCANCE DE LA EVALUACIÓN

INFORMACIÓN SECUNDARIA

02. SaluData Observatorio de Salud de Bogotá. Datos abiertos, gobierno transparente



- <https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/indicadores/seguimiento-a-gestion-del-riesgo-colectivo-infancia/>
- <https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/indicadores/vivienda-saludable/>
- <https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/indicadores/gestantes-plan-cuidado-familiar/>
- <https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/indicadores/acciones-colectivas-en-salud-mental-y-bienestar-integral/>
- <https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/indicadores/cronicos-tablero-entornos/>

ALCANCE DE LA EVALUACIÓN

INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN - Cualitativo

No.	ACTOR
	Poblaciones con Plan de Bienestar avanzado o culminado con éxito
12	Doce (12) Entrevistas semiestructuradas individuales focalizadas en trayectorias de atención a: ▪ Dos (2) con población Gestante ▪ Dos (2) con población con condiciones crónicas (HTA - Hipertensión Arterial y DM - Diabetes Mellitus) ▪ Dos (2) con Cuidadoras/es de niñas y niños menores de cinco años ▪ Dos (2) con Cuidadoras/es de personas con discapacidad ▪ Dos (2) con población en condición de discapacidad Nota: la firma debe garantizar los ajustes razonables para estas entrevistas ▪ Dos (2) con población con necesidades en salud mental Nota: La firma debe garantizar la inclusión de beneficiarios de las 4 Subredes Integradas de Servicios de Salud
2	Dos (2) Observaciones in situ (se pueden aprovechar las visitas ya programadas con gestores) a: ▪ Una (1) con Cuidadoras/es de niñas y niños menores de cinco años ▪ Una (1) con población con discapacidad

ALCANCE DE LA EVALUACIÓN

INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN - Cualitativo

No.	ACTOR
	Otras poblaciones con Planes de Bienestar avanzados o culminados con éxito
5	Cinco (5) Estudios de caso que incluyan como mínimo: ▪ Entrevistas individuales en profundidad para identificar trayectorias de atención y barreras ▪ Análisis de las acciones puntuales y del Plan de Bienestar del caso ▪ Triangulación con otras fuentes de información institucionales. Para los casos étnicos A poblaciones diferenciales como: ▪ Habitantes de calle ▪ Grupos étnicos (Rrom, palenqueros, afro, wounann, muisca y embera) ▪ Población privada de la libertad ▪ Población en abandono social – Comunidad de Cuidado – Coordinadores de las unidades operativas Nota: *La firma no deberá abarcar necesariamente la totalidad de poblaciones diferenciales; sin embargo, deberá contemplar el análisis de al menos dos grupos étnicos diferentes

ALCANCE DE LA EVALUACIÓN

INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN - Cualitativo

No.	ACTOR
3	▪ Tres (3) Entrevistas individuales breves a familias que abandonaron o rechazaron planes
4	▪ Cuatro (4) Entrevistas individuales semiestructuradas a Coordinadores de EMBH en cada Subred
12	Doce (12) Grupos Focales a: ▪ Uno (1) con Líderes operativos ▪ Dos (2) con Gestores en línea ▪ Dos (2) con Gestores de bienestar ▪ Dos (2) con el Equipo interdisciplinario de profesionales de los Planes de Bienestar ▪ Uno (1) con Líderes operativos específicos - Equipo étnico diferencial – gestores étnicos – profesionales y técnicos - Equipo abordaje APSocial ▪ Dos (2) con el Equipo de gestión (Ing. sistemas, Profesional de Rutas y prescripción social, Prof. Cohortes, Prof. Enlace con EPS. Prof. Inducción –Materno, Equipo de avanzada) ▪ Dos (2) con el Equipo nivel central EMBH – Secretaría Distrital de Salud, Subsecretaria de Salud Pública

ALCANCE DE LA EVALUACIÓN

INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN - Cualitativo

No.	ACTOR
3	▪ Una (1) Entrevistas grupal con el equipo financiero de los convenios con las Subredes en la Secretaría Distrital de Salud ▪ Dos (2) Entrevistas grupales con al menos dos actores intersectoriales (Ej. SDIS, SDSCJ, Policía, Personería)
3	▪ Un (1) grupo focal con las nueve (9) EPS: 1. Sanitas, 2. Compensar, 3. Salud Total, 4. SURA, 5. Capital Salud, 6. Aliansalud, 7. Nueva EPS, 8. Coosalud, 9. Famisanar. Nota: el consultor solo deberá convocar las EPS con quienes cuenten con contratos vigentes con las Subredes ▪ Dos (2) grupos focales con líderes comunitarios
4	▪ Cuatro (4) entrevistas individuales a Veedores, uno por cada convenio
48	Instrumentos de recolección

ALCANCE DE LA EVALUACIÓN

INFORMACIÓN SECUNDARIA CUANTITATIVA Y DOCUMENTAL

01. PLAN DISTRITAL DE DESARROLLO 2024-2027 – BOGOTÁ CAMINA SEGURA

Objetivo 2: Bogotá confía en su bien-estar

Programa 11: Salud con calidad y en el territorio

02. PLAN TERRITORIAL DE SALUD 2024 – 2027

Modelo de Salud de Bogotá - MAS Bienestar

6.6. Articulación del Plan Distrital de Desarrollo con el Plan Territorial de Salud

6.6.2. Objetivo 2. Bogotá confía en su bien-estar

Programa: Salud con calidad y en el territorio

03. MODELO DE SALUD DE BOGOTÁ MAS BIENESTAR. DOCUMENTO ESTRATÉGICO VERSIÓN 1.1. 2024

Capítulo Gestión Integral del Riesgo en Salud (GIRS)

04. LINEA OPERATIVA: PROMOCIÓN DE LA SALUD Y GESTIÓN DEL RIESGO FAMILIAR

ACCIONES DE BIENESTAR: PLANES DE BIENESTAR – Octubre 2025 a Junio 2027

Desarrolla las **estrategias** integrales que permitan el fortalecimiento de capacidades familiares para el cuidado de la salud y la gestión de los riesgos identificados, a través de planes de bienestar concertados e implementados de manera conjunta con las familias.

05. LINEA OPERATIVA: PROMOCIÓN DE LA SALUD Y GESTIÓN DEL RIESGO FAMILIAR

ACCIONES DE BIENESTAR: GESTORES MAS BIENESTAR – Octubre 2025 a Junio 2027

(Ficha de Gestores MAS Bienestar)

ALCANCE DE LA EVALUACIÓN

INFORMACIÓN DOCUMENTAL

06. LINEAMIENTO OPERATIVO PILAR GESTION INTEGRAL DEL RIESGO CAPA GESTION EXTRAMURAL +MAS Bienestar - 2024

Fortalecer la capacidad de la Gestión Extramural de los Equipos Básicos de la Gestión Integral del Riesgo en el Distrito Capital para mejorar el **acceso equitativo, efectivo, disponible y de calidad** a los servicios de salud, promoviendo el autocuidado y la educación para salud en comunidades, familias e individuos **con un enfoque territorial**. Esto incluye la prevención y tratamiento de enfermedades y discapacidades evitables, la reducción de desigualdades asociadas a factores demográficos, poblacionales, ambientales, sociales, económicos y territoriales, y el desarrollo de acciones para mitigar eventos priorizados en salud pública y sus determinantes sociales y dinámicas de vulnerabilidad. (Subsecretaría de Salud Pública - Subsecretaría de Servicios de Salud y Aseguramiento)

07. DOCUMENTO TÉCNICO OPERATIVO – DTO - Octubre 2025 a Junio 2027

Establece la organización de las acciones integrales e integradas que estructuran la intervención extramural y permiten alinear la planeación técnica con la ejecución operativa y el seguimiento a indicadores de proceso y resultado.

08. Documento con el Estado de contratación de las EPS con las Subredes Integradas de Servicios de Salud al momento del inicio de la ejecución

09. Actas mensuales con Entidades Promotoras de Salud (EPS) en 2024, 2025 y 2026 : 1. Sanitas, 2. Compensar, 3. Salud Total, 4. SURA, 5. Capital Salud, 6. Aliansalud, 7. Nueva EPS, 8. Coosalud, 9. Famisanar.

10. Actas de las Mesas locales de Bienestar: se cuenta con participación comunitaria y participan los EMBH

11. Informes de gestión procesos de control social, veedurías ciudadanas y rendición de cuentas, uno por Subred para 2025

12. Matriz de costos por convenio por vigencia

ALCANCE DE LA EVALUACIÓN

INFORMACIÓN DOCUMENTAL

13. Datos de caracterización de las poblaciones diferenciales

Al consultor se le entregarán los datos de caracterización de las poblaciones diferenciales y el tipo de población a la que pertenecen; también se compartirá el Puntaje familiar y el riesgo familiar. Asimismo, se entregará información sobre el Plan de Bienestar implementado para los casos seleccionados y las acciones específicas desarrolladas en cada Plan. Para las cinco poblaciones priorizadas se cuenta con la información detallada en la sección de información secundaria para el componente cuantitativo.

14. Cadena de Valor

Presentación en power point de la Cadena de Valor de la intervención, desarrollada por el Comité Técnico de Diseño junto con el alcance la evaluación.

ALCANCE DE LA EVALUACIÓN

EQUIPO DE TRABAJO

Director de la Evaluación

Posgrado Maestría

Experiencia profesional específica mínima de seis (6) años en alguno de los siguientes roles: dirección, coordinación. En alguna de las siguientes actividades: Estudios, Consultorías, Investigaciones, Evaluaciones, Implementación de políticas públicas o programas o proyectos.

Experto en salud pública

Experiencia profesional mínima de cinco (5) años, adelantando alguna de las siguientes actividades: diseño, implementación, evaluación, estudios, consultorías de Políticas, Programas, Proyectos, en temas de salud pública

Experto Cualitativo

Experiencia profesional específica mínima de cuatro (4) años adelantando alguna de las siguientes actividades: diseño de metodologías o métodos cualitativos, definición de metodologías o métodos cualitativos, implementación de metodologías o métodos cualitativos, análisis de información cualitativa, en el contexto de la evaluación o análisis de políticas, programas y proyectos.

Experto muestrista

Experiencia profesional mínima de cuatro (4) años en alguna de las siguientes actividades: • Diseño • Implementación, de estrategias de muestreo probabilístico para la recolección de información primaria.

Experto cuantitativo

1. Experiencia profesional específica mínima de cuatro (4) años en diseño y/o implementación de evaluación de resultados o impacto

y

2. a) adelantando alguna de las siguientes actividades:

- Diseño
- Implementación

De metodologías cuantitativas para la evaluación de:

- Políticas
- Programas
- Proyectos

ó

b) podrá acreditar experiencia profesional específica mínima de cuatro (4) años en Procesamiento de bases datos y análisis de datos.

PLANEACIÓN

Experto costo-beneficio

Experiencia profesional mínima de cinco (5) años en diseño y/o definición y/o implementación de metodologías y/o métodos cuantitativos para análisis costo-beneficio.

ALCANCE DE LA EVALUACIÓN

COSTEO DE LA EVALUACIÓN

VARIABLE	DESCRIPCIÓN
Duración de la evaluación	9 meses
Duración trabajo de campo	12 semanas
Equipo de trabajo	6 perfiles
Equipo de apoyo	5 perfiles
Total	\$1.232.375.541

ALCANCE DE LA EVALUACIÓN

PRODUCTOS Y CRONOGRAMA

Fecha inicio:
Noviembre 3 de 2026

Duración:
9 meses

Fecha fin:
Agosto 2 de 2027

PRODUCTOS	TIEMPO EXPRESADO EN SEMANAS						
PRODUCTO 1: INFORME METODOLÓGICO El consultor a las (3) semanas de la firma del acta de inicio, entregará el informe metodológico atendiendo los requerimientos detallados en el Anexo Técnico.	3 24 nov						
PRODUCTO 2: MATRIZ DE CONSISTENCIA El consultor a las cinco (5) semanas de la firma del acta de inicio, entregará la matriz de consistencia atendiendo los requerimientos detallados en el Anexo Técnico.		5 9 Dic					
PRODUCTO 3: INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN El consultor a las once (11) semanas de la firma del acta de inicio, entregará los instrumentos de recolección de información atendiendo los requerimientos detallados en el Anexo Técnico.			11 20 enero				
PRODUCTO 4: INFORME DE PRUEBA PILOTO El consultor a las dieciséis (16) semanas de la firma del acta de inicio, entregará el informe de la prueba piloto atendiendo los requerimientos detallados en el Anexo Técnico.				16 24 feb			
PRODUCTO 5: INFORME FINAL DE TRABAJO DE CAMPO Y PRIMERA ENTREGA DE LA DOCUMENTACIÓN DE LAS BASES DE DATOS DE LA EVALUACIÓN El consultor a las veinticinco (25) semanas de la firma del acta de inicio, entregará el informe final de trabajo de campo y primera entrega de la documentación de las bases de datos de la evaluación atendiendo los requerimientos detallados en el Anexo Técnico.					25 28 may		
PRODUCTO 6: INFORME DE RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN Y SEGUNDA ENTREGA DE LA DOCUMENTACIÓN DE LAS BASES DE DATOS DE LA VALUACIÓN El consultor a las veintinueve (29) semanas de la firma del acta de inicio, entregará el informe de resultados de la evaluación y segunda entrega de la documentación de las bases de datos de la valuación atendiendo los requerimientos detallados en el Anexo Técnico.						29 26 jun	
PRODUCTO 7: INFORME DE RECOMENDACIONES E INSUMOS DE DIFUSIÓN El consultor a las treinta y cuatro (34) semanas de la firma del acta de inicio, entregará el informe de recomendaciones e insumos de difusión atendiendo los requerimientos detallados en el Anexo Técnico.							34 30 Jul

ALCANCE DE LA EVALUACIÓN

PRODUCTOS Y CRONOGRAMA

Fecha inicio:
Noviembre 3 de 2026

Duración:
9 meses

Fecha fin:
Agosto 2 de 2027

PRODUCTOS	TIEMPO EXPRESADO EN SEMANAS						
PRODUCTO 1: INFORME METODOLÓGICO El consultor a las (3) semanas de la firma del acta de inicio, entregará el informe metodológico atendiendo los requerimientos detallados en el Anexo Técnico.	3						
PRODUCTO 2: MATRIZ DE CONSISTENCIA El consultor a las cinco (5) semanas de la firma del acta de inicio, entregará la matriz de consistencia atendiendo los requerimientos detallados en el Anexo Técnico.		5					
PRODUCTO 3: INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN El consultor a las once (11) semanas de la firma del acta de inicio, entregará los instrumentos de recolección de información atendiendo los requerimientos detallados en el Anexo Técnico.			11				
PRODUCTO 4: INFORME DE PRUEBA PILOTO El consultor a las dieciséis (16) semanas de la firma del acta de inicio, entregará el informe de la prueba piloto atendiendo los requerimientos detallados en el Anexo Técnico.				16			
PRODUCTO 5: INFORME FINAL DE TRABAJO DE CAMPO Y PRIMERA ENTREGA DE LA DOCUMENTACIÓN DE LAS BASES DE DATOS DE LA EVALUACIÓN El consultor a las veinticinco (25) semanas de la firma del acta de inicio, entregará el informe final de trabajo de campo y primera entrega de la documentación de las bases de datos de la evaluación atendiendo los requerimientos detallados en el Anexo Técnico.					25		
PRODUCTO 6: INFORME DE RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN Y SEGUNDA ENTREGA DE LA DOCUMENTACIÓN DE LAS BASES DE DATOS DE LA VALUACIÓN El consultor a las veintinueve (29) semanas de la firma del acta de inicio, entregará el informe de resultados de la evaluación y segunda entrega de la documentación de las bases de datos de la valuación atendiendo los requerimientos detallados en el Anexo Técnico.						29	
PRODUCTO 7: INFORME DE RECOMENDACIONES E INSUMOS DE DIFUSIÓN El consultor a las treinta y cuatro (34) semanas de la firma del acta de inicio, entregará el informe de recomendaciones e insumos de difusión atendiendo los requerimientos detallados en el Anexo Técnico.							34

Gracias

Contacto:  www.sdp.gov.co
 @sdp.gov.co
 [+\(57\) 355 8000](tel:+573558000)

Síguenos:  [@planeacionbog](https://twitter.com/@planeacionbog)
 [/PlaneacionBogota](https://facebook.com/PlaneacionBogota)