SECRETARÍA DE SALUD

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

SUBSECRETARIA DE SALUD PÚBLICA/
SUBSECRETARIA DE SERVICIOS DE SALUD Y ASEGURAMIENTO

EQUIPOS DE MAS BIENESTAR EN TU HOGAR

ACCIÓN INTEGRAL E INTEGRADA:

Cuidado Continuo Por una Vida con Bienestar.

LINEA OPERATIVA: Promoción de la Salud y Gestión del Riesgo Familiar.

ACCIONES DE BIENESTAR: Gestores MAS Bienestar.

VIGENCIA: OCTUBRE DE 2025 A JUNIO 2027.

Bogotá D.C. 2025

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE SALUD

Contenido

1. Planeación Territorial desde los Gestores de Bienestar 6

1.1. Apropiación territorial por primera vez 9

1.2. Actualización de apropiaciones....10

1.3. Recorridos en territorio....10

1.4. Desarrollo del ejercicio....10

1.5. Validación y socialización 10

1.6. Productos finales....11

2. Acción de Bienestar 2: Gestor de Bienestar en línea. 12

2.1. Conceptualización de los elementos centrales de la acción de bienestar. 12

2.2. Objetivo General 13

2.3. Población sujeto 13

2.4. Talento humano: 13

2.5. Unidad de medida 13

2.6. Forma de reporte de ejecución del producto 13

2.7. Descripción de la acción de bienestar:....14

Criterios de priorización, perfiles para la gestión y orden de abordaje 20

2.7.1.1 Acciones en primer contacto telefónico 26

2.7.1.2 Programación de contacto presencial por parte de profesionales:....31

2.7.2 Actividad 2. Agendamiento para la Gestión Integral del Riesgo en los SER Servicios especializados resolutivos....32

2.7.2.1 Proceso de recordación y verificación de asistencia a citas....33

2. 7.3 Actividad 3. Seguimiento Familiar. 34

2.7.4 Actividad 4. Gestión de usuarios asignados a los servicios Especializados Resolutivos (SER) 36

2.7.5 Actividad 5. Abordaje Territorial. 38

2.8 Tabla resumen de la acción de bienestar: 39

3. Acción de Bienestar: 41

3.1. Conceptualización de los elementos centrales de la acción de bienestar. 41

3.2. Objetivo General 42

3.3 Población sujeto 42

3.4. Talento humano: 42

3.5 Unidad de medida 42

3.6. Forma de reporte de ejecución del producto 42

3.7. Descripción de la acción de bienestar: 43

3.7.1. Actividad 1. Contacto inicial. 43

3.7.2. Actividad 2. Caracterización Integral en el entorno hogar. 52

3.7.3. Actividad 3. Plan de Bienestar en respuesta a necesidades en salud 59

3.7.4. Actividad 4. Seguimiento Familiar. 109

3.8 Tabla resumen de la acción de bienestar: 110

4. Conexión con MAS Bienestar 112

4.1. Conceptualización de los elementos centrales de la acción de bienestar. 112

4.2. Objetivo General 113

4.3 Población sujeto 114

4.4 Acción de Bienestar 75. Conexión con MAS Bienestar - Técnico. 114

4.4.1 Talento humano: 114

4.4.2 Unidad de medida 114

4.4.3 Forma de reporte de ejecución del producto 114

4.4.4 Descripción de actividades 114

Actividad 1. Identificación de usuarios susceptibles de intervención y orientación sobre el uso de la Línea 137 114

Actividad 2. Acompañamiento para la gestión de acceso a servicios de salud mediante la Línea 137 115

Actividad 3. Derivación de población priorizada a los Equipos MAS Bienestar en tu Hogar ... 115

4.4.5 Tabla resumen de la acción de bienestar: 117

Conexión con MAS Bienestar - Técnico. 117

4.4.6 Indicadores 117

Actividad 4. Acción de Gestión para el Bienestar 118

Gestión del bienestar para la continuidad del cuidado posterior al egreso hospitalario 118

- Conceptualización de los elementos centrales de la acción de gestión para el bienestar 118
- Objetivo general 120
- Población sujeta de la intervención 120
- Unidad de medida 121
- Forma de reporte de ejecución del producto 122
- Descripción de la acción de gestión para el bienestar 122

a. Identificación y abordaje de las personas egresadas 122

b. Educación transformadora para el cuidado en casa 123

c. Gestión y agendamiento de atenciones posteriores al egreso 123

d. Derivación al Gestor de Bienestar del Sector Catastral de residencia 124

e. Identificación y derivación a Planes de Bienestar 124

f. Tabla resumen de la acción de gestión para el bienestar 125

g. Indicadores 125

4.6 Acción de Bienestar 76. Conexión con MAS Bienestar - Bachiller. 126

4.6.1 Talento humano: 126

4.6.2 Unidad de medida 126

4.6.3 Forma de reporte de ejecución del producto 126

4.6.4 Descripción de la acción de bienestar: 126

4.6.4.1 Actividad 1. 126

4.8 Tabla resumen de la acción de bienestar: 128

5. Acción de Bienestar 77. Acercándonos con MAS Bienestar. 129

5.1. Conceptualización de los elementos centrales de la acción de bienestar. 129

5.2. Objetivo General 129

5.3 Población sujeto 130

5.4. Talento humano: 130

5.5 Unidad de medida 130

5.6. Forma de reporte de ejecución del producto 130

5.7. Descripción de la acción de bienestar: 130

5.7.1. Actividad 1. Identificación, validación y clasificación inicial de necesidades y riegos ...131

5.7.2. Actividad 2. Gestión de acceso, articulación institucional y derivaciones 133

5.7.3. Actividad 3. Envío masivo de mensajes de promoción, prevención y alertas en salud. 136

6.7.4. Actividad 4. Soporte técnico, acompañamiento y seguimiento de la gestión 137

5.8 Tabla resumen de la acción de bienestar: 140

Referencias bibliográficas 142

Control de cambios 143

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE SALUD

FICHA TÉCNICA ACCIONES DE BIENESTAR: GESTORES BIENESTAR.

1. Planeación Territorial desde los Gestores de Bienestar

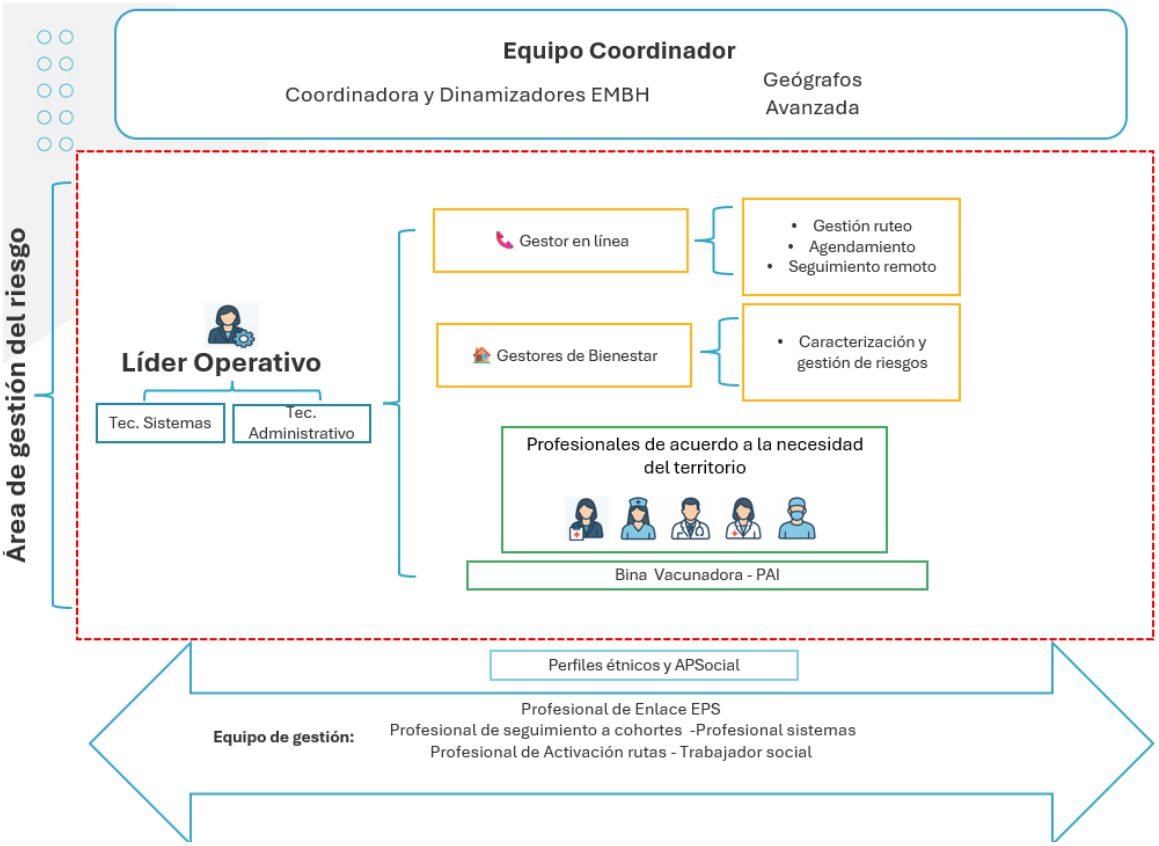
Para la puesta en marcha de las acciones de los Equipos MÁS Bienestar en tu Hogar, la estrategia se organiza a partir de un Equipo Coordinador que define y orienta los lineamientos técnicos y estratégicos para la gestión territorial. En coherencia con esta orientación, la operación se desarrolla a través de las Áreas de Gestión del Riesgo, bajo la coordinación del Líder Operativo y con el respaldo del componente técnico en sistemas y el apoyo administrativo, quienes aportan a la generación, consolidación y análisis de la información para la toma de decisiones basadas en datos.

Cada Área de Gestión del Riesgo está conformada por Gestores en Línea y Gestores de Bienestar, quienes implementan de manera articulada —tanto remota como presencial— procesos continuos y organizados de identificación, caracterización, gestión del riesgo y seguimiento de los usuarios priorizados en el territorio, garantizando el abordaje integral de la población asignada y de los casos definidos según su cohorte o condición de riesgo. En este contexto, los gestores cumplen un rol clave en la detección de necesidades, el análisis de condiciones de vulnerabilidad y la activación oportuna de rutas y respuestas sectoriales e intersectoriales.

Asimismo, en cada área se integran diferentes perfiles profesionales que intervienen conforme a los riesgos identificados, con especial énfasis en los usuarios clasificados con alto riesgo, mediante la formulación e implementación de Planes de Bienestar individuales y familiares. Estos planes articulan acciones de promoción, prevención, educación en salud, seguimiento y acompañamiento integral, orientadas a fortalecer las condiciones de salud y bienestar y vinculación de los usuarios a las Rutas Integrales de Atención en salud.

De igual manera, se dispone de equipos con otros perfiles profesionales que permiten el abordaje integral de las familias, por ejemplo, una bina de vacunación por cada área de gestión, y equipos diferenciales en las áreas que lo requieren para el abordaje de poblaciones diferenciales, como población privada de la libertad, habitante de calle, población migrante, comunidades étnicas afrodescendientes, indígenas, palenqueras, gitanas, entre otros, que permiten garantizar una atención integral, pertinente y ajustada a las dinámicas y particularidades del territorio.

Todo este quipo operativo, cuenta con un soporte de gestión transversal en la subred, que adelanta: a. seguimiento a las cohortes de riesgo, b. monitoreo de las activaciones de rutas y acciones de prescripción social, c. eliminación de barreras por aseguramiento en salud para garantizar afiliación, d. enlace con EPS para la gestión de riesgos, e. inducción y reinducción para el desarrollo de capacidades en el talento humano, f. gerencia de la información.



Fuente: Construcción propia

La operación da inicio con la fase de apropiación y organización territorial. Para ello, los perfiles del componente geográfico del equipo adelantan los procesos de delimitación y asignación territorial a los gestores en línea, gestores de bienestar, profesionales de planes de bienestar y de estrategias de abordaje diferencial, de manera que se brinde una atención continua e integral acorde a las necesidades sentidas en los individuaos, familias y comunidades abordadas.

Como parte de la dinamización de estas acciones, se cuenta con los procesos de apropiación territorial que serán desarrollados por los gestores en línea y gestores de bienestar, quienes se encuentran asignados a los sectores catastrales, y posteriormente sus resultados se socializan, debaten y analizan con los demás

perfiles del equipo interdisciplinario que participan en los comités territoriales. A continuación, se describen las actividades de apropiación territorial que desarrollará los gestores en línea y de bienestar y que hacen parte de las acciones de bienestar 2 y 3:

1.1. Desarrollo de Jornadas de Apropiación Territorial y Cartografía Social

Las jornadas de apropiación territorial, son escenarios fundamentales de interacción comunitaria. Estos espacios están diseñados para promover el reconocimiento colectivo del territorio, fortalecer la identidad comunitaria y construir herramientas visuales que sirvan como soporte para la planificación y la toma de decisiones locales.

Con el fin de fortalecer el proceso de apropiación territorial que se plantea para el desarrollo de las acciones de los Equipos Más Bienestar en tu Hogar, estas jornadas se constituyen en la base metodológica para comprender las dinámicas sociales, culturales, poblacionales y ambientales que caracterizan a cada territorio. De esta manera, no solo se busca recoger información, sino generar un proceso participativo que permita reconocer los recursos y problemáticas existentes, construir propuestas comunitarias y orientar la gestión integral en salud y bienestar.

El objetivo principal de estas jornadas es adelantar un reconocimiento integral de los sectores catastrales asignados, garantizando que se tengan en cuenta factores como la delimitación territorial, los aspectos catastrales y demográficos, las condiciones sociales, la presencia de equipamientos institucionales y comunitarios, así como potencialidades presentes en el entorno. Todo ello se articula con las acciones de bienestar familiar, comunitario e individual establecidos.

Metodología

Estas jornadas serán desarrolladas por los gestores de bienestar y los gestores en línea, quienes de manera articulada adelantarán los procesos de reconocimiento y análisis de los territorios de acuerdo con la apropiación territorial.

La metodología aplicada variará según el momento en que se encuentre el territorio. Cuando se trate de una apropiación territorial inicial, el proceso comenzará con la identificación de actores clave y la convocatoria a la comunidad, la elaboración de un cronograma de actividades y la preparación de insumos como mapas base, matrices de información, cartografía detallada y registros poblacionales y catastrales. Con estos materiales, los gestores realizarán

recorridos de campo en los que identificarán aspectos sociales, culturales, poblacionales, de infraestructura y seguridad, apoyándose en la orientación del equipo dinamizador y del componente geográfico.

Por otro lado, cuando se requiera una actualización de la apropiación territorial, los gestores deberán realizar un reconocimiento más ágil, enfocado en registrar las nuevas condiciones del territorio. Esta información se consignará en los mapas y será remitida al equipo dinamizador y al componente geográfico para su actualización en las bases de datos.

Estas actualizaciones también se llevarán a cabo una vez al año, de manera que, a partir de los avances del equipo en el abordaje de los territorios, así como los resultados de los comités territoriales, se pueda alimentar la realidad territorial, junto con las nuevas necesidades y expectativas en salud que puedan ser reconocidas.

1.1. Apropiación territorial por primera vez

Cuando un territorio es conformado y asignado por primera vez, el proceso de apropiación debe iniciar con la identificación de actores clave y la convocatoria a la comunidad, garantizando la participación desde el comienzo. Posteriormente, los gestores elaboran un cronograma de actividades y preparan los materiales e insumos necesarios, entre ellos los mapas base, la matriz de recolección de información y la cartografía organizada por manzanas y predios.

El equipo dinamizador y el componente geográfico de la subred son los responsables de proporcionar estos insumos, que incluyen además la orientación del orden de las manzanas a abordar, la información catastral, los datos poblacionales del Censo DANE, así como los registros de abordajes previos en el territorio.

Con estos elementos se desarrollan las actividades de reconocimiento en campo, durante las cuales los gestores identifican directamente en el terreno los aspectos más relevantes, de acuerdo con los temas definidos en la sesión inicial con el equipo dinamizador y el componente geográfico. Este proceso constituye la base para una caracterización completa y participativa del territorio.

1.2. Actualización de apropiaciones

Las actualizaciones se realizarán una vez en el año, conforme al direccionamiento de la SDS. En estos casos, los gestores llevan a cabo un nuevo reconocimiento del territorio, enfocado en registrar las condiciones que han cambiado y reportarlas, mediante los mapas y registros correspondientes, al equipo dinamizador y al componente geográfico.

La información recolectada es incorporada en las bases de datos, de manera que la planeación y las acciones se ajusten a la nueva realidad territorial.

1.3. Recorridos en territorio

Los recorridos en territorio se realizarán conforme a los cronogramas previamente establecidos y tendrán como insumo principal la cartografía social a mano alzada. Esta herramienta participativa permite recopilar, analizar y representar la información directamente desde la perspectiva de los habitantes, generando mapas construidos colectivamente. A través de este ejercicio se busca reflejar de manera integral las dinámicas sociales, los recursos disponibles, las problemáticas presentes y las potencialidades que pueden aprovecharse en la comunidad.

1.4. Desarrollo del ejercicio

Durante el desarrollo de la apropiación territorial, los gestores —tanto en línea como de bienestar— deberán identificar y registrar los principales factores que inciden en la vida del territorio. Entre ellos se encuentran los aspectos sociales, culturales, poblacionales, de infraestructura y de seguridad.

Toda la información debe consignarse en la matriz de recolección, utilizando los formatos previamente definidos por la Secretaria de Salud. Este ejercicio es fundamental, ya que dichos factores determinan las dinámicas de desarrollo, bienestar y calidad de vida de la población, y permiten orientar acciones de intervención más ajustadas a la realidad del territorio.

1.5. Validación y socialización

Una vez consolidada la información, se actualiza el mapa final, asegurando que contenga una leyenda clara y que los límites territoriales estén debidamente señalados.

De manera paralela, el insumo generado por los gestores se lleva al comité territorial, donde los profesionales realizan un análisis más profundo sobre lo que el mapa revela. Este espacio técnico permite discutir, complementar y apropiar la información obtenida, de modo que sea incorporada en los procesos de planeación de los equipos.

Para las actualizaciones anuales, al realizar la apropiación, se gestionará junto con el equipo de avanzada, espacios en los que pueda ser presentado a la comunidad para su revisión colectiva. En esta socialización, los gestores pueden emplear diversas estrategias narrativas como relatos, historias comunitarias o registros fotográficos que complementen la comprensión de los hallazgos.

1.6. Productos finales

El proceso de apropiación territorial genera dos productos principales:

- Mapa definitivo del territorio

Un documento gráfico que representa los recursos, problemáticas y propuestas identificadas en el proceso. Este mapa incluye la localización de factores clave como equipamientos sociales, zonas de riesgo, áreas culturales, recursos naturales y dinámicas poblacionales, entre otros.

- Informe descriptivo

Un documento breve, de máximo dos páginas, que complementa al mapa con detalles sobre los elementos representados y las discusiones surgidas durante el proceso. En este informe se sintetizan los factores sociales, culturales, poblacionales, de infraestructura y seguridad del territorio. Además, deben incluirse las propuestas de abordaje e intervención, formuladas a partir de los hallazgos del diagnóstico y en coherencia con los objetivos de los Equipos Mas bienestar en tu hogar.

- Matriz de captura de información

Diligenciada a partir de los atributos definidos desde nivel central, y donde se relacionan los aspectos clave a nivel territorial que puedan servir como insumo para la toma de decisiones en salud y planeación para la puesta en marcha de estrategias de abordaje.

Se precisa, que los gestores en línea realizarán el proceso de apropiación de todos los sectores asignados, a partir de la verificación de documentación ya existente y apropiaciones realizadas previamente por los gestores de bienestar. En caso de sectores no apropiados, los dos gestores podrán adelantar una acción conjunta y coordinada para su desarrollo.

Por su parte, los gestores de bienestar que son asignados a sectores catastrales sin apropiaciones previas realizarán el proceso en su totalidad y de tratarse de cambio de gestor a territorios ya apropiados, se adelantará únicamente la apropiación a partir de la revisión de documentación del ejercicio realizado por el gestor previo.

2. Acción de Bienestar 2: Gestor de Bienestar en línea.

2.1. Conceptualización de los elementos centrales de la acción de bienestar.

La Gestión del Riesgo es un pilar central del Modelo de Salud MAS Bienestar, orientado a reconocer y abordar, de manera integral, los factores que inciden en la salud y el bienestar de las familias. En este marco, el Gestor MAS Bienestar en Línea se constituye como un actor fundamental para la implementación de las acciones de los equipos MAS Bienestar en tu Hogar, ya que articula el primer contacto con la población y la gestión oportuna del riesgo en salud. Su labor está dirigida a la identificación temprana de necesidades, la orientación en los procesos de atención y la activación de rutas integrales de servicios, lo que garantiza un acompañamiento cercano, continuo y efectivo.

Más allá de la identificación inicial de riesgos, el Gestor asume la responsabilidad de avanzar en una gestión activa del riesgo, facilitando el acceso a los servicios a través del agendamiento de citas según las necesidades detectadas, con el propósito de asegurar la vinculación efectiva de las personas a las rutas integrales de atención en salud. De igual manera, apoya la derivación hacia la concertación de planes de bienestar, liderados por los profesionales de los equipos, los cuales orientan el desarrollo de acciones familiares e individuales enfocadas en el fortalecimiento del cuidado y la promoción de la salud.

Adicionalmente, el Gestor realiza un seguimiento continuo a las familias y facilita la activación de rutas intersectoriales, lo que posibilita ofrecer respuestas integrales a los usuarios, con ello, su labor lo posiciona como un enlace estratégico entre la comunidad y los equipos en territorio, favoreciendo la continuidad en los procesos de atención.

2.2. Objetivo General

Fortalecer la gestión familiar del riesgo en el marco de la implementación de los equipos MAS Bienestar en tu Hogar del Modelo de Salud MAS Bienestar, mediante la labor del Gestor en Línea, orientada a la identificación temprana de necesidades, el acceso oportuno a los servicios de salud, la derivación a planes de bienestar familiar e individual y a rutas integrales e intersectoriales, así como al acompañamiento continuo de las familias, con el propósito de garantizar respuestas integrales y efectivas.

2.3. Población sujeto

Población perteneciente a las cohortes de riesgo definidas para la implementación de las acciones por los equipos MAS Bienestar en tu Hogar. Así como población identificada con necesidades de acceso a servicios de salud, brechas de atención o requerimientos de gestión para el acceso a los Servicios Especializados Resolutivos (SER) y demás servicios de salud, de acuerdo con las fuentes de información y criterios definidos técnicamente.

2.4. Talento humano:

Bachiller (operativo), o estudiantes en formación en programas de nivel técnico, tecnólogo o profesional en el área de la salud. También se consideran perfiles como técnicos en salud y auxiliares de enfermería.

2.5. Unidad de medida

Avance al plan de acción.

2.6. Forma de reporte de ejecución del producto

- Se reporta una unidad por cada uno de los gestores en línea, una vez adelantado el seguimiento mensual de las acciones programadas en el marco de la gestión del riesgo en línea, teniendo en cuenta las 4 actividades de la acción de bienestar, con sus indicadores de gestión y resultado.
- Para las acciones de apropiación territorial del gestor en línea, se contará con 8 horas para desarrollar
- el proceso en los sectores catastrales asignados; tiempo en el cual realizarán la verificación y reconocimiento del área acorde a lo definido en la descripción de la acción de bienestar. De igual manera contarán con 8

horas en las jornadas de actualización, realizando de manera conjunta el abordaje con el gestor de bienestar.

Estos tiempos deben estar considerados en el plan de acción y soportados por cada gestor. El reporte no se limitará a la verificación del cumplimiento de las actividades programadas en el plan de acción, sino que incorporará la medición sistemática de indicadores de gestión y resultado, así como el seguimiento a la productividad mensual del Gestor en Línea, en coherencia con las actividades asignadas y las efectivamente desarrolladas.

2.7. Descripción de la acción de bienestar:

El abordaje territorial se estructura a partir de dos modalidades complementarias: en línea y presencial, con el propósito de garantizar la cobertura, continuidad y efectividad de las acciones. Para su implementación, se contará con talento humano distribuido en los diferentes sectores catastrales, que hará parte del equipo operativo bajo la orientación de los líderes operativos.

La modalidad en línea tiene como finalidad establecer el primer contacto con los usuarios, realizando la verificación y actualización de su información para contar con datos que orienten la gestión. A partir de este proceso, se define la clasificación de riesgos y derivación hacia intervenciones presenciales en los casos que lo requieran. De igual manera, esta modalidad facilita el seguimiento no presencial a aquellos usuarios cuya clasificación de riesgo en salud lo permita, a través de acciones de orientación, acompañamiento y gestión de los riesgos identificados.

La distribución de los Gestores en Línea estará orientada al desarrollo de tres líneas operativas fundamentales : i) la gestión integral del riesgo de la población asignada a los Servicios Especializados Resolutivos (SER), en el marco de las acciones definidas para la estrategia de ruteo; ii) el agendamiento y direccionamiento de usuarios a los servicios de salud requeridos, de acuerdo con su aseguramiento y necesidades identificadas; y iii) el seguimiento remoto a la población previamente abordada y caracterizada por los Equipos Más Bienestar Hogar (EMBH), con el propósito de monitorear condiciones de riesgo, verificar la adherencia a las intervenciones realizadas y fortalecer la continuidad del cuidado.

- *Gestión del Riesgo de la Población Asignada a los Servicios Especializados Resolutivos (SER) : La gestión del riesgo corresponde al conjunto de acciones desarrolladas por los Gestores en Línea para la población*

priorizada y asignada a los Servicios Especializados Resolutivos (SER), de acuerdo con las cohortes de riesgo definidas, el volumen de usuarios asignados, las necesidades de intervención identificadas y la capacidad operativa disponible.

- En el componente de agendamiento, las acciones estarán orientadas a la programación de citas conforme a las solicitudes realizadas por los gestores de bienestar y los profesionales operativos. Esto incluye la validación de la información requerida, la asignación de la cita, la recordación al usuario y la verificación de la asistencia. Adicionalmente, se dispondrá de un gestor en línea encargado de brindar apoyo y respuesta oportuna a las solicitudes de agendamiento de los usuarios tipo 4, especialmente aquellos que capitán con las SISS, asegurando la oportunidad y continuidad en la atención de esta población.

- La tercera actividad corresponde al seguimiento remoto, el cual se realizará a los usuarios que rechacen la presencialidad o que no deseen intervenciones presenciales por parte de los equipos operativos, Asimismo, incluirá a las familias que ya cuenten con un proceso de caracterización previo y que, de acuerdo con su clasificación de prioridad, cumplan con los criterios definidos para este tipo de abordaje. Este seguimiento permitirá verificar compromisos, identificar novedades, orientar a los usuarios y definir las acciones necesarias para el mantenimiento o ajuste de los planes de bienestar.

Por su parte, el abordaje presencial se dirige a los usuarios que presentan condiciones de riesgo más altas según criterios de priorización, brindando intervenciones directas, integrales y personalizadas, que favorecen el acceso oportuno a los servicios y la articulación con rutas de atención en salud y acciones intersectoriales. En conjunto, ambas modalidades conforman una estrategia de atención diferenciada, que responde tanto a las necesidades específicas de cada usuario como a las particularidades de los territorios y grupos poblacionales priorizados.

2.7.1 Actividad 1. Gestión de la estrategia de abordaje mediante ruteo

En este marco, y con el propósito de consolidar y fortalecer dichos procesos, se continúa fortaleciendo la estrategia de Ruteo, la cual orienta el abordaje hacia un enfoque de intervención por eventos de riesgo poblacional en salud. Esta

estrategia se fundamenta en la necesidad de optimizar los recursos y mejorar la efectividad de la atención, adaptándose tanto a las demandas actuales como a los contextos cambiantes de las comunidades.

Teniendo en cuenta que la intervención por eventos de riesgo poblacional permite un abordaje más estratégico y orientado a la prevención, esta estrategia facilita la identificación, priorización y actuación específica sobre los riesgos más prevalentes dentro de la población. Promueve la intervención focalizada en los grupos más vulnerables y en los eventos de riesgo más críticos, lo que favorece un manejo más eficiente de los recursos y permite una mayor cobertura en menos tiempo. Además, la estrategia de ruteo posibilita la recolección de datos y el análisis de patrones de salud en la población, lo que facilita una planificación y priorización más adecuada de las intervenciones.

Para el abordaje de los usuarios mediante la estrategia de ruteo, se contará con la información proveniente de diversas fuentes de datos, a partir de la caracterización en salud.

Entre las principales fuentes se encuentran:

- Casos remitidos para el abordaje de los profesionales de los equipos Más Bienestar en tu Hogar: se desarrollarán actividades de plan de bienestar. En estos casos, el gestor en línea realizará la gestión inicial y la concertación de las visitas, y posteriormente el profesional responsable del caso adelantará la actualización, concertación e implementación del plan de bienestar.
  Estos casos podrán ser remitidos mediante el aplicativo SIRC o a través del envío de bases de datos por parte de los subsistemas de vigilancia en salud pública, procesos transversales y entornos de bienestar del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas, o por las EPS, que informarán y aprobarán el abordaje de usuarios no adherentes a las RIAS, con necesidad de contacto en el domicilio para la gestión en salud, consulta en casa y acercamiento a los servicios de salud intramurales.
- Estrategias intersectoriales.
- Casos priorizados mediante el enfoque del Modelo de Salud preventivo y predictivo, realizado a partir de la generación de algoritmos que integran diferentes fuentes de información para determinar población con probabilidad de ocurrencia o complicación de patologías en salud mental,

condiciones crónicas, alteraciones nutricionales, salud materna, entre otros.
- Casos con necesidades de acceso a servicios de salud: usuarios identificados a partir de fuentes institucionales que presentan necesidades de acceso, atenciones pendientes, brechas frente a las RIAS o requerimientos de servicios disponibles en los SER, susceptibles de gestión mediante contacto remoto por parte del Gestor en Línea.
- Otras activaciones: se generarán desde el sector salud o a través de alianzas estratégicas con otros sectores, las cuales serán informadas por la Secretaría Distrital de Salud (SDS).

Una vez se cuente con la información, el equipo técnico de la SDS llevará a cabo un proceso de depuración, con el objetivo de identificar a los usuarios que cumplan con los criterios de inclusión para esta estrategia, así como la información necesaria para la gestión de los casos. Aquellos usuarios que no cumplan con los criterios de inclusión serán devueltos a la fuente de información que inicialmente los remitió.

Una vez depurada la información, se procederá con un proceso de geocodificación de las direcciones, con el fin de asignar los casos a cada SISS, validando aquellos casos que ya cuentan con caracterización por parte del gestor. Es importante señalar que aquellos casos que no puedan ser geocodificados pero que cuenten con datos de contacto serán asignados a las SISS a través del aplicativo GTAPS o cualquier otro medio previamente establecido.

Como parte del proceso de gestión inicial de los casos, una vez que la subred cuente con la información de los casos asignados para atención bajo la estrategia de ruteo, se realizan algunas actividades antes del contacto remoto o desplazamiento del equipo a la vivienda del usuario, y se detallan a continuación:

- El grupo encargado de sistemas de información de la subred realizará un cruce de bases de datos de usuarios asignados, considerando la caracterización familiar, el PGP, las bases de defunciones, y las bases de las RIAS (como Promoción y Mantenimiento, materno-perinatal, alteraciones nutricionales, entre otras) para determinar la pertinencia de la atención por parte de los Equipos MAS Bienestar en tu Hogar, de acuerdo con el criterio o motivo de priorización.

- Revisión por el Profesional de cohortes: quien será el enlace con los líderes operativos para la coordinación de actividades que desarrollará el grupo de gestores en línea, revisará los usuarios asignados a la SISS para llevar a cabo las actividades de planeación necesarias para iniciar la gestión de los casos. Entre las actividades previas se incluye la revisión de bases de datos, la definición del orden de atención según prioridades, y la organización y agrupación de casos por sector catastral, de manera que el agendamiento de los usuarios se realice considerando la cercanía geográfica, optimizando los desplazamientos del equipo operativo en el terreno.
- Identificación de casos de ruteo que son notificados a nivel local por parte de los equipos de Vigilancia en Salud Pública o a nivel institucional, según ocurrencia y acuerdos establecidos para el desarrollo de planes de bienestar; dentro de estos casos se encuentran los de ángeles guardianes, gestantes con sífilis, VIH y hepatitis B, que requieren notificación y abordaje inmediato. En estos casos, los técnicos en sistemas asignados a cada área de gestión deberán adelantar el cargue de los mismos, en el módulo de ruteo, de manera que allí se encuentre el 100% de las familias priorizadas y abordadas por los equipos.
- Por su parte, los casos que son remitidos por bases de datos desde las Direcciones de Gestión del Riesgo de la Subred, deberán ser geocodificados y enviados a la SDS, para la validación, depuración y cargue en el módulo de ruteo.

De esta manera, se consolidan los casos de ruteo y aquellos con derivaciones del equipo MAS Bienestar posterior a una caracterización familiar, constituyendo así la base con el 100% de familias que tienen un abordaje por gestores o planes de bienestar. Este aspecto, será objeto de validación por parte del equipo de la SDS, junto con el orden de abordaje, para garantizar la oportunidad y pertinencia de las intervenciones, y emitir así conceptos técnicos.

Este proceso de gestión asegura que el abordaje de los casos sea realizado de manera ordenada y priorizada, optimizando los recursos y mejorando la efectividad en la atención de los usuarios.

Una vez los casos sean asignados a los gestores, estos deberán iniciar el proceso de gestión, garantizando el contacto telefónico con el 100% de los casos correspondientes a su territorio. De manera complementaria, los profesionales responsables del seguimiento a las cohortes de riesgo desarrollarán un monitoreo detallado del abordaje y de la respuesta a las necesidades identificadas, en

concordancia con los criterios de priorización establecidos. Este proceso contará con una línea técnica de apoyo permanente, que orientará el desarrollo de las acciones en el marco de las estrategias integrales de abordaje, con el propósito de asegurar una atención adecuada, oportuna y pertinente para cada caso.

La gestión de los casos estará a cargo de los Gestores en Línea, los Gestores de Bienestar y los profesionales del equipo operativo, de acuerdo con la prioridad y las necesidades identificadas en cada usuario, quienes desarrollarán sus acciones conforme al modelo operativo definido para la estrategia.

Los Gestores en Línea estarán organizados según la población adscrita a los Servicios Especializados Resolutivos (SER) y las cohortes de riesgo priorizadas, mientras que los Gestores de Bienestar y los profesionales del equipo operativo desarrollarán su gestión con enfoque territorial, de acuerdo con la asignación de los sectores y la población bajo su responsabilidad.

Estos perfiles serán responsables de realizar el primer contacto con los usuarios a través de los diferentes canales definidos por la estrategia, principalmente mediante contacto telefónico, con el propósito de validar la información, identificar necesidades, activar oportunamente las acciones de gestión del riesgo, promoción de la salud y acceso a los servicios, garantizando la continuidad del acompañamiento y la articulación con las intervenciones presenciales cuando estas sean requeridas.

En este marco:
Los Gestores en Línea tendrán la responsabilidad de realizar el primer contacto telefónico con los usuarios, con el propósito de validar la información, identificar necesidades, gestionar riesgos y activar oportunamente las acciones de promoción de la salud, prevención y seguimiento, garantizando la continuidad del acompañamiento y la articulación con las intervenciones presenciales cuando estas se requieran.

En este marco, cuando durante la gestión remota el Gestor en Línea identifique que un usuario cumple con los criterios de priorización establecidos para alguna de las cohortes de riesgo y requiere un abordaje presencial o la formulación de un Plan de Bienestar, será el responsable de realizar el primer contacto, concertar con el usuario la visita del profesional correspondiente y efectuar la derivación mediante el registro en el aplicativo GTAPS.

Criterios de priorización, perfiles para la gestión y orden de abordaje

A continuación, se presenta la tabla con los criterios establecidos para cada una de las prioridades, el perfil responsable de realizar el primer contacto y la orientación del perfil encargado para realizar la derivación de los casos.

De igual manera, se define un orden de abordaje frente a las cohortes de riesgo, priorizando de manera progresiva a la población materna, la infancia, los casos de cáncer, salud mental, discapacidad, y condiciones crónicas. Esta organización responde a la necesidad de intervenir en primera instancia a los grupos con mayor vulnerabilidad y riesgo, asegurando la continuidad del cuidado y la articulación con las rutas de atención en salud.

Asimismo, se establece una clasificación de prioridades que orienta la periodicidad de los seguimientos remotos en aquellos casos en los que, posterior al primer contacto, el usuario acepte únicamente este tipo de acompañamiento. De igual manera, esta clasificación sirve como criterio para que el Gestor en Línea identifique el perfil responsable al que debe derivar el caso cuando, durante la gestión, se evidencie que el usuario cumple con los criterios definidos para la implementación de un Plan de Bienestar o requiere un abordaje presencial por parte de un Gestor de Bienestar o de otro profesional del equipo operativo, de acuerdo con la cohorte de riesgo y las necesidades identificadas.

- Tabla. Clasificación de prioridades y orden de abordaje*. Primer contacto por Gestor en Línea:*

cohorte de Riesgo	Orden de abordaje	Prioridad	Tipo de Prioridad	Perfil Primer contacto	Derivar a :
1. MATERNO PERINATAL	1	Alta	MME post egreso hospitalario.	Gestor en línea	Enfermería
	2	Alta	Usuarias con MME y alto riesgo de presentar complicaciones, identificadas por modelo predictivo. *	Gestor en línea	Gestor de bienestar
	3	Alta	Gestantes con resultados positivos en pruebas de tamización no adherentes o sin tratamiento.	Gestor en línea	Enfermería
	4	Alta	Gestantes con ITS - VIH.	Gestor en línea	Enfermería
	5	Alta	Gestantes con ITS - Sífilis.	Gestor en línea	Enfermería
	6	Alta	Gestantes con ITS - HB.	Gestor en línea	Enfermería
	7	Alta	Gestante sin CNP.	Gestor en línea	Enfermería
	8	Alta	Gestante con riesgo cardio cerebro vascular y metabólico, no adherente.	Gestor en línea	Enfermería
	9	Alta	Gestantes con Edades Extremas, NO ADHERENTE	Gestor en línea	Enfermería
	10	Alta	Gestante migrante y/o sin aseguramiento.	Gestor en línea	Gestor de bienestar
	11	Alta	Gestantes con Bajo Peso.	Gestor en línea	Enfermería

	12	Alta	Gestantes con obesidad.	Gestor en línea	Enfermería
	13	Alta	Gestantes con alerta en salud bucal.	Gestor en línea	Odontología
	14	Media	Gestantes sin riesgo identificado	Gestor en línea	Gestor de bienestar

Cohorte de Riesgo	Orden de abordaje	Prioridad	Tipo de Prioridad	Perfil Primer contacto	Derivar a :
2. INFANCIA	1	Alta	Recién nacidos pretérmino con Bajo Peso al Nacer sin adherencia al plan canguro.	Gestor en línea	Enfermería
	2	Alta	Recién nacido con sífilis congénita.	Gestor en línea	Enfermería
	3	Alta	Recién nacidos con Morbilidad neonatal - Sepsis.	Gestor en línea	Enfermería
	4	Alta	Recién nacidos con Morbilidad neonatal Asfixia.	Gestor en línea	Enfermería
	5	Alta	Cáncer Infantil.	Gestor en línea	Enfermería
	6	Alta	Recién nacido con defectos Congénitos.	Gestor en línea	Enfermería
	7	Alta	Menores de un año con Hipotiroidismo Congénito.	Gestor en línea	Enfermería
	8	Alta	Niños y niñas menores de 18 meses con antecedente de hospitalización por ERA perteneciente a cohorte de riesgo (prematurez, DNT, bajo peso al nacer, patologías crónicas, defectos congénitos) y reconsultantes o reingreso.	Gestor en línea	Enfermería
	9	Alta	Menores de 2 años con bronquiolitis o sibilante recurrente de alto riesgo sin control	Gestor en línea	Enfermería
	10	Alta	Menores post egreso de sala ERA no contactable o sin asistencia a control.	Gestor en línea	Enfermería
	11	Alta	Niños y niñas menores de 1 año con IRAG.	Gestor en línea	Enfermería
	12	Alta	Recién nacidos con tamizaje endocronometabólico positivo.	Gestor en línea	Enfermería
	13	Alta	Niños de 0 a 59 meses con indicador nutricional de DNT aguda moderada o severa inadherentes.	Gestor en línea	Enfermería
	14	Alta	Menores de 5 años con Desnutrición Aguda Moderada.	Gestor en línea	Enfermería
	15	Alta	Menores de 5 años con Desnutrición Aguda severa.	Gestor en línea	Enfermería
	16	Alta	Menores con riesgos en salud identificados por modelo predictivo.*	Gestor en línea	Gestor de bienestar
	17	Alta	Niños y niñas 0 a 59 meses con clasificación nutricional de riesgo de desnutrición aguda según indicador de peso para la talla entre -1.5 y -2.0 sin atención.	Gestor en línea	Gestor de bienestar
	18	Media	Niños o niñas menores de 1 mes con dificultades en el proceso de lactancia materna.	Gestor en línea	Enfermería
	19	Alta	Niñas o niñas menores de 5 años con presencia de tres o más episodios de Enfermedad diarreica Aguda (EDA) en el último mes sin control.	Gestor en línea	Enfermería
	20	Alta	Menores de 5 años con obesidad.	Gestor en línea	Enfermería
	21	Alta	Niños, niñas menores de 5 años con alerta en salud bucal.	Gestor en línea	Odontología
	22	Media	Niños menores de 5 años sin adherencia a las RIAS de PyM, que rechazan o no aceptan el agendamiento para la atención correspondiente.	Gestor en línea	Gestor de bienestar
	23	Media	Menores con esquema de vacunación incompleto para la edad	Gestor en línea	Gestor de bienestar

	24	Media	Menores sin riesgo identificado	Gestor en línea	Gestor en línea

Cohorte de Riesgo	Orden de abordaje	Prioridad	Tipo de Prioridad	Perfil Primer contacto	Derivar a :
3. CÁNCER	1	Alta	Cáncer de estómago: Usuario con sospecha sin definición de diagnóstico o tratamiento. Usuario con diagnostico sin tratamiento o no adherente	Gestor en línea	Enfermería
	2	Alta	Cáncer de mama: Usuario con sospecha sin definición de diagnóstico o tratamiento. Usuario con diagnostico sin tratamiento o no adherente	Gestor en línea	Enfermería
	3	Alta	Cáncer de colon recto: Usuario con sospecha sin definición de diagnóstico o tratamiento. Usuario con diagnostico sin tratamiento o no adherente	Gestor en línea	Enfermería
	4	Alta	Cáncer de Cuello Uterino: Usuario con sospecha sin definición de diagnóstico o tratamiento. Usuario con diagnostico sin tratamiento o no adherente	Gestor en línea	Enfermería
	5	Alta	Cáncer de próstata: Usuario con sospecha sin definición de diagnóstico o tratamiento. Usuario con diagnostico sin tratamiento o no adherente	Gestor en línea	Enfermería
	6	Alta	Otros tipos de cáncer: Usuario con sospecha sin definición de diagnóstico o tratamiento. Usuario con diagnostico sin tratamiento o no adherente	Gestor en línea	Gestor de bienestar
	7	Alta	Enfermedades huérfanas	Gestor en línea	Gestor de bienestar
	8	Media	Usuarios priorizados por modelo predictivo como alto riesgo de presentar alguna de los canceres priorizados	Gestor en línea	Gestor de bienestar

Cohorte de Riesgo	Orden de abordaje	Prioridad	Tipo de Prioridad	Perfil Primer contacto	Derivar a :
4. SALUD MENTAL	1	Alta	Violencia de genero - Prioridad 107	Gestor en línea	Psicología
	2	Alta	Conducta suicida en gestantes.	Gestor en línea	Psicología Clínica
	3	Alta	Conducta suicida en todos los cursos de vida	Gestor en línea	Psicología
	4	Alta	Casos de violencia sexual ejercida contra gestantes.	Gestor en línea	Psicología
	5	Alta	Violencia ejercida contra gestantes.	Gestor en línea	Psicología
	6	Alta	Maltrato infantil en niños, niñas y adolescentes (17 a, 11 m, 29 d)	Gestor en línea	Psicología
	7	Alta	Violencia sexual ejercida en niños, niñas y adolescentes	Gestor en línea	Psicología Clínica
	8	Alta	Menores de 14 años en gestación o Postparto, sin atención.	Gestor en línea	Psicología Clínica
	9	Alta	Casos de duelo asociado a suicidio consumado, muertes perinatales y moralidad materna	Gestor en línea	Psicología Clínica

	10	Alta	Usuarios con resultado de APGAR Familiar en disfunción severa. *	Gestor en línea	Gestor de Bienestar
	11	Alta	Usuarios con Factores de Riesgo Psicosocial; depresión, ansiedad, consumo de sustancias psicoactivas, violencias.*	Gestor en línea	Gestor de Bienestar
	12	Media	Usuarios priorizados por modelo predictivo.*	Gestor en línea	Gestor de Bienestar

*Para los casos en los que el Gestor en linea realice el primer contacto con el usuario, se aplicará el instrumento de valoración inicial definido para la cohorte de salud mental. De acuerdo con los resultados obtenidos en la evaluación de riesgo y los hallazgos identificados durante la interacción, se realizará la derivación al profesional de Psicología.

Cohorte de Riesgo	Orden de abordaje	Prioridad	Tipo de Prioridad	Perfil Primer contacto	Derivar a :
5. DISCAPACIDAD	1	Alta	Personas con discapacidad sin atenciones para su condición.	Gestor en línea	Terapeuta
	2	Alta	Personas con discapacidad sin adherencia a las RIAS con limitación de movilidad.	Gestor en línea	Terapeuta
	3	Alta	Persona con discapacidad y cuidador	Gestor en línea	Terapeuta
	4	Alta	Personas con discapacidad con adherencia a la RIAS.	Gestor en línea	Terapeuta
	5	Alta	Personas con dependencia funcional mayores de 60 años por condiciones crónicas o edad.	Gestor en línea	Terapeuta
	6	Media	Persona con discapacidad con red de apoyo y adherente a servicios de salud	Gestor en línea	Gestor de Bienestar
	7	Media	Persona con limitación funcional con baja dependencia y acceso a servicios de salud	Gestor en línea	Gestor de Bienestar

Cohorte de Riesgo	Orden de abordaje	Prioridad	Tipo de Prioridad	Perfil Primer contacto	Derivar a :
6. SOLEDAD SOCIAL	1	alta	Persona mayor entre 65 y 75 años que vive sola, permanece sola la mayor parte del día (>8 horas)	Gestor en línea	Trabajador social
	2	alta	Persona mayor entre 65 y 75 años identificada por comunidad como aislada, con bajo contacto familiar y sin participación social	Gestor en línea	Trabajador social
	3	Media	Persona que vive acompañada pero con interacción mínima, red débil o intermitente	Gestor en línea	Trabajador social
	4	Media	Persona con baja participación social y limitada interacción familiar	Gestor en línea	Trabajador social
	5	Baja	Persona con red parcial, participación ocasional	Gestor en línea	Trabajador Social

Cohorte de Riesgo	Orden de abordaje	Prioridad	Tipo de Prioridad	Perfil Primer contacto	Derivar a :

6. CCVM	1	Alta	Pacientes con muy alto riesgo cardiovascular (ACV, IAM, enfermedad renal crónica estadio 3b).*	Gestor en línea	Enfermería
	2	Alta	Paciente con patología Crónica NO controlado (cifras tensiones superiores 180/110 o Hemoglobina glicosilada mayor a 10%).	Gestor en línea	Enfermería
	3	Media	Persona con capacidad de gestar con intención reproductiva con patología crónica no adherente	Gestor en línea	Gestor de Bienestar
	4	Media	Persona con capacidad de gestar sin intención reproductiva con patología crónica sin método de regulación de la fecundidad.	Gestor en línea	Gestor de Bienestar
	5	Alta	Paciente con patología Crónica NO adherente, ultimo control > 12 meses.	Gestor en línea	Enfermería
	6	Alta	Usuarios con patología crónica con discapacidad sin atención	Gestor en línea	Terapeuta
	7	Media	Usuarios con patología crónica (HTA-DM) cuidadores de personas con alta dependencia.	Gestor en línea	Gestor de Bienestar
	8	Media	Usuarias con alto riesgo identificadas por modelo predictivo de cursar con una patología crónica o complicación a estas	Gestor en línea	Gestor de Bienestar
	9	Baja	Personas con resultado de tamizaje Framingham mayor a 20%, en la valoración por parte de medicina.	Gestor en línea	Enfermería
	10	Baja	Pacientes con patología crónica (DM e HTA) Adherentes a la RIAS.	Gestor en línea	Gestor de Bienestar
	11	Baja	Usuario con patología crónica (HTA-DM) no adherente a la RIAS con pérdida de pieza dental.	Gestor en línea	Odontología
	12	Media	Paciente con patología Crónica NO adherente, ultimo control entre 6 y 12 meses.	Gestor en línea	Gestor de Bienestar
	13	Media	Casos priorizados de Dislipidemia, con LDL superior a 130, sin control en los últimos 6 meses.	Gestor en línea	Gestor de Bienestar
	14	Baja	Usuario con condición crónica priorizada para validación de riesgo.	Gestor en línea	Gestor en línea

Cohorte de Riesgo	**Orden de abordaje**	**Prioridad**	**Tipo de Prioridad**	**Perfil Primer contacto**	**Derivar a :**
7. POBLACIÓN CON NECESIDADES DE ACCESO A SERVICIOS DE SALUD	1	Media	Usuarios con atenciones, tamizajes pendientes o sin adherencia a las RIAS	Gestor en línea	Gestor en línea

Nota: P*ara los casos en los que la tabla establezca como acción la derivación al Gestor de Bienestar, esta no deberá realizarse de manera automática.*

Previamente, el Gestor en Línea deberá valorar el riesgo, identificar las necesidades del usuario y gestionar las acciones que puedan resolverse mediante orientación, educación, gestión del riesgo o agendamiento de los servicios de salud correspondientes. ***Únicamente cuando, de acuerdo con los criterios definidos en los guiones de intervención y lineamientos técnicos de cada cohorte, se determine la necesidad de un abordaje presencial, se procederá con la derivación al Gestor de Bienestar correspondiente, efectuando el registro de la derivación en el aplicativo GTAPS.***

Por otra parte, conforme al enfoque del Modelo de Salud preventivo, predictivo y resolutivo basado en la Atención Primaria en Salud (APS), la gestión desarrollada por los gestores se orienta a la identificación temprana de riesgos y a la intervención oportuna, teniendo como eje central a la persona, la familia y la comunidad; en este marco, el abordaje no se limitará exclusivamente a los eventos actualmente parametrizados en el modelo predictivo. De manera progresiva, y conforme se definan y validen nuevos eventos o patologías priorizadas, estos se incorporarán paulatinamente en la asignación de casos de la estrategia de ruteo; en consecuencia, los equipos deberán acoger las actualizaciones técnicas emitidas y garantizar su aplicación en la gestión operativa, asegurando la continuidad e integralidad de la atención.

Así mismo, para los casos en los que la fuente cuente con la variable de pertenencia étnica, se realizara la derivación a los equipos étnicos diferenciales para el contacto inicial, es así como para los casos pertenecientes a comunidades afrodescendientes, palenqueras e indígenas Wounaan, el perfil encargado de realizar el contacto inicial será el gestor Comunitario. Para los casos pertenecientes al pueblo indígena Emberá, el perfil encargado será el Técnico en salud del Equipo Embera y para los casos con pertenencia al pueblo Rrom Gitano, el perfil encargado sera la profesional de enfermería responsable del abordaje diferencial de esta población.

Para el restante de casos en los que la fuente no cuente con dicha información, durante el contacto telefónico realizado por el gestor en línea, se verificará la pertenencia étnica de la persona usuaria. En los casos en que se identifique pertenencia a alguna comunidad étnica, se realizará la respectiva derivación a los equipos diferenciales de los Equipos Más Bienestar Hogar (EMBH), con el fin de garantizar una atención pertinente y acorde con los enfoques diferencial y étnico.

Para los casos cuya fuente de información corresponda a los Servicios Especializados Resolutivos (SER), el proceso de agendamiento deberá realizarse

de acuerdo con las necesidades de atención identificadas en cada usuario, teniendo en cuenta los servicios requeridos y la pertinencia de las atenciones pendientes. Esta gestión estará orientada a facilitar la vinculación efectiva de los usuarios a las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), contribuyendo a la continuidad de la atención, la gestión oportuna de las necesidades identificadas y al mejoramiento de las coberturas de los servicios.

2.7.1.1 Acciones en primer contacto telefónico

El gestor en línea y gestor de bienestar contará con la base de datos de los casos con prioridad y que han sido identificados y remitidos por las diferentes fuentes para el abordaje de los equipos Mas Bienestar; a partir de ello, realizará contacto telefónico con cada una de las familias, teniendo en cuenta el orden de abordaje relacionado en la tabla 1 (Criterios de priorización, perfiles para la gestión y orden de abordaje), *así como los guiones establecidos para la gestión de cada una de las prioridades, los cuales orientan la toma de decisiones a partir de la identificación de riesgos en salud y las acciones de educación a realizar.*

En este primer contacto telefónico, se definirá un estado inicial, donde para el caso de contactos efectivos (contactado), el gestor deberá adelantar las siguientes acciones durante la llamada:

- Confirmación de datos de ubicación:

  Se realizará la verificación de la dirección de residencia, números de contacto y demás datos de localización del usuario, con el propósito de asegurar que la información registrada sea actual y permita garantizar la continuidad en los procesos de atención y seguimiento.

- Confirmación de la condición de salud por la cual fue referido el caso:

  Se indagará con el usuario o su familia sobre la situación de salud que motivó la remisión del caso, con el fin de identificar si la condición de riesgo persiste, ha cambiado o ha sido resuelta. Esto permitirá orientar de manera adecuada las acciones a implementar, evitando duplicidad de intervenciones y garantizando pertinencia en la gestión del riesgo.

- Revisión de información en la historia clínica:

A través del Visor o del mecanismo dispuesto para tal fin, se revisará la historia clínica del usuario, verificando aspectos como asistencia a citas médicas, tratamientos instaurados, adherencia a los mismos, planes de manejo, evolución del caso etc. Esta información servirá como base para complementar la valoración y la toma de decisiones frente a las intervenciones requeridas.

- Revisión de frecuencias de uso según la Resolución 3280 de 2018:

Se verificará el cumplimiento de las frecuencias de uso establecidas en dicha resolución, con el objetivo de determinar si el usuario requiere ser derivado a una atención individual o colectiva, de acuerdo con su edad, condición de salud y factores de riesgo identificados.

- Indagación sobre la conformación familiar y otros riesgos en salud:

Se recopilará información relacionada con la estructura del hogar, identificando los integrantes de la familia y posibles riesgos en salud presentes, como enfermedades crónicas, eventos de interés en salud pública, situaciones de violencia, consumo de sustancias psicoactivas, entre otros. Esta indagación permitirá establecer prioridades de intervención y orientar la gestión hacia una mirada integral.

- Clasificación del riesgo:

Con base en la información recopilada y verificada, así como en lo referido por la familia, se procederá a clasificar el nivel de riesgo del usuario y su núcleo familiar. Esta clasificación será la guía para definir las acciones posteriores, el tipo de seguimiento requerido y la ruta de atención más adecuada.

A partir de la clasificación de riesgo realizada, el gestor deberá dar inicio a las acciones de promoción de la salud, ajustadas a la realidad y características de cada familia. Estas acciones estarán orientadas según:

- La conformación familiar indagada, identificando número de integrantes, edades y condiciones particulares, lo que permitirá adaptar los mensajes y actividades a cada contexto.
- Las necesidades específicas de la familia, de acuerdo con los riesgos identificados, las barreras de acceso a los servicios y las prioridades expresadas por los propios integrantes.

- Las campañas y acciones de información en salud vigentes, que respondan a alertas sanitarias, jornadas de vacunación, programas de salud pública y demás estrategias territoriales definidas por la SDS.
- Las actividades de promoción del cuidado, que incluyan orientación sobre hábitos saludables, prevención de enfermedades y uso adecuado de los servicios de salud, fortaleciendo la capacidad de autocuidado y gestión en salud dentro del hogar entre otras.

De esta manera, la gestión en línea no solo permitirá dar seguimiento a los riesgos, sino también acercar a las familias a intervenciones preventivas y educativas, contribuyendo al mejoramiento de sus condiciones de salud y bienestar.

De igual forma, como parte del plan de bienestar instaurado, se establece la concertación de compromisos con la familia y contactos presenciales por el equipo operativo. Para las familias que en el contacto telefónico se identifiquen con prioridad alta, se definirá el abordaje por el profesional de los equipos Mas bienestar que corresponda, quien se encargará de la implementación del plan de bienestar con las estrategias integrales que se requieran según a prioridad (Tabla de criterios, prioridades estrategias de plan de Bienestar familiar); en estos casos, el gestor en línea, debe informar a la familia el perfil y nombre del profesional que lo contactará posteriormente para su abordaje presencial en la vivienda. Simultáneamente el gestor en línea deberá hacer el registro de la fecha de concertación de la visita en la herramienta dispuesta para tal fin.

Por su parte, las familias con riesgo bajo que fueron contactadas por el gestor de bienestar se programaran para ser caracterizadas o continuar con seguimientos según la prioridad, para ello el gestor verificará si ya cuentan con caracterización en el hogar y la fecha de la misma, de manera que para las familias que no cuenta con caracterización o que esta fue hace más de un año, en la misma llamada, se concerté la visita a realizar para su caracterización o actualización, según corresponda y se genere el agendamiento para visita en el hogar. En caso de contar con caracterización menor a un año, el gestor de más bienestar continuará con seguimientos acorde a la periodicidad establecida según prioridad familiar.

Así mismo, para los casos asignados al gestor en línea, se deberán ejecutar todas las acciones previamente descritas y establecidas para realizar durante la llamada. En estos casos, la acción principal será el agendamiento de citas en los servicios especializados resolutivos, de acuerdo con la necesidad que motivó el ingreso del caso a la estrategia de ruteo.

Es importante señalar que, para los usuarios que requieran realizar caracterización, actualización o que se encuentren en estado de “no contactado” (después de tres intentos fallidos en momentos diferentes), se deberá efectuar la visita de manera presencial.

En estos casos, el tiempo máximo para la visita será el siguiente:

- Gestantes: dentro de las 48 horas posteriores al último intento de contacto telefónico.
- Menores de 5 años: dentro de las 72 horas.
- Personas con condiciones crónicas: hasta una semana para realizar el acercamiento presencial, con el fin de llevar a cabo la acción definida por el gestor, de acuerdo con el intento de contacto telefónico.

En caso de que los tres intentos de contacto sean reportados como fallidos por el gestor en línea, este deberá realizar la derivación al gestor de bienestar, quien será el encargado de llevar a cabo la caracterización o actualización correspondiente.

Así mismo, como parte del plan de cuidado instaurado, se encuentran las derivaciones que se requieran a los diferentes actores sectoriales, intersectoriales y comunitarios, según las necesidades de la familia. Esto, a través de los mecanismos de activación de rutas mediante aplicativo SIRC, agendamiento de citas en cada subred, agendamiento en los canales dispuestos por las EPS.

Al finalizar el contacto telefónico, el gestor en línea deberá registrar en el aplicativo GTAPS todas las acciones realizadas durante la gestión. Además, deberá garantizar el registro de un estado de gestión del caso conforme a las siguientes precisiones:

- **No contactado 1 y 2:** En caso de no lograrse establecer contacto telefónico con el usuario en el primer intento, se deberán realizar al menos dos intentos adicionales en fechas y horarios distintos y si luego de tres intentos telefónicos no es posible contactar al usuario, se deberá derivar el caso al gestor de bienestar correspondiente. El objetivo es realizar una verificación en campo en la dirección registrada para validar la ubicación del usuario y concertar una visita presencial.
- **Predio no residencial:** Estado que hace referencia a los usuarios cuya dirección, al ser verificada y contrastada con la base de datos de uso del suelo, corresponde a inmuebles o espacios de uso no residencial, tales

como centros comerciales, aeropuertos, cementerios, u otras instalaciones similares. En estos casos, no se requiere realizar desplazamiento a campo para la validación de la dirección, dado que el predio identificado no corresponde a una vivienda.

Contactado:
Corresponde a los casos en los que se logra establecer comunicación efectiva con el usuario. A partir de este contacto, se podrá definir alguno de los siguientes estados de gestión, según la información suministrada y la disposición del usuario:

- **Programa atención:** Corresponde a un contacto telefónico efectivo en el cual el usuario acepta la atención, y se logra la concertación y programación de la visita por parte del equipo correspondiente de MAS Bienestar, según la información suministrada por la familia a través del canal telefónico.
- **Rechazada:** Casos en que el usuario manifiesta explícitamente que no desea recibir la atención ni la visita por parte de los Equipos operativos.
- **Rechazada – acepta educación:** Corresponde a los casos en los que el usuario manifiesta no aceptar las acciones por parte de los Equipos Operativos; sin embargo, expresa su disposición a recibir acciones de educación en salud, de acuerdo con su condición de salud y la clasificación de riesgo previamente establecida.
- **Fallecido:** Categoría aplicable a los casos en los que se reporta que el usuario ha fallecido.
- **Fuera de la Cuidad**: Corresponde a los casos en los que, según la información suministrada por el usuario, su lugar de residencia actual se encuentra por fuera de la ciudad de Bogotá.
- **Otra subred:** Casos en que se identifique que el usuario según su dirección del lugar de residencia se ubique en otra subred diferente a la que se encuentra asignado.
- **No requiere visita con gestión efectiva:** Casos en que de acuerdo con revisión de atenciones en historia clínica o cruces de bases de datos de las atenciones de las RIAS se identifique que el usuario cuenta con atenciones en donde se haya dado respuesta la necesidad por la cual está ingresando a la estrategia de ruteo. (Aplica para los casos remitidos para atención individual, en que se puede verificar en historia clínica ultimas atenciones según frecuencias de uso).
- **Actualizar información de la misma subred:** Corresponde a los casos en los que, tras el contacto telefónico con el usuario, se logra actualizar la

información de ubicación, identificando que reside en una localidad o zona distinta, pero que aún pertenece a la misma subred en la que fue inicialmente asignado. Esta actualización permite redireccionar la gestión sin necesidad de reasignar a otra subred.

- **No cumple criterio:** Corresponde a los casos en los que, a pesar de lograrse el contacto telefónico y realizar la verificación de condiciones de salud y actualización de datos, se determina que el usuario no pertenece a ninguna de las cohortes de riesgo priorizadas para la atención por parte de los Equipos Operativos. Sin embargo, el usuario manifiesta su interés en recibir la visita domiciliaria, aunque no cumpla con los criterios definidos para la intervención.
- **Cambio de prioridad:** Aplica en los casos en que, tras establecer contacto telefónico y verificar las condiciones de salud del usuario, se identifica que pertenece a una cohorte priorizada, pero con una variación en la clasificación del riesgo frente a la inicialmente registrada. Aunque el grupo de riesgo ha cambiado, el usuario sigue siendo parte de la población priorizada para la intervención de los Equipos Operativos.

2.7.1.2 Programación de contacto presencial por parte de profesionales:

- Concertar visita: El gestor de bienestar en línea realizará la concertación de la visita para la derivación a los planes de bienestar familiar e individual.
- Agendar visita: Posterior a la concertación, se deberá programar la visita con el perfil operativo que corresponda, de acuerdo con la priorización del usuario y la población priorizada.
- Verificar información: Antes de agendar, se deberá revisar si el usuario cuenta con caracterización familiar o con planes de bienestar previamente abiertos, con el fin de evitar duplicidades y asegurar la continuidad del proceso.
- Casos de medicina: Cuando se requiera derivación al perfil de medicina y el usuario no esté caracterizado, se deberá programar al gestor de bienestar para adelantar dicho proceso.
- Registrar información: El agendamiento deberá realizarse en el aplicativo definido para tal fin, y toda la información resultante deberá consignarse en GTAPS o en la herramienta oficialmente dispuesta.
- Construir agendas: El gestor en línea deberá consolidar progresivamente las agendas de los perfiles operativos, considerando:
    - La gestión de casos ingresados a través de la estrategia de ruteo.
    - La disponibilidad de tiempo de cada perfil operativo.

- Las demás actividades asignadas a dichos perfiles, distintas a la estrategia de ruteo.

2.7.2 Actividad 2. Agendamiento para la Gestión Integral del Riesgo en los SER Servicios especializados resolutivos

Los usuarios que serán objeto de agendamiento en las Servicios especializados resolutivos podrán ingresar por las siguientes fuentes:

- Solicitud de agendamiento realizada por gestores y profesionales:

El gestor en línea contará como insumo para el agendamiento con los usuarios a quienes se les haya realizado solicitud de servicios a través del aplicativo GTAPS, y cuyas órdenes hayan sido identificadas como pendientes en las acciones colectivas o hayan sido ordenadas en el marco de las acciones individuales.
El agendamiento se llevará a cabo conforme a la disponibilidad de agendas de cada Subred, considerando las necesidades identificadas por los equipos Más Bienestar durante el contacto telefónico o en el territorio.
Este proceso incluirá consultas relacionadas con la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud, atenciones resolutivas, especialidades o procedimientos, especialmente en los casos de órdenes pendientes de asignación previamente identificadas por los equipos operativos. Asimismo, el gestor en línea apoyará la gestión de citas para usuarios clasificados como Tipo 4, en aquellos casos en los que el perfil operativo no haya logrado realizar el agendamiento durante su intervención con la familia.

- Identificación en búsqueda activa por parte de los gestores en línea

Otra fuente de ingreso corresponde a los usuarios identificados en el marco de las acciones de búsqueda activa adelantadas por los gestores en línea. En el marco de la implementación de acciones realizadas con las familias, se identificarán los usuarios susceptibles de recibir atenciones individuales. El profesional de enlace de la EPS direccionará técnicamente el ejercicio de búsqueda activa de aquellos usuarios a quienes aplique y que requieran dichas atenciones por parte de los Equipos Más Bienestar en tu Hogar. Estos casos deberán ser verificados por el grupo de gestores en línea, mediante la revisión de las frecuencias de uso según lo establecido en la Resolución 3280 de 2018 y considerando los contratos que la Subred tenga vigentes con las EPS. Para ello, es importante que la Subred realice

las gestiones pertinentes con el fin de obtener las autorizaciones necesarias para llevar a cabo estas atenciones cuando así se requiera.

De igual forma, el gestor en línea tendrá la facultad de realizar el agendamiento de citas correspondientes a la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud, siempre que estas contribuyan a la gestión integral del riesgo y al fortalecimiento del ingreso oportuno a las rutas de atención.

Nota: Se contará con la disponibilidad de un gestor en línea en los horarios que se ajusten a la operación de las acciones desarrolladas por los equipos Mas Bienestar en el marco de la estrategia con población habitante de calle. El propósito será realizar el agendamiento de citas para esta población, conforme a lo establecido en la ficha de Acción de Bienestar: Jornadas MAS Bienestar en habitanza en calle.

2.7.2.1 Proceso de recordación y verificación de asistencia a citas

Con el fin de fortalecer el proceso de agendamiento y promover la asistencia a las citas programadas, se llevará a cabo un proceso de recordación de citas y verificación de la asistencia de los usuarios.

El gestor en línea realizará seguimiento a las citas agendadas por los perfiles operativos durante el desarrollo de sus intervenciones, dirigidas a integrantes de familias clasificadas en el grupo de riesgo 4. Así mismo, hará seguimiento a las citas que él mismo haya agendado a partir de las solicitudes generadas por el equipo operativo.

- **Recordación de la cita**

El gestor en línea realizará un proceso de recordación previo al día de la cita, mediante contacto telefónico y/o a través de los canales de comunicación dispuestos. El objetivo será informar al usuario la fecha, hora, lugar y tipo de cita asignada.

- ✓ En caso de que el usuario manifieste la necesidad de cancelar la cita, el gestor en línea brindará la orientación correspondiente para su reprogramación.
- ✓ Si la cita corresponde a atención en una Unidad Básica Resolutiva que no pertenezca a la subred, se orientará al usuario sobre el procedimiento de cancelación a través de los canales establecidos por la EPS.

- **Verificación de asistencia**

El gestor en línea verificará la asistencia o inasistencia del usuario a la cita programada mediante contacto telefónico o consulta en la historia clínica, según la disponibilidad de la información.

- ✓ En los casos de inasistencia, se deberá registrar el motivo en la herramienta designada para tal fin.
- ✓ Posteriormente, la información de inasistencias será consolidada y enviada, con el apoyo del profesional de enlace de EPS, a cada entidad correspondiente para su análisis y solicitud de autorizaciones de acuerdo con el procedimiento que tenga establecido cada SISS.
- ✓ En caso de aprobación de la atención, se iniciará nuevamente el proceso de agendamiento con el equipo operativo, garantizando la atención individual al usuario.

Para todo el proceso de agendamiento, la información deberá ser registrada en el aplicativo dispuesto, con el objetivo de garantizar un adecuado seguimiento, trazabilidad y control de las citas programadas.

2. 7.3 Actividad 3. Seguimiento Familiar.

Los gestores en línea tendrán a su cargo las actividades de seguimiento telefónico, tanto a familias abordadas por los gestores de bienestar de manera presencial, como en los siguientes casos donde el abordaje es netamente remoto:

- Familias prioritarias de estratos 1 y 2 que no aceptan abordaje presencial:
  - El seguimiento se realizará a todas aquellas familias clasificadas como casos prioritarios.
  - En los casos en que no se acepte la visita presencial por parte de un gestor o profesional, el contacto de seguimiento deberá iniciarse un mes después del rechazo.
- Usuarios sanos de estratos 3 al 6 que no han sido caracterizados:
  - Estos usuarios ingresarán al seguimiento en línea.
  - Se deberán ejecutar las acciones previamente establecidas para la gestión del riesgo a través de contacto telefónico.

- Usuarios que, en el primer contacto telefónico realizado a los casos ingresados a través de la estrategia de ruteo, manifiestan no estar dispuestos a recibir visitas o seguimientos de manera presencial, pero aceptan participar en un esquema de seguimientos telefónicos orientados al monitoreo y la gestión de riesgos, de acuerdo con sus condiciones de salud.
- *Usuarios abordados por la estrategia MAS Compañía, MAS Bienestar, que atiende personas en soledad social que terminan el proceso de acompañamiento por parte del profesional Trabajador social; aplicando la Escala UCLA, de Soledad Social.*

Estos seguimientos buscan garantizar la continuidad del cuidado en salud mediante un acompañamiento continuo y sistémico. Este permite monitorear periódicamente el estado de salud, reforzar la adherencia a tratamientos, orientar sobre el uso de los servicios y detectar signos de alarma que requieran intervención presencial o derivación. Con ello se busca anticipar complicaciones, reducir riesgos asociados y garantizar la integralidad en la atención, optimizando al mismo tiempo los recursos disponibles del sistema de salud. Los seguimientos serán realizados

La frecuencia de los seguimientos se establecerá de acuerdo con la clasificación familiar (ver tabla de clasificación de prioridades) y su desarrollo deberá quedar registrado en el aplicativo en línea:

- **F**amilia con prioridad alta: 3 seguimientos anuales. El primero se realizará a los tres meses a partir del último contacto con la familia (Para el caso de familias con abordaje presencial, se tienen en cuenta tanto los abordajes de gestor, como de profesionales).
- Familia con prioridad media: 2 seguimientos anuales, a partir del último contacto con la familia garantizando un intervalo mínimo de 4 meses entre cada seguimiento (Para el caso de familias con abordaje presencial, se tienen en cuenta tanto los abordajes de gestor, como de profesionales).
- Familia con prioridad baja: 1 seguimiento anual, a partir de la fecha del último contacto con la familia, con un intervalo mínimo de 6 meses respecto al contacto inicial (Para el caso de familias con abordaje presencial, se tienen en cuenta tanto los abordajes de gestor, como de profesionales).

En caso de que, en el seguimiento remoto, se identifique factores de riesgo latentes, signos de peligro de muerte, no adherencia a rutas de riesgo de

población priorizada, entre otros, se deberá remitir el caso al gestor de bienestar correspondiente para su seguimiento presencial.

Dentro de este proceso se incluyen las siguientes acciones:

- Verificación del cumplimiento de los compromisos concertados con la familia en el abordaje previo realizado de manera presencial o remota.

Actualización de las condiciones de vida y de salud, incluyendo novedades asociadas a sucesos vitales (nacimiento de nuevos integrantes, recomposición familiar, entre otros). *En caso de encontrar una nueva gestante o recién nacido, se debe realizar derivación a gestor de bienestar.*

- Concertación de nuevos compromisos conforme a las condiciones actuales de salud y contexto familiar.
- Realización de derivaciones y activación de rutas en caso de identificar necesidades individuales o familiares.
- Realizar el agendamiento de citas, según corresponda, con el fin de complementar y fortalecer la continuidad en la atención.

Estas acciones permiten reducir riesgos, prevenir complicaciones y garantizar que la población priorizada reciba un cuidado oportuno, integral y centrado en sus necesidades.

Nota: Para los casos correspondientes a gestantes sin CNP, el seguimiento remoto deberá realizarse al mes del primer contacto con la usuaria y mantenerse de manera periódica hasta completar tres (3) seguimientos remotos. Posteriormente, el seguimiento continuará con periodicidad trimestral.

Estos seguimientos tendrán como propósito verificar la adherencia de la usuaria a los controles prenatales establecidos, identificar de manera oportuna alertas o condiciones de salud relevantes y realizar el monitoreo de situaciones que requieran orientación, canalización o ajustes en el plan de bienestar, de acuerdo con los lineamientos técnicos definidos.

2.7.4 Actividad 4. Gestión de usuarios asignados a los servicios Especializados Resolutivos (SER)

Para el desarrollo de esta actividad, los Gestores en Línea estarán organizados por Servicios Especializados Resolutivos (SER), bajo la coordinación y seguimiento permanente del Líder Operativo, quien orientará técnicamente la

ejecución de las acciones y velará por el cumplimiento de los lineamientos y actividades establecidas.

Para los casos cuya fuente de información corresponda a los Servicios Especializados Resolutivos (SER), la gestión de los Gestores en Línea estará orientada a facilitar el acceso efectivo de los usuarios a los servicios de salud requeridos, de acuerdo con las necesidades de atención identificadas. En este sentido, el proceso de gestión y agendamiento deberá considerar las atenciones pendientes, las necesidades identificadas y la pertinencia de los servicios requeridos, con el propósito de favorecer la vinculación y continuidad de los usuarios en las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) y contribuir al mejoramiento de las coberturas de los SER.

La gestión de estos usuarios comprenderá la validación de la necesidad de atención, orientación sobre los servicios requeridos, direccionamiento y/o agendamiento de las atenciones correspondientes y seguimiento a los resultados de la gestión. Cuando durante el contacto se identifiquen necesidades adicionales o condiciones de riesgo que correspondan a alguna de las cohortes priorizadas, el caso será derivado de acuerdo con los criterios establecidos para su abordaje.

Adicionalmente, La gestión de los usuarios estará orientada a identificar las atenciones e intervenciones pendientes de acuerdo con su curso de vida, sexo, condiciones de riesgo y necesidades identificadas, promoviendo y gestionando su acceso mediante acciones de orientación y agendamiento, cuando corresponda. Estas acciones podrán incluir, entre otras, tamizaje de cáncer de cuello uterino, tamizaje de cáncer de próstata, tamizajes de riesgo cardiovascular y metabólico, planificación familiar, atención preconcepcional y demás intervenciones de las RIAS que sean pertinentes para cada usuario.

La gestión de los usuarios asignados se desarrollará en el marco del proceso de ruteo definido para la estrategia Más Bienestar. A través de contacto telefónico y seguimiento remoto, los Gestores en Línea realizarán acciones de identificación, validación y gestión integral del riesgo, orientadas por los guiones técnicos definidos para cada cohorte priorizada. Estos guiones establecen los criterios de valoración, las preguntas orientadoras, las acciones de gestión y las rutas de actuación requeridas según las condiciones identificadas en cada usuario, permitiendo estandarizar la intervención y orientar la toma de decisiones durante la gestión remota.

En este proceso se realizará la verificación y actualización de datos de contacto, la confirmación de condiciones de salud, la identificación de barreras de acceso a los servicios, la clasificación del nivel de riesgo, la validación de adherencia a las Rutas Integrales de Atención en Salud y la orientación frente a las necesidades identificadas.

De igual manera, los Gestores en Línea desarrollarán acciones de educación en salud orientadas al fortalecimiento del autocuidado, la adherencia a tratamientos, la promoción de hábitos saludables y el reconocimiento oportuno de signos y síntomas de alerta, contribuyendo a la gestión preventiva del riesgo y al fortalecimiento de capacidades individuales y familiares para el cuidado de la salud.

La gestión estará dirigida principalmente a usuarios pertenecientes a cohortes priorizadas definidas por la Secretaría Distrital de Salud, entre las que se encuentran gestantes, primera infancia, personas con discapacidad, personas con enfermedades crónicas, usuarios con necesidades en salud mental, personas con diagnóstico o sospecha de cáncer y demás poblaciones objeto de seguimiento.

Como resultado de la gestión realizada durante la gestión remota, el Gestor en Línea facilitará el acceso oportuno a los servicios requeridos mediante la activación de rutas de atención, el direccionamiento a la red prestadora según el aseguramiento, el agendamiento de citas y la orientación sobre la oferta institucional disponible. Asimismo, Cuando se identifiquen situaciones que requieran intervención presencial, barreras sociales, dificultades de acceso o condiciones que excedan el alcance de la gestión remota, el caso será derivado al Gestor de Bienestar Territorial o o al profesional correspondiente según la necesidad identificada, para garantizar la continuidad del abordaje, la implementación de acciones complementarias de gestión del riesgo y el acompañamiento integral en el entorno hogar.

Todas las acciones desarrolladas deberán ser registradas en el aplicativo institucional GTAPS, garantizando la trazabilidad de la gestión realizada, el seguimiento de los casos, la activación de rutas de atención y el monitoreo permanente de los resultados obtenidos en el marco de la estrategia Más Bienestar.

2.7.5 Actividad 5. Abordaje Territorial.

En caso de haber culminado la totalidad de los abordajes correspondientes a las actividades 1 a la 3, el gestor en línea realizará el abordaje en territorio en

articulación con el gestor técnico asignado, con el fin de ampliar la cobertura de los sectores definidos en el marco de la apropiación territorial. Estas acciones estarán orientadas a apoyar la identificación de familias y la gestión del riesgo en el territorio.

El gestor en línea deberá adelantar el 100% de las actividades y entregables definidos en esta acción de bienestar, excepto la toma de signos vitales y medidas antropométricas.

Nota Técnica:

En caso de requerirse y a partir del direccionamiento de la Secretaría Distrital de Salud (SDS), los Gestores en Línea podrán desarrollar acciones complementarias orientadas a fortalecer la gestión integral del riesgo y la efectividad de las intervenciones realizadas sobre la población priorizada. Estas acciones podrán implementarse mediante estrategias diferenciales, jornadas intensificadas, contingencias operativas, seguimientos focalizados u otras actividades que se requieran para dar respuesta a situaciones específicas de salud pública o cohortes priorizadas.

2.8 Tabla resumen de la acción de bienestar:

Nombre de la actividad	Periodicidad	Perfiles del talento humano	Entregables
Apropiación Territorial	Acorde a necesidad dada la asignación de talento humano a sectores no apropiados previamente, que requieren actualización o por direccionamiento de la SDS	Bachiller (Operativo)	· Cronograma de actividades e insumos preparados (mapas base, matrices, cartografía, datos catastrales y poblacionales) · Mapa con registro del ejercicio de cartografía realizado por el gestor. · Matriz de información cuantitativa y cualitativa, con el registro realizado por parte del gestor. · Comité Territorial en el que participa todo el equipo: Actas de reunión e informe acorde a lo establecido desde la SDS.

Nombre de la actividad	Periodicidad	Perfiles del talento humano	Entregables
			· Para el caso de gestores nuevos que son asignados a territorios apropiados previamente por otro perfil: Acta de reunión que soporte la revisión y análisis de información correspondiente a la apropiación territorial realizada en su momento al territorio (Cartografía, matriz, informe y conclusiones de comité de cuidado).
Gestión de la estrategia de abordaje mediante ruteo. Gestión de usuarios asignados a los SER Servicios especializaos resolutivos	Mensual	Bachiller (Operativo)	Plano Ruteo con la gestión de los casos, registro de acciones en llamada telefónica y derivaciones. Registro de agendas a profesionales de los EMBH para el desarrollo de planes de bienestar.
Agendamiento para la Gestión Integral del Riesgo en unidades básicas resolutivas	Mensual	Bachiller (Operativo)	Plano de agendamiento con registro de citas agendadas, recordación de citas y verificación de asistencia. Registro de agendas a profesionales de los EMBH para la atención de usuarios inasistentes.
Seguimiento Familiar.	Mensual	Bachiller (Operativo)	***Seguimiento a familias que no aceptan abordaje presencial:*** Plano Ruteo con la gestión de los casos, módulo de seguimiento remoto con registro de acciones en llamada telefónica y derivaciones. ***Seguimiento a familias con abordaje presencial:***

Nombre de la actividad	Periodicidad	Perfiles del talento humano	Entregables
			Plano de Plan de Bienestar con evaluación de compromisos y registro de novedades. *Escala UCLA de Soledad Social en usuarios que finalizan la estrategia MAS Compañía, MAS Bienestar.*
Abordaje territorial	Mensual	Bachiller (Operativo)	Entregables definidos en la acción de bienestar Abordaje Territorial, excepto la toma de signos vitales y medidas antropométricas

Adicionalmente a los indicadores establecidos, como parte del proceso de monitoreo y seguimiento de la estrategia, se realizará el control periódico de aspectos operativos y de gestión que permitan evaluar el avance en la ejecución de las acciones desarrolladas por el equipo. Estos puntos de control servirán como insumo para el análisis operativo, la toma de decisiones y el seguimiento al cumplimiento de las actividades definidas, y serán reportados de acuerdo con los requerimientos de la Secretaría Distrital de Salud (SDS) y/o a través de los informes trimestrales de gestión.

3. Acción de Bienestar:

3. Abordaje Territorial - Gestor de Bienestar.

4. Abordaje Territorial en Zonas de Ruralidad Cercana.

5. Abordaje Territorial en Zonas de Ruralidad Dispersa.

3.1. Conceptualización de los elementos centrales de la acción de bienestar.

Hace referencia al contacto y atención inicial para las familias ubicadas en los sectores catastrales apropiados con quienes se emprenden las acciones de caracterización del entorno hogar, la familia y sus integrantes para el reconocimiento de determinantes de la salud y la identificación oportuna de los riesgos, que orienta la gestión de respuestas efectivas ante las necesidades y alertas en salud identificadas.

Con las familias abordadas se desarrollan acciones promocionales para el cuidado de la salud y fortalecimiento de capacidades de la familia, de acuerdo a sus características poblacionales, familiares, territoriales, etc.; así mismo se desarrollan actividades de gestión de riesgos en salud que permitan la eliminación de barreras de acceso, la implementación de acciones colectivas e individuales, y la activación a rutas integrales de servicios de salud y las que se requieran a nivel intersectorial. A partir del accionar de los gestores de bienestar, se activan el accionar de los perfiles del equipo interdisciplinario que desarrollan planes de bienestar con estrategias integrales que permiten el acompañamiento y cuidado continuo de las familias, acorde a sus prioridades, necesidades y expectativas en salud.

3.2. Objetivo General

Favorecer el cuidado integral de la salud a partir de acciones de primer contacto con las familias del distrito para el reconocimiento y necesidades y expectativas en salud, así como la gestión de respuestas efectivas, continuas, integradas y resolutivas, mediante el desarrollo de acciones promocionales y de gestión del riesgo que incluyen la activación de planes de bienestar por el equipo interdisciplinario de MAS Bienestar en tu Hogar, y otros actores sectoriales e intersectoriales.

3.3 Población sujeto

Cada uno de los gestores de bienestar desarrolla sus acciones con las familias residentes en los sectores catastrales que son apropiados. En dichos territorios se abordan poblaciones prioritarias y población general hasta alcanzar el 100% de la población de cada sector catastral.

3.4. Talento humano:

Gestores de Bienestar. Técnicos Auxiliares de enfermería o en Salud Pública.

3.5 Unidad de medida

Familia. Corresponde a cada una de las familias intervenidas en los territorios y por criterios priorizados para el abordaje territorial.

3.6. Forma de reporte de ejecución del producto

- El reporte de la acción de bienestar se realiza con una periodicidad mensual, donde se deben relacionar el número de familias que fueron intervenidas durante el mes, con el desarrollo de todas las actividades que integra el producto. Se reportará una unidad por cada familia abordada de manera

presencial en las actividades de caracterización, actualización o seguimiento, o una unidad por cada 5 familias con contacto efectivo de manera remota, con quienes se adelante procesos de identificación de riesgos, concertación de plan de cuidado y acciones de promoción de la salud y derivaciones, acorde a la prioridad.

- Reporte de una unidad por las acciones adelantadas en los casos de alta gestión, garantizando la continuidad y integralidad del cuidado de la salud.
- Para el caso de los perfiles que participan en jornadas de intensificación requeridas desde la Secretaría Distrital de Salud, se reportarán 2 unidades cuando se trate de media jornada y 3 cuando sea jornada completa, por cada gestor que participe.

Una vez se adelanten jornadas de apropiación territorial, se podrán reportar 10 unidades para el desarrollo de las actividades y entregables definidos en la ficha técnico-metodológica de Apropiación Territorial a realizar una vez al año acorde a direccionamiento de la SDS. Si se trata de gestores nuevos en el proceso, que adelantarán la apropiación de sectores catastrales que previamente ya han sido reconocidos por otro gestor; podrán reportar 2 unidades correspondientes a tiempos en los que pueda hacer la verificación de los entregables que se diligenciaron en su momento a partir de los recorridos y análisis de las condiciones territoriales.

3.7. Descripción de la acción de bienestar:

3.7.1. Actividad 1. Contacto inicial.

Los gestores de bienestar adelantan el abordaje de los sectores catastrales que previamente han sido apropiados, y que, con apoyo de los profesionales del componente geográfico, son verificados, para poder adelantar procesos de microplaneación territorial y definir las coberturas alcanzadas, poblaciones pendientes por intervención, orden de abordaje, necesidades de actualización y seguimiento, entre otros factores.

Cada uno de los sectores catastrales en los que se encuentran los gestores de bienestar, cuentan también con el equipo interdisciplinario conformado por perfiles de medicina, enfermería, psicología, nutrición, terapias, odontología, trabajo social y ciencias ambientales que también se encuentran asignados a los sectores catastrales, con una intensidad y concentración según necesidad, de manera que a partir del trabajo mancomunado se logre la coordinación necesaria para la respuesta integral a las necesidades y expectativas en salud identificadas en las

familias abordadas, a través de las intervenciones colectivas e individuales definidas en el marco de los planes de bienestar.

Los gestores deberán adelantar los procesos de abordaje y seguimiento a la población residente en el sector catastral asignado, a partir de la identificación de necesidades, principales determinantes sociales en salud, procesos protectores y deteriorantes; de este modo, a medida que se avanza en el abordaje del sector, se contará con el conocimiento pleno de las prioridades de las familias, para poder generar acciones complementarias activando profesionales de los Equipos de MAS Bienestar en tu Hogar, acciones del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PSPIC) y otros a nivel sectorial e intersectorial.

Este conocimiento pleno del sector catastral, es el que permite adelantar el abordaje planeado y eficiente de las familias que están en cada sector catastral, así como tener el monitoreo del avance, que periódicamente será analizado en el marco de Comités Territoriales con el resto del equipo interdisciplinario.

Las acciones desarrolladas por los gestores de bienestar serán acordes a los procesos de análisis y microplaneación que se realizan en el nivel de gestión territorial y planeación conjunta con el gestor en línea y el profesional de ruteo, de manera que se logre la implementación de dos estrategias principales para el contacto inicial:

Ruteo para la búsqueda de casos específicos de poblaciones de riesgo

Cada perfil, a partir de la asignación territorial, tendrá apropiadas un número de familias, que constituye la población sujeta de intervención del gestor y los demás integrantes del equipo, de manera que, a partir de un proceso conjunto, mancomunado e integral, se desarrollen y viabilicen los planes de bienestar necesarios para garantizar el cuidado de la salud y bienestar de las familias, a partir de la gestión y reducción de riesgos, y el desarrollo de capacidades para el cuidado.

El gestor deberá realizar la identificación y apropiación del sector catastral asignado, para el reconocimiento de las características de la población que allí habita y que ha sido asignada para su intervención.

La estrategia ruteo se constituye en la primera forma de abordaje presencial por parte de los gestores de bienestar. Para ello, se debe tener en cuenta el orden de abordaje definido para las diferentes cohortes de riesgo priorizadas para el

contacto presencial, y sólo al agotar la gestión de las familias reportadas al ruteo, se podrá dar inicio al abordaje mediante barridos casa a casa.

Cada gestor deberá consultar en el módulo de ruteo del aplicativo GTAPS, los casos que le fueron asignados para su gestión, conforme a su apropiación territorial; a partir de ello, deberá planear su abordaje según las prioridades remitidas y siguiendo el orden por cohorte y prioridad, y las orientaciones técnicas por cada una de ellas, en términos de identificación de riesgos de salud, acciones de educación para el cuidado de la salud y de gestión integral del riesgo a través de las derivaciones que se requieran.

La estrategia de ruteo está dirigida al abordaje de casos que son priorizados a partir de diferentes procesos de articulación con actores sectoriales o intersectoriales, donde se adelanta la identificación de familias que requieren la atención por los Equipos MAS Bienestar en tu Hogar. Este proceso se lleva a cabo de manera conjunta y articulada con los gestores en línea quienes tienen a cargo el contacto de las familias referidas por diferentes fuentes y que posteriormente son derivados a los profesionales del equipo acorde a prioridad; sin embargo, algunos casos son priorizados para el abordaje directamente del gestor de bienestar, por lo que este perfil debe adelantar la gestión tanto remota como presencial de los casos asignados a través del módulo de ruteo del aplicativo GTAPS, los cuales corresponden a prioridades que se encuentran en su sector catastral y que pueden tener respuesta desde su accionar.

Para ello, el gestor de bienestar desarrollará las acciones definidas en la *Actividad 1. Gestión de la estrategia de abordaje mediante ruteo; 2.7.1.1 Acciones en primer contacto telefónico,* descrita en la acción de bienestar de *Gestor de Bienestar en Línea*, donde se detallan cada uno de los pasos a seguir y entregables de este contacto. Tabla. Clasificación de prioridades y orden de abordaje.

- *Primer contacto por Gestor de Bienestar:*

cohorte de Riesgo	Orden de abordaje	Prioridad	Tipo de Prioridad	Perfil Primer contacto
1. MATERNO PERINATAL	1	Alta	Usuarias con MME y alto riesgo de presentar complicaciones, identificadas por modelo predictivo. *	Gestor de bienestar
	2	Alta	Gestante migrante y/o sin aseguramiento.	Gestor de bienestar
	3	Media	Gestantes sin riesgo identificado	Gestor de bienestar

Cohorte de Riesgo	Orden de abordaje	Prioridad	Tipo de Prioridad	Perfil Primer contacto
2. INFANCIA	1	Alta	Niños y niñas 0 a 59 meses con clasificación nutricional de riesgo de desnutrición aguda según indicador de peso para la talla entre -1.5 y -2.0 sin atención.	Gestor de bienestar
	2	Alta	Menores con riesgos en salud identificados por modelo predictivo.*	Gestor de bienestar
	3	Media	Niños menores de 5 años sin adherencia a las RIAS de PyM.	Gestor de bienestar
	4	Media	Menores con esquema de vacunación incompleto para la edad	Gestor de bienestar
	5	Media	Menores sin riesgo identificado	Gestor de bienestar

Cohorte de Riesgo	Orden de abordaje	Prioridad	Tipo de Prioridad	Perfil Primer contacto
3. CÁNCER	1	Alta	Otros tipos de cancer: Usuario con sospecha sin definición de diagnóstico o tratamiento.	Gestor de bienestar
			Usuario con diagnostico sin tratamiento o no adherente	
	2	Alta	Enfermedades huérfanas	Gestor de bienestar
	3		Usuarios priorizados por modelo predictivo como alto riesgo de presentar alguna de los canceres priorizados	Gestor de bienestar

Cohorte de Riesgo	Orden de abordaje	Prioridad	Tipo de Prioridad	Perfil Primer contacto
4. SALUD MENTAL	1	Alta	Usuarios con resultado de APGAR Familiar en disfunción severa. *	Gestor de Bienestar
	2	Alta	Usuarios con Factores de Riesgo Psicosocial; depresión, ansiedad, consumo de sustancias psicoactivas, violencias. *	Gestor de Bienestar
	3	Media	Usuarios priorizados por modelo predictivo. *	Gestor de Bienestar

*Para los casos en los que el Gestor de Bienestar realice el primer contacto con el usuario, se aplicará el instrumento de valoración inicial definido para la cohorte de salud mental. De acuerdo con los resultados obtenidos en la evaluación de riesgo y los hallazgos identificados durante la interacción, se realizará la derivación al profesional de Psicología.

Cohorte de Riesgo	Orden de abordaje	Prioridad	Tipo de Prioridad	Perfil Primer contacto
5. DISCAPACIDAD	1	Media	Persona con discapacidad con red de apoyo y adherente a servicios de salud	Gestor de Bienestar
	2	Media	Persona con limitación funcional con baja dependencia y acceso a servicios de salud	Gestor de Bienestar

Cohorte de Riesgo	Orden de abordaje	Prioridad	Tipo de Prioridad	Perfil Primer contacto
6. CCVM	1	Media	Persona con capacidad de gestar con intención reproductiva con patología crónica no adherente	Gestor de Bienestar
	2	Media	Persona con capacidad de gestar sin intención reproductiva con patología crónica sin método de regulación de la fecundidad.	Gestor de Bienestar
	3	Media	Usuarios con patología crónica (HTA-DM) cuidadores de personas con alta dependencia.	Gestor de Bienestar
	4	Media	Usuarias con alto riesgo identificadas por modelo predictivo de cursar con una patología crónica o complicación a estas	Gestor de Bienestar
	5	Baja	Pacientes con patología crónica (DM e HTA) Adherentes a la RIAS.	Gestor de Bienestar
	6	Media	Paciente con patología Crónica NO adherente, ultimo control entre 6 y 12 meses.	Gestor de Bienestar
	7	Media	Casos priorizados de Dislipidemia, con LDL superior a 130, sin control en los últimos 6 meses.	Gestor de Bienestar
	8	Baja	Usuario con condición crónica priorizada para validación de riesgo	Gestor de Bienestar
Condiciones de Seguimiento Prioritario	9	Alta	Población con resultados positivos identificados durante el evento de donación de sangre.	Gestor de Bienestar

* *Los casos corresponden a usuarios priorizados del modelo predictivo.*

Conforme al enfoque del Modelo de Salud preventivo, predictivo y resolutivo basado en la Atención Primaria en Salud (APS), la gestión desarrollada por los gestores se orienta a la identificación temprana de riesgos y a la intervención oportuna, teniendo como eje central a la persona, la familia y la comunidad; en este marco, el abordaje no se limitará exclusivamente a los eventos actualmente parametrizados en el modelo predictivo. De manera progresiva, y conforme se definan y validen nuevos eventos o patologías priorizadas, estos se incorporarán paulatinamente en la asignación de casos de la estrategia de ruteo; en consecuencia, los equipos deberán acoger las actualizaciones técnicas emitidas y garantizar su aplicación en la gestión operativa, asegurando la continuidad e integralidad de la atención.

***Nota**: Para los casos en los que la fuente cuente con la variable de pertenencia étnica, se realizara la derivación a los equipos étnicos diferenciales para el contacto inicial, es así como para los casos pertenecientes a comunidades afrodescendientes, palenqueras e indígenas Wounaan, el perfil encargado de realizar el contacto inicial será el gestor Comunitario. Para los casos pertenecientes al pueblo indígena Emberá, el perfil encargado será el Técnico en*

salud del Equipo Embera y para los casos con pertenencia al pueblo Rrom Gitano, el perfil encargado será la profesional de enfermería responsable del abordaje diferencial de esta población.

Para el restante de casos en los que la fuente no cuente con dicha información, durante el contacto telefónico realizado por el gestor, se verificará la pertenencia étnica de la persona contactada. En los casos en que se identifique pertenencia a alguna comunidad étnica, se realizará la respectiva derivación a los equipos diferenciales de los Equipos Más Bienestar Hogar (EMBH), con el fin de garantizar una atención pertinente y acorde con los enfoques diferencial y étnico.

Es importante precisar que la articulación entre el gestor en línea y el gestor de bienestar debe desarrollarse de manera permanente y sinérgica, de manera que a partir de dicho trabajo conjunto se logre el abordaje del 100% de la población del sector catastral, a través de diferentes estrategias remotas y presenciales. Para ello, el gestor en línea reportará al gestor de bienestar, los casos que a partir del contacto telefónico y la identificación de necesidades requieren un abordaje presencial en la vivienda para que desde el gestor de bienestar se garantice la continuidad del cuidado de dicha familia; así mismo, los casos que, tras haber realizado tres intentos de contacto, no fue posible la efectividad. Por su parte, el gestor de bienestar reportará los casos que no aceptan abordaje presencial, para seguimiento remoto por el gestor en línea.

Nota técnica:

En los casos en los que a partir de la gestión adelantada no se logra efectividad del caso mediante estrategia de ruteo, y el gestor realiza el abordaje presencial y no se encuentra en dicho predio la familia del caso índice; podrá adelantar el abordaje de la familia residente en el predio remitido en la estrategia ruteo, dando cumplimiento a las actividades descritas, en su integralidad y pertinencia técnica.

La familia contará con las acciones de abordaje familiar, cumpliendo los criterios y entregables para identificación de riesgos, desarrollo de acciones promocionales y de gestión del riesgo según sea el caso (Agendamiento, activación de rutas, notificación de eventos de interés en salud pública, activación a trabajo social para seguramiento en salud y a binas de vacunación para completar esquemas, entre otros).

Así mismo, los gestores podrán adelantar abrazo de manzana, en aquellas manzanas en las que se encuentran los predios remitidos mediante la estrategia de ruteo, adelantando la identificación de familias con prioridades de materno, menores de 5 años, personas con patología crónica o mujeres en edad fértil. Estas familias, deberán contar con la integralidad del abordaje familiar y los entregables definidos para ello.

Barrido casa a casa

Una vez agotado el abordaje mediante la estrategia de ruteo, el gestor podrá iniciar el proceso de abordaje mediante barrido casa a casa, acorde a análisis y orientación brindada por los profesionales del componente geográfico, de manera que se tenga pleno control y conocimiento de las familias abordadas, avance de intervención tanto de los predios, como de las familias e identificación de los casos prioritarios para intervención integral, teniendo en cuenta abordajes previos.

En este proceso, se contará con la relación de predios a cargo y el control de las familias ya abordadas por el equipo en las vigencias anteriores, para: 1. Hacer énfasis en las familias y predios no abordados, así como aquellos que en acercamiento previos fueron fallidos o rechazaron la intervención, 2. Alimentar el proceso de apropiación territorial y familiar, de la población allí residente, reconociendo aquellos hogares donde ya se conoce la ocurrencia de eventos de interés en salud pública o presencia de población prioritaria y de riesgo, para el seguimiento y control.

Los gestores deberán adelantar las acciones de barrido casa a casa, acorde a la identificación de zonas con mayor necesidad dentro de su territorio apropiado; esto incluye el análisis conjunto con el resto del equipo, de manera que se pueda identificar zonas del territorio con concentración de eventos de interés en salud pública, agrupación de familias que comparten características poblacionales, sociales, culturales, que requieran el abordaje casa a casa, condiciones particulares que sean referidas por el equipo de avanzada, u otro actor sectorial, intersectorial o comunitario, o el desarrollo de estrategias intersectoriales como las Manzanas del Cuidado, Entornos Inspiradores, entre otras referidas por la SDS. **El barrido casa a casa se realizará acorde a la necesidad y una vez se haya garantizado el abordaje de las prioridades reportadas a los Equipos MAS Bienestar en tu Hogar para su intervención mediante la estrategia de ruteo,** o antes, en caso de tratarse de contingencias, jornadas de intensificación o requerimientos informados desde nivel central.

Así mismo, se establece el desarrollo de tomas sectoriales, en las cuales se favorezca el abordaje de sectores catastrales con baja efectividad por condiciones de inseguridad, baja receptividad de las familias residentes, alta proporción de propiedad horizontal, notificación de alertas en salud pública, entre otros aspectos que hayan dificultado el contacto inicial con las familias o que lo demanden. En estas tomas sectoriales, se reúnen en un mismo sector catastral, gestores de

diferentes sectores, que de manera conjunta y coordinada desarrollan el barrido casa a casa, garantizando:

- Posicionamiento y visibilización de los equipos MAS Bienestar en tu Hogar, de manera que la comunidad pueda conocer la oferta de acciones en salud, genere mayor confianza y proximidad con el equipo de salud y se logre el incremento de abordajes efectivos.
- Comunicar a la comunidad de manera clara y concreta el propósito del accionar de los Equipos de MAS Bienestar en tu Hogar y los datos de contacto del gestor apropiado del sector en el que se esté realizando la toma sectorial.
- Verificar abordajes previos adelantados en el sector catastral por el gestor apropiado, a través del aplicativo GTAPS, de manera que se verifique si la familia es sujeto de acciones de caracterización, actualización o seguimiento, y que no se incurra en duplicidades que pueda generar reprocesos en el abordaje familiar.

Estas tomas se priorizan para el abordaje en las temporadas de fin e inicio de año, dadas las dinámicas propias de las familias residentes de la ciudad; así como en casos de despliegue de estrategias sectoriales e intersectoriales que se demanden y sean informadas desde la SDS.

Para ello, se deberá dar cumplimiento a las precisiones técnicas, operativas y de rendimientos esperados y definidos en la ***ficha técnica para tomas sectoriales****, en los componentes de planeación, implementación y monitoreo; así como a los relacionados en este documento para el abordaje familiar.*

Finalmente, se precisa que se cuenta con un equipo de avanzada, que viabilizar las intervenciones de los gestores en los sectores catastrales que van a ser objeto de tomas sectoriales y requieren una gestión con líderes comunitarios y divulgación previa con la comunidad; así como en la operación rutinaria en sectores catastrales que por sus características propias lo requieran.

Articulación con los equipos de cuidado diferencial indígena

En el marco de la atención diferencial en población indígena se ha establecido un proceso de acciones de atención diferencial desde la practicas propias de usos y costumbres en salud de los diferentes pueblos indígenas que se encuentran en la ciudad, en cumplimiento a compromiso de una acción afirmativa, para ello la SDS ha suscrito convenios con las autoridades indígenas, quienes cuentan con equipos diferenciales para el abordaje de sus comunidades desde una perspectiva

diferencial. En tal sentido se evidencia la necesidad de generar un proceso de articulación para garantizar la identificación de dichas comunidades y el abordaje correspondiente, de manera continua e integral por parte de dichos equipos.

Por consiguiente, se estable que, si durante el barrido casa a casa se identifican familias con pertenencia étnica indígena, de los pueblos: Kichwa, Inga, Pijao, Wounaan, Pastos, Yanacona, Misak- Misak, Uitoto, Cametsa, Nasa, Tubu y Eperara- Siapidara, estos no serán abordados y deberán ser reportados a través de plataforma Google drive; Matriz de remisión jurídico indígena dispuesta por la secretaria Distrital de Salud, asegurando la siguiente información: Nombre de quien atiende, dirección de la vivienda y si es posible obtener número de contacto para que puedan ser abordados por parte de los equipos de cuidado diferencial indígena. Esta misma acción se desarrollará con los casos que sean recibidas por el Equipo en las bases de datos de la estrategia ruteo.

Aquellas familias que no pertenezcan a estos pueblos recibirán abordaje por del gestor previa aceptación de las familias y articulación con el Jurídico Indígena, en los casos que sean necesarios. Por su parte, para el abordaje de familias indígenas de los pueblos Muisca Bosa, Muisca Suba, Wounaan; familias del pueblo Rrom, familias afrodescendientes y palenqueras, el abordaje estará a cargo de los equipos con pertenencia étnica de los Equipos MAS Bienestar en tu Hogar, a través de las acciones de bienestar definidas, para lo cual se deberá adelantar la articulación interna entre los diferentes perfiles.

Adicional a las dos estrategias clave mencionadas anteriormente (Barrido casa a casa o ruteo), los gestores MAS Bienestar (Presenciales y en línea) participarán en acciones territoriales como:

- Abordaje de territorios en el marco de jornadas sectoriales y distritales, abordaje de pagadiarios de población migrante e indígena, entre otros referidos por la SDS.
- Abordaje de territorios priorizados por condiciones de riesgo en la ciudad, emergencias sanitarias y/o ambientales declaradas, jornadas de intensificación, entre otros despliegues informados por la SDS, que permitan el desarrollo de acciones masivas como respuesta a nivel extramural.

En los casos, en que en estos abordajes no sea posible realizar el despliegue de las acciones propias del equipo de abordaje territorial (Caracterización,

derivación), sino que su enfoque sea de divulgación de mensajes clave, intensificación de campañas promocionales y preventivas, u otra acción prevista desde la SDS, el equipo no realizará la acción rutinaria, sino las actividades informadas por correo electrónico institucional por los referentes de nivel central, empleando los medios de verificación allí indicados; estas acciones se realizarán en jornadas de medio día o día completo, por lo que se reportarán en informe de gestión haciendo la equivalencia al abordaje familiar que regularmente se adelanta en dicho lapso de tiempo (2 o 3 unidades), según lo especificado en la comunicación de nivel central.

3.7.2. Actividad 2. Caracterización Integral en el entorno hogar.

La caracterización integral en el entorno hogar incluye el reconocimiento de características de la vivienda y el entorno, aspectos familiares e individuales que determinan la salud, características demográficas, poblacionales, sociales, ambientales, entre otros. Se realiza de manera presencial, tanto en la estrategia de barrido casa a casa, como en los casos que son concertados en el contacto telefónico con familias sin o a quienes se les haya realizado hace más de un año, que requieren actualización, las cuales corresponden a riesgo bajo; familias no contactadas en el intento telefónico y familias abordadas mediante otras estrategias referidas desde la SDS.

Para los casos abordados de manera presencial, que hacen parte de la estrategia de ruteo, se debe avanzar en el registro de la gestión, para evidenciar la resolutividad y efectividad del caso. Esta acción corresponde a la gestión final del caso una vez el gestor haya realizado el desplazamiento a la vivienda del usuario luego de realizar las actividades contempladas en el primer momento (Contacto Inicial-Ruteo) y en los casos en que el usuario acepte recibir la visita de los perfiles de los Equipos MAS Bienestar en tu Hogar.

Tras haber realizado el desplazamiento a la vivienda de los usuarios programados contactados o no, se podrán obtener los siguientes estados de la visita:

- Efectiva: Usuario con atención realizada a nivel familiar o individual.
- Rechazada: Familia que manifiesta disentimiento, dado que manifiesta no querer participar del proceso de abordaje familiar; para ello, el equipo debe comunicar claramente el objetivo y beneficios de este y contar con formato de disentimiento de la familia.

- No residencial: Caso en el que se realiza desplazamiento a la dirección registrada para el usuario y se verifica que el predio corresponde a uso no residencial.
- Fallida: Se denomina tras realizar tres intentos de búsqueda del usuario.
- No requieren la intervención o no cumplen criterio de abordaje: Corresponde a familias que, al ser verificadas por el equipo, se identifica que no presenta riesgos en salud y no requiere concertación e implementación de plan de bienestar a través de una de las estrategias integrales de los Equipos MAS Bienestar en tu Hogar; estas familias contarán únicamente con el registro de un abordaje por el perfil a cargo, donde se relacionen las acciones promocionales adelantadas y justificación del estado.

Esta información deberá ser registrada en el aplicativo GTAPS -Módulo de ruteo, de acuerdo con los parámetros establecidos para dar estado final a la gestión que inició en la estrategia ruteo, tanto por el gestor de bienestar, como por el gestor en línea en los casos referidos por este.

- **Nota**: Se deberá realizar seguimiento de manera semanal por el líder operativo, con apoyo de los técnicos en sistemas, y en articulación con el profesional de acceso y seguimiento a cohortes, al avance en la gestión de los casos asignados y generar las alertas tempranas necesarias.

Ya en el desarrollo de la sesión familiar, dentro de las acciones propias del gestor se encuentra la caracterización social y ambiental, verificación de las condiciones generales de la familia y las alertas en salud de los diferentes integrantes que la conforma; el gestor debe indagar todos los aspectos incluidos en los formularios de captura de información relacionados con la familiar y de los tamizajes dispuestos, según las características de los integrantes de la familia, de manera que se logre realizar la confirmación o descarte de riesgos en la salud, principalmente en las poblaciones prioritarias. Para ello, se debe contar con el consentimiento informado de la familia, donde aceptan recibir el abordaje del Equipo MAS Bienestar en tu Hogar, posterior a la presentación de los objetivos que realiza el gestor en el primer contacto que tiene con la familia, y el cual se encuentra relacionado en la planilla de firmas que diligencia quien recibe la visita.

Posterior a ello, se da inicio al abordaje de la familia adelantando las acciones de identificación de riesgos, necesidades y determinantes sociales, dentro de los que se encuentra:

Hogar:

- Tipología y tenencia de vivienda.
- Reconocer en la vivienda Unidades de Trabajo Informal, establecimientos a puerta cerrada, puntos comerciales, entre otros.
- Acceso a servicios públicos.
- Aspectos ambientales de la vivienda y su entorno más cercano, así como tenencia de mascotas.

Familia:

- Caracterización en el contexto familiar para la identificación de factores protectores y de riesgo en la familia.
- Conformación familiar.
- Características socio económicas.
- Condiciones de seguridad alimentaria.
- Dinámica familiar mediante la aplicación de APGAR familiar
- Acceso a servicios o programas sociales.

Individuos:

- Aseguramiento en salud.
- Identificación de niños, niñas y adolescentes en trabajo infantil.
- Identificación de poblaciones de riesgo: Gestantes, menores de 5 años, personas con riesgos en salud mental, personas con condiciones crónicas, personas con discapacidad y cuidadores, entre otras condiciones de riesgo, teniendo en cuenta las dificultades de acceso a servicios de salud y falta de continuidad o apropiación de pautas de cuidado; con dichas poblaciones prioritarias o de riesgo, se debe verificar la adherencia a programas de control por grupo de riesgo, a planes de manejo en casa, tratamientos farmacológicos y no farmacológicos acorde a la condición o prioridad en salud.
- Verificar información relacionada con la asistencia a actividades de Protección Específica y Detección temprana, acorde a las frecuencias de uso de cada integrante de la familia. Para ello, cada uno de los perfiles debe adelantar la consulta en el visor de historia clínica, donde puede verificar las atenciones que cada uno de los integrantes de la familia ha recibido y contrarrestar la información con lo referido en el hogar.

- Identificar signos de alarma en mujeres gestantes, menores de 5 años, así como los específicos para la condición crónica de los usuarios identificados.
- Identificación de alertas en salud, acorde al momento de curso de vida, condición o situación de cada uno de los integrantes.
- Verificar esquemas de vacunación acorde al momento de curso de vida, en el 100% de los integrantes de la familia.
- Aplicación de tamizajes para la identificación de riesgos:
    - Aplicación de tamizaje de APGAR al 100% de las familias.
    - Toma de las medidas antropométricas de peso y talla al 100% de los integrantes presentes en la vivienda en el momento de la visita. Para el caso de los niños y niñas menores de 5 años, se deben tener en cuenta los postulados técnicos establecidos en la Resolución 2465 de 2016 para su clasificación nutricional, (Ver manual de implementación Resolución 2465 de 2016, manual de antropometría). Así como medición de perímetro braquial en menores de 6 a 59 meses de edad.
    - Tablas de estratificación de riesgo cardiovascular de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y tamizaje FINDRISK a:
        - Población general mayor de 35 años, con especial atención en:
            - Personas con sobrepeso u obesidad.
            - Personas con hipertensión arterial.
            - Personas con consumo de tabaco y alcohol.
        - Toma de glucometría a las personas cuyo tamizaje FINDRISK tenga una puntuación igual o mayor a 12 puntos o personas diabéticas sin adherencia al tratamiento o sin controles médicos.
    - Cuestionario breve de EPOC para la tamización a personas mayores de 40 años con factores de riesgo.
    - En las personas entre 65 y 75 años, que permanecen solas durante más de ocho horas al día; aplica escala UCLA de soledad social, para determinar pertinencia de desarrollo de plan de bienestar.

Para el registro de información del abordaje a la familia, se cuenta con un aplicativo en línea al cual accede cada uno de los perfiles con un usuario y contraseña personal; este aplicativo, se encuentra organizado con diferentes módulos dispuestos en cascada, iniciando desde la planeación y asignación territorial, donde a partir del control de abordaje territorial se van asignando los

predios a intervenir por los gestores, desde las diferentes estrategias que desarrolla.

En el momento en el que cada perfil hace el ingreso al aplicativo e ingresa los códigos de predios asignados, puede hacer el registro de la efectividad de la intervención, así como la creación de las familias abordadas en los predios con acercamiento efectivo, los integrantes de cada una de ellas, y los registros propios de la y tamizajes realizados.

Se precisa que el abordaje territorial en la estrategia de barrido casa a casa debe contar con el registro de la gestión adelantada en el 100% de las familias y predios asignados al gestor; para ello, se deberá diligenciar la información de la efectividad por predio, en el módulo geográfico. En caso de que no se logre establecer contacto con los integrantes de la familia de los predios asignados, se deberá realizar por lo menos dos intentos más para contactar la familia, en horarios y días diferentes, antes de descartar la vivienda como fallida, de manera que se puedan verificar en bases de datos, los diferentes momentos de gestión para lograr el contacto con la familia; para ello, se podrá ingresar estados de familias ausente 1 y 2 en el momento de la visita, rechazos de la intervención y fallidos.

Además del registro en los módulos del aplicativo en línea, el equipo deberá diligenciar en físico la planilla con la relación de las familias abordadas y registro de firmas del integrante cabeza de hogar o quien recibe la visita, como soporte de las acciones desarrolladas con las familias. En esta planilla, se encuentra relacionado el consentimiento informado y política de tratamiento de datos, el cual debe ser socializado de manera explícita a la familia.

Por su parte, para los casos puntuales que se realiza ruteo para búsqueda en territorio a partir de la asignación de casos, el abordaje familiar debe mantener las mismas actividades y características técnicas anteriormente descritas. En este caso, si al realizar el seguimiento se conoce que la familia se encuentra ubicada en una localidad que pertenece a otra subred, el gestor deberá registrar dicho estado, en el aplicativo en línea, de manera que se realice la reasignación del caso y el equipo de la subred responsable haga el seguimiento.

A partir del proceso de realizado, se obtendrá tanto la clasificación familiar, como individual de cada uno de los integrantes, de manera que se categorizan los niveles de prioridad alta, media o baja, que orienta el desarrollo de acciones

futuras de los gestores con la familia, así como la activación de los profesionales del equipo, para acciones familiares e individuales que se requieran:

Clasificación familiar

Es un proceso de categorización de familias basado en diferentes criterios y características, el cual permite comprender mejor, las condiciones y necesidades específicas de cada grupo familiar y diseñar intervenciones y políticas más efectivas para dar respuestas a sus necesidades. Los criterios para la clasificación familiar incluyen:

- Estatus Socioeconómico: Basado en ingresos, nivel educativo, ocupación, y condiciones de vivienda. Impacta directamente en el acceso a bienes y servicios esenciales, permite identificar el nivel de recursos y las necesidades económicas de la familia.
- Estructura Familiar: Considera la composición del núcleo familiar, como el número de miembros, relaciones entre ellos (padres, hijos, abuelos, etc.), y el tipo de hogar (nuclear, extendido, monoparental, etc.). Influye en el soporte social, la funcionalidad y la estabilidad del hogar.
- Vulnerabilidad Social: Evaluación de factores que pueden aumentar el riesgo de dificultades sociales o económicas, como el desempleo, la pobreza, la discriminación, o la falta de redes de apoyo.
- Acceso a Servicios de Salud: Evaluación de la capacidad de la familia para acceder a servicios de salud, teniendo en cuenta su afiliación al sistema de seguridad social.
- Características Demográficas: Incluye edad, género, nacionalidad, pertenencia étnica, entre otras características que pueden llegar a influir en la exposición al riesgo y en las necesidades y servicios requeridos.
- Condiciones de Salud: Considera factores y condiciones de salud de los integrantes de la familia, que requieran prioridad en la atención en salud.

De acuerdo con la evaluación de los criterios, la prioridad de la familia puede clasificarse en alta, media y baja; información que puede ser consultada en la Escala de Bienestar Familiar del aplicativo GTAPS, en el cual es calculado y se puede visualizar, conforme a la información de ingresada por el gestor:

- Baja (Saludable): Familias sin riesgo en salud identificados, con acceso regular a servicios médicos preventivos.
- Media: Familias con situaciones de riesgo en salud menores o condiciones crónicas controlables.
- Alta: Familias con riesgos en salud identificados que no acceden a los servicios y se encuentran en alta vulnerabilidad.

Clasificación de los integrantes de la familia.

Dado que una intervención efectiva en la familia y sus miembros es esencial para promover la salud y el bienestar, es necesario realizar una clasificación exhaustiva del riesgo en salud de cada individuo dentro del núcleo familiar. Esta clasificación permite identificar de manera precisa las necesidades específicas y los factores de riesgo que afectan a cada persona.

Es por ello, que, a partir de la identificación de riesgos, el gestor debe registrar en el aplicativo dispuesto, los tamizajes aplicados, las alertas identificadas en cada integrante y los datos de signos y medidas antropométricas que son verificados para determinar la presencia o no de riesgos. Una vez clasificados los riesgos, se pueden diseñar y desarrollar planes de bienestar que incluyan atenciones individuales, complementando las intervenciones colectivas propuestas en cada hogar. Estos planes se adaptan a las condiciones particulares de cada miembro de la familia, abordando de forma específica los problemas de salud identificados y estableciendo estrategias de intervención adecuadas.

Además, es necesario implementar un sistema de monitoreo continuo para observar la evolución de cada caso. Este seguimiento permite evaluar la efectividad de los planes de bienestar, hacer ajustes en tiempo real y detectar cualquier cambio o novedad en el estado de salud de los miembros de la familia. Así, se asegura una atención oportuna y ajustada a las necesidades emergentes, garantizando una respuesta ágil y efectiva ante cualquier situación que pueda surgir.

Por lo anterior los integrantes de la familia, tendrán de acuerdo con su condición de salud la siguiente clasificación:

Clasificación de los integrantes de la familia.

TIPO 4	TIPO 3	TIPO 2	TIPO 1
Usuario que pertenece a grupo de riesgo: - Materno perinatal. - Alteraciones nutricionales. - Enfermedad cardiovascular. - Problemas en salud mental. - Enfermedades respiratorias crónicas. - Riesgos en la primera Infancia - Cáncer **Sin atención de salud para su condición de riesgo.**	- Usuario con alteraciones en resultado de tamizajes, para la identificación del riesgo por grupo de riesgo o población general, o - Usuario con antecedentes familiares de enfermedades crónicas no trasmisibles, con resultado de tamizaje de riesgo alterado. **Sin atención de salud para su condición de riesgo**.	- Usuario de grupo de riesgo o con factores de riesgo identificados que se encuentran vinculados a la ruta o tienen seguimiento.	- Usuario sin riesgo identificado con actividades en salud acordes para el curso de vida.

Fuente: Elaboración propia.

3.7.3. Actividad 3. *Plan de Bienestar en respuesta a necesidades en salud*

Una vez adelantada la integral, se deberá iniciar el Plan de Bienestar con acciones de respuesta a partir de los hallazgos obtenidos, de manera que se desarrollan acciones concertadas con la familia, en dos líneas fundamentales que se describen a continuación (Promoción de la salud y gestión de riesgos), las cuales además de estar orientadas según la conformación familiar y sus necesidades, permiten aportar a la respuesta integral de las problemáticas evidenciadas en cada uno de los sectores catastrales.

Los planes de bienestar son específicos para cada una de las familias, por lo que algunos pueden concertarse y desarrollarse en su totalidad en la misma visita, puesto que corresponde a acciones promocionales y de necesidades resueltas en el mismo momento de la intervención; mientras que otras familias requerirán del acompañamiento de los profesionales del Equipo MAS Bienestar en tu Hogar a cargo de dar continuidad a las acciones emprendidas por el gestor, la cual se dará a partir de la activación para desarrollarse en próximas visitas. Las actividades desarrolladas por el gestor, así como los compromisos concertados con la familia

a partir de las necesidades evidenciadas, deben ser registradas en el aplicativo en línea, apartados de plan de bienestar y compromisos concertados, *teniendo en cuenta las siguientes categorías de compromisos concertados (Categorías de logro según el lineamiento de EBS del MSPS):*

1. ***Capacidades para el acceso y la adherencia a la atención en salud***
   Fortalecimiento de las condiciones y capacidades para acceder, permanecer y dar continuidad a los servicios, tratamientos y procesos de cuidado en salud.
2. ***Capacidades para la gestión emocional***
   Desarrollo de habilidades para reconocer, expresar y regular las emociones, afrontar situaciones difíciles y buscar apoyo cuando sea necesario.
3. ***Capacidades para el autocuidado y cuidado de la salud***
   Fortalecimiento de prácticas y decisiones cotidianas que favorecen la protección, promoción y mantenimiento de la salud individual y familiar.
4. ***Capacidades para el cuidado de la salud en el entorno familiar y comunitario***
   Desarrollo de prácticas, acuerdos y redes de apoyo que favorecen el cuidado compartido dentro de la familia y la comunidad.
5. ***Capacidades para la gestión de condiciones de vida y determinantes sociales de la salud***
   Fortalecimiento de la capacidad para identificar, gestionar y transformar condiciones sociales, económicas, ambientales o institucionales que afectan la salud.
6. ***Capacidades para la participación y la incidencia en salud***
   Promoción de la participación de personas, familias y comunidades en decisiones, redes y acciones colectivas relacionadas con el derecho a la salud.
7. ***Cuidado intercultural***
   Reconocimiento e integración de saberes, cosmovisiones y prácticas propias de diferentes culturas en los procesos de cuidado de la salud.

Para esta concertación y teniendo en cuenta las características y prioridades de los integrantes de la familia, se deben considerar las siguientes precisiones:

Desarrollo de Acciones de promoción de la salud:

- El gestor desarrollará acciones promocionales y de educación para la salud pública - educación trasformadora en el 100% de las familias intervenidas acorde a las necesidades, características y conformación familiar.
- De igual forma, el equipo de abordaje territorial debe reconocer las necesidades y problemáticas en salud del sector catastral en el que se encuentra y a partir de ello hacer énfasis en dichas temáticas desde los aspectos promocionales que correspondan.
- Adicional a lo relacionado previamente, se precisan algunas temáticas trazadoras e indispensables que se deben trabajar con la familia acorde a pertinencia por conformación familiar, población prioritaria entre sus integrantes, factores ambientales y contextuales:
    - Brindar claridades a la familia del resultado de la aplicación de tamizajes y toma de medidas antropométricas realizada, para que reconozcan algunos aspectos de su estado de salud y condición actual.
    - Informar y comunicar aspectos a tener en cuenta en la identificación de signos de alarma para mujeres gestantes, menores de 5 años (ERA_EDA) y para las diferentes condiciones crónicas.
    - Indicar a la familia las frecuencias establecidas para las atenciones individuales de Protección Específica y Protección Temprana, recordando tiempos para su próxima consulta e incentivando a la asistencia de la misma (Valoración integral, control prenatal, detección de alteraciones del joven, adulto, CCU, mamografía, etc).
    - Promoción de hábitos de vida saludable a fortalecer en el hogar: alimentación saludable, desarrollo de actividad física, autoexamen de seno, lavado de manos, uso de elementos de protección personal, hábitos en salud ambiental, etc.
    - Orientación para el acceso a los servicios de salud, y en la ruta de aseguramiento en salud.
    - En familias con adolescentes con intención o inicio de vida sexual, sin método anticonceptivo, realizar orientación en Derechos Sexuales y Reproductivos vinculando a la familia.
    - Divulgación de información en el marco de jornadas de intensificación o fechas conmemorativas, con el posicionamiento de temáticas clave en salud. Particularmente, en la temporada de fin de año, se deberá desarrollar acciones de promoción y cuidado de la salud, a través de la divulgación de mensajes relacionados con la no venta y manipulación de pólvora, consumo responsable de alcohol,

prevención de accidentes en el hogar y de intoxicación derivada de consumo de alimentos en mal estado.

En el desarrollo de estas acciones, el equipo debe emplear las tablas plastificadas de tamizajes y los rotafolios y demás piezas comunicativas o recursos establecidos por anexo de insumos, que permitan tener una ayuda visual y pedagógica para el desarrollo de las acciones de educación para la salud pública - educación trasformadora.

Desarrollo de Acciones de gestión de los riesgos identificados:

Todas las acciones de gestión de los riesgos identificados deberán ser llevadas a cabo en un lapso máximo de 24 horas desde el desarrollo de la visita y documentarse en el formulario de derivaciones del aplicativo GTAPS e incluyen:

1. ***Derivaciones para plan de bienestar,*** para familias en las cuales se identifica necesidad de desarrollo de una de las estrategias integrales, dado que se encuentran factores de riesgo, eventos o prioridades de Interés en salud pública.

   Para estos casos, a través del aplicativo en línea se deberá registrar la derivación, la cual se hará efectiva a partir de la asignación del caso al profesional requerido, acorde a la pertinencia técnica. De igual forma, cuando se identifican familias con las que se dará continuidad al Plan establecido por el gestor, se deberá informar a la familia con claridad y precisión, de que profesionales del mismo equipo realizará abordajes posteriores, encaminados a complementar la identificación de riesgos, fortalecer el Plan de Bienestar a partir de las competencias y pertinencia profesional y realizar seguimiento posterior a la familia, con mayor frecuencia, para la implementación y monitoreo del plan acorde con los compromisos que se asuman a partir de los factores protectores y de riesgo identificados. A continuación, se relacionan los criterios para derivación a planes de bienestar, según prioridad:

cohorte de Riesgo	*Orden de abordaje*	*Prioridad*	*Tipo de Prioridad*	*Perfil Primer contacto*
1. MATERNO PERINATAL	*1*	*Alta*	*MME post egreso hospitalario.*	*Enfermería*
	2	*Alta*	*Gestantes con resultados positivos en pruebas de tamización no adherentes o sin tratamiento.*	*Enfermería*
	3	*Alta*	*Gestantes con ITS - VIH.*	*Enfermería*
	4	*Alta*	*Gestantes con ITS - Sífilis.*	*Enfermería*

	5	Alta	Gestantes con ITS - HB.	Enfermería
	6	Alta	Gestante sin CNP.	Enfermería
	7	Alta	Gestante con riesgo cardio cerebro vascular y metabólico, no adherente.	Enfermería
	8	Alta	Gestantes con Edades Extremas, NO ADHERENTE	Enfermería
	9	Alta	Gestantes con Bajo Peso.	Enfermería
	10	Alta	Gestantes con obesidad.	Enfermería
	11	Alta	Gestantes con alerta en salud bucal.	Odontología

Cohorte de Riesgo	Orden de abordaje	Prioridad	Tipo de Prioridad	Perfil Primer contacto
2. INFANCIA	1	Alta	Recién nacidos pretérmino con Bajo Peso al Nacer sin adherencia al plan canguro.	Enfermería
	2	Alta	Recién nacido con sífilis congénita.	Enfermería
	3	Alta	Recién nacidos con Morbilidad neonatal - Sepsis.	Enfermería
	4	Alta	Recién nacidos con Morbilidad neonatal Asfixia.	Enfermería
	5	Alta	Cáncer Infantil.	Enfermería
	6	Alta	Recién nacido con defectos Congénitos.	Enfermería
	7	Alta	Menores de un año con Hipotiroidismo Congénito.	Enfermería
	8	Alta	Niños y niñas menores de 18 meses con antecedente de hospitalización por ERA perteneciente a cohorte de riesgo (prematurez, DNT, bajo peso al nacer, patologías crónicas, defectos congénitos) y reconsultantes o reingreso.	Enfermería
	9		Menores de 2 años con bronquiolitis o sibilante recurrente de alto riesgo sin control	Enfermería
	10	Alta	Menores post egreso de sala ERA no contactable o sin asistencia a control.	Enfermería
	11	Alta	Niños y niñas menores de 1 año con IRAG.	Enfermería
	12	Alta	Recién nacidos con tamizaje endocronometabólico positivo.	Enfermería
	13	Alta	Niños de 0 a 59 meses con indicador nutricional de DNT aguda moderada o severa inadherentes.	Enfermería
	14	Alta	Menores de 5 años con Desnutrición Aguda Moderada.	Enfermería
	15	Alta	Menores de 5 años con Desnutrición Aguda severa.	Enfermería
	16	Media	Niños o niñas menores de 1 mes con dificultades en el proceso de lactancia materna.	Enfermería
	17	Alta	Niñas o niñas menores de 5 años con presencia de tres o más episodios de Enfermedad diarreica Aguda (EDA) en el último mes sin control.	Enfermería
	18	Alta	Menores de 5 años con obesidad.	Enfermería
	19	Alta	Niños, niñas menores de 5 años con alerta en salud bucal.	Odontología

Cohorte de Riesgo	Orden de abordaje	Prioridad	Tipo de Prioridad	Perfil Primer contacto
3. CÁNCER	1	Alta	Cáncer de estómago: Usuario con sospecha sin definición de diagnóstico o tratamiento. Usuario con diagnostico sin tratamiento o no adherente	Enfermería
	2	Alta	Cáncer de mama: Usuario con sospecha sin definición de diagnóstico o tratamiento. Usuario con diagnostico sin tratamiento o no adherente	Enfermería
	3	Alta	Cáncer de colon recto: Usuario con sospecha sin definición de diagnóstico o tratamiento. Usuario con diagnostico sin tratamiento o no adherente	Enfermería
	4	Alta	Cáncer de Cuello Uterino: Usuario con sospecha sin definición de diagnóstico o tratamiento. Usuario con diagnostico sin tratamiento o no adherente	Enfermería
	5	Alta	Cáncer de próstata: Usuario con sospecha sin definición de diagnóstico o tratamiento. Usuario con diagnostico sin tratamiento o no adherente	Enfermería

Cohorte de Riesgo	Orden de abordaje	Prioridad	Tipo de Prioridad	Perfil Primer contacto
4. SALUD MENTAL	1	Alta	Violencia de genero - Prioridad 107	Psicología
	2	Alta	Conducta suicida en gestantes.	Psicología Clínica
	3	Alta	Conducta suicida en todos los cursos de vida	Psicología
	4	Alta	Casos de violencia sexual ejercida contra gestantes.	Psicología
	5	Alta	Violencia ejercida contra gestantes.	Psicología
	6	Alta	Maltrato infantil en niños, niñas y adolescentes (17 a, 11 m, 29 d)	Psicología
	7	Alta	Violencia sexual ejercida en niños, niñas y adolescentes	Psicología Clínica
	8	Alta	Menores de 14 años en gestación o Postparto, sin atención.	Psicología Clínica
	9	Alta	Casos de duelo asociado a suicidio consumado, muertes perinatales y moralidad materna	Psicología Clínica

Cohorte de Riesgo	Orden de abordaje	Prioridad	Tipo de Prioridad	Perfil Primer contacto
5. DISCAPACIDAD	1	Alta	Personas con discapacidad sin atenciones para su condición.	Terapeuta

	2	Alta	Personas con discapacidad sin adherencia a las RIAS con limitación de movilidad.	Terapeuta
	3	Alta	Persona con discapacidad y cuidador	Terapeuta
	4	Alta	Personas con discapacidad con adherencia a la RIAS.	Terapeuta
	5	Alta	Personas con dependencia funcional mayores de 60 años por condiciones crónicas o edad.	Terapeuta

Cohorte de Riesgo	Orden de abordaje	Prioridad	Tipo de Prioridad	Perfil Primer contacto
6. SOLEDAD SOCIAL	1	alta	Persona mayor entre 65 y 75 años que vive sola, permanece sola la mayor parte del día (>8 horas)	Trabajador social
	2	alta	Persona mayor entre 65 y 75 años identificada por comunidad como aislada, con bajo contacto familiar y sin participación social	Trabajador social
		Media	Persona que vive acompañada, pero con interacción mínima, red débil o intermitente	Trabajador social
		Media	Persona con baja participación social y limitada interacción familiar	Trabajador social
		Baja	Persona con red parcial, participación ocasional	Trabajador Social

Cohorte de Riesgo	Orden de abordaje	Prioridad	Tipo de Prioridad	Perfil Primer contacto
6. CCVM	1	Alta	Pacientes con muy alto riesgo cardiovascular (ACV, IAM, enfermedad renal crónica estadio 3b).*	Enfermería
	2	Alta	Paciente con patología Crónica NO controlado (cifras tensiones superiores 180/110 o Hemoglobina glicosilada mayor a 10%).	Enfermería
	3	Alta	Paciente con patología Crónica NO adherente, ultimo control > 12 meses.	Enfermería
	4	Alta	Usuarios con patología crónica con discapacidad sin atención	Terapeuta
	5	Baja	Personas con resultado de tamizaje Framingham mayor a 20%, en la valoración por parte de medicina.	Enfermería
	6	Baja	Usuario con patología crónica (HTA-DM) no adherente a la RIAS con pérdida de pieza dental.	Odontología

2. ***Gestión para el desarrollo de atenciones individuales,*** las cuales son definidas acorde a la clasificación de riesgo de cada uno de los integrantes e inician con el proceso de agendamiento, con el propósito de acercar a las familias a sus Servicios Especializados Resolutivos y generar adherencia a las rutas de riesgo o Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud, según corresponda.

Para los usuarios tipo 4, el gestor realizará el agendamiento de cita, a través de los canales dispuestos por cada una de las EPS, dentro de los que se encuentran medios virtuales y telefónicos; en el caso de EPS con contratos vigentes con las Subredes Integradas de Servicios de Salud, el agendamiento se realizará a través de la articulación con el gestor en línea, quien realizará el agendamiento correspondiente, en una de las UBR de la subred. Por su parte, si se trata de un caso de EPS que no cuenta con posibilidades de agendamiento desde la subred y donde el contacto por los mecanismos habituales no es efectivo, se cuenta con el contacto con un perfil dispuesto por cada EPS para la gestión directa de citas, la cual estará a cargo del profesional de enlace con EPS, posterior a la notificación del caso por parte del gestor.

El gestor deberá dejar consignado en el aplicativo en línea, la cita gestionada y la fecha programada, de manera que los gestores en línea, puedan consultarlas y realizar recordación el día previo a la visita, así como confirmación de la asistencia el día posterior a la misma; de esta manera, se realiza el seguimiento a la gestión adelantada por el gestor y en caso de no contar con atención efectiva, el gestor en línea podrá realizar el agendamiento con uno de los profesionales de los Equipos MAS Bienestar en tu Hogar realice la atención individual en el domicilio, teniendo en cuenta el principio de concurrencia de recursos para la atención integral, dado que esta actividad se reporta con cargo al plan de beneficios en salud y surtiendo el proceso de facturación a la EPS correspondiente.

Esta atención individual es desarrollada por los profesionales, en casos excepcionales y debe tener en cuenta las siguientes precisiones:

- Se realiza cuando el proceso de agendamiento se ha surtido y la cita no fue efectiva.
- Si se trata de una EPS con contrato vigente con la subred para el desarrollo de atenciones individuales en modalidad extramural, se realizará el proceso de agendamiento y facturación al plan de beneficios correspondiente.
- Para el caso de EPS sin contrato vigente con la subred para el desarrollo de atenciones individuales en modalidad extramural, se realizará la gestión a través del profesional de enlace con EPS, para solicitar la

aprobación para realizar la atención individual en casa por el profesional requerido.

Para el caso de niños y niñas identificados con desnutrición aguda que no se encuentren adheridos a la ruta de alteraciones nutricionales y Lineamiento para el manejo integrado de la desnutrición aguda moderada y severa en niños y niñas de 0 a 59 meses de edad establecido en la Resolución 2350 del 2020, se deberá agendar una cita prioritaria con la EPS; en caso de no lograr dicho procedimiento, se deberá gestionar con el referente de la EPS la aprobación de atención domiciliaria por parte del profesional de medicina del para definir escenario de manejo. De tratarse de menores de 6 meses de edad con desnutrición aguda, los casos con perímetro braquial igual o menor a 11,5cm o menores de 5 años que presenten signos de alarma y desnutrición aguda, se deberá activar el CRUE para garantizar atención inmediata.

Para el resto de población, que no son usuarios tipo 4 y pertenecen a EPS con contrato vigente con la Subred, la gestión de atenciones de la RPMS, se realizará a través del módulo de agendamiento, de manera que los gestores en línea puedan realizar el agendamiento del 100% de requerimientos para esta ruta.

De tratarse de una persona con afiliación a una EPS que no cuenta con contrato vigente con la Subred la gestión se realizará a través del aplicativo SIRC (Sistema de Referencia y Contrarreferencia) - módulo de canalizaciones, de manera que el gestor deberá realizar el diligenciamiento del formato definido para tal fin y entregar al profesional del grupo de gestión a cargo de este proceso.

3. ***Activación de rutas través del aplicativo SIRC - módulo de canalizaciones***, para los usuarios que requieran activación a otras rutas, complementando la respuesta descrita anteriormente; en estos se realiza la activación de rutas a la entidad promotora de servicios de salud (EAPB), entornos de vida cotidiana del PSPIC, entidad distrital intersectorial para que realicen la gestión a estas necesidades según competencias.

Así mismo, se deberán adelantar los proceso de ***prescripción social*** que se requieran, a partir de la identificación de necesidades que puedan ser resueltas a través del trabajo conjunto con otras entidades o activos

comunitarios presentes en los diferentes sectores catastrales; para ello, desde nivel local y distrital, se compartirán los portafolios de los diferentes dispositivos comunitarios e institucionales que tienen oferta de servicios, conforme se vayan habilitando cupos a los que se pueda activar a las familias.

Teniendo en cuenta lo anterior, los gestores deberán contar con la apropiación conceptual de todas las posibles rutas a activar, sin embargo, a continuación, se relacionan algunas de las más relevantes a partir del abordaje territorial:

- Casos de poblaciones de riesgo sin adherencia a servicios de salud, donde se podrá activar tanto a la Ruta de Promoción y Mantenimiento (RPMS), como a las rutas por grupo de riesgo y aseguramiento en salud.
- Rutas de grupo de riesgo.
- Activación de rutas al entorno laboral, de los casos de unidades de trabajo informal y niños, niñas y adolescentes identificados en trabajo infantil, para su desvinculación.
- Casos potenciales para ser parte de las redes comunitarias del entorno cuidador comunitario.
- Activaciones de ruta intersectoriales y prescripción social a dispositivos comunitarios, acorde a las necesidades evidenciadas en el hogar y a los determinantes sociales de la salud verificados; particularmente las necesidades de activación a Secretaría Distrital de Integración Social, en los casos de inseguridad alimentaria, reconocidos partir de la aplicar la Escala ELCSA que se realiza a todas las familias en el marco de la familiar, y donde se debe tener especial atención en aquellos hogares que cuentan con niños y niñas menores de 5 años que se identifican con desnutrición aguda, riesgo de desnutrición aguda, bajo peso al nacer, gestantes y lactantes con malnutrición, o los casos que requieren soporte social que puede ser apoyados desde diferentes dispositivos de base comunitaria.

Se precisa que, para la población migrante irregular, se realiza el proceso de activación de rutas, a través de la profesional del grupo de gestión cargo de esta actividad, por lo que los diferentes perfiles deberán informar los casos puntuales, con la información específica de identificación, contacto, ubicación y necesidad, tal y como se relaciona en el aplicativo SIRC. Estas activaciones se gestionarán a partir de la oferta y disponibilidad de diferentes cooperantes.

Al generar la activación de cualquiera de las rutas, se deberá brindar información a la familia, relacionada con la política de protección de datos de la Secretaría Distrital de Salud; aspecto que debe ser relacionado en las observaciones del instrumento de recolección de información.

Se precisa que los casos de usuarios tipo 4 que son gestionados por el gestor a través del agendamiento de citas en los Servicios especializados resolutivos de cada asegurador, no requieren ser canalizados por el aplicativo SIRC, a menos que se trate de una ruta diferente a los criterios establecidos para dichas derivaciones, dado que se duplicaría la gestión y esfuerzos de diferentes actores del sistema para la respuesta que ya estaría dada.

4. ***Derivación para vacunación*** por parte de la bina asignada a la unidad de gestión del riesgo a la cual pertenece el sector catastral en el que reside la familia; así como adelantar seguimiento para garantizar la completitud de esquemas en el 100% de los integrantes de las familias abordadas.

5. ***Activación a profesional de trabajo social*** del equipo para viabilizar proceso de afiliación de población no asegurada que cumple con criterios establecidos para este proceso y así acceder a los servicios de salud.

6. ***Notificación a los subsistemas de vigilancia***, del 100% de los casos que cumplan con criterio, dentro de los que se encuentran los casos de violencias (física, sexual, emocional, económica, negligencia y abandono) al Subsistema de Vigilancia de Violencia Infantil y Maltrato Intrafamiliar (SIVIM), los casos de conducta suicida (ideación, amenaza, intento o suicidio consumado) al Subsistema de Vigilancia de Conducta Suicida (SISVECOS), entre otros *(Ver caja de herramientas, Formatos de Notificación)*. La notificación de eventos de interés en salud pública al SIVIGILA, está a cargo de profesionales de la salud responsables de la valoración individual de los integrantes de la familia, por lo que en caso de identificar algún evento de interés se deberá garantizar la atención individual a partir de alguno de los mecanismos ya descritos, de manera que sea a partir de la valoración individual que se determine si se requiere o no una notificación al SIVIGILA.

7. ***Llamado a línea de atención 137****, en el momento de la intervención familiar, en casos de identificarse riesgo alto para la salud e integralidad de*

la persona, que requiere atención inmediata; aplica también para los casos en que se identifique una urgencia en salud mental.

8. ***Reporte de las familias indígenas identificadas en el abordaje casa a casa***, que corresponden a los 14 pueblos descritos en el apartado de la estrategia de barrido casa a casa, para ser abordados por los Equipos de Cuidado Diferencial Indígena.

Los registros correspondientes a las actividades descritas anteriormente deberán ser cargadas el mismo día de la intervención (Máximo en las siguientes 24 horas al desarrollo de la actividad) en el aplicativo en línea, así como en los formatos de captura de información requeridos para las activaciones de ruta, notificaciones y demás acciones contempladas que impliquen registros de información adicional.

Este reporte de información diaria incluye la comunicación de situaciones particulares y necesidades de gestión a los líderes a cargo, y el registro de solicitudes de ajustes a datos que ingresan erróneamente en el aplicativo en línea; solicitudes que se realizan en el módulo dispuesto.

Casos de Alta Gestión:

Como parte de la gestión del riesgo adelantada por los gestores de bienestar, los casos de alta gestión hace referencia a aquellos en los que la respuesta por parte del gestor para garantizar la integralidad y continuidad del cuidado requiere de acciones adicionales a las antes descritas, que generalmente implica desplazamiento a alguna unidad de prestación de servicios de salud y que dadas las características de la familia, requieren apoyo del equipo de salud para adelantar trámites específicos para el acceso a la salud. Son acciones de apoyo que realiza los gestores en familias en las que se encuentran *gestantes que presenten barreras de acceso para la asignación oportuna de citas, procedimientos o servicios de la Ruta Materno Perinatal; dificultades para la autorización, dispensación o entrega de medicamentos requeridos durante la gestación; signos o síntomas de alarma que requieran acompañamiento para el acceso inmediato a los servicios de urgencias, incluyendo la gestión del traslado cuando sea necesario, que comprometa la continuidad, oportunidad o resolutividad de la atención y represente un riesgo para la salud materna o fetal. Madres* cabeza de hogar sin red de apoyo, quien se encuentra al cuidado de menores; familias con personas mayores o personas con discapacidad donde no se han implementado planes de bienestar en el marco de las estrategias de RBC

o MAS compañía, MAS Bienestar con auxiliares de cuidado o agentes de cambio que en el marco del plan apoyan dicha actividad.

Dentro de las actividades de gestión a realizar se encuentra:

- Solicitud de autorizaciones y agendamientos presenciales para:
    - Citas de especializadas y supraespecialidades.
    - Citas que son asignadas en IPS externas a las Subredes Integrales de Servicios de Salud y no pueden ser gestionadas a través del gestor en línea.
    - Solicitud de medicamentos.

Estas actividades de alta gestión serán documentadas en acta de reunión de la subred o en la herramienta definida desde la SDS, adjuntando las órdenes y gestión adelantada en cada caso.

Finalmente, se precisan acciones a desarrollar por el gestor en el marco de la estrategia de detección temprana y manejo oportuno de cáncer o enfermedad huérfana de curso oncológico.

A continuación, se describen algunas precisiones técnicas a seguir en el abordaje de las prioridades establecidas para la intervención desde los Equipos MAS Bienestar en tu Hogar:

Prioridad Materno:

Como gestor de bienestar, su función es asegurar que la gestante comprenda sus cuidados y asista a sus controles según la Resolución 3280. El siguiente es un listado de las recomendaciones que el gestor debe brindar a toda gestante:

1. Estilo de Vida y Alimentación:

- Ganancia de peso: Lo ideal es un aumento entre 9 y 13 kg en todo el embarazo.
- Dieta: Aumentar frutas, verduras y legumbres. Consumir de 500 ml a 1 litro de leche al día (o equivalentes como queso/yogur).
- Restricciones: Cero alcohol, tabaco y drogas. Reducir grasas animales y azúcares industriales.
- Cocción: Carnes y pescados siempre bien cocidos (a la plancha o hervidos) para evitar infecciones.

2. Cuidados Personales y Sueño

- Higiene: Ducha diaria y lavado de dientes después de cada comida (asistencia obligatoria a odontología).
- Vestimenta: Ropa holgada y zapatos cómodos. No usar fajas ni medias que aprieten demasiado.
- Postura al dormir: Recomendar siempre el decúbito lateral izquierdo (dormir sobre el lado izquierdo) para mejorar el flujo de sangre al bebé. Usar almohadas entre las piernas.

3. Actividad Física y Trabajo

- Meta: Realizar 150 minutos a la semana (30 min al día, 5 días) de caminata, natación o yoga.
- Contraindicaciones: No hacer ejercicio si hay sangrado, salida de líquido, riesgo de parto prematuro o preeclampsia.
- Trabajo: Puede laborar hasta el 8vo mes, siempre que no haya esfuerzo físico extremo o exposición a tóxicos.

4. Suplementación (Micronutrientes)

Es vital explicar cómo tomarlos para asegurar su absorción:

Micronutriente	Dosis	Cuándo iniciar	Nota educativa
Ácido Fólico	400 mcg	Preconcepcional - Sem 14	Previene defectos del tubo neural.
Calcio	1.200 mg	Desde la Sem 14	Previene preeclampsia. No tomar con el hierro.
Hierro	60 mg	Desde la Sem 14	Previene anemia. Tomar con jugo de naranja (Vit C).

5. Esquema de Vacunación

- Influenza: A partir de la semana 14.
- Tdap (Tosferina): A partir de la semana 26 (una dosis en cada embarazo).
- Tétanos (Td): Según antecedente vacunal.
- Virus Sincitial: Entre la semana 28 y 36.

Identificación de Signos de Alarma

Eduque a la paciente para que sepa diferenciar la severidad:

- Consultar por Consulta Externa: Vómitos muy frecuentes, ardor al orinar, diarrea o hinchazón leve.
- URGENCIAS DE INMEDIATO:
    - Sangrado vaginal o salida de líquido "como agua".

- Dolor de cabeza muy fuerte o visión borrosa (luces/cocuyos).
- Dolor abdominal intenso.
- Fiebre alta.
- Signos de Parto: 2 contracciones fuertes en 10 minutos (que duren más de 30 min).

Postparto y Lactancia

- Lactancia materna: Inicio inmediato tras el parto. Es el alimento más seguro.
- Cuidado: Lavar manos y pezones antes de alimentar. Aumentar la toma de líquidos de la madre.
- Cuarentena: No tener relaciones sexuales durante los primeros 40 días.
- Planificación: Remitir a la paciente para asesoría en métodos anticonceptivos al terminar la cuarentena.

Prioridad Mujer en edad fértil:

Con base en el enfoque de género y de curso de vida, la normativa reconoce a la mujer como sujeto de especial protección, trascendiendo la atención materno-perinatal hacia una cobertura integral de sus derechos sexuales y reproductivos, la mitigación de riesgos y el manejo de los determinantes sociales de la salud. En concordancia con este contexto, el gestor desarrollará acciones estratégicas orientadas a dar respuesta integral a dichos lineamientos.

Considerándose la intervención desde los cursos de vida, para lo cual se contempla las acciones en relación:

Considerándose la intervención desde los cursos de vida, para lo cual se contempla las acciones en relación:

Adolescencia 11 a 18 años:
En este grupo de edad las acciones se encuentra orientadas a la educacion en salud en reconocer aspectos relevantes en el curso de vida en el que se encuentran:

Educación en alimentación saludable:

Grupo de alimentos	Adolescencia
Frutas y verduras	Incentivar su inclusión habitual en las comidas y como alternativa a productos de paquete y bebidas azucaradas.

Cereales, raíces, tubérculos y plátanos	Promover porciones adecuadas y variedad, evitando reemplazarlos sistemáticamente por productos de paquete.
Leguminosas	Fortalecer su consumo como alternativa nutritiva y económica frente a productos de menor calidad nutricional.
Leche, lácteos y otros alimentos fuente de calcio	Favorecer alimentos fuente de calcio durante una etapa de crecimiento y consolidación de masa ósea.
Carnes, huevos y otras fuentes de proteína animal	Promover variedad, evitando que carnes procesadas y embutidos sustituyan las fuentes frescas.
Grasas	Educar sobre la diferencia entre grasas y reducir el consumo habitual de frituras y productos ultraprocesados.
Azúcares y productos ultraprocesados	Trabajar especialmente el consumo de bebidas azucaradas, productos de paquete, comidas rápidas y otros ultraprocesados, sin enfoques restrictivos ni estigmatizantes.
Sal y alimentos altos en sodio	Promover la lectura de etiquetas y la reducción de productos con alto contenido de sodio.
Agua y bebidas	Reforzar el consumo de agua frente a gaseosas, bebidas energizantes y bebidas azucaradas.

Actividad física

Niñas y adolescentes (5–17 años)	Al menos 60 min diarios de actividad física moderada a vigorosa. La mayor parte de esa actividad física debe ser aeróbica.	Incluir actividades vigorosas y de fortalecimiento muscular y óseo al menos 3 veces/semana. Cualquier cantidad adicional aporta beneficios. Limitar tiempo sedentario, especialmente frente a pantallas. En estas edades es fundamental promover actividades físicas de carácter lúdico, deportivo y grupal, ya que estas pueden

		favorecer la interacción social, el desarrollo de vínculos, el sentido de pertenencia y el bienestar emocional.

Educación en derechos en salud sexual y reproductiva:

Derechos Sexuales

• Derecho al goce: tener placer sexual, sin que se relacione con la procreación.

• Derecho a conocer el cuerpo: cada cuerpo es distinto y, por ende, todos son igual de valiosos. (Desmitificar cánones de belleza)

• Derecho a decidir: las relaciones sexuales tienen que ser libres y consensuadas entre quienes las practican.

• Derecho a expresar la identidad: libertad de vivir la sexualidad sin importar la orientación sexual o identidad de género.

• Derecho a una vida sin violencia: vivir la sexualidad sin coacciones ni violencias

Derechos Reproductivos

• Derecho a decidir sobre la maternidad y paternidad

• Derecho a decidir la cantidad de hijos

• Derecho a conformar familia sin discriminación ni estigmas.

• Derecho a iniciar o parar un proceso reproductivo

• Derecho a la no discriminación en el embarazo: acceso a servicios de salud para un proceso libre de violencia o tratos desiguales.

• Derecho a una maternidad segura: se debe garantizar el acceso a servicios de salud y atención médica en todas las etapas del proceso,

desde la intención de reproducción, consulta antenatal, la gestación, posparto y prevención del embarazo subsiguiente (suministro de método antes del alta hospitalaria.

• Derecho a interrumpir un embarazo, garantizando el aborto seguro como un derecho fundamental

Derechos Menstruales

• Acceder a información precisa, oportuna y adecuada a la edad sobre el ciclo menstrual, la menstruación, los ciclos hormonales y ovulatorios y los cambios experimentados a lo largo de la vida, así como las prácticas relacionadas con el autocuidado.

• Cuidar sus cuerpos durante la menstruación de tal manera que sus preferencias, higiene, comodidad, privacidad y seguridad sean apoyadas.

• Acceso oportuno al diagnóstico, tratamiento y atención de las molestias y trastornos relacionados con el ciclo menstrual, incluido el acceso a servicios y recursos de salud adecuados, alivio del dolor y estrategias de autocuidado.

• Experimentar un entorno positivo y respetuoso en relación con el ciclo menstrual, libre de estigma y angustia psicológica, incluidos los recursos y el apoyo que necesitan para cuidar con confianza de sus cuerpos y tomar decisiones informadas sobre sí mismos y sobre el cuidado durante todo su ciclo menstrual.

• Decidir si participar y cómo participar en todas las esferas de la vida, incluyendo civil, cultural, económica, social y política, durante todas las fases del ciclo menstrual, libre de exclusión relacionada con la menstruación, restricción, discriminación, coerción y/o violencia.

De igual los perfiles que orientan la acción cuidadora promoverán e interactuaran y harán uso de los contenidos técnicos y herramientas disponibles en la plataforma “LiteralMente”: https://literalmente.saludcapital.gov.co/ , ubicada en el sitio web de la entidad que incluye en el marco de las competencias de la entidad contenidos para la promoción de la salud mental, prevención de los problemas y trastornos mentales, prevención del consumo de sustancias psicoactivas, prevención de las violencias y la promoción de los derechos sexuales y derechos reproductivos minisitio SexualMente.

Nota para el grupo etario de 10 a <14 años: De acuerdo con el marco legal colombiano (edad de consentimiento a los 14 años), el abordaje se determina según las características del caso:

- Actividad sexual con un mayor de edad: Se tipifica legalmente como violencia sexual (delito). Es de carácter obligatorio la activación inmediata de la ruta de atención integral para víctimas de violencia sexual.
- Actividad sexual con un coetáneo (par menor de edad): El manejo clínico y preventivo estará orientado a la verificación de la adherencia a un método anticonceptivo o, en su defecto, a la canalización prioritaria a la consulta de planificación familiar.

Juventud y adultez (18 a 59 años):
en este grupo de edad las acciones desde el gestor están dadas y desarrollas en las siguientes actividades:
Orientación a la atención preconcepcional:

El objetivo de esta atención es intervenir y modificar estos factores de riesgo *antes* de que ocurra la fecundación, garantizando que el inicio del embarazo se dé en un estado óptimo de salud. En el relaciona los lineamientos nacionales, la consulta de atención preconcepcional debe ofrecerse a toda mujer o familia que exprese una intención reproductiva a corto plazo (dentro del lapso de un año) , por lo cual durante su intervención el gestor a esta población debe evaluar su intención reproductiva y si la usuaria se encuentra en consideración de iniciar su gestación es determinante orientarla a la valoración intramural educando que en la atención preconcepcional se genera acciones individualizadas que incluye la suplementación profiláctica por ej.: ácido fólico para prevenir defectos del tubo neural, recomendaciones sobre la optimización del peso y el cese absoluto del consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias psicoactivas y la toma de paraclínicos que permiten una valoración holística e integral de la mujer.

Acciones de tamización:

Las acciones de tamización en la población general y que acciones como la toma de sangre oculta en heces hace también parte importante de la población en este apartado se realiza especial énfasis en los esquemas de citología, ADN VPH y mamografía

Cáncer de Mama	Mujeres ≥ 40 años	Examen clínico de la mama:	• Ante hallazgo clínico anormal: Solicitud de

(Res. 3280/2018)		Obligatorio, frecuencia mínima de 1 vez al año (por medicina).	ecografía mamaria o mamografía de soporte para verificación.
	Mujeres entre 50 y 69 años	Mamografía bilateral de dos proyecciones: Obligatoria, cada 2 años.	Según Clasificación BI-RADS:• BI-RADS 1 y 2 (Normal/Benigno): Continuar tamización regular bienal hasta los 69 años.• BI-RADS 3 (Probable benigno): Derivación al SER (médico con énfasis en salud familiar).• BI-RADS 4 y 5 (Sospecha/Malignidad): Derivación al SER + Activación de navegación MAS Bienestar.
Cáncer de Cérvix	Mujeres de 25 a 29 años (incluye < 25 años con vida sexual activa)	Citología cérvico-uterina convencional (toma exocervical y endocervical). Esquema 1-3-3.	• Resultado Negativo: Continuar esquema regular trienal.• Resultado Positivo (NIC 2 y 3): Derivación al SER (médico con énfasis en salud familiar) y Activación de derivación a navegación especializada
	Mujeres de 30 a 65 años	Prueba de ADN del Virus del Papiloma Humano (ADN-VPH). Esquema 1-5-5.	• Resultado Negativo: Repetir la prueba de ADN-VPH a los 5 años.• Resultado Positivo: Derivación al SER y Activación de derivación a navegación especializada

Recomendaciones de alimentación:

Grupo de alimentos	Juventud	Adultez

Frutas y verduras	Mantener consumo frecuente y variado, aprovechando productos de temporada y producción local.	Priorizar frutas enteras y verduras frescas en las diferentes comidas, favoreciendo variedad y preparaciones tradicionales.
Cereales, raíces, tubérculos y plátanos	Favorecer preparaciones caseras con alimentos disponibles en el territorio.	Ajustar cantidad y preparación a requerimientos individuales y nivel de actividad física, priorizando alimentos poco procesados.
Leguminosas	Promover su presencia habitual, articulándola con alimentos propios del territorio.	Incluirlas regularmente, aprovechando fríjoles, lentejas, arvejas u otras disponibles localmente.
Leche, lácteos y otros alimentos fuente de calcio	Mantener fuentes adecuadas de calcio dentro de una alimentación variada.	Priorizar fuentes de calcio y proteínas de buena calidad, según necesidades individuales.
Carnes, huevos y otras fuentes de proteína animal	Priorizar huevos, carnes y otras fuentes disponibles en el territorio, según preferencias y posibilidades familiares.	Diversificar las fuentes de proteína y moderar carnes procesadas y alimentos altos en sodio.

Grasas	Priorizar fuentes de grasas saludables y moderar frituras y productos con alto contenido de grasas saturadas.	Preferir fuentes de grasas insaturadas y moderar grasas saturadas y frituras.
Azúcares y productos ultraprocesados	Promover la reducción de bebidas azucaradas, comidas rápidas y productos ultraprocesados.	Disminuir el consumo habitual de productos ultraprocesados y bebidas azucaradas, priorizando alimentos reales y preparaciones caseras.
Sal y alimentos altos en sodio	Reducir alimentos procesados, embutidos, enlatados y productos de paquete.	Moderar sal, sazonadores comerciales, embutidos y productos ultraprocesados.
Agua y bebidas	Priorizar agua y limitar bebidas azucaradas y energizantes.	Promover agua como principal bebida y reducir bebidas azucaradas y alcohólicas.

Actividad física:
Recomendaciones de actividad física:

Adultos (18–64 años)	Al menos 150–300 min/semana de actividad aeróbica moderada, o 75–150 min/semana de actividad aeróbica vigorosa, o combinación equivalente.	Al menos 2 días a la semana realizar actividades de fortalecimiento muscular de intensidad moderada o más elevada para trabajar todos los grandes grupos musculares. Se obtienen beneficios adicionales al superar los 300 min de actividad

		moderada. Limitar tiempo sedentario.
Personas mayores (≥65 años)	Igual que adultos: Al menos 150–300 min/semana de actividad aeróbica moderada o 75–150 min/semana de actividad aeróbica vigorosa, o combinación equivalente.	Al menos 2 días a la semana realizar actividades de fortalecimiento muscular de intensidad moderada o más elevada para trabajar todos los grandes grupos musculares. Al menos 3 días a la semana realizar actividades físicas multicomponente variadas que den prioridad al equilibrio funcional y a un entrenamiento de fuerza de intensidad moderada o más elevada.

Vacunación: en toda la población intervenida se debe verificar el esquema de vacunación pertinente para la edad

Prioridad Infancia:

En el abordaje familiar adelantado por los gestores de bienestar en hogares donde se identifiquen menores de 5 años, se deberá tener en cuenta para la gestión del riesgo y la promoción del cuidado en la primera infancia:

Valoración antropométrica

Realizar clasificación nutricional tomando como referencia las curvas de la OMS y los puntos de corte establecidos en la Resolución 2465 de 2016 (Ver Cuadro 1), para los indicadores: peso/talla, talla/edad, perímetro cefálico y perímetro braquial, esta última medida antropométrica aplica solo para mayores de seis meses hasta los 59 meses. Dicho proceso se debe validar a través de la herramienta ANTHRO versión 3.2.2 disponible en https://www.who.int/tools/child-growth-standards/software

Tabla 1. Clasificación antropométrica del estado nutricional para niñas y niños menores de 5 años, según indicador y puntos de corte.

Indicador	Punto de corte (desviaciones estándar DE)	Clasificación nutricional
Peso para la talla (P/T)	>+3	Obesidad
	> +2 a ≤ +3	Sobrepeso
	> +1 a ≤ +2	Riesgo de sobrepeso
	≥ -1 a ≤ +1	Peso adecuado para la talla
	≥ -2 a < -1	Riesgo de desnutrición aguda
	< -2 a ≥ -3	Desnutrición aguda moderada
	< -3	Desnutrición aguda severa
Talla para la edad (T/E)	≥ -1	Talla adecuada para la edad
	≥ -2 a < -1	Riesgo de talla baja
	< -2	Talla baja para la edad o retraso en talla
Perímetro cefálico para la edad (PC/E)	> +2	Factor de Riesgo para el Neurodesarrollo
	≥ -2 a ≤ 2	Normal
	< -2	Factor de Riesgo para el Neurodesarrollo

Fuente: Resolución 2465 de 2016.

Perímetro del brazo. Es una medida complementaria a los indicadores antropométricos descritos, está indicada en todos los niños y niñas desde los 6 hasta los 59 meses de edad y está asociada a riesgo de muerte por desnutrición. Si el niño o niña tiene menos de 11,5 centímetros en el perímetro del brazo, debe recibir las atenciones descritas en la ruta específica y el lineamiento de atención integrada a la desnutrición aguda (Resolución 2350 de 2020). La medición del perímetro del brazo no reemplaza la toma de peso y talla, por lo cual se considera un criterio independiente y complementario a la clasificación antropométrica nutricional.

Los menores identificados con alteración nutricional deberán ser derivados para el desarrollo de planes de bienestar: Casos de Desnutrición aguda moderada y Desnutrición aguda severa. De igual forma deberá garantizar la inclusión a la ruta de riesgo en los casos que lo requieran y activar a atención por urgencias los casos de DNT y perímetro de brazo menor a 11.5cm.

Riesgos por Enfermedad Respiratoria:

Verificar si presenta signos de alarma para enfermedad respiratoria

- Respiración rápida (Taquipnea)
- Hundimiento de costillas al respirar.

- < 2 meses: hiporexia.
- > 2 meses: no come nada, vomita todo.
- Irritable, somnoliento.
- Le “silba” el pecho.
- < 2 meses: fiebre.
- > 2 meses: fiebre por 2 o 3 días

Tabla 2. Frecuencia respiratoria rapida

SI EL NIÑO TIENE	EL NIÑO TIENE RESPIRACIÓN RÁPIDA SI USTED CUENTA
Menos de 2 meses	60 respiraciones o más por minuto
2 a 11 meses	50 respiraciones o más por minuto
12 meses a 5 años	40 respiraciones o más por minuto

Desde el Programa para la prevención, manejo y control de la Infección Respiratoria Aguda - IRA y las Enfermedades Diarreicas Agudas -EDA en niños menores de cinco años se proponen, 3 mensajes claves que facilitan el aprendizaje:

¿Cómo evito que mi hija/a se enferme?

1. Si se enferma ¿cómo lo debo cuidar en casa y cómo puedo evitar que contagie a otras personas?
2. ¿Cuáles son los signos y síntomas que hacen necesario consultar a una institución de salud?

Primer mensaje: ¿Cómo evito que mi hijo/a se enferme?

- Limpiar frecuentemente el polvo de las paredes, de los estantes y de todos los muebles con un paño húmedo.
- Limpiar el piso con un trapo húmedo.
- Sacudir frecuentemente, fuera de la vivienda y lejos de los niños: cobijas, almohadas y demás ropa de cama.
- Mantener abiertas las puertas y ventanas de las habitaciones durante el día para que penetren el aire puro y la luz solar.
- Si las habitaciones son poco ventiladas o iluminadas, saque las cobijas, colchones y ropas para sacudirlos y exponerlos al sol. Así elimina humedad y hongos.
- No permita fumar dentro de la vivienda.
- Mantenga fuera de los dormitorios: fogones, estufas, braseros y calentadores que utilicen leña o carbón y que produzcan ceniza y humo.
- Evitar el contacto con personas que tengan gripa o tos. Al estornudar o toser, hágalo poniendo la parte interna del codo en la nariz.
- Usar mascarilla o tapabocas cuando tenga gripa.

- Lavarse las manos con más frecuencia cuando tenga gripa.
- Evitar los cambios bruscos de temperatura: Tapar la boca y la nariz del niño cuando va a cambiar de temperatura, principalmente en las mañanas y en las noches.
- Mantener el esquema de vacunación completo.
- Dar lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida e introducir otros alimentos en buen estado, paulatinamente desde los 6 meses de edad.

Segundo mensaje ¿Cómo debo cuidar en casa en casa a la niña o niño enfermo y evitar que contagie a otras personas?

- Enseñar las medidas de apoyo para la atención en el hogar a través del FALTAN.
- FIEBRE: Manejo según orientación médica, promover la no automedicación, adherencia a manejo indicado por médico. Medios físicos.
- ALIMENTOS y Líquidos: Es normal que disminuya el apetito, ofrecer alimentación fraccionada y frecuentes en pequeña cantidad.
- LAVADO DE MANOS: Recordar lavado de manos como medida importante para la transmisión de las infecciones respiratorias.
- TOS: No se usan medicamentos para quitar la tos, favorecer abundante consumo de líquidos y consumo de miel solo en mayores de 2 años.
- ALARMA: Conocer signos de alarma (ver tercer mensaje).
- NARIZ: Limpieza nasal (suero fisiológico en cada fosa nasal de acuerdo con la necesidad).

<u>Tercer Mensaje: ¿Cuándo debo consultar a un centro de salud?</u>

Reiterar en la identificación de signos de alarma o presencia de neumonía o de otro problema relacionado:

a. Signos de alarma en menores de 2 meses:
    - Respira más rápido de lo normal.
    - Disminuye el apetito.
    - Presenta fiebre así sea en una sola oportunidad.
    - Le suena el pecho al respirar.
    - Somnolencia o no despierta con facilidad.
    - Ataques o convulsiones.
b. Signos de alarma en niños de 2 meses a 5 años:
    - Fiebre de más de 38.5°C por más de tres días de difícil control.
    - Permanece decaído cuando baja la fiebre.
    - Respira más rápido de lo normal.
    - Se le hunden las costillas al respirar y tiene otro signo de alarma.
    - No puede comer o beber nada o vomita todo.
    - Somnolencia o no despierta con facilidad.
    - Ataques o convulsiones.
    - Supuración o mal olor de oído.

Riesgos por Enfermedad Diarreica:

Factores de riesgo para enfermedad diarreica aguda persistente

- Ausencia de lactancia materna exclusiva
- Indicadores antropométricos Z-P/T, Z-T/E ó Z- P/E, por debajo de –3 DE (Desnutrición severa)
- Uso de antibióticos durante el episodio de EDA
- Presencia de cualquier tipo de inmunodeficiencia
- Tener más de 10 deposiciones por día
- Deshidratación recurrente

INTERROGUE: Signos de alarma, fiebre, número de deposiciones en las últimas 4 horas, el número total en 24 horas, así como los días de evolución, sangre en las heces, número de episodios de vómito en las últimas 4 horas, otros síntomas asociados, cuadros previos de diarrea, duración de los síntomas, tratamiento usado, uso de sales de rehidratación oral, si recibe lactancia materna u otros alimentos.

VERIFIQUE: Signos de alarma, hallazgos al examen físico para clasificar la presencia y severidad de la deshidratación, condiciones de riesgo. Es muy importante la realización de la valoración antropométrica de forma adecuada.

CLASIFICAR: Diarrea persistente: Se considera diarrea persistente si la diarrea aguda se prolonga en duración por 14 días o más, puede asociarse a pérdida importante de peso, así como a otras infecciones extraintestinales, es fundamental su tratamiento adecuado en niños y niñas con desnutrición.

- Grave: si el niño presenta signos de alarma, es menor de 6 meses, signos de deshidratación o presenta desnutrición aguda moderada o severa. En este caso se debe adelantar agendamiento.

EDUCAR:

Explique las reglas para tratar diarrea en el hogar

1. Dar más líquidos de lo usual para prevenir la deshidratación.
2. Usar líquidos caseros recomendados o suero oral después de cada evacuación, tan pronto se inicie la diarrea, con el fin de reponer el agua y las sales y evitar así la deshidratación.
3. No están indicadas las bebidas azucaradas, tales como las gaseosas o los jugos industriales.

4. Alimentos para prevenir desnutrición: continuar la lactancia materna o sucedáneo cuando aplique, en este último caso revisar que las condiciones para su preparación sean adecuadas (reconstitución en las cantidades que refiere el fabricante, uso de agua potable para reconstituir, lavado con agua y jabón de los accesorios que se utilicen para preparar y suministrar la fórmula, prefiriendo vaso o cuchara- los biberones tienen mayor riesgo de contaminación).
5. En mayores de 6 meses que reciben alimentos sólidos y en adultos, dar la dieta corriente, sin forzar al niño. Deben evitarse alimentos con mucha azúcar porque empeoran la diarrea, preferir alimentos astringentes y cocinados de acuerdo con la disponibilidad: como guayaba, pera, manzana, galletas de soda, plátano verde, arroz o pasta; los alimentos que requieran cocción deben estar bien cocinados (ejemplo: carne, huevo, pollo, etc.), las frutas y verduras crudas lavarlas con agua potable antes de ofrecer al niño o niña.
6. Limpieza de alimentos antes de su ingesta, limpieza de superficies antes de contacto con manos.
7. Evitar el contacto directo de las manos con superficies de mucosas como ojos, boca, ano.

Deseche las heces de toda la familia, de manera segura y lávese las manos con agua y jabón después de la defecación y antes de preparar los alimentos y dar de comer a sus hijos:

- La familia debe lavarse las manos con agua y jabón antes de preparar los alimentos, antes de comer y dar de comer al niño, después de hacer sus necesidades, y después de cambiar los pañales del bebé.
- Las heces, incluyendo las de los niños, deben desecharse en forma segura, poniéndolas en el servicio sanitario o en una fosa cubierta.
- La forma más efectiva de evitar la diarrea es tomar agua segura, ya sea hervida o filtrada.
- Realizar adecuada higiene de alimentos.

SIGNOS DE ALARMA:

- Se le ven los ojos hundidos.
- Las deposiciones son muy líquidas y frecuentes (más de 10 en el día).
- Bebe ávidamente los líquidos que se le ofrecen.
- No puede beber ni tomar del pecho.
- Vomita todo (presencia de 4 episodios de vómito en las últimas 4 horas).
- Orina menos de lo que habitualmente orina o deja de orinar.
- Aparece fiebre que no tenía antes.
- Aparece sangre en heces.
- Convulsiona.

- No responde al llamado, no responde a estímulos físicos, no despierta con facilidad.

Al evidenciar estos signos de alarma para ERA y EDA, el gestor deberá adelantar la activación de ruta correspondiente, garantizar el agendamiento y la comprensión de las indicaciones brindadas.

De igual forma, en el 100% de las familias se deberá promover, gestionar y hacer seguimiento a los esquemas de vacunación acorde a la edad de cada uno de los integrantes.

Prioridad Condiciones Crónicas:

El automanejo es el proceso dinámico donde el paciente y su familia toman decisiones cotidianas para controlar enfermedades como la Hipertensión Arterial (HTA) y la Diabetes Mellitus (DM), fuera del entorno hospitalario.

1. Fundamentos del Plan: Las 5A

El plan de atención debe basarse en este modelo conductual:

1. Averiguar: Evaluar conocimientos, creencias y comportamientos (dieta, ejercicio, adherencia).
2. Aconsejar: Dar recomendaciones firmes y empáticas sobre riesgos y beneficios.
3. Acordar: Establecer metas SMART (Específicas, Medibles, Alcanzables, Relevantes y con Tiempo).
4. Asistir: Identificar barreras y usar entrevista motivacional.
5. Arreglar: Establecer el plan de seguimiento.

2. Gestión de la Adherencia Terapéutica

- La falta de adherencia en enfermedades crónicas puede alcanzar el 50%.
- El gestor debe adelantar la sensibilización a la familia, de manera que se comprenda la importancia de la adherencia a los controles, toma de laboratorios, tratamiento farmacológico y no farmacológico.
- Garantizar el agendamiento de citas que requiera el usuario.

3. Estilo de Vida Saludable (Pilares No Farmacológicos)

Alimentación Cardioprotectora

- Frutas y Verduras: "5 al día" (frescas y enteras).

- Sodio: Menos de 5g de sal al día (una cucharadita cafetera). Evitar embutidos y ultraprocesados
- Proteína: Priorizar legumbres, pescado y aves. Limitar carnes rojas.
- Grasas: Fomentar aguacate, maní y nueces. Evitar grasas de origen animal.

Actividad Física (Recomendaciones OMS)

- Adultos (18-64 años): 150-300 min/semana de actividad moderada + 2 días de fortalecimiento muscular.
- Hipertensión: Preferir ejercicios rítmicos (caminar, nadar). Contraindicación absoluta: Cifras >180/120 mmHg.
- Diabetes: Interrumpir el tiempo sentado cada 30 min. Un aumento de 500 pasos al día reduce significativamente la mortalidad.
- En los pacientes que en la progresión de la enfermedad presentan complicaciones micro y macro vasculares, está en particular tiene recomendaciones puntuales frente a la realización de actividad física/ ejercicio, en la siguiente tabla se identifica la condición y la recomendación para cada una de ellas:

Complicación	Evaluación y Precauciones
Enfermedad Cardiovascular	Investigar síntomas como dolor torácico, disnea intensa, cambios en la sensibilidad o perfusión de miembros inferiores y úlceras. Ante hallazgos positivos, remitir a medicina especializada.
Neuropatía Periférica	Es fundamental asegurar el uso de calzado adecuado, así como la revisión periódica y el cuidado apropiado de los pies.
Retinopatía	Pacientes con hemorragia vítrea deben abstenerse de realizar ejercicio hasta recibir autorización por oftalmología.
Nefropatía	No existe evidencia que justifique restringir tipos de ejercicio en enfermedad renal diabética. En diálisis, monitorear electrolitos si la actividad es intradiálisis.

- Durante la actividad física los pacientes quienes en su esquema de manejo farmacológico usan insulina tiene riesgo de presenta hipoglicemia durante la actividad física asi como de deshidratación es recomendable que la actividad física en este particular grupo de pacientes sea prescrita por medico especialista.

5. Signos de Alarma (Urgencia Vital)

- Infarto (IAM)
- Dolor opresivo en el pecho (>20 min) que irradia a brazos, mandíbula o espalda.
- Sudoración fría, náuseas y sensación de muerte inminente.
- Acción: Llamar al 123.

Ataque Cerebrovascular (ACV) - Acrónimo CORRE

- Cara: Asimetría (boca torcida).
- Ojo: Alteración visual súbita.
- Rápida: Pérdida de fuerza en un brazo o pierna.
- Raro: Dificultad para hablar o entender.
- Emergencias: Llamar al 123.

Nota Final: Es compromiso del Plan de Bienestar asegurar que todo el núcleo familiar tenga el esquema de vacunación PAI completo según su edad y condición.

Prioridad Cáncer: En el marco de la gestión del riesgo en cáncer y sus líneas priorizadas: Gástrico, Mama, Colon y recto, Cérvix, próstata e infancia, el gestor deberá en su intervención inicial realizar el abordaje integral, en este se debe identificar si la persona cuenta con un diagnóstico oncológico confirmado, si se encuentra en proceso de diagnóstico o presenta lesiones de alto riesgo, en esta intervención en personas con diagnostico oncológico confirmado, proceso de confirmación de diagnóstico o lesiones del alto riesgo se debe realizar el proceso se identificación de barreras de su atención, así mismo se debe identificar indagar de manera sistemática la presencia de signos y síntomas de alarma asociados a los eventos priorizados, entendidos como manifestaciones clínicas que pueden sugerir enfermedad y requieren valoración oportuna para los tipos de cáncer priorizados:

Cáncer de Gastrico

- Pérdida de peso involuntaria.
- Dolor abdominal, especialmente en la boca del estómago o parte superior.
- Dificultad para tragar (disfagia).
- Pérdida de apetito o sensación de saciedad rápida tras ingerir pequeñas cantidades de comida.
- Náuseas y vómitos constantes.

- Cansancio extremo o falta de aire. Esto puede deberse a la anemia, una condición causada por la disminución de los glóbulos rojos.

Cáncer de Cuello Uterino

- Sangrado vaginal anormal (intermenstrual, post menopaúsico, post coital)
- Flujo vaginal fétido
- Dolor pélvico o en las relaciones sexuales

Cáncer de Colon recto

- Pérdida de peso.
- Sangrado rectal
- Materia fecal con sangre.
- Masa palpable en abdomen.
- Cambios en el hábito intestinal.

Cáncer de próstata

- Dificultad para orinar
- Disminución del calibre del chorro
- Intermitencia al orinar o sensación de no poder vaciar por completo
- Sangre en la orina o en el semen
- Dolor al eyacular u orinar
- Ardor en la boca del estomago
- Anemia con recuento de bajo de glóbulos rojos
- Dolor abdominal persistente
- Acidez estomacal frecuente
- Sensación de indigestión constante
- Pérdida de peso
- Falta de apetito
- Náuseas persistentes
- Vómito frecuente con o sin sangre
- Hinchazón abdominal
- Malestar impreciso en el abdomen
- Deposición con sangre

Mama

- Hallazgos en autoexamen

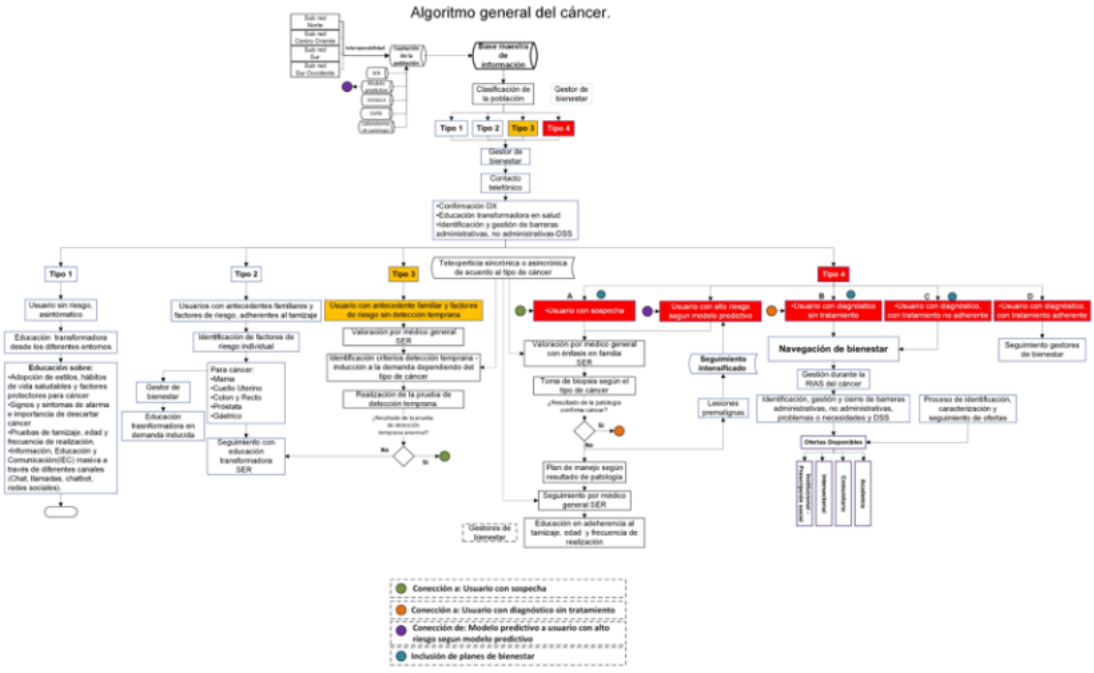
- Bulto o masa en la mama o en la axila, generalmente dura, irregular y no dolorosa.
- Cambio en el tamaño o la forma de la mama.
- Alteraciones en la piel de la mama: enrojecimiento, engrosamiento, hoyuelos o aspecto de “piel de naranja”.
- Retracción o hundimiento del pezón que antes no estaba.
- Secreción por el pezón, especialmente si es sanguinolenta o aparece sin presión.
- Descamación, costras o lesiones en el pezón o la areola.
- Dolor persistente en la mama o el pezón que no se relaciona con el ciclo menstrual.
- Inflamación total o parcial de la mama, aun sin presencia de bulto visible.
- Ganglios inflamados en la axila o sobre la clavícula.

Infantil

- Fiebre persistente o recurrente sin causa clara.
- Palidez marcada, cansancio extremo o debilidad.
- Moretones, sangrados frecuentes (nariz, encías) o puntos rojos en la piel.
- Dolor óseo o articular persistente, especialmente si limita la movilidad.
- Bultos o masas en cuello, axilas, abdomen, ingles o en cualquier parte del cuerpo.
- Aumento del tamaño del abdomen o dolor abdominal persistente.
- Pérdida de peso, falta de apetito o sudoración nocturna.
- Dolor de cabeza frecuente, intenso o que despierta al niño, especialmente si se acompaña de vómito.
- Vómito persistente, sobre todo en la mañana.
- Cambios neurológicos: convulsiones, alteraciones en la marcha, visión borrosa o doble.
- Infecciones frecuentes o graves.
- Leucocoria (mancha blanca en la pupila) o cambios visibles en los ojos.
- Crecimiento rápido de una masa o lesión que no desaparece.

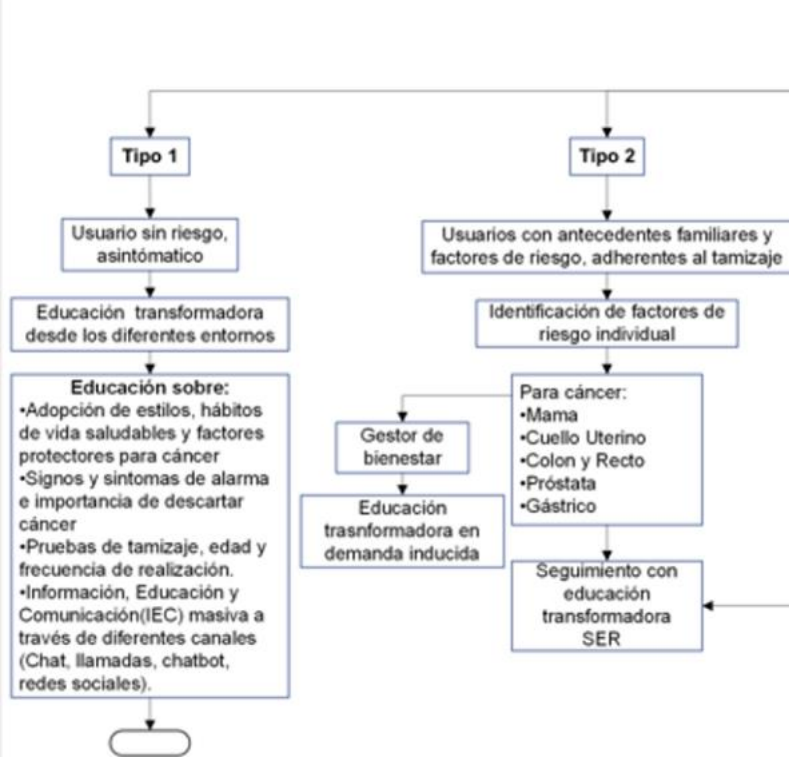
A partir de la identificación de riesgos relacionados con los diferentes tipos de cáncer, bien sea por la indagación realizada durante la caracterización o por el criterio de priorización remitido por las diferentes fuentes de ruteo; los gestores, adelantarán el seguimiento y gestión del riesgo a partir del flujograma que se presenta a continuación:

Ilustración. Flujograma

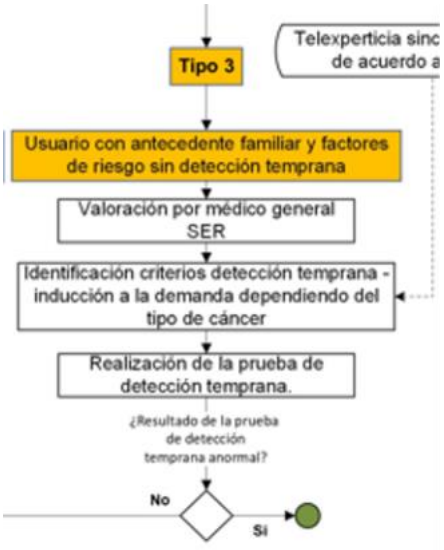


Fuente: Navegadores MAS Bienestar. 2026

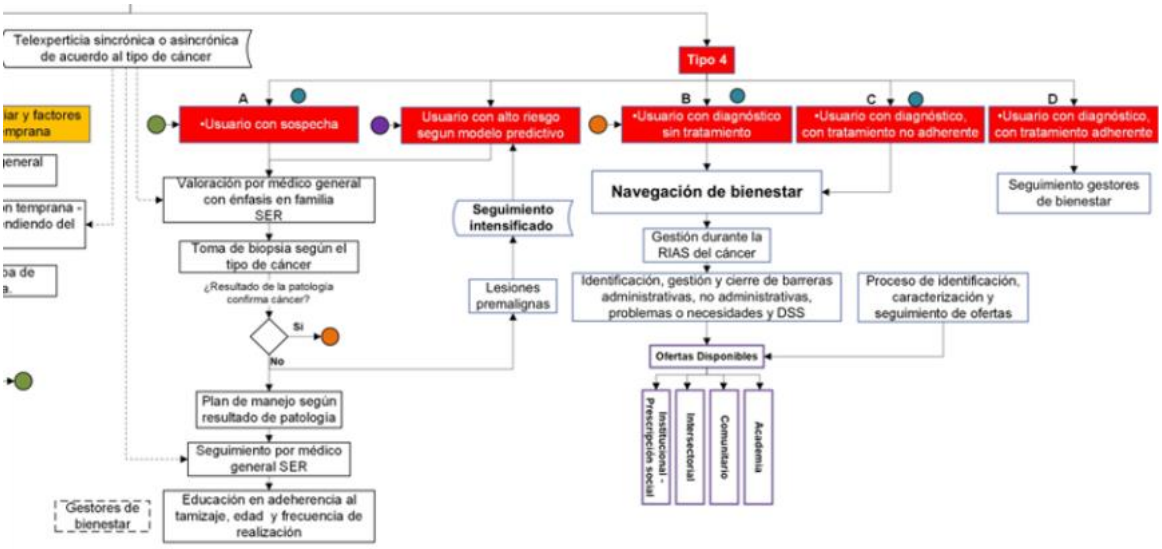
Ilustración. ABORDAJE FAMILIAR POR GESTOR: Intervención usuario tipo 1 y 2



Fuente: Navegadores MAS Bienestar. 2026



Fuente: Navegadores MAS Bienestar. 2026



Fuente: Navegadores MAS Bienestar. 2026

La atención de los usuarios clasificados como **Tipo 1** (sin riesgo identificado) y **Tipo 2** (con antecedente familiar adherente a tamizaje) se orienta principalmente al fortalecimiento de factores protectores y a la consolidación de prácticas de autocuidado que aseguren la continuidad en la detección temprana y la prevención de complicaciones, en los usuarios **tipo 2** es necesario realizar la recordación de las acciones de la ruta de mantenimiento para la salud las diferentes actividades de la tamización para el cáncer ej: Sangre oculta en materia fecal para mayores de 50 años, VPH o citología según corresponda, y si es necesario el agendamiento de la misma gestión .

Momento 1: Educación para la salud pública - educación trasformadora **para fortalecer el autocuidado**

Esta actividad de educación en salud se desarrolla como una comunicación personalizada, orientada a transformar prácticas de cuidado y a fortalecer la adherencia sostenida a los programas de tamizaje. El gestor debe promover el reconocimiento del valor del tamizaje regular, la vacunación contra VPH (cuando corresponda) y la importancia de mantener hábitos saludables.

- **Contenidos mínimos:** autocuidado en salud, reconocimiento de factores protectores y de signos de alarma oncológica, pautas de alimentación balanceada, promoción de actividad física, reducción de consumo de alcohol y tabaco, y sensibilización frente a mitos y creencias sobre el cáncer.

- **Énfasis:** consolidar la percepción del tamizaje como práctica protectora, fomentar la continuidad en los controles médicos y reforzar la corresponsabilidad familiar en la vigilancia del estado de salud.

Acciones de tamización de la población acorde a la ruta de promoción y mantenimiento de los cuales son sujetos la población general y en particular los usuarios tipo 2 y tipo 3:

Tipo de Cáncer	Población Objetivo / Edad	Prueba de Tamización y Frecuencia	Conducta Clínica y Ruta de Derivación
Cáncer Gástrico	Población con síntomas o factores de riesgo.	No existe tamización específica poblacional diferente a la Endoscopia de vías digestivas altas.	• Incentivar la promoción de factores protectores.• Derivación: Consulta en el SER en caso de evidenciar síntomas.
Cáncer de Mama (Res. 3280/2018)	Mujeres ≥ 40 años	Examen clínico de la mama: Obligatorio, frecuencia mínima de 1 vez al año (por medicina).	• Ante hallazgo clínico anormal: Solicitud de ecografía mamaria o mamografía de soporte para verificación.
	Mujeres entre 50 y 69 años	Mamografía bilateral de dos proyecciones: Obligatoria, cada 2 años.	Según Clasificación BI-RADS:• BI-RADS 1 y 2 (Normal/Benigno): Continuar tamización regular bienal hasta los 69 años.• BI-RADS 3 (Probable benigno): Derivación al SER (médico con énfasis en salud familiar).• BI-RADS 4 y 5 (Sospecha/Malignidad): Derivación al SER + Activación de navegación MAS Bienestar.
Cáncer de Colon y Recto	• Riesgo Promedio: 50 años (Res. 3280) o 45 años (GPC 2025 por aumento en jóvenes).• Alto Riesgo: 40 años o 10 años antes del familiar en 1er grado más joven diagnósticado.	Sangre oculta en materia fecal por inmunoquímica (FIT) cada 2 años.(GPC 2025 sugiere alternativa de FIT anual para tamizaje organizado a gran escala).	• Suspensión: A los 75 años (o expectativa de vida ≤ 10 años). Entre 76-85 años la decisión es individualizada. > 85 años no tamizar.• Si la prueba FIT resulta POSITIVA: Derivación al SER (médico con énfasis en salud familiar) + Activación del plan de bienestar para navegación MAS Bienestar.

Cáncer de Próstata	• Hombres entre 50 y 75 años asintomáticos.• Hombres ≥ 40 años con factores de riesgo (antecedentes familiares de 1er grado).	Esquema combinado: Antígeno Prostático Específico (PSA) en sangre + Tacto Rectal (DRE).• Frecuencia: No inferior a 5 años ante resultados normales previos.	• Promover la toma de decisiones compartida.• Interferencia Mecánica: Si el tacto rectal se realiza en la consulta, la toma de sangre para PSA debe efectuarse mínimo 10 días después para evitar falsos positivos por presión física.
Cáncer de Cérvix	Mujeres de 25 a 29 años (incluye < 25 años con vida sexual activa)	Citología cérvico-uterina convencional (toma exocervical y endocervical). Esquema 1-3-3.	• Resultado Negativo: Continuar esquema regular trienal.• Resultado Positivo (NIC 2 y 3): Derivación al SER (médico con énfasis en salud familiar) y Activación de derivación a navegación especializada
	Mujeres de 30 a 65 años	Prueba de ADN del Virus del Papiloma Humano (ADN-VPH). Esquema 1-5-5.	• Resultado Negativo: Repetir la prueba de ADN-VPH a los 5 años.• Resultado Positivo: Derivación al SER y Activación de derivacion a navegacion especializada

Tabla: Tamización para detección temprana de cáncer

Momento 2: Seguimiento programado anual

El seguimiento se enfoca en verificar la permanencia de los usuarios en los programas de prevención y detección temprana, así como en identificar posibles cambios que puedan implicar mayor riesgo. Durante la visita domiciliaria o el contacto telefónico, el gestor indaga sobre la asistencia a citas de control, continuidad en pruebas de tamizaje, aparición de síntomas de alarma y barreras recientes de acceso al sistema de salud.

- **Énfasis:** en el usuario, la continuidad de tamizajes y la ausencia de síntomas sospechosos; en la familia, la identificación de nuevos factores de riesgo, antecedentes oncológicos emergentes y condiciones que afecten el autocuidado o la adherencia a las recomendaciones.
- **Periodicidad:** una vez al año de manera remota.

ABORDAJE FAMILIAR: Intervención usuario tipo 3

Los usuarios clasificados como **Tipo 3** son aquellos con antecedentes familiares de cáncer que no han realizado tamizajes, lo cual incrementa su nivel de riesgo y exige intervenciones específicas para promover la detección temprana, garantizar la realización de las pruebas y fortalecer la adherencia a los programas de control. El Gestor de Bienestar lidera la acción desde el ámbito domiciliario, articulando con los equipos intramurales y las EAPB.

Momento 1. Educación en salud para la transformación con énfasis en el riesgo identificado

La intervención educativa se centra en sensibilizar al usuario y a su familia sobre el impacto de los antecedentes familiares como factor de riesgo para el desarrollo de cáncer. En el marco de la actividad educativa, el gestor enfatiza en el tamizaje regular como una estrategia de cuidado preventivo en salud, orientada a identificar de manera temprana alteraciones que, de no ser detectadas oportunamente, podrían evolucionar hacia condiciones de mayor complejidad. Se destaca que la detección temprana facilita intervenciones oportunas, incrementa la efectividad de los tratamientos disponibles y contribuye a preservar la calidad y expectativa de vida. Con este enfoque, se promueve en el usuario y su familia la toma de decisiones informadas, comprendiendo el tamizaje no como un diagnóstico de enfermedad, sino como una práctica protectora y preventiva que fortalece la gestión integral del riesgo.

- Contenidos mínimos: Riesgo aumentado por antecedentes familiares, importancia del tamizaje según edad y sexo (citología, prueba de VPH, mamografía, colonoscopia referidos en la tabla de educación en el tipo de riesgo 2), reconocimiento de signos de alarma y estilos de vida protectores.
- Énfasis: derribar mitos y barreras culturales frente al tamizaje, motivar la asistencia como práctica protectora indispensable y reforzar la corresponsabilidad familiar en el cuidado y seguimiento.

Momento 2. Agendamiento de usuario para realización de prueba y control con resultados

Con base en la inicial, el gestor entrega la orden de la prueba de tamizaje requerida, especificando el tipo de examen, la fecha, el lugar, la hora y las instrucciones de preparación necesarias.

Nota: Recordatorio de cita: días previos a la actividad, se contacta al usuario para confirmar asistencia y reforzar las recomendaciones de preparación.

- Verificación de asistencia: posterior a la fecha programada, se constata en terreno o mediante contacto telefónico si el usuario asistió.
    - ♣ Si asistió, se registra en la aplicación correspondiente el cumplimiento de la prueba.
    - ♣ Si no asistió, se indagan las causas de la inasistencia (barreras logísticas, económicas, culturales, emocionales) y se activan respuestas específicas:

Intervención		Responsable
Falta de información o recordatorio.	Reeducación sobre importancia de completar el ciclo	Gestor de Bienestar
Factores culturales o de percepción de necesidad.		
Condiciones de salud que dificulten el desplazamiento.	Articulación con EPS para apoyo de transporte o convenios ruta de la salud o Activación navegadores Sociales: con prescripción social	Navegador social – trabajador social de estrategia navegadores MAS bienestar
Problemas logísticos o económicos	Activación navegadores Sociales: con preescripción social_Articulación con programas de apoyo económico temporal	Navegador social – trabajador social de estrategia navegadores MAS bienestar
Dificultades en salud mental	Sesión psicosocial	Psicólogo

- En caso de persistir la inasistencia, se debe informar a la EAPB los resultados de la gestión para activar corresponsabilidad institucional.
- La derivación de casos al perfil de trabajo social o psicología se debe realizar en el modulo de derivaciones en GTAPS

Momento 3. Seguimiento programado anual

Se debe realizar un seguimiento una vez al año para verificar condiciones de salud del usuario y su familia y novedades que se hallan presentado:

- Si el resultado es negativo, se informa al usuario la periodicidad del próximo control de acuerdo con los lineamientos técnicos.
- Si el resultado es positivo, se indaga sobre el acceso al proceso diagnóstico y al inicio de tratamiento, verificando barreras y activando la ruta de gestión correspondiente.

- En caso de identificar novedades (p. ej., diagnóstico sin confirmar o no inicio de tratamiento), se reclasifica el hogar y se activa la intervención acorde al nuevo nivel de riesgo, con especial referencia a los usuarios que pasen a tipo 4.

Nota:

Dada la articulación con los navegadores sociales se establecer que las personas con los siguientes criterios no se llevaran a implementación de planes de bienestar y deben ser derivados a los navegadores sociales: Líneas oncológicas con criterios para intervención por navegadores sociales:

Cancer de mama:

- •Paciente con diagnóstico confirmado de cáncer de mama por patología sin derivación a IPS oncológica.
- •Paciente con mamografía/ecografía de mama BI-RADS 4 o 5, sin biopsia.
- •Paciente con mamografía/ecografía de mama BI-RADS 4 o 5, con biopsia, en espera de resultado de patología.
- •Paciente con Examen Clínico de mama (ECM) con hallazgos patológicos, sin otros estudios. Cáncer de Cérvix:
- Paciente derivado desde el modelo predictivo como alto riesgo en seguimiento en cohorte intensificada
- •Paciente con diagnóstico confirmado de cáncer de cuello uterino por patología sin derivación a IPS oncológica.
- Paciente con prueba ADN-VPH positivo de alto riesgo (16, 18 y 45) y/o citología cervical con cambios celulares (NIC 2 y 3).

Cancer gástrico:

- •Paciente con diagnóstico confirmado de cáncer de gastrico por patología sin derivación a IPS oncológica.
- Pacientes con atrofia + metaplasia + displasia sumada a lesiones presentes descritas según la Clasificación de París por informe de patología e informe de la EVDA

Usuarios tipo 4

Esta clasificación de riesgo son pacientes con alto riesgo de presentar una patología oncológica o estar cursando con algún cáncer de las líneas priorizadas las acciones del gestor se orientan a la activación inicial y al reconocimiento de las posibles barreras y al inicio de la gestión de estas, a continuación, se da un breve resumen de lo que constituye una barrera en salud y su clasificación:

Identificación de barreras

Las barreras en la atención del cáncer se definen como son todos aquellos obstáculos físicos, económicos, administrativos, culturales o psicológicos que impiden a un paciente acceder, iniciar o completar su tratamiento contra el cáncer de manera oportuna, a su vez se clasifican en Barreras administrativas y no administrativa.

Desde el nivel de gestión del Gestor de bienestar se considera que acorde a la identificación de las barreras realice la siguiente ruta de activación para la intervención de la barrera e iniciar la intervención desde las acciones del gestor:

Tipo de Barrera	**Nombre de la Barrera**	**Descripción General**	**Derivación/ gestión de barrera**
A. Barreras Administrativas *(Obstáculos del sistema y sus procesos)*	No oportunidad en citas/servicios	Demoras prolongadas en la asignación de consultas y terapias.	Gestión de agendamiento activación de Profesional del enlace
	Falta de oportunidad en autorización	Trámites lentos y aprobaciones previas obligatorias engorrosas.	Exigir historia clínica para cada trámite; vencimiento de órdenes médicas.
	Suministro inoportuno de medicamentos	Entrega incompleta o tardía de medicamentos (POS y No POS).	Activacion de profesional de enlace y servicios complementario

	Inconsistencias en afiliación / bases de datos	Errores en los sistemas de información del SGSSS.	Derivación trabajo social
B. Barreras No Administrativas *(Obstáculos del entorno, usuario o infraestructura)*	Barrera Económica	Limitaciones financieras del propio usuario (incapacidad de pago).	Derivación a trabajo social
	Barrera Cultural y Actitudinal	Creencias, mitos o costumbres que alejan al usuario de la atención.	derivación a psicología
	Barrera de Comunicación e Información	Dificultades de interacción por lenguaje, educación o conocimiento.	Derivación a trabajo social si cuenta con componente étnico derivación a los equipos étnicos de la subred
	Barrera Psicosocial	Estados emocionales, de salud mental o dilemas del día a día.	Derivación a psicología

Prioridad Salud Mental:

Los gestores de bienestar, en el marco de la prioridad de salud mental, adelantan la aplicación del APGAR Familiar, como parte de la identificación de riesgos en la familia y abordan mediante la estrategia de ruteo, casos derivados del modelo predictivo, donde se adelanta la búsqueda de población con posibles riesgos o necesidades en salud mental. Para el desarrollo de estos abordajes se debe tener en cuenta:

En el marco de la aplicación del APGAR Familiar como instrumento de identificación de funcionalidad familiar, para los casos de disfuncionalidad moderada y disfuncionalidad severa, se establece la identificación de hogares con presencia de adolescentes entre 12 y 17 años que no se encuentren vinculados a procesos educativos formales ni a actividades laborales, reconociéndolos como

grupo poblacional priorizado en función de factores de riesgo individuales, familiares y sociales asociados a trayectorias de vulnerabilidad.

Esta condición se asume como una oportunidad estratégica para la identificación temprana de riesgos relacionados con el consumo inicial o experimental de sustancias psicoactivas (SPA), así como de otras conductas de riesgo propias del curso de vida adolescente. Los casos identificados deberán ser derivados al profesional de psicología para la realización de orientación individual y familiar, tamizaje de factores asociados, educación en salud y, de ser requerido, activación de la ruta de atención correspondiente, garantizando un abordaje preventivo, oportuno e integral.

Por su parte, el modelo predictivo en salud mental constituye una herramienta estratégica orientada a anticipar riesgos, identificar patrones de comportamiento y priorizar intervenciones a partir del análisis sistemático de datos personales, sociales y demográficos. Mediante el uso de técnicas estadísticas se puede estimar la probabilidad de eventos como crisis emocionales, recaídas, intentos de suicidio o abandono del tratamiento, facilitando la toma de decisiones basadas en evidencia. Su aporte radica en fortalecer la detección temprana, optimizar la asignación de recursos, focalizar acciones preventivas en poblaciones de mayor vulnerabilidad y mejorar la oportunidad y continuidad de la atención, contribuyendo así a una gestión más activa, integral y oportuna en salud mental en los distintos niveles del sistema de salud.

El Riesgo Familiar de Depresión es un índice compuesto integrado al modelo predictivo en salud mental, que permite identificar hogares con alta probabilidad de afectación psicoemocionales, se construye a partir de variables relacionadas con precariedad material, disfunción familiar e indicadores de privación psicosocial (incluida la inseguridad alimentaria), reconociendo la influencia de los determinantes sociales en la aparición de sintomatología depresiva.

En este marco, la identificación para un evento de depresión representa una aplicación específica del modelo predictivo, al integrar variables como antecedentes personales y familiares de alteraciones emocionales recurrentes, trastornos afectivos, presencia de enfermedades crónicas, consumo de sustancias psicoactivas, condiciones de aislamiento social, eventos vitales adversos y determinantes sociales de la salud. A través de este análisis multivariable es posible clasificar el riesgo, identificar signos tempranos de sintomatología depresiva y activar rutas de atención oportunas, incluyendo intervenciones psicosociales, seguimiento y acompañamiento. De esta manera, la identificación temprana no solo contribuye a prevenir la progresión hacia episodios

depresivos moderados o graves, sino que fortalece la atención preventiva, diferencial y centrada en la persona.

Acciones de gestión de riesgos identificados:

Para el reconocimiento de riesgos es salud mental se debe tener un proceso de escucha activa, es fundamental tener habilidades para establecer empatía y facilitar el establecimiento de confianza y respeto, con comunicación asertiva, clara, respetuosa y comprensible para la familia.

Se deben explorar a través de la entrevista (aplicación de instrumento de identificación de riesgo psicosocial SDS) y la conversación elementos que impliquen un riesgo para la salud mental o la estabilidad emocional; es decir, reconocer que existen momentos en la vida en la que pueden presentarse dificultades para las personas y sus familias (por ejemplo la adolescencia o la jubilación), pero si estas rebasan la capacidad que se tiene para hacerles frente puede implicar la necesidad de orientación o acompañamiento a nivel profesional.

De debe buscar la identificación de riesgos psicosociales los cuales se relaciona con afectaciones en la forma cómo una persona piensa, se siente, se comporta y se relaciona con los demás, y que esté generando malestar o algunos inconvenientes, en torno al deterioro en la vida social, laboral o en otras áreas importantes de las actividades cotidianas. En caso de identificar dicho riesgo se sugiere remitirlo al equipo de acciones complementarias en salud mental.

Deben explorar riesgos relacionados con conducta suicida o manifestaciones de diferentes violencias (física, sexual, emocional, económica, negligencia y abandono). En caso de identificar alguno de estos dos eventos prioritarios en salud mental se debe realizar la notificación correspondiente a los sistemas de vigilancia quienes posteriormente remiten a los equipos de acciones familiares según criterios concertados.
El Instrumento de Identificación de Riesgo Psicosocial SDS, se constituye como una herramienta de identificación de factores de riesgo en salud mental, este se encuentra en el aplicativo GTAPS y consta de 4 preguntas que aportan de manera clara y a través de una puntuación automática a la generación de la alerta, es de relevancia que de acuerdo al resultado establecido se realice la derivación al equipo de profesionales de psicología para la intervención de estos casos.

Las preguntas que presenta este instrumento contempla la evaluación de la condición establece un periodo reciente, por lo que se solicita iniciar la identificación estableciendo Si en el último mes el usuario:

	PONDERACION FACTORES DE RIESGO EN SALUD MENTAL			
		SI	**NO**	**Puntaje**
1	¿Se siente triste o irritado de manera frecuente?; Tiene llanto incontrolado? Tiene rabia permanente?			
2	¿Se ha sentido nervioso, ansioso?, ¿Siente que ha perdido disfrutar de la vida como lo hacía antes?			
3	**¿Ha tenido la idea de acabar con su vida o ha tenido intentos de suicidio?**			
4	Es gestante presenta alguna de estas situaciones: Consumo de sustancias , presencia de eventos estresantes y/o situaciones de violencia?			
	PUNTAJE TOTAL			

En el marco del esquema de ponderación establecido, la identificación de una respuesta afirmativa en la pregunta No. 3 se clasifica como criterio de riesgo inminente. En consecuencia, el caso deberá ser objeto de derivación inmediata al profesional de psicología para valoración especializada, análisis clínico y definición de la ruta de atención correspondiente, garantizando oportunidad y continuidad en la intervención.

1. Riesgo Alto: Puntaje mayor o igual a 8
2. Riesgo Medio: Gestante con puntaje igual o mayor a 4
3. Riesgo Bajo: Puntaje igual a 4 y que **NO** es Gestante

Acciones de Derivación de acuerdo con la clasificación de Riesgo:

GESTOR EN LINEA		**GESTOR DE BIENESTAR**	
CLASIFICACION	**ACCION**	**CLASIFICACION**	**ACCION**
Riesgo de Conducta suicida	* Derivación inmediata para equipo de psicología. * Socialización de líneas de ayuda.	Riesgo de Conducta suicida	* Derivación inmediata para equipo de psicología. * Socialización de líneas de ayuda.

Riesgo Medio - Gestante	* Derivación inmediata para equipo de psicología. * Socialización de líneas de ayuda.	Riesgo Medio - Gestante	* Derivación inmediata para equipo de psicología. * Socialización de líneas de ayuda.
Riesgo Alto	* Derivación a Gestor de Bienestar * Socialización de líneas de ayuda. * Desarrollo de acciones promocionales	Riesgo Alto	Evalúa criterios de resultado del instrumento y cruce con APGAR. Con disfuncionalidad moderada o severa direcciona al profesional de psicología. Los casos que no se derivan contarán con: * Socialización de líneas de ayuda. * Desarrollo de acciones promocionales * Seguimiento de acuerdo con la línea técnica de gestores.
Riesgo Bajo	* Socialización de líneas de ayuda. * Desarrollo de acciones promocionales. * Seguimiento de acuerdo con la linea técnica de gestores.	Riesgo Bajo	* Socialización de líneas de ayuda. * Desarrollo de acciones promocionales * Seguimiento de acuerdo con la línea técnica de gestores.

* Gestión de agendamiento según pertinencia de acuerdo con la línea técnica de gestores.

Es relevante precisar que la implementación del modelo predictivo, junto con la identificación sistemática de situaciones emergentes en salud mental, orientará un proceso de ajuste progresivo y dinámico de las intervenciones sobre los eventos priorizados, en función de la variación del riesgo, la magnitud de la afectación y las necesidades identificadas en la población objetivo. Este enfoque permitirá optimizar la toma de decisiones, garantizando la pertinencia técnica, la oportunidad y la focalización de las acciones, conforme a los cambios observados en el comportamiento de los eventos y en los determinantes asociados.

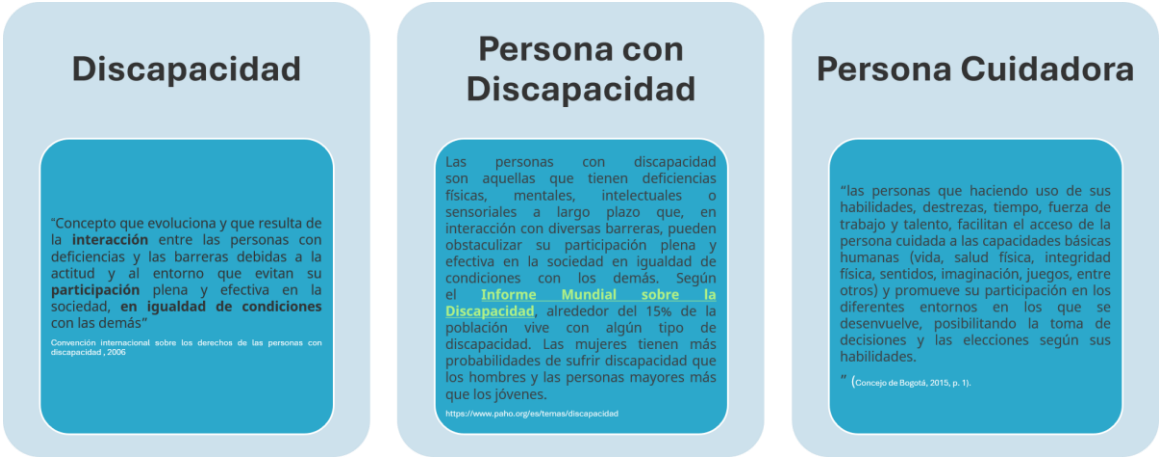
Finalmente, en el abordaje familiar, se deben desarrollar acciones promocionales que buscan fortalecer factores protectores para la salud mental y capacidades familiares:

- Fomentar hábitos de vida saludable: explicar la importancia del sueño, alimentación balanceada, ejercicio y rutinas familiares para el bienestar emocional.
- Promover la comunicación asertiva en familia: orientar en técnicas sencillas de escucha activa, expresión de emociones y resolución pacífica de conflictos.
- Fortalecer redes de apoyo: motivar a mantener vínculos con vecinos, comunidad, instituciones educativas y servicios de salud.
- Sensibilizar sobre autocuidado emocional: enseñar prácticas simples de autocuidado (pausas activas, respiración, recreación).
- Educar en crianza positiva: ofrecer pautas básicas para una crianza libre de violencia, con afecto, normas claras y coherencia.
- Favorecer la integración comunitaria: incentivar la participación en actividades colectivas, culturales o deportivas como protectores de salud mental (prescripción social)

Discapacidad

Los Gestores, analizaran las características de la población e identificaran personas con discapacidad a continuación se incluyen elementos a tener en cuenta en este proceso.

Dentro de estas se encuentra; la definición de Discapacidad, de persona con discapacidad y persona cuidadora



Así mismo; se presentan las categorías de Discapacidad, según política pública. A fin de tenerlas en cuenta en el momento de la identificación y de el ingreso de la información al aplicativo.

Categoria de discapacidad

TIPO DE DISCAPACIDAD	DEFINICIÓN
Discapacidad física	Son las personas que presentan en forma permanente deficiencias corporales funcionales a nivel musculo esquelético, neurológico, tegumentario de origen congénito o adquirido, pérdida o ausencia de alguna parte de su cuerpo, o presencia de desórdenes del movimiento corporal.
Discapacidad Auditiva	Se encuentran personas que presentan en forma permanente deficiencias en las funciones sensoriales relacionadas con la percepción de los sonidos y la discriminación de su localización, tono, volumen y calidad; como consecuencia, presentan diferentes grados de dificultad en la recepción y producción de mensajes verbales y, por tanto, para la comunicación oral. (personas sordas y personas con hipoacusia).
Discapacidad Visual	Son las personas que presentan deficiencias para percibir la luz, forma, tamaño o color de los objetos. Se incluye a las personas ciegas y a las personas con baja visión, es decir, quienes, a pesar de usar gafas o lentes de contacto, o haberse practicado cirugía, tienen dificultades para distinguir formas, colores, rostros, objetos en la calle, ver en la noche, ver de lejos o de cerca, independientemente de que sea por uno o ambos ojos, estas personas presentan diferentes grados de dificultad en la ejecución de actividades de cuidado personal, del hogar, entre otras.
Sordo ceguera	Es la combinación de una deficiencia visual y una deficiencia auditiva, que genera en las personas que la presentan problemas de comunicación, orientación, movilidad y el acceso a la información. Las personas sordo ciegas requieren de servicios especializados de guía interpretación para su desarrollo e inclusión social.
Discapacidad intelectual	Las personas presentan deficiencias en las capacidades mentales generales, como el razonamiento, la resolución de problemas, la planificación, el pensamiento abstracto, el juicio, el aprendizaje académico y el aprendizaje de la experiencia, de tal manera que el individuo no alcanza los estándares de independencia personal y de responsabilidad social en uno o más aspectos de la vida cotidiana, incluidos la comunicación, la participación social, el funcionamiento académico u ocupacional y la independencia personal en la casa o en la comunidad.
Discapacidad psicosocial	Las personas con deficiencias (alteraciones en el pensamiento, percepciones, emociones, sentimientos, comportamientos y relaciones, considerados como signos y síntomas atendiendo a su duración, coexistencia, intensidad y afectación funcional) y las barreras del entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad. Estas personas requieren básicamente de apoyos médicos y terapéuticos especializados de acuerdo con sus necesidades. De igual forma, para su protección y participación en actividades

	personales, educativas, formativas, deportivas, culturales, sociales, laborales y productivas, pueden requerir apoyo de otra persona.
Discapacidad Múltiple	Presencia de dos o más deficiencias asociadas, de orden físico, sensorial, mental o intelectual, las cuales afectan significativamente el nivel de desarrollo, las posibilidades funcionales, la comunicación, la interacción social y el aprendizaje, por lo que requieren para su atención de apoyos generalizados y permanentes

Dependencia Funcional

Vulnerabilidad asociada con la edad- Dependencia Funcional	Dependencia para realizar sus actividades esenciales de la vida diaria, condición que puede estar relacionada como consecuencia de una enfermedad crónica o el avance propio de la vejez, entre otras.

En caso de identificar casos con estas características el gestor de Bienestar los derivará al perfil de terapeuta quien a través de la Estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad formulará un plan de Bienestar.

Soledad Social

La soledad social se comprende como “una experiencia subjetiva y multifactorial que surge cuando una persona percibe que la cantidad, la calidad o el significado de sus relaciones sociales es inferior a sus necesidades o expectativas, generando una sensación de desconexión, escasa pertenencia o insuficiente integración social. No depende necesariamente de vivir sola o del número de contactos sociales, sino de la valoración que la persona realiza sobre sus vínculos y su participación en la vida comunitaria” (De Jong Gierveld & Van Tilburg, 2006; World Health Organization [WHO], 2021).

A partir de lo anterior y en el marco del modelo de atención en Salud, para Bogotá. El Gestor de Bienestar identificará, durante la caracterización y el seguimiento territorial, a las personas mayores entre 65 y 75 años, personas que permanezcan solas más de ocho horas al día. La identificación deberá sustentarse en la lectura integral de las condiciones individuales, familiares y comunitarias, permitiendo reconocer de manera temprana a la población susceptible de beneficiarse de la estrategia e iniciar el proceso de tamizaje para la valoración de la soledad social.

Aplicarán la escala de Soledad Social (UCLA); disponible en el aplicativo GTAPS. En caso de resultado de alto riesgo; será derivado al trabajador social para elaborar un plan de Bienestar.

3.7.4. Actividad 4. Seguimiento Familiar.

Las acciones de seguimiento familiar se desarrollarán de manera conjunta, coordinada y mancomunada con los gestores en línea, quienes también cuentan con una apropiación territorial.

Para el desarrollo de estos seguimientos se tomará como punto de partida, los abordajes previos que se han realizado en vigencias anteriores, donde se ha avanzado en los procesos de caracterización familiar y de condiciones de vida y salud que permiten clasificar la familia acorde a lo descrito en los apartados anteriores. Esta base, se irá alimentando de las caracterizaciones que realizan los gestores en cada uno de los sectores catastrales apropiados, de manera que al identificar familias con prioridad alta, los gestores deben adelantar las derivaciones correspondientes para que se realice la implementación de planes de bienestar por los profesionales pertinentes, así como las demás acciones de promoción del cuidado de la salud y gestión integral del riesgo, estas últimas, desarrolladas también en familias con prioridades medias y bajas.

Todas las familias tendrán seguimiento retomo por gestor en línea con la periodicidad definida según la prioridad y a partir del último contacto realizado por cualquier integrante del equipo (Gestor o profesional). Sin embargo, en caso de que, en el seguimiento remoto por gestor en línea, se identifique factores de riesgo latentes, signos de peligro de muerte, no adherencia a rutas de riesgo de población priorizada, entre otros, remitirá el caso a gestor de bienestar correspondiente para su seguimiento presencial.

Así mismo, una vez se ha cumplido el año a partir de la caracterización o actualización familiar por un profesional de plan de bienestar, el gestor de bienestar realizará abordaje presencial para la actualización de la familia, siguiendo los mismos parámetros establecidos previamente en las actividades 1 a la 3, manteniendo la integralidad de las actividades y entregables enunciados, evaluación y actualización de compromisos.

Para el caso de familias de la ruralidad, todas las familias serán abordadas en seguimientos, de manera presencial y teniendo periodicidad de 3 meses, como familias de prioridad alta, dadas las condiciones territoriales.

3.8 Tabla resumen de la acción de bienestar:

Nombre de la actividad	Periodicidad	Perfiles del talento humano	Entregables
Apropiación Territorial	Acorde a necesidad dada la asignación de talento humano a sectores no apropiados previamente, que requieren actualización o por direccionamiento de la SDS	Técnico 1 (en áreas de la salud, ciencias sociales y humanas). Auxiliar en enfermería o técnico en salud pública.	· Cronograma de actividades e insumos preparados (mapas base, matrices, cartografía, datos catastrales y poblacionales) · Mapa con registro del ejercicio de cartografía realizado por el gestor. · Matriz de información cuantitativa y cualitativa, con el registro realizado por parte del gestor. · Comité Territorial en el que participa todo el equipo: Actas de reunión e informe acorde a lo establecido desde la SDS. · Para el caso de gestores nuevos que son asignados a territorios apropiados previamente por otro perfil: Acta de reunión que soporte la revisión y análisis de información correspondiente a la apropiación territorial realizada en su momento al territorio (Cartografía, matriz, informe y conclusiones de comité de cuidado).
Primer contacto	Una vez por familia.	Técnico 1 (en áreas de la salud, ciencias sociales y humanas). Auxiliar en enfermería o técnico en salud pública.	Los definidos en la actividad 1 de la acción de bienestar de *Gestor de Bienestar en línea*.
Caracterización Integral en el Entorno Hogar.	Una vez por familia. Aplica también para familias con actualización, al	Técnico 1 (en áreas de la salud, ciencias sociales y humanas). Auxiliar en enfermería o	- Planilla de familias con consentimiento informado y atención inicial desde abordaje territorial. - Archivo Plano de Caracterización Social y

	haber completado un año desde la caracterización inicial o evaluación de planes de bienestar implementados por los profesionales.	técnico en salud pública. Las acciones de priorización territorial, georreferenciación y planeación de la operación son desarrolladas por los geógrafos que hacen parte del equipo de gestión de los Equipos MAS Bienestar en tu Hogar.	Ambiental, individuos y alertas. - Archivo Plano de tamizaje APGAR familiar. - Planos de los demás tamizajes acorde a pertinencia (OMS, Findrisck, EPOC, *Escala UCLA de Soledad Social e identificación de barreras en usuarios que cumplen con criterio*) - Archivo Plano de módulo Geo, con la relación de predios asignados y gestionados. - Archivo plano de ruteo, donde se evidencie la gestión final del caso con abordaje presencial, en los casos que hagan parte de esta estrategia.
Plan de Bienestar.	Una vez por familia. Aplica también para familias con actualización, al haber completado un año desde la caracterización inicial o evaluación de planes de bienestar implementados por los profesionales.	Técnico 1 (en áreas de la salud, ciencias sociales y humanas). Auxiliar en enfermería o técnico en salud pública.	- Archivo Plano de Plan de Cuidado familiar y compromisos concertados (Con evaluación y actualización para las familias actualizadas), así como las acciones de educación transformadora realizadas. - Archivo Plano de alertas con registro de derivaciones a Planes de Bienestar. - Archivo Plano de módulo Geo, para verificar los predios con familias con pertenencia étnica identificados y diligenciamiento de drive para el reporte de casos y predios a los equipos del cuidado diferencial indígena. - Archivo plano con registro de derivaciones y gestión adelantada por el equipo frente a agendamiento de citas, vacunación, afiliación, etc. Formulario de derivaciones.

			- Archivo plano de las activaciones de ruta realizadas. - Formatos de notificación de eventos de interés en salud pública. Evidencia de las acciones adelantadas con los casos de alta gestión.

4. Conexión con MAS Bienestar

4.1. Conceptualización de los elementos centrales de la acción de bienestar.

La acción de bienestar Conexión con MAS Bienestar constituye una estrategia de articulación entre la atención institucional y la gestión territorial del riesgo, orientada a identificar, captar, orientar y vincular oportunamente a personas que consultan los servicios de urgencias por condiciones de salud que pueden ser abordadas mediante intervenciones ambulatorias, programas de gestión del riesgo, seguimiento en el hogar o acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Esta acción se fundamenta en los principios del Modelo de Atención en Salud MAS Bienestar, particularmente en la gestión integral del riesgo, la territorialización de las intervenciones, la continuidad de la atención, la integralidad de la respuesta y la atención centrada en las personas, las familias y las comunidades. Bajo este enfoque, el contacto de la población con los servicios de urgencias constituye una oportunidad estratégica para identificar riesgos individuales, familiares y sociales, activar respuestas institucionales oportunas y fortalecer la vinculación de las personas con la oferta de servicios de salud y bienestar disponible en el territorio.

La estrategia se desarrolla mediante la presencia de Gestores de Bienestar en servicios de urgencias priorizados de la red prestadora de servicios de salud, quienes realizan procesos de orientación, educación, navegación y gestión de acceso para usuarios clasificados clínicamente como Triage III estables, Triage IV y Triage V, de acuerdo con los criterios establecidos por la institución prestadora. A partir de la identificación de necesidades en salud, barreras de acceso o riesgos susceptibles de intervención, los gestores facilitan la conexión de los usuarios con alternativas asistenciales resolutivas, programas de gestión del riesgo, consulta

prioritaria, teleconsulta, atención domiciliaria y demás mecanismos institucionales disponibles para garantizar una respuesta oportuna.

Como tema principal de educación en salud los Gestores de Bienestar promueven como tema principal de educación en salud para facilitar el acceso a los servicios dirigida a los usuarios, los Gestores de Bienestar promueven el uso de la Línea 137 como canal institucional de orientación, navegación y gestión de acceso a servicios de salud. Esta herramienta permite facilitar la asignación de citas prioritarias, fortalecer la capacidad resolutiva de la red de servicios y mejorar la experiencia de las personas dentro del sistema de salud, contribuyendo a una utilización más adecuada de los servicios de urgencias.

De manera complementaria, la estrategia incorpora mecanismos de articulación con los Equipos MAS Bienestar en tu Hogar para garantizar la continuidad de la gestión del riesgo más allá del evento agudo que motivó la consulta. Los usuarios identificados con necesidades de seguimiento son canalizados hacia la operación territorial para la realización de intervenciones en el hogar orientadas a la identificación de riesgos individuales y familiares, la educación transformadora en salud, el fortalecimiento de prácticas protectoras, la adherencia a tratamientos, la activación de rutas institucionales y la construcción de planes de bienestar de acuerdo con las necesidades identificadas.

En este sentido, Conexión con MAS Bienestar opera como una estrategia de enlace entre los servicios de urgencias, la Línea 137 y la gestión territorial desarrollada por los Equipos MAS Bienestar en tu Hogar, permitiendo transformar un contacto asistencial puntual en una oportunidad para la gestión integral del riesgo, la continuidad de la atención y el fortalecimiento de la capacidad resolutiva del sistema de salud. Su implementación contribuye a mejorar el acceso efectivo a los servicios, optimizar el uso de la red hospitalaria, disminuir la fragmentación de las intervenciones y fortalecer la respuesta institucional frente a las necesidades de salud y bienestar de la población priorizada.

4.2. Objetivo General

Fortalecer la gestión integral del riesgo en salud mediante la identificación, captación, orientación y vinculación oportuna de la población priorizada que consulta los servicios de urgencias por condiciones susceptibles de manejo ambulatorio, promoviendo la articulación entre la atención institucional y el seguimiento territorial de los Equipos MAS Bienestar en tu Hogar, con el fin de garantizar la continuidad del cuidado, mejorar el acceso efectivo a los servicios de

salud, favorecer la adherencia a las intervenciones en salud y contribuir a la reducción de consultas repetitivas y complicaciones evitables.

4.3 Población sujeto

La acción Conexión con MAS Bienestar está dirigida a las personas que consultan los servicios de la red prestadora de salud y que, durante su proceso de atención, para usuarios clasificados clínicamente como Triage III estables, en Triage IV y V, así como a la población priorizada para la gestión integral del riesgo en salud.

4.4 Acción de Bienestar 75. Conexión con MAS Bienestar - Técnico.

4.4.1 Talento humano:

Técnico 1 (Operativo)

4.4.2 Unidad de medida

Avance al Plan de Acción

4.4.3 Forma de reporte de ejecución del producto

Mensual

4.4.4 Descripción de actividades

Actividad 1. Identificación de usuarios susceptibles de intervención y orientación sobre el uso de la Línea 137

El Gestor de Bienestar Técnico realizará la identificación de usuarios que consultan los servicios de urgencias priorizados y que, de acuerdo con la clasificación realizada por la institución prestadora de servicios de salud, correspondan a Triage IV y Triage V.

Una vez identificado el usuario, el Gestor brindará información y orientación sobre la estrategia Conexión con MAS Bienestar y sobre la Línea 137 como canal institucional de orientación, navegación y gestión de acceso a servicios de salud. Así mismo, explicará los beneficios de su utilización y las alternativas de atención que pueden gestionarse a través de este mecanismo, promoviendo una toma de decisiones informada por parte del usuario.

Esta actividad incluye:

- *Identificación de usuarios clasificados como Triage IV y Triage V susceptibles de intervención.*
- *Información y orientación sobre la estrategia Conexión con MAS Bienestar.*
- *Educación sobre el uso y alcance de la Línea 137.*

- *Registro de los usuarios abordados y de las acciones realizadas.*

Actividad 2. Acompañamiento para la gestión de acceso a servicios de salud mediante la Línea 137

Cuando el usuario manifieste su aceptación para utilizar la Línea 137, el Gestor de Bienestar Técnico acompañará el proceso de comunicación con este canal institucional, brindando apoyo durante la gestión y permaneciendo con el usuario hasta obtener el resultado de la solicitud realizada.

A través de la Línea 137 se gestionará la asignación de consulta prioritaria presencial, consulta prioritaria domiciliaria, tele consulta u otras alternativas de atención definidas por la red prestadora o el asegurador, de acuerdo con la necesidad identificada.

Cuando la cita sea asignada y aceptada por el usuario, se registrará el resultado de la gestión y se realizará el cierre correspondiente del caso. Si la asignación no es exitosa o el caso requiere gestión adicional, el Gestor realizará la remisión al equipo TARM mediante los mecanismos definidos por la Secretaría Distrital de Salud para la búsqueda de solución, informando al usuario que será contactado entre las 8 y 24 horas siguientes para continuar el proceso de gestión y asignación de la atención requerida.

Esta actividad incluye:

- *Acompañamiento al usuario durante la comunicación con la Línea 137.*
- *Apoyo en la gestión de citas prioritarias y alternativas de atención.*
- *Verificación de la aceptación de la cita o alternativa asignada.*
- *Registro del resultado de la gestión realizada.*
- *Remisión de casos no resueltos al equipo TARM conforme al procedimiento establecido.*
- *Información al usuario sobre los tiempos y mecanismos de seguimiento de su caso.*

Actividad 3. Derivación de población priorizada a los Equipos MAS Bienestar en tu Hogar

El Gestor de Bienestar Técnico identificará durante el abordaje a los usuarios que pertenezcan a las poblaciones priorizadas para seguimiento por parte de los Equipos MAS Bienestar en tu Hogar y realizará la respectiva derivación al Gestor de Bienestar responsable del sector catastral de residencia del usuario.

Serán objeto de derivación, entre otros, las gestantes, niños y niñas menores de cinco años, personas con discapacidad, personas con necesidades en salud mental, personas con enfermedades crónicas priorizadas (hipertensión arterial, diabetes mellitus y cáncer), habitantes de calle, integrantes de pueblos étnicos y demás poblaciones definidas por el modelo.

La derivación tendrá como finalidad facilitar la continuidad de la gestión integral del riesgo en el territorio, mediante el seguimiento en el hogar, la identificación de riesgos individuales y familiares, la activación de rutas institucionales y la implementación de acciones orientadas al mejoramiento de las condiciones de salud y bienestar de las personas y sus familias.

Esta actividad incluye:

- *Identificación de usuarios pertenecientes a poblaciones priorizadas para los EMBH.*
- *Verificación del sector catastral de residencia.*
- *Derivación al Gestor de Bienestar territorial correspondiente.*
- *Registro y trazabilidad de las derivaciones realizadas.*
- *Generación de reportes para el seguimiento y monitoreo de la estrategia.*

Finalmente, al concluir la intervención el Gestor de Bienestar Técnico al finalizar cada jornada operativa día en el cual se documenten las acciones desarrolladas, los resultados de la gestión realizada y las principales novedades identificadas durante la prestación de la acción. El registro deberá contener, como mínimo:

- *Servicio de urgencias e institución donde se desarrolló la intervención.*
- *Fecha de ejecución de la jornada.*
- *Descripción general de las actividades realizadas.*
- *Número total de usuarios abordados.*
- *Número de usuarios orientados sobre el uso de la Línea 137.*
- *Número de usuarios con gestión efectiva de cita o alternativa de atención asignada.*
- *Número de usuarios remitidos al equipo TARM para gestión complementaria.*
- *Número de usuarios derivados a los Equipos MAS Bienestar en tu Hogar.*
- *Número de usuarios que no aceptaron la intervención o rechazaron la gestión propuesta.*

- *Principales novedades, barreras de acceso o situaciones identificadas durante la jornada.*

El documento deberá contar con la firma del Gestor de Bienestar Técnico responsable del registro. Cuando durante la ejecución de la actividad se realicen visitas de acompañamiento, seguimiento o verificación por parte de líderes operativos de la Subred o referentes designados por la Secretaría Distrital de Salud, podrá incorporarse la firma de estos como constancia de la actividad de acompañamiento realizada.

4.4.5 Tabla resumen de la acción de bienestar:

Nombre de la actividad	Periodicidad	Perfiles del talento humano	Entregables
Conexión con MAS Bienestar - Técnico.	*Diaria*	*Técnico 1 (Operativo)*	- *Archivo Plano de los registros de los usuarios abordados y acciones realizados.* - *Formato de acta institucional de registro de actividades de la estrategia Conexión con MAS Bienestar, diligenciado por el Gestor de Bienestar Técnico al finalizar cada jornada operativa.*

4.4.6 Indicadores

N.º	Nombre del indicador	Frecuencia	Fórmula	Fuente	Tipo
1	Cobertura de abordaje de personas en los servicios de urgencias priorizados	Mensual	(N.º de personas conectadas a la Línea 137 por Gestor de Conexión / N.º total de personas abordadas en los servicios de urgencias priorizados) × 100	Sistema de información MAS Bienestar	Proceso
2	Respuesta efectiva de la derivación a Gestor de Bienestar o Planes de Bienestar	Mensual	(N.º de personas derivadas al abordaje familiar o Plan de Bienestar / N.º total de personas abordadas en los servicios de urgencias priorizados) × 100	Sistema de información MAS Bienestar / registro Plan de Bienestar	Resultado

Actividad 4. Acción de Gestión para el Bienestar

Gestión del bienestar para la continuidad del cuidado posterior al egreso hospitalario

- **Conceptualización de los elementos centrales de la acción de gestión para el bienestar**

En el marco del Modelo de Atención en Salud MAS Bienestar, esta acción se desarrolla como parte del pilar de Gestión Integral del Riesgo, orientado a identificar oportunamente las necesidades y riesgos en salud de las personas y sus familias y, a partir de estos, desplegar respuestas articuladas que favorezcan la continuidad del cuidado y la gestión efectiva del riesgo en los diferentes ámbitos en los que transcurre la atención.

La acción contribuye al cumplimiento de la meta del Proyecto de Inversión 8113: “Implementar al 100% la estrategia de identificación individual, familiar y territorial para el despliegue de las respuestas en salud de los sectores catastrales”, al incorporar el egreso hospitalario como una oportunidad para identificar personas con condiciones y riesgos priorizados, reconocer necesidades para la continuidad de su atención y articular las respuestas requeridas con el sector catastral de residencia.

En concordancia con el objeto y alcance del convenio, esta intervención hace parte de las actividades de gestión del riesgo individual y colectivo y de promoción para el cuidado de la salud, desarrolladas de acuerdo con las necesidades y prioridades de la población a nivel individual, familiar y territorial. En este sentido, fortalece la articulación entre la atención hospitalaria y la modalidad extramural, permitiendo que las necesidades identificadas durante el egreso tengan continuidad mediante las respuestas del Modelo MAS Bienestar en el territorio.

La transición entre la atención hospitalaria y el cuidado en el hogar constituye un momento relevante para la gestión del riesgo y la continuidad de la atención, particularmente en personas con condiciones o riesgos que requieren seguimiento posterior al egreso. En este momento pueden identificarse necesidades relacionadas con la comprensión y apropiación de las recomendaciones para el cuidado en casa, el acceso oportuno a controles posteriores, la continuidad de las

intervenciones requeridas según la condición de salud y la articulación con las respuestas individuales, familiares y territoriales disponibles.

Para ello, la acción contempla la presencia de Gestores de Bienestar en las instituciones hospitalarias de las Subredes Integradas de Servicios de Salud que cuenten con servicios de hospitalización en pediatría, salud mental, medicina interna y ginecobstetricia, quienes realizarán el abordaje de las personas próximas al egreso o egresadas de estos servicios.

El abordaje comprende la identificación inicial de necesidades individuales y familiares que puedan afectar la continuidad del cuidado, el desarrollo de educación transformadora en salud para el cuidado en casa, la identificación y gestión del agendamiento de las atenciones requeridas posteriores al egreso y de aquellas que correspondan de acuerdo con las rutas de riesgo y la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud —RPMS—, así como la definición de la continuidad del acompañamiento mediante el Gestor de Bienestar del sector catastral de residencia.

De esta manera, el abordaje hospitalario se constituye en un punto de articulación entre la identificación individual del riesgo y su gestión en el territorio. La información obtenida durante el egreso permite reconocer las necesidades de la persona y su familia y orientar las respuestas requeridas, mientras que la articulación con el Gestor de Bienestar del sector catastral permite dar continuidad al acompañamiento en el ámbito familiar y territorial, de acuerdo con los riesgos, necesidades y prioridades identificadas.

La acción se concibe, por tanto, como un mecanismo articulador para la continuidad del cuidado y la gestión integral del riesgo, y no sustituye las responsabilidades del equipo asistencial tratante, de la institución prestadora de servicios de salud ni de la Entidad Promotora de Salud frente al proceso clínico de egreso, la formulación del plan de manejo, la referencia, autorización o prestación de los servicios requeridos.

La derivación a los Planes de Bienestar no será automática como consecuencia del egreso hospitalario. Esta procederá exclusivamente cuando, durante el abordaje y posterior gestión territorial, se identifique que la persona cumple los criterios de inclusión establecidos en las fichas técnicas vigentes de cada Plan de Bienestar, de acuerdo con su condición, nivel de riesgo y necesidades identificadas.

Para garantizar la trazabilidad entre la identificación del riesgo y el despliegue de las respuestas, las intervenciones realizadas deberán registrarse mediante el ruteo correspondiente al grupo de riesgo identificado —gestantes, niñas y niños menores de cinco años, personas con patologías crónicas, personas con necesidades o problemas de salud mental o personas con discapacidad—. De igual manera, las gestiones relacionadas con la asignación de citas deberán registrarse en el módulo de agendamiento, permitiendo hacer seguimiento a las respuestas gestionadas para la continuidad de la atención.

En consecuencia, esta acción permite conectar operativamente el egreso hospitalario con la gestión extramural del riesgo, avanzando desde la identificación de necesidades individuales hacia la activación y continuidad de respuestas familiares y territoriales en los sectores catastrales, en concordancia con el Modelo MAS Bienestar, la meta del Proyecto de Inversión 8113 y el objeto y alcance del convenio.

- **Objetivo general**

Fortalecer la continuidad del cuidado de las personas egresadas de los servicios de hospitalización priorizados de las Subredes Integradas de Servicios de Salud, mediante la identificación de necesidades posteriores al egreso, el desarrollo de educación transformadora para el cuidado en casa, la gestión del acceso a las atenciones requeridas según el egreso, las rutas de riesgo y la RPMS, y la articulación con la gestión territorial y los Planes de Bienestar cuando se cumplan los criterios establecidos.

- **Población sujeta de la intervención**

Personas próximas al egreso o egresadas de los servicios de hospitalización de pediatría, salud mental, medicina interna y ginecobstetricia de los hospitales pertenecientes a las Subredes Integradas de Servicios de Salud que cuenten con estos servicios.

La población potencial de la acción corresponderá a la totalidad de las personas próximas al egreso o egresadas de los servicios priorizados en los hospitales definidos por la Subred. El volumen histórico de egresos constituye un referente para la planeación operativa y no un criterio para excluir personas del abordaje.

Para efectos del ruteo, registro, seguimiento y continuidad de la gestión del riesgo, las personas abordadas serán clasificadas de acuerdo con el grupo de riesgo que corresponda, priorizando:

- Gestantes y población materno-perinatal.
- Niñas y niños menores de cinco años.
- Personas con patologías crónicas.
- Personas con necesidades o problemas de salud mental.
- Personas con discapacidad.

Cuando una persona presente más de una de las condiciones señaladas, se realizará la identificación integral de sus necesidades y el ruteo conforme con los criterios definidos para la operación, garantizando la continuidad del abordaje individual, familiar y territorial.

La pertenencia a uno de estos grupos orienta el ruteo y seguimiento de la persona, pero no constituye por sí misma criterio de ingreso a un Plan de Bienestar. La vinculación a estos planes procederá únicamente cuando se cumplan los criterios establecidos en la ficha técnica específica correspondiente.

- **Talento humano**

Técnico 1 (Operativo)

- **Unidad de medida**

Avance al Plan de Acción

El Gestor de Conexión asignado al ámbito hospitalario será responsable del abordaje posterior al egreso o previo a la salida efectiva de la institución, la identificación inicial de necesidades, la educación transformadora en salud, la gestión de citas, la identificación del ruteo correspondiente y la articulación con el Gestor de Bienestar territorial cuando se requiera continuidad del acompañamiento.

Para la implementación de esta acción, se definió el siguiente el número de Gestores de Bienestar, teniendo en cuenta los hospitales y servicios priorizados, el promedio mensual de egresos hospitalarios, la distribución de los egresos por institución y servicio, los horarios y dinámica de egreso de cada institución y la capacidad operativa necesaria para garantizar el abordaje de la población sujeto, definida en la presente ficha técnica.

La operación deberá articularse con los equipos asistenciales de los servicios de hospitalización y con los mecanismos institucionales definidos para el egreso y la continuidad de la atención.

- **Forma de reporte de ejecución del producto**

Se reporta una unidad por cada gestor de bienestar requerido el cual se debe reportar en el producto 75. Conexión con MAS Bienestar-técnico.

- ***Descripción de la acción de gestión para el bienestar***

La acción comprende el abordaje de las personas egresadas de los servicios de hospitalización priorizados y se desarrolla mediante una secuencia de actividades orientadas a facilitar la transición entre la atención hospitalaria y la continuidad del cuidado en el hogar y el territorio.

a. Identificación y abordaje de las personas egresadas

El Gestor de Bienestar deberá establecer, en articulación con la institución hospitalaria, un mecanismo que permita identificar diariamente las personas egresadas o con egreso previsto de los servicios de pediatría, salud mental, medicina interna y/o ginecobstetricia.

Se deberá procurar que el abordaje se realice antes de la salida efectiva de la persona de la institución hospitalaria. El Gestor de Bienestar realizará una identificación inicial de necesidades orientada, como mínimo, a establecer:

- Confirmación de datos de residencia y de contacto telefónico.
- Condición o grupo de riesgo al cual pertenece la persona.
- Necesidades para la continuidad del cuidado identificadas al egreso.
- Comprensión de las indicaciones entregadas para el cuidado en casa.
- Controles posteriores indicados como parte del egreso.
- Atenciones que correspondan de acuerdo con la ruta de riesgo y la RPMS.
- Barreras identificadas para acceder a las atenciones requeridas.
- Presentación de la acción de los EMBH: gestores de bienestar, para la continuidad del abordaje en el hogar para acompañamiento territorial.
- Posible cumplimiento de criterios para ingreso a un Plan de Bienestar.

Una vez identificada la persona y realizada la valoración inicial, el Gestor de Bienestar deberá registrar la información en el aplicativo GTAPS, módulo de ruteo, de acuerdo con la cohorte de riesgo identificada. Cuando la persona cumpla criterios de alguna de las cohortes priorizadas, se deberá realizar el registro en el módulo correspondiente. En los casos en que no se identifique una condición

asociada a las cohortes priorizadas, la persona deberá ser registrada en el módulo de Población General, donde se realizará la gestión de riesgos de acuerdo con las preguntas orientadoras definidas y se registrará la información correspondiente.

Durante este proceso se deberán identificar las necesidades de atención, seguimiento y continuidad del cuidado derivadas del egreso. Cuando se requiera gestionar una atención, control u otro servicio susceptible de agendamiento, se realizará la derivación al módulo correspondiente, de acuerdo con el procedimiento establecido para el agendamiento.

b. Educación transformadora para el cuidado en casa

A partir de las necesidades identificadas y de las recomendaciones establecidas por el equipo tratante, el Gestor de Bienestar desarrollará una intervención de educación transformadora en salud, orientada a fortalecer la capacidad de la persona y/o su cuidador para participar activamente en el cuidado posterior al egreso.

La educación deberá adaptarse a las características de la persona, su curso de vida, condición de salud, capacidades, contexto familiar y necesidades identificadas.

Como mínimo deberá abordar, cuando aplique:

- Comprensión de las recomendaciones entregadas al egreso.
- Importancia de la adherencia a los controles posteriores.
- Reconocimiento de las atenciones que deberá continuar.
- Prácticas de autocuidado y cuidado en el hogar acordes con las recomendaciones recibidas.
- Identificación de signos de alarma previamente establecidos por el equipo tratante y orientación sobre los canales institucionales a utilizar ante su aparición.
- Importancia de mantener la continuidad de los controles correspondientes a su condición de riesgo.
- Participación de la familia o persona cuidadora cuando resulte pertinente.

El Gestor deberá verificar la comprensión de la información brindada mediante estrategias de comunicación acordes con las características de la persona y evitar que la intervención se limite a la entrega unidireccional de información.

c. Gestión y agendamiento de atenciones posteriores al egreso

El Gestor de Bienestar identificará las atenciones requeridas para garantizar la continuidad del cuidado, teniendo en cuenta:

a. Atenciones indicadas al egreso: controles o consultas posteriores expresamente establecidos por el equipo tratante.

b. Atenciones correspondientes al grupo de riesgo: intervenciones requeridas según la ruta aplicable a la condición identificada.

c. Atenciones de la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud: intervenciones que correspondan de acuerdo con el momento de curso de vida y que se encuentren pendientes.

Una vez identificadas, el Gestor realizará la gestión para su agendamiento, utilizando los mecanismos institucionales y de articulación disponibles.

La gestión deberá orientarse prioritariamente a lograr que la persona egrese con las citas de control requeridas efectivamente programadas cuando las condiciones de la red y del aseguramiento lo permitan.

Cada gestión deberá registrarse en el módulo de agendamiento.

d. Derivación al Gestor de Bienestar del Sector Catastral de residencia

Se realizará derivación al Gestor de Bienestar del sector catastral de residencia cuando, como resultado del abordaje, se identifique la necesidad de acompañamiento posterior en el hogar o territorio.

La derivación deberá contener la información necesaria para garantizar la continuidad del proceso presencial en el domicilio del usuario y evitar la repetición innecesaria del abordaje realizado en el hospital.

El Gestor territorial recibirá la derivación y continuará la gestión conforme con las necesidades identificadas y las actividades que correspondan dentro de lo definido en las fichas técnicas de abordaje familiar.

La derivación deberá quedar registrada en el sistema de información, permitiendo realizar seguimiento a su recepción y continuidad.

e. Identificación y derivación a Planes de Bienestar

Durante el abordaje hospitalario podrá identificarse que una persona presenta condiciones susceptibles de intervención mediante alguno de los Planes de Bienestar desarrollados por los Equipos MAS Bienestar en tu Hogar.

En estos casos, el Gestor deberá verificar los criterios establecidos en la ficha técnica vigente del Plan de Bienestar correspondiente. El antecedente de hospitalización o el egreso hospitalario no constituyen, por sí solos, criterios de ingreso a un Plan de Bienestar**.**

La derivación se realizará única y exclusivamente cuando la persona cumpla los criterios de inclusión definidos en la ficha técnica correspondiente. Cuando proceda, el Gestor registrará la derivación para que el equipo territorial realice la validación y continuidad de la intervención conforme con la ficha técnica específica del Plan de Bienestar.

Nota: Cuando, como resultado del abordaje, se determine la derivación de la persona a un Plan de Bienestar, no deberá realizarse simultáneamente la derivación al Gestor de Bienestar del Sector Catastral de residencia, con el fin de evitar la duplicidad de abordajes en el hogar. La continuidad del acompañamiento se realizará a través del Plan de Bienestar correspondiente, de acuerdo con los criterios y actividades establecidos en su respectiva ficha técnica.

f. Tabla resumen de la acción de gestión para el bienestar

Nombre de la actividad	**Periodicidad**	**Talento humano**	**Entregable**
Identificación y abordaje de personas egresadas	Diaria, según egresos	Gestor de Bienestar	Registro módulo de ruteo de acuerdo con grupo poblacional. Registro en formato de firmas.
Educación transformadora para el cuidado en casa	En cada abordaje, según necesidad	Gestor de Bienestar	Registro módulo de ruteo de acuerdo con grupo poblacional.
Gestión y agendamiento de atenciones posteriores al egreso	En cada abordaje, según necesidad	Gestor de Bienestar	Registro módulo de agendamiento.
Derivación a Gestión de Bienestar territorial	Según necesidad identificada	Gestor de Bienestar	Registro módulo de derivación
Identificación y derivación a Plan de Bienestar	Según cumplimiento de criterios	Gestor de Bienestar	Registro módulo de derivación

g. Indicadores

N.º	Nombre del indicador	Frecuencia	Fórmula	Fuente	Tipo
1	Cobertura de abordaje de personas egresadas de servicios de	Mensual	(N.º de personas egresadas abordadas por Gestor de Bienestar / N.º total de egresos de los servicios priorizados) × 100	Sistema de información MAS Bienestar / registros de egreso hospitalario	Proceso

	hospitalización priorizados				
2	Gestión de citas requeridas posterior al egreso	Mensual	(N.º de personas con asignación de las citas requeridas registrada / N.º de personas abordadas que requerían gestión de citas) × 100	Módulo de agendamiento	Resultado
3	Respuesta efectiva de la derivación a Gestor de Bienestar o Planes de Bienestar	Mensual	(N.º de personas derivadas al abordaje familiar o Plan de Bienestar / N.º total de personas derivadas) × 100	Sistema de información MAS Bienestar / registro Plan de Bienestar	Resultado

4.6 Acción de Bienestar 76. Conexión con MAS Bienestar - Bachiller.

4.6.1 Talento humano:

Bachiller (Operativo)

4.6.2 Unidad de medida

Avance al Plan de Acción

4.6.3 Forma de reporte de ejecución del producto

Mensual

4.6.4 Descripción de la acción de bienestar:

4.6.4.1 Actividad 1.

El Gestor de Bienestar Bachiller realizará la identificación de usuarios que consultan los servicios de urgencias priorizados y que, de acuerdo con la clasificación realizada por la institución prestadora de servicios de salud, correspondan a Triage III clínicamente estables. Una vez identificado el usuario, brindará información y orientación sobre las alternativas de atención disponibles en las instituciones de mediana complejidad definidas por la Secretaría Distrital de Salud, promoviendo el uso adecuado de la red de prestación de servicios de salud y favoreciendo el acceso oportuno a escenarios asistenciales acordes con la condición de salud presentada.

Cuando el usuario acepte la alternativa de atención propuesta, el Gestor de Bienestar Bachiller realizará el acompañamiento para su traslado a la institución de mediana complejidad definida de acuerdo con la ruta establecida por la

Secretaría Distrital de Salud. Durante este proceso desarrollará acciones de información, educación y comunicación orientadas a fortalecer el conocimiento de la ciudadanía sobre la Línea 137 como canal institucional de orientación, navegación y gestión de acceso a servicios de salud, explicando su funcionamiento, alcance, beneficios y las situaciones en las cuales puede ser utilizada para recibir orientación antes de acudir a los servicios de urgencias.

De manera complementaria, durante el abordaje identificará usuarios pertenecientes a las poblaciones priorizadas para la gestión territorial del riesgo por parte de los Equipos MAS Bienestar en tu Hogar, incluyendo gestantes, niños y niñas menores de cinco años, personas con discapacidad, personas con necesidades en salud mental, personas con enfermedades crónicas priorizadas, habitantes de calle, integrantes de pueblos étnicos y demás poblaciones definidas por el modelo. Cuando corresponda, realizará la respectiva derivación al Gestor de Bienestar responsable del sector catastral de residencia del usuario, con el fin de facilitar la continuidad de la atención, la gestión integral del riesgo y el desarrollo de intervenciones en el entorno familiar y comunitario.

Esta actividad incluye:

- *Identificación de usuarios clasificados como Triage III clínicamente estables susceptibles de intervención.*
- *Orientación sobre la oferta de servicios de mediana complejidad definida para la estrategia.*
- *Información y educación sobre el uso adecuado de los servicios de salud y las alternativas de atención disponibles.*
- *Acompañamiento de los usuarios que acepten la remisión hacia las instituciones de mediana complejidad definidas por la Secretaría Distrital de Salud.*
- *Educación sobre la Línea 137, su funcionamiento, alcance, beneficios y mecanismos de acceso.*
- *Promoción del uso de la Línea 137 como herramienta de orientación y navegación dentro del sistema de salud.*
- *Identificación de usuarios pertenecientes a poblaciones priorizadas para los Equipos MAS Bienestar en tu Hogar.*
- *Derivación de los casos identificados al Gestor de Bienestar correspondiente al sector catastral de residencia del usuario.*
- *Registro y trazabilidad de las acciones desarrolladas y de las derivaciones realizadas.*

- *Generación de información para el seguimiento y monitoreo de la estrategia.*

Finalmente, al concluir la intervención el Gestor de Bienestar Bachiller al finalizar cada jornada operativa día en el cual se documenten las acciones desarrolladas, los resultados de la gestión realizada y las principales novedades identificadas durante la prestación de la acción. El registro deberá contener, como mínimo:

- *Servicio de urgencias e institución donde se desarrolló la intervención.*
- *Fecha de ejecución de la jornada.*
- *Descripción general de las actividades realizadas.*
- *Número total de usuarios identificados con clasificación Triage III clínicamente estable.*
- *Número de usuarios orientados sobre las alternativas de atención en instituciones de mediana complejidad.*
- *Número de usuarios que aceptaron la alternativa de atención en institución de mediana complejidad definida por la Secretaría Distrital de Salud.*
- *Número de usuarios orientados sobre la Línea 137.*
- *Número de usuarios derivados a los Equipos MAS Bienestar en tu Hogar.*
- *Número de usuarios que rechazaron la orientación o la alternativa de atención propuesta.*
- *Observaciones y recomendaciones para el fortalecimiento de la estrategia.*

El documento deberá contar con la firma del Gestor de Bienestar Bachiller responsable del registro. Cuando durante la ejecución de la actividad se realicen visitas de acompañamiento, seguimiento o verificación por parte de líderes operativos de la Subred o referentes designados por la Secretaría Distrital de Salud, podrá incorporarse la firma de estos como constancia de la actividad de acompañamiento realizada.

4.8 Tabla resumen de la acción de bienestar:

Nombre de la actividad	Periodicidad	Perfiles del talento humano	Entregables
Conexión con MAS Bienestar - Bachiller.	*Diario*	*Gestor de Bienestar Bachiller*	– *Archivo Plano de los registros de los usuarios abordados y acciones realizados.* – *Formato de acta institucional de registro de actividades de la estrategia Conexión con MAS Bienestar, diligenciado por el*

			Gestor de Bienestar Bachiller al finalizar cada jornada operativa.

5. Acción de Bienestar 77. Acercándonos con MAS Bienestar.

5.1. Conceptualización de los elementos centrales de la acción de bienestar.

La Acción de Bienestar "Acercándonos con MAS Bienestar" se fundamenta en los principios de la Atención Primaria Social, la gestión integral del riesgo en salud, la continuidad del cuidado y la transformación digital aplicada a los procesos de seguimiento poblacional. Su propósito es fortalecer los mecanismos de identificación, contacto y acompañamiento de usuarios priorizados por los Equipos MAS Bienestar en tu Hogar mediante la incorporación de herramientas tecnológicas que permitan ampliar la capacidad de respuesta institucional frente a las necesidades en salud de la población.

Como elemento central de la estrategia, se implementará una estrategia de gestión soportado principalmente en herramientas de mensajería instantánea y flujos de comunicación, los cuales facilitarán la interacción directa con los usuarios, la validación de información, la identificación de necesidades, la educación en salud y la gestión de acceso a las acciones definidas por el Modelo de Salud MAS Bienestar. Estos mecanismos permitirán complementar las actividades presenciales y telefónicas desarrolladas por los Equipos MAS Bienestar en tu Hogar, optimizando la oportunidad y cobertura de las intervenciones.

Dado lo anterior, la implementación de canales digitales busca fortalecer la contactabilidad temprana de usuarios, mejorar la localización de población priorizada, disminuir las pérdidas de seguimiento y favorecer la vinculación efectiva a las acciones de gestión integral del riesgo, contribuyendo a la continuidad del cuidado y al mejoramiento de los resultados en salud.

5.2. Objetivo General

Fortalecer la gestión integral del riesgo y la continuidad del cuidado mediante la implementación de estrategias de acercamiento multicanal dirigidas a usuarios priorizados por los Equipos MAS Bienestar en tu Hogar, favoreciendo la contactabilidad temprana de usuarios, la identificación de necesidades en salud, la educación transformadora en salud para el autocuidado, la activación de rutas

de atención y el acceso oportuno a las acciones de promoción de la salud y gestión del riesgo.

5.3 Población sujeto

La acción está dirigida a usuarios pertenecientes a las cohortes priorizadas por los Equipos MAS Bienestar en tu Hogar que presenten dificultades de contacto mediante los mecanismos tradicionales de gestión, así como aquellos que requieran seguimiento remoto, orientación en salud o acompañamiento para el acceso a servicios y rutas de atención.

5.4. Talento humano:

Gestores de Bienestar. Técnicos Auxiliares de enfermería o en Salud Pública

5.5 Unidad de medida

Avance al plan de acción

5.6. Forma de reporte de ejecución del producto

Se reporta una unidad por cada uno de los gestores de bienestar, una vez adelantado el seguimiento mensual de las acciones programadas en el marco de la gestión del riesgo, teniendo en cuenta las actividades de la acción de bienestar, con sus indicadores de gestión y resultado.

5.7. Descripción de la acción de bienestar:

La Acción de Bienestar "Acercándonos con MAS Bienestar" es una estrategia de gestión remota desarrollada por los Equipos MAS Bienestar en tu Hogar que utiliza como principal mecanismo de interacción herramientas digitales institucionales y otros sistemas de mensajería, con el fin de establecer contacto efectivo con usuarios priorizados para la gestión integral del riesgo en salud que presenten dificultades de contacto.

A través de estos canales digitales se desarrollan procesos de validación de datos, identificación de necesidades en salud, clasificación preliminar de riesgos, educación para el autocuidado, orientación sobre servicios disponibles, gestión de acceso y seguimiento a usuarios pertenecientes a cohortes priorizadas. La interacción inicial es realizada mediante flujos automatizados y procesos de mensajería asistida, permitiendo optimizar la cobertura de las acciones y facilitar la recuperación de usuarios que no han podido ser contactados mediante estrategias telefónicas o presenciales.

La gestión desarrollada mediante canales digitales se complementa con la intervención de los Gestores de Bienestar y el soporte técnico profesional de

enfermería y psicología, quienes realizan el análisis de casos priorizados, la activación de rutas de atención, la orientación especializada y el seguimiento a las necesidades identificadas. De esta manera, la estrategia fortalece la capacidad resolutiva de los Equipos MAS Bienestar en tu Hogar, mejora la oportunidad de las intervenciones y contribuye al acceso efectivo de la población a las acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y gestión integral del riesgo.

5.7.1. Actividad 1. Identificación, validación y clasificación inicial de necesidades y riegos

Esta actividad tiene como propósito establecer contacto efectivo con los usuarios priorizados por los Equipos Más Bienestar en tu Hogar, especialmente aquellos que presenten dificultades de contacto remitidos por las diferentes fuentes de información definidas por la Secretaría Distrital de Salud. Su finalidad es validar la información disponible, identificar necesidades en salud, reconocer factores de riesgo y orientar las acciones posteriores de gestión integral del riesgo, seguimiento y acceso a servicios.

Para el desarrollo de esta actividad, el Gestor de Bienestar contará con las bases de datos de usuarios previamente priorizados. A partir de esta información, realizará el acercamiento inicial mediante los canales digitales institucionales establecidos para la estrategia, tales como WhatsApp, mensajería instantánea u otras herramientas tecnológicas autorizadas.

Para garantizar la estandarización de la gestión, la calidad de la información recopilada y la adecuada identificación de necesidades y riesgos, la estrategia contará con guiones y flujos conversacionales previamente definidos, construidos a partir de los lineamientos técnicos de la estrategia Más Bienestar en tu Hogar y de las cohortes priorizadas. Estos guiones orientarán la interacción del Gestor de Bienestar con el usuario y/o su núcleo familiar, facilitando el desarrollo homogéneo de las intervenciones, la identificación de situaciones que requieran gestión y la activación oportuna de las rutas de atención correspondientes.

Durante la interacción con el usuario y apoyado en los guiones establecidos para la estrategia, el Gestor de Bienestar desarrollará las siguientes acciones:

Verificación y actualización de datos de contacto: *se validará la identidad del usuario y se confirmarán los datos de localización disponibles, incluyendo números telefónicos, dirección de residencia, correo electrónico y demás*

mecanismos de contacto que permitan garantizar la continuidad de la gestión y facilitar futuras intervenciones.

Confirmación de la condición de salud o motivo de priorización: *se verificará la situación por la cual el usuario fue remitido a la estrategia, identificando si la condición inicialmente reportada continúa vigente, ha cambiado o ya fue resuelta, con el fin de orientar adecuadamente las acciones posteriores y evitar duplicidad de intervenciones.*

Verificación de condiciones actuales y necesidades percibidas: *mediante los flujos conversacionales establecidos se explorarán las necesidades actuales del usuario identificando barreras de acceso a servicios, requerimientos de orientación, necesidades de acompañamiento y situaciones que puedan requerir intervención por parte de los demás perfiles de los Equipos Más Bienestar en tu Hogar.*

Validación de información disponible en sistemas institucionales: *cuando aplique, se revisará la información disponible en los sistemas de información institucionales, verificando antecedentes de atención, cumplimiento de citas, derivaciones previas, planes instaurados y demás elementos que contribuyan al análisis integral del caso.*

Identificación de riesgos individuales y familiares: *se indagará sobre la composición familiar y la presencia de situaciones que puedan representar riesgos para la salud, tales como enfermedades crónicas, discapacidad, eventos de interés en salud pública, problemas de salud mental, situaciones de violencia, consumo de sustancias psicoactivas, barreras de acceso a los servicios de salud, dificultades de aseguramiento o cualquier otra condición que requiera gestión o seguimiento.*

Clasificación inicial del riesgo: *con base en la información recopilada, el Gestor de Bienestar realizará una clasificación preliminar del riesgo que permita definir la necesidad de seguimiento, derivación, activación de rutas de atención o gestión de acceso a servicios, de acuerdo con los lineamientos establecidos por la estrategia Más Bienestar en tu Hogar.*

Educación trasformadora en salud: *durante la interacción se brindará educación orientada al fortalecimiento del autocuidado, la promoción de hábitos de vida saludables, la identificación de signos de alarma, la prevención de enfermedades y la socialización de campañas o acciones institucionales vigentes,*

de acuerdo con la cohorte, edad y condiciones identificadas en el usuario o su grupo familiar.

Toda la gestión realizada en el marco de esta actividad, incluyendo intentos de contacto, conversaciones sostenidas mediante los canales digitales institucionales, validaciones efectuadas, información actualizada, riesgos identificados, clasificaciones realizadas, orientaciones brindadas y resultados obtenidos, deberá registrarse de manera oportuna y completa en el aplicativo GTAPS, en el marco de las acciones establecidas en la estrategia de ruteo (ver numeral 2.7 Descripción acción de Bienestar estrategia ruteo), garantizando la trazabilidad de las acciones desarrolladas, el seguimiento de los usuarios y la disponibilidad de información para la gestión integral del riesgo y la continuidad del cuidado.

Nota: La gestión de los casos deberá desarrollarse de acuerdo con los lineamientos, criterios y flujos definidos en el guion orientador de la Acción de Bienestar y fichas técnicas, garantizando la aplicación adecuada de los estados de gestión establecidos en la estrategia de ruteo y el cumplimiento de las actividades previstas para cada etapa del proceso. De igual manera, todas las acciones realizadas, resultados obtenidos, seguimientos efectuados y derivaciones gestionadas deberán registrarse oportunamente en el aplicativo GTAPS y en los demás instrumentos definidos para la operación. Para ampliar la información relacionada con los procedimientos operativos y registros requeridos, se deberá consultar el numeral 2.7.1.1 de la presente ficha técnica.

5.7.2. Actividad 2. Gestión de acceso, articulación institucional y derivaciones

Una vez identificadas las necesidades del usuario y su grupo familiar, el Gestor de Bienestar adelantará las acciones necesarias para facilitar el acceso oportuno a los servicios, programas, intervenciones y estrategias definidas por la estrategia Más Bienestar en tu Hogar, promoviendo la continuidad del cuidado y la gestión integral del riesgo.

Esta actividad comprende la orientación al usuario, la gestión de acceso a servicios, la articulación con programas y equipos institucionales, el seguimiento a las acciones gestionadas y la verificación de los resultados obtenidos, con el

propósito de garantizar una respuesta integral frente a las necesidades identificadas.

Para el desarrollo de esta actividad se realizarán las siguientes acciones:

Verificación de requerimientos de atención: *se determinará la necesidad de valoración individual, acciones colectivas mediante la intervención por parte de alguno de los perfiles operativos de los Equipos Más Bienestar en tu Hogar o de otros servicios institucionales.*

Validación del cumplimiento de frecuencias de atención: *se revisará el cumplimiento de las atenciones establecidas en las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), identificando atenciones pendientes o necesidades de seguimiento.*

Orientación para el acceso a servicios: *se brindará información relacionada con la red de prestación de servicios según aseguramiento en salud, mecanismos de acceso, requisitos de atención, rutas disponibles y oferta institucional de acuerdo con las necesidades identificadas.*

Gestión de acceso y agendamiento: *cuando se identifique la necesidad de una valoración, seguimiento o intervención en salud, el Gestor de Bienestar adelantará las acciones necesarias para facilitar el acceso efectivo del usuario a los servicios requeridos, en coordinación con el Gestor en Línea y los equipos encargados de la gestión de agendas. Esta actividad incluye la orientación al usuario sobre los canales de atención disponibles, los requisitos para el acceso a los servicios y las recomendaciones necesarias para favorecer la adherencia y continuidad del cuidado.*

Una vez gestionada la solicitud de atención, el resultado del proceso de agendamiento deberá ser comunicado al usuario y/o su cuidador, informando de manera clara y oportuna la fecha, hora, lugar y demás condiciones de la atención programada o, cuando aplique, las novedades relacionadas con la solicitud. Esta comunicación constituye una acción fundamental de la gestión integral del riesgo, orientada a promover el acceso efectivo a los servicios de salud, disminuir la pérdida de oportunidades de atención y fortalecer la adherencia a las intervenciones definidas para el usuario.

Toda la gestión relacionada con las solicitudes de agendamiento, asignación de citas, comunicación de resultados al usuario, seguimientos realizados y resultados obtenidos deberá quedar debidamente registrada en el aplicativo GTAPS, a través

del módulo de agendamiento, garantizando la trazabilidad de la gestión y el monitoreo del acceso efectivo a los servicios de salud.

Derivación y articulación institucional: *de acuerdo con los hallazgos identificados durante el proceso de contacto, valoración y gestión, el Gestor de Bienestar realizará la articulación y derivación de los usuarios hacia los diferentes programas, servicios, perfiles profesionales, estrategias institucionales y actores intersectoriales requeridos para garantizar una atención integral y la continuidad del cuidado.*

Las derivaciones se realizarán de acuerdo con las condiciones y necesidades identificadas en cada usuario, pudiendo incluir, entre otras, las siguientes

Vacunación (PAI): *cuando se identifiquen usuarios con esquemas de vacunación incompletos, vacunas pendientes o necesidades de orientación relacionadas con inmunización, el Gestor de Bienestar brindará información sobre los puntos de vacunación más cercanos, horarios de atención y mecanismos de acceso disponibles. En aquellos casos en que se identifiquen barreras geográficas, condiciones de salud, limitaciones de movilidad u otras dificultades que afecten el acceso efectivo al servicio, se realizará la derivación a las binas vacunadoras de los Equipos Más Bienestar en tu Hogar para la ejecución de la vacunación, de acuerdo con los lineamientos establecidos por el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI).*

Trabajo Social: *para situaciones asociadas a barreras de acceso a los servicios de salud, dificultades de aseguramiento, ausencia de afiliación, orientación sobre trámites, garantía de derechos, se realizará la derivación del caso al profesional de Trabajo Social de los Equipos Más Bienestar en tu Hogar. El profesional realizará la valoración correspondiente, orientará al usuario y su familia, gestionará los trámites requeridos y desarrollará las acciones de articulación institucional e intersectorial necesarias para contribuir a la resolución de las necesidades identificadas y favorecer el acceso efectivo a los servicios y programas requeridos.*

Planes de Bienestar: *cuando se identifiquen necesidades que requieran la implementación de intervenciones específicas mediante los Planes de Bienestar desarrollados por la Estrategia de Equipos Más Bienestar en tu Hogar, se realizará la derivación correspondiente de acuerdo con los criterios de inclusión, priorización y abordaje definidos en los guiones orientadores, lineamientos operativos y fichas técnicas establecidas para cada cohorte de riesgo. Toda derivación realizada deberá registrarse de manera oportuna en el aplicativo*

GTAPS, con el fin de garantizar la trazabilidad de la gestión, facilitar el seguimiento a la respuesta de la derivación, verificar la implementación de las intervenciones definidas.

Equipos diferenciales: *En los casos en que se identifique pertenencia a alguna comunidad étnica, se realizará la respectiva derivación a los equipos diferenciales de los Equipos Más Bienestar Hogar (EMBH), con el fin de garantizar una atención pertinente y acorde con los enfoques diferencial y étnico.*

Para las personas pertenecientes a comunidades afrodescendientes, palenqueras y Wounaan, la derivación se realizará a los Gestores Comunitarios. En el caso de la población perteneciente al pueblo Emberá, la gestión será remitida a los Técnicos del Equipo Diferencial. Cuando se identifique pertenencia al pueblo Gitano (Rrom), la derivación se realizará a la profesional de enfermería responsable del abordaje diferencial de esta población.

Otras rutas, programas o servicios institucionales: *de acuerdo con las necesidades identificadas, los eventos priorizados, las cohortes objeto de seguimiento y los lineamientos definidos por la Secretaría Distrital de Salud.*

Las derivaciones realizadas deberán acompañarse de las acciones de coordinación, seguimiento y verificación necesarias para garantizar el acceso efectivo a los servicios gestionados, la atención de las necesidades identificadas y la resolución de las situaciones que dieron origen a la remisión.

5.7.3. Actividad 3. Envío masivo de mensajes de promoción, prevención y alertas en salud.

Con el propósito de fortalecer las acciones de promoción de la salud, prevención de enfermedades, educación para el autocuidado y gestión integral del riesgo, la acción de Bienestar "Acercándonos con MAS Bienestar" desarrollará procesos de comunicación masiva a través de herramientas digitales institucionales, incluyendo WhatsApp, mensajería instantánea y demás canales tecnológicos definidos para la estrategia.

Esta actividad estará orientada a la difusión periódica de contenidos educativos, mensajes preventivos, recomendaciones para el cuidado de la salud, promoción de hábitos y estilos de vida saludables, así como información de interés para las cohortes priorizadas y la población objeto de intervención. Los contenidos serán definidos de acuerdo con las necesidades identificadas en la gestión del riesgo,

los lineamientos técnicos de la Secretaría Distrital de Salud, las campañas institucionales vigentes y los eventos que requieran acciones de información y comunicación con la ciudadanía.

Así mismo, se realizará la divulgación de alertas en salud pública, campañas distritales, jornadas de atención, acciones de vacunación, actividades de promoción y prevención, eventos de interés en salud pública, emergencias sanitarias y demás comunicaciones estratégicas orientadas a fortalecer la capacidad de respuesta de la población frente a situaciones que puedan afectar su salud y bienestar.

La programación, elaboración y difusión de los mensajes deberá realizarse garantizando la pertinencia de los contenidos, la oportunidad de la información, la protección de los datos personales y el uso adecuado de los canales institucionales. Para ello, se establecerán cronogramas de envío y mecanismos de segmentación de la población objetivo (clasificación o agrupación de los usuarios según sus características, necesidades o cohortes de riesgo para enviarles información específica y pertinente).

Como parte de la actividad, se realizará la consolidación mensual de la información relacionada con los mensajes difundidos, incluyendo el número de mensajes enviados, la cantidad de usuarios alcanzados, la cobertura obtenida por cohorte o grupo poblacional, las temáticas desarrolladas, las campañas y alertas comunicadas, así como los resultados de las acciones implementadas. Esta información servirá como insumo para el seguimiento de la estrategia, la identificación de oportunidades de mejora y el fortalecimiento continuo de las acciones de comunicación dirigidas a la población priorizada.

6.7.4. Actividad 4. Soporte técnico, acompañamiento y seguimiento de la gestión

Con el propósito de fortalecer la calidad, oportunidad y capacidad resolutiva de las intervenciones desarrolladas en el marco de la Acción de Bienestar "Acercándonos con Más Bienestar", se brindará acompañamiento técnico permanente a los Gestores de Bienestar mediante la participación de profesionales de enfermería y psicología, quienes apoyarán la identificación y análisis de riesgos, la orientación de casos, el seguimiento de usuarios priorizados y el monitoreo de los resultados obtenidos durante la gestión.

Esta actividad busca garantizar la adecuada implementación de los lineamientos técnicos definidos para la Acción de Bienestar, fortalecer la toma de decisiones frente a situaciones que requieran análisis y orientación por parte del profesional,

contribuir a la continuidad del cuidado y mejorar la capacidad de respuesta frente a las necesidades identificadas en la población objeto de intervención. Así mismo, permitirá fortalecer las competencias de los Gestores de Bienestar, promover la calidad de las intervenciones realizadas y generar insumos para el mejoramiento continuo de los procesos de gestión integral del riesgo en salud.

Profesional de Enfermería

El profesional de enfermería tendrá como propósito fortalecer la gestión integral del riesgo en salud mediante el análisis de los casos identificados, la orientación técnica de las intervenciones y el seguimiento de las cohortes priorizadas.

Entre sus actividades se incluyen:

- *Brindar acompañamiento técnico permanente a los Gestores de Bienestar en la identificación, clasificación y priorización de riesgos individuales y familiares.*
- *Analizar los casos que requieran revisión técnica para definir conductas, necesidades de seguimiento o activación de rutas de atención*
- *Gestionar la articulación con los demás procesos de los Equipos MAS Bienestar y las demás áreas interinstitucionales correspondientes, cuando se identifiquen necesidades de atención, seguimiento o situaciones de riesgo que requieran una intervención oportuna, con el fin de garantizar la continuidad del cuidado y el acceso a los servicios requerido.*
- *Realizar seguimiento a las derivaciones efectuadas y verificar el acceso efectivo a los servicios requeridos.*
- *Consolidar, analizar y monitorear indicadores relacionados con la gestión del riesgo, la continuidad del cuidado y la efectividad de las intervenciones desarrolladas en la Acción de Bienestar.*

Profesional de Psicología

El profesional de psicología tendrá como propósito fortalecer la identificación temprana de factores de riesgo psicosocial, la promoción del bienestar emocional

y la orientación de situaciones relacionadas con la salud mental de los usuarios y sus familias.

Entre sus actividades se incluyen:

- *Brindar soporte técnico a los Gestores de Bienestar en la identificación de señales de alerta relacionadas con salud mental, violencias, consumo de sustancias psicoactivas, conductas de riesgo y afectaciones emocionales.*
- *Analizar y orientar los casos que requieran análisis profesional del caso, derivaciones a Planes de Bienestar o activación de rutas de atención en salud mental.*
- *Realizar seguimiento a usuarios con factores de riesgo psicosocial o antecedentes relacionados con salud mental, garantizando la continuidad de la gestión.*
- *Apoyar la identificación de situaciones de violencia intrafamiliar, violencia basada en género, riesgo suicida, vulneración de derechos y otras condiciones que requieran activación de rutas institucionales.*
- *Fortalecer las acciones de educación para el autocuidado emocional, manejo del estrés, fortalecimiento de redes de apoyo y promoción de factores protectores.*
- *Realizar seguimiento a las derivaciones efectuadas, verificando el acceso oportuno a los servicios y la resolución de las necesidades identificadas.*
- *Apoyar el monitoreo, análisis y evaluación de los resultados de la Acción de Bienestar en los componentes relacionados con bienestar emocional, salud mental y factores psicosociales.*

Actividades transversales de enfermería y psicología

De manera conjunta, los profesionales de enfermería y psicología desarrollarán las siguientes actividades:

- *Monitorear la calidad, oportunidad y pertinencia de la gestión realizada por los Gestores de Bienestar.*
- *Participar en espacios de análisis de casos, seguimiento de cohortes priorizadas y evaluación de resultados.*
- *Generar recomendaciones técnicas orientadas al fortalecimiento continuo de la Acción de Bienestar y al mejoramiento de los procesos de gestión integral del riesgo.*
- *Apoyar la construcción de informes de seguimiento, análisis de resultados y evaluación de la capacidad resolutiva de la Acción de Bienestar.*
- *Identificar oportunidades de mejora y proponer acciones correctivas orientadas al fortalecimiento de la gestión integral del riesgo, la continuidad del cuidado y el acceso efectivo a los servicios de salud.*
- *Desarrollar procesos de orientación técnica, retroalimentación y fortalecimiento de capacidades dirigidos a los Gestores de Bienestar.*
- *Realizar seguimiento al cumplimiento de los lineamientos técnicos, guiones orientadores, criterios de intervención y procedimientos establecidos para la Acción de Bienestar.*

Las actividades de acompañamiento técnico, análisis de casos, seguimiento especializado, monitoreo de indicadores y fortalecimiento de capacidades deberán contar con los soportes y registros correspondientes, de acuerdo con los mecanismos de seguimiento definidos por la Secretaría Distrital de Salud, con el fin de garantizar la trazabilidad de las acciones desarrolladas y el monitoreo de los resultados obtenidos.

5.8 Tabla resumen de la acción de bienestar:

Nombre de la actividad	Periodicidad	Perfiles del talento humano	Entregables
Actividad 1. Identificación, validación y clasificación inicial de necesidades y riesgos	*Mensual*	*Técnico 1 (en áreas de la salud, ciencias sociales y humanas). Auxiliar en enfermería o*	*• Plano Ruteo con la gestión de los casos, registro de acciones en el contacto y derivaciones.* *• Registro de agendas a profesionales de los EMBH para el desarrollo de planes de bienestar.*

		técnico en salud pública.	
Actividad 2. Gestión de acceso, articulación institucional y derivaciones	*Mensual*	*Técnico 1 (en áreas de la salud, ciencias sociales y humanas). Auxiliar en enfermería o técnico en salud pública.*	*• Plano Ruteo con la gestión de los casos, registro de acciones en el contacto y derivaciones.* *• Plano de agendamiento con registro de gestión de citas.*
Actividad 3. Envío masivo de mensajes de promoción, prevención y alertas en salud	*Mensual*	*Técnico 1 (en áreas de la salud, ciencias sociales y humanas). Auxiliar en enfermería o técnico en salud pública.* *Profesional Universitario 2 (Operativo). Enfermería, psicología*	*• Cronograma de campañas y mensajes programados.* *• Evidencias de mensajes, campañas y alertas difundidas.* *• Reporte consolidado de mensajes enviados.* *• Base de usuarios impactados por cohorte o grupo poblacional.* *• Informe mensual de cobertura, temáticas difundidas, campañas comunicadas y resultados obtenidos.*
Actividad 4. Soporte técnico, acompañamiento y seguimiento de la gestión	*Mensual*	*Profesional Universitario 2 (Operativo). Enfermería, psicología*	*• Actas de asistencia técnica y acompañamiento a Gestores de Bienestar.* *• Reporte consolidado de seguimiento a las derivaciones realizadas, que incluya la gestión efectuada, la respuesta obtenida y el estado de cierre de los casos remitidos a vacunación (PAI), Planes de Bienestar, Trabajo Social, procesos de agendamiento, equipos diferenciales y demás rutas, programas o servicios institucionales definidos para la*

			atención de las necesidades identificadas. *• Informe mensual de acompañamiento técnico y seguimiento de casos.* *• Informe trimestral de indicadores, resultados y oportunidades de mejora.* *• Tablero de seguimiento diario de productividad y efectividad de las gestiones realizadas.*

Referencias bibliográficas

- Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). Resolución 3280 de 2018, por la cual se adopta el modelo de atención integral en salud MIAS. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%203280%20de%202018.

- Ministerio de Salud y Protección Social. (2025). Decreto 0858 de 2025, por medio del cual se adopta el Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo (MSPPR) para reorganizar el sistema de salud en Colombia.

- Ministerio de Salud y Protección Social. (2025). Resolución 1597 de 2025, Por la cual se establecen disposiciones para la gestión territorial integral de la salud pública incluida la Gestión en Salud Pública y el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), en el marco del Plan Decenal de Salud Pública y la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS).

- Ministerio de Salud y Protección Social. (2025). Por la cual se determinan las regiones y subregiones funcionales para la Gestión Territorial Integral de la Salud Pública.

Control de cambios

VERSIÓN	FECHA DE APROBACIÓN	RAZÓN DE CREACIÓN O ACTUALIZACIÓN
1	15/09/2025	Inicio convenios interadministrativos MAS Bienestar en Tu Hogar
2	03/2026	Actualización por periodo estabilización
3	Junio 2026	Inclusión Acciones de Bienestar 75 – 76 - 77
4	Octubre 2026	Inclusión Acción 4 Gestores de Conexión Gestión de bienestar para la continuidad del cuidado posterior al egreso hospitalario

	ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
Nombre (s)	Sindy Julieth Sánchez Neira Diana Marcela Velandia Barrera Eduardo Santander Gloria Inés Gallo Tibaduiza	Marcela Martínez Contreras Johanna Andrea Torres	Marcela Martínez Contreras Johanna Andrea Torres
Cargo	Profesionales Especializados	Subdirectora de Acciones Colectivas Asesora de Despacho	Subdirectora de Acciones Colectivas Asesora de Despacho
Fecha	Septiembre 2025	Septiembre 2025	Septiembre 2025