LUGAR – MEDIO DE COMUNICACIÓN	**FECHA** (dd-mm-aaaa)	**HORA DE INICIO** (a.m.-p.m.)
Plataforma de videoconferencia Google Meet:	10/06/2021	8:00am

TIPO DE REUNIÓN

Señale con una “x” el tipo de reunión:

Consejo de Gobierno	
Comité Coordinador de Control Interno	
Comité Técnico:	
Otra ¿Cuál?: Asistencia técnica DIM 2, DIM 4 DIM 6- DIM 9 **Proceso de Gestión de la Salud Publica y de intervenciones colectivas**	x

ELABORADA POR:
Julian Carvajal Ortiz – Gestor en Salud Pública Dimensión 6 - Tuberculosis y Lepra.

A QUIEN SE DISTRIBUYE:

Equipo dimensión 2: "Vida saludable y condiciones no transmisibles”; Dimensión 4: Seguridad Alimentaria y Nutricional, programa de envejecimiento y vejez y Dimensión 6 Vida saludable y condiciones transmisibles tuberculosis y Lepra, Dimensión 9 Humanización y programa de envejecimiento y vejez de la Secretaría de Salud Departamental del Cauca y profesionales de las Empresas Sociales del Estado.

1. DESARROLLO Y METODOLOGIA DE LA ACTIVIDAD

Siendo las 8:00 am del día 10 de junio del 2021 se da inicio a la asistencia técnica a las Empresas Sociales del Estado de los municipios de Popayán, Piendamó, Puracé, Cajibio, Totoró y de la dimensión 2: "Vida saludable y condiciones no transmisibles”; Dimensión 4: Seguridad Alimentaria y Nutricional, programa de envejecimiento y vejez y Dimensión 6 Vida saludable y condiciones transmisibles tuberculosis y Lepra de la Secretaría Departamental de Salud del Departamento del Cauca y profesionales de las Empresas Sociales del Estado.

La asistencia técnica tiene como propósito el desarrollo de capacidades en el personal para orientar la gestión de la salud pública, de forma coordinada y organizada con la participación de los diferentes actores, de tal forma que se permita mejorar la respuesta del sector, acorde a los desafíos actuales del sistema de salud, en el propósito de apuntar al logro y mantenimiento de indicadores de impacto y de proceso, así

como resultados en salud, según lo planteado en la Resolución 518 de 2015, resolución 3280 de 2018 y demás normatividad vigente.

1. La moderadora procede a realizar llamado a lista de las Empresas Sociales del Estado que están presentes en la asistencia técnica modalidad virtual y en la cual participaron German Ricardo (PIC Departamental - Piendamó) Erick Botina, Yadi Hoyos, Nasly Vargas - ESE Popayán (Popayán) Andrea Pillimue (PIC Departamental – Cajibio) Jhon Cruz, Maderlevi Yandi – ESE Centro Uno (Piendamó) Deysi Caicedo ESE Popayán (Totoró) Luz Alix Sevilla (PIC Departamental – Cajibio) Angy Fernandez (IPS Sanitas - Popayán) Monica Barrera, Stella Montaño (Emssanar – Cali)

Se da un espacio para la presentación del equipo de profesionales que desarrollará y acompañará la asistencia técnica.
Así mismo, se proyecta la agenda del día:

REGIÓN CENTRO Y ORIENTE **10 de Junio del 2021**		
TEMÁTICA	**RESPONSABLE**	**HORA**
1. Verificación de la Asistencia	Moderadora del Evento	8:00 am - 8:15 am
2. Bienvenida y apertura del Evento	Prof. Esp. Kelly Yohana Tello Hoyos- Proceso de Gestión de la Salud Pública Intervenciones Colectivas	8:15 am - 8:20 am
3. Dimensión 4: Seguridad Alimentaria y Nutricional	Ing. Omar Sánchez - Gestor en Salud Pública	8:20 am - 8:40 am
4. Dimensión 6: Enfermedades Tuberculosis y Lepra	Psga. Marible Murillo - Gestor en Salud Pública	8:40 am - 9: 00 am
5. Dimensión 9: Envejecimiento y Vejez	Ft. Esp. Viviana Encarnación Amaya - Gestora en Salud Pública	9:00 am - 9:20 am
6. Dimensión 9: Línea de Humanización	Enf. Esp. Yesica F. Duymovic García - Gestora en Salud Pública	9:20 am - 9:40 am
7. Dimensión 2: Línea de Cáncer	Enf. Mg. Paula Tose Vergara - Gestora en Salud Pública	9:40 am - 10:00 am
8. Dimensión 2: Línea de Enfermedades crónicas no trasmisibles	Ft. Esp. Luisa Carabalí - Gestora en Salud Pública	10:00 am - 10:20 am
RECESO		10:20 am - 10:35 am

9. Dimensión 2: Línea de Salud Bucal	Od. Esp. Adriana Noguera- Gestora en Salud Pública	10:35 am - 10:55 am
10. Dimensión 2: Estrategia CERS	Ptlga. Diana Astudillo- Gestora en Salud Pública	10:55 am - 11:15 am
11. Dimensión 2: Línea de Estilos de Vida Saludables	Ft. Esp. Karen Salazar - Gestora en Salud Pública	11:15 am - 11:35 am
12. Dimensión 2: Línea Prevención de Consumo de Tabaco y Alcohol	Fga. Esp. Magda López - Gestora en Salud Pública	11:35 am - 11:55 am
13. Dimensión 2: Línea de salud Visual, auditiva y comunicativa	Fga. Esp. Magda López - Gestora en Salud Pública	11:55 am- 12:15 pm
14. Preguntas y Compromisos	Moderadora del Evento	12:15 pm - 12:25 pm
15. Cierre del Evento	Prof. Esp. Kelly Yohana Tello Hoyos- Proceso de Gestión de la Salud Pública Intervenciones Colectivas	12:25 pm- 12:30 pm

2. Posterior, se da inicio con el saludo de bienvenida la Enfermera Kelly Tello, Profesional especializada de la SDSC, quien agradece la participación para que desde las dimensiones 2,4, 6 y 9 por ser los facilitadores de la asistencia técnica como una herramienta para apoyar los procesos de gestión al interior de las Empresas Sociales del Estado.

La profesional socializa a las Empresas Sociales del Estado de la zona centro, que en alianza con la Universidad de los Andes se va a diligenciar un instrumento vía telefónica, donde harán una evaluación de la capacidad técnica de las entidades territoriales para la gestión de la ruta cardiovascular, lo que pretende impactar los 42 municipios.

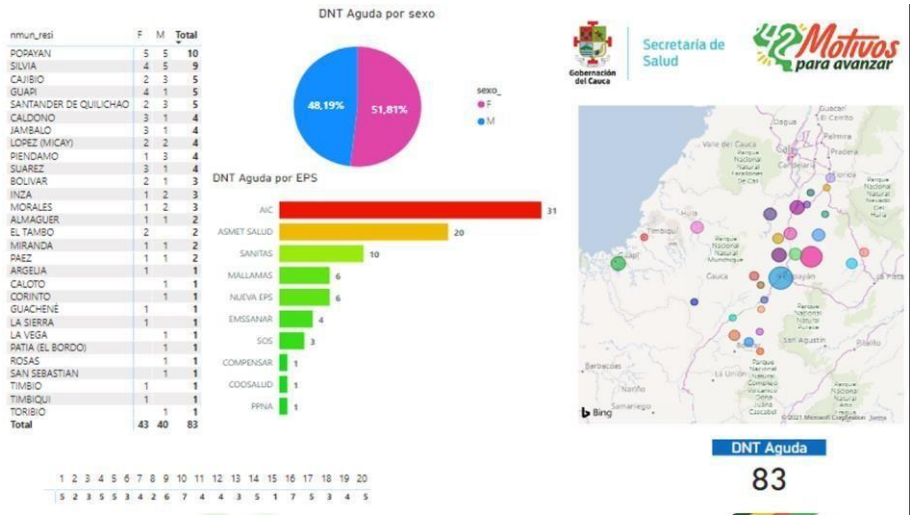
3. Dimensión 4: Seguridad Alimentaria y Nutricional – Omar Sanchez

Se realiza presentación de la dimensión 4 seguridad alimentaria y nutricional por el Gestor en Salud Pública, Omar Sánchez, teniendo en cuenta los ejes de SAN (acceso, disponibilidad, consumo, aprovechamiento biológico y calidad e inocuidad de los alimentos), en la intervención se enfatiza en la importancia de la articulación intersectorial para abordar temáticas en seguridad alimentaria. El profesional Sánchez precisa acciones para realizar desde la secretaría de salud en cuanto al consumo de los alimentos, dando recomendaciones para la inclusión en los PIC municipales para realizar intervenciones de información en salud y educación y comunicación para la salud, con la utilización de las guías alimentarias y nutricionales GABAs. Se procede a explicar por los momentos del curso de vida los procedimientos y/o consultas que se derivan de las rutas de atención integrales para la promoción y mantenimiento de la salud y materno perinatal. También de consideran algunos determinantes de la salud y estructurales que afectan la condición de salud de las personas.



Se realiza contextualización de las formas para avanzar en la formulación de planes de SAN y dinamizar los comités de SAN municipales, aclarando que los municipios de categorías 4, 5 y 6 pueden formular planes de acción teniendo en cuenta la línea técnica y considerando el enfoque de derecho humano a la alimentación, y para el caso de los comités se puede buscar espacios de discusión en consejos de política social municipal, para tratar temas relacionados con SAN, se relaciona el acompañamiento del departamento junto con el CISAN del Cauca, todas las acciones con la participación social y comunitaria.
Se realiza la explicación del evento de interés en salud pública de Bajo Peso al Nacer con las responsabilidades de las SSM y la definición de caso, es una articulación con el proceso de gestión de vigilancia de salud pública departamental.

Se realiza la socialización de la resolución 2465, por la cual se adoptan los indicadores antropométricos, patrones de referencia y puntos de corte para la clasificación antropométrica del estado nutricional de niñas, niños y adolescentes menores de 18 años de edad, adultos de 18 a 64 años de edad y gestantes adultas y se dictan otras disposiciones, se aclara el rol de las secretarias de salud y las responsabilidades.
Se realiza reporte de indicadores de BPN, DNT Aguda, Mortalidad con cruce de variables sociodemográficas, actualizado a semana epidemiológica 20.



nmun_resi	F	M	Total
POPAYAN	5	5	10
SILVIA	4	5	9
CAJIBIO	2	3	5
GUAPI	4	1	5
SANTANDER DE QUILICHAO	2	3	5
CALDONO	3	1	4
JAMBALO	3	1	4
LOPEZ (MICAY)	2	2	4
PIENDAMO	1	3	4
SUAREZ	3	1	4
BOLIVAR	2	1	3
INZA	1	2	3
MORALES	1	2	3
ALMAGUER	1	1	2
EL TAMBO	2		2
MIRANDA	1	1	2
PAEZ	1	1	2
ARGELIA	1		1
CALOTO		1	1
CORINTO		1	1
GUACHENE	1		1
LA SIERRA	1		1
LA VEGA		1	1
PATIA (EL BORDO)		1	1
ROSAS		1	1
SAN SEBASTIAN		1	1
TIMBIO	1		1
TIMBIQUI	1		1
TORIBIO		1	1
Total	43	40	83

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
5	2	3	5	5	3	4	2	6	7	4	4	3	5	1	7	5	3	4	5

Se realiza socialización de la resolución 2350 de 2020, con los campos de aplicación, definiciones, detección o identificación de casos, tratamiento terapéutico (pendiente de socializar), articulación intersectorial, inspección, vigilancia y control, se realiza aclaración de las responsabilidades.

Art. 9. Responsabilidades de las secretarias de salud de orden departamental distrital o municipal. Para la implementación de la atención integral de los niños de cero (0)a 59 meses con desnutrición aguda moderada y severa, cuyas atenciones se describen en el anexo técnico, las secretarias de salud de orden departamental distrital o municipal, según corresponda, tendrán a su cargo las siguientes responsabilidades:

9.1. Gestionar, conforme con la normativa y procedimientos establecidos, la afiliación de los niños y sus familias, que se identifiquen sin cobertura del aseguramiento en salud, al sistema que corresponda

9.2. Vigilar y controlar la prestación de los servicios para garantizar la calidad y oportunidad de la atención a la desnutrición aguda moderada y severa, de acuerdo con las necesidades y características de los niños identificados.

9.3. Vigilar y controlar que en los territorios con población rural y rural dispersa, se implementen las estrategias de atención integral extramural, que permitan garantizar la detección oportuna y la atención integrada de los niños de cero (0) a 59 meses con desnutrición aguda moderada y severa.

9.4. Realizar las acciones de vigilancia en salud pública, de acuerdo con los eventos definidos en los protocolos y lineamientos técnicos vigentes del Sistema de Vigilancia en Salud Pública -Sivigila, esto es, mortalidad infantil por y asociada a desnutrición y evento de desnutrición aguda en niños menores de cinco (5) años.

9.5. Propender por el fortalecimiento continuo de capacidades del talento humano en salud, en lo relacionado con el lineamiento contenido en el anexo, a fin de que se materialice en la atención a la desnutrición agudamoderada y severa a niños de cero (0) a 59 meses.

9.6. Establecer dentro de los seis (6) meses siguientes a la entrada en vigencia del presente acto administrativo, la línea base de adherencia del lineamiento contenido en el anexo técnico, en las entidades

de aseguramiento que operen en su jurisdicción, con mayor número de casos de morbimortalidad por desnutrición aguda.

9.7. Solicitar a las entidades de aseguramiento un plan de mejoramiento con seguimiento semestral, con base en lo identificado en la línea base de adherencia al lineamiento, lo cual deberá efectuarse en el mismo tiempo establecido en el numeral 9.6. Para tal fin, se deben tener en cuenta los indicadores de seguimiento y monitoreo, establecidos en el lineamiento que hace parte de esta resolución.

9.8. Gestionar en los comités departamentales, distritales o municipales de Seguridad Alimentaria y Nutricional - SÁN o en los espacios intersectoriales que aborden la temática relacionada con programas sociales orientados a mejorar el acceso y disponibilidad de alimentos, la vinculación del niño o niña en proceso de recuperación de desnutrición aguda moderada y severa.

Responsabilidad de las EAPB

10.1. Gestionar acorde con la normativa y procedimientos establecidos, la afiliación de los niños y sus familias, que se identifiquen con cobertura del aseguramiento en salud, al sistema que corresponda.

10.2. Garantizar calidad y oportunidad en la atención integral en salud de niños de cero (0) a 59 meses y la implementación del lineamiento para el manejo de integral de atención a la desnutrición aguada moderada y severa, contenido en el anexo técnico que hace parte integral de esta resolución. Igualmente deben garantizar la adopción de estrategias de atención extramural, que incluyan búsqueda activa comunitaria para la detección y atención de este segmento poblacional, con desnutrición aguada moderada y severa.

10.3. Garantizar el flujo y la transición efectiva y oportuna en el marco del sistema de referencia contra referencia, para asegurar la atención del niño de cero (0) a 59 meses con desnutrición agudamoderada y severa, acorde con su cuadro clínico y el nivel de complejidad de los servicios de salud,atendiendo lo establecido en el lineamiento técnico contenido en el anexo técnico que hace parte integral de esta resolución.

10.4. Garantizar que la red prestadora de servicios de salud que haya contratado cuente con los equipos necesarios para la toma de medidas antropométricas y que dichos equipos se encuentren en buen estado, de acuerdo con el estatuido en la Resolución 2465 de 2016 o la norma que la modifique o sustituya.

10.5. Garantizar la atención integral con enfoque diferencial para los niños de cero (0) a 59 meses con desnutrición aguda moderada y severa, pertenecientes a la población indígena. Para el efecto, deben implementar estrategias de búsqueda activa, atención extramural con traductores y tener en cuenta la cosmovisión, usos y costumbres de esta población.

10.6. Verificar que la red prestadora de servicios de salud contratada, implemente el lineamiento para el manejo integral de atención a la desnutrición aguda moderada y severa en niños de cero (0) a 59 meses, contenido en el anexo técnico de la presente resolución.

10.7. Garantizar en todos los grados de complejidad de los servicios de salud y modalidades de atención en salud de su red prestadora, el suministro, disponibilidad y entrega de la Fórmula Terapéutica – F75, para fase de estabilización y manejo hospitalario y de la Fórmula Terapéutica Lista para el Consumo – FTLC, en el manejo ambulatorio. Igualmente debe garantizar los demás insumos requeridos para dar cumplimiento a las fases de estabilización, transición y rehabilitación, según lo establecido en el lineamiento técnico, contenido en el anexo técnico a que refiere esta resolución.

10.8. Garantizar el suministro, disponibilidad y entrega de fórmula láctea de inicio en los casos de niños menores de seis (6) meses de edad, con desnutrición aguda moderada y severa, sin posibilidades de ser amamantados.

10.9. Efectuar seguimiento individual y nominal a los casos de niños de cero (0) a 59 meses con desnutrición aguda moderada y severa, que se encuentren en manejo ambulatorio, según lo previsto en el lineamiento contenido en el anexo técnico a que alude esta resolución.
10.10Evaluar cada seis meses a partir de la entrada en vigencia de la presente resolución, la adherencia de su red prestadora de servicios de salud al lineamiento técnico para el manejo integral de atención a la desnutrición aguda moderada y severa en niños de cero (0) a 59 meses de edad, contenido en el anexo técnico de que trata esta resolución. Como resultado de ello, formular dentro del mismo término un plan de mejoramiento continuo con su respectivo seguimiento.
10.11.Garantizar las acciones de vigilancia en salud pública de su competencia, de acuerdo con los eventos definidos en los protocolos y lineamientos técnicos vigentes del Sivigila, a saber, mortalidad infantil por y asociada a desnutrición y evento de desnutrición aguda en niños menores de (5) años.

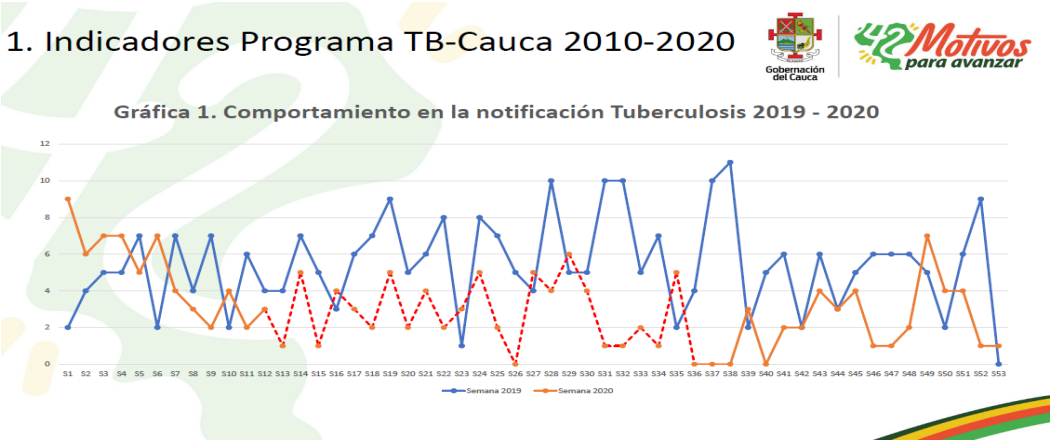
4. Dimensión 6: Enfermedades Tuberculosis y Lepra – Maribel Murillo

La Psicóloga plantea su presentación en el marco de la Resolución 227 de 2020. De acuerdo a la siguiente tabla de contenido

1. Indicadores epidemiológicos Cauca
2. Captación de sistemas respiratorios.
3. PIC RESOLUCON 3280 DE 2018.

Tópico 1. Indicadores epidemiológicos Cauca

De acuerdo a la notificación del evento, el comportamiento se vio influenciado por una disminución de casos posterior a la declaratoria de la emergencia social y sanitaria ocasionada por la pandemia del COVID-19. En la gráfica se muestra el comparativo de la notificación entre el año 2019 y 2020.

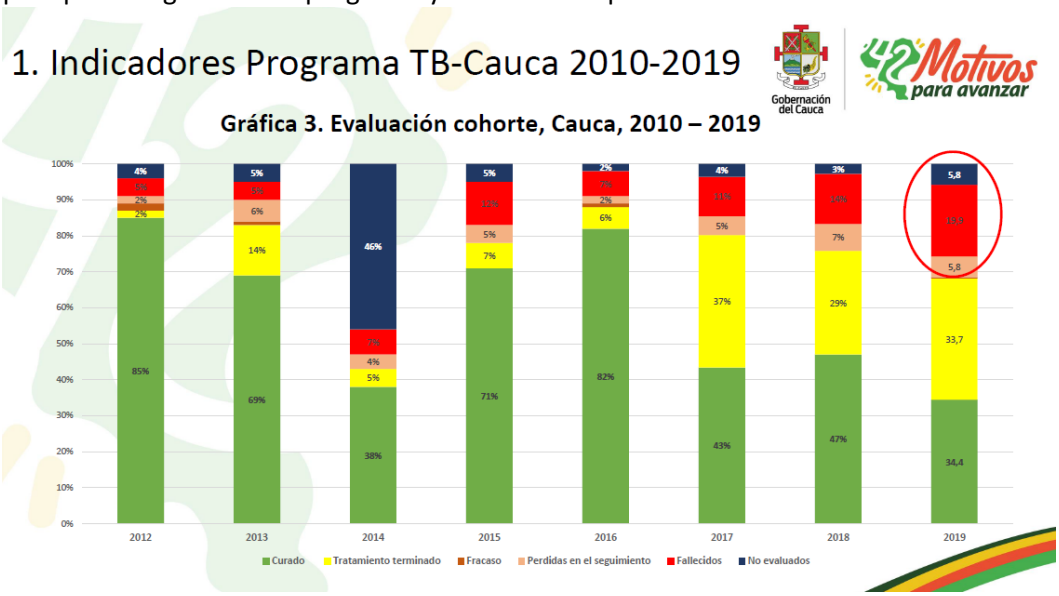


Comportamiento en la notificación Tuberculosis 2019 – 2020, SIVIGILA

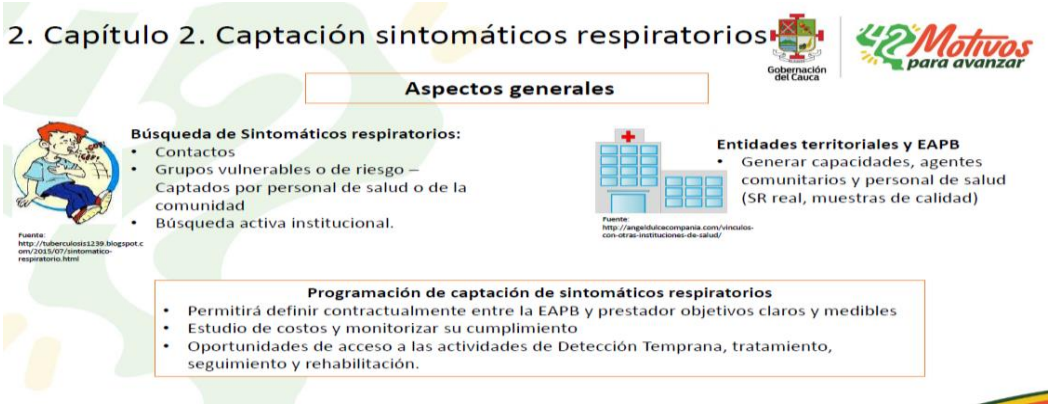
El comportamiento de la notificación en el evento de tuberculosis observamos en la línea Azul la semana epidemiológica con corte a la semana 53 del año 2019 y en la línea naranja punteada con rojo la notificación de casos al año 2020, en el año 2019 se notificaron un mayor número de casos y para el 2020 hubo una reducción significativa debido a la disminución de la consulta, de actividades individuales y colectivas. La línea punteada indica la entrada al aislamiento obligatorio y durante todo este tiempo se disminuyó el número de casos afectando negativamente Los indicadores de todo el programa, la incidencia para el año 2019 tenemos 19,4 casos por cada 100.000 habitantes y para el año 2020 se tuvo una incidencia de 11,1 casos por cada 100.000 habitantes, la meta a la cual queremos llegar teniendo en cuenta el plan de eliminación de tuberculosis 2016-2025 es en reducirá al 50% de la incidencia con respecto al año 2015.

Tópico 2. Cohortes

Se muestra la gráfica de cohortes, la cual en el año 2019 se pudo observar que el éxito terapéutico se ubicó en un 68,1% con un aumento en los casos de mortalidad desde el año 2016 y de perdida en el seguimiento, lo cual es un parámetro a tener en cuenta para las ESE en el hecho de que deben intensificar la localización de casos para poder ingresarlos al programa y realizar el respectivo tratamiento.



Se describe que se debe realizar la búsqueda de sintomáticos respiratorios, teniendo en cuenta los grupos de vulnerables yde riesgo, captados por el personal de salud, y las entidades territoriales como agentes de búsqueda comunitarios que permitan generar capacidades para la atención.



Grupos de riesgo a priorizar la búsqueda de sintomáticos respiratorios

- **Contactos de casos conocidos de TB Sensible:** (Identificación, 6 meses y al año)
- **Contactos de casos conocidos de TB Farmacorresistente:** (Identificación, C/3 meses hasta completar el tratamiento del caso índice y C/6 meses hasta completar dos años después de terminar tratamiento el caso índice).
- Enfásis: Niños o niñas menores de 15 años, contactos de casos TB en adultos y adultos mayores de 65 años.
- Áreas geográficas con alta incidencia

Población con barreras para la atención en salud.

- Vivir en zonas rurales de difícil acceso.
- Población indígena y afrodescendiente.
- Zonas de alta confluencia de migrantes y refugiados
- Personas en situación de calle
- Niños o niñas menores de 15 años en zonas de difícil acceso a los servicios de salud
- **Trabajadores de la salud**
- Mineros u otros que estén expuestos al sílice
- Poblaciones trabajadores informales donde se evidencien factores de riesgo de transmisión de la tuberculosis.

La resolución 3280 le prioriza entornos para prioriza la búsqueda activa, áreas geográficas, etc. Las Empresas Sociales del Estado mediante PIC deben llegar a poblaciones rurales de difícil acceso, específicamente personas en situación de calle, y en el entorno institucional. Se manifiesta igualmente que el entorno educativo se realizará búsqueda de sintomáticos en niños, niñas y adolescentes menores de 15 años, personas con difícil acceso al sistema de salud, con la valoración del riesgo de cada uno de los cursos de vida. En el entorno laboral, en personas informales con factores de riesgo de transmisión.

Se resalta el uso de elementos de protección personal al personal que realiza las visitas, as si como la capacitación, con una efectiva canalización donde se debe articular las EPS E IPS. se presenta que es importante que la EPS garantice el monitoreo trimestral y los gestores contribuir al cumplimiento de la red

prestadoras. También explica los Algoritmos de diagnóstico para los diferentes grupos poblacionales, tanto para la enfermedad como para la infección tuberculosa latente.

5. **Dimensión 9: Envejecimiento y Vejez – Viviana Amaya**

Se inicia con la presentación con el contexto del programa donde se establece que este parte desde el plan decana la de salud pública dentro de las dimensiones transversales específicamente en la de gestión diferencial de poblaciones vulnerables, donde se encuentra el programa de envejecimiento y vejez que define unas metas claras con respecto a la articulación interinstitucional para la protección de derechos de la población adulta mayor basado en la atención humanizada, al igual la promoción del envejecimiento activo. Por este motivo se definen acciones desde la política pública nacional de envejecimiento humano y vejez, ya su vez el departamento cuenta también con una política departamental establecida a través de la ordenanza 090 de 2011 denominada hacia una vejez digna y humanizada.

Además, se hace referencia que desde el plan de desarrollo departamental se incluyó una meta para esta población defina así “A 2023 se incrementará al 15% de adultos mayores que promueven el envejecimiento activo y saludable con enfoque de atención humanizada y procesos de educación en salud participativos”. Después se hace la socialización de la normatividad existente en cuento a la autorización de funcionamiento de los centros vida y centros de protección de larga estancia, que se hace necesario como una de las competencias desde la secretaria de salud departamental, en esta normatividad se encuentra la Ley 1276 de 2009 que estable la estampilla en beneficio de la población adulta mayor, a través de la inversión en centros vida (70%) y centros de protección (30%); también en esta Ley se establece lo referente con los requisitos que se deben cumplir para acceder al programa centro vida.

Se hace énfasis que la competencia de desde la secretaria de salud municipal en la autorización de funcionamiento donde deben aplicar los instrumentos establecidos desde la normatividad vigente y posterior envió de estos soportes con el acto administrativo al ente departamental para que se haga las funciones de inspección vigilancia y control en los centros.

También se mencionan las diferentes modalidades de atención que establece la Ley 1955 de 2019, para hacer adecuada ejecución de recursos de estampilla donde no solo están los centros de vida, día, de protección de larga estancia sino también otras modalidades donde se garantice calidad, frecuencia y cobertura.

Se describe el procedimiento para obtener la autorización de funcionamiento, el cual inicia por solicitar la visita con la documentación pertinente por parte del representante legal del centro al secretario de salud municipal, este a su vez hace la revisión y después tiene 1 mes para programar la visita si cumple con los documentos el centro sino se devuelve para completar y se genera la visita con la aplicación de los instrumentos para finalmente expedir el acto administrativo para la autorización de funcionamiento.
Los estándares para las modalidades de atención contempladas son talento humano, infraestructura, dotación, gestión, atención integral.

Posteriormente se dan a conocer los 11 servicios contemplados en la Ley con los que se debe cumplir mínimamente para prestar un servicios integral a las personas mayores como lo son Alimentación, orientación psicosocial, atención primaria en salud, aseguramiento en salud, capacitación en actividades productivas, deporte cultura y recreación, encuentros intergeneracionales, trabajo asociativo, redes de apoyo, uso de internet.

Estos servicios aplican tanto para centros vida como para centros de protección en condiciones normales, pero por la emergencia sanitaria por Covid – 19 en los centros vida está en funcionamiento parcial de estos servicios de acuerdo a la reapertura gradual en 3 fases y que se da de acuerdo al comportamiento en cada territorio de la pandemia y en cualquiera de las fases teniendo en cuentalas medidas de bioseguridad.
Se cuenta con el formato en Excel de verificación de la canasta básica de servicios, este formato sanforizado permite automáticamente calcular el porcentaje de cumplimiento que mínimo debe ser del 70% para poder ser certificado en centro.

Además se hace referencia a la Ley 1955 de 2019 donde el en articulo 217 hace al seguimiento que se debe hacer a la ejecución tanto física como financiera del recurso de estampilla Municipal y Departamental, el cual se debe reportar cada 6 meses al Ministerio de Salud y Protección Social.
También se mencionó la Ley 1315 de 2009 donde se describe lo que establece el artículo 4° de la solicitud para la instalación y funcionamiento de los centros de protección social y de día para los centros vida y centro de protección para que se haga la verificación en el cumplimiento del anexo técnico para certificacióndel centro de protección.

También se estable en la Resolución 055 de 2018 los requisitos mínimos esenciales que deben acreditar los Centros Vida y se establecen las condiciones para la suscripción de convenios docente-asistenciales con su respectivo anexo técnico para poder aplicar a estos centros y emitir la respectiva certificación de funcionamiento.
Se hace la claridad que las certificaciones de funcionamiento y planes de mejora para los centros de bienestar para adultos mayores son emitidas por las secretarias de salud municipales y estas su vez se remiten a la entidad territorial Departamental que hará visitas de verificación a los centros aleatoriamente.
En el departamento existen 23 centros de protección beneficiando 569 adultos mayores.

Se ha realizado dos solicitudes a través de circular (163 de 2020 y 056 de 2021) del acto administrativo de certificación de funcionamiento con la aplicación de los anexos técnicos correspondientes a la normatividad vigente (Ley 1276 de 2009 – canasta básica de servicios, Ley 1315 de 2009 - centros de protección, Resolución 055 de 2018 – centros vida).

Los centros vida están en todo el departamento, pero hasta la fecha han reportado información 10 municipios con autorización de funcionamiento de cuerdo a la solicitud realizado 163 de 2020 de los cuales son 10 centros de protección de larga estancia y 8 centros vida.

Con respecto a la promoción de derechos, existe una normatividad que respalda la atención preferencial de los adultos mayores como lo es la circular 001 de 2014 a nivel nacional, la cual fue adoptada por la circular 252 de 2014 por el Departamento, también está la Resolución 5244 de 2016 donde además de la

atención preferencial y humanizada establece el día del colombiano de oro que pretende reconocer a los adultos mayores por los aportes a la sociedad.

Además se cuenta con normatividad que promueve los derechos de las personas mayores como lo es inicialmente la 1251 de 2008 que plantea los deberes de que se tienen desde el estado, sociedad civil, familia, medios de comunicación y los deberes de los adultos mayores; complementario esta se cuenta con la Ley 1850 de 2018 que por medio de la cual se establecen medidas de protección al adulto mayor en Colombia, se modifican las leyes 1251 de 2008, 1315 de 2009, 599 de 2000 y 1276 de 2009, se penaliza el maltrato intrafamiliar por abandono y se dictan otras disposiciones donde se describen las competencias desde los diferentes de actuar en estas situaciones como lo es Comisaria de familia, personería, ICBF, la Familia, programa de adulto mayor con el fin de hacer restitución de derechos. También se cuenta con la cartilla del buen trato para los adultos mayores.

Se continúa la presentación del plan de acción 2021, donde se socializa las acciones del PIC departamental la vigencia 2021 el cual fue contratado con las ESE del departamento en todo lo que tiene que ver con la dimensión 2 y desde la Dimensión 9 en el componente de envejecimiento y vejez y humanización.
Se hace la claridad, que existen unos municipios en donde sólo se va a hacer la intervención por parte de la línea de salud bucal, que son los que se encuentran en azul y los de color amarillo es donde están completas todas las líneas de la dimensión 2 incluido pues salud bucal y en los de color negro es donde va a estar todo el esquema como se venía manejando de la dimensión 2 en todas sus líneas excepto salud bucal.
También se tiene en cuenta que para este año se tiene contemplado abordaje de acciones desde las IPS indígenas sólo para la línea de salud bucal en los municipios de los municipios de Purace y Corinto.
Con respecto a las actividades planteadas desde la dimensión 2 se tiene un total de 6 actividades con sus respectivos productos.

Se tiene la primera actividad que es con respecto a una estrategia de intervención en información en salud qué pretende realizar difusión en los diferentes medios de comunicación que hagan presencia en el municipio, como las emisoras comunitarias regionales y en las diferentes redes sociales para difundir mensajes saludable teniendo en cuenta todas las líneas que manejan desde la dimensión 2.
La segunda actividad realizar una intervención de información y salud a través de la difusión por medios comunicación pero específicamente profundizando en la línea de Cáncer y se va a enfocar en el tipo de cáncer con mayor prevalencia en el municipio a desarrollar.

Cómo tercera actividad se tiene realizar intervenciones relacionadas con la promoción de estilos de vida saludable en el entorno escolar y comunitario dirigido al curso de vida de infancia juventud adultez y vejez tanto en la zona rural como urbano, con respecto a esta actividad es lo que se venía manejando con los grupos regulares que se refieren a la práctica de actividad física 3 veces por semana y los grupos no regulares que es la práctica de actividad física una vez por semana; esto con el fin de volver a reactivar los grupos que se venían manejando y la conformación de nuevos grupos. Además se contempla la parte de encuentros masivos pero teniendo en cuenta que se va a realizar uno en la zona rural y en la zona urbana.
Las actividades que se realizan deben contar con las medidas de bioseguridad correspondientes al momento de pandemia en el que nos encontramos y se deben garantizar estas medidas a cada uno de los participantes y a las personas que ejecutan las acciones desde las ESE.

También se tiene la actividad de realizar estrategia de Educación presenciales o virtuales con 4 CDI y 2 instituciones educativas, donde se capacitan a docentes madres comunitarias padres de familia y madres líderes, esto con el objetivo de genera un plan de capacitación donde se abordan las diferentes temáticas la dimensión que son necesarias para identificar oportunamente alteraciones en la salud visual auditiva y comunicativa, promover estilos de vida saludable y prevenir y detectar oportunamente el cáncer.
Otra actividad es fomentar el autocuidado de la salud bucal en el entorno escolar y comunitario a través de la implementación de la estrategia soy generación más sonriente dientograma docente líder y que se haga en los centros de protección y centros vida para adultos mayores.

Por otro lado desde la dimensión 9 componente de envejecimiento y vejez se contempló una intervención de información en salud a través de la difusión por medios de comunicación regionales, comunitarios y/o municipales del material facilitado por la Secretaría de Salud Departamental que le apunte a la promoción de la ruta de atención integral por el bienestar del adulto mayor y los derechos de esta población para ejecutar en puntos estratégicos del Departamento para abordar la zona norte, centro y sur en los municipios de Buenos aires, Santander de Quilichao, Popayán y Balboa.

6. Dimensión 9: Línea de Humanización – Yesica Duymovic

La Enfermera Especializada Yesica Duymovic, gestora en salud pública desde la Dimensión 9 inicia planteando pregunta: ¿De dónde surge hablar y trabajar en humanización?. A lo largo del marco normativo se establecen varios aspectos que nos direccionan a trabajar de manera permanente en acciones que humanicen el sistema de salud, a continuación, se resaltan los siguientes:

- Artículo 48 de la Constitución Política de Colombia, la salud será un servicio de salud a cargo del Estado que se prestará según las condiciones establecidas en la ley.

- Ley 100 de 1993 Se deberá prestar un servicio de salud en el Marco de la calidad, oportunidad y seguridad.

- Decreto 1011 de 2006 con sus 4 componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, donde específicamente en el Sistema Único de Acreditación, en el estándar 33 se resalta el trabajo en el marco prestacional para la humanización.

- En la adopción del PDSP con la Resolución 1841 del 2013, se establece la humanización desde la Dimensión 5 y la Dimensión 9 (atención de personas vulnerables, específicamente en la atención del adulto mayor).

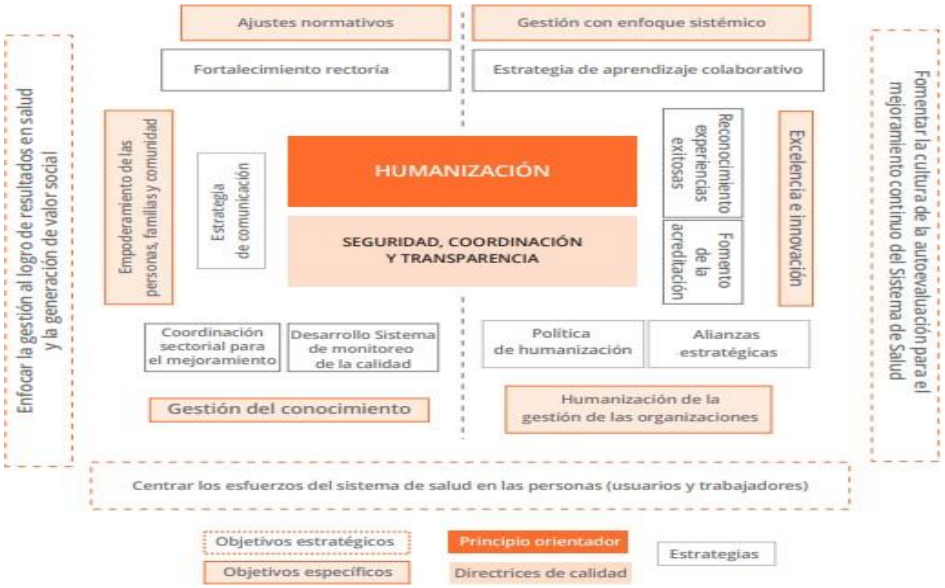
- La ley 1751 de 2015 establece la salud como un derecho autónomo fundamental.

- Resolución 2626 del 2019, donde se establece el Modelo de Acción Integral Territorial propendiendo la integralidad centrada en la persona.

- Además, algunos instrumentos y documentos propuestos a nivel nacional que aportan en el componente de humanización como lo son: la política de Talento Humano en Salud, el PNMC y el Anexo Técnico. Calidad y humanización de la atención en salud a GNNA de donde surge la propuesta de Política Nacional de Humanización.

Antes de hablar de la política Nacional de Humanización, es importante reconocer que este parte del Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad donde las personas (en doble vía) son el centro y finalidad del sistema de salud, la calidad vista a partir de un enfoque sistémico y la transformación de la gestión mediante los procesos de autoevaluación, dirigidos hacia la generación de capacidades de ajuste, mejora continua e innovación, todo orientado al bien común.

La Finalidad del PNMC es mejorar y preservar el estado de salud de la población mediante la excelencia del sistema de salud, teniendo como principio orientador a la humanización y planteando tres directrices de calidad como la seguridad, coordinación y transparencia. A continuación, se resalta el gráfico que representa los elementos fundamentales de este documento



De este gráfico es importante resaltar que el principio orientador es la humanización, que uno de los objetivos específicos está dado por la humanización de la gestión en las organizaciones que es frente a lo cual hemos aportado y dentro de una de las estrategias propuestas está la construcción de una política de humanización, por lo que parte de este PNMC para la construcción de la política.

Algunos elementos y características de la humanización propuestos por varios autores dentro de esta política son los siguientes:

- “contribuye al bienestar propio y de los demás, de igual manera, busca constantemente el bien común.” (Redrado JL., 1988)

- “está al servicio de la persona, pensado y concebido en función del hombre; un sistema sanitario integrado que proteja y promocione la salud; corrige desigualdades y elimine discriminaciones; con participación ciudadana y garantice la salud de todos los ciudadanos”. (Bermejo J., 2007)

- El autor menciona, la necesidad de humanizarse antes de humanizar a otros, lo cual permite generar cambios personales de acuerdo con los ámbitos de gestión, además, promover una cultura donde predominen los valores humanos y el crecimiento personal. (Hoyos H, Cardona R, Correa S., 2008)

- Este autor menciona que otra característica es la relación con la promoción en salud, generada por el equilibrio entre los agentes y sus funciones a favor del bien común, salir del reduccionismo biológico en el que ha caído la medicina. (Magliozzi P., en el 2016)

Los escenarios de aplicación de la perspectiva de humanización en salud van más allá del aspecto netamente prestacional, por lo que se reconoce su intervención en otros campos como:

1. Político-económico: El sector salud y sus organizaciones, dependen de los objetivos estratégicos y financieros, cuya prioridad es la de salvaguardar la salud de las personas, de fomentar la autonomía, participativa, colaborativa y empoderado del personal de salud y la comunidad.

2. Legislativo: Garantiza normativamente la igualdad en el reconocimiento a toda la población de los derechos, de la protección de la vida, de los recursos y la equidad en el acceso de las personas más vulnerables.

3. Arquitectura en salud: Asumida como el conjunto de las estructuras, los edificios, los ambientes, las interconexiones, las comunicaciones, entre otros, que favorezca a las personas y al personal de salud en el mejoramiento de los entornos, ambientes, las estructuras, edificios, interconexiones, comunicaciones, entre otros

4. Asistencial-Administrativo: Está comprometido con el desarrollo de programas que promuevan los servicios salud y los modelos de atención que estén centrados en la persona y su red de apoyo.

5. Ética: Desde este escenario se asumen las decisiones y abordajes de conflictos, los cuales se han visto fortalecidos con la conformación de Comités de Ética que favorecen la toma de decisiones en la aplicación de los derechos y deberes.

6. Cultural: Favorece la promoción de constructos culturales que consolidan, las concepciones y las prácticas orientadas a promover acciones que valoran y reconocen la dignidad de todo ser humano, los estilos de vida saludables, la autonomía de las personas, entre otros, a transformar las realidades de las personas, en pro del mejoramiento de sus estados de salud.

7. Académico: Desde este otero se ha de promover el fortalecimiento de las competencias y capacidades del personal de salud técnico-científicas en relación con la ética profesional, los valores, el manejo de emociones, con el ser humano espiritual, con la integración cultural y con las demás dimensiones del ser humano, como ejes principales de la formación y estrategia de capacitación.

8. Talento Humano en Salud: Desde él se orientan las metas encaminadas a seleccionar, elegir, cuidar y garantizar las condiciones laborales del personal de salud.
9. Relaciones interpersonales: Constituyen el escenario privilegiado de la humanización. Se fortalecen con la comunicación y la empatía, las cuales nutren la confianza, el acogimiento y el respeto al otro.

La política plantea 5 enfoques, siendo estos los siguientes:

- DERECHOS HUMANOS: la humanización se puede observar cuando hay un reconocimiento universal de los derechos humanos, sin llegar a sesgar o a condicionar el derecho a una concepción absolutista de lo que es ser persona, que categorice a los seres humanos o sectorice el derecho, terminando, así, en una paradoja deshumanizante.
- ECOSISTÉMICO: permite una lectura integral y holística, dado que genera un conocimiento y una comprensión integral acerca de aspectos tales como el entorno, lo biológico, lo físico, lo cultural, lo económico, lo político, lo ético, lo estético, lo operativo, lo social y lo formativo, así como su relación, tanto con las potencialidades como con las problemáticas identificadas.
- ÉTICA Y BIÉTICA: tiene que ver con las características o el tipo de comportamiento de las personas en sociedad. el derecho cumple una función reguladora, es necesario establecer unas condiciones de convivencia, que surjan de la libre decisión de los humanos que optan por ser más humanos, en pro de construir sociedades que logren la consolidación del respeto por la dignidad y, por ende, por la práctica de una ética que sea el fruto de la construcción entre las personas.
- HUMANÍSTICO: Se la considera como una importante escuela en el estudio de la conducta, la personalidad y en general del ser humano. Aborda la comprensión del ser humano desde una visión multidimensional que promueve el acto de reconocimiento del sujeto como sujeto, más allá de sus propios condicionantes y/o estímulos externos, incluso más allá de lo que él mismo considera como sus propias posibilidades.
- DIFERENCIAL POBLACIONAL E INTERCULTURAL: precisa los intercambios entre las dinámicas que hay entre la población y las dinámicas socioeconómicas, educativas y ambientales propias de cada territorio. Del intercambio entre las dinámicas y las diferencias territoriales, ligadas a las características culturales como la identidad colectiva, las prácticas, costumbres, valores y principios de la población.

La política también contempla unos principios y valores, los cuales se mencionan y deben ser tenidos en cuenta desde el actuar institucional:

Principios	• Transversalización de la humanización • Interculturalidad en la humanización • Calidad y Humanización • Cocreación • Corresponsabilidad • Multidisciplinariedad • Reconocimiento social • Relaciones humanizadas • Integralidad
Valores	• Dignidad y Respeto • Libertad y Responsabilidad • Equidad • Solidaridad • Participación social

Los objetivos que se pretenden cumplir a partir del desarrollo de esta política en el territorio nacional están encaminados a:

1. Mejorar la experiencia de las personas en el sector salud colombiano, teniendo en cuenta la diversidad, las diferencias, las semejanzas, las necesidades y particularidades de las personas en los diferentes territorios, generando cambios en la gestión centrada en el ser humano al reconocer en cada persona su integralidad y su característica esencial en la interacción permanente con su propio ser, con otros individuos de su especie, con la naturaleza, con otras especies.
2. Generar una cultura de Humanización del Sector Salud que reconozca la integralidad del ser humano y centre los esfuerzos en las necesidades de las personas a nivel individual y comunitario, promoviendo el valor humano, el compromiso ético, el mejoramiento de la calidad y las relaciones de confianza entre los agentes del sector, las entidades intersectoriales relacionadas y la comunidad, que contribuya el goce efectivo del derecho fundamental de la salud, la protección de la vida en general y el respeto a la dignidad humana.

Se determina que los ejes de la Política de Humanización que permitirán el desarrollo de estrategia puntuales para el cumplimiento de cada una de ellas está dado por:

1. Fortalecimiento del relacionamiento interpersonal humanizado en salud.
2. Consolidación de escenarios que favorezca la participación colaborativa y sistémica de los agentes del sector, sectores relacionados como la academia y ciudadanía.
3. Empoderamiento colectivo de los agentes del sector, sectores relacionados como la academia y la ciudadanía.
4. Formación y escenarios de opinión que contribuya en fortalecer las capacidades y habilidades en humanización en salud.
5. Fomento de la creatividad, innovación e investigación en el desarrollo colaborativo de la Humanización en salud.
6. Formalización y dignificación de las condiciones laborales del talento humano en salud.
7. Reorientación a modelos de gestión centrado en las personas, familias y comunidad.

Desde el departamento del Cauca, aportamos en estrategias desde el eje 3, 4 y 5.

A continuación, se resaltan las responsabilidades dadas desde la política para las Instituciones prestadoras de Servicios de Salud:

Adoptar, cocrear y aplicar la propuesta de Política Nacional de Humanización.

Participar en la elaboración de metodologías, lineamientos e instrumentos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social para el monitoreo la propuesta de Política Nacional de Humanización.

Armonizar la propuesta de Política Nacional de Humanización con las estrategias de gestión organizacional.

- Vincularse a los escenarios colaborativos que fomenten el mejoramiento continuo de la gestión en salud y que induzcan a los agentes del sector, sectores relacionados convocados como la academia y comunidad, para la gestión de la propuesta de Política Nacional de Humanización
- Realizar análisis y monitoreo a los resultados de la propuesta de Política Nacional de Humanización y proponer acciones de mejoramiento.
- Desarrollar habilidades y capacidades en el talento humano en salud que contribuyan a humanizar la gestión de la organización y de sus sedes.
- Participar y fortalecer los procesos, herramientas e instrumentos para la gestión de la propuesta de Política Nacional de Humanización.

- Disponer para la ciudadanía información completa, oportuna y veraz de la forma como avanza la implementación y ejecución de la propuesta de Política Nacional de Humanización.

El Camino recorrido desde el departamento del Cauca está dado desde el año 2014 donde se ha trabajado desde salud pública para el abordaje de la humanización, sin embargo, es en el año 2018 donde se concreta una propuesta del Diplomado de Humanización del Sistema de salud en un trabajo colaborativo con la Universidad del Cuaca y el Ministeiro de Salud, siendo un departamento pionero y contribuyendo en la construcción de la política presentada el día de hoy. Nuestro compromiso como territorio fue cumplir con la réplica de esta metodología en los municipios del Cauca y hemos logrado intervenir la región pacífico, norte, centro y oriente.

El objetivo de este proceso de formación es centrar los esfuerzos del Sistema de salud en las personas y enfocar la gestión al logro de los resultados para todos los agentes y a la generación de valor social. Hasta la fecha hemos logrado tener la certificación de 606 personas, 75 instituciones y 12 municipios intervenidos. A continuación se presentan los cursos que se han realizado hasta la fecha:



LA metodología está propuesta para convocar a todos los agentes del sistema de salud en el municipio a participar de escenarios colaborativos para identificar, analizar y aplicar elementos de la humanización del sistema de salud. Es por tanto que proponemos 4 módulos dentro de los cuales se contemplan:

1. El contexto
2. Sensibilización
3. Conceptualización
4. Planeación

En este proceso hemos avanzado en procesos de articulación intersectorial logrando encuentro con la academia como la Universidad del Cauca desde su programa de enfermería, la Universidad Autónoma Indígena Intercultural, la Fundación Universitaria María Cano, ESAP, SENA y ESACAUCA.

7. Dimensión 2: Línea de Cáncer – Paula Tose

Se inicia la presentación con un mensaje de Eduardo Galeano donde se hace la invitación a trabajar desde los territorios para poder detectar tempranamente el cáncer y mejorar la calidad de vida, sobre vida, reducir los costos para el sistema de salud y evitar que los tratamientos sean agresivos. Es el primer mensaje y la primera tarea que convoca a las ESE e IPS, dado que son la puerta de entrada de los usuarios al sistema de salud. Está en gran medida en sus manos, reconocer las señales de alarma para canalizar de manera temprana hacia la tamización y posterior confirmación diagnóstica de cáncer.

Alrededor de este tema hay una construcción sociocultural fuerte, basada en imaginarios y vivencias del cáncer como sinónimo de sufrimiento y muerte, por lo cual el mensaje debe estar orientado a detectar tempranamente el cáncer como un elemento clave. Se trata de una enfermedad crónica no transmisible, la cual al verificar la el porcentaje atribuible en su gran mayoría se ve la relación con los estilos de vida por lo cual es muy importante trabajar en estrategia 4x4 para reducir la prevalencia de esta enfermedad.

Con respecto a cómo estamos en el mundo, el cáncer de pulmón ocupa el primer lugar en incidencia y mortalidad y cada vez más debido a la transición epidemiológica y demográfica los cánceres continuarán aumentando, se debe tener en cuenta que los cánceres digestivos han empezado a ocupar renglones importantes de incidencia y mortalidad. En Colombia, el cáncer de mama ocupa el primer lugar seguido del cáncer de próstata, en tercer lugar, se encuentra colon y recto, en cuarto estómago y en quinto lugar pulmón, con respecto a ambos sexos.

Específicamente en el Cauca, el municipio que reporta más casos es El Tambo, con 1829 casos por cada 100.000 habitantes y frente a la mortalidad, Rosas es el municipio que ocupa el primer lugar con 110 casos por cada 100.000 habitantes. El cáncer que más muertes produce en el departamento del Cauca es el cáncer de estómago, seguido del cáncer de próstata, 19,4 muertes y 14,7 muertes por cada 100.000 habitantes respectivamente. No menos importante, se encuentra el cáncer infantil que ha disminuido su reporte durante 2020 y 2021 quizá asociado al temor a la consulta durante la pandemia.

Adentrándose en el marco normativo, la primera referencia que aparece en Colombia es que el país se acoge al tratado Internacional de la Unión Internacional contra el Cáncer de 2008, luego, en el año 2010 aparece la Ley 1384 conocida como Ley Sandra Ceballos, que contemplan las acciones para la atención integral del cáncer. Sandra Ceballos fue una Representante a la Cámara que tuvo cáncer de mama con bastantes afectaciones a diferentes órganos del cuerpo y quién durante su periodo legislativo, dejó cursando un proyecto de ley, que años después de su muerte se convirtió en la primera ley que hace referencia a la atención integral de pacientes con cáncer en el país.

Consecutivamente aparece la Ley 1388 del año 2010, que es conocida como la Ley por el derecho a la vida de los niños con cáncer en Colombia y a partir de aquí hay un desarrollo normativo importante en lo relacionado con cáncer infantil. En el artículo 2. Se describe la población beneficiaria. Aquí se hace referencia a la necesidad de monitorear en tiempo real la atención integral al menor, aparecen la Resolución 2590 de 2012 y 4496 de 2012, ambas relacionadas con sistema de información en cáncer infantil y creación del observatorio de cáncer- así como la gestión de estas redes de prestación de servicios oncológicos. Es tarea de todos los actores del sistema de salud en el nivel municipal, apoyar lo relacionado con el apoyo psicosocial y escolar para que los menores de 18 años durante sus 144 semanas de tratamiento (más de dos años) y, dado que las primeras semanas son intrahospitalarias, se garantice que no haya pérdida del año escolar.

En orden cronológico, la Resolución 1440 de 2013, hace referencia a los hogares de paso, que de acuerdo con lo dispuesto en la Ley 388 de 2010 a los menores de 18 años con sospecha/diagnóstico confirmado de cáncer y algunas enfermedades hematológicas, se les debe garantizar servicios de apoyo social: transporte,

albergue y viáticos, para el menor y su acudiente y, además apoyo psicosocial y escolar. En este mismo año, la Resolución 1442 expide las guías de práctica clínica -algunas han sido actualizadas en 2016 y 2017- y, la Resolución 1383 de 2013 que es la que adopta el Plan Decenal de control de cáncer 2012-2021.

En 2014, aparece la Resolución 418 que contiene la ruta de atención para niños y niñas con presunción o diagnóstico de leucemia, la cual se encuentra en revisión para ajustarla a los esquemas de rutas integrales de atención en salud, no obstante, es la primera ley que aparece dado que los niños con cáncer son considerados objetos de doble protección constitucional. En este mismo año, se expide la Ley 1733 conocida como Ley Consuelo Devis Saavedra, relacionada con lo relacionado con cuidados paliativos y a su vez hay una serie de resoluciones y circulares reglamentarias como lo son la circular 022 023 y la resolución 2016 de 2016 las cuales tienen que ver con el acceso 24 horas al día 7 días a la semana a medicamentos opioides y a morir con dignidad.

Por otra parte, la Resolución 247 de 2014, obliga a todas las entidades hacer el reporte de pacientes con diagnóstico clínico diagnóstico/histopatológico de cáncer. Este mismo año la Superintendencia Nacional de Salud emite la circular 004 de 2014, la cual tiene una relevancia importante ya que por ser la SNS la emisora, se considera de obligatorio cumplimiento, en esta se mencionan las instrucciones para la atención integral de pacientes con cáncer, tales como garantizar las actividades de protección específica y detección temprana pese a que tengan este diagnóstico.

Se señalan también la Circular 035 de 2015 sobre vacunación por VPH dado que se deben mejorar coberturas útiles de vacunación.

En el año 2018, la Resolución 3280 da cabida a la tamización de algunos tipos de cáncer definidos como prioritarios en el Plan decenal de control de cáncer y en 2019 mediante la Resolución 3339 se calculan los mecanismos para la distribución de los recursos con respecto a los cánceres priorizadas. Ya en el año 2020, aparecen dos leyes importantes: una de ellas es la Ley 2026 conocida como ley Jacobo para la atención integral en cáncer infantil y la Resolución 521 de 2020, que hace referencia a la atención ambulatoria de las personas mayores de 70 años y con enfermedades de base en el marco del aislamiento preventivo obligatorio en Colombia, en esta última, los pacientes que reciben tratamiento de quimioterapia por ejemplo, deberían desplazarse de la manera más segura posible a recibir su tratamiento.

El documento marco para el país en cáncer, es el Plan decenal para el control de cáncer, cuyos objetivos son reducir la prevalencia de factores de riesgo modificables, reducir las muertes evitables a través de la detección temprana, mejorar la calidad de vida de los pacientes y sobrevivientes, garantizar generación disponibilidad de uso de conocimiento para poder tomar decisiones en salud y fortalecer gestión de talento humano para el control de cáncer

Específicamente la línea estratégica #1 tiene que ver con el control de riesgo de la prevención primaria, en la cual se insta a reducir el consumo de alcohol y cigarrillo, promover el consumo de frutas y verduras, fortalecer la actividad física, controlar el riesgo frente a carcinógenos ocupacionales (por ejemplo algunas personas que en razón de su ocupación tienen mayor riesgo de desarrollar cáncer de pulmón), controlar y reducir la exposición a radiación solar ultravioleta, el cáncer de piel es un cáncer que poco se toca pero qué

es importante conocer y asimismo, poder mejorar la vacunación del virus del papiloma humano puesto que hasta ahora el cáncer del cuello uterino es el único cáncer que se puede prevenir.

En la línea estratégica número dos del PDCC, hacer referencia a la detección temprana de la enfermedad, entre lo que se incluye: garantizar ese diagnóstico y acceso a tratamiento del 100% de los menores de 18 años con sospecha de cáncer existen unos síntomas que los padres los profesores y la comunidad en general debe saber para poder detectar a tiempo el cáncer infantil. Desde la línea 2, existe una caja de herramientas donde se cuenta con información para cáncer de estómago cáncer infantil entre los que se incluyen infografías un cuento y videos para poder ir avanzando en el desarrollo de capacidades sobre este tema. Se presentan desde la página 89 las responsabilidades de los actores del sistema de salud en el ámbito normativo, político, comunitario y de servicios se salud.

Una vez revisado el marco normativo, frente a las competencias, se debe conocer la matriz de actividades individuales de la Resolución 3280, de las RIAS, identificar los usuarios que requieren tamizaje y reconocer los reportes de resultados de las diferentes pruebas, de tal manera que en articulación con la EPS se derive de manera oportuna para continuar con la confirmación o descarte diagnóstico. Asimismo, trabajar en demanda inducida, reconocimiento de personas del municipio que tienen el diagnóstico y articularse con el PIC en relación con las estrategias de gestión del riesgo colectivo con respecto a la información, educación y comunicación. Se debe trabajar abordando los diferentes entornos de las rutas de atención en salud, es necesario hablar del cáncer y mantenerlo como un tema prioritario en la agenda política, hablar de la importancia de la detección temprana del mismo y poder ir cambiando poco a poco, gradualmente relacionado con cáncer como un tabú un sinónimo de muerte.

Se presenta la caja de herramientas disponible, así como el Classroom diseñado para el programa. Se finaliza la intervención, incentivando a reunirse y mantener el trabajo en equipo.

8. Dimensión 2: Línea de Enfermedades crónicas no trasmisibles – Luisa Carabalí

Se inicia la asistencia técnica describiendo generalidades, teniendo en cuenta lo definido por el plan decenal de salud. con la definición: Afecciones de larga duración, se tiene en cuenta los, objetivos, según los lineamientos del ‘plan decenal de salud , Mejorar la capacidad de respuesta institucional del SGSSS que fortalezca la prestación y gestión de servicios de salud individuales y colectivos en los territorios, cuyas metas A 2021, reducir en un 25% la Hipertensión arterial en mayores de 25 años, a partir de la línea base definida en el año 2014, A 2021, mantener el 85% de las personas sin enfermedad renal o en estadio 1 y 2, a pesar de tener enfermedades precursoras, Es Bien importante recalcar La prevalencia de HTA en el 2015 personas entre 18 a 69 años fue de 7,235%, afiliados el SGSSS, con un 7,3% del total de la población y Tasa de mortalidad de la DM es 16,4% x100.000 en mujeres y 12,4% x 100.000 en hombres. 12,5 x100.000 cauca.



Es importante tener en cuenta la parte normativa, según la resolución 3280 del 2018 donde se establecen los lineamientos técnicos para la ruta de promoción y mantenimiento, y la resolución 3202, del 2016 donde se establecen los grupos de riesgos como la hipertensión y la diabetes, a tener en cuenta y el número de intervenciones definidas para cada grupo, Se enfatiza que estas rutas de intervención son de obligatorio cumplimiento y pasan por cada curso de vida, y en cada intervención poblacional, colectiva, individual hay unas acciones específicas a desarrollar, de acuerdo al riesgo metabólico detectado, y los factores identificados.

Dentro de la gestión del riesgo están incluidas las rutas por curso de vida y unas estrategias enfocadas a la identificación del riesgo cardiovascular y metabólico, dentro de las rutas que son hitos de acciones trazadoras que se realizan en la atención específicamente para hipertensos y diabéticos, grupos específicos de riesgo donde se realizan unas intervenciones para el adecuado tratamiento para evitar complicaciones de esas patologías. Se determinan unas acciones del prestador primario, para la identificación del perfil de riesgo cardiovascular y metabólico con la estrategia, conoce tu riesgo peso saludable, identificación y canalización del riesgo y definir su inclusión a la persona, al programa si es necesario, y del prestador complementario, ya si hay alguna complicaciones específica contemplada en la ruta.

Se hacen los respectivos seguimientos, toma el control receta A, que se establece para pacientes, hipertensos monitoreo y el riesgo individual, en la que se encuentra cada paciente, la prescripción de la actividad, física, entre otros. con todo esto lo que se hace es vincular a la persona al programa si existe en la institución, una de las acciones a implementar que la EPS puede ofertar este programa, para que se pueda derivar y cumplir con lo que establece esta ruta cardio- metabólica, educación, información de acuerdo al riesgo, es bien importante la parte farmacológica, para poder cumplir con el control de la enfermedad como tal y la parte no farmacológica, donde los hábitos y estilos de vida saludable y el programa de cesación dl tabaco que es un factor de riesgo muy importante. Para recordar que desde el control de la enfermedad se tiene dos estrategias,

Receta A Y Toma el control, donde la idea es implementar un modelo con tratamiento médico que busque garantizar siempre una presión controlada y donde se debe tener encuentra el tratamiento farmacológico y no farmacológico para lograr el objetivo, siendo sumamente importante la prescripción adecuada de los medicamentos y su disponibilidad para una adecuada, adherencia y monitoreo sostenible.

Las estrategias como están determinadas desde la ruta de promoción y mantenimiento es la puerta de entrada a la ruta, para esto tenemos una base de datos, para incluir a estas personas que ya están canalizadas con la Implementación de la base datos RCV circular 061 del 2021,DPT, es una Herramienta de seguimiento y control. A estas cohorte y el Reporto oportuno a cuentas alto costo Resolución 2463 -2014.

SOCIALIZACIÓN BASE DE DATOS ESTANDARIZADA RCV DPT

Se realiza la socialización de la base de datos estandarizada, que se pretende realizar el seguimiento a esa cohorte y así establecer unas estrategias como estamos como departamento frente a estas enfermedades crónicas específicamente para hipertensión y diabetes

MARCO NORMATIVO Y DE POLITICAS
Por el cual se adoptan unas determinaciones en relación a la cuentas de alto costo y se definen la enfermedad renal crónica como enfermedad de alto costo y se especifican unas actividades a realizar y el reporte de las mismas.

- Resolución 2565 del 2007

Define ERC como Enfermedad de Alto Costo

- Resolución 4003 del 2008

Anexo técnico Manejo de pacientes HTA y DM

- Resolución 4700 del 2008

Manejo de pacientes HTA y DM
Frente a la RESOLUCIÓN 2463 DEL 2014, por el cual se modi la resolución 4700 del 2008,en el cual se realiza el ajuste de la estructura de variables que se deben reportar a la cuenta de alta costo.

Al realizar mesas de trabajos con las EPS, que se encuentran en el territorio, se realizaron unos ajustes a esta base, con el fin de actualizar, teniendo en cuenta la última versión de la cuenta de alto costo V3 del 24-06-2020- y se modifica en el ítems, Clasificación RCV por la Estratificación riesgo FRAMINGHAM y en el ítems, de tomas de presión que anteriormente se tomaban 12 , se estableció tomar solo 5 y la final, esto con el fin de poder realizar el análisis, interpretación y seguimiento a esta cohorte como estrategia de valoración de estas acciones individuales que permitan generar un impacto en la salud de las personas.

La secretaria departamental de salud mediante la circular 061 del 2021, se les solicita alas IPS y IPSI del departamento la implementación de la base de datos estandarizada del departamento para el seguimiento a pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles. Teniendo en cuenta las rutas integrales de atención en salud RIAS de hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo2 resolución 3202 del 2016, con el fin de tener una herramienta de seguimiento y control de las personas diagnosticadas con estas patologías.

Con todo esto el ente territorial como agentes del sistema de salud tiene unas acciones y Responsabilidades EAPB y IPS, ESE como lo son:

Realizar asistencia técnica, capacitación monitoreo y retroalimentación a sus IPS de su red servicios. Realizar la verificación de la veracidad de la información reportada por la IPS de su red de servicios
Capacitar al talento humano en el registro y soporte clínico relacionando con actividades de protección específico, detección temprana
Vigilancia y control en el desarrollo de sus competencias, realizar actividades de protección específica y detección temprana.

Adoptar las medidas necesarias conforme a las disposiciones establecidas en la normatividad vigente. Gestión del riesgo en salud, Garantizar acceso oportuno servicios de salud.
Realizar actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad Y establecer lineamientos para su evaluación y seguimiento.

9. Dimensión 2: Línea de Salud Bucal – Paola Bolaños

El Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, establece las siguientes metas en salud bucal:

- Incrementar en un 20%: la población del país sin caries con énfasis en la primera infancia, infancia y adolescencia.
- Lograr el 20% de la población mayor de 18 años sin perdida dental por enfermedades buco prevenibles.
- Fomentar prácticas de autocuidado en salud, aumentando el consumo de frutas y verduras, disminuyendo el consumo de alcohol - tabaco y aumentando la actividad física, entre otros; mediante la articulación con la estrategia 4x4 ampliada.

La meta de salud bucal en el Plan de Desarrollo Departamental 2020-2023 es “Aumentar en un 30% las personas en las que se implementa la estrategia para la detección temprana de riesgos y autocuidado en salud bucal en la población de la primera infancia, infancia, adolescencia, gestantes y adulto mayor en el marco de la estrategia 4*4 ampliada en el Departamento del Cauca”. Para dar cumplimiento a esta meta se realiza seguimiento a la implementación de las estrategias de APS (Dientograma y Soy Generación más Sonriente), con el apoyo de los odontólogos de las ESE e IPS del departamento, por medio de la articulación con el sector educativo, ICBF, prosperidad social, donde se promueve el desarrollo del curso docente líder para lograr que los docentes y cuidadores estén en la capacidad de detectar alteraciones tempranas de salud bucal y puedan contribuir con la canalización de los niños y niñas que tienen a cargo hacia los servicios de odontología.

El programa de salud bucal tiene como finalidad realizar promoción de la salud mediante el acompañamiento y apoyo en la implementación de 2 estrategias: El Dientograma que es una estrategia departamental y Soy Generación más Sonriente que es una estrategia con lineamientos del nivel nacional.

Estrategia Dientograma: es una herramienta pedagógica que busca educar y sensibilizar a la población intervenida en cuanto a hábitos de autocuidado en salud bucal, en una forma de demanda inducida y de priorización para el acceso a servicios odontológicos preventivos y curativos, contribuyendo a brindar un

servicio oportuno, pertinente y ágil a la población; además contribuye en la canalización de usuarios al programa de Salud Bucal. La población priorizada son gestantes, niños y niñas de los cursos de vida infancia y adolescencia.

La estrategia dientograma busca promover la adquisición de hábitos de autocuidado en salud bucal y autopercepción realizando detección temprana del riesgo, precisando la canalización a los servicios de salud para la realización de actividades individuales de detección temprana y protección específica de los pacientes intervenidos por curso de vida de acuerdo a la ruta de promoción y mantenimiento, además de las actividades de recuperación que se requieran hasta lograr pacientes 100% sanos.



La estrategia de APS Dientograma, consiste en diligenciar un formato, el cual consta de un diagrama para colorear, representando de forma gráfica y sencilla la cavidad oral, en la parte superior izquierda tiene un espacio para diligenciar los datos personales del paciente intervenido, con el fin de obtener la caracterización poblacional. En la parte superior derecha se observa el Odontograma, que es un esquema que permite registrar información sobre el estado de los dientes por parte del profesional en odontología, detallando el diagnóstico real de las piezas dentarias, con el fin de realizar un plan de tratamiento y tener un control sobre los procedimientos realizados.

Con el fin de obtener la autopercepción del estado de salud bucal del paciente, de forma didáctica se representan los estados de los dientes mediante un semáforo, que de acuerdo a como el paciente se los observe y según su concepto deben colorear los dientes de la siguiente manera:





En rojo: Diente Olvidado

En amarillo: Diente descuidado

En Verde: Diente cuidado

El dientograma se implementa con el apoyo de las ESE e IPS del departamento en gestantes y los escolares de los cursos de vida, infancia y adolescencia en los entorno educativo y comunitario. Se espera que esta actividad pueda ser priorizada y contratada en el Plan de Intervenciones Colectivas de cada municipio. Dentro de la contratación de PIC Departamental se intervienen los escolares de las zonas rurales de difícil acceso de los municipios priorizados, de igual manera se intervine el entorno comunitario con la implementación de la estrategia en las gestantes y la educación en hábitos de autocuidado en los adultos mayores.

A continuación, se indica el consolidado de la estrategia dientograma, de lo realizado desde el año 2016 hasta el año 2019, en articulación de todos los actores, en el acumulado total de ese cuatrienio se intervinieron 981 instituciones educativas, beneficiando a 29.982 escolares, 8.984 gestantes y 24.134 adultos mayores. Durante el año 2020 no fue posible la implementación de la estrategia debido a la pandemia presentada por COVID- 19.

ESTRATEGIA DIENTOGRAMA					
POBLACION INTERVENIDA	**2016**	**2017**	**2018**	**2019**	**ACUMULADO**
INSTITUCIONES EDUCATIVAS	197	126	266	392	**981**
ESCOLARES	2142	4471	9449	13920	**29982**
GESTANTES	1362	1225	2586	3811	**8984**
ADULTOS MAYORES	9766	2604	4580	7184	**24134**

Estrategia Soy Generación más Sonriente: cuenta con lineamientos del Ministerio de Salud para su implementación, surge como una herramienta operativa para incrementar acciones de educación en prácticas de autocuidado de la salud bucal y protección específica con aplicación de barniz de flúor en la población entre 1 y 17 años.

Esta estrategia tiene como propósito servir como herramienta operativa de la ruta de promoción y mantenimiento de la salud según la resolución 3280 de 2018, además de la reducción de la historia y prevalencia de la caries dental y la enfermedad periodontal.

La terapia con flúor ha sido una estrategia utilizada para el control de la caries dental, tiene como ventajas la facilidad de aplicación, el tiempo de contacto prolongado con la superficie dental, seguridad en su uso y una buena aceptación por parte de los pacientes. Es un producto viscoso que se endurece cuando entra en contacto con la saliva formando una película que se adhiere a la superficie dental liberando flúor por un periodo de 6 meses. El barniz de flúor es un producto que favorece su aplicación en las consultas odontológicas regulares y en las actividades masivas como jornadas jornadas de vacunación y brigadas comunitarias.

La implementación de la estrategia Soy Generación más Sonriente, se ha ido incrementando progresivamente desde el cuatrienio pasado (2016 - 2019), se lograron en total 128.929 personas beneficiadas con la aplicación de barniz de flúor, y a pesar que en el año 2020 se redujo la aplicación por la pandemia, alcanzamos 111.184 aplicaciones. Durante este año, se espera incrementar la cobertura de esquema completo, es decir 2 aplicaciones de flúor barniz en el año.

ESTRATEGIA SOY GENERACION MAS SONRIENTE				
PERSONAS BENEFICIADAS CON APLICACIÓN DE FLÚOR BARNIZ				
2016	**2017**	**2018**	**2019**	**2020**
7.107	**25.857**	**35.054**	**60.911**	**111.184**
128.929				

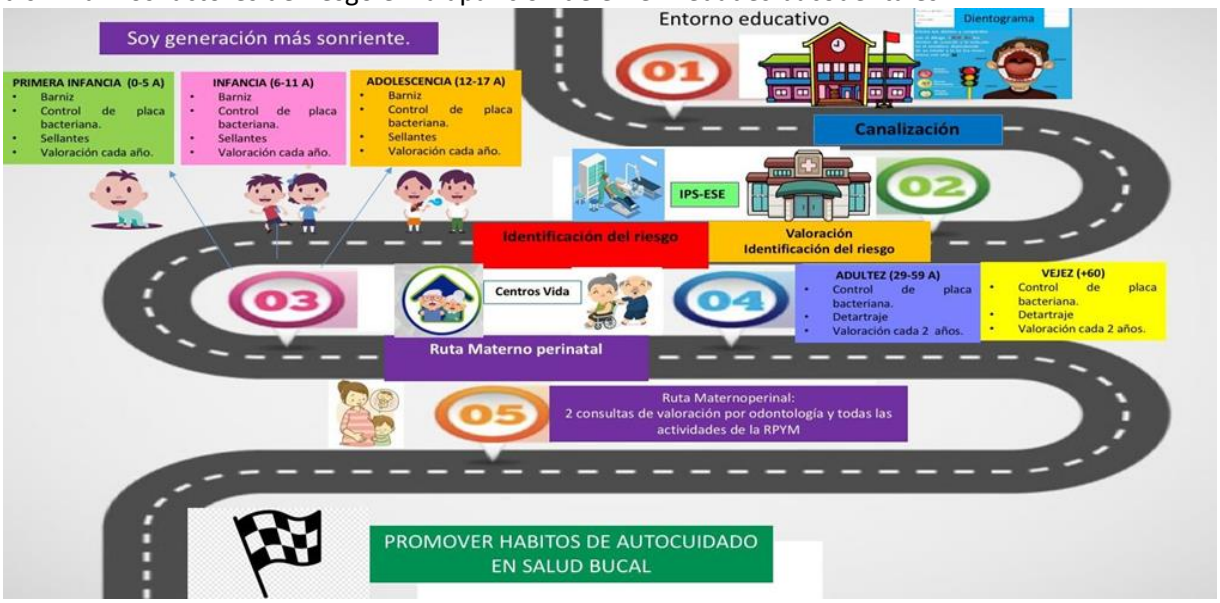
Esta estrategia va a tener unos días de intensificación para celebrar el día de la salud bucal a nivel nacional, el Ministerio de Salud seleccionó 3 días en el año: la primera fue el 20 de marzo, la segunda es el 19 de junio, la tercera es el 2 de octubre previo al día del odontólogo. Se espera la participación de las IPS y ESE con apoyo de las Secretarias de Salud Municipales, de acuerdo a la circular 054 del año 2021, que fue enviada con la socialización de la información mencionada.

La educación y el cuidado bucal, es el proceso que proporciona a los individuos y las comunidades los medios necesarios para ejercer un mayor control sobre su propia salud y así poder mejorarla. La línea de salud bucal hace parte de la estrategia 4 × 4 ampliada, donde se tiene como objetivo promover los hábitos saludables para la prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles, tales como la actividad física, la autovaloración de la boca por medio del dientograma, promoción del lavado de manos, prevención del consumo de tabaco y de alcohol, en las gestantes se promueve la lactancia materna y el inicio de la alimentación complementaria después de los seis meses de edad, promoción del consumo de frutas y verduras al igual que una alimentación saludable, también fomentar la técnica de cepillado adecuada, para que todas las personas puedan mejorar las condiciones de salud bucal y disminuir la aparición de enfermedades bucodentales prevenibles.

A continuación, se explica la ruta propia de salud bucal. Se inicia con la intervención del entorno educativo, donde se realiza la implementación de la estrategia dientograma en la población escolar de los cursos de vida infancia y adolescencia, se hace efectiva la canalización hacia los servicios de salud para la detección de riesgo mediante la valoración odontológica, actividad que se encuentra contemplada en la ruta para todos los cursos de vida desde los 6 meses de edad en las IPS y ESE del departamento. De igual manera se realiza la intervención de los niños, niñas y adolescentes de los cursos de vida primera infancia, infancia y adolescencia, con la implementación de la estrategia Soy Generación más Sonriente, canalizándolos hacia los servicios de salud para realizar actividades individuales de protección específica con aplicación de barniz de flúor, control de placa bacteriana y la aplicación de sellantes, todas estas actividades correspondientes a la ruta de promoción y mantenimiento.

Otra población objeto son los adultos mayores, quienes se van a intervenir en el entorno comunitario, realizando articulación con los cuidadores y coordinadores de los Centros de Protección como Centros Vida o Centros Dia, con el fin de realizar educación en salud bucal y la intervención con actividades de protección específica y detección temprana como lo son control de placa bacteriana, detartraje y la valoración por odontología. Para los cursos de vida adultez y vejez, estas actividades se deben realizar cada 2 años según la ruta.

De igual manera, se interviene la población de gestantes, donde se realiza una articulación con la ruta materno perinatal, realizando dos consultas de valoración por odontología para la detección temprana de riesgos y realizar todas las actividades de la ruta de promoción y mantenimiento, que por curso de vida de la gestante aplique en su momento, con el fin de disminuir esos factores de riesgo en la aparición de enfermedades bucodentales que pueden afectar su estado de salud durante el periodo de la gestación. Esta ruta, se realiza con el fin de lograr la meta de promover los hábitos de autocuidado en salud bucal y disminuir los factores de riesgo en la aparición de enfermedades bucodentales.



Es importante que las ESE teniendo en cuenta todas sus competencias y responsabilidades de acuerdo a la Resolución 3280 de 2018, puedan implementar estrategias de APS en salud bucal que sirvan como herramienta operativa para la implementación de la ruta de promoción y mantenimiento de la salud y de la ruta materno perinatal. De esta manera contribuir con el cumplimiento de la meta de Plan de Desarrollo Departamental y con la promoción de hábitos de autocuidado en salud bucal y de estilos de vida saludable para toda la población.

10. Dimensión 2: Estrategia CERS – Luisa Meneses

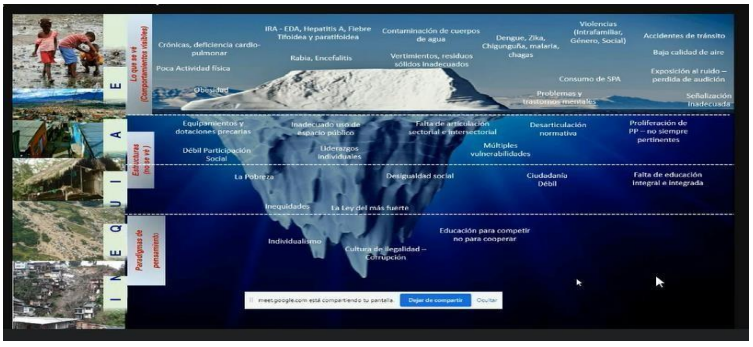
Se presenta El objetivo de la estrategia CERS es crear un impacto positivo frente a los determinantes sociales de la salud. El estado de salud de las personas en un gran porcentaje depende de los determinantes sociales en salud, estos hacen referencia a las circunstancias en que las personas crecen, trabajan, viven yenvejecen,

incluso hacen referencia en las fuerzas que influyen en la vida cotidiana de las personas. Estasfuerzas y circunstancias son las políticas, los diferentes programas económicos, de desarrollo.

Las condiciones y estructuras que se presentan dentro de nuestros territorios pueden ser altamente influyentes en los resultados en salud, es por esta razón que la estrategia CERS tiene como propósito fundamental impactar de manera positiva los determinantes sociales de la salud, sabemos que es un ejercicio complejo y ambicioso y es por esta razón que la estrategia tiene como foco de intervención que se realicen a mediano y largo plazo, no solo en una administración municipal si no que sea por varios años.

La estrategia CERS busca que el tema de salud sea la base de las agendas públicas y sea transversal a las diferentes secretarias municipales, es buscar unas a través de esta estrategia lo que ocurre en el sector ambiental, agricultura, infraestructura, educativo, económico y demográfico de como desde la convergencia y desde esa intersectorial dad pueden generarse articulaciones para realizar y potencializar proyectos estratégicos que impacten la salud de las personas y sus condiciones de vida.

La estrategia busca realizar intervenciones poblacionales de calidad del agua,y desde los diferentes sectores de las administraciones municipales.



La estrategia CERS realiza un análisis de toda una seria de dificultades derivadas de los signos, síntomas, enfermedades y problemas en salud que presenta la población tanto de nuestros municipios como del departamento y estas dificultades se representan mediante la metáfora del iceberg, donde la parte de hielo que sobresale del agua son todas aquellas dificultades y síntomas que presenta nuestra población que se traducen en enfermedades y diferentes problemas y trastornos las cuales obedecen a unas causas más profundas o estructurales que están relacionadas con la débil participación social inadecuado uso del espacio público, la falta de articulación sectorial e intersectorial la desarticulación normativa y si nos vamos más profundo, podemos encontrar lo relacionado con desigualdad social, falta de educación, inequidades, individualismo.

Que es la estrategia CERS?
Es una estrategia que viene promoviendo el Ministerio de Salud y Protección Social y la OPS, la cual propone el desarrollo de intervenciones poblacionales para intervenir la causa de los problemas de la salud y la calidad de vida, mediante el compromiso de sus gobernantes y ciudadanos por un ordenamiento territorial por la salud. La estrategia CERS considera la cuidad y la ruralidad como un organismo complejo que vive,

respira crece y cambia constantemente que permite mejorar el entorno y sus recursos para que la gente pueda apoyarse unos a otros y lograr el mayor potencial posible en salud (OMS 1995).
La estrategia busca abordar los problemas territoriales, la inclusión de la salud como la más alta prioridad de la agenda política.



La estrategia funciona como un andamiaje para el ordenamiento territorial porque vamos a encontrar 5 ejes estratégicos que se desarrollan al interior de esta estrategia que son:

1. El eje ambiental
2. Eje social
3. Eje demográfico
4. Eje financiero
5. Eje económico

En el cual el centro de las acciones son las personas, familias y comunidades:



La estrategia CERS apunta a trabajar las intervenciones poblacionales que se vean dinamizadas desde la misma estrategia tendientes a desarrollar una serie de políticas, programas planes, y estrategias del sectoryd e otros sectores para el bienestar y la calidad de vida de la población. Todas las intervenciones deben realizarse con la participación y movilización social, con un enfoque intersectorial de las políticas públicas que tenga en cuenta sistemáticamente las repercusiones sanitarias de las decisiones, se promuevan las sinergias y se eviten efectos perjudiciales para la salud con el fin de mejorar la salud de la población y la equidad sanitaria.

Requisitos para la implementación de la estrategia:

1. Voluntad política
2. Acuerdo Municipal
3. Integración de los diferentes actores del territorio
4. Mecanismos de Coordinación
5. Conocer el territorio
6. Definición de intervenciones poblacionales
7. Seguimiento y evaluación

11. Dimensión 2: Línea de Estilos de Vida Saludables – Karen Salazar

Se da conocer que desde la dimensión 2 vida saludable y condiciones no trasmisibles de la SDSC se trabaja con la estrategia 4x4 ampliada que abarca la promoción de la actividad física, prevención de consumo de tabaco y alcohol, alimentación saludable, salud visual auditiva y comunicativa, salud oral y salud mental con el aprovechamiento del tiempo libre.
La estrategia 4x4 nace con el fin de hacerle frente a las principales ECNT que tanto afectan a la población y son la principal causa de muerte a nivel mundial, estas enfermedades son diabetes, cáncer, enfermedades cardiovasculares y enfermedades respiratorias crónicas las cuales están predispuestas por factores biológicos y genéticos los cuales no son modificables y unos factores modificables como son la inactividad física, al consumo nocivo de alcohol, uso de tabaco, dieta poco saludable.
La estrategia 4x4 se implementa en los entornos hogar, comunitario y escolar en cada uno de ellos con el propósito de contribuir al fortalecimiento de los estilos de vida saludable.

HOGAR: Conjunto de procedimientos y actividades que buscan el bienestar y protección de la salud de los integrantes del hogar.
COMUNITARIO: Promover la acción comunitaria para modificar los determinantes de la salud y crear entornos saludables.
ESCOLAR: Fortalecer la salud, seguridad, bienestar y desarrollo del potencial de los alumnos y de otros miembros de la comunidad educativa. Ambiente propicio para el aprendizaje.
Después pasa a ser la estrategia 4x4 ampliada donde se incluye salud visual auditiva y comunicativa, salud bucal y el aprovechamiento del tiempo libre.
Componente de Promoción de la Actividad Física
La actividad física abarca el ejercicio pero también otras actividades que involucran el movimiento corporal y se realizan como parte de la vida cotidiana como el juego, trabajo, las formas de transporte activa las tareas domésticas y las actividades recreativas Por lo cual estamos hablando de las 24 horas del día.
Nosotros durante las 24 horas del día realizamos actividad laboral actividades tiempo libre y actividad doméstica Cómo son los oficios de la casa en los cuales también se realiza actividad física teniendo en cuenta lo anterior podemos decir que la actividad física Es todo el movimiento que realizamos.

Marco de Referencia: Contamos con el plan decenal de salud pública 2012-2021, que dentro de las dimensiones prioritarias encontramos en la dimensión 2 Modos, condiciones y estilos de vida saludables establece unas metas claras frente a la práctica de la actividad física.

- Tenemos los objetivos de desarrollo sostenible el Numero 3 de salud y bienestar.
- PLAN DE ACCIÓN MUNDIAL SOBRE ACTIVIDAD FÍSICA 2018-2030 que tiene como Meta: Una reducción relativa del 15% en la prevalencia mundial de la inactividad física en adultos y adolescentes para el 2030.
- Lla estrategia CERS una apuesta ambiciosa que pretende darle un enfoque diferente a la salud, invitándonos a pensar en una nueva forma de planear las acciones en salud, buscando promover las intervenciones poblacionales para intervenir las causas de los problemas en salud y la calidad de vida, mediante el compromiso de los gobernantes y ciudadanos por un ordenamiento territorial por la salud.

Marco normativo:

- Resolución 3280 del 2018 Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud.
- RESOLUCIÓN 3202 DE 2016 igualmente esta con las intervenciones individuales con las RIA de Riesgo cardio-metabólico y las RIAS específicas de HTA Y Diabetes.
- La constitución política de Colombia hablamos que en su art 52 Se reconoce el derecho de todas las personas a la recreación, a la práctica del deporte y al aprovechamiento del tiempo libre.
- Ley 1751 de 2015
- Ley 152 de 1994 y la Ley 1454 de 2011 Ley orgánica del plan de desarrollo y la Ley organiza de ordenamiento Territorial.
- Plan decenal de salud Pública.

Intervenciones en la promoción de la actividad física.

La promoción de la actividad física es una herramienta para garantizar el derecho a la salud, que trasciende las intervenciones individuales, por lo cual lleva a buscar que las políticas públicas garanticen la adopción de la promoción de la actividad física, mediante la transformación y organización intersectorial. Por lo cual se debe realizar una articulación intersectorial, para realizar acciones coordinadas y complementarias, a través de una planeación, que permita la formulación de planes y programas coordinados, garantizando así el derecho a la salud.

Hablamos de derecho a la salud por que debemos garantizar la promoción de la salud, diagnostico oportuno, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos, para los cuales la actividad física es trasversal a todas estas acciones, excepto el Diagnostico.

Ruta para la Promoción y Mantenimiento de la Salud

Todas nuestras acciones que deben ser armónicas y complementarias, entre las acciones de la gestión de la salud pública de intervenciones poblacionales, colectivas deben ser complementarias a las atenciones individuales por cada curso de vida según la ruta de promoción y mantenimiento de la salud, en la cual se define en las atenciones EDUCACIÓN PARA LA SALUD frente a los factores de riesgo identificados (que puede ser individual, dirigida a la familia o grupal). Todo lo anterior en busca de los resultados en salud.

Dentro de las acciones de salud pública: gestión de las intervenciones colectivas, gestión de la prestación de servicios individuales, coordinación intersectorial, desarrollo de capacidades, gestión del conocimiento, planeación integral en salud
Las Intervenciones poblacionales. Dentro de las intervenciones poblacionales tenemos las Políticas públicas, la información en salud, y la participación social, dentro de estas políticas públicas trabajamos en la implementación de la estrategia CERS.
Las intervenciones colectivas: caracterización social y ambiental, información en salud, educación y comunicación para la salud, conformación de redes sociales y comunitarias, jornadas de salud.

Y las intervenciones individuales que centra en la consejería actividad física y prescripción del ejercicio en APS, a través de la identificación del factor de riesgo definido en las atenciones de la rpyms y las RIAS de grupos de riesgo específico. Importante realizar la prescripción del ejercicio por escrito, para que el pacienteasimile su importancia.
Promoción de la ALIMENTACION SALUDABLE



La alimentación se convierte en un factor de riesgo a medida que no sea saludable, teniendo en cuenta que una dieta poco saludable que es un factor modificable como afecta a los 4 grupos de enfermedades crónicas no trasmisibles el cáncer, la enfermedad cardiovascular, diabetes, enfermedad respiratoria crónica, igualmente afecta la salud bucal y la salud visual.

LINEAS ESTRATEGICAS
Se han definido dos líneas estratégicas para generar acciones en la promoción de la alimentación saludable entonces tenemos:
1. Promoción del consumo de alimentos sanos y frescos (frutas y verduras, cereales, leguminosas, entre otros), con el mínimo de transformación.
2. Reducción del consumo de alimentos altos en nutrientes críticos (sal/sodio, azúcar y grasas trans.).

Intervenciones poblacionales Se cuentan con piezas, las intervenciones de tipo población las enmarcamos en la estrategia CERS, para las cuales que es muy importante que se establezcan en articulación intersectorial, podemos realizar coordinación de acciones con otros actores para la formulación de estrategias.

En las intervenciones colectivas Ruta de Promoción y mantenimiento de la salud con la definición de las intervenciones colectivas en los diferentes entornos comunitario, escolar, hogar.
En las intervenciones individuales RIAS DE RIESGO ESPECIFICO Y EVENTS y la RIA de Promoción y manteamiento de la salud en las cuales es trasversal la promoción de la alimentación saludable.

GIAS ALIMENTARIAS BASADAS EN ALIMENTOS PARA LA POBLACION COLOMBIANA MAYO DE 2 AÑOS
Conjunto de planteamientos que brindan orientación a la población sobre el consumo de alimentos, con el fin de promover un completo bienestar nutricional. Toman en cuenta el patrón alimentario e indican los aspectos que deben ser modificados o reforzados. El objetivo de las Guías Alimentarias es contribuir al fomento de estilos de vida saludables, al control de deficiencias o excesos en el consumo de alimentos y a la reducción del riesgo de enfermedades relacionadas con la alimentación, a través de mensajes comprensibles.
Los otros componentes son prevención de consumo de tabaco y alcohol.
En el entorno escolar se trabaja la promoción de estilos de vida saludable mediante la implementación de la estrategia de escuela de puertas abiertas EPA.



Tiene cinco ejes:



Y una ruta de implementación de 15 pasos. En el entono hogar se trabaja con la implementación de la estrategia de hábitat y vivienda saludable.

Responsabilidades de los municipios según la resolución 518 de 2015

1. Formular y ejecutar el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas municipal mediante procesos de participación social de conformidad con lo establecido en el Plan Decenal de Salud Pública, los planes de desarrollo nacional. departamental y municipal, los planes de vida de los pueblos indígenas, los planes de pueblos afrocolombianos y ROM.
2. Garantizar que la ejecución de las intervenciones colectivas a nivel municipal se realicen en el marco de los principios rectores del ejercicio de la Competencia, definidos en la Ley 1551 de 2012.
3. Desarrollar, implementar, monitorear y evaluar la adecuación sociocultural de planes, programas y estrategias desarrolladas en el marco del PIC con la asistencia técnica del departamento.
4. Formular, implementar y evaluar procesos de asistencia técnica para el desarrollo de capacidades en los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud y otros actores involucrados en la formulación, adopción, monitoreo y evaluación del Plan de Intervenciones Colectivas
5. Monitorear y evaluar, tanto la ejecución técnica, financiera y administrativa como los resultados en salud alcanzados a través del plan de intervenciones colectivas municipal.
6. Remitir al Ministerio y a los departamentos los informes que sean requeridos con respecto a la planeación, ejecución, monitoreo y evaluación del PIC.

Responsabilidades de las entidades municipales Res. 3280 2018

1. Realizar el análisis de situación de salud de la población.
2. Identificar las poblaciones y los entornos a abordar a partir de los resultados en salud y de las prioridades del territorio definidas PTS
3. Definir por entorno las intervenciones colectivas complementarias a las intervenciones individuales y las poblacionales a abordar en los mismos y socializar o poner a disposición de las EAPB de su territorio el portafolio de intervenciones colectivas, señalando la población sujeto de lasintervenciones y el mecanismo de acceso a las mismas.
4. Identificar los programas, proyectos y oferta de servicios (respuestas) existentes en el municipio,bien sean sectoriales o de otros sectores que incidan en el logro de los resultados definidos en el PTS.
5. Suscribir o acordar los procedimientos, rutas y mecanismos de activación de la respuesta sectoriale intersectorial, requeridas para la complementariedad de las acciones y la gestión integrada e integral de los servicios sociales y de salud, centrada en las necesidades de las personas, familias y comunidades.
6. Analizar la disponibilidad, suficiencia y completitud de servicios y las tecnologías en el territorio para la operación de la Ruta de promoción y mantenimiento de la salud.
7. Realizar la adaptación y adecuación de las intervenciones individuales y colectivas, en conjunto con los grupos poblacionales presentes en el territorio que permita el acceso, respeto y reconocimiento de sus prácticas tradicionales o culturales.
8. Realizar acciones d movilización en el municipio entorno a la promoción de la actividad física y alimentación saludable
9. Realizar articulaciones intersectoriales que permitan la promoción de la actividad física y alimentación saludable.

10. Brindar información en salud y educación para salud frente a la práctica de la actividad física y alimentación saludable.

Para finalizar enfatiza la articulación sectorial e intersectorial, para el desarrollo de las planes y estrategias lo cual permitirá realmente lograr los resultados en salud esperados.

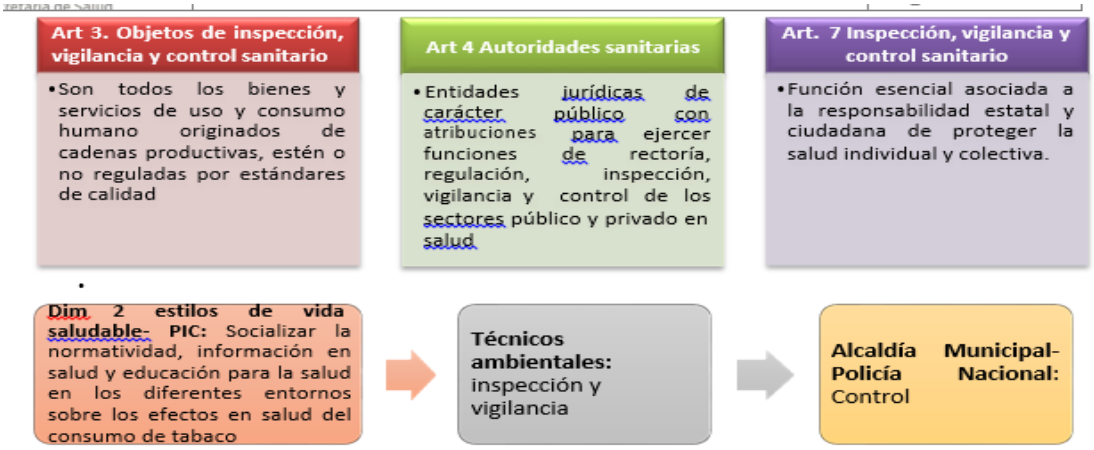
12. Dimensión 2: Línea Prevención de Consumo de Tabaco y Alcohol – Magda López

1. En el plan decenal de salud pública de 2012 a 2021 existen unos Componente Modos condiciones y estilos
de vida saludables : donde se pretende que a a 2021, haya una reducción al 10% el tabaquismo en personas de 18 a 69 años, A 2021, se logre el cumplimiento de ambientes 100% libres de humo de tabaco y sus derivados a nivel nacional, en los lugares definidos por la Ley 1335, A 2021, posponer la edad de inicio de consumo de tabaco en los adolescentes colombianos que sea por encima de 14 años, A 2021, aumentar el 100% de impuestos indexados al Índice de Precios del Consumidor
2. En cuanto a la taza de mortalidad encontramos que en Colombia 88 Personas mueren Diariamente y que al año mueren 32.088. Mientras que en el departamento del Cauca encontramo1792 personas asociadas a enfermedades isquémicas 3432 a Cerebrovasculares 5252 hipertensión y 6231 personas asociadas con enfermedades crónicas de vías respiratorias inferiores.
3. Por lo tanto vemos muchas enfermedades atribuibles al tabaco no solo el cáncer del pulmón sino también puede dar cáncer de estómago cáncer de faringe, laringe de garganta, problemas de reproducción, igual puede afectar los órganos como son la visón la audición, el tacto. Son todos los efectos en salud atribuibles al tabaco
4. Esta es una encuesta de consumo de sustancias sicoactivas del año 2019 es la más reciente donde nos dice que la prevalencia vida de consumo de tabaco o cigarrillo en la población de 12 a 65 años que quiere decir prevalencia vida que por lo menos la persona 1 vez en su vida ha consumido esta sustancia dice que el departamento del Cauca tiene una prevalencia vida de consumo entre 31.8% y ocupamos el 12 lugar a nivel nacional.
5. En esta otra encuesta que es un Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población Escolar, 2016. Y nos dice que nuestro departamento está en el 12 lugar también a nivel de consumo de cigarrillo y estamos en un 8.1 % ….que la edad de inicio de consumo de tabaco es aproximadamente del
12.8 % que se hablaba en el plan decenal lo que queremos es que este por encima de los 14 años de edad. Esta es una de las metas del plan decenal de salud pública
6. Luego encontramos la problemática por la exposición del cigarrillo en donde hay un aumento de la morbilidad y lo que va a generar costos al país por 4,6 billones de pesos y por ende se van a perder años de vida . Por lo tanto la idea es Trabajar para tener un envejecimiento saludable Promoción y prevención del consumo de tabaco.
7. Tenemos el marco normativo en donde la constitución política de Colombia en donde menciona el derecho a la vida, a la salud y al ambiente sano. Luego la ley 1109 de 2006 aprueba el convenio Marco para el control del tabaco y la ley 1335 de 2009 en donde se aprueba la ley de control de tabaco Digamos que el objetivo de esta normativa es que Colombia debe dar cumplimiento a las medidas que buscan reducir la demanda y oferta de tabaco, al igual que a las relacionadas con la protección del medio.

8. Plan de medidas M_power Contiene las medidas más costo efectivas para reducir la prevalencia del consumo de tabaco, estas están contempladas en el Convenio Marco para el Control de Tabaco. Se puede decir que es una estrategia para aplicar en los distintos establecimientos para que se lleve un control junto con otras entidades como los son las inspecciones de vigilancia y control IVC. Entonces cada letra contiene una función como por ejemplo:

M: Monitoreo - monitoreo y vigilancia
P: Protección universal de la exposición al humo de tabaco ajeno a partir de la implementación de ambientes 100% libres de humo en todos los espacios públicos y privados de acceso público.
O: Ofrecimiento de ayuda para dejar de fumar.
W: Inclusión de advertencias sanitarias con imágenes en los paquetes de cigarrillos. E: Prohibición completa de publicidad, promoción y patrocinio.
R: Aumento del precio de los cigarrillos y de los impuestos al tabaco

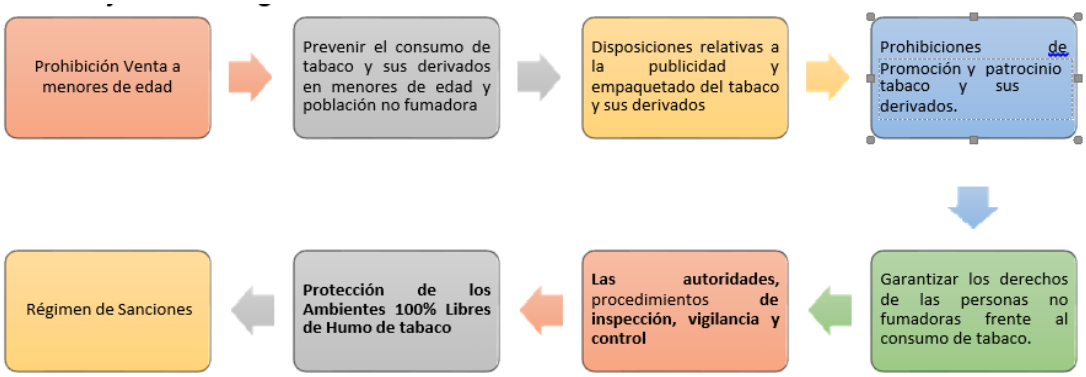
9. En el marco de la política pública encontramos unas metas y objetivos específicos en el control del tabaco como lo son el plan decenal de salud pública y el plan decenal para el control del cáncer de 2012 a 2021. En el plan nacional de desarrollo 2014-2018 mega meta del sector salud, y política de atención integral en salud (PAIS). Esta el modelo de atención integral en salud (MIAS) aquí están las rutas de promoción y mantenimiento y las rutas de atención especificas toda esta parte está en las rutas de información en salud que se da a los usuarios y que dentro la ruta se habla de la prevención de consumo de tabaco y en el MAITÊ que es modelo de atención integral territorial y en la operación de las RIAS nos habla de educción en salud de consumo de tabaco y de pacientes a los que se les identifica este factor de riesgo..
10. Hay unas Acciones a desarrollar igualmente en intervenciones poblacionales, colectivas e individuales. Es importante hablar un poco de los cursos de vida que están contemplados en la resolución 3280 que son por medio de las cuales se van a brindar unas atenciones individuales entonces tenemos los cursos de vida primera infancia, infancia, adolescencia, juventud , adultez y vejez cada uno tiene unos rangos de edad van a ver unas atenciones específicas individuales, según la resolución 3280 estas generalmente se hacen dentro de las IPS por lo cual está el programa de cesación del tabaco con la ayuda del fumador para que deje de fumar . Hay unas intervenciones colectivas por ejemplo las que se desarrollan con el PIC plan de intervenciones colectivas aquí lo que hacemos es información en consumo de tabaco, inspección vigilancia y control sanitario esto lo hacen los técnicos, educación y comunicación en control del tabaco, control y aplicación de la ley 1335 del 2009 y la canalización de fumador a los servicios de salud. Y hay unas intervenciones poblacionales que ya son intervenciones mucho más grandes y está por lo general las hace el ministerio en cuanto a leyes, impuestos al tabaco entonces por ejemplo esta prohibición total a toda forma de publicidad promoción y patrocinio de productos de tabaco y sus derivados, ambientes libres de humo de tabaco, advertencias sanitarias para todos los productos y sus derivados, venta a menores de edad.
11. Inspección de vigilancia y control según la resolución 1229 de 2013. Con ellos trabajamos de la mano o articuladamente ya que los técnicos de salud ambiental los encargados de realizar el control y hacer valer los indicadores por decirlo así que el MPS haya establecido en las leyes como por ejemplo



12. Esto que ya les menciones que es la articulación con inspección de vigilancia y control sanitario que está contemplado en plan decenal de salud pública 2012- 2021 y de lo que se trata es que haya un fortalecimiento de la autoridad sanitaria para a gestión de la salud.

13. Ya para hablar de la ley 1335 del 2009 (prevención del consumo de tabaco) que es Por la cual se dictan disposiciones por medio de las cuales se previenen daños a la salud de los menores de edad, la población no fumadora y se estipulan políticas públicas para la prevención del consumo del tabaco y el abandono de la dependencia del tabaco del fumador y sus derivados en la población Colombiana. Su objetivo es según el artículo número 1 de la presente ley es Contribuir a garantizar los derechos a la salud de los habitantes del territorio nacional, especialmente la de los menores de 18 años de edad y la población no fumadora, regulando el consumo, venta, publicidad y promoción de los cigarrillos, tabaco y sus derivados, así como la creación de programas de salud y educación tendientes a contribuir a la disminución de su consumo, abandono de la dependencia del tabaco del fumador y se establecen las sanciones correspondientes.

14. Tenemos unas disposiciones que se habilitan y que se deben tener en consideración según la ley 1335 de 2009 y son las siguientes:



15. Según el artículo 8 de la ley 1335 del 2009 existen unos Programas educativos para evitar el consumo de tabaco y procurar el abandono del tabaquismo. Con ello se propende que lo menores de edad deberán recibir los conocimientos y asistencia institucional educativa bajo los principios de salud pública

sobre los efectos nocivos del tabaquismo, la incidencia de enfermedades, la discapacidad prematura y la mortalidad.

16. En al artículo 10 habla de las obligaciones de las entidades territoriales Corresponde a los Gobernadores y Alcaldes y a las Secretarías Departamentales, Distritales y Municipales de Salud lo siguiente: difundir la medidas establecidas en la presente ley, difundir esta ley en las páginas electrónicas, realizar actividades de movilización y concertación social para garantizar el cumplimiento de la presente ley , desarrollar dentro de la red de instituciones prestadoras de salud campañas de educación sobre los efectos nocivos del consumo de tabaco y sobre las estrategias para desestimular o cesar su consumo y por ultimo desarrollar campañas de promoción de entornos 100% libres de humo.

17. En el artículo 11 Campañas de prevención para la población en riesgo por consumo de tabaco. Tenemos que las empresas promotoras de salud tanto del régimen contributivo , subsidiado, las entidades adaptadas

, las entidades responsables de los regímenes de excepción deberán identificar el factor riesgo dentro de su población además deberán informar a esa población los riesgos para su salud y deberán brindarle al usuario los servicios del POS (plan obligatorio de salud) que le ayuden o permitan manejar el factor de riesgo por tanto las IPS y las EPS que detecten este factor de riesgo tendrán la obligación de informarle a sus usuarios de estos servicios como lo es el Programa de cesación de consumo de tabaco.

Programa para la cesación de consumo de tabaco tiene un objetivo general que es: Brindar atención oportuna, accesible integral a las personas consumidoras de tabaco, para dejar el hábito y mantengan la abstinencia prolongada. Entonces se plantean unas intervenciones por decirlo así en donde lo que se pretende es evaluar en principio al paciente y brindarle una mejor atención y puedan dejar de fumar, tal como lo dice el objetivo general. Se realiza una intervención breve a la persona consumidora indagando sobre el inicio de consumo y si estaría dispuesta a dejarlo si vemos reacción positiva por la persona se hace un seguimiento hasta lograr la abstinencia del tabaco.

18. Si en el primer paso no obtuvimos resultados se realiza una entrevista motivacional en donde le decimos los pro y contras que tiene el hecho de fumar (aquí le planteamos las cosas positivas como por ejemplo si dejara de fumar tendría un estilo de vida saludable adecuado, un ambiente familiar optimo, entorno laboral adecuado, mientras que si lo hace su estado de salud podría decaer al alcance de crear severas enfermedades crónicas y / o colaterales como la hipertensión, accidentes cerebrovasculares trastornos cardiorrespiratorios y cancerígenos. De lo contrario se le puede aplicar la estrategia 5A que sirve para ayudar a los personas a abandonar el tabaco. Consta de cinco pasos (Averiguar, Aconsejar, Apreciar, Ayudar y Arreglar) y resume todas las actividades que un prestador de atención primaria puede hacer para ayudar a un consumidor de tabaco, puede ser aplicado entre 3 - 5 minutos. Este modelo puede guiarlo a través del proceso correcto para hablar con los pacientes que están listos para dejar el tabaco (Anexo 1).

19. Existe también Estrategia de las 5R: sirve para aumentar la motivación para dejar de fumar. Esta estrategia, es útil para trabajar con aquellas personas que no desean hacer el intento de dejar de fumar “ahora”. Consiste en una intervención motivacional que se puede implementar después de haber AVERIGUADO que el paciente es fumador y que no está motivado a dejar de fumar, al menos no antes de un mes, y se emplea al ACONSEJAR. Permite personalizar el consejo y ayuda a aumentar el nivel de motivación hacia la cesación del consumo.

Entonces para estas estrategias existen unos anexos en donde se evalúa a la persona para que de este modo vayamos seleccionando a los pacientes fumadores sea para que dejen de fumar o acepten el ingreso al programa de cesación y se realice una atención personalizada.

20. Luego tenemos unas obligaciones de los propietarios en donde deben hacer Velar por el cumplimiento de las prohibiciones establecidas en la presente ley , Adoptar medidas específicas a fin de disuadir a las personas de que no fumen en el lugar, Fijar en un lugar visible al público avisos que contengan mensajes alusivos a los ambientes libres de humo.
21. Régimen de sanciones: Que las sanciones por fumar en sitios o lugares prohibidos: la infracción a lo dispuesto en el artículo 17 de la presente normativa , dará lugar a una amonestación verbal y a una sanción pedagógica que le obligara al dueño del estabelecimiento a asistir un día de capacitación sobre los efectos nocivos del cigarrillo. La policía nacional junto con el ministerio de protección social fijara los elementos y recursos necesarios para la aplicación de las sanciones establecidas en el presente artículo. Si ya se aplican las multas se hará bajo 1 salario MLMV y hasta por sumas equivalentes a 100 salarios MLMV y si continua el incumplimiento de la normativa se hará el respectivo sellamiento del establecimiento suspendiendo de forma temporal o definitiva de la licencia sanitaria.
22. Ya en el trabajo con actividades PIC plan de intervenciones colectivas se implementa una estrategia de información en salud en los entornos educativos, laboral, institucional y comunitario de las zonas tanto urbana como rural para prevenir y reducir el consumo de tabaco y realizar promoción en estilos de vida saludable. También se desarrollan jornadas de educación para la salud en el entorno educativo y comunitario ya sea a personeros estudiantiles rotarios y líderes comunitarios.
23. Aquí observamos como estos municipios del departamento del Cuaca ya han tenido asistencia tecnica por el minissterio de salud esde el alo 2019.
24. En el trabajo articulado con ispeccion de vigilancia y contro se ha trabajado con señalizaciones como las que vemos aquí “respire con tranquilidad” esta señalizacion deberia ser puesta en lugares visisbles de los establecimientos publicos donde venden cigarrilos y lo mismo en esta otra señalizacion que es un poco mas entendible y llamativa
25. Para los niños en donde dice respire con tranquilidad este es un esapacio 100% libre de humo de tabaco y sus derivados.
26. En la reduccion de consumo de alcohol igualmente en el plan decenal de salud publica 2012 a 2021 encontramos un componenete, modos y condiciones de estilos de vida saludable en donde la idea es cumplir con dos grandes objetivos como lo son Mantener por debajo de 12% el consumo nocivo de alcohol (de riesgo y perjudicial) en población general y Posponer la edad promedio de inicio de consumo de alcohol en adolescentes Colombianos por encima de 14 años.
27. En el decreto 120 de 2010 Por el cual se adoptan medidas en relación con el consumo de alcohol. Hay un objetivo primordial o general el cual nos dice que se debe Proteger al menor de edad y a la comunidad en general de los efectos nocivos del consumo de bebidas alcohólicas y establecer medidas tendientes a la reducción del daño y la minimización del riesgo de accidentalidad, violencia cotidiana y criminalidad asociada al consumo inmoderado de alcohol. Menciona también que los menores de edad deberán recibir los conocimientos y asistencia institucional educativa bajo principios de salud pública sobre los efectos nocivos del consumo de alcohol, que se deben realizar campañas para la población en riesgo por consumo abusivo del alcohol. E Igual que en en la reducción de tabaco acá en la reducción de alcohol también las entidades prestadoras de salud, las entidades adaptadas y los regímenes de excepción deberán

indicar el factor de riesgo, en la población e informarle sobre los factores de riesgo para su salud a si mismo brindarles los servicios del POS dirigidos al manejo de factor riesgo. Estas instituciones a su vez que detecten este factor riesgo tendrán la obligación de informarles a sus usuarios de estos servicios.

28. En el capítulo 4 del presente decreto Prohibición de expendio de bebidas embriagantes a menores de edad: La persona que facilite las bebidas embriagantes o su adquisición será sancionada de conformidad con las normas establecidas para los expendedores en los Códigos Nacional o Departamental de Policía. En ningún caso, podrán trabajar personas menores durante la jornada nocturna en establecimientos donde se produzcan, envasen, distribuyan, expendan o consuman bebidas alcohólicas. Lo dispuesto en el capítulo 5 leyendas etiquetas y publicidad: Toda publicidad, por cualquier medio que se realice, debe contener o hacer referencia, de manera resaltada, a la prohibición de expendio de bebidas alcohólicas a menores de edad, No podrán emplearse expresiones, leyendas o imágenes en idioma diferente al castellano.

El Ministerio de la Protección Social dictará las normas técnicas que sean necesarias respecto de las especificaciones de las leyendas, etiquetas y rótulos. En este decreto también encontramos unas Obligaciones de Los propietarios, de lugares en donde se expenden y/o consumen bebidas alcohólicas en donde deben cumplir unas normas tales como : No vender bebidas alcohólicas a menores, Velar por el cumplimiento de las restantes normas establecidas en el presente decreto con el fin de proteger a los menores del consumo de alcohol, Prevenir el consumo excesivo de bebidas alcohólicas, Fijar en un lugar visible al público “el alcohol es nocivo para la salud, la convivencia y la seguridad vial” y “se prohíbe la venta de bebidas alcohólicas a menores de edad”, No contratar menores de edad durante la jornada nocturna.

29. Obligaciones de las entidades territoriales son las mismas que mencionó para la reducción del consumo de tabaco y ahora se enfatiza en la reducción de consumo de alcohol que son Difundir, en el ámbito de su jurisdicción, las medidas establecidas en el presente decreto, Realizar actividades de movilización, Desarrollar campañas de promoción para evitar el consumo abusivo de alcohol, Desarrollar, dentro de la red de Instituciones Prestadoras de Salud, campañas de educación sobre los efectos nocivos del consumo abusivo de alcohol, Establecer estrategias que conduzcan al consumo responsable de bebidas alcohólicas con base en el principio de saber beber-saber vivir. Competencias de las autoridades sanitarias ART 20: Las autoridades sanitarias vigilarán el cumplimiento de lo dispuesto en el presente decreto, en coordinación con las autoridades de policía y demás autoridades de control. Autoridades de tránsito campañas educativas: Las autoridades de tránsito promoverán campañas educativas destinadas a evitar que las personas conduzcan bajo los efectos del alcohol.

30. La estrategia pactos por la vida : que igualmente está contemplada en el decreto 120 de 2010 y que es una estrategia de respuesta integral frente al consumo de alcohol en Colombia Pactos por la vida hace referencia a la búsqueda de acuerdos entre diversas instancias sociales que tienen un papel sustancial en la cadena de eventos conducentes a la producción, la comercialización y el consumo de bebidas alcohólicas, con la finalidad de que ese consumo se dé en condiciones que no atenten contra la vida de los consumidores; enfatiza en la necesidad de prevenir y mitigar las múltiples consecuencias negativas potenciales que el consumo de alcohol representa para la salud y para el bienestar de los consumidores y de las personas relacionadas en su entorno social; consecuencias que configuran un problema de salud pública en situaciones de comportamiento altamente prevalente, como sucede actualmente en Colombia. Aquí observamos un antes durante y después donde debe haber una autorregulación una regulación social

y control normativo entonces se fijan una cantidad que es cuanto alcohol ha ingerido la persona la calidad de alcohol su consistencia que comidas ha ingerido durante el efecto de alcohol, quienes lo acompañan , si genera o no conflictos bajo la ingesta de alcohol, si conduce en estado de embriagues y si tiene un comportamiento sexual seguro todo esto desde los diferentes contextos de consumo que pueden darse ya sea en su barrio en su entorno familiar laboral y escolar este último no se ven mayores casos, es aquí donde debe haber una responsabilidad legal.

31. Para finalizar vemos como de esta manera el programa pactos por la vida busca fortalecer las capacidades institucionales, sociales y humanas aplicadas a la protección de la vida en ambientes de consumo de alcohol. Se pretender tener una cultura ciudadana donde haya una regulación social y control normativo que exista una pedagogía del saber donde haya conocimiento de los principios del saber beber y de los beneficios del consumo moderado, y que haya cero tolerancia que implica el consumo de alcohol al conducir menores, gestantes y profesiones de riesgo.

13. Dimensión 2: Línea de salud Visual, auditiva y comunicativa – Maga López

Para empezar es muy importante resaltar qué es la salud visual?. Se lee primera diapositiva, para precisar que cuando se asiste a consulta o llevamos a nuestros niños el médico los ubica más o menos que sería lo correcto a 6 metros de la tabla en donde nos encontramos con imágenes que tienen letras y figuras porque obviamente hay niños que un no saben o conocen o no se han aprendido las letras y sería una evaluación errónea al hacerlo con grafemas si el niño no los maneja entonces se les coloca dibujos como la casita, el árbol , un baloncito. Dependiendo del lugar donde lo ubique sabemos si tiene una buena o mala agudeza visual.

¿Una buena agudeza visual es lo que ustedes ven entre la línea verde y la línea roja este es un buen rango en el caso que el niño no alcance a identificar tanto letras como objetos en esta franja entonces les empezar mostrar a los que son más grandecitos y esto ya evidencia una disminución de esa agudeza.

¿Por qué es importante la salud visual? Se plantea la importancia de mantener la autonomía y la dependencia de nuestras actividades diarias, entonces muy importante porque digámoslo así un 70 % de esos problemas de aprendizaje de los niños están asociados a dificultades visuales entonces por eso es importante.

CARGA DE MORBILIDAD QUE GENERAN LOS ESCOLARES diapositiva (prioridad abordaje) entonces tenemos defectos de refracción en escolares debido a la alta carga de morbilidad que generan los escolares cuando hablo de defectos de refracción me refiero a miopía a hipermetropía astigmatismo y ambliopía entonces son niños que tienen problemas para ver de cerca de lejos que se les voltea un ojito.

Encontramos glaucoma, retinopatía del prematuro es cuando se manejan bebes, ustedes en su diario vivir si ustedes tienen un niño prematuro deben garantizarle el tamizaje visual y auditivo incluso todo recién nacido en su HC debe registrase como le fue en la parte visual y como le fue en la parte auditiva entonces eso mas o menos 3 o 4 días se debe sacar cita con el pediatra para verificar estos órganos de los sentidos que son fundamentales.

Retinopatía diabética y baja visión.

¿CUÁLES SON NUESTRAS METAS?
A 2021 queremos implementar prácticas de autocuidado para la prevención del manejo de enfermedades no transmisibles incluida salud oral visual y auditiva. A 2021 aumentar gradualmente el número de organizaciones aliadas que se vinculan y promuevan estilos de vida saludable en este caso ustedes son nuestro aliado.
Incrementar en el desempeño las coberturas de prevención y detección temprana que pasa con esto antes se manejaba una normatividad que decía que debíamos hacer tamizajes visuales en ciertas edades y nos restringían mucho no 4, 11 y ya , nos desaparecíamos y nadie nos evaluaba la visión . Ahora con este nuevo modelo que se esta trabajando en el Pais la idea es que en todos los cursos de vida el niño tenga un examen visual y auditivo. De igual forma con las otras estrategias que ustedes conocieron el dia de hoy la cuarta meta es identificar a 2021 los niños con defectos refractivos en niños entre los 2 y 8 añitos porque están importante esta edad porque es aquí donde comienza la maduración del sistema visual, entonces si en este rango de edad no se identifican tempranamente y por lo tanto no se realiza un tratamiento oportuno muy seguramente el niño va a tener secuelas para toda la vida, entonces hay que tenerlo muy en cuenta . Tenemos prioridad en los niños entre los 2 y 8 años, sin embargo pues todo lo que es de autocuidado se abordan en todas las edades.
La estrategia veo bien aprendo bien qué es? Esto consiste en una coordinación y una articulación de actividades entre los sectores salud y educación si?. En este caso sería el día de hoy que ustedes se articulen con nosotros para poder orientar las acciones hacia la detección temprana de los defectos de refracción o de esa disminución de la agudeza visual en la población escolar y su canalización oportuna a los servicios de salud, llevar a los niños a los hospitales para que el medico identifique cual es la perdida y cuál es el tratamiento, todo esto pues contribuye con el adecuado desempeño educativo de esta población propendiendo con el apoyo integral.

En resumen que consiste la estrategia VEO BIEN APRENDO BIEN primero que es la identificación de niños con alteraciones visuales, que como se realiza esto pues con un desarrollo de capacidades como lo estamos haciendo con ustedes el día de hoy, de tal forma que ustedes tengan la capacidad de decir estos son signos de alarma en este niño y muy probablemente puede tener un problema visual, luego ustedes digámoslo así realizan una impresión diagnostica ojo aquí no pretendemos que se vuelvan optómetras u oftalmólogos. Ustedes pueden dar una impresión diagnostica por eso lo digo así una impresión diagnostica pedagógica.

Puede ser el niño se acerca mucho al cuaderno cuando escribe por ejemplo o cuando esta esta leyendo ese es un signo de alarma por lo tanto notifico al padre de familia y hago un listado de esos niños identificados con posibles alteraciones visuales y ser remitidos hacia el sistema de salud . Tercero no solamente identificamos y dejamos hasta ahí no tenemos que ser cautelosos mirar donde tenemos los datos de la persona el nombre del padre de familia o de la persona que esta responsable y comenzamos un seguimiento casi que semanal digámoslo así entonces llamamos y la primera acción que usted hace es notificaron al padre de familia. El padre pidió cita médica, que paso con la cita médica, le hicieron la evaluación de agudeza visual?.

Si a que tiene una perdida leve por ejemplo sin embargo lo remitieron a optómetra para adapatarle gafas, entonces yo llamo e insisto hasta el punto que el padre de familia me diga el niño ya tiene gafas y obviamente asiste a los controles que posteriormente deben realizar cierto? Por que sabemos que obviamente esas correciones o esas disminuciones de la agudeza visual pues pueden ser progresivas entonces las gafitas que formulan este año pueden cambiar o servir para el próximo por lo que la perdida es progresiva y es bastante marcada , entonces es importante que los niños puedan tener este procedimiento y finalmente se puede socializar los resultados con toda a comunidad con los padres de familia por que este uno de lso sentidos mas importantes y como lo explique anteriormente esta relacionado con todos los procesos de aprendizaje.

¿Entonces pasamos a SALUD AUDITIVA ustedes deben conocer que la capacidad auditiva sana del ser humano para oír está ligado a una función súper importante que es comunicar a través del lenguaje, ustedes saben que si un niño no escucha bien es un niño que no va a poder hablar cierto? Entonces va a tener unos retrasos muy marcados en el desarrollo del lenguaje y pegadito a esto todos los problemas de adquisición de la lectura y la escritura entonces si no oyen bien pues obviamente van a escribir con mucha dificultad. Tal como ellos se oyen van a escribir.

Las metas con respecto a salud auditiva las 3 primeras ya las había mencionado lo que es diferente aquí es que a 2021 debemos identificar los casos de hipoacusia. Hipoacusia es disminución de la agudeza auditiva en la población en general en niños con énfasis de los cero a los 12 años.

¿Cómo hacemos esta parte? trabajamos a través de la estrategia SOMOS TODO OIDOS estas estrategias las estamos trabajando desde año 2016 involucra 5 pautas claves.

Primero generar hábitos de higiene, cuidados y señales de alerta para evitar el daño del oído y la audición , adoptar conductas protectoras y preventivas , promoción de la valoración de la agudeza auditiva, atención otológica , inducción a la demanda e inducción temprana desordenes otológicos y auditivos y realizar campañas para el control y reducción del ruido.

Esta estrategia entonces está enfocada a toda la prevención y/o daño auditivo. Nosotros promovemos el uso de conductas que no se debe hacer por ejemplo el uso de copitos para limpiar el oído externo, no utilizar remedios caseros, entonces evitar todo ese tipo de conductas, evitar si el padre tiene un taller de mecánica que el niño no esté a esa exposición a ruidos, eso a largo plazo va a generar una pérdida auditiva cierto?. El uso adecuado de los audífonos es muy importante entonces aquellos adolescentes que son felices con los audífonos escuchando música esto genera una fatiga auditiva que en un futuro pues obviamente se va a generar una sordera, entonces pasan de usar audífonos para escuchar música a utilizar aparatos para la sordera , entonces todo esto toca empezar a educar a los muchachos y a los niños.

Este instrumento que sigue y con estas dos cositas termino (diapositiva INSTRUMENTO VALORAION AUDITIVA Y DE LENGUAJE-VALE)

Es un instrumento muy importante, el instrumento se llama INSTRUMENTO VALORAION AUDITIVA Y DE LENGUAJE-VALE)

¿Es un instrumento que se puede utilizar en niños desde los cero a los 12 años este instrumento lo elaboro el ministerio de salud de protección social, la organización panamericana de la salud y la universidad nacional esta prueba consiste inicialmente en preguntan de riesgos generales se habla de riesgos generales se habla de condiciones perinatales y postnatales antes y después del nacimiento cierto?

Instrumento de valoración de la audición y la comunicación de niños entre los 0 y 12 años tomando como referente los hitos que marcan el desarrollo del lenguaje, la audición y la comunicación.

Tiene como punto de partida dos listas de verificación decondiciones básicas para detectar riesgo: Riesgos Generales (condiciones perinatales y posnatales) y Condiciones Estructurales (presencia e integridad de estructuras anatómicas).

Y una tercera parte, que consta de la valoración de los ítems correspondientes a la Comprensión (C) (recepción de estímulos auditivos y su representación mental), la Expresión (E) (planificación y exteriorización delpensamiento), y la Interacción Comunicativa (I) (oportunidades sociales en micro y macro contextos comunicativos) y aspectos Vestibulares (V) (procesos y habilidades para el mantenimiento de la posición del cuerpo desde aspectos del vestíbulo) a través de una serie de preguntas para los padres, las cuales se deben validar con las respuestas en el niño.
Objetivo de la aplicación : Detectar tempranamente posibles alteraciones en la audición yla comunicación de niños entre los 0 y 12 años, tomando como referente los hitos que marcan el desarrollo del lenguaje,la audición y la comunicación.

INSTRUCCIONES PARA LA APLICACIÓN

Para la aplicación de VALE es necesario seguir los siguientes pasos:

1. Explicar a los padres o cuidadores el procedimientoque se realizará. De esta manera se garantiza obtener información precisa sobre los niños.
2. Registrar los datos de identificación del niño.
3. Preguntar a los padres por los factores de riesgo segúnla lista de chequeo y verificar las condiciones estructurales.
4. Ubicar el rango de edad del niño o niña y seleccionar los ítems de valoración. (Si el niño tiene edadcorregida1 inicie desde este rango la aplicación).
5. Formular a los padres o cuidadores las preguntascorrespondientes al rango de edad del niño.
6. Calificar frente a cada ítem SI o NO, de acuerdo a larespuesta del adulto.
7. Si el niño tiene 3 años o mas se debe aplicar los ítems correspondientes a la categoría Vestibular (V) que se encuentran al final.

Cuando califique Si en los ítems de todo el rango de edad, la evaluación se da por terminada y es considerada adecuada para la edad

Si marca No en al menos en una pregunta, debe aplicar las preguntas del rango de edad anterior. Repita esta acción hasta encontrar una respuesta positiva SI.

También podrá completar la prueba con materiales que permitan verificar la presencia de las conductas a valorar,teniendo en cuenta el contexto cultural y social del niño a valorar. Para esto puede usar los Ítems de OBSERVACION DIRECTA.

8. Sume las respuestas negativas de los ítems de Comprensión (C), Expresión (E), Interacción Comunicativa (I) y Vestibulares (V).

INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS (decisión sobrela remisión)

1. La interpretación de los datos es esencial para la clasificación de riesgo. Interprete los resultados de acuerdo con la siguiente información:

PASA: Si la sumatoria es 0(cero) - negativa en todos los criterios decalificación y en los Ítems de valoración.
FALLA: Si tiene alguna calificación prenatal o perinatal con calificación positiva SI
Si tiene alguna condición estructuralcon calificación positiva SI
Si tiene una calificación mayor a 1 enla valoración de los ítems

2. Realizar el registro de los resultados en la historia clínica y reportar en los RIPS si fue remitido al tamizajeauditivo con tecnología dura o no.

3. En caso de FALLA realizar la remisión a un profesionalen Fonoaudiología o especialista en Audiología, con el fin de hacer una evaluación completa de los procesos de audición, lenguaje, habla y comunicación, y hacer seguimiento al resultado para determinar la conducta a seguir.
4. En caso de PASA Continuar con las valoraciones periódicas según la ruta de Promoción yMantenimiento en la Salud.

INSTRUCCIONES PARA LA INTERPRETACIÓN Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS

Conforme a los hallazgos de la anamnesis, de la lista dechaqueo y la realización de la Valoración de la audición y Lenguaje – VALE, es necesario hacer una síntesis ordenada, para determinar en nivel de riesgo encontrado según los ítemsde la prueba, hacer el respectivo análisis e informe de forma sintética que definan la conducta a seguir.

Realice la remisión a Fonoaudiología y al especialista enAudiología

ORIENTACIÓN SOBRE EL RESULTADO DE LA PRUEBA Y RECOMENDACIONES

Si el resultado es (0) cero, es decir, no hay alteración alguna,
PASA la prueba.

Conducta por seguir: continuar con las atenciones de la Rutade Promoción y Mantenimiento.

Si en el resultado hay presencia o indicios de una alteración,
FALLA en la prueba.

Conducta por seguir: ingresar a la Ruta del grupo de riesgo yPrograma Nacional de detección temprana y atención de la Hipoacusia, que orienta el tamizaje auditivo con tecnología dura.

Verificar el diligenciamiento del carné de salud infantil con el registro de los resultados del VALE y del tamizaje auditivo (en la secuencia establecida para el curso de vida), hacer la inscripción de los niños que FALLEN al Programa dedetección temprana y atención de la hipoacusia, el seguimiento al diagnóstico y plan de cuidado en el componente primario o complementario.

RIESGOS GENERALES
Entonces cuando el niño es menor dos añitos debemos preguntar si tuvo bajo peso al nacer menor al 1.500 si nació antes de la 30 semanas de gestación, si tuvo una instancia superior a 30 días en la UCI neonatales y en el caso de reportar algún SI en alguno de estos 3 ítems obviamente es un factor riesgo por cual el niño debe remitirse a fonoaudiología y debe empezar a hacerle un seguimiento, si tiene algún tipo de retraso. Otra pregunta que se hace es antes durante O poco después de nacimiento hubo alguna complicación? Alguna infección alguna meningitis o por ejemplo, tuvo un trauma, golpe en la cabecita entonces si se reporta algo de esto también se debe remitir.

RIESGOS ESTRUCTURALES
Y también si algún niño o niña has sido diagnosticada con alguna condición física esto por parte de los riesgos estructurales por observación directa identificar la presencia y si están en su lugar las siguientes partes anatómicas como lo son las orejitas o el pabellón auricular, los labios, a lengua, la nariz, los dientes, el cuello y los ojos cierto? Ustedes se pueden encontrar con un niño con alguna dificultas puede que haya nacido con esta condición como tal, entonces lo deben reportar si esta presente o no o si esta integro o en el caso de que no esté presente por ejemplo o que no este su formación normal ese es un signo de alarma digámoslo así esto debe remitirse también a fonoaudiología pues para su seguimiento y su control, después de esto ya consultamos la edad del niño empiezo desde los cero a 3 meses para que me entiendan mejor sino que me voy directamente a la edad que tiene el niño hay personas que tiene edad corregida entonces empiezo de la edad corregida.
Ustedes preguntaran que significa la CEI de cada ítem estos ítem que evalúan , los que tienen la C evalúan comprensión los que tienen la E evalúan expresión los que tienen la I evalúan interacción y la parte que sigue que es la V es la parte vestibular entonces si me llega un niño de 4 meses o tengo un niño a mi cargo de 4 meses entonces desde la aparte de comprensión que voy a preguntar cuando se escucha una puerta un timbre un sonido familiar el bebe voltea la cabeza buscando el sonido como el ejemplo que nos colocaba Karen.
Este es un instrumento que lo pueden aplicar idealmente profesionales de la salud pero como ustedes pueden ver no es un instrumento muy sofisticado pero con la capacitación previa ustedes lo pueden implementar sobre todo en los municipios muy lejanos que a veces acceder a una valoración por fonoaudiología es bastante complicado.

Finalmente la profesional presenta una aplicación móvil que es una prueba tamiz que se aplica a las personas para saber cómo esta su audición la prueba se llama Prueba se llama aplicativo móvil para evaluar audición se busca en el celular es una prueba que se trabajó en un proyecto con la universidad del cauca que comparaban las pruebas que se hacían con los audífonos de un celular y una prueba reina o estándar.

12 diapositiva:
La audiometría tonal es el examen básico utilizado para determinar el grado de pérdida de audición en relación con la frecuencia sonora, esta aplicación de uso libre en Play Store, permiterealizar una prueba tamiz por vía aérea

CARACTERÍSTICAS DE LA APLICACIÓN:

* Audiometría tonal con auriculares incluidos y coeficientes de calibración predefinidos de la base de datos (para una cantidad cada vez mayor de dispositivos).
* Calibración del dispositivo (en el caso de que no haya coeficientes predefinidos o para otros auriculares).

CARACTERÍSTICAS ADICIONALES:

* Visualización de los resultados de las audiometrías.
* Agregado de notas a los resultados de las audiometrías.
* Impresión de los resultados de las audiometrías.
* Ajuste de calibración (pueden ajustarse los coeficientes de calibración sobre la base de losaudiogramas generados con un audiómetro).
* Verificación de los coeficientes de calibración.
* Eliminación del enmascaramiento sonoro para una audiometría a campo libre.

FORMA DE USO:

1. Se inicia la prueba utilizando los auriculares del celular (smartphone). Se le colocan al paciente, se busca la aplicación y se escogen los parámetros a utilizar. La prueba tiene la opción de escoger las frecuencias a evaluar.
2. Se brindan las instrucciones al paciente: A continuación, escuchará unos sonidos, algunos sonaran más graves (como un motor) y otros más agudos (como unos pitos). Escuchará que esos sonidos poco a poco irán disminuyendo de intensidad. Usted a medida que lo escuche de manera clara, indicara en el botón “lo escucho”, si ya casi no lo escucha apretará el botón “apenas lo escucho” y en caso que deje de escucharlo, apreté el botón“no lo escucho”. Este procedimiento se realizará por cada uno de los oídos.
3. Inmediatamente usted apreté el botón “no lo escucho”, sonará un nuevo sonido, un poco mas agudo o grave, y nuevamente a una mayor intensidad;debe realizar las mismas indicaciones anteriores. La prueba cambiara de frecuencia a evaluar y registrara como resultado el ultimo que el paciente contesto que escuchaba

4. Una vez el paciente ha realizado el procedimiento, por un oído, se procede a realizar el mismo procedimiento por el otro oído.
5. Posteriormente se procede a guardar los resultados de la prueba, ingresando los datos del paciente evaluado.
6. Se puede consultar los datos de cada paciente ingresado en el momento quese requiera

INFORMACIÓN TÉCNICA DE LA APLICACIÓN USADA (HEARING TEST):

La aplicación móvil seleccionada fue la APP: HEARING TEST, la cual es un aplicativo de uso gratuito para descargar por play store. Se seleccionó considerando que tiene una configuración muy similar en los audiogramas a la audiometría tonal, lo que permite una mejor diagramación del estado auditivoen el oído derecho e izquierdo, este tiene las frecuencias de 125 a 8000 en HZy los decibeles de 0 a 100. También la descarga es fácil también por google play y se adapta cualquier smartfhone (Calculation of the calibration coefficients for mobile devices). Además, incluye tonos puros Comparison With Pure-Tone Audiometry.
Se utilizan los auriculares incluidos y coeficientes de calibraciónpredefinidos de la base de datos del dispositivo móvil

-Se debe realizar calibración del dispositivo (en el caso de que no haya coeficientes predefinidos o para otros auriculares).

-Permite una visualización de los resultados de las audiometrías, agregando notas a los mismos, y su correspondiente impresión.

- “El uso de esta aplicación puede realizar un ajuste de calibración (pueden ajustarse los coeficientes de calibración sobre la base de los audiogramas generados con un audiómetro) y verificación de los mismos.- Por último la aplicación permite eliminación del enmascaramiento sonoro para una audiometría a campo libre”.

14. Preguntas y compromisos

No hay preguntas de parte de los asistentes a la reunión y se procede a hacer el cierre del mismo.

FIN DE LA REUNIÓN

Sin otros temas pendientes se da por terminada la reunión a las

HORA (a.m.-p.m.)
1:00 p.m.

Encuentro Centro y Oriente- E.S.E. LISTADO DE ASISTENCIA							
Marca temporal	Nombres y Apellidos	Número de identificación	Cargo y/o dimensión	Institución	Municipio	Correo electrónico	Número de Celular
10/06/2021 12:57:35	Luisa adriana carabali	34604140	Gestora en salud ECNT	Secretaria de salud Depa	Popayán	Adriana.carabali66@gma	3187855205
10/06/2021 12:58:51	Karen Lizeth Salazar Muñ	1061753034	GSP LINEA EVS	SDSC linea EVS	Popayan	Klizeth1012@hotmail.com	3122585477
10/06/2021 12:59:25	Paula Andrea Tose Verga	1061693411	Referente cáncer. Dimens	Secretaría departamental	Popayán	paulatosev.sdsc@gmail.c	3176576447
10/06/2021 12:59:58	Paula Andrea Ruiz Bolañ	25286621	Gestora S.P. Salud Bucal	SDSC	Popayán	paularuiz80@hotmail.com	3168573393
10/06/2021 13:04:48	Diana patricia Astudillo	25284619	Gestora en salud publica	Sdsc	Popayan	Dianastudillo@gmail.com	3113420226
10/06/2021 13:07:19	Yesica Fernanda Duymov	1061745802	Gestora de Salud Pública	SSDC	Popayán	yekaduymovic@gmail.cor	3167437193
10/06/2021 13:09:10	Maribel Murillo Tenorio	66994002	Psicóloga Programa de T	SDS Cauca	Popayán	maribelmurillo625@gmail	3155853298
10/06/2021 13:11:06	GERMAN RICARDO CUA	1002890703	TECNICO ACTIVIDAD FI	PIC DEPARTAMENTAL D	PIENDAMO	gecusan@outlook.es	3114007094
10/06/2021 13:11:09	erik sebastian botina insu	10894856111	fisioterapeuta- dimensión	ESE pópayan	Popayán	sebastian botina2410@gr	3113861649
10/06/2021 13:11:24	Andrea carolina Pillimue	1061741294	Tecnico Actividad fisica [	Pic Departamental	Cajibio	Carolinapillimue34@gmai	3103594780
10/06/2021 13:12:06	Omar Sánchez	4611974	Dim 4	Secretaría de salud depar	Popayán	Nutricionsdsc@gmail.com	3104404165
10/06/2021 13:12:42	JOHN EDUARD CRUZ S/	1061731773	AUXILIAR DE ENFERME	ESE CENTRO UNO	PIENDAMO	tbccyd.esepiendamo@gm	3173402323
10/06/2021 13:12:56	Deisy caicedo	25286856	Odontologa	Ese popayan	Totoró	deycaicedo@gmail.com	3103903936
10/06/2021 13:13:04	Yady Xiomara Hoyos	34324672	Profesional de Apoyo Dim	ESE Popayán	Popayán	yayitahoyos@gmail.com	3005118885
10/06/2021 13:13:10	Luz Alix Sevilla Ordoñez	25274414	Enfermera PIC Departam	ESE CENTRO 1	Piendamo	luzalixsevilla@hotmail.co	3122867300
10/06/2021 13:13:11	Luisa Fernanda Meneses	34327585	Gestora SP Estrategia CE	SSDC	Popayán	luisameneses27@gmail.c	3113980504
10/06/2021 13:13:12	Nasly Esneda Vargas Ber	1061717089	Coordinadora	ESE Popayán	Popayán Totoró	naslyy89@gmail.com	3157129625
10/06/2021 13:14:16	Angie Catherine Fernand	1061793531	Enfermera	IPS Sanitas	Popayan	acfernandez@keralty.co	3155612876
10/06/2021 13:15:07	Blanca Nidia Muñoz Zuñig	34657733	GSP-IC DIM 6	SSDC	Popayan	blancamunoz@unicauca.	3112842692
10/06/2021 13:16:35	Viviana Amaya	1061705394	Gestora en salud publica	Secretaria de salud Depa	Popayán	Vivianaeamaya@hotmail.	3155772155
10/06/2021 13:17:29	Beatriz Helena Gelvez Tu	1061738867	Gestor en Salud Pública [	Secretaria de Salud Depa	Popayán	beatrizgelvezsdc@gmail.c	3204592106
10/06/2021 13:17:41	mónica barrera	3	gestora	emssanar	cali	gestoraclinicaepoc@gma	3166340797
10/06/2021 13:20:19	Paola Bolaños Ortega	34328203	Gestora en salud pública-	Sécretaria Departamental	Popayan	paola.saludoralsdsc@gm	3146161592
10/06/2021 13:21:43	Stella montaño	66747235	Gestora Primaria	Emssanar SAS	Cali	stellamontano@emssana	3105525488
10/06/2021 13:22:01	Maria Angelica campo	1061714262	Gestora en salud publica	SSDC	Popayan	dra.angelica.perio@gmail	3206245518
10/06/2021 13:23:19	Sidney Adriana Noguera I	25290676	Gestora en Salud Pública	SDSC	Popayán	adriananoguera2009@ho	3147406967
10/06/2021 13:35:15	Magda López Fernández	25276144	Gestora Salud Pública	SSDC	Popayán Cauca	mlopezfernandez15@gma	3188759088
10/06/2021 13:39:28	Julian Carvajal	1061748921	Gestor en Salud Pública -	Secretaría de Salud Depa	Popayán	juliancarvajal14@gmail.co	3105193403
10/06/2021 13:49:55	MADERLEVI YANDI RAM	1126002507	APOYO PROFESIONAL I	ESE CENTRO UNO	PIENDAMO	maderlevi@gmail.com	3113371408