INFORMACIÓN BÁSICA

LUGAR – MEDIO DE COMUNICACIÓN	**FECHA** (dd-mm-aaaa)	**HORA DE INICIO** (a.m.-p.m.)
Plataforma de videoconferencia Google Meet: **https://meet.google.com/jvs.sizk-srp**	4/06/2021	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:
Diana Patricia Astudillo Pino – Gestora en Salud Publica- Referente Cers

A QUIEN SE DISTRIBUYE:

Equipo dimensión 2: "Vida saludable y condiciones no transmisibles” DIM4 Seguridad Alimentaria y Nutricional, programa de envejecimiento y vejez y Dimensión 6 vida saludable y condiciones transmisibles tuberculosis y Lepra , Dimensión 9, humanización de la SDSC y profesionales de las Secretarias de Salud Municipales

1. DESARROLLO Y METODOLOGIA DE LA ACTIVIDAD

El día 4 de junio del 2021 siendo las 8:00 am se da inicio a la asistencia técnica a los entes territoriales municipales de Argelia, Balboa, Bolivar, Patia, Florencia, Mercaderes, Sucre, Sotara, la vega, Almaguer, La Sierra, Rosas, Piamonte, san sebastian y santa rosa de la dimensión 2 "Vida saludable y condiciones no transmisibles” DIM4 Seguridad Alimentaria y Nutricional, Dimension 9 programa de envejecimiento y vejez y Dimensión 6 vida saludable y condiciones transmisibles tuberculosis y Lepra de la SDSC.

Se da a conocer el objetivo de la reunión el cual era fortalecer el desarrollo de capacidades (lineamientos y normatividad vigente) y la ejecución efectiva de las políticas, planes, programas y proyectos de salud pública, de forma coordinada y organizada con la participación de los diferentes sectores, y así, mejorar la gobernanza en salud, respuestas y articulación que apunten al logro y mantenimiento de resultados en salud, acorde con lo planteado en la Resolución 518 de 2015, con respecto a la Gestión de la Salud Pública.

Se procede a realizar un llamado a lista de los municipios que están presentes en el espacio.

Seguidamente se realiza la presentación de la agenda del día:

REGIÓN SUR, MACIZO Y PIAMONTE 04 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 2: Línea de salud Visual, auditiva y comunicativa	Fga. Esp. Magda López - Gestora en Salud Pública	8:20 am - 8:40 am
4. Dimensión 2: Línea Prevención de Consumo de Tabaco y Alcohol	Fga. Esp. Magda López - Gestora en Salud Pública	8:40 am - 9: 00 am
5. Dimensión 2: Línea de Estilos de Vida Saludables	Ft. Esp. Karen Salazar - Gestora en Salud Pública	9:00 am - 9:20 am
6. Dimensión 2: Línea de Enfermedades crónicas no trasmisibles	Ft. Esp. Luisa Carabalí - 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 Salud Bucal	Od. Esp. Paula Ruiz Bolaños- Gestora en Salud Pública	10:00 am - 10:20 am
RECESO		10:20 am - 10:35 am
9. Dimensión 2: Estrategia CERS	Fga. Esp. Luisa F. Meneses- Gestora en Salud Pública	10:35 am - 10:55 am
10. Dimensión 4: Seguridad Alimentaria y Nutricional	Ing. Omar Sánchez - Gestor en Salud Pública	10:55 am - 11:15 am
11. Dimensión 6: Enfermedades Tuberculosis y Lepra	Enf. Esp. Beatriz H. Gelvez - Gestor en Salud Pública	11:15 am - 11:35 am
12. Dimensión 9: Envejecimiento y Vejez	Ft. Esp. Viviana Encarnación Amaya - Gestora en Salud Pública	11:35 am - 11:55 am
13. Dimensión 9: Línea de Humanización	Enf. Esp. Yesica F. Duymovic García - 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

Se continúa con el saludo de bienvenida por parte de la Jefe Kelly Tello Profesional especializada de la SDSC, quien agrade el espacio que se han brindado las personas asistentes a la reunión para que desde las dimensiones 2,4, 6 y 9 se pueda facilitar la asistencia técnica con los lineamientos y funciones claves que desde gestión de la salud pública. Manifiesta que se pretende facilitar las herramientas necesarias para apoyar los procesos de las secretarias de salud municipales.

De igual manera informa a las secretarias, que en una alianza con la universidad de los Andes se va a diligenciar un instrumento via telefónica, donde harán una evaluación de la capacidad técnica de las entidades territoriales para la gestión de la ruta cardiovascular, que se hará vía telefónica, en el departamento lo harán en los 42 municipios, y es importante que lo tengan presente y se suministren el contacto de la persona que atienda la encuesta, se necesita el número de teléfono, correo y cargo.

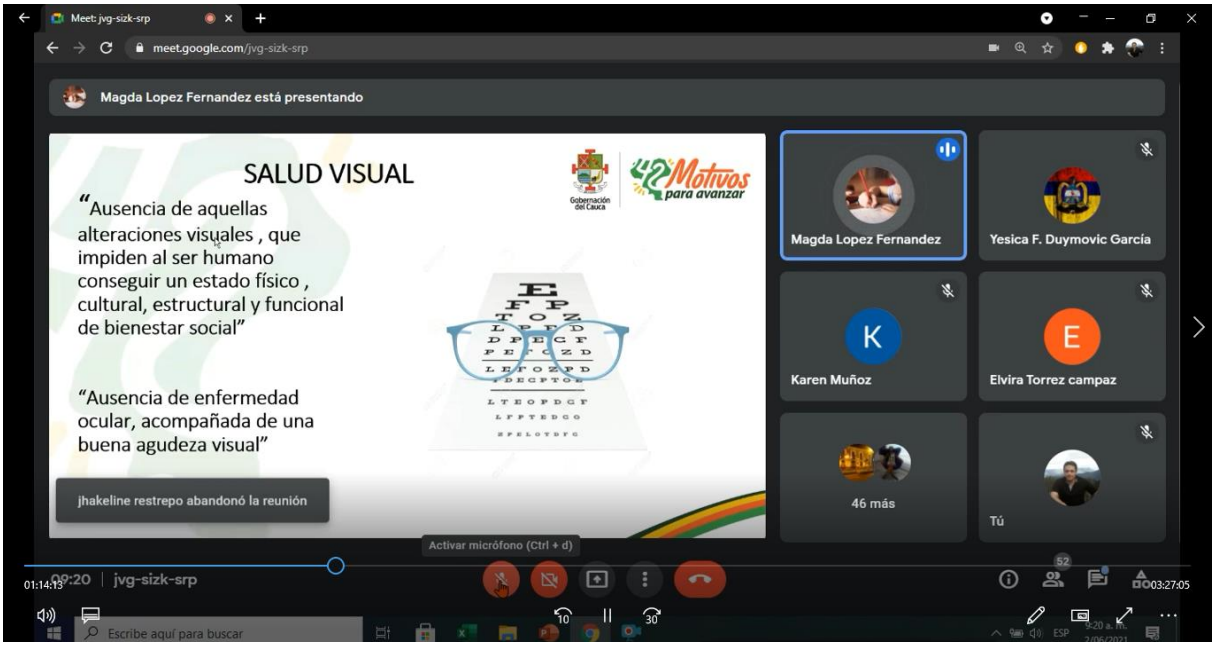
Esta encuesta estará iniciando el 9 de julio, y contactaran a las personas, se dispone un link en el chat de la reunión, para que den la información solicitada del profesional delegado.

Antes de iniciar se vuelve ha llamar a los municipios, asistentes, que acaban de conectarse.

Se realiza la presentación de la línea de Salud visual y auditiva profesional Magda Lopez

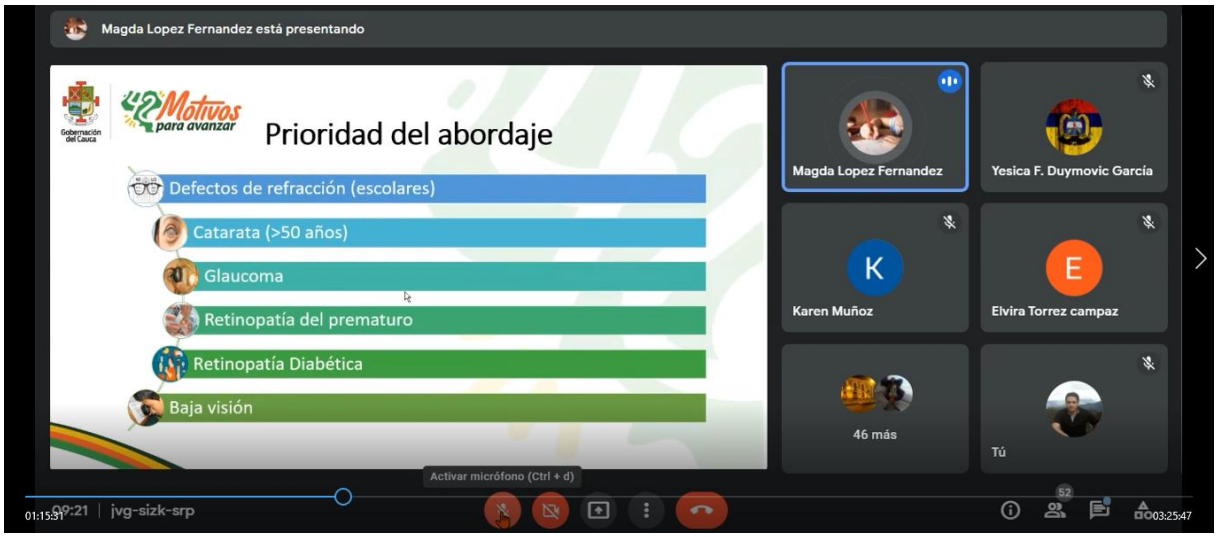
se presentan dos estrategias muy importantes que se llaman veo bien aprendo bien para salud visual y somos todo oídos para la salud auditiva.

¿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



Porque es importante la salud visual, nos permite 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 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, Retinopatía diabética y baja visión.



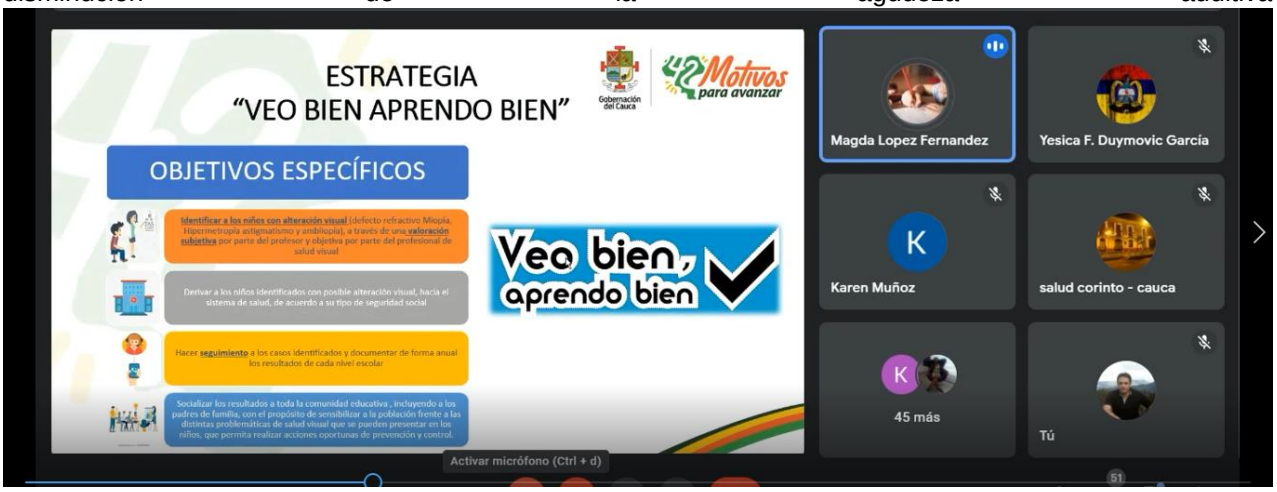
Se presenta, CUALES SON NUESTRAS METAS A 2021 queremos implementar prácticas de autocuidado para la prevención del manejo de enfermedades no transmisibles incluida salud oral visual y auditiva

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 .

La estrategia veo bien aprendo bien que es? . Esto consiste en una coordinación y una articulación de actividades entre los sectores salud y educación si?

En resumen que consiste la estrategia VEO BIEN APRENDO BIEN primero que es la identificación de niños con alteraciones visuales. 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 hipocacusia. 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.

Es un instrumento muy importante, el instrumento se llama INSTRUMENTO VALORACION 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?

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 que brinda la posibilidad de conocer si el paciente tieneo no, una pérdida auditiva y el grado de severidad de la misma.

PREVENCIÓN DE TABACO Y ALCOHOL.

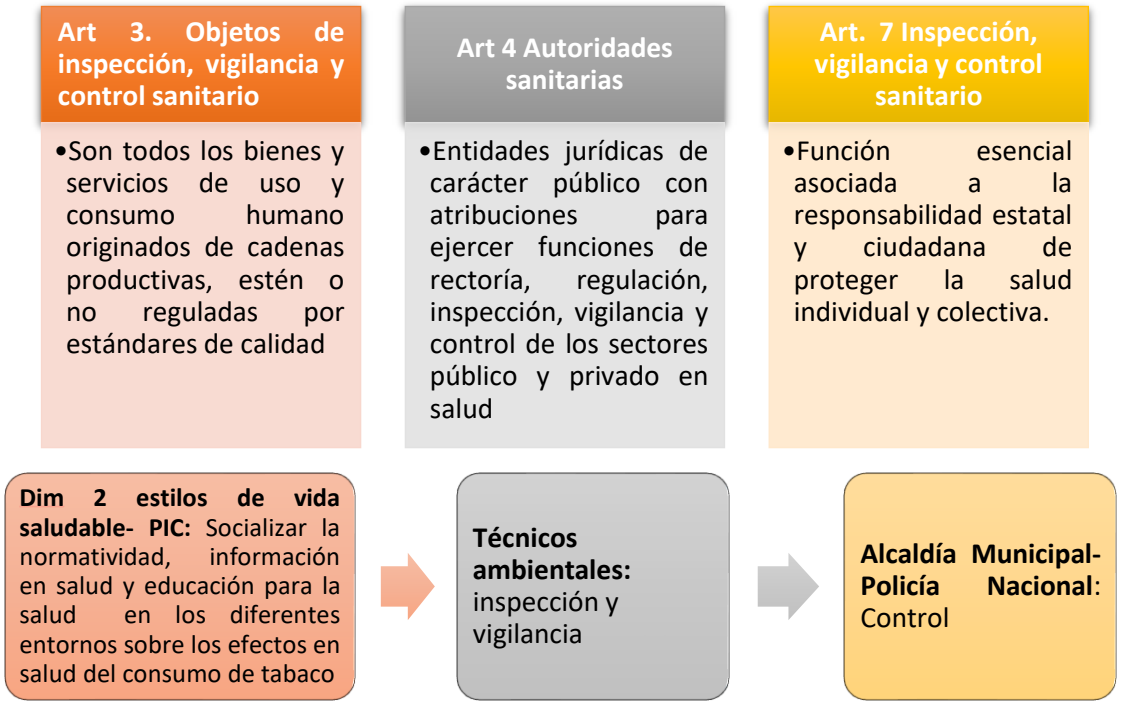
Se da inicio a la presentación recordando que en el plan decenal de salud pública de 2012 a 2021 existen unos Componente Modos condiciones y estilos de vida saludables : donde se pretende que a a 2021, haya una reducción al 10% el tabaquismo en personas de 18 a 69 años, A 2021, se logre el cumplimiento 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

Se presenta que 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. 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

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. 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

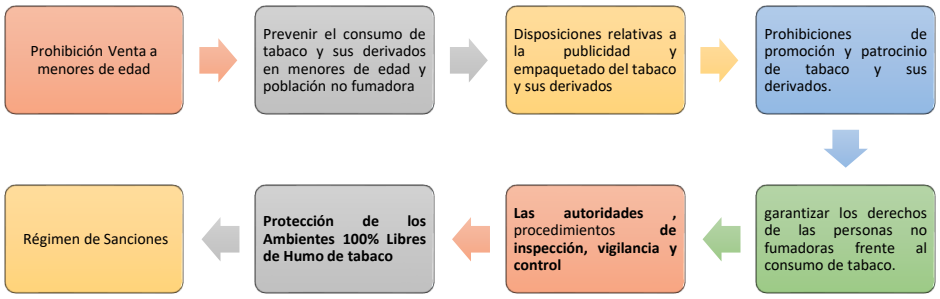
años de vida. Por lo tanto la idea es Trabajar para tener un envejecimiento saludable Promoción y prevención del consumo de tabaco.
En el marco de la política pública encontramos unas metas y objetivos específicos en el control del tabaco como lo son el plan decenal de salud pública y el plan decenal 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..

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.
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



•

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.



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.

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. En el artículo 11 Campañas de prevención para la población en riesgo por 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. 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).

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.

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.

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.

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. Aquí observamos como estos municipios del departamento del Cuaca ya han tenido asistencia tecnica por el minissterio de salud esde el alo 2019.

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, para los niños en donde dice respire con tranquilidad este es un esapacio 100% libre de humo de tabaco y sus derivados.

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.

Obligaciones de las entidades territoriales son las mismas que ya menciónè a 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.

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.

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.

Dando continuidad a la agenda, da la palabra al profesional Karen Salazar línea de estilo de vida saludable- Dimensión 2.

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 cadiovasculares 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 :

- Resolucion 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 especificas de HTA Y Diabetes.**
- La costitucion politica 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 organica del plan de desarrollo y la Ley organiza de ordenamiento Territorial.
- Plan decenal de salud Publica.

Intervenciones en la promocion de la actividad fisica.

La promocion de la actividad fisica es una herramienta para garantizar el derecho a la salud, que trasiende las intervenciones individuales, por lo cual lleva a buscar que las politicas publicas garanticen la adopcion de la promocion de la actividad fisica, mediente la transformacion y organización intersectorial. Por lo cual se debe realizar una articulacion intersectorial, para realizar acciones coordinadas y complementarias , a traves de una planeacion, que permita la formulacion de planes y programas coordinados, garantizando asi el derecho a la salud.

Hablamos de derecho a la salud por que debemos garantizar la promocion de la salud, diagnostico aportuno, tratamiento, rehabilitacion y cuidados paleativos, para los cuales la actividad fisica es trasversal a todas estas acciones, excepto el Diagnostico.

Ruta para la Promoción y Mantenimiento de la Salud - RIAS DIAPO NUEVA

Todas nuestras acciones que deben ser armonicas y complementarias, entre las acciones de la gestion de la salud publica de intervenciones poblacionales, colectivas deben ser complementarias a las atenciones indivuduales por cada curso de vida según la ruta de promocion 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 paciente asimile su importancia.

Promoción de la ALIMENTACION SALUDABLE

MARCO NORMATIVO



LEY 1355 de 2009	Define la obesidad como una enfermedad crónica de Salud Pública
Ley 1751 DE 2015	Derecho fundamental de salud
Resolución 3280 de 2018	Adopción de la Ruta de PyMS
Resolución 3202 de 2016	RIAS HTA DM
Resolucion 1381 de 2013	Plan Decenal de Salud Publica
Resolución 333 de 2011	Establece el reglamento técnico sobre los requisitos de rotulado o etiquetado nutricional que deben cumplir los alimentos envasados para consumo humano

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.

Tenemos las GIAS ALIMENTARIAS BASADAS EN ALIMENTOS PARA LA POBLACION COLOMBIANA MAYO DE 2 AÑOS

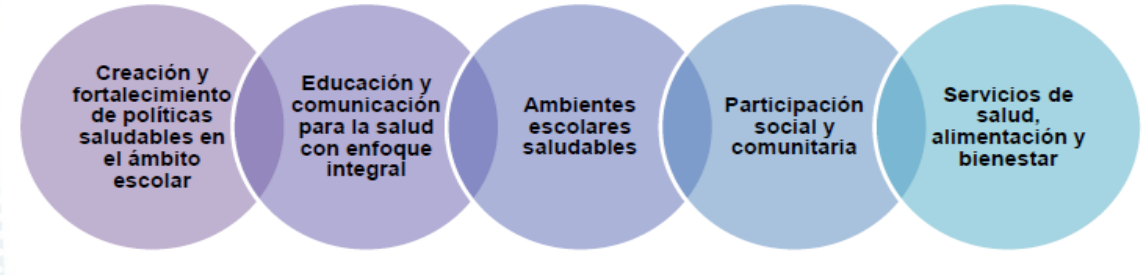
Conjunto de planteamientos que brindan orientación a la población sobre el consumo de alimentos, con el fin de promover un completo bienestar nutricional. Toman en cuenta el patrón alimentario e indican los aspectos que deben ser modificados o reforzados. El objetivo de las Guías Alimentarias es contribuir 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.



La cual tiene 5 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 las intervenciones 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 sectorial e 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.

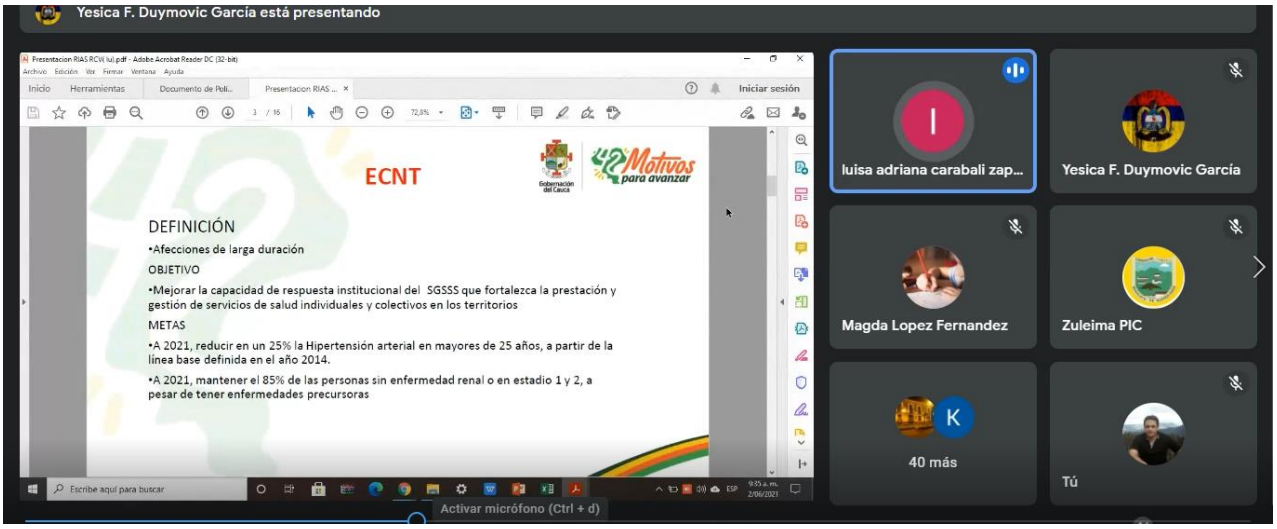
- Realizar acciones d movilización en el municipio entorno a la promoción de la actividad física y alimentación saludable
- Realizar articulaciones intersectoriales que permitan la promoción de la actividad física y alimentación saludable.
- Brindar información en salud y educación para salud frente a la práctica de la actividad física y alimentación saludable.

Para finalizar quiero reclacar la articulacion sectorial e intersectorial, para el desarrollo de las planes y estratgias lo cual permitira realmente lograr los resultados en salud esperados

RIAS promocion y mantenimiento educacion para la salud individual a la familia grupal .

Se continua con la profesional Luisa Carabali, Línea de Enfermedades Crónicas no Transmisibles:

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. Se define que son las enfermedades crónicas no trasmisibles, las cuales tuene una afectación de larga duración y el objetivo es mejorar la capacidad de respuesta institucional del SGSSS para la prestación del servicio y la gestión de la salud individual y colectiva.

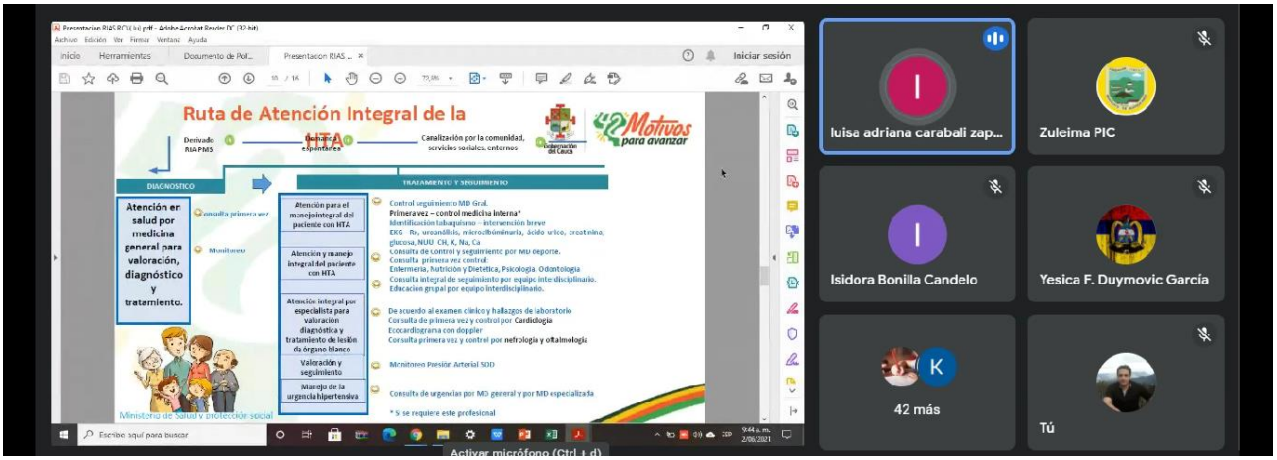


De igual manera se presenta que las enfermedades crónicas no trasmitibles en la actualidad, las cardiovasculares ocupan el 1 puesto dentro de las causas principales de mortalidad en Colombia, igualmente 4 de cada 10 adultos sufren de hipertensión.

La prevalencia de la hipertensión arterial fue de 7,23% de personal afiliadas al sistema de seguridad social en salud, personas entre 18 y 64 años en Colombia.

Las rutas de prevención y promoción de la salud RIAS, de obligatorio cumplimiento, resolucion3280 de 2018 que reglamenta la ruta de hipertensión y diabetes.

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 cardio vascular 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 y 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 esta cohorte y el Reporto oportuno a cuentas alto costo Resolución 2463 -2014.

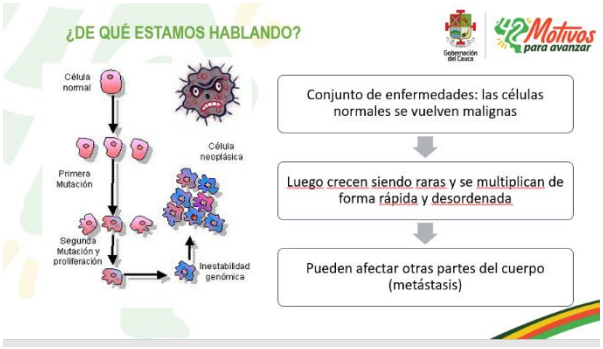
Con todo esto el ente territorial como agentes del sistema de salud tiene unas acciones y Responsabilidades, Establecer la situación de salud en su municipio, por su mejoramiento. Monitorear y evaluar la ejecución de los planes y acciones en salud pública. Dirigir y controlar, el Sistema de Vigilancia en Salud Pública, Gestión de Articulación intersectorial y sectorial, con la Implementación herramientas de monitoreo para el seguimiento, Gestión en la prestación del servicio individual, Garantizar el acceso oportuno servicios de salud Desarrollo de capacidades, Ejecutar las acciones del PIC de manera oportuna.

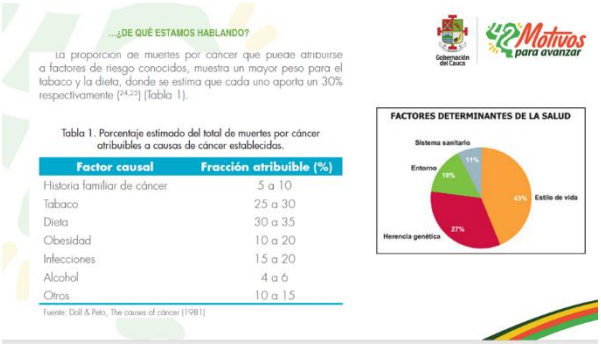
Se continua con la socialización de la línea de cáncer a cargo de Enf. Mg. Paula Andrea Tose

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. Posteriormente se hace la definición con respecto al cáncer, el cual hace referencia a un conjunto de enfermedades en el cual las células no se mueren cuando se deberían morir, lo que se conoce como apoptosis, sino que continúan viviendo por más tiempo, además de eso se multiplican de manera desordenada rápida y adquieren el potencial de invadir otros órganos lo que se conoce como metástasis.

Alrededor de este tema hay una construcción sociocultural fuerte, que se ha construido con base en los diferentes imaginarios y vivencias de las personas que existen a nuestro alrededor sobre 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, incluso se estima que al año 2026 una de cada 8 mujeres tendrá cáncer de mama y uno de cada seis hombres tendrá cáncer de próstata. 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 (datos tomados de registros poblacionales y coincide con los datos de Análisis de Situación de Salud – ASIS), seguido del cáncer de próstata, el primero produce 19,4 muertes y el segundo 14,7 muertes por cada 100.000 habitantes respectivamente. No menos importante, se encuentra el cáncer infantil -a semana 40 de 2020- se presentaron 45 nuevos casos de menores de 18 años con diagnóstico confirmado de cáncer.





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.



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 para premiar gestión del riesgo y generar mecanismos de compensación ex-post de compensación, así como también mejorar el registro, investigación en cáncer en el país, etc. 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.

Se señalan también la Circular 035 de 2015 sobre vacunación por VPH dado que se deben mejorar coberturas útiles de vacunación. Otro punto tiene que ver con UFCA y UACAI, es decir, unidades funcionales de cáncer adulto y unidades de atención de cáncer infantil. Hasta la fecha quién se encuentra realizando el proceso de habilitación, es el instituto Nacional de Cancerología, sin embargo, se espera que a futuro sean las entidades territoriales quienes hagan estos procesos de verificación.

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.

Esta revisión pone de relieve la necesidad de conocer el documento marco para el país en cáncer, el cual es el Plan decenal para el control de cáncer. Dentro de sus objetivos está: 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.

Una vez revisado el marco normativo, frente a las competencias de las entidades territoriales del nivel municipal, entre otras ya mencionadas, se debe conocer la matriz de actividades individuales de la Resolución 3280, realizar seguimiento a la implementación de las RIAS, verificar demanda inducida y demanda inducida efectiva, red de prestadores, rutas, enlaces, oportunidad/demoras, etc. Este seguimiento también incluye a los menores con cáncer infantil, reconocerlos, quizá sean pocos por municipio o indagar si hay subregistro y, esto se concatena 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.

Por último, las entidades territoriales también están llamadas a efectuar acciones de acompañamiento y asistencia técnica a los diferentes actores del territorio (IPS, EPS), lo que implica formación. Además, la labor de inspección vigilancia y control, así como cumplimiento de la normativa, seguimiento a indicadores para verificar el estado actual y las metas del programa de cáncer en el nivel local. Del mismo modo, se insta a realizar el seguimiento a las peticiones, quejas y reclamos y, por último, trabajar para el fortalecimiento de la vigilancia en salud pública -particularmente de los eventos 115 y 155-, último que requiere ser ajustado de manera directa.

Se finaliza la intervención, incentivando a reunirse y mantener el trabajo en equipo.

Continúa la presentación de la línea de salud bucal con la profesional Paola Ruiz Bolaños.

Da inicio dando a conocer las metas de salud oral del Plan Decenal de Salud Pública (2012-2021):

- 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.

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 y en el marco de la estrategia CERS 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) por medio de la articulación con el sector educativo y con actividades de las ESE e IPS del departamento.
El programa de salud oral del proceso de Gestión de Salud Pública y de Intervenciones Colectivas de la Secretaria Departamental de Salud del Cauca, tiene como finalidad realizar promoción de la salud mediante el acompañamiento y apoyo en la implementación de la estrategia Dientograma-que es una estrategia departamental- y de la estrategia Soy Generación más Sonriente-que es una estrategia con lineamientos del MSPS.

El Dientograma es una estrategia exitosa, ya que es una herramienta pedagógica que busca educar y sensibilizar a la población intervenida en cuanto a hábitos de autocuidado en salud bucal, convirtiéndose posteriormente en el marco de las acciones de APS en la zona urbana, rural y rural dispersa, 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 en las diferentes IPS de la población intervenida. La población priorizada son gestantes y 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 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 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 en 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. Dentro de la contratación de PIC departamental se interviene 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.

La estrategia Soy Generación más Sonriente, cuenta con lineamientos del Ministerio de Salud para su implementación, surge desde el año 2014 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 los cursos de vida. Se ha venido realizando seguimiento a la implementación de esta estrategia en articulación con PAI con el fin de aumentar la cobertura con aplicaciones de barniz de flúor en la población objeto. Es importante incluir la articulación con otros actores claves como el ICBF e instituciones educativas 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. El barniz de flúor es un producto que favorece su aplicación en las consultas odontológicas regulares y en las actividades masivas como jornadas de vacunación y brigadas comunitarias

La sensibilización y educación en hábitos de autocuidado, se enfoca en el concepto “La caries no es solo un problema de los dientes”, donde se hace conciencia de las consecuencias y secuelas que tiene la caries por alteraciones bucodentales, ya que una persona en cualquier curso de vida al verse sus dientes afectados tendrá una autoestima baja, el rechazo social, bullying, bajo rendimiento académico, déficit de atención, aislamiento social, desnutrición, conflictos interpersonales, depresión y además de la alteración de su apariencia física, también hay interacción de las enfermedades bucales con enfermedades sistémicas, razón por la cual se realiza la promoción de hábitos de autocuidado.

Según la Organización Mundial de la Salud, se estima que las enfermedades bucodentales afectan a casi 3500 millones de personas, siendo una cifra alta donde se reportan enfermedades como Caries, Periodontopatias, Cáncer bucal, Traumatismo bucodental, por lo cual se hace necesaria la implementación de las estrategias Dientograma y Soy Generación más Sonriente en todo el departamento del Cauca.

El programa de Salud bucal hace parte de la estrategia 4 x 4 ampliada, donde se tiene como objetivo promover los hábitos y estilos de vida saludable en las personas, familias y comunidades, para la prevención y control de las enfermedades crónicas no transmisibles, teniendo en cuenta el lavado de manos, técnica de cepillado, actividad física, consumo de frutas y verduras, evitar consumo de tabaco, evitar consumo de alcohol.

El Dientograma se ha venido implementando desde el año 2016 en los 42 municipios del Departamento, impulsado por la Secretaria Departamental de Salud del Cauca, por medio de las referentes de salud bucal en articulación con la Secretaria de Educación, los odontólogos de las IPS y en actividades contratadas en el PIC municipal y PIC departamental.

Se da a conocer el consolidado de las actividades realizadas desde el año 2016 a 2019, se intervinieron 981 instituciones educativas, beneficiando a 29.982 Escolares, a 8.984 Gestantes, a 24.134 Adultos mayores con la implementación de la estrategia Dientograma. Además, se beneficiaron 128.929 niños, niñas y adolescentes de los cursos de vida de primera infancia, infancia y adolescencia, con la implementación de la estrategia Soy generación más sonriente, realizando actividades de protección específica con aplicación de barniz de flúor.

Se ha venido trabando de manera articulada con la Secretaria de Educación Departamental con el objetivo de capacitar al personal docente de las instituciones educativas de básica primaria y/o básica secundaria en temas relacionados con hábitos de autocuidado en salud bucal y estilos de vida saludable, brindar desarrollo de capacidades en los componentes de la cavidad oral, partes del diente, principales enfermedades que se presentan y su prevención, trauma dentoalveolar y primeros auxilios, mediante videoconferencias, actividades de trabajo y desarrollo del curso virtual DOCENTE LIDER - COLGATE; y dar a conocer las estrategias “Dientograma” y “Soy Generación más Sonriente”, brindando las herramientas necesarias para lograr su implementación.

Otra de las articulaciones que el programa de salud bucal realiza es con los Centros de Protección del Adulto Mayor, se tiene como objetivo, capacitar a los cuidadores que laboran en los Centros Día o Centro Vida, en temas relacionados con la cavidad oral en afecciones geriátricas para garantizar la canalización a los servicios de salud en odontología y la prevención de infecciones oportunistas. La metodología a utilizar es realizar asistencia técnica a los cuidadores en temas como el edentulismo, sus patologías y mantenimiento de las prótesis orales, para lo cual se diseñó un folleto educativo para realizar la higiene de las prótesis con materiales caseros como el bicarbonato, el hipoclorito, agua y limón ya que la mayoría de los pacientes no saben que las prótesis no se limpian con crema dental.

A continuación se socializa la ruta de promoción y mantenimiento 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 especifica con aplicación de barniz de flúor, el control de placa bacteriana y los sellantes, correspondientes a la ruta de promoción y mantenimiento.
Otra población objeto intervenida 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 Día, 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 y detartraje, la valoración por odontología según la ruta es cada 2 años en los cursos de vida adultez y vejez. Posteriormente se intervienen la población de gestantes, donde se realiza una articulación con la ruta materno perinatal, realizando dos consultas de valoración por odontología y 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 lograr la meta de promover los hábitos de autocuidado en salud bucal en nuestras tres poblaciones priorizadas.



Se da un receso de 15 minutos para luego continuar:

Continúa la presentación de la Estrategia CERS con la profesional luisa Meneses

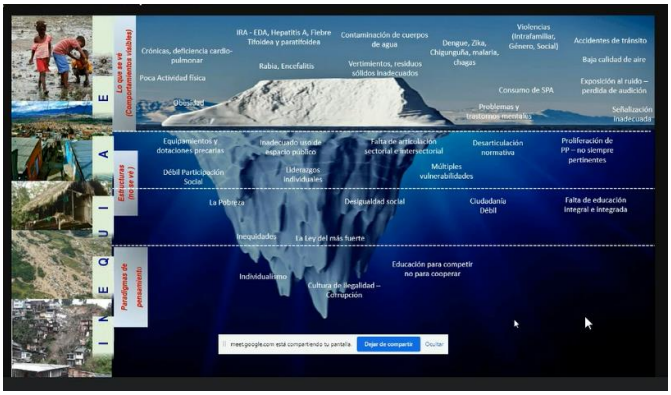
Se presenta El objetivo de la estrategia CERS es crear un impacto positivo frente a los determinantes sociales de la salud. El estado de salud de las personas en un gran porcentaje depende de los determinantes sociales en salud, estos hacen referencia a las circunstancias en que las personas crecen, trabajan, viven y envejecen, incluso hacen referencia en las fuerzas que influyen en la vida cotidiana de las personas. Estas fuerzas 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).

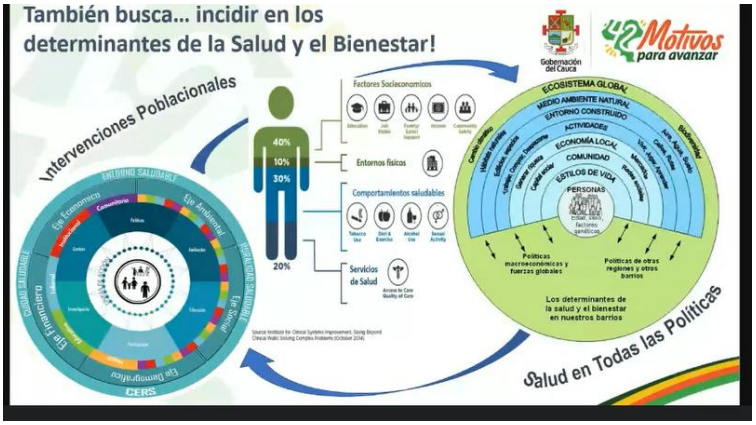
La estrategia busca abordar los problemas territoriales, la inclusión de la salud como la más alta prioridad de la agenda política.



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 sector yd 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.



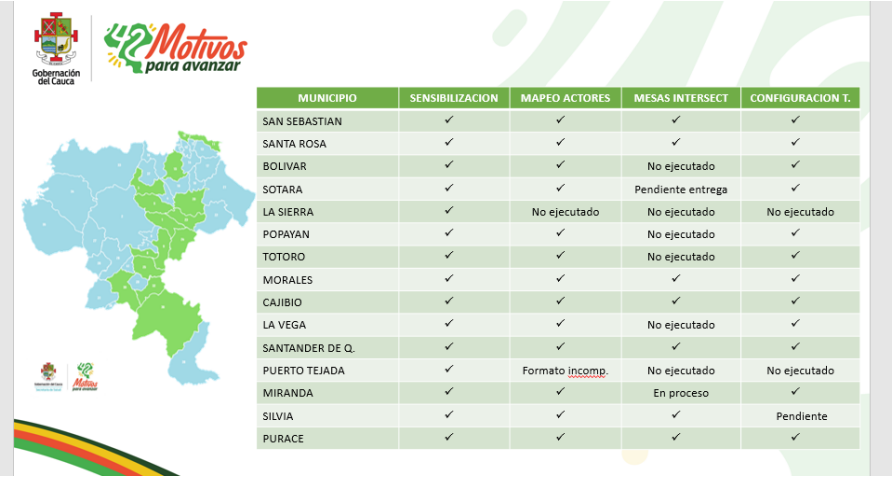
Requisitos para la implementación de la estrategia:

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

Fase de implementación

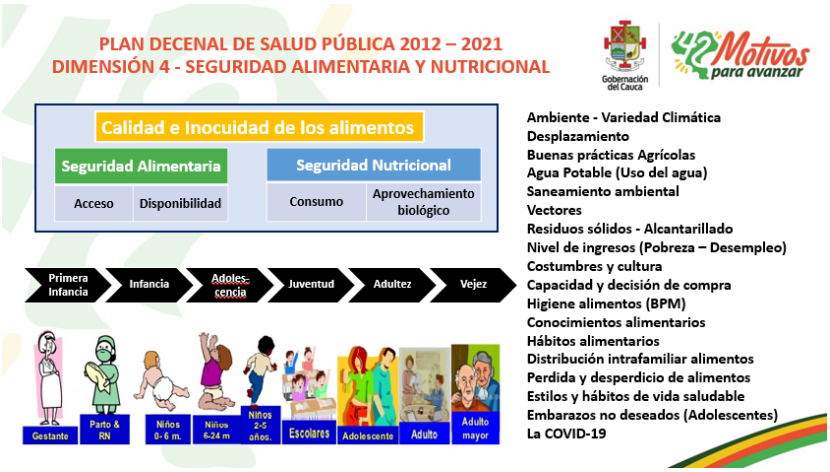


Se presentan los avances en los municipios donde se adelanta la estrategia.



MUNICIPIO	SENSIBILIZACION	MAPEO ACTORES	MESAS INTERSECT	CONFIGURACION T.
SAN SEBASTIAN	✓	✓	✓	✓
SANTA ROSA	✓	✓	✓	✓
BOLIVAR	✓	✓	No ejecutado	✓
SOTARA	✓	✓	Pendiente entrega	✓
LA SIERRA	✓	No ejecutado	No ejecutado	No ejecutado
POPAYAN	✓	✓	No ejecutado	✓
TOTORO	✓	✓	No ejecutado	✓
MORALES	✓	✓	✓	✓
CAJIBIO	✓	✓	✓	✓
LA VEGA	✓	✓	No ejecutado	✓
SANTANDER DE Q.	✓	✓	✓	✓
PUERTO TEJADA	✓	Formato incomp.	No ejecutado	No ejecutado
MIRANDA	✓	✓	En proceso	✓
SILVIA	✓	✓	✓	Pendiente
PURACE	✓	✓	✓	✓

Se continua con el profesional Omar Sánchez línea seguridad alimentaria y Nutricional.



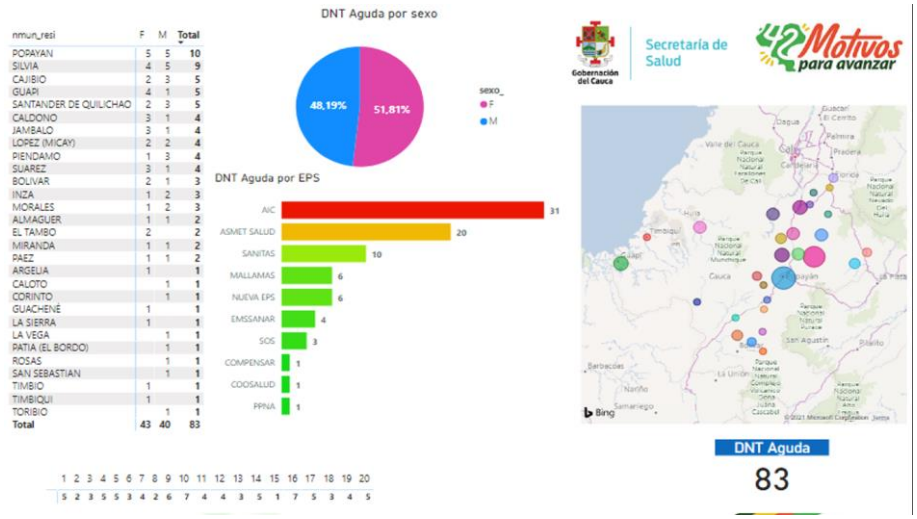
Se realiza presentación de la dimensión 4 seguridad alimentaria y nutricional por el Gestor en Salud Pública, Omar Sánchez, teniendo en cuenta los ejes de SAN (acceso, disponibilidad, consumo, aprovechamiento biológico y calidad e inocuidad de los alimentos), en la intervención se enfatiza en la importancia de la articulación intersectorial para abordar temáticas en seguridad alimentaria, se 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



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 aguda moderada 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.

Artículo 10. Responsabilidades de las entidades de aseguramiento.
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.
10.3Garantizar el flujo y la transición efectiva y oportuna en el marco del sistema de referencia y contrarreferencia, para asegurar la atención del niño de cero (0) a 59 meses con desnutrición aguda moderada 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 creo (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 vento de desnutrición aguda en niños menores de (5) años.

Continúa la presentación de la Dimensión 6 línea de tuberculosis y lepra con la profesional Enf. Esp. Beatriz H. Gelvez.

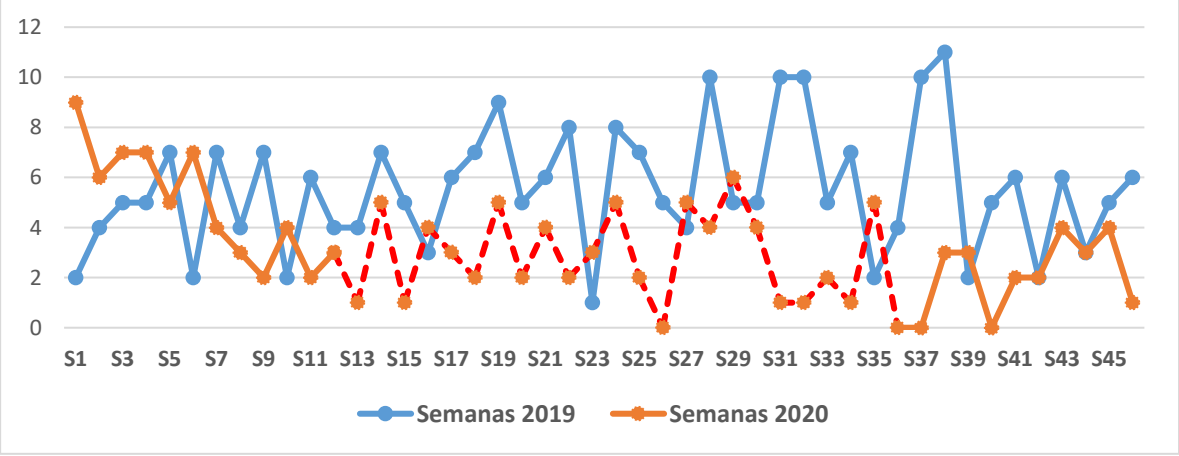
Se resalta el trabajo de la socialización del lineamiento técnico operativo del programa de prevención y atención de tuberculosis, Resolución 327 de 2020.Se presentarán

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

1 Indicadores epidemiológicos Cauca

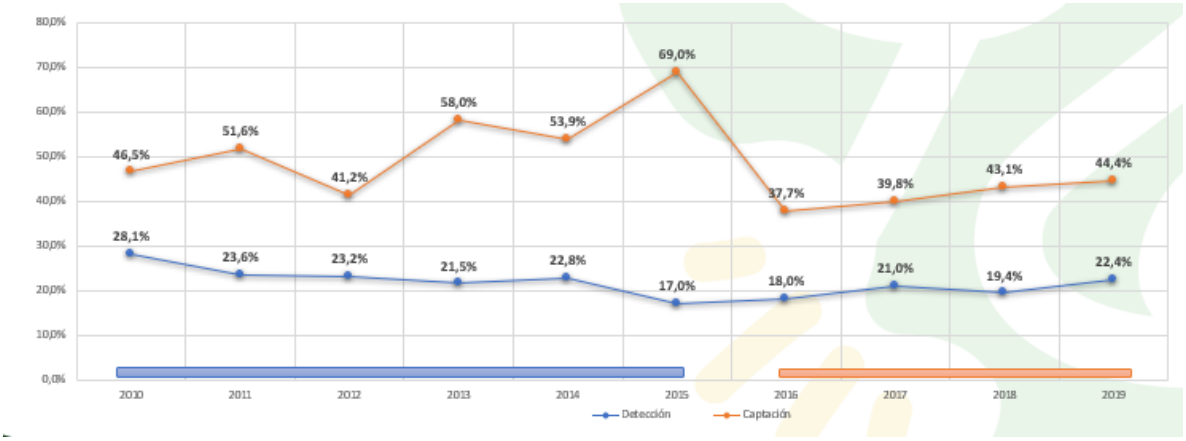
Donde se evidencia que los casos notificados al SIVIGILA semana 46 para el año 2019 son 254 casos para el año 2020 son 150 casos con una variación de -40.9%.
En cuanto a los casos hospitalizados y teniendo como corte la semana 46 de SIVIGILA nos muestra una variación de -37.7%, En el porcentaje de casos hospitalizados tenemos que para el año 2019 teníamos un 53% y en el 2020 tenemos 56% aumento el número de casos diagnosticados en la red hospitalaria con una variación del 5.3% . Para los casos notificados en otros Departamentos tenemos una variación de -46.5%, los casos diagnosticados del nivel complementario del departamento del cauca para el 2019 teníamos 89 casos y para el 2020 son 55 casos con una variación de -32.9% que corresponden a (27 casos), el porcentaje de casos diagnosticados en el nivel complementario nivel II, III hubo disminución de 32,9 % para el 2019 teníamos un 42.3% y para el 2020 46.2% con una variación del 8.4%.

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 46 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 en este año 2020 tenemos una incidencia preliminar de 8,4 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.

2. Sintomáticos respiratorios y Detección casos TB BK(+), Cauca, año 2010-2020

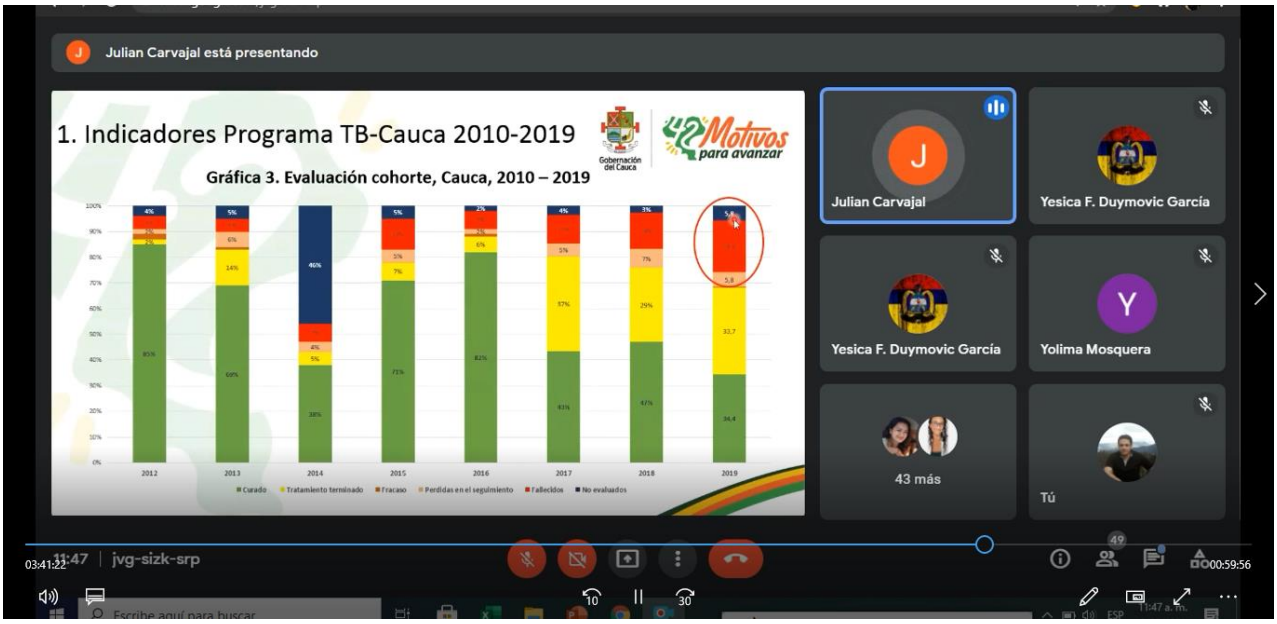


La detección en relación con la captación tenemos que para el año 2020 tuvimos una detección de 17,0%, un porcentaje mínimo teniendo en cuenta el porcentaje elevado de captación para ese periodo lo que refleja que debemos aunar esfuerzos para realizar búsqueda con inteligencia epidemiológica, conservación transporte y fijación de las muestras, poder aumentar el porcentaje de detección en relación con la captación.

Incidencia Cauca TB-TF 2010 - 2020 Vs Incidencia esperada



La incidencia de tuberculosis de todas las formas del 2010 al 2020 versus la incidencia esperada observamos en la gráfica en la línea naranja la incidencia del cauca del año 2010 al 2025 donde se evidencia que para el año 2019 se tuvo una incidencia de 19.4 casos por cada 100.000 habitantes necesitamos que la incidencia permanezca en el tiempo para poder empezar a creer Qué la eliminación de la tuberculosis es posible manteniendo un numero constante de casos en el tiempo e inicie el descenso de su incidencia.

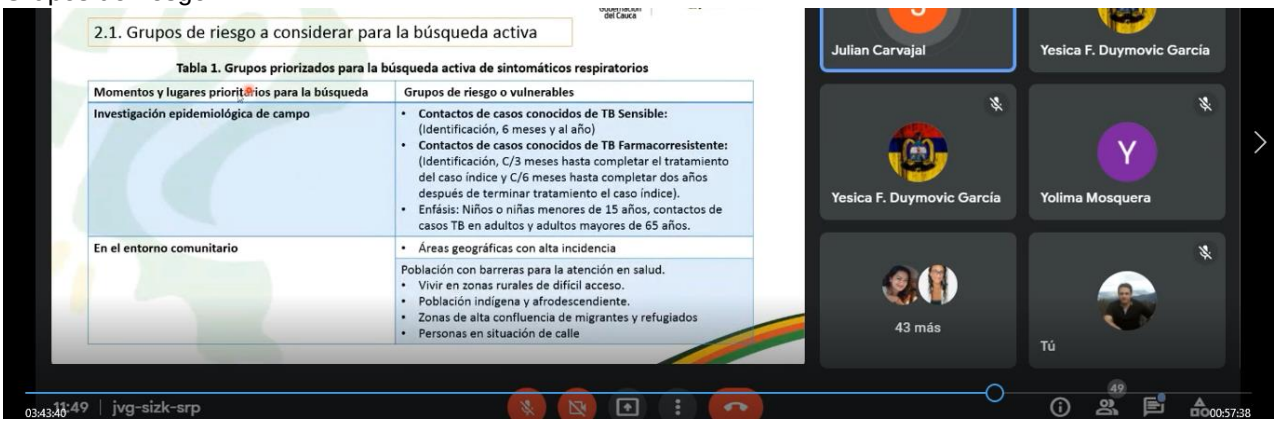


CAPTACION DE SINTOMATICOS RESPIRATORIOS

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



Grupos de riesgo



La resolución 3280 le prioriza entornos para prioriza la búsqueda activa, áreas geográficas y las SSM tengan mapeados los lugares donde se presenta los casos, y en poblaciones rurales de difícil acceso. En personas en situación de calle, y en el entorno institucional.

Se manifiesta igualmente que el entorno educativo que debe realizara en niños 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.

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.

Es importante que la EPS garantice el monitoreo trimestral y los gestores contribuir al cumplimiento de la red prestadoras.

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

Estos lineamientos son de obligatorio cumplimiento y están dirigidos a todos los agentes del Sistema General de Seguridad Social de Salud y demás entidades que realizan acciones en salud para la población colombiana

Se definen las responsabilidades por actores.

Responsabilidades de los agentes del sistema de salud frente al cumplimiento de los algoritmos diagnósticos

Para la detección oportuna de los sintomáticos respiratorios y el diagnóstico de casos se requiere el compromiso efectivo de los diferentes integrantes del sistema de salud, quienes tendrán las siguientes obligaciones, enmarcadas en sus roles y competencias de ley.

Direcciones municipales de salud

- Asistencia técnica a la red prestadora de servicios de salud para la programación de metas de captación de sintomáticos respiratorios a ser realizada en su jurisdicción, en los entornos institucionales y comunitarios.
- Garantía del acceso a baciloscopia, cultivo en medio líquido, pruebas moleculares de identificación y sensibilidad a fármacos, a la población pobre no asegurada identificada como sintomática respiratoria, siempre y cuando el municipio este certificado en salud, de lo contrario lo debe realizar el departamento.
- Validación de la información de sintomáticos respiratorios que reportan los prestadores de servicios, consolidación de los datos y remisión al nivel departamental de manera oportuna, acorde con lo establecido en el Plan de Monitoreo y Evaluación del Programa Nacional de Tuberculosis.
- Identificación de la red de prestación de servicios que realiza baciloscopia, cultivo líquido, pruebas moleculares, pruebas de identificación y de sensibilidad a fármacos. En el caso de que se evidencien poblaciones sin acceso a estas tecnologías establecer seguimiento con las EAPB para la mejora respectiva.
- Garantizar la búsqueda activa de personas sintomáticas respiratorias en grupos poblacionales de riesgo, con énfasis en los contactos de pacientes bacilíferos en los entornos de vida cotidiana en el marco de ejecución del PIC; tales como:
- Entorno institucional: albergues, centros de protección de población adulta mayor, niños y niñas, establecimientos penitenciarios y carcelarios, centros de atención a habitantes de calle, entre otros.
- Entorno hogar: familias en condiciones de vulnerabilidad social, económica, con hacinamiento crítico, pobre acceso a servicios públicos, pertenecientes a grupos étnicos, migrantes y con casos confirmados de tuberculosis.
- Brindar asistencia técnica a las ESE e IPS públicas y privadas frente a la implementación de los algoritmos para el diagnóstico y seguimiento de la tuberculosis definidos en el presente lineamiento.
- Fortalecimiento de las capacidades en el talento humano de salud y agentes comunitarios para la búsqueda activa de sintomáticos respiratorios en los ámbitos comunitario e institucional.

Prestadores de servicios de Salud públicos y privados.

- Los trabajadores de las instituciones prestadoras de servicios de salud deberán conocer las definiciones operativas de cada grupo poblacional y las metas de captación a ser alcanzadas en la atención en salud.
- El personal de laboratorio y personal de salud debe contar con entrenamiento para evaluar la calidad de las muestras y participar en la evaluación interna y externa del desempeño, acorde con lo solicitado por el Laboratorio de salud pública departamental o distrital.
- Cuando la red prestadora identifique sintomáticos respiratorios en el área de influencia de una EAPB con la cual no tenga contrato o afiliados, debe gestionar las atenciones necesarias de acuerdo a los algoritmos definidos en el presente lineamiento, coordinando de manera previa estas intervenciones con las EAPB de su jurisdicción.
- En los laboratorios de las IPS no existirán horarios o restricciones para la recepción de muestras de esputo.
- La contratación de las pruebas moleculares y el cultivo líquido para el diagnóstico rápido de la tuberculosis sensible y farmacorresistente deben ser las sujetas a control por el INS y avaladas por

la OMS, y deben permitir la detección del complejo Mycobacterium tuberculosis y determinar la sensibilidad a fármacos de primera y segunda línea.

- La IPS deberá mantener un registro nominal de las personas sintomáticas respiratorias captadas y hacer seguimiento a los resultados, de acuerdo con lo establecido en el Plan de Monitoreo y Evaluación del Programa Nacional de Tuberculosis y remitirlo mensualmente a la dirección local de salud.
- Contar con protocolos para la toma y procesamiento de muestras de esputo, cultivos y pruebas moleculares, así como con protocolos para trasporte de muestras, conservando las medidas de bioseguridad requeridas y definidas por el INS.
- Proveer los frascos para la recolección de muestras de esputo y garantizar un sitio ventilado e iluminado para su recolección.
- Garantizar las medidas de bioseguridad y los elementos de protección respiratoria en la recolección o procesamiento de muestras de esputo en los trabajadores de la salud.
- Los laboratorios de las IPS deben diseñar un sistema de alerta crítico para reporte de casos positivos al profesional médico tratante, con el fin de establecer el inicio del tratamiento antes de las 24 horas de confirmación del caso.
- Los laboratorios de las IPS deben llevar el registro de procesamiento de pruebas diagnósticas de baciloscopia, cultivo líquido, pruebas moleculares, en los formatos dispuestos por el PNT y el LNR del INS y reportar los resultados dentro de las primeras 48 horas. Esta información deberá estar disponible para las EAPB y las direcciones territoriales de salud con fines de auditoría y asistencia técnica respectivamente.
- En caso de que sean muestras procedentes de zonas diferentes a su jurisdicción, el laboratorio centralizado deberá garantizar un sistema de referencia y contrarreferencia de resultados antes de 48 horas al prestador solicitante.
- Realizar reporte de información de pruebas moleculares con resistencia a fármacos, de manera mensual al laboratorio de salud pública de la entidad territorial de su jurisdicción, así como el envío de muestras detectadas con resistencia a fármacos para vigilancia por parte del LNR del INS.
- Generar estrategias de información y educación a las personas sintomáticas respiratorias para garantizar la correcta recolección y buena calidad de las muestras de esputo recolectadas.
- La baciloscopia, el cultivo líquido, la prueba molecular y la PSF, no requieren autorización previa por el asegurador para su realización, y pueden ser prescritas por un profesional de la salud o por un trabajador de la salud (médico, enfermero, bacteriólogo, agente comunitario de salud, otros) capacitado y entrenado por la Dirección Territorial de Salud, para la identificación de personas que cumplan con el criterio operativo de sintomático respiratorio, sin omitir la correcta canalización a la IPS primaria de atención en salud.
- Las instituciones prestadoras de servicios de salud deberán definir un procedimiento para recibir las muestras o personas sintomáticas respiratorias, derivadas de la búsqueda activa comunitaria, sin que se presenten barreras de acceso a la atención.

Entidades Administradoras de Planes de Beneficios

- Garantizar el acceso a todas las tecnologías de diagnóstico previstas en el Plan de Beneficios, según los algoritmos nacionales, sin ninguna barrera y sin costos económicos directos para su afiliado o grupo familiar acorde al aseguramiento.

- Concertar con su red de prestadores, en el marco de la contratación, lo pertinente a las condiciones de realización de los medios diagnósticos (baciloscopia, cultivo en medio líquido, pruebas moleculares de identificación y sensibilidad a fármacos), sus tarifas, pagos, entre otros requisitos.
- Generar mecanismo para que cualquier prestador de servicios de salud de su red contratada, pueda realizar solicitud de métodos diagnósticos como baciloscopia, cultivo líquido, pruebas moleculares y pruebas de sensibilidad a fármacos de primera y segunda línea, sin mediar autorizaciones o restricciones por el sitio de asignación de IPS primaria al afiliado.
- Generar mecanismos para que los usuarios captados, sintomáticos respiratorios, por equipos de salud pública o agentes comunitarios, sean examinados de manera efectiva por su red prestadora de servicios contratada, sin que implique para el usuario demoras o autorizaciones para el procesamiento de exámenes diagnósticos. Esta actividad deberá ser coordinada y concertada entre la EAPB y la IPS y monitoreada por la Dirección Territorial de Salud.
- Coordinar con el prestador de servicios de salud y los equipos del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas de su jurisdicción, para asegurar que las muestras sean recolectadas en el momento de la visita de contactos, sean procesadas de acuerdo con los algoritmos descritos en el presente lineamiento.
- Garantizar la contratación del cultivo de muestras de esputo en medio líquido, las pruebas moleculares, las pruebas de identificación y de sensibilidad a fármacos, la radiografía de tórax, entre otras tecnologías, para el diagnóstico de la tuberculosis acorde al presente lineamiento, teniendo en cuenta que son procedimientos incluidos en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC. En caso de no contar con la infraestructura para hacerlo en su red prestadora de servicios, deberá garantizar una ruta de envío y transporte de las muestras, mediante una contratación de estos servicios en red no propia, de manera permanente.
- Estructurar la red de prestación de servicios básica y complementaria de manera que todos sus afiliados tengan acceso a las tecnologías y procedimientos diagnósticos definidos en este lineamiento.
- Garantizar que la red prestadora de servicios de salud que procese pruebas de baciloscopia, cultivo, prueba molecular y sensibilidad a fármacos, tenga un reporte máximo al clínico dentro de las 48 horas de envío al laboratorio.
- Contratación de actividades de búsqueda y seguimiento de casos a nivel extramural en su población afiliada en zonas de difícil acceso de alta incidencia de tuberculosis, en alta ruralidad o en entornos rurales dispersos, o donde existan poblaciones de alto riesgo de tuberculosis, tales como población indígena, afrodescendiente, PPL entre otras, como parte de las acciones de gestión integral del riesgo.
- Monitorear y evaluar el cumplimiento de las metas de captación de sintomáticos respiratorios en su red de prestadores de servicios de salud, con especial énfasis en las de atención básica generando mecanismos de incentivos por resultados.
- Garantizar las atenciones requeridas derivadas del estudio de contactos de casos de tuberculosis en la población afiliada y su núcleo familiar.
- Garantizar que la información generada por su red prestadora sea oportuna, de calidad y completa y se realice un reporte de manera trimestral a la entidad territorial, acorde a los instrumentos, periodicidad y flujos de información definidos en el Plan de Monitoreo y Evaluación del Programa Nacional de Tuberculosis.
- La EAPB debe garantizar en su red prestadora de servicios de salud la recolección de muestras de esputo, asumiendo el traslado de aquellas que no puedan ser procesadas en esa institución, sin que

represente trámites adicionales para el usuario. En caso de que se requiera trasladar a la persona, la EAPB lo asumirá sin mediar recobros.

- En el ámbito rural y rural disperso, las EAPB deben disponer del acceso a la detección de la enfermedad con los prestadores de salud disponibles en la zona y velará para que el personal de la IPS que preste servicios extramurales a su población, esté debidamente capacitado; así mismo, asegurará que los equipos móviles de salud estén dotados con recursos necesarios para el diagnóstico, incluyendo elementos de bioseguridad, propendiendo por disminuir los tiempos de entrega de los resultados y los desplazamientos de las personas que están siendo estudiadas.

Direcciones departamentales de salud

- Asistencia técnica a los municipios para la programación de metas de captación de sintomáticos respiratorios a ser realizada por los prestadores de servicios de salud de su jurisdicción, en los entornos institucionales y comunitarios.
- Garantía del acceso a baciloscopia, cultivo en medio líquido, pruebas moleculares de identificación y sensibilidad a fármacos, a la población pobre no asegurada identificada como sintomática respiratoria de su jurisdicción, en el caso de que el municipio de origen no esté certificado en salud.
- Validación de la información de sintomáticos respiratorios que reportan los municipios, consolidación de los datos y remisión de la información requerida por el Ministerio de Salud y Protección Social de manera oportuna, acorde con lo establecido en el Plan de Monitoreo y Evaluación del Programa Nacional de Tuberculosis.
- Identificación de la red de prestación de servicios que realiza baciloscopia, cultivo líquido, pruebas moleculares, pruebas de identificación y de sensibilidad a fármacos en el departamento. En el caso de que se evidencien poblaciones sin acceso a estas tecnologías, establecer ruta de procesamiento y seguimiento con las EAPB para la mejora respectiva.
- Garantizar la búsqueda activa de personas sintomáticas respiratorias en grupos poblacionales de riesgo, con énfasis en los contactos de pacientes bacilíferos en los entornos de vida cotidiana, en el marco de ejecución del PIC o de la ejecución de las transferencias nacionales utilizadas en concurrencia a los municipios, en los entornos tales como:
- Entorno institucional: albergues, centros de protección de población adulta mayor, niños y niñas, establecimientos penitenciarios y carcelarios, centros de atención a habitantes de calle, entre otros.
- Entorno hogar: familias en condiciones de vulnerabilidad social, económica, con hacinamiento crítico, pobre acceso a servicios de salud, pertenecientes a grupos étnicos, migrantes y con casos presuntivos de tuberculosis.

- Brindar asistencia técnica a las EAPB y a la red prestadora de servicios de salud, frente a la implementación de los algoritmos para el diagnóstico y seguimiento de la tuberculosis, definidos en el presente lineamiento.



- Fortalecimiento de las capacidades en el talento humano de salud y agentes comunitarios para la búsqueda activa de sintomáticos respiratorios en los ámbitos comunitario e institucional.

Socialización Dimensión 9: Envejecimiento y Vejez 2021 profesional 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, y a 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 cuenta las 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.

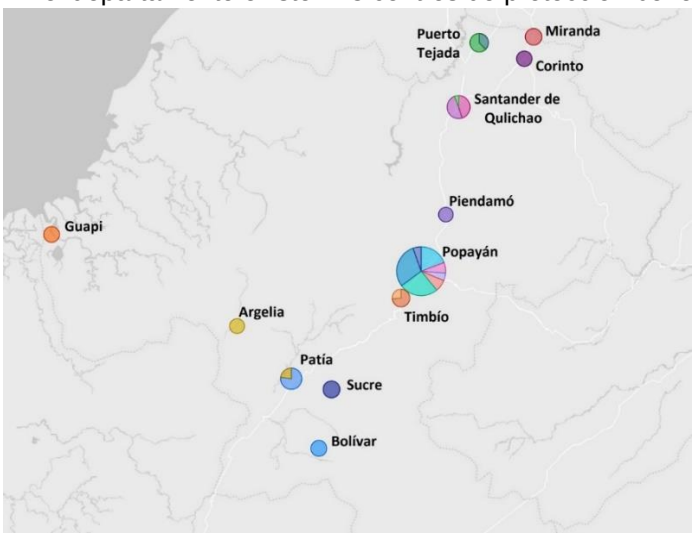
Además se hace referencia a la Ley 1955 de 2019 donde el en articulo 217 hace al seguimiento que se debe hacer a la ejecución tanto física como financiera del recurso de estampilla Municipal y Departamental, el cual se debe reportar cada 6 meses al Ministerio de Salud y Protección Social.

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 certificación del 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.

En la línea de humanización se desarrollan procesos de educación participativa en estilos de vida saludable y cursos de humanización al sistema de salud con enfoque del curso de vida de vejez en los municipios de Suarez, Bolívar y Santander de Quilichao.

Finalmente se describe las responsabilidades desde las alcaldías para el adecuado funcionamiento del programa de adulto mayor municipal como lo es operativización del comité, Recaudo y ejecución de la estampilla, veeduría ciudadana, política pública, promoción de derechos; y específicamente a las secretarias de salud municipal la responsabilidades de emitir el certificado de funcionamiento a los centros, por medio

de acto administrativo y se recuerda la importancia del envío con los respectivos soportes de la aplicación de los anexos técnicos de la normatividad vigente, para de este modo programar desde la secretaria de salud Departamental las visitas de inspección a los municipios que ya hayan realizado el envío de la certificación y soportes.

Se continua con la presentación de la profesional Yesika Duymovick de la Línea de Humanización.

A continuación, se presenta la línea de humanización a cargo de la Enf. Esp. Yesica Duymovic, gestora en salud pública desde la Dimensión 9.

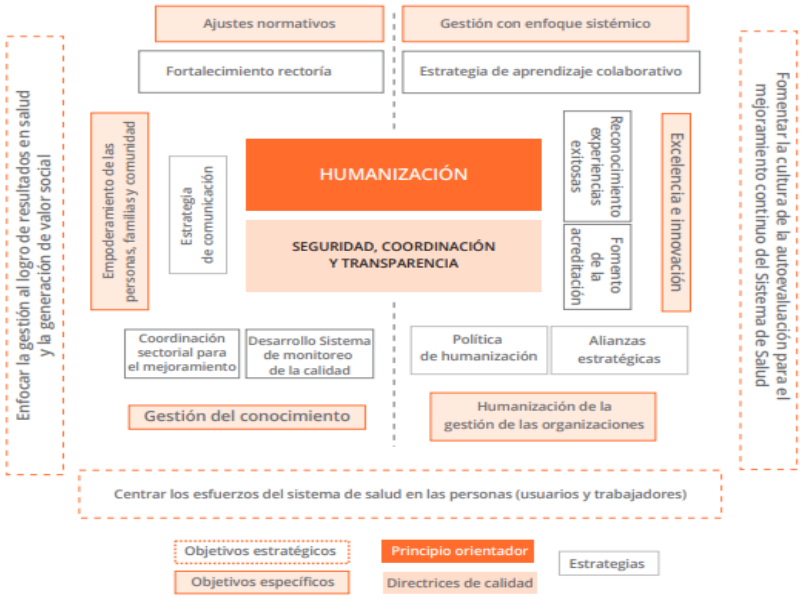
¿De dónde surge hablar y trabajar en humanización? A lo largo del marco normativo se establecen varios aspectos que nos direccionan a trabajar de manera permanente en acciones que humanicen el sistema de salud, a continuación, se resaltan los siguientes:

- 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 Entidades territoriales tanto municipales y departamentales:

- Gestionar la propuesta de Política Nacional de Humanización.
- Garantizar la implementación la propuesta de Política.
- Desarrollar habilidades y capacidades en el talento humano en salud que contribuyan a humanizar la gestión de las organizaciones de salud en el territorio.
- Desarrollar, Adoptar, Adaptar o cocrear metodologías, lineamientos e instrumentos definidos, por el Ministerio de Salud y Protección Social para la implementación y monitoreo propuesta de Política Nacional de Humanización.
- Definir, promover, coordinar, articular y participar en 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.
- Formular los planes de gestión para la aplicación la propuesta de Política.
- Orientar y brindar asistencia técnica a las entidades territoriales municipales para la gestión la propuesta de Política.
- Disponer para la ciudadanía información completa, oportuna y veraz de la forma como avanza la implementación y ejecución de la propuesta de Política.

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 prionero 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.

Se abre la sesión de preguntas, sin preguntas de los asistentes

Seguidamente se hizo un llamado a lista de los participantes y se solicita llenar la encuesta del evento, para tener en encuesta las recomendaciones, de la metodología y desarrollo de la actividad.

Se realiza el cierre por parte de la jefe Kelly Tello quien agradece la participación y de igual forma solicita diligenciar la evaluación. Dando los agradecimientos a todos por el tiempo y disposición. con el fin de Mejorar.

1. COMPROMISOS

RESPONSABLE(S)	**ACTIVIDAD** (Indicar si la actividad tiene prioridad Alta (**A**), Media (**M**) o Baja (**B**))				**FECHA LIMITE** dd-mm-aaaa
	DESCRIPCIÓN	**A**	**M**	**B**	

Profesionales dimensiones	Envío de acta y listado de asistencia a participantes,				15 de junio

PRÓXIMA REUNIÓN

LUGAR	**FECHA** (dd-mm-aaaa)	**HORA DE INICIO** (a.m.-p.m.)
No aplica	NA	NA

FIN DE LA REUNIÓN

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

HORA (a.m.-p.m.)
1:50 pm

ANEXOS:

- **EL REGISTRO DE ASISTENCIA**