ACTA DE REUNIÓN

Tema: COMITÉ INTERDEPENDENCIAS

Dirección y/o Oficina	Proceso
Subdirección de garantía del aseguramiento	Asegurar salud

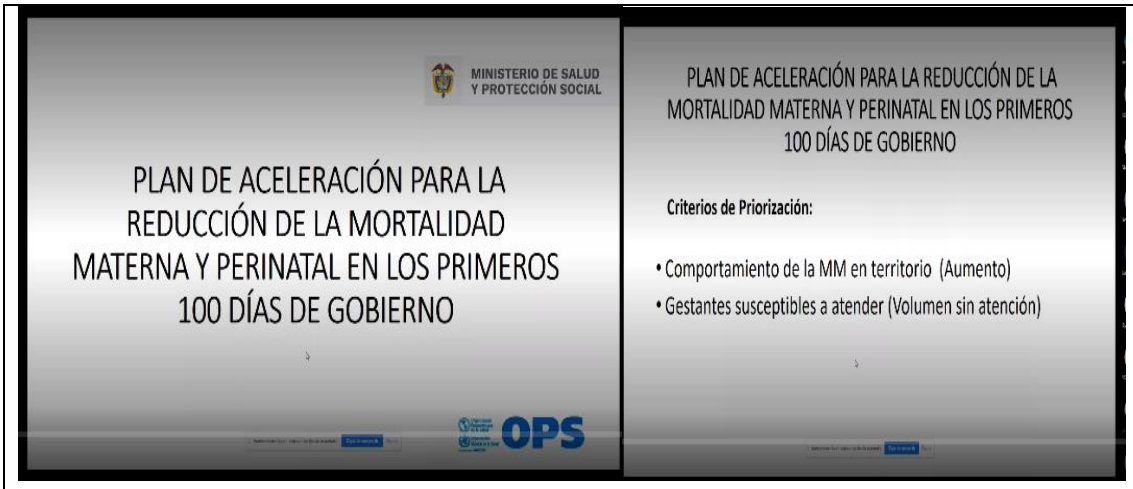
Objetivo de la Reunión	
Socializar plan de aceleración para la reducción de la mortalidad materna	**Fecha de la reunión: 4/10/2022**
	Lugar: Teams
	Hora Inicio: 8:30 m**. Hora Fin: 10:00** am**.**
	Notas por: Andrea Morales Aroca
	Próxima Reunión: por definir
	Quien cita:

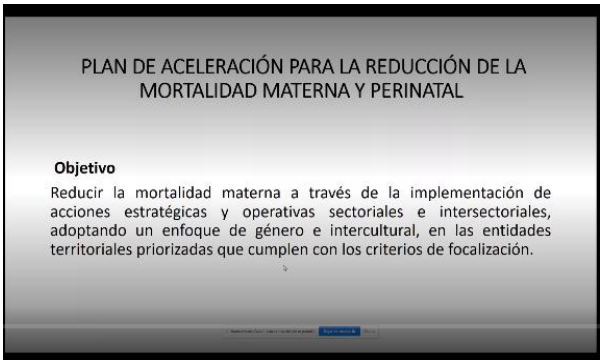
TEMAS Y COMENTARIOS TRATADOS EN LA REUNIÓN*

Se da inicio a reunión, con la presentacion de los participantes.

Da inicio a la socialización del plan de aceleración para la reducción de la mortalidad materna la profesional Diana Franco:

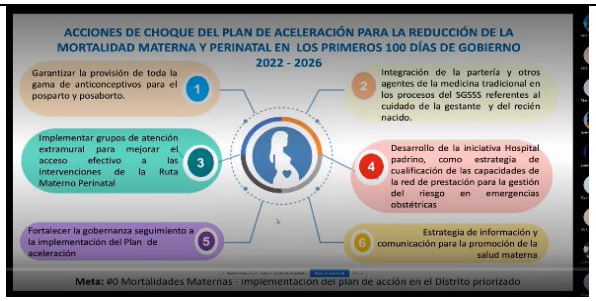
Se tiene un plan de aceleración donde participan 10 territorios, Bogotá fue uno de los territorios seleccionados, teniendo en cuenta el alto número de casos de mortalidad materna presentados en los dos últimos dos años. El ministerio de salud y protección social, la OPS, el instituto Nacional de Salud y la Súper Salud en estos primeros 100 días de gobierno, en cabeza del viceministro, el Doctor Urrego es quien está liderando las mesas con el ministerio de protección social donde ellos hacen un llamado a que todas las acciones se volquen a generar procesos de aceleración para reducir ese número de casos y el indicador, entonces con criterios de priorización tenemos el comportamiento de la muerte materna en el territorio, pues se ha aumentado las gestantes susceptibles a atender teniendo en cuenta el volumen que se encuentran en nuestras instituciones.





El objetivo de esta reunión y de presentarle al comité es que vamos a identificar que somos todos los que hacemos parte de la ruta, los que trabajamos de manera articulada para poder dar respuesta a este plan de acción, hay unas acciones que son muy específicas y que nos está proponiendo directamente el ministerio, tuvimos una mesa donde nos socializaron todos sus indicadores, como estamos esos diez territorios donde también participa entre otros choco Guajira ,Nariño, Cali Valle Norte de Santander, Bolívar, están participando también en esta reducción del indicador.
Algunas de las acciones nos pegan a Bogotá, pero muchas otras son para otros territorios, donde se tienen unas dificultades más grandes en los procesos de atención, en las articulaciones, en que los servicios lleguen a la población. Teniendo en cuenta que este plan se diseñó en conjunto con todos los organismos y para todos los territorios, se priorizaron seis acciones, de estas hay otras sub acciones que debemos desempeñar y a las cuales hay que dar respuesta.

Para esto y como es un plan dechoque, estamos trabjando para acelerar este indicador, se esta realizando unas mesas de trabajo, en lascuales debemos participar todos los territorios de manera conjunta con las EAPBs, que hacen parte deeste plan y que tambien muchas de ellas hansido priorizadas por el indicador y porel volumen de poblacion que manejan prinicpalmente gestantes, se debe hacer una articulacion, cada 8 dias, nos estamos reuniendo todos losjueves a las siete y treinta de la mañana, hasta las nueve y treinta de la mañana, donde se hace un seguimiento de las acciones que se van realizando en los territorios com en las EAPBs.
Estas son las acciones del plan de choque se segeneraron como resultado, las cuales serian evaluadas en el mes de diciembre 2022.

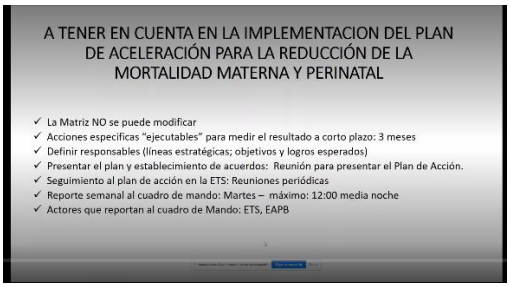


Aportando a un tablero de mando donde hasta el momento solo tiene inmerso cuatro puntos, despues estaria ingresando el modulo del plan padrino y estrategias de comunicación, a medida que vamos avanzando en las reunones y como ellos ven que los territorios y EAPBSestan aumentando sus acciones, ellos van a ir incorporando otros modulos al tablero de control. Este tablero decontrol lo debemos diligenciar como ente territorial y debemos participar todas las areas, por eso la importania de quienes nos encontramos presentes porque de alguna manera todos estamos implicitos en ese tablero de mando y todos debemos aportar.

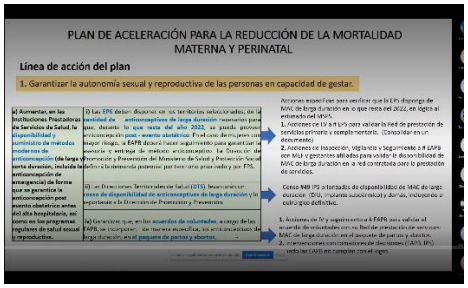
De aquí encontramos unas subactividades, com se menciono anteriormente como territorio, ya tenemos implementadas varias acciones pero debemos especificrlas dentro de este tablero de acuerdo a como nosotros funcionamos.

Es importante tener en cuenta para esta implementacion, que la matriz no sepuede modificar,esllos ya tienen establecido que son esas lineas que debemos generar en esos seis grandes grupos , esassub actividades que elolos ya nos tienen de manera especifica planteada para medir los resultados enestos tres meses.

Definir los responsables de las lineas, el dia de hoy el objetivo es definir com estan formulada la matriz como la debemos diligenciar y generar las dependencias y responsabilidades de cada uno, ara poder aportar porque ellos hacen seguimiento de este tablero, todos los martes a las doce de la noche descargan la informacion para poder generar los avanves que hemos tenido durante el diamiercoles y socializarlos el Jueves.

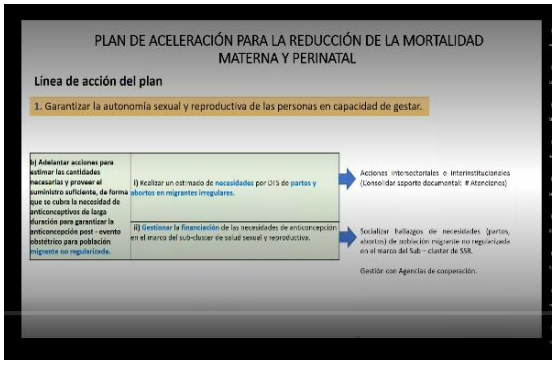


Esto es loque nos dice el plan de accion que tenemos plsmados dealguna manera dentro deese tablero de mando (se da lectura a las lineas deaccíondel plan).

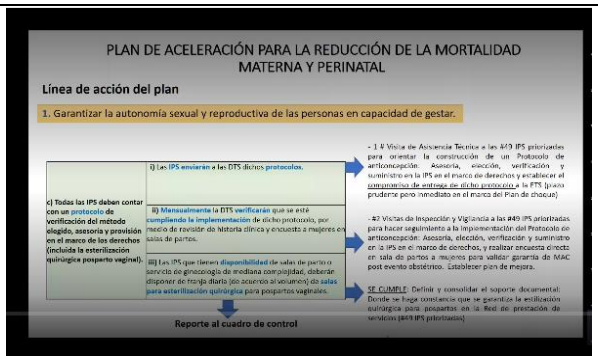


Nosotros como distrito tenemos avances yno se evidencia desabastecimiento de los metodos, tenemos otras dificultades ya mas propias con la garantia que tiene que ver con todo el proceso en el cual se encuentran los contratos y como se garantiza el metodo, teniendo en cuenta las complicaciones que tengan las usuarias, pero no tenemos desabastecimiento.dentro de lo que nosotros ya identificamos en la matriz ya haciendo el ejercicio, dado que ya hemos trabajado con algunas dependencias, se diligencio en el tablero de mando en las instituciones, pues cual es elmetodo que se tiene, sin embargo, ellos nos mandan un stock a nosotros dentro de estecenso con 49 instituciones. De esas 49 instituciones hay algunas que dejaron de prestar servicios de gineco obstetricia , agunas instituciones no tienen como tal establecido su servicio degineco, sinoquellegan partos expulsivos y se tiene que atender, estos tambien los vincuaron a esto,entonces nosotros de alguna manera para hacer seguimientos se vuelve un poco mas dificil, ya que ellos desean que nosotros hagamos el censo o la revision de estas 49 IPS.

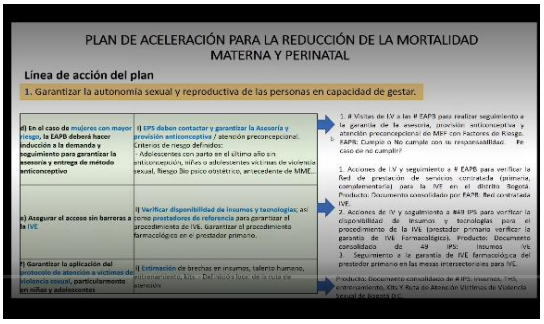
Nosotros hemos tenido ademas algunos avances, como ustedes saben hemos venido trabajando demanera ardua y articuladaen el plan de rescate por la salud de Bogota, donde hemos tenido acuerdos de voluntades con las EAPBs para poder garantizar, y uno de los indicadores que tenemos que medir es el garantizar el metodo anticonceptivo antes de la alta hospitalaria y alas mujeres que se encuentran en capacidad de gestacion y principalente aquellas que tienen comorbilidades.



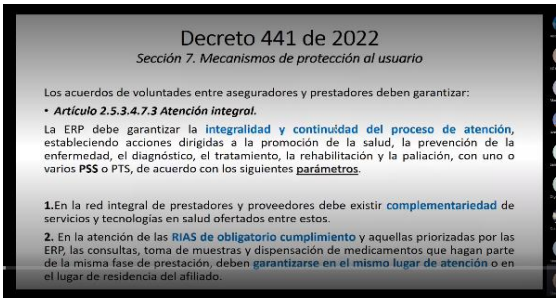
De acuerdo a esta linea (cuadro anterior) , nos piden tener acciones intersectorialese interinstitucionales , donde podamos trabajar con losconvenios cooperantes, para poderle garantizar, principalmente a la poblacion migrante el metodo de planificacion. Nosotros tambien hemos avanzado un poco, pero sabemos todas las problematicas que tiene la poblacion migrante y que no se pueden cubrir al 100%, esta es otra de las necesidades sentidas y es otra de las problematicas que nosotros tenemos y queremos transmitir al ministerio donde de alguna manera ellos nos pden abordar a la poblacion migrante y garantizarles a ellos unos controles prenatales, un determinado numero, para el sistema no es tan facil hacerlo, porlo tanto se han tenido conversaciones comoellos de alguna manera generan una normativa o algo que nospueda ayudar a nosotros a poder generar una a tencion rutinaria y un seguimiento mas exaustivo.

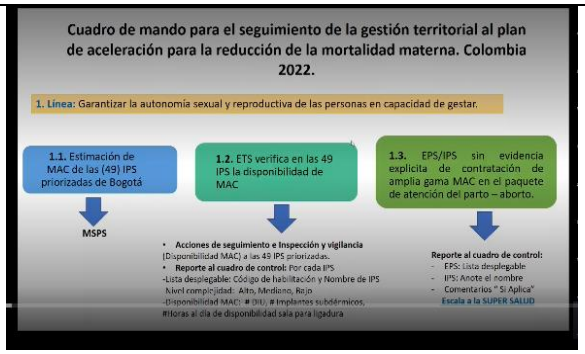


En el anterior cuadro nos dice que debemos cumplir con los protocolos, cumplir con la franja ycon todo lo que se requiera, teniendo en cuenta la ruta y la norma para todo lo que se requiere enlas salas de parto.Nosotros no tenemos esas complicaciones, ya que cumlimos de acuerdo como se encuentran organizadas nuestras instituciones.



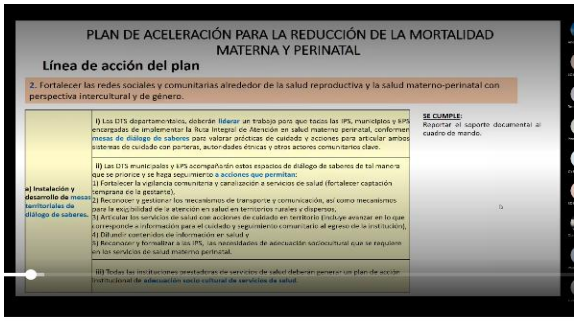
Nosotro estamos buscando dentro de la ruta metas que ya tenemos establecidas, donde se genera de manera bimensual un trabajo entre todos los actores para la meta deinterrupcion voluntaria del embarazo y poder posicionar esa articulacion con todas las intituciones deprmer nivel para que puedan garantizar esa IVE farmacologica.
De acurdo al item f) se ha trabajado en lo de violencia sexual y las instituciones tienen adaptado y conocen como dar manejo y se han generado espacios de capacitacion,si embargo todo esto hay que describirlo, hay que ponerlo en la matriz, en ese tablero de mando, donde nos piden mirar si tenemos otras acciones e irlas immplementando.





Dentro de esta primera linea nos dice que debemos inicialmente generar una estimacion y con sas 49 EAPBs generar la validadacion de que se cumpla con la garantia del metodo anticonceptivo, el Ministreio de proteccion social es el responsable de alguna manera de que estas 49 IPS que son priorizadas en el distrito. Nosotros como ente territorial somos responsables delos seguimientos y lo hacemos pormedio deesas visitas que se realizan para validar que efectivamente ellos cumplan y que efectivamente esten garantizando los metodos.

Para la segunda linea:



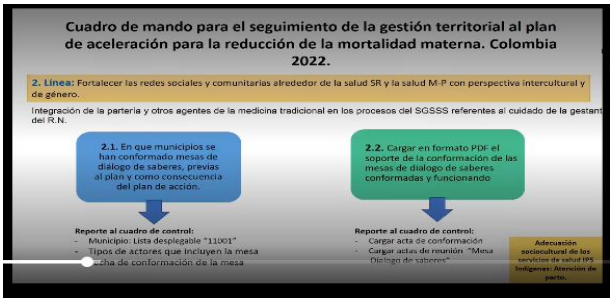
Como importante que conozcamos, se tienen muchos avances en ese tema, también se ha podido compartir y hacer esos procesos de integración con grupos étnicos y se tienen diferentes tipos de acciones que se han liderado, incluso desde provisión de servicios tenía un convenio donde está la segunda etapa con las poblaciones igual cada una de las áreas migrantes, fortaleciendo en cada uno los procesos que se han venido desarrollando, se empezó con sur occidente generando prácticas de saberes y diálogos, especialmente con esos grupos étnicos y también desde vigilancia, específicamente desde políticas se han venido también generando unos seguimientos principalmente para la población embera que en estos momentos se encuentran en sus resguardos donde se han hecho censos, identificado sus falencias, se ha fortalecido en términos de la ruta si se identifican y que son la mayoría de otras EAPBs, poder articular las acciones con ellos para poder brindar y garantizar una atención principalmente a todos aquellos que tienen dificultades en salud, a las gestantes también poderles garantizar los controles prenatales y teneos bastantes avances en ese tema en la ciudad.
Dentro delo que ellos proponen en esas mesas de diálogos y saberes, en ese reconocimiento mutuo

de la cultura y las diferentes prácticas para que nos vayamos articulando.



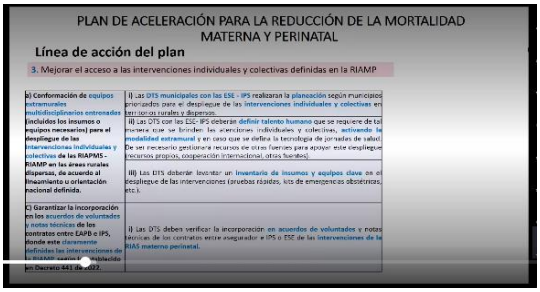
Dentro de las metodologias ener un fuerte componenete pedagogico parael aprendizaje intercultural en salud, entonces para esto nos vincula a todos y que desde vigilancia en salud publica comunitaria identificar los eventos de interes y fortalecer las redes comunitarias, la capacitacion y aplicar todo el reporte y la articulacion con los lideres.

Aquí escomo ir mostrando todo lo que nosotros venimos realizando y plasmandolo en esa matriz, tenemos bastantes alcances, avances y logros.



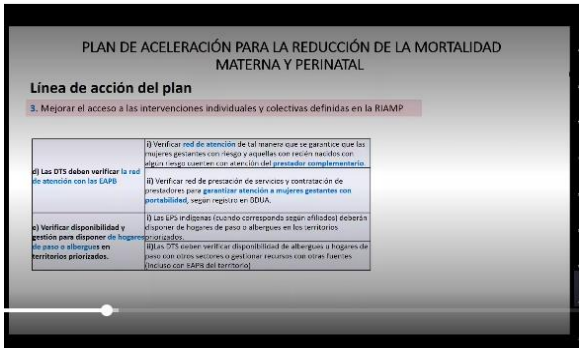
Para el cuadro anterior nos dice que de acuerdo a los actores, en los municipios se han fortalecido las mesas de diálogos y saberes previas al plan y como consecuencia al plan de acción. En los municipios de acuerdo al tablero de mando, diligenciar esa parte que son los tipos de actores que influyen en las mesas, fechas de conformación delas mesas y nos piden subir los soportes de evidencias. Se debe cargar el pdf. de los soportes de lo que se realiza y debemos trabajar todos en conjunto.

Frente a la tercera línea de acción:

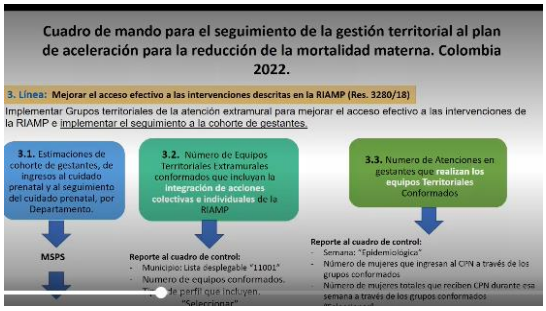


Item a) se refiere a los territorios, el talento humano con que cuentan ellos parapara realizar las

actividdes , las canalizaciones y la identificacion de a poblacion.
Item c)de acuerdo a esto nosotros debemos verificar y validar que las EAPB cumplan, tambien incorporen acciones territoriales de seguimiento a su poblacion.



Con respecto a la linea anterior nos pide que las EPS indigenas cuando corresponda según el afiliado disponga de hogares de paso y albergues, que la poblacion pueda estar ahí mientras incurre en todo lo que corresponde a los riesgos,en este punto no es tan puntual para Bogotá como para otros territorios.



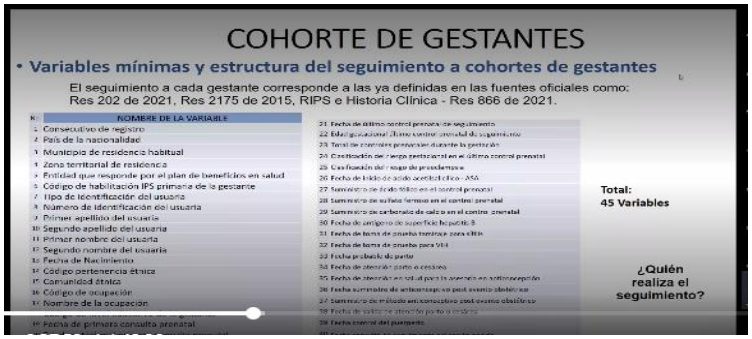
Siguiendo por esta tercera linea, aquí tambien tenemos grandes logros se lleva un trabajo articulado que tiene que ver con la estrategia, Angeles guardianes.
Debemos garantizarle todo a nuestra poblacion, tanto subsidiada contributiva,no asegurada,migrante.

Territorios Priorizados
Se socializa bogota, en el cuadro se puede ver el numero de la cohorte de gestantes, cuantas en cuidado prenatal, cuantos con seguimiento de cuidado prenatal.



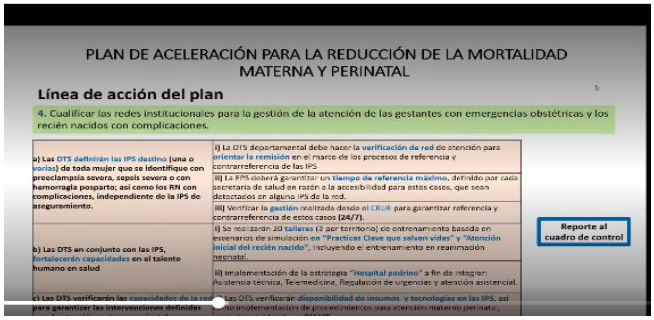
		gestantes	prenatal	prenatal
	TOTAL PAIS	497.549	140.237	357.312
5	Antioquia	57434	16230	41204
8	Atlántico	33657	9582	24075
11	Bogotá	68503	18906	49598
13	Bolívar	26518	7526	18992
15	Boyacá	10330	2947	7383
17	Caldas	6330	1808	4522
18	Caquetá	5396	1524	3873
19	Cauca	13408	3780	9628
20	Cesar	18044	5193	12851
23	Córdoba	20089	5556	14533
25	Cundinamarca	27592	7792	19800
27	Chocó	5492	1560	3932
41	Huila	13800	3819	9980
44	La Guajira	17090	4925	12165
47	Magdalena	19262	5473	13789
50	Meta	11628	3255	8373
52	Nariño	13197	3651	9545
54	Norte de Santander	18502	5194	13308
63	Quindío	4158	1187	2971
66	Risaralda	7730	2204	5527
68	Santander	21313	6086	15226
70	Sucre	11672	3299	8373
73	Tolima	12411	3540	8871

Esta tambien es la cohorte de gestantes, y las 45 variables mandadas para las EAPBs



El seguimiento de gestantes que tambien esta dado por las EAPBs.

Lineas de Accion



Tambien se reporta en el cuadro de mando, se sugiere en estas reuniones de interdependencias para estas lineas de accion , incorporar mas ala CRUE.

Por varios actores que se van a las visitas tecnicas, identificamos que desde provision de servicios, cuando se realizan las visitas se generan todos esos procesos de capacitacion, de simulacros, genera constantemente cursos que permite a todo el talento humano,poder integrar y validar todas las acciones que estan implicitas en la ruta materno perinatal.

En el caurtopunto socializaban una estrategia que tienen en el valle, que se llama hospital padrino, donde tienen centralizado un hospital que lo que hace es basicamente generar por medio de llamada telefonica capacitacion y asistencia en el momento de la emergencia a todos los hospitales que se encuentran alrededor, asi genera acciones de articulacion y que se pueda legar de manera inmediata

cuando se requiera el traslado, ha funcionado muy bien la estrategia alla y les ha permitido reducir las muertes maternas. Sin embargo, desde Bogotá tenemos otra estrategia diferente, funcionamos de otra manera, nuestro territorio es un poco mas amplio, tenemos cuatro subredes, que si centramos todasnuestras atenciones a un hospital, va a ser dificil que podamos legar de manera inmediata. En estas cuatro subredes tenemos hospitales en cada una de ellas que comandan la atencion maternoinfantil, y de esa manera las otras instituciones tambien estan prestas a todo el proceso de atencion.

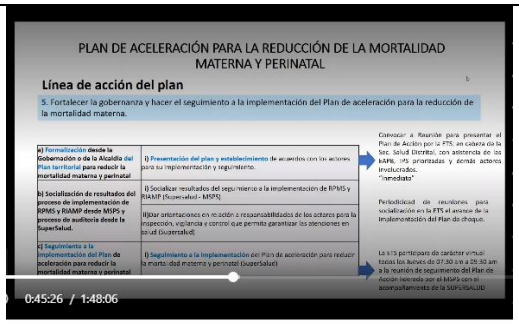
Dentro de lo que se hace en la estrategia de angeles guardianes es basicamente y esta ya viene liderandose hace ya algunos años, ha sido una estrategia exitosa que se ha podido realizar a nivel nacional esque cuando tenemos esos casos de morbilidad materna extrema, inmediatamente la institucion lo notifica ylo hace saber tanto al ente territorial como a la EAPB para enecender las alarmas por si se requiere algun traslado o un sistema de referencia y contrareferencia de lo que se reuiqera, entonces todos tenemos las alertas encendidas y podemos actuar de manera inmediata, desde el inicio se contaba con unos angeles que en la primera etapa del proceso, desde nivel central ese contaba con un ginecologo identificando los riesgos de alguna materna,realizaba visitas de manera inmediata, con todo el tema de la pandemia, este proceso no se pudo hacer demanera tan rigurosa, sin embargo la institucion sigue haciendo ese proceso de alertas, nos lo informa de manera telefonica y se sigue realizando ese proceso de alerta para la EAPB. Esto ha permitido disminuir barreras que sepuedan presentar enel proceso de atencion, y adicionalmente la usuaria es marcada en las instituciones como una morbilidad materna extrema, todos los actores del proceso identifican que tenemos una gestante con alto riesgo y debemos darle una atencion importante.

Una vez subsana todas las compicaciones que pueda tener se le da de alta, el equipo territorial la aborda entre esas primeras 48 a72 horas y se fortalece el ingreso institucional y presentarles a ellas el equipo (sicologa y enfermera) que va a hacerle un acompañamiento de esos primeros 42 dias pos evento obstetrico.

Lo que basicamente han hecholos equipos territoriales es identificar los fatores de riesgo para mortalidad materna temprana, que ocurre en esos primeros 7 dias pos evento obstetrico, poder fortalecer todos los criterios de identificacionde riesgo, tanto en la materna como en el neonato y poder actuar de manera inmediata, la entrada delos equipos muchas veces ha permitido que se genere desplazamientoa las institucinesde manera oportuna y hemos salvado bastantes vidas. Tanto asi que en los ultimos años se ha reducido principalmente para nuestra red,para el regien subsidiado y no asegurado que hace parte de nuestras instituciones, identificamos que habiamos bajado bastante el numero de casos de muertes maternas, asociadas a causas directas principalmente para el regimen subsidiado sin embargo este año para Capital Salud hemos tenido un alza en los casos de mortalidad materna ,muchos relacionados por otros factores, esimportante volver a fortalecer todas estas acciones y por eso nuevamente la estartegia de angeles guardianes se esta volviendo a retomar, para volver a fortalecer todo el proceso de identificacion de riesgo de las maternas.

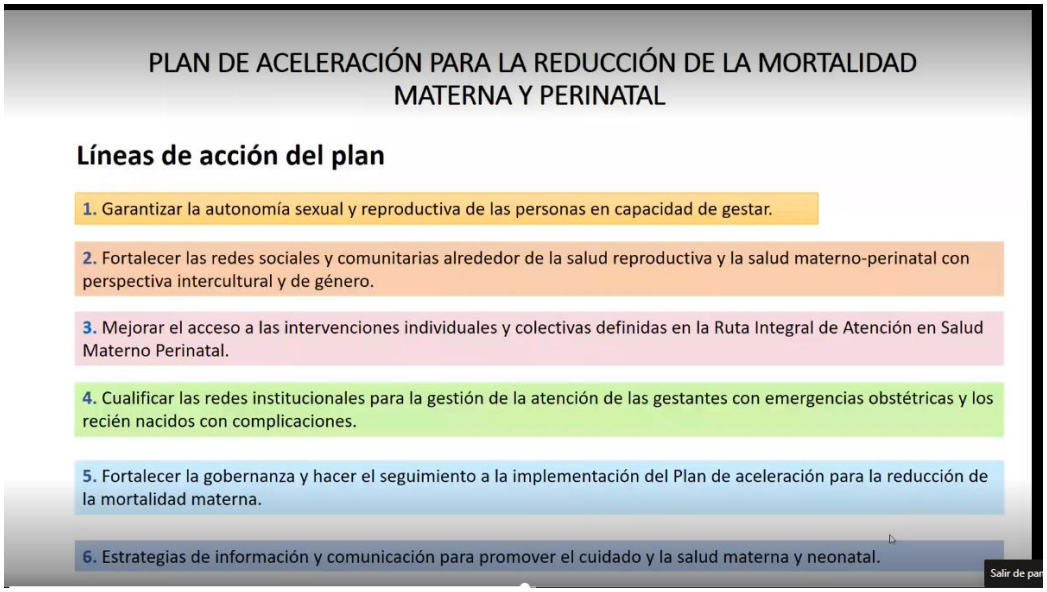
Aquí nosotros tambien tenemos un componente diferencial y hemos avanzado bastante en lo que corresponde a la estrategia del plan padrino que propone el ministerio de proteccion de Salud.

En la quinta linea:



Esto se esta realizando con las reuniones de todos los jueves de manera virtual de 7:30 a 9:30 am con el seguimiento del plan de accion donde participamos todos los actores y ellos priorizan la actividad de lo que hemos avanzado en los territorios y asi mismo en las EAPBs. Cuando ven alguno que no ha dado respuesta, pues se pone el tablero en rojo y nos dicen enque estamos fallando. Por eso es uy importante poder alimentar cada ocho dias este tablero de mando para que a medida que hemos ido avanzando vayan viendo como se esta fortaleciendo nuestro plan.

Lineas de accion



Se verifica tablero de mando se revisa quienes son los actores que están haciendo parte del diligenciamiento del mismo, importante que las personas que diligencien el tablero sean las responsables de la actualización.

Olga Lucia Mancera pregunta, sobre la acción dos, lo que se había comprendido frente a fortalecer las redes sociales y comunitarias frente al dialogo de saberes es que si bien todas las áreas que estamos aquí participando en la reunión, específicamente, aseguramiento, provisión de servicios, salud pública y participación, hemos venido avanzando en una serie de acciones y procesos con las comunidades étnicas, lo que creo que nos están planteando allí y por eso pido que nos precises, es la conformación del dialogo de saberes, de hecho cuando la OPS hacia la presentación la semana pasada decía que los soportes tenían que dar cuenta que justamente hicimos un evento donde se hizo una conformación de esa mesa y por supuesto que a continuación se ha delegado como

responsabilidad de esa mesa de saberes, como ese tema de vigilancia, canalizaciones, prestación de servicios et. , quería confirmar si efectivamente eso es lo que nos están pidiendo en la acción por lo que te digo todos hemos avanzado, de echo hemos hecho articulaciones con provisión de servicios, con salud pública, etc, pero como tal la conformación no está. Es para dar un poco de claridad a los compañeros que no pudimos estar en la reunión dela semana pasada, es que nuestros esfuerzos tenían que verse volcados a que conjuntamente teníamos que definir las acciones para la conformación dela mesa.

Diana Franco Responde:
Se habla de una mesa de saberes, como mencionaba hemos venido realizado una serie de actividades pero si ustedes han realizado una reunión más puntual donde lo que ellos quieren es el establecimiento de la mesa donde se generen unas actividades especifica pues si ya sería que miremos como la conformamos haciendo parte todos , si están de acuerdo?

Responde Dayan Cortes: si seguir acompañando, como se venía haciendo con los entornos.

Diana Franco: Entonces como seria la conformación de esa mesa?
Olga Lucia Mancera: yo creo que para esta línea dos como concertamos con todas las áreas que manejan el tema poblacional, desde salud pública, aseguramiento, gestión de políticas, provisión de servicios , participación, se han liderado unos ejercicios, sin embargo no se tiene conformada ninguna mesa alrededor de este tema, nos toca mirar con todas las áreas nombradas como podemos enfilar las acciones que estamos haciendo, para que no sean acciones adicionales de cara a la conformación de esa mesa de dialogo que se está solicitando desde MSPS y que se va a monitorear de manera semanal, adicional a esa mesa ,ir prestando acompañamiento y asistencia para que podamos desarrollar esas acciones que el ministerio nos pone alrededor de la vigilancia comunitaria, la canalización de los servicios, de los mecanismos de transporte para aquellas personas que están dispersas, etc, pensaría que esa sería la ruta porque la mesa no está conformada.

Andrés Bravo: propone desde salud Publica Johanna Cabiativa que trabaja los temas étnicos, podamos apoyarnos con ella para conformar la mesa teniendo en cuenta que ella es nuestra articuladora con las comunidades, si alguien pueda hacer el acercamiento con ella y comentarle el contexto que se tuvo en la reunión, que se está solicitando una mesa con este enfoque, que ella nos pueda apoyar desde lo técnico, la viabilidad de la conformación de esta mesa. Ya teniendo una línea técnica de ella, las demás subsecretarias haríamos nuestro aporte desde el quehacer y la misión de cada uno. La dejo encima de la mesa para que se revise.

Claudia Milena Sarmiento interviene: Desde meses atrás hemos venido construyendo de la mano de todos los delegados de la línea operativa de la construcción de modelo los planes de cuidado local y que allí ya hay puestas unas acciones cuidadoras que tienen relación con todas estas líneas que presento Diana Franco para el plan , como primera sugerencia es que podamos recoger esas acciones cuidadoras que están allí puestas en el plan, en el catálogo, por ejemplo el tema de las redes comunitarias, podemos hacer un símil para lo que se requiere aquí, para el tema étnico, si se quiere traer a colación entendiendo también hay unos diferenciales por localidades, es decir que eso también puede hacerse visible en el plan, algunas acciones se darán de manera general en el distrito, dependiendo por ejemplo del análisis de la mortalidad materna y algunas que tienen que ver más con

la educación , comunicación, acciones comunitarias que también deben ponerse en el marco de lo local dependiendo de las dinámicas poblacionales que los territorios tengan. Es importante que no se vean desarticulados los dos planes articulando las acciones cuidadoras que cada una de las líneas operativas tenga en los dos planes, traerlas a la mesa y si hay otras que se requieran también incluirlas.
De igual manera se sugiere se convoque a representante de la línea operativa de equipos de atención en casa, puesto que en el plan hay una línea de equipos territoriales y ese accionar esta compartido entre la línea operativa de equipos de atención en casa y entornos cuidadores, una viene desarrollando acciones más resolutivas que la otra, pero si se debe poner dentro del plan.

Nohemí Ramírez: refiere que se tiene un equipo funcional de etnias des dela secretaria de salud, quienes hacen todos los abordajes técnicos con todas las subdirecciones, hay una reunión el 11 de octubre con todo lo étnico, si quiere una persona delegada pueda socializar esta información y desplegarlo para así retomar todas las acciones que sean venido haciendo desde el enfoque étnico.
Desde la dirección de participación la mesa distrital de medicina ancestral en salud, a medicina ancestral abarca todo lo que es atención individual y colectiva, atenciones corporales y espirituales, integrales desde las comunidades, y también se aborda un poco la parte de partería, a cual también ampliando en este proceso macro que se está socializando en la mesa de diálogos de saberes, lo dejo en la mesa. También se cuenta con la veeduría de mujeres indígenas que el año pasado entregaron un aporte desde la mirada de la ancestralidad de los 17 pueblos que se encuentran en contexto de ciudad, con ella también podemos hacerla conformación de esa mesa de dialogo.

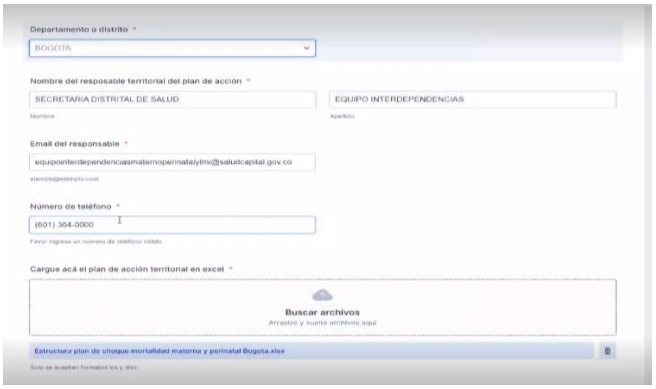
Jessica Castrillón: el hecho de que participación tenga un espacio tan conformado, con avances sólidos, realmente desde las otras direcciones hemos hecho algunos acercamientos, pero no han sido tan profundos como lo que se viene manejando en participación, es claro que no es solamente un tema colectivo, desde provisión también se ha visto, porque también enfoca el manejo de paciente a nivel individual en la prestación el servicio y que tiene un componente diferencial ese enfoque étnico, por eso también se ha manejado, el planteamiento que nos hace Nohemí y respondiendo a a pregunta de Olga, si ya hay un equipo que está conformado y está muy fuerte en el tema de todo el manejo del enfoque diferencial con todo el enfoque étnico, pongo a disposición de la mesa que cada una de las direcciones nos unamos a ese equipo que ya está conformado y que sea respuesta a la pregunta del MSPS dela conformación del comité, se podría hacer una reunión donde se conforme ese comité y cada uno desde sus direcciones estaría presentando un líder para esos de enfoque étnico y se tendría una visión más global , porque ya o estaría solo desde el colectivo ,sino las demás líneas operativas, se podría dar respuesta a ese punto que menciona el MSPS. cada dirección ha venido trabajando esos puntos con la población indígena, seria unirlo y así conformar el comité y presentarlo ante el MSPS y que cada una de las áreas seamos el apoyo a estas estrategias que ya vienen caminando. Se pone a consideración de la mesa.

Diana Franco: en este plan de rescate nos está acompañando una consultora de la OPS en convenio con el MSPS, para el seguimiento delas acciones que tenemos dentro del plan, ya se ha vinculado en algunos espacios ella es nuestro puente para articularnos.
Hay un link para todas las EPS que se compartirá a cada una de ellas.

Quedamos invitados todos los participantes del comité presente al comité étnico que se llevara a

caboeldia11 de Octubre 2022 ingresaos 11 am de manera presencial. 5to piso edificio administrativo.

Diana Franco socializa el cuadro de mando a reportar al MSPS:



Se tiene EAPB con poblaciones priorizadas que concentran nuestar poblacion gestante,y se encuentra dentro del plan de rescate, ya se ha cargo informacion por parte de provision de servicios.
En el cuadro de mando dice fortalecer las redes sociales y comunitarias alrededor de la salud, entonces habla de lo que corresponde al componente intercurtural y de genero, habla de ese dialogo de saberes y de la conformacion de la mesa, como hace parte de la segunda linea se deja ese punto alli.
Yessica Castrillon: el 11 de octubre se mirara como se deja en acta la conformacion de comité y ese dia miraran lo que se ha trabajado hasta ahora con el enfoque etnico.

Diana Franco: es imortante tener en cuenta que ellos nos piden avances de manera semanal, en los tableros pasados hemos quedado en rojo , en algun momento se cargo lo que se ha hecho, el trabajo con las parteras del choco,como es su quehacer y su saber, esto se subio porque en el distrito se cuenta con muchos avances.
Para la linea tres se va a socializar el tema tratado a Johana Torres para que envie y apoye como responsable esta linea dentro del cuadro demando en conjunto con el lider de entornos cuidadores Luz Adriana)
Para el seguimiento de las cohortes de gestantes a las EPS, el equipo de aseguramiento se encarga de hacer el monitoreo.
Se requiere de manera prioritaria, hoy el cargue de la informacion para que no nos llamen la atencion por aparecer en rojo en el tablero de cumplimiento del MSPS.
Se sugiere de manera semanal crear un espacio de analisis del cumplimiento a lo reportado todos los lunes.

Johanna Torres ingresa al comité, Diana Franco le socializa demanera resumida el plan de aceleracion para la reduccion de la mortalidad materna, haciendo énfasis en el punto que se necesita apoyo por parte de la profesional.
El link de diligenciamiento se comparte via correo electronico, igual que ellink de asistencia a reunión con MSPS de los dias Jueves y video para ver como es el cargue de la información.

El segumiento mensual a metodo anticonceptivo pos evento obstetrico: desde vigilancia se creo un comité con reunión bi mensual para monitoreo de la ruta materno perinatal y promoción y

mantenimiento de la salud, donde se quiere vincular a todos los actores, no solo hacer participe a las subredes sino alas EAPB e IPS, se tiene fechas tentativas para el mes de noviembre 2022. Fecha por confirmar.

COMPROMISOS*

ACCION	RESPONSABLE	FECHA
Unirse todo el comité materno perinatal a la mesa de etnias.	Comité materno perinatal	11 de Octubre 2022
Reunión cada lunes 7 am de todo e quipo para mirar avances y fortalezas en el plan de aceleración para la reducción de la mortalidad materna	Comité materno perinatal	Periodicidad semanal

REVISIÓN Y APROBACIÓN DEL ACTA

SE ANEXA LISTADO DE ASISTENCIA

NOMBRES Y APELLIDOS	NUMERO DE DOCUMENTO	CORREO ELECTRONICO	NUMERO TELEFONICO	ENTIDAD / DEPENDENCIA
Lida Quitián	1012353563	Lyquitian@saludcapital.gov.co	3118464851	SDS sdds
Nohemí Ramirez Blanco	53017319	n2ramirez@saludcapital.gov.co	3023492847	Dirección de participación social
Sandra Paola Lemus Povea	52978445	Splemus@saludcapital.gov.co	3123188024	SLSP
Martha Johanna Moreno Ovalle	52217464	mjmoreno@saludcapital.gov.co	3107502689	Dirección de participación social
Paula Viviana Romero Mayorga	1012384859	Pvromero@saludcapital.gov.co	3133765266	Provision de Servicios de Salud
OLGA LUCIA MANCERA LEGUIZAMON	52634311	olmancera@saludcapital.gov.co	3002113070	DPSGTyT

Paola Suarez Santana	1016020273	dpsuarez@saludcapital.gov.co	3016630189	SDS - DAEPDSS
Xiomara del Pilar Fernández Bernal	52310306		estrategiaangelesguardianes@gmail.com	VSP-SS
Lina María Pineda	52910955	lmpineda@saludcapital.gov.co	3112196547	SLSP
Dyan Cristin Cortes Delgado	1022394563	dccortres@saludcapital.gov.co	3214562054	SDS- CDEIS
Yessica Castrillón García	1107063981	Ycastrillon@saludcapital.gov.co	3204818994	DPSS/SDS
Luz Eliana Espinosa Peñalosa	52204140	leespinosa@saludcapital.gov.co	3115855438	Subdirección Determinantes en Salud
ANDREA MORALES AROCA	52472744	A1morales@saludcapital.gov.co	3005274131	Secretaria de Salud /Subdireccion Garantia del Aseguramiento
Claudia Patricia Beltrán Beltrán	52834316	cpbeltran@saludcapital.gov.co	3167873305	SDS SVSP
Diana Carolina Ovalle Vargas	1032421085	estrategiaangelesguardianes@gmail.com	3214588330	vsp- ss
María Eugenia Delgado Méndez	53106741	medelgado@saludcapital.gov.co	3115404970	Subdirección de Determinantes
JHONNY ALEXANDER RIASCOS OÑATE	1089478671	jariascos@saludcapital.gov.co	3214048244	SDS-DPSS-RPMS
Martha Patricia Padilla	52423427	MP1Padilla@saludcapital.gov.co	3132840782	Subdireccion de Vigilancia en Salud Publica
Claudia Sarmiento	1030522249	cmsarmiento@saludcapital.gov.co	3013132051	SGTPySC

Arévalo				
Ana Milena Castro Roa	35530876	am1castro@saludcapital.gov.co	9743	SDS Subdirección de Determinantes en Salud RIAS

Anexo listado de asistencia a reuniones SDS-PYC-FT-002

Nota: Cuando la asistencia es igual o superior a 10 personas, se debe hacer uso del formato Listado de asistencia a reuniones SDS-PYC-FT-002, según lineamiento SDS-PYC-LN-011

Evaluación y cierre de la reunión

¿Se logro el objetivo?	Observaciones (si aplica)
Si **X** **No** ☐	

***** De requerir más campos en los temas y comentarios tratados, compromisos, inclúyalos antes de imprimir este formato.