ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S. E**	
	ACTA DE REUNIONES Y MESAS DE TRABAJO	**CA-FT-02 V6**

EVENTO: REUNIÒN [X] **MESA DE TRABAJO** [ ] **CAPACITACIÒN** [ ] **OTRO** [ ]			
FECHA: 2025– 01 - 31	**HORA INICIO: 9:30**	**HORA FINAL: 12:30**	**REUNIÓN N°: 1**
LUGAR: Casa Blanca SDS			
TEMA: Asistencia técnica ruralidad Sumapaz			
RESPONSABLE: JOHANNA TORRES RUIZ	**SECRETARIO: Leidy Milena Bautista**		

1. OBJETIVO:

El objetivo de la presente reunión es analizar y discutir los aspectos clave relacionados con la Matriz de Claridades con el talento humano de EBEH Sumapaz. Se busca alinear a todos los miembros del equipo en cuanto a las estrategias, responsabilidades y expectativas en el manejo de los procesos.

2. PARTICIPANTES:

Registrar en este campo el nombre, cargo y firmas de los asistentes a la reunión, si supera el número de campos permitidos utilizar el formato de CA-FT-01 “Lista de asistencia institucional”

	NOMBRE	CARGO	CORREO	DEPENDENCIA/USS	FIRMA
1	Martha Liliana Tunjo	Contratista	MLtunjo@saludcapital.gov.co	EBEH- SDS	
2					
3					
4					
5					

3. ORDEN DEL DÍA: (TEMAS A TRATAR)

Bienvenida

1. Introducción
2. Intervención de la Coordinación
3. Matriz de Claridades
4. Asuntos Discutidos y Resoluciones
5. Conclusiones
6. Cierre de la reunión

4. VERIFICACIÓN DEL QUÓRUM: (Este debe ser mayor al 50% de los invitados)

Se verificó que el quórum fuera mayor al 100% de los invitados.

5. SEGUIMIENTO A COMPROMISOS ANTERIORES: (Si aplica)

NA

6. DESARROLLO DE LOS TEMAS:

Desarrollo de la reunión:

Introducción

Los Equipos Básicos Extramurales de Hogar (EBEH) forman parte del modelo de atención en salud MAS Bienestar, específicamente en el pilar de Gestión Integral del Riesgo. Su enfoque está centrado en la Atención Primaria Social, con el objetivo de promover el bienestar y la salud de las personas, familias y comunidades, identificando y abordando de manera temprana los riesgos para la salud. El trabajo de los EBEH inicia con la caracterización territorial, familiar e individual, lo que permite realizar derivaciones a atención colectiva, individual, sectorial e intersectorial según las necesidades detectadas.

La labor de estos equipos se articula con actores del sector salud como las EPS y otros equipos del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas, así como con la comunidad y otros sectores. Las interacciones clave que organizan su operación son: el cuidado de la salud familiar, la estrategia de abordaje étnico diferencial, y la gestión de la salud pública en los niveles macro, meso y micro.

Lo más importante:

- Los EBEH forman parte del modelo MAS Bienestar y se centran en la atención primaria social.
- Su trabajo está orientado a la identificación temprana de riesgos y la intervención oportuna.
- La caracterización territorial y familiar permite derivar a atención colectiva e individual según las necesidades.
- Se articula con actores del sector salud, intersectoriales y comunitarios para organizar respuestas efectivas.
- Tres interacciones clave en su operación: cuidado para la salud familiar, estrategia étnica diferencial, y gestión de la salud pública.

Nota introductoria:

Aspectos a tener en cuenta para el abordaje en la ruralidad dispersa:

El abordaje en la ruralidad dispersa se fundamenta en un trabajo en equipo y una planificación detallada, que permite una atención adaptada a las necesidades de cada familia y territorio. El enfoque integral asegura que las intervenciones sean coordinadas y registradas, favoreciendo la eficiencia y el seguimiento de las acciones. La colaboración entre los distintos perfiles profesionales, tanto de manera individual como colectiva, resulta esencial para brindar un plan de cuidado familiar adecuado, cuyo tiempo de abordaje no exceda los tres meses, garantizando una intervención efectiva y alineada con las características de la ruralidad dispersa.

El modelo propuesto para la ruralidad dispersa promueve un abordaje integral, colaborativo y planificado, donde cada miembro del equipo desempeña un rol clave, asegurando que las intervenciones sean coordinadas y eficientes, siempre teniendo en cuenta las particularidades del territorio y las necesidades familiares.

A continuación, se detallan los puntos de la **Matriz de Claridades:**

Punto 1: Discusión sobre operatividad del equipo de ruralidad cercana y criterios de priorización

Pregunta 1: ¿Se podría contemplar la operatividad del equipo de ruralidad cercana, de manera que los tres perfiles ingresen a los criterios de priorización identificados para la familia, sin segregar a los perfiles que deben ingresar exclusivamente a sus criterios establecidos?

Respuesta:

Sí, se podría contemplar la operatividad del equipo de ruralidad cercana de forma que los tres perfiles (enfermería, psicología y ciencias ambientales) participen en los criterios de priorización para la familia. La intervención sería integral y colaborativa, considerando las necesidades sociales, ambientales y de salud de la familia, sin segregarlos a criterios exclusivos de cada uno. La priorización se basaría en un análisis conjunto de todos estos factores.

Punto 2: Enfoque territorial y abordaje en Sumapaz

Pregunta 2: Teniendo en cuenta las dinámicas de Sumapaz, ¿se podría considerar un abordaje desde el enfoque territorial, en el cual cada perfil trabaje con la familia según su pertenencia?

Respuesta:

Sí, el Plan de Cuidado contempla un enfoque integral y coordinado en el que se adaptan las intervenciones a las características específicas de cada territorio, como en Sumapaz. La intervención por cuenca es viable, promoviendo un trabajo interdisciplinario y asegurando la cobertura total del territorio, con especial atención a las dificultades de acceso a los servicios de salud.

Punto 3: Inclusión de grupos en criterios de priorización

Pregunta 3: ¿Se podrían incluir familias con menores de cinco años, gestantes y pacientes crónicos en los criterios de priorización del perfil de enfermería?

Respuesta:

Sí, se pueden incluir estas familias dentro de los criterios de priorización de enfermería, sin necesidad de especificar explícitamente estos grupos en el lineamiento. La intervención debe ser flexible y ajustada a las necesidades de cada familia, tomando en cuenta la caracterización individual.

Punto 4: Frecuencia de intervención para pacientes crónicos, menores de 5 años y gestantes

Pregunta 4: ¿Cuál sería la frecuencia de intervención recomendada para el perfil de enfermería en estos casos?

Respuesta:

La frecuencia de intervención se determinaría según el criterio profesional del equipo de enfermería, considerando la gravedad y evolución de las condiciones de salud de cada paciente. No debe limitarse por criterios estrictos, sino adaptarse a las necesidades y riesgos de cada caso.

Punto 5: Frecuencia de intervención para el perfil de odontología

Pregunta 5: ¿Cuál sería la frecuencia de intervención recomendada para odontología en familias con menores de 5 años y gestantes?

Respuesta:

La frecuencia de intervención dependerá de las condiciones bucodentales individuales de cada paciente, ajustándose a las necesidades específicas detectadas durante las valoraciones odontológicas.

Punto 6: Inclusión de condiciones crónicas en las familias priorizadas

Pregunta 6: ¿Se podrían catalogar familias con personas diagnosticadas con artritis, artrosis, hipotiroidismo, enfermedades coronarias, etc.?

Respuesta:

Sí, se podrían incluir dentro de las familias con crónicos, ya que estas condiciones requieren atención a largo plazo y manejo continuo, lo que justifica su inclusión en los planes de cuidado familiar.

Punto 7: Intervención odontológica para familias con alteraciones bucales

Pregunta 7: ¿Se podría intervenir en una familia donde los menores de 5 años no tengan caries, pero los adultos mayores presenten alteraciones bucales?

Respuesta:

Sí, sería posible intervenir en ese caso. La intervención odontológica debe ser integral y adaptada a las necesidades de toda la familia, priorizando el bienestar de los adultos mayores y considerando el impacto potencial en la salud bucal de los menores.

Punto 8: Abordaje de riesgos ergonómicos y neurodesarrollo desde terapia ocupacional

Pregunta 8: ¿Se podría abordar familias con riesgos ergonómicos en sus actividades cotidianas en el campo y menores con dificultades de neurodesarrollo?

Respuesta:

Sí, es posible. El enfoque de la terapia ocupacional puede adaptarse para prevenir deterioros funcionales y mejorar la calidad de vida de las familias que enfrentan estos riesgos, tanto en adultos como en menores.

Punto 9: Cierre de casos priorizados por enfermería, terapia ocupacional y odontología

Pregunta 9: ¿Cómo se realizará el cierre de los casos priorizados?

Respuesta:

El cierre de casos se realizará una vez alcanzadas las metas definidas en los planes de cuidado individual. El proceso debe ser documentado e incluir recomendaciones y evaluaciones finales. En casos donde se necesiten seguimientos adicionales, se activarán rutas de atención adicionales.

Punto 10: Intervención conjunta en Sumapaz y registro de acciones

Pregunta 10: ¿Se aplica la nota aclaratoria sobre intervención conjunta en el anexo operativo para la ruralidad dispersa, como Sumapaz?

Respuesta:

Sí, esta nota aclaratoria se aplica en contextos como Sumapaz, permitiendo que los profesionales ingresen de manera conjunta a las familias cuando las dinámicas del territorio lo requieran. Las acciones desarrolladas por cada perfil deberán ser registradas en la herramienta dispuesta para ello.

Punto 11: Intensidad de intervención debido a las condiciones geográficas de Sumapaz

Pregunta 11: ¿Se considera una intensidad de intervención de 3.5 horas para abordar las dificultades geográficas?

Respuesta:

Actualmente, no está contemplada una intensidad de intervención de 3.5 horas debido a las restricciones presupuestarias y logísticas. Sin embargo, se revisará esta propuesta para el siguiente convenio, teniendo en cuenta las condiciones de acceso y los recursos disponibles.

Asuntos Discutidos y Resoluciones

1. Atenciones Individuales

- EAPB: Se debe tener en cuenta lo previamente contratado con las EAPB para asegurar el cumplimiento de las condiciones pactadas.
- Mesas de Trabajo: Se propone realizar mesas de trabajo y una mayor articulación con los servicios ambulatorios para la coordinación de actividades en la ruta de promoción y mantenimiento.

2. Grupos de Riesgo para Enfermería

Abordaje a Gestantes

- El objetivo es el abordaje al 100 % de las gestantes en lo colectivo, priorizando la atención integral y oportuna.

Grupo de Riesgo de Infancia

- Se priorizarán todas las familias con menores de 5 años, verificando las familias antiguas y las novedades, como nuevos nacimientos. Es crucial cumplir con los tiempos de abordaje definidos.
- Para los menores con riesgo, se llevará a cabo atención individual por parte del personal de enfermería.

Personas con Condiciones Crónicas

- Se estima que hay aproximadamente 164 personas con hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus (DM), EPOC, y otras condiciones crónicas.
- Todas las personas con condiciones crónicas pueden ser abordadas, incluyendo aquellos con artritis, enfermedades osteomusculares, hipertiroidismo, hipotiroidismo, entre otras.
- Se llevará a cabo un cruce de bases de riesgo con la caracterización para identificar a los beneficiarios que necesitan atención especializada.
- Si es necesario realizar un abordaje individual para personas afiliadas a otras EAPB que estén por evento, se deberá solicitar una previa autorización con dichas EAPB. Además, se enviará un listado de los casos a la Secretaría de Salud (SDS).

3. Planes de Cuidado Familiar e Individual

- En los planes de cuidado, se debe realizar un análisis en comité sobre las necesidades específicas de cada familia y persona atendida.
- Es fundamental contar con la data de las familias que han sido abordadas, asegurando que los cierres de los planes de cuidado estén documentados, incluyendo una descripción del riesgo identificado.
- El cierre de los planes de cuidado dependerá de la condición de riesgo de la familia y se estima que el tiempo estándar para el plan de cuidado es de 2 a 3 meses.

4. Atención Odontológica

- Se priorizarán las familias gestantes, menores de 5 años, y aquellas identificadas por el equipo de abordaje territorial que presenten riesgos en salud bucal.

5. Terapeutas

- Se atenderá a personas con discapacidad, cuidadores de personas con limitación funcional (con sobrecarga leve o intensa, y aquellos que no tienen cuidador en el tamizaje de otros casos priorizados.
- Articulación Laboral: Se establecerá una articulación en relación a las familias que tienen riesgos derivados de su actividad laboral, especialmente en el campo, desde un enfoque ergonómico.
- Necesidades Educativas Especiales: No se abordarán en el plan de cuidado aquellos trastornos de aprendizaje que no estén relacionados con las condiciones identificadas.

6. Manejo de Duelo y Asistencia Técnica

- Se discutirá si el manejo del duelo puede ser realizado con la estructura actual de atención, y se definirá la modalidad más adecuada para abordar esta necesidad.

7. Alertas y Verificación de Vehículos

- Es necesario revisar y verificar las alertas relacionadas con las familias para el abordaje en el plan de cuidado, especialmente para aquellas con tamizajes altos.
- También se deberá verificar la disponibilidad y estado de los vehículos en Sumapaz para el desplazamiento de los equipos.

8. Manejo en el aplicativo de condiciones crónicas

- Es necesario aclarar cómo se gestionarán los casos en los que una persona tenga múltiples condiciones crónicas. Actualmente, se marca "crónico no" para HTA, diabetes y EPOC, pero debe especificarse en la sección de observaciones cualquier condición crónica adicional que no se haya registrado de forma estándar.

Conclusiones

- Se destaca la importancia de la apropiación de los lineamientos por parte del equipo y la coordinación continua entre las áreas involucradas.
- Acompañamiento desde la SDS será crucial para el soporte técnico en la implementación de las acciones acordadas.
- Se debe participar activamente en los espacios de construcción de lineamientos y cerrar las familias que fueron abiertas en meses anteriores, enviando la información correspondiente.

Cierre de la reunión:

La reunión concluyó a las 12:30 p.m.. Se agradece la participación de todos los asistentes y se acuerda seguir trabajando en las soluciones planteadas para mejorar la atención en Sumapaz y otros territorios similares.

7. DECISIONES TOMADAS

NA

8. COMPROMISOS:

QUÉ (Tarea o actividad)	CÓMO (Metodología – estrategia)	CUANDO (Fecha límite aaaa-mm--dd)	QUIEN (Responsable)
NA	NA	NA	NA

EN CONSTANCIA SE FIRMA:

RESPONSABLE DE LA REUNIÓN _____

SECRETARIO REUNIÓN _____