ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	ACTA DE REUNIÓN			
	Código:	SDS-DFO-FT-001	Versión:	1
Elaborado por: Nury Leguizamon Amaya, Alvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo				

Tema: Reunión con experta para conocer las practicas más recomendadas para el abordaje integral de la población expuesta y /o afectada por condiciones crónicas en Bogotá D.C.

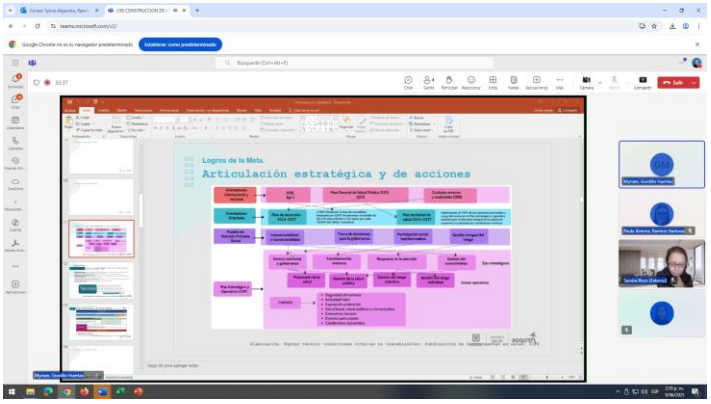
Dependencia (Dirección / Oficina)	**Proceso**
Subdirección de Determinantes en Salud	Gestión social y territorial en salud pública

Objetivo				
Articulación con experta para conocer las mejores prácticas en salud para la prevención de las condiciones crónicas no transmisibles en el marco de la construcciones de los lineamientos técnicos para el plan de Salud Pública de intervenciones colectivas vigencias 2025-2026	Fecha: 09 junio de 2025			
	Tipo de reunión	Asistencia Técnica: Asesoría ( ) Capacitación ( ) Orientación ( ) Acompañamiento ( )		
		Otro (x) _____		
	Modalidad:	Presencial ( )	Virtual (X)	Mixta ( )
	Lugar: Microsoft Teams			
	Hora Inicio: 2:15 pm Hora Fin: 04:00 pm			
	Notas por: Alejandra Ramírez			
	Próxima Reunión: Por confirmar			
	Quien cita: Myriam Gordillo			

TEMAS Y COMENTARIOS TRATADOS *

Se inicia reunión con la presentación inicial de participantes, la experta invitada es Sandra Rozo con experiencia en el sector salud, cronicidad y gestión del riesgo en salud en general y del equipo de condiciones crónicas no transmisibles participa Myriam Gordillo referente técnica para cáncer, Paula Ramírez referente técnica para salud cardio cerebro vascular y metabólica y Alejandra Ramírez referente técnica para salud visual y auditiva comunicativa.

La reunión es moderada por Myriam Gordillo quien presenta los objetivos de la sesión y expone las generalidades de la operación del equipo de vida saludable y condiciones crónicas no transmisibles en la Subdirección de Determinantes en Salud y Subsecretaría de Salud Pública, en lo relacionado con los lineamientos técnicos para la operación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas.

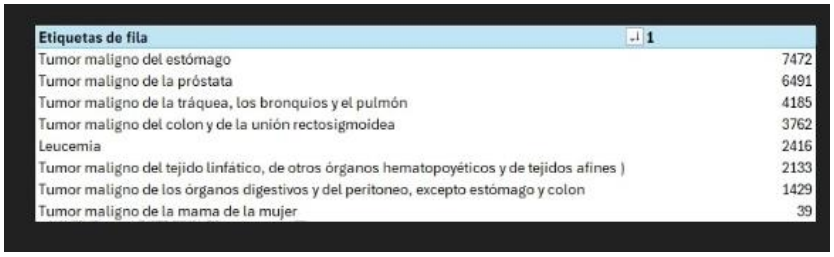


Se realiza la presentación de los objetivos de desarrollo sobre los que se sitúan las metas de mortalidad, la meta que se

tiene sobre mantener la mortalidad de condiciones crónicas no transmisibles. Se menciona los siete nodos del plan estratégico y operativo para el abordaje integral de la población expuesta y/o afectada por condiciones crónicas. También se mencionan los cinco entornos en los que se tienen acciones de intervención para condiciones crónicas y cómo operan a nivel general cada uno de estos entornos. Se aclara que los lineamientos técnicos se construyen para la operación de todos los entornos. Por lo cual, desde la Subsecretaría de Salud Pública se propuso tener orientadores técnicos que pueden ser el momento de curso de vida y el entorno, para identificar qué acciones específicas a realizar. Por ejemplo,
Entorno educativo: vacunación VPH, consumos nocivos. Se deben plantear acciones innovadoras y efectivas que logren disminuir la incidencia del consumo y aumenten las coberturas en vacunación VPH.

La experta pregunta, si las intervenciones están orientadas de manera específica a impactar mortalidad?, o incidencia? o prevalencia? También, indaga ¿En dónde el equipo técnico se centra en los casos incidentes o en los casos prevalentes? Para evitar los nuevos casos pero que no se me muevan los prevalentes. Myriam aclara que desde salud pública se centra la atención especialmente el riesgo colectivo y las condiciones que viven los usuarios con condiciones crónicas y sus complicaciones.

Sandra, menciona que hace estas preguntas porque es importante delimitar ¿qué es lo que estamos haciendo? y ¿cómo lograr que sea observable el impacto en dos años?. Cuando se habla de mortalidad temprana de crónicas no transmisibles a dos años, es importante establecer ¿en qué casos? a ¿qué enfermedades se debe énfasis?, ¿en qué temas?. Respecto a los diagnósticos que están generando más mortalidades. Sugiere que si la forma como se va a medir que es exitosa la intervención en crónicas para el 2030 es la disminución de las muertes prematuras, es eso en lo que hay que enfocarse Por lo tanto se debe hacer énfasis en los diagnósticos que reportan más mortalidad y definir si se centrarán acciones en menos incidencia o mortalidad?



Etiquetas de fila	1
Tumor maligno del estómago	7472
Tumor maligno de la próstata	6491
Tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón	4185
Tumor maligno del colon y de la unión rectosigmoidea	3762
Leucemia	2416
Tumor maligno del tejido linfático, de otros órganos hematopoyéticos y de tejidos afines)	2133
Tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon	1429
Tumor maligno de la mama de la mujer	39

Myriam socializa los principales canceres de acuerdo al sistema de vigilancia de la ciudad.
Se propone construir algunos elementos predictivos para brindar información en salud, sobre los factores de riesgo. Por lo tanto hay que trabajar muy de la mano con quienes tengan el riesgo individual.
La experta menciona que los mejores resultados en salud se verán en muchos años, a dos años no se verán las acciones en colectivas para cáncer gástrico. Mirian menciona que el distrito cuenta con el servicio de canalización para canalizar las barreras a ruta de riesgo, pues se tienen usuarios que no ha tenido sintomatología y no han podido acceder a los servicios, ni han recibido la atención del asegurador. En ese sentido, uno de las propuestas de la reunión es posicionar la ruta de cáncer en todos los entornos para aumentar la demanda en las EAPB y así se identifique y se canalice.
Los desafíos para la experta son la atención al cáncer de estómago, pulmón, colon y recto. La acción sugerida es la identificación de signos de alarmas y síntomas y que haya un ejercicio de canalización. Pregunta si, ¿los equipos de territorio pueden ir con el cruce de datos de variables apoyados con los equipos de información, ¿en las zonas más afectadas por estos canceres? Menciona que la atención a estos cánceres como el cáncer de pulmón que requiere un TAC

para diagnostico puede tener dificultades de costos y acceso.

Para Myriam CA de cuello uterino es el más alcanzable mediante lograr que las mujeres se hagan citologías. Porque el 70% de los canceres de mama no tienen un factor claro. Para mama si se debe informar los signos y examen cada dos años, en cuanto a la calidad de los servicios. En cáncer de próstata aún se están buscando respuestas. Inicialmente desde la Secretaría de Salud se busca lograr un consenso de urólogos sobre la prueba eficiente para exigirla a los pacientes. También hay una barrera cultura que afecta la detección temprana porque el sobreviviente queda con alteraciones sexuales y para muchas personas es difícil.

La experta propone armar consultorios azules en las IPS para el abordaje de cáncer de próstata. Con un PSA alterado se debe hacer tacto rectal, pero no hay suficientes urólogos y los urólogos piden los casos más difíciles. Por lo que la experta sugiere el consultorio para hombres y que sea un espacio en el que esté a cargo un médico con mayor entrenamiento.

Se menciona la prescripción social como una de las estrategias que actualmente se quiere posicionar. La experta menciona que la prescripción social no se puede quedar en las IPS y se debe establecer quién realizará la prescripción social y cómo se hará el seguimiento a esos casos. La experta menciona que la navegación social esta unidad a la prescripción social como una forma de ayudar a navegar.

Paula menciona que la Universidad del Bosque está haciendo prescripción social en el sector de Cedritos con los servicios disponibles en el territorio y que se debe hacer una mayor indagación sobre cómo se va a lograr la prescripción social. La experta enfatiza en la importancia de la intersectorialidad para que funciones la prescripción social.

La experta comparte una presentación de prescripción social en España y menciona que se debe tener presente:

A. Hacer el vademecum o inventario de la prescripción social. Saber ¿a quienes se les hace la prescripción social? Tener claro el alcance si serán hogares comunitarios, hogares infantiles para los niños. ¿qué tipo de comunidades o instituciones tendrán prescripción social?
B. Definir ¿quiénes van a hacer las prescripciones? y ¿dónde estarán esas personas?. Si estarán en el entorno comunitario, educativo, o en donde se estarán para que puedan estar cerca de las personas que tienen la necesidad y saber si finalmente accedieron a los servicios prescritos.
C. Establecer ¿Cómo se va a hacer la prescripción social?.

La experta sugiere que por niveles de riesgo se pueda hacer la prescripción social, así como se está haciendo con los Equipos Básico Extramurales de Hogar de acuerdo a lo conversado con el equipo técnico de crónicas. Alejandra menciona que se están construyendo con los equipos de uno de los entornos para priorizar y que también se están construyendo los grupos grandes. Sandra, propone que se haga un piloto en un entorno, para entender las necesidades de cada uno de los lugares e ir aplicando el modelo para conocer que se necesita en cuanto a la prescripción. Pregunta si hay recursos y personas en los entornos que pudieran mover la prescripción. Alejandra menciona que desde la estrategia de canalizaciones ya se hacía una canalización a servicios intersectoriales y a partir del modelo Más Bienestar y el posicionamiento de la Atención Primaria Social al entender que la salud es integral y el papel crucial de los diferentes sectores, se logró involucrar a otros actores.

La experta menciona que en Buga el director de planeación de la Secretaria de Salud tuvo una idea para sumar personas como gestores sociales y coordinó con los estudiantes de los últimos grados de bachillerato realizar el servicio social como agentes comunitarios de salud. De acuerdo a la experta esta es una forma de vigía de la salud al hacer actividades

promoción de la salud.

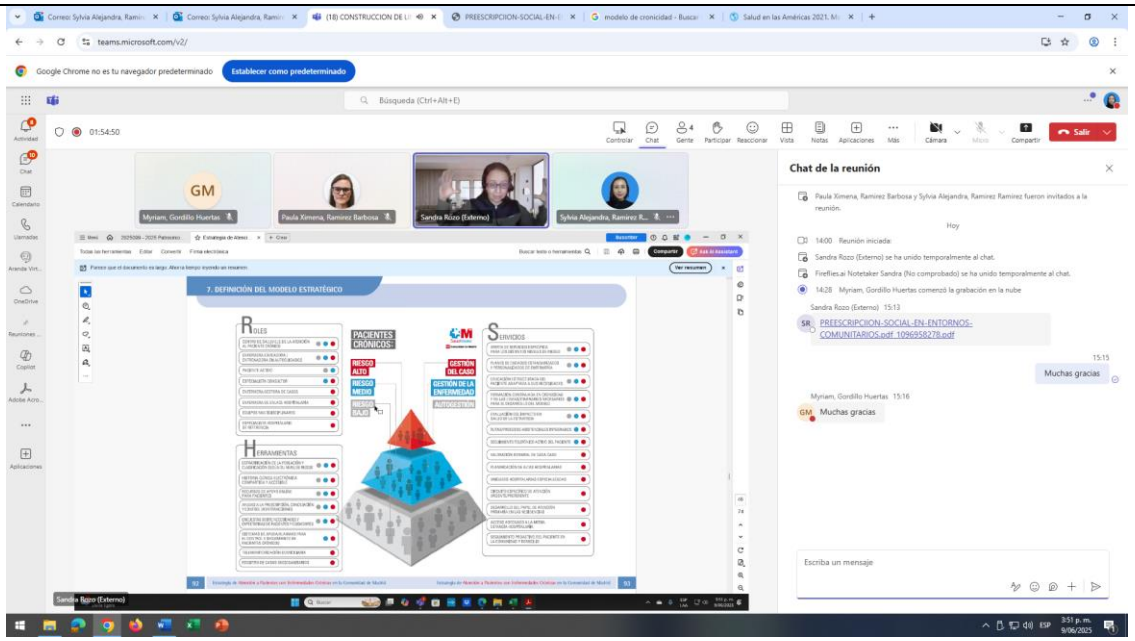
El equipo reflexiona sobre esa estrategia implementada en Buga la cual permite conectar a las personas de diferentes edades y también aporta a la sostenibilidad de la prescripción social, Cuando son los jóvenes del barrio quienes realizan la prescripción social, hay más posibilidades de que la comunidad asista. Al final el Secretario de Salud certifica al estudiantado las horas realizadas como agentes comunitarios. Esta estrategia también fomenta el interés en estudiar carreras relacionadas con salud.

Alejandra menciona que la interacción entre los jóvenes y las personas mayores también permite cambiar la mentalidad frente a la vejez y el proceso de envejecimiento. Debido al envejecimiento poblacional, una de las prioridades del sector identificadas por el equipo, para responder a los cambios sociodemográficos a futuro, es la generación de cohesión social y redes de apoyo. Especialmente para las personas que no tienen hijos pero que si pueden contar con una red de personas con las que se ayudan. En ese sentido, la presencia de los jóvenes para realizar el servicio social sería un gana a gana porque a los jóvenes se les certifica y a los adultos mayores se les da un rol de tutor y no solo un pasivo o de sólo recibir una ayuda estatal.

Respecto al modelo de cronicidad, la experta menciona que España lo viene trabajando hace 30 años. Cronicidad es entender que entre el envejecimiento de la población y la aparición de las condiciones crónicas y la población se generan desafíos sociales muy grandes. No es solamente el abordaje clínico el que se debe hacer para el manejo de las enfermedades crónicas sino que tiene que ver con el envejecimiento de la población por lo que tiene un enfoque socio sanitario. Se debe pensar qué hacer con los pensionados, para que tengan más autonomía. Este modelo implica unos niveles de intervención bajo, medio y alto riesgo. Sugiere consulta a Carmen Ferrero líder del programa de cronicidad en España.

Paula, menciona que la mortalidad por enfermedades cardiovasculares disminuyó en relación con el cáncer. Pregunta a la experta, ¿Qué sugerencias tienen para continuar trabajando los temas con cardiovascular?. La experta pregunta ¿qué se hizo en cardiovascular para que bajara la mortalidad en comparación con cáncer? Por lo que se responde que la tamización de riesgo vascular y diabetes en el espacio público y la estrategia Hearts ha contribuido, por lo que se propone continuar y mantener aquellas estrategias que han mostrado resultados.

La experta, sociliza imagen del modelo español de Cronicidad y señala que cada comundiad autonoma aterriza el modelo, los roles y servicios que se prestan.



Sandra explica que la cronicidad tiene que ver en cómo se alinean las políticas, herramientas y estrategias para buscar que los pacientes crónicos durante la mayor cantidad de tiempo con mejor calidad de vida y siendo productivos; que tengan un propósito. Realizan acciones relacionadas con la autonomía como salir con apoyo de un caminador a hacer la compra. Este tipo de modelos se pueden tener en cuenta para formular las estrategias en Bogotá.

Agotados las preguntas, se da cierre a la reunión.

COMPROMISOS*

ACCIÓN	RESPONSABLE	FECHA
Definir las acciones a dos años, que permitan evidenciar resultados en cumplimiento de la meta de disminuir la mortalidad prematura por CCNT	Equipo técnico CCNT	Para construcción de nuevos lineamientos técnicos PSPIC

REVISIÓN Y APROBACIÓN DEL ACTA

No	NOMBRES Y APELLIDOS	CORREO	TELÉFONO	DIRECCIÓN/ OFICINA/ ENTIDAD	FIRMA
1	Paula Ramírez	pxramirez@saludcapital.gov.co	3134031929	Subdirección de Determinantes en Salud. Salud Pública.	Paula Ramírez
2	Myriam Gordillo	m1gordillo@saludcapital.gov.co	3103032921	Subdirección de Determinantes en Salud. Salud Pública.	Myriam Gordillo
3	Sylvia Alejandra Ramírez Ramírez	saramirez@saludcapital.gov.co	3204743932	Subdirección de Determinantes en Salud. Salud Pública.	Sylvia Alejandra Ramírez Ramírez

4					
5					
6					
7					
8					
9					

ASISTENTES

Anexo listado de asistencia 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 logró el objetivo?	Observaciones (si aplica)
Si (x) **No ( )**	No aplica.

***** Se podrán incluir o eliminar filas de acuerdo con el requerimiento.