

 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 Leguizamón Amaya, Alvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo					

Tema: Reunión Estrategia EVA – Evaluación y Acompañamiento de la Atención en Salud y Provisión de servicios de Salud. Ciclo de Atención Componente Cardiocerebrovascular

Dependencia (Dirección / Oficina)	Proceso
SUDIRECCION DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN SERVICIOS DE SALUD	GESTION SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA

Objetivo	Fecha: 20 de Mayo de 2026		
Reunión Estrategia de Evaluación y Acompañamiento de la Atención en Salud – EVA y Provisión de Servicios de Salud Ciclo de Atención Componente Cardiocerebrovascular – Modelo de Salud - Ruta de atención	Tipo de reunión	Asistencia Técnica:	
		Asesoría ()	Capacitación ()
		Orientación ()	Acompañamiento ()
	Otro (x) Articulación		
	Modalidad:	Presencial ()	Virtual (X) Mixta ()
	Lugar: Subdirección de Calidad y Seguridad en Servicios de Salud- DCSSS		
	Hora Inicio: 7:00 am Hora Fin: 8:30 am		
	Notas por: Angela María Góngora Escobar		
	Próxima Reunión: No aplica		
	Quien cita: Subdirección de Calidad y Seguridad en Servicios de Salud- DCSSS		

TEMAS Y COMENTARIOS TRATADOS *

Se inicia la reunión modalidad virtual con el equipo técnico de la estrategia de Evaluación y Acompañamiento - EVA, las contratistas Eliana Marcela Pedraza González y Angela María Góngora Escobar, y las contratistas Rocio Urbano y Leidy Johana Castañeda Campos de la Dirección de Provisión de Servicios de Salud, con el propósito de realizar la articulación para la planeación del ciclo de atención componente Cardiocerebrovascular.

La contratista la Doctora Rocio Urbano, realiza la intervención mencionando que se va a presentar el modelo de salud más bienestar desde el componente cardio cerebro vascular y metabólico.

La contratista Leidy Johanna Castañeda de Provisión de Servicios de Salud, menciona que es muy importante contarles cómo se espera que funcione la ruta cardiovascular en el proceso tanto de la atención desde las acciones colectivas hasta la rehabilitación. Y que hay que decir que hay instituciones que tienen sus modelos y tienen su forma de atención. Sin embargo, de lo que está acá, todos deberían tenerlas, no en esa paso a paso de hacerle, pero en su concepción y ya les voy a ir contando por qué.

Ellos tienen planteado dentro de su contratación y dentro de sus procesos de modelo, la una atención específica a los pacientes con condición crónica instaurada. Sin embargo, no dista de lo que nosotros estamos proponiendo en el modelo. En cuanto a la lista de chequeo que ustedes nos compartieron, se observa que tienen los elementos básicos que deben de tener y antes de más.

Esta primera diapositiva que básicamente muestra que los resultados realmente en el tema de salud, no necesariamente solo en condiciones crónicas, sino en salud. El 11% depende del sistema sanitario. Un 43% sobre el tema de estilos de vida saludable y por eso el componente cardiovascular está orientado desde la atención de los factores de riesgo que son modificables y no modificables y que nos van a dar acciones específicas a fortalecer. Y Tenemos acciones propuestas desde los eventos precursores, que en este caso es hipertensión y diabetes. Y ya los eventos de desenlace, que son las cardiovasculares, los eventos cardio cerebrovasculares y metabólicos, como el infarto, el ataque cerebro, el ataque cerebrovascular, que ya es un

 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 Leguizamón Amaya, Alvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo					

desenlace. Entonces tenemos esos **tres puntos importantes** Factores de riesgo, eventos precursores y los eventos de desenlace. Dentro de estos el **27%** son factores biológicos y genéticos, y que ahí No podemos incidir mucho. Y un **19%** las condiciones medioambientales a las que nos enfrentamos. Pero si bien muy importante para abordar todo el tema cardiovascular, los estilos de vida saludables son prioritarios. Dentro de la ciudad se han identificado unos factores tensionales, específicamente que afectan en gran manera las condiciones crónicas.

Tenemos todo el tema del autocuidado y esto se hace parte súper importante porque dentro de nuestro modelo está centrado en las personas y específicamente lograr orientar la atención, la educación y fortalecer las personas para que tomen decisiones conscientes y su autocuidado mejore. Todo el tema de transición demográfica y sabemos que la natalidad ha bajado importante en la ciudad y que se ha aumentado la población mayor y adulta mayor. La oferta de tecnología en salud, para la atención en condiciones crónicas, que se necesita y se requiere tecnología importante, tanto para los eventos precursores como para los eventos de desenlace, se ha verificado, se ha organizado parte de esa atención y es lo que se está haciendo con las subredes en estos momentos. Equipando estas instituciones con algunos elementos importantes, por ejemplo, en los SER, que son los Servicios Especializados Resolutivos, se dotó de algunas unidades con Holter, con MAPA, con electrocardiogramas para poder hacer procedimientos de forma más rápida en la población. La relación de la oferta y demanda, que, en los pacientes con condición crónica, incluimos factores de riesgo precursores, eventos de desenlace y pues se evidencia que más de la mitad de la población presenta factores de riesgo.

Las principales causas de mortalidad en el distrito, patologías cardio-cerebrovasculares, las patologías oncológicas, patologías renales, los pacientes con pluripatología, y los eventos asociados con el desarrollo de un impacto superior. Está la mortalidad materna, salud infantil, bienestar socioemocional, temas de salud mental, trauma, migrantes. En el último reporte de cuenta de alto costo a nivel nacional. Tenemos más de 6.248.000 personas con hipertensión, alrededor de 2.357.000 con diabetes mellitus, y enfermedad renal 1.200.000 en Colombia.

La incidencia de hipertensión es de 4,17, la prevalencia de 13,48. La prevalencia de hipertensión debe estar sobre el **25%** y estamos sobre el **13**. Entonces aquí es cuando se ve la importancia de la identificación temprana de todo lo que tiene que ver tanto eventos precursores, factores de riesgo, como la identificación de la hipertensión arterial. Y en diabetes mellitus, la incidencia es de 1.76 y la prevalencia de 4.97, y esa prevalencia en Bogotá debe estar alrededor del **9%**. Entonces en Bogotá tenemos 1.208.356 personas con hipertensión arterial y diabetes mellitus.

Es muy importante identificar en las visitas, esos procesos específicos de seguimiento y control de sus cohortes de riesgo, porque cada una de las instituciones, tanto IPS como EAPB, deben de tener las cohortes identificadas y tener estos valores claros de control y de seguimiento en la población. También mostrarles que, en el Distrito, vigilamos una meta de mortalidad por enfermedades no transmisibles y esta meta la vigila Salud Pública, ellos nos comparten las tasas de mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles en población de 30 a 70 años. Por tanto, debemos apuntar en donde estas acciones que nosotros desarrollamos se deben de fortalecer y mejorar para ese indicador de mortalidad. Entonces todas las acciones que se desarrollan desde acciones colectivas, provisión de servicios, salud pública y calidad debe impactar en el seguimiento y control de esta mortalidad. Para esta Mortalidad se verifican 4 patologías: Neoplasias, enfermedades cardio cerebrovasculares, diabetes, enfermedad respiratoria inferior y crónica inferior, Para el 2025 esta tasa se encuentra en 130 y la línea básica es de 128,7. La meta que se tiene es de 125 por cada 100 mil habitantes. Tenemos que para 2021 y 2022 lo que fue Covid19 afectó los datos. Para el 2030 vamos en 130,6 por cada 100 mil habitantes entre 30 a 70 años. Nuestra tasa en 2025 fue de 52,9 solamente para las enfermedades cardiovasculares. En estos momentos cáncer nos lleva una ventaja en esta mortalidad, ya que se ha mantenido y está por encima de las cardiovasculares, la neoplasia.

Sin embargo, las enfermedades cerebrovasculares son una prioridad en este momento por la mortalidad que esto acoge. Dentro de las principales causas de mortalidad por enfermedades cerebrovasculares, tenemos la primera enfermedad isquémica del corazón y las enfermedades cerebrovasculares o el ataque cerebrovascular. Si se suman estas dos causas dan más o menos casi un 80% de la mortalidad total. Otras dos causas importantes

 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 Leguizamón Amaya, Alvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo					

son enfermedad hipertensiva e insuficiencia cardiaca congestiva. Si observamos el comportamiento de esta causa de mortalidad por EAPB tenemos que Capital Salud tiene una tasa de 22.6 por cada 100 mil afiliados y es una tasa muy alta para el número de afiliados que tiene la EPS y es una Alerta. Y si miramos Sura y Compensar se observa que es mucho más población, pero la mortalidad no se comporta tan grave, Y es muy importante revisar Nueva EPS con una tasa de 8.4.

A continuación, se plasma la georeferenciación que se hizo en una muestra que tomamos de 570 pacientes de la cohorte de hipertensión arterial y diabetes ubicados en: Suba, Engativá, Kennedy, Usaquén dentro de las principales y le siguen Ciudad Bolívar, Rafael Uribe Uribe y Usme.

Luego se muestran las capas del modelo el pilar de gestión del riesgo específicamente tiene dentro y en su interior unas capas en las que se desarrollan específicamente las acciones. Entonces en estas capas específicamente iniciar tres aseguramientos porque para esto es un ejercicio súper importante que las personas tengan afiliación y esté a cargo de un pagador que pueda responder por el usuario específicamente. Y también se están haciendo acciones tendientes en la población migrante no asegurada, sin embargo, ustedes saben que eso es realmente un gran problema como se está planteando específicamente en este momento.

La otra capa es el modelo predictivo y específicamente se desarrollan acciones de identificación de los principales factores de riesgo en la gestión extramural y son todas esas acciones que hacen los equipos básicos de gestión extramural en los territorios porque ustedes saben que los riesgos no están donde el paciente va a los servicios de salud sino los riesgos están o en la casa o en los colegios o donde el paciente trabaja. Entonces ahí la importancia de la **gestión extramural**. En este momento la secretaría cuenta con sus gestores extramurales, pero la idea es que los privados también patrocinen posteriormente a esos gestores extramurales para que precisamente se gestionen los riesgos en el territorio. Eso se está coordinando pues la secretaría con las EAPBs.

Leidy Johanna Castañeda menciona que en el modelo predictivo se desarrolló una estrategia desde la dirección de provisión de servicios de salud que fue coger 80 patologías y construir un ejercicio de verificar cuáles eran esos principales riesgos. Y de esos principales riesgos se generó un modelo y un algoritmo que se realizó con una estadística que realiza como la identificación de la población a riesgo. Y utilizaron como fuente los RIPS. Entonces nosotros en este momento tenemos que entregar a las EAPB esa información y las EAPB esa gestión del modelo predictivo. Esa parte importante también para nosotros es de seguimiento, es decir que ellos realicen la debida atención de los pacientes en riesgo. En estos momentos la secretaría cuenta con sus gestores extramurales, pero la idea es que los privados también patrocinen posteriormente a esos gestores extramurales para que precisamente se gestionen los riesgos en el territorio. Esto se está coordinando entre la Secretaría Distrital de Salud y las EPS. En el modelo predictivo se identifican dónde están los riesgos y se georeferencian en que localidades son las de mayores riesgos y estos riesgos son gestionados con los equipos extramurales en los territorios. Los riesgos no son solo de las personas, sino también de su familia y son colectivos. Es decir, que un paciente que es obeso, hipertenso y que no come saludable, seguramente su familia también tendrá esos riesgos, porque los riesgos no solo son individuales, también son colectivos. Entonces, para eso es necesario la intervención de salud pública, la gestión territorial, la intersectorialidad y transectorialidad.

Es decir, no solamente con la gestión del riesgo que se hace en esa institución, sino esa interacción que tiene la institución con otras entidades para gestionar los riesgos. Y una cosa bien importante que es una herramienta que es la prescripción social. No esa fórmula que le dan al paciente los medicamentos y eso, sino que le formulen ir a hacer ejercicio, por ejemplo, al jardín botánico, teniendo en cuenta lo que el distrito tiene, los parques que tiene el distrito, las acciones que tiene el distrito, para que se prescriba precisamente todas esas acciones que no son fórmulas, sino que le sirven al paciente para mejorar, para tener esa actividad física o para mejorar su equilibrio mental y que pueden incidir en esos precursores como la hipertensión y la diabetes.

Y está también la prescripción social transformadora, que es todo aquello que la comunidad puede hacer para transformar esos riesgos que tiene como comunidad y que esta también contribuya en ese sentido para mejorar los riesgos.

 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 Leguizamón Amaya, Alvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo					

El prestador primario resolutivo, y aquí quiero aclarar el nombre, son servicios especializados resolutivos. Y dentro de esos servicios especializados resolutivos se tiene un grupo de profesionales que estarían a cargo de cortes de tanto de riesgo como eventos precursores en el caso de los eventos cardio cerebrovasculares y metabólicos. Para este caso, la idea es que este equipo sea también un equipo multidisciplinario y que dentro de estos SER específicamente, que son los que tenemos o queremos seleccionar, tengan la priorización de este componente, pues está acompañado de algunas especialidades adicionales.

En los Servicios Especializados Resolutivos SER sí se esperaría que haya cardiólogo, médico familiar, médico internista y médico general. Dentro de estos SER se propuso el desarrollo de apoyos diagnósticos, que es una de las características también importantes, y es que se contarán con el mapa, con el electrocardiograma para hacer un ecocardiograma, o sea, digamos que los elementos necesarios o los equipos necesarios para hacer estas pruebas.

Y la idea de nosotros realmente es que el abordaje de esta población con eventos precursores realmente se haga de una manera estricta, coordinada, juiciosa, manejada por cortes establecidas, porque lo que no logremos hacer hasta el prestador primario ya nos toca llegar a urgencias por una descompensación de la condición crónica y procesos más graves como un ataque cerebrovascular o un infarto.

Pero dentro de este prestador o SER es donde se espera que se maneje de forma estructurada, organizada, que cada IPS se conozca bien la caracterización de su población y sepa a quién se está atendiendo, qué le corresponde, a quién prioriza primero, porque la población es bastante amplia. Y luego de eso pasamos a la gestión de los servicios de urgencias.

En el momento ya contamos con la línea única de urgencias, el cual maneja un SRESS validado específicamente para identificar qué signos y síntomas tiene ese usuario y a dónde específicamente lo pueden atender con todo lo que necesitan.

La Doctora Rocio precisa que esta línea 137 no va a ser exclusivamente para llamar para la ambulancia, como antes. Esa línea es para que cualquier paciente que tenga síntomas de ACV o de infarto pueda llamar y lo puedan de ahí direccionar al sitio específico donde le quede más cerca para que sea atendido oportunamente, para que ese desenlace no ocasione secuelas. Toda la línea es para cualquier tipo de urgencia. Lo que yo quiero decir es que es muy importante que sepan que esa línea ya no solo es para llamar a la ambulancia, sino que sirve para que la población, con el conocimiento que tenga de los síntomas, se comuniquen con la línea y desde allí se pueda direccionar. Y debemos tener el mismo idioma y manejar la misma información. Entonces, esa línea única que es de la secretaría, todos debemos reconocerla y saber cómo usarla en dado caso. Por tanto, hay que incluirla en la lista de chequeo del trazador. En el componente cardiovascular se definieron tres documentos técnicos. El primero es el componente cardiovascular y metabólico en el prestador primario o en el prestador especializado.

En los Servicios Resolutivos Especializados, la unidad debe reconocer que la línea 137 existe porque allá llegan pacientes descompensados con crisis hipertensivas y ellos deben de saber cuál es la ruta de atención y deben comunicarse con la línea 137, por tanto, deben de quedar dentro de sus protocolos establecidos y organizados.

En ese caso es muy importante preguntar cuál es esa ruta de urgencias cuando un paciente lo identifican con crisis hipertensivas, con signos de ACV o con signos de infarto, porque si ha pasado. En este sentido, ese servicio de urgencias es súper importante porque para nosotros estos eventos son tiempo dependiente. Si llegamos tarde el paciente fallece o queda con discapacidad.

Entonces por eso para nosotros es muy importante que se conozca la ruta, que cada uno sepa qué debe hacer en el momento dado que se presentan estos casos. Yo estoy contando que hay tres documentos, el que va para el prestador, para los servicios especializados resolutivos SER y los que van ya en la capa de urgencias o en el evento agudo, que es uno de infarto y uno de ACV.

 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 Leguizamón Amaya, Alvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo					

Y en la Secretaría Distrital de Salud se hizo tanto el componente cardiovascular como una línea estratégica, que así se llama acá, que se construyó específicamente para desarrollar acciones tendientes a disminuir esos eventos que se priorizaron. Nosotros estamos dentro de esas 7 líneas estratégicas: ACV e infarto, materno, infantil, oncológica, y cuando se llama a urgencias, estos 7 eventos son priorizados. Las personas pueden llamar para cualquier acción a la línea 137.

En el prestador de mediana y alta complejidad, es donde se realiza todo ese proceso de especialistas programados, de citas que se requieren, como les había contado, nefrólogos, neurólogos, otras especialidades específicamente de mediana o alta complejidad.

Los servicios Altamente Resolutivos ahora ya no se van a llamar centros de referencia, sino se van a llamar Centro Altamente Resolutivos. Hay que tener claro que los SER son los **Servicios Especializados Resolutivos** que son como el primer nivel de atención y los **servicios altamente resolutivos** son los servicios de los hospitales de cuarto nivel y allí es donde esperamos que tengan absolutamente todo para poder atender al paciente. Desde una cirugía cardíaca hasta poder hacer una trombectomía. Desde el primer nivel de atención nosotros clasificamos a las personas en **5 grupos** para poder priorizar y llegar a la población de una manera mas pertinente.

El grupo número 1: se clasificó a las personas que con dos o menos factores de riesgo.

El grupo número 2: se clasificó a las personas que tienen más de tres factores de riesgo.

El grupo número 3: Personas con factores de riesgo modificables y no modificables, pero que tenemos en seguimiento, y ya les digo cuáles son.

El grupo número 4: Son las personas con ya evento confirmado, tanto hipertensión como diabetes.

El grupo número 5: Son las personas sin información, es decir, nunca han ido a los servicios, no sabemos cuál es su estado. Es muy importante tener en cuenta esta clasificación porque de esto depende la atención.

Dentro de la atención está la propuesta extramural y si es muy importante que se conozca que el modelo predictivo nos arroja a que personas deberíamos visitar, porque son más propensas a tener eventos cardiovasculares. Los gestores del modelo Mas Bienestar realizan un seguimiento a esos riesgos, complementan la caracterización y definen a qué grupo entrarían estas personas en la atención extramural.

La Doctora Rocio Urbano propone que la pregunta que se debería incluir en la lista de chequeo es si la institución tiene una propuesta de verificación de riesgos extramurales o tienen algo extramural que estén haciendo. O la pregunta este orientada a que si realizan prescripción social de la población que se identifique, porque la prescripción social es como esa oferta de servicios extra que no tiene la institución que puede aportar al paciente a disminuir sus factores de riesgo. Por ejemplo: ¿cuál es esa propuesta para el desarrollo del tema de prescripción social? ¿Realizan alguna actividad a nivel extramural?

Para el grupo 1, los que tienen menos de dos factores de riesgo. Por ejemplo: Una persona en sobrepeso, o puede ser una persona que fume, pero pues si tiene esos factores de riesgo, se educa y que reciba la información. Pero las acciones están enfocadas en el **grupo 2** que son personas que tienen más de tres factores de riesgo., por ejemplo, tiene sobrepeso, fuma y es sedentario, entonces esas personas son las que queremos abordar de forma positiva generando planes de automanejo y procesos de educación en salud. Esto lo hace los equipos básicos en salud.

El grupo 3 básicamente es educarlos, pero también se espera que vayan perfiles específicos para la atención como enfermera, medico, auxiliar de enfermería y fisioterapia lo están trabajando para personas con discapacidad.

El grupo 4, pues se hacen específicamente educación específica en hipertensión, en diabetes, evalúan si tienen signos y síntomas de alarma, porque ellos visitan a personas que no hayan asistido a su control en el último año. Entonces, son personas inadherentes a las cuales se hace educación y orientación y se genera un plan de cuidado individualizado.

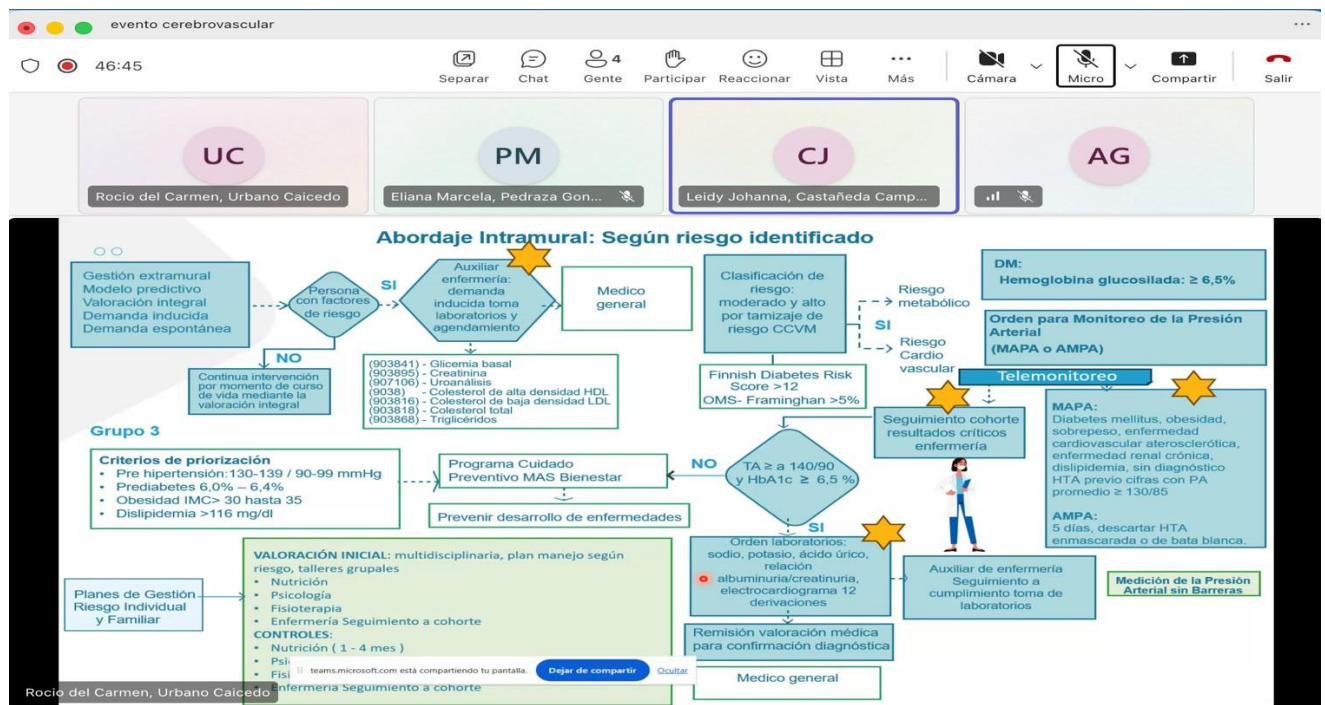
El grupo 5, se educan y deben ir al prestador, a los servicios especializados resolutivos para ser diagnosticados, estratificados en su riesgo, identificando quiénes son.

 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 Leguizamón Amaya, Alvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo

Esto es lo que debería pasar paso a paso. ¿Cuáles son las puertas de entrada de las personas? La gestión extramural, el modelo predictivo, la valoración integral, la demanda inducida y la demanda espontánea. Evitar a que lleguen a hospitalización y a urgencias, sino que sean identificados de forma oportuna.

Es lo que tienen que identificar la presencia de esos principales factores de riesgo. Si no tienen factores de riesgo, pues se continúa con el momento de curso de vida en la ruta de promoción y mantenimiento. Pero si tiene factores de riesgo, esas estrellitas amarillas hacen de cuenta que son los procesos altamente resolutivos para nosotros, que no se hacían, no se hacen y esperamos que se pueda hacer. Ver imagen.



Lo primero es que el paciente antes de asistir a la primera valoración con médico general, tenga estos laboratorios tanto ordenados como tomados. Entonces las instituciones algunas utilizan diferentes estrategias, hay algunas otras que están intentando organizarse. ¿Pero qué es lo que tiene que pasar? Que el paciente por medio de una demanda inducida de auxiliar de enfermería realice la toma de esos laboratorios y llegue al control médico con estos laboratorios.

Si el paciente **no llega con estos laboratorios**, no van a poder hacer la **clasificación de riesgo** cardiovascular y metabólico. Entonces para este caso hacen la clasificación de riesgo cardiovascular y metabólico ya con sus laboratorios llegando el médico, y el médico ya hace la clasificación de riesgo. Si identifican riesgo moderado y alto, el paciente debe ser confirmado o descartado.

La contratista Leidy Johanna Castañeda, ratifica que aquí está el primer punto super importante, que, de esos pacientes identificados con **moderado y alto riesgo**, no pasa nada. Las IPS tienen que hacer seguimiento y confirmar o descartar. Pero eso no pasa en el operativo, se demoran muchísimo confirmando un paciente, a veces el paciente se pierde y cuando vuelve es porque llega a urgencias descompensado. La idea es que este proceso se haga en menos de un mes. Entonces si el paciente tiene riesgo moderado y alto en la clasificación del riesgo cardiovascular, le deben ordenar hemoglobina glicosilada, prueba de tolerancia a la glucosa, monitoreo de la presión arterial o un AMPA (que durante 8 días se tomen su tensión arterial). El MAPA no se envían a todos, según criterio médico y a unas personas en particular por unas condiciones. Por ejemplo, las personas con cifras tensionales que en promedio a 130-85, que no son tan decisivas, se opta por realizar procesos de MAPA. El AMPA es que el paciente va por ocho días, puede ser a la unidad, a que se le tome la tensión arterial

 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 Leguizamón Amaya, Alvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo					

de manera consecutivamente y con eso el médico tome decisiones. Y esta es la parte que se necesita fortalecer, porque se demoran demasiado, no le hacen seguimiento al paciente para que se diagnostique. Dentro de este proceso de seguimiento el medico debe ordenar los laboratorios, el AMPA o MAPA y una enfermera realice la verificación de esos resultados críticos, es decir, que esta enfermera tenga claro y sepa cuáles pacientes mandaron a AMPA, cuáles mandaron a MAPA y realmente cuáles tienen hemoglobinas glicosiladas por encima de los valores, porque de este seguimiento dependerá la siguiente conducta.

Si el paciente es sugestivo hipertenso y diabético como tal en el servicio de salud, es decir, que tengan tensiones arteriales por encima de 140-90 o que tengan hemoglobinas glicosiladas por encima mayor o igual a 6.5, es un paciente confirmado. La enfermera debe enviar otros laboratorios que el médico necesita para clasificarlo bien. ¿Cuáles necesita? Sodio, potasio, ácido úrico. Un electrocardiograma de 12 derivaciones inicialmente para que puedan hacer una buena valoración del paciente. Y ya pasa al médico con la confirmación diagnóstica y para realizar la valoración integral de clasificación del riesgo. La primera estrellita es que efectivamente la enfermera antes de que llegue al médico le mande los exámenes para que el paciente no se demore en una consulta al médico mientras le manda los exámenes y tenga que volver. Acá en esta situación si el paciente no se confirma, este caso sería del **grupo tres**, porque ya identificamos que es un posible prehipertenso, prediabético, con obesidad y dislipidemia. Es un paciente que ya debe estar en seguimiento, Se propone que pasen por un Programa de Cuidado preventivo que requiere de una intervención por nutrición, psicología, fisioterapia, enfermería, por un tiempo aproximado de seis meses. La idea es que en estos seis meses el paciente está en seguimiento, lo eduquemos, intentemos que el mismo empiece a tomar decisiones para controlar su salud y pueda retroceder un poco en ese ejercicio, en la patología que está presentando.

Esos pacientes que tienen cifras 130, 139, la institución, ¿qué está haciendo con esos pacientes? Porque indistintamente que no acojan el programa, ellos deben hacer gestión de riesgo a esta población que es muy importante. Ahora bien, cuando el paciente ya es diagnosticado, cuando ya el paciente con estas cifras y demás le envían estos otros laboratorios y demás, pasa a la valoración médica inicial del paciente crónico, aquí en este momento ya sabemos que es un paciente hipertenso, diabético y el paso que se sigue es hacer un examen físico completo, una estratificación de riesgo cardiovascular, un plan de tratamiento personalizado, la educación y la solicitud de ecocardiograma de ser necesario. El medico estratifica e indica si es de riesgo bajo, moderado, alto, muy alto de acuerdo con las características del paciente. Por eso la importancia de la estratificación del riesgo al inicio y la valoración integral.

Entonces, para el riesgo bajo y el riesgo moderado lo sigue el médico general apoyado por un médico familiar, y el riesgo alto y muy alto lo debe seguir un **médico familiar, un médico internista** y intercalado con el **médico general**. Por ejemplo, un médico internista no podría valorar a todos los pacientes porque no alcanzaría y se apoyaría con el médico general. Es muy importante que se haga seguimiento por parte de los médicos tanto familiares como internistas, cuando remitan a cardiólogo, nefrólogo, oftalmólogo, hagan los exámenes o remitan los exámenes mínimos para que cuando lleguen donde ellos tengan los resultados y no llegar a la consulta para que ordenen exámenes y se pierda tiempo y al paciente. Por ejemplo, un ecocardiograma, prueba de esfuerzo, entre otros. Y todos los pacientes también deben pasar por el programa preventivo o más bien estar porque ellos también tienen factores de riesgo importantes que deben ser abordados. Si no lo ve el nutricionista, psicólogo, fisioterapeuta no vamos a lograr controlar al paciente. Por tanto, en la revisión y verificación, si un paciente no ha tenido cita por nutrición, ni por psicología o la cita fue hace tres años, no tiene ningún impacto en el tratamiento NO farmacológico.

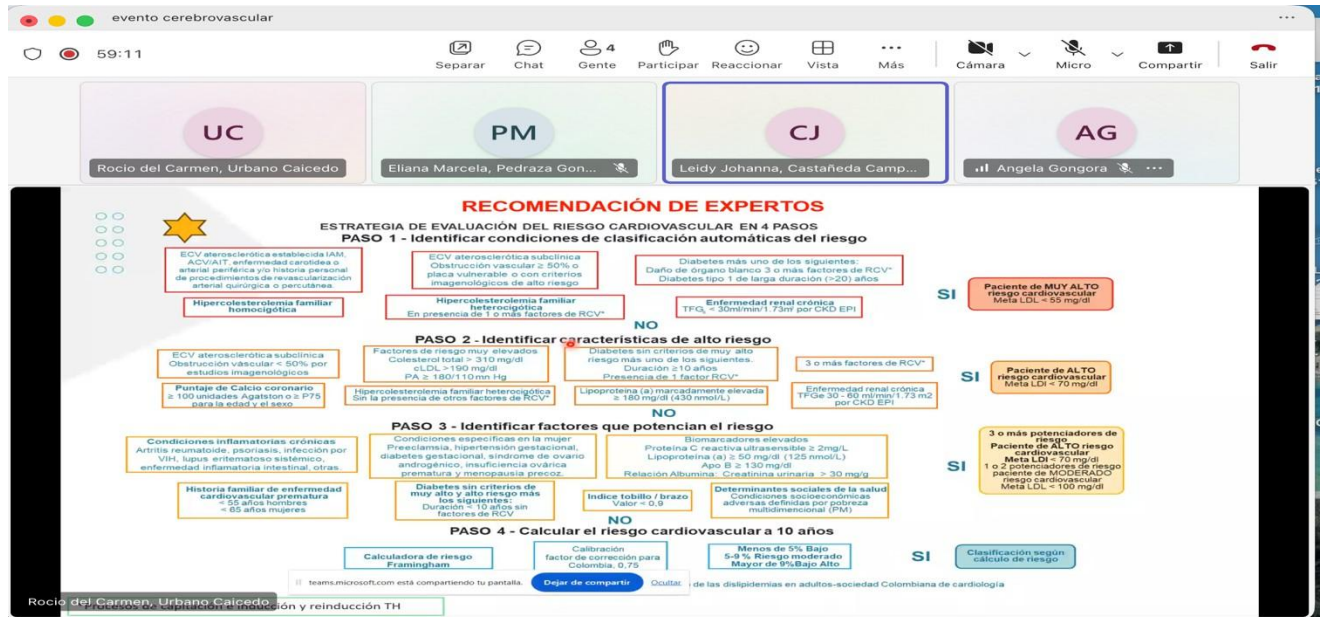
La estratificación del riesgo es otra cosa que se debe verificar, que se tenga claro que riesgo cardiovascular tiene el paciente porque eso depende de las consultas. Y obviamente, los pacientes deben haber pasado al menos una vez al año por nefrólogo, por cardiólogo, priorizando la población de riesgo alto y que hay 1millon doscientas mil personas que hace compleja la atención por estas especialidades.

Durante la atención se identifican pacientes con crisis hipertensivas, con signos y síntomas sugestivos de un infarto o un ACV, por tanto, deben de tener clara la ruta de atención de los pacientes. Para diabetes mellitus hay una diferencia y es que no hay riesgos bajos. Los pacientes con diabetes mellitus todos se clasifican con riesgos moderados y altos, porque es una patología de difícil manejo y que el tratamiento no farmacológico aún más

 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:	

Elaborado por: Nury Leguizamón Amaya, Alvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo

debe ser prioritario. La consulta por nutrición y fisioterapia es de vital importancia porque el verdadero problema es el tema de la alimentación y de la actividad física. Y también la prescripción de los medicamentos que es un tema álgido para que no tengan barreras para su entrega. Se propuso esta escala que es la del consenso colombiano de hiperlipidemia, que evalúa o estratifica el riesgo cardiovascular en 4 pasos. Y este consenso, la ventaja es que tiene metas claras de LDL que nos van a aportar en el seguimiento y en el control de los pacientes.



El paciente con ataque cerebrovascular por dónde nos puede llegar uno por la llamada única de emergencias que en este caso es el número 137 que es de urgencias donde toda la población ya no solamente va a llamar a pedir la ambulancia sino que allí podrán llamar por los síntomas que sea no sólo por ACV e infarto sino por los síntomas que tenga para que sean orientados si es una urgencia vital si es una urgencia de otro tipo que pueda irse a una consulta que sea un triage validado estructurado que se le va a hacer a la población dependiendo de los síntomas que informe y así se le indique a donde debe dirigirse. Para los síntomas de ACV e infarto es la **escala corre**: cara torcida, ojo con desviación, raro al hablar, rápida pérdida del equilibrio entonces este paciente es un paciente que definitivamente está teniendo signos de infarto.

Se debe **evaluar** si las instituciones tienen clara la escala de ACV y a donde los remiten, porque a nivel publico vamos a contar con esta línea única y lo otro es que el paciente llame a medico domiciliario y/o ingrese por sus propios medios a cualquier institución de mediana, alta o baja complejidad. Si en cualquiera de estos casos identificamos signos y síntomas de ACV por la escala corre debe ser catalogado en **Triage Uno** y debe ir acudir a una Institución donde le tomen un TAC para que le hagan el diagnóstico y pues por la georreferenciación de los centros altamente resolutivos (fundación Santafé, Shaio, San Ignacio. Quiero recordarles que el ACV puede ser hemorrágico corresponde al 15% y el trombótico es 85%. Es muy importante conocer la capacidad técnica de las IPS (Simón Bolívar, Kennedy, Tunal) para que le puedan hacer el TAC, luego si tiene la dotación es decir si tiene una sala donde le puedan hacer la trombólisis (aplicar el medicamento para disolver el coagulo) y si requiere de una trombectomía lo puedan remitir a un centro altamente resolutivo como: Kennedy, Tunal, Simón Bolívar y Santa Clara se vuelvan sitios altamente resolutivos con angiografos y resonadores para que puedan hacer estas actividades. Si el ACV es hemorrágico lo va a valorar el neurocirujano y determinara si lo opera o no. Si es ACV isquémico que es el del trombo se va a determinar si necesita una terapia trombolítica, un procedimiento de trombectomía o como los pacientes que ya llegan tarde que no son candidatos para hacer una repercusión, pues pueden ocurrir estas tres cosas, cuando ocurren estas existen una trombólisis o una trombectomía, ese paciente de todas formas debe ir a una unidad de cuidado intensivo por eso es importante que el **centro altamente resolutivo** tenga todas esas características, que tenga el neurólogo 7x24, médico emergenciólogo inicialmente que le pueda hacer ese diagnóstico, que tenga dotación insumos y sala de

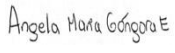
 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	ACTA DE REUNIÓN				
	Código:	SDS-DFO-FT-001	Versión:	1	
Elaborado por: Nury Leguizamón Amaya, Alvaro Amado Camacho / Revisado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

neurointervencionismo para hacer la trombectomía o que tenga una sala donde yo pueda monitorizar para hacerle la trombólisis y este paciente debe estar en UCI, para hacerle el seguimiento, todos los pacientes tanto el del ACV hemorrágico como el isquémico van a la UCI y posterior al evento, si el paciente ya quedó mucho mejor, ese paciente vuelve a los servicios especializados resolutivos de baja complejidad, para que siga el control de sus factores de riesgo y continúen la rehabilitación, muy importante que la rehabilitación debe iniciar desde que está en el servicio **altamente resolutivo** para que después pase y continúe en los SER y también la rehabilitación basada en la comunidad. Y todo lo anterior debe realizarse en 4.5 horas, porque puede generar discapacidad completamente dependiente, no es el drama solo de la persona sino de la familia y de la sociedad, por eso desde la línea 123 y línea 137 le indican que no espere la ambulancia y que se vaya por sus propios medios para la acción y atención rápida que le hagan en el centro de referencia. Es importante tener en cuenta que las auditorías son de acompañamiento y no son punitivas, pero si se siguen el aumento de la mortalidad y morbilidad de las patologías cardiovasculares hace denotar el seguimiento débil que se tiene a las instituciones. Si por ejemplo con las IPS adscritas a Compensar EPS son las que, pero atención tienen, ponen a voltear al paciente, la oportunidad en laboratorios está en mes y medio, el seguimiento es pésimo, adicional esa IPS tiene muchas quejas y presenta fallas en seguridad, en continuidad de la atención, fallas en calidad y si es muy importante que se incluyera en las IPS priorizadas. Sin más asuntos por tratar y siendo las 8: 30 am se da por finalizada la reunión.

COMPROMISOS*

ACCIÓN	RESPONSABLE	FECHA
Realizar el acta de articulación Evaluación y acompañamiento estrategia EVA y Dirección provisión de Servicios de Salud para el prelistamiento ciclo de atención componente cardiocerebrovascular.	Equipo EVA	14 de Mayo de 2026

REVISIÓN Y APROBACIÓN DEL ACTA

No	NOMBRES Y APELLIDOS	CORREO	TELÉFONO	DIRECCIÓN/ OFICINA/	FIRMA
1	Eliana Marcela Pedraza González	EMPedraza@saludcapital.gov.co	3202727539	SDS-SCSSS	
2	Angela María Góngora Escobar	Amgongora@saludcapital.gov.co	3013153234	SDS- SCSSS	
3	Rocío Urbano	RCUrbano@ saludcapital.gov.co	3187124223	SDS- SCSSS	
4	Leidy Johanna Castañeda Campo	LJCastañeda@ saludcapital.gov.co	3105736265	SDS- DPSSS	

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

 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					

¿Se logró el objetivo?	Observaciones (si aplica)
Si (X) No ()	N/A

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