



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.

ACTA DE REUNION

CÓDIGO
F-004

VERSIÓN
01

Pág.
1 de 11

NOMBRE DE LA REUNIÓN O COMITÉ: COMITÉ DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA COVE RURALIDAD		
PRESIDENTE: CARLOS FERNANDO MACANA GONZALEZ		SECRETARIO: ANDERSON LIZARAZO
REUNION No.: 1	FECHA: 27 DE MARZO DE 2017	HORA INICIO: 8:00 AM
LUGAR: CASA DE LA CULTURA CANDELARIA LA NUEVA CR 38 57B 43 SUR		HORA FINAL: 1:00 PM

1. OBJETIVO

Realizar un espacio de socialización de los temas de interés de salud pública y generar un espacio de análisis frente a la situación de salud de la población rural de la Subred Integrada de servicios de Salud del Sur ESE

2. PARTICIPANTES

NOMBRE	ENTIDAD	TELEFONO	CORREO	FIRMA
Ver anexo				

INASISTENTES A LA REUNION

No aplica

INVITADOS

--

3. ORDEN DEL DIA (TEMAS A TRATAR)

1. Llamado a lista y verificación del quórum:
2. Aprobación del orden del día:
3. Lectura y aprobación del acta anterior:
4. Seguimiento a compromisos:

TEMAS CENTRALES TRATADOS:

Hora	Tema	Responsable
8:00 – 8:15 am	Bienvenida y lectura de agenda	Equipo ACCVSyE
08:15 - 08:45 am	Socialización Política Pública de Crónicos	Daysi Villarreal Vigilancia en Salud Pública
08:45 - 9:15 am	Socialización Sala Situacional Crónicos y Unidad de Análisis	Equipo ACCVSyE
9:15 - 10:00 am	Caracterización de la población en condición de discapacidad	María Teresa Sandoval Vigilancia en Salud Pública
10:00 - 10:30 am	Receso	
10:30 - 11:15 am	Alertas epidemiológicas: Circular 033 de 2016 y Circular 0014 de 2017	John Edilson Astaiza Vigilancia en Salud Pública
11:15 - 11:30 pm	SIVIGILA - Tableros de control	John Edilson Astaiza Vigilancia en Salud Pública
11:30 - 12:00 pm	Balance operación PIC Espacios Ruralidad	Martha Patricia Vargas Líder Espacios Ruralidad
12:00 - 12:30 pm	Portafolio Intersectorial de Servicios	Marisol Casallas Líder Gobernanza Ruralidad
12:30 – 2:00 pm	Almuerzo libre	
2:00 - 4:00 pm	Plan de competencias	Líder de Espacios y Gobernanza Ruralidad



1. Socialización de la agenda e inicio de ejecución del COVE del mes de marzo de 2017 de la ruralidad.
2. Por motivos de última hora se cambia el orden de la agenda de COVE, iniciado con la presentación de transmisibles “Alertas Epidemiológicas Circular 033 de 2016 y Circular 0014 de 2017”, iniciando con el evento de fiebre amarilla donde se presenta la definición de caso, los síntomas, periodo de incubación, agente causal, adicionalmente se presenta el comportamiento epidemiológico a nivel mundial, de América del Sur y en Colombia.
Posteriormente se da a conocer las medidas preventivas en cuanto a vacunación, tratamiento y recomendaciones.

DEFINICION DE CASO

Tipo de Caso	Características de la clasificación
Caso probable	Se establecen dos definiciones de caso probable, que deben ser aplicadas según la evidencia de circulación viral en la zona a saber: Paciente con cuadro febril agudo (hasta 7 días), de inicio súbito, acompañado de ictericia y manifestaciones hemorrágicas, independientemente del estado vacunal para fiebre amarilla. Paciente con cuadro febril agudo (hasta 7 días), residente o proveniente de un área con evidencia de transmisión viral (aparición de casos humanos, epizootias o de aislamiento viral en mosquitos) en los últimos 15 días, no vacunado contra fiebre amarilla o con estado vacunal desconocido

En cuanto el evento de meningitis se da a conocer el agente causal, la definición de la enfermedad, se presenta el contexto epidemiológico donde el 80 % de las meningitis bacteriana ocurren en la infancia, la tasas de mortalidad de la meningitis bacteriana no tratadas es del 100 %. dentro de los síntomas y signos más frecuentes se encuentra

- Fiebre y escalofríos, especialmente en recién nacidos y niños
- Cambios en el estado mental
- Náuseas y vómitos
- Sensibilidad a la luz (fotofobia)
- Dolor de cabeza intenso
- Cuello rígido (meningismo)



Se explica las medidas preventivas en cuanto a vacunación

Prevención

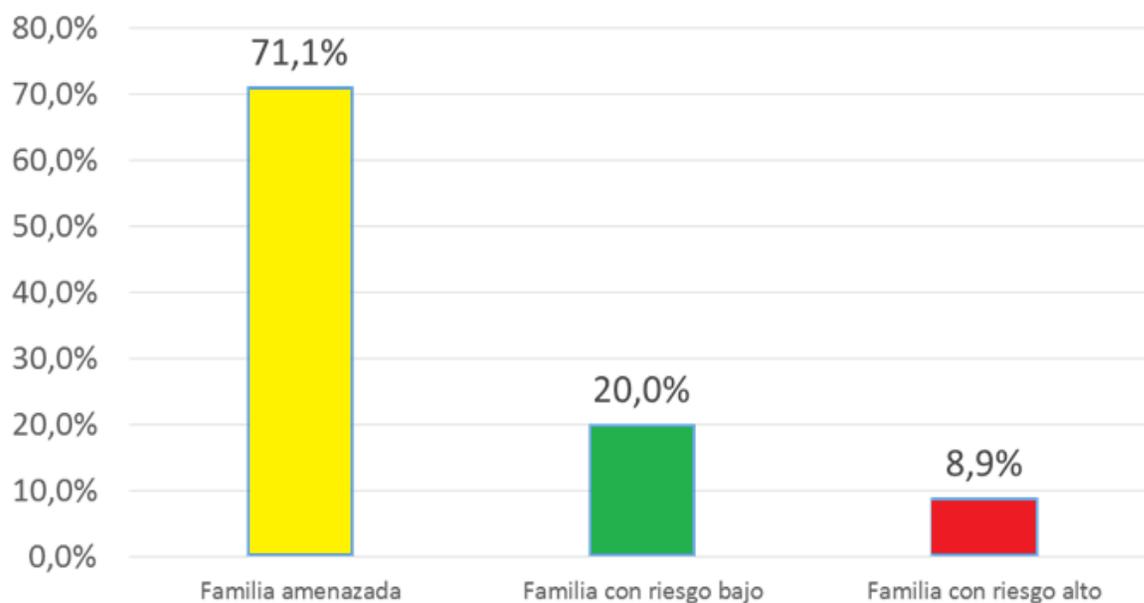


Pentavalente
(2-4 y 6 meses)
Protege contra diferentes enfermedades como:
- La meningitis por H. influenzae (Hib)

Neumococo
(2-4 y 12 meses)
Protege contra neumonías y minigitis

3. Como segundo punto se presentan los resultados de los espacios PIC de ruralidad donde se presenta el total de familias caracterizadas por medio del formato RTF 5/33 y la clasificación de las familias:

CLASIFICACION DE RIESGO FAMILIAR TOTAL 5/33



Fuente: Base de caracterización de riesgo familiar. USS Nazaret .2016



Donde se identifican 54 familias en riesgo alto y 433 familias en amenaza. Según los niveles de riesgo familiar se resaltan por cada una de las dimensiones los riesgos más importantes.

NIVELES DE RIESGO FAMILIAR A INTERVENIR					
RIESGOS PRIORITARIOS PARA FAMILIAS CON RFT AMENAZA (n=433)			RIESGOS PRIORITARIOS PARA FAMILIAS CON RFT ALTO (n=54)		
DIMENSION		%	DIMENSIÓN		%
CONVIVENCIA SOCIAL Y SALUD MENTAL	Ansiedad por problemas familiares.	8,3%	CONVIVENCIA SOCIAL Y SALUD MENTAL	Ansiedad por problemas familiares	18,5%
	Ingesta de alcohol o psicoactivos (tabaco, gasolina y otros).	10,2%		Desarmonía conyugal	35,2%
PYD Y POS	No accede a los servicios de salud de acuerdo a indicaciones y necesidades.	61,2%	PYD Y POS	No accede a los servicios de salud de acuerdo a indicaciones y necesidades.	74,1%
	Manejo inapropiado de salud oral.	54,0%		Manejo inapropiado de salud oral.	79,6%
SALUD AMBIENTAL	Manejo inadecuado de residuos sólidos, líquidos y sustancias químicas	92,6%	SALUD AMBIENTAL	Manejo inadecuado de residuos sólidos, líquidos y sustancias químicas	92,6%
	Procesos deficientes de limpieza, organización y almacenamiento de alimentos	77,8%		Procesos deficientes de limpieza, organización y almacenamiento de alimentos	77,8%
TRABAJO SALUDABLE	Ingreso escaso para cubrir necesidades de salud.	79,2%	TRABAJO SALUDABLE	Ingreso escaso para cubrir necesidades de salud.	96,3%
	Signos y síntomas relacionados con el trabajo	52,2%		Signos y síntomas relacionados con el trabajo	77,8%
SALUD INFANTIL	Manejo inapropiado EDA, IRA, Crecimiento y Desarrollo.	4,4%	SALUD INFANTIL	Manejo inapropiado EDA, IRA, Crecimiento y Desarrollo.	84,6%
	Presencia de riesgos en niños de 1 a 10 años.	9,7%		Presencia de riesgos en niños de 1 a 10 años.	84,6%

Fuente: Base de caracterización de riesgo familiar. USS Nazaret. 2018

Posteriormente se presenta el mapa donde se encuentran las familias de alto riesgo y amenazadas en la localidad, las cuales están concentradas en la vereda de Betania, Raizal, Peñaliza, Nazareth, Ánimas en la UPR Rio Blanco y en la UPR Rio Sumapaz las veredas son San Juan, La Unión, Santo Domingo. Con respecto a las actividades individuales desde el POS que se realizadas a las familias de alto riesgo y amenazadas se encuentran las siguientes actividades.

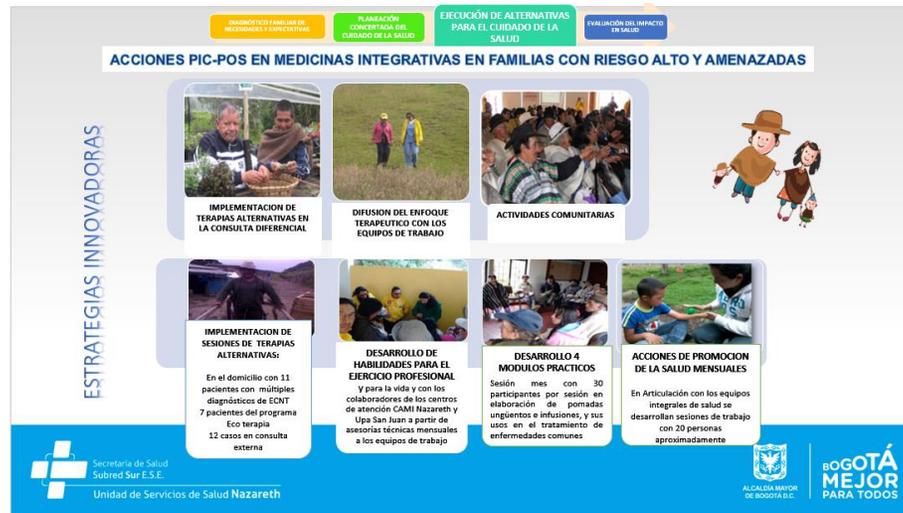


En cuanto a las acciones PIC se encuentran los siguientes resultados





Finalmente se presenta las acciones PIC-POS en medicinas Integrativas en familias con alto riesgo y amenazadas



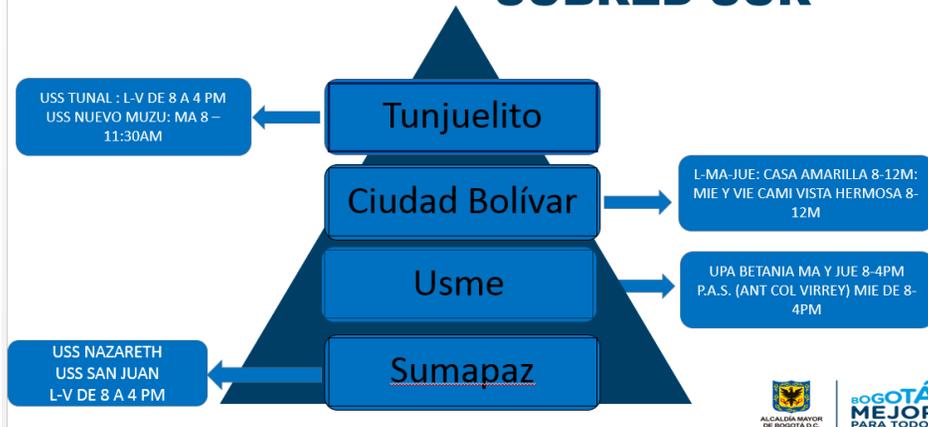
4. Posteriormente se presenta la información de caracterización de la población en condición de discapacidad residentes en la Subred Sur 2004-2015. Se presenta la definición de discapacidad desde la OMS «Es una condición humana que incluye deficiencias o alteraciones en órganos o funciones del cuerpo, limitaciones o dificultades para el desarrollo de actividades de la vida diaria y restricciones o problemas para participar en la sociedad»

Posteriormente se presenta el contexto a nivel mundial donde al año 2006 se habían identificado 600 millones de PCD de las cuales 400 millones se ubicaban en países en vía en desarrollo y en la región de las Américas hay 60 millones de PCD. Para Colombia según fuente DANE entre el 2005-2015 se han caracterizado 238.974 PCD, con una prevalencia de 6.3% para el 2015 y para Bogotá de 5%.

Se socializa el formato de caracterización, los proyectos de inversión que se tienen para PCD según el Decreto 429 del 2012 y el Decreto 345 de 2008 y los puntos de atención dentro de la Subred Sur



PUNTOS DE REGISTRO SUBRED SUR



Con respecto al número de PCD por localidad de la Subred Sur entre el 2004-2015 la localidad de Ciudad Bolívar tiene 14.070 personas caracterizadas con discapacidad, Usme 10.010 personas, Tunjuelito 9323 personas y Sumapaz 413. Según curso de vida, donde más se encuentran las PCD es la vejez, seguido la adultez. Por origen de disparidad se encuentra que la mayor proporción está relacionada con enfermedad general y la alteración que más le afecta es el movimiento del cuerpo, manos, brazos y piernas. Adicionalmente se identifica que las barreras físicas que más les afecta están en la calle, en escaleras y en los vehículos.

Posteriormente se presenta la información de PCD caracterizadas en la localidad de Sumapaz

Población con discapacidad, según curso de vida y sexo; Bogotá D.C., Localidad de Sumapaz ; 2004- 2015. (n= 413), datos preliminares.

ETAPA DE CICLO DE VIDA	SEXO				Total	
	Hombre		Mujer			
	Pcd	%	Pcd	%	Pcd	%
Infancia	11	84,6%	2	15,4%	13	3,1%
Adolescencia	4	36,4%	7	63,6%	11	2,7%
Juventud	22	68,8%	10	31,3%	32	7,7%
Adultez	88	51,2%	84	48,8%	172	41,6%
Vejez	84	45,4%	101	54,6%	185	44,8%
sin edad	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Total	209	50,6%	204	49,4%	413	100,0%

Fuente: Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, 2005-2010; Ministerio de Salud y Protección Social, Secretaría Distrital de Salud. Aplicativo Distrital del Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, Secretaría Distrital de Salud, ESE Hospital Nazareth (información preliminar 2011-2015). **Última fecha de actualización Marzo de 2015

Se dan a conocer las características de la PCD para Sumapaz y finalmente se informa sobre la importancia de canalizar a las PCD que se identifiquen en la localidad con el fin de poder realizar el proceso de caracterización.

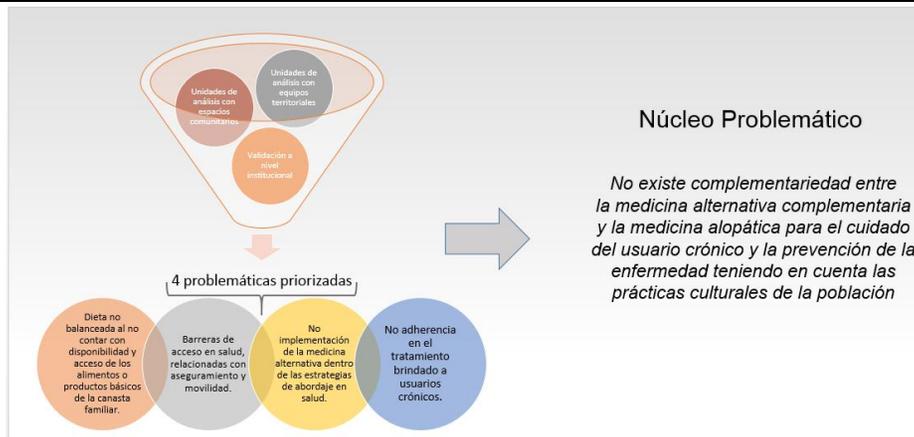


5. Una vez culminado el receso se continúa con la socialización de la Política Pública de Vejez humana e incluyente donde se inicia con el pre test y posteriormente se da inicio a la presentación. se presenta las características poblacionales de las personas en vejez donde actualmente se cuenta con 316 habitantes, adicionalmente según el perfil epidemiológico de la USS Nazareth se han identificado 197 casos de hipertensión arterial, la cual es la primera causa morbilidad en la localidad.

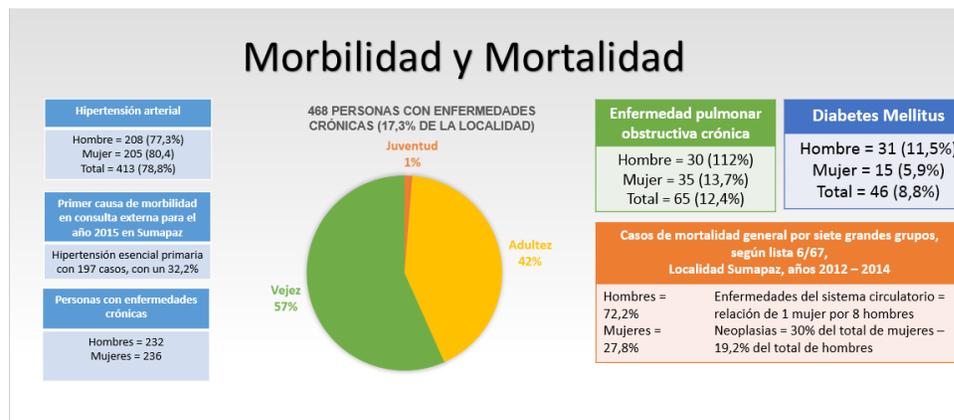
En cuanto el enfoque de la política pública se establece el enfoque de DDHH como aquel que define, ordena y concierta el cuerpo valorativo, teórico, político y de acción de la política, esto significa que el Estado debe garantizar que la acción pública se oriente a la promoción, reconocimiento, restitución y ejercicio pleno de los derechos fundamentales, civiles, políticos, económicos, sociales, culturales y colectivos de todas las personas mayores habitantes de la ciudad, sin distinción alguna, por ser sujetos que merecen especial protección y considerando al ciudadano y ciudadana, sujeto y titular de derechos. Se presentan las dimensiones de la Política Pública para el Envejecimiento y la Vejez y el mapa de actores.



6. Finalmente se presenta los resultados de Sala Situacional de crónicos de acuerdo al núcleo problemático donde se presentan los determinantes en salud para las condiciones crónicas



Se presenta el contexto de la sala situacional en las dos últimas vigencias con el fin de informar a los asistentes sobre el trabajo realizado



- De igual manera se presentan los riesgos que determinan existencia de condiciones crónicas según el núcleo problemático como son la exposición a agroquímicos, concepto de salud en la ruralidad, el POS no concibe las medicinas alternativas, uso de plantas medicinales, Tecnologías agrícolas con bajo desarrollo para fitomedicina, Débiles prácticas de cuidado y autocuidado, Cambio global climático impide predecir, dificultando el proceso de cultivo, Alto consumo de carbohidratos, No adherencia por barreras de acceso, Desconocimiento sobre interacción de plantas con fármacos alopáticos, Desconocimiento de médicos sobre medicinas diferentes a las alopáticas, La utilización de medicina alopática se reserva para casos de complicación o urgencias, Pobre adherencia a tratamientos farmacéuticos por percepción de que las terapias alternativas complementarias tienen mayor efectividad, Idea de que todos los tratamientos farmacológicos generan efectos secundarios que afectan la salud, Desconocimiento frente a modalidades de medicina alternativa, Se evidencia una baja adherencia en donde los pacientes siguen los tratamientos de forma incompleta.



- Finalmente se presentan las propuestas de la sala situacional para la ruralidad.

ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES
COMUNIDADES PROMOTORAS Y PROTECTORAS DE LA SALUD	Establecimiento de un médico especialista en medicina alternativa en las USS de la localidad con un horario regular de atención.
	Fortalecimiento de escuela de gestores en medicina tradicional en donde se pueda tener un diálogo de saberes con la comunidad sobre la utilización y el uso de plantas medicinales y terapias alternativas
PROMOCION DE UNA VIDA COTIDIANA SALUDABLE	Socialización de la estrategia en los diferentes espacios intersectoriales
	Elaboración de piezas comunicativas en prácticas de hábitos saludables para adultez y vejez.
	Asesoría grupal masiva para la promoción de estilos de vida saludable en adultez y vejez.
	Tamizaje para la identificación de personas expuesta o afectadas por condiciones crónicas
	Asistencia técnicas en sedes educativas para promoción de estilos de vida saludable
OPTIMIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN EN EC	Jornadas intersectoriales para la promoción de estilos de vida saludables.
	Conformación del grupo de crónicas con asesoría grupal multidisciplinaria.
	Realizar programación por veredas asignado a cada promotor de salud de las personas mayores capitadas para canalización a consultas de detección temprana al adulto con set de laboratorios de detección
	Realizar medición de la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes crónicos.
	Gestionar el acceso de personas en condición crónica que requieran seguimiento por especialista y exámenes diagnóstico de mayor complejidad para la minimización de complicaciones.

- Como ultimo punto se realiza unidad de analisis con el equipo enfocada en las propuetsas para el abordaje de las condiciones cronicas en la ruralidad.

Siendo la 1:00 pm se da por finalizado en COVE del mes de febrero del 2017 de la ruralidad.

En Constancia se Firma:

PRESIDENTE O LIDER DEL COMITÉ O REUNION

SECRETARIO REUNIÓN

