

MODELO INTEGRAL DE PRESTACIONES DE SERVICIOS SANITARIOS - MIPSS-





Modelo Integral de Prestaciones de Servicios Sanitarios - MIPSS.

“Gente sana en entornos saludables”

CONTENIDO

SIGLAS	3
INTRODUCCIÓN.....	4
SALUD AMBIENTAL	6
IMPACTO DE LA EXPOSICION AMBIENTAL SOBRE LA SALUD HUMANA	7
IMPACTO ECONOMICO DE LA DEGRADACION AMBIENTAL	10
MARCO NORMATIVO	12
POLITICAS Y ESTRATEGIAS EN SALUD AMBIENTAL	15
ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD	18
MODELO INTEGRAL DE PRESTACIONES DE SERVICIOS SANITARIOS (MIPSS)	20
ACTIVIDADES DE APS MISIONALES DE LA UESVALLE	23
ACTIVIDADES DE APS COMPLEMENTARIAS	59
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	67



SIGLAS

- MSPS Ministerio de Salud y Protección Social
- OPS/OMS Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud
- RSI 2005 Reglamento Sanitario Internacional 2005
- IVC Inspección, Vigilancia y Control
- CONPES Consejo Nacional de Política Económica y Social
- PISA Política Integral de Salud Ambiental
- SIVIGILA Sistema de Vigilancia en Salud Pública
- VSP Vigilancia en Salud Pública
- CONASA Comisión Técnica Nacional Intersectorial para la Salud Ambiental
- DED Dirección de Epidemiología y Demografía
- SUIA Sistema Unificado Información en Salud Ambiental
- SGSS Sistema General de Seguridad Social
- ODS Objetivos de Desarrollo Sostenible
- MIAS Modelo Integral de Atención en Salud
- ES Entornos saludables
- DSAS Determinantes sociales y ambientales de la salud
- APS Atención Primaria de Salud



INTRODUCCIÓN

La evolución del concepto de la salud ambiental durante los últimos decenios ha sido muy dinámica. Por un lado, nuevos problemas de mayor complejidad social y tecnológica y a escala global están modificando nuestro entorno, como el cambio climático con inviernos más crudos con desborde de ríos y las consecuentes inundaciones y veranos más calientes con incendios forestales, la quema de cosechas; sumándose a otros problemas ambientales más básicos y de ámbito local aún no resueltos, y cuyos efectos acumulados afectan de manera creciente a la salud humana. Por el otro, es importante reconocer los avances en la generación de nuevos conceptos, conocimientos, metodologías e instrumentos de medición y de análisis, así como de tecnologías de intervención que señalan el enorme potencial disponible para proteger nuestro entorno y promover la salud y el bienestar humano.

El razonamiento básico es el siguiente: la salud está determinada por múltiples factores que no están sujetos al control directo del sector de la salud (por ejemplo, la educación, los ingresos y las condiciones de vida) y las decisiones adoptadas en otros sectores suelen afectar la salud de las personas, familias y comunidades y marcar pautas de distribución de la carga de enfermedad, discapacidad y muerte.

Sólo a través de amplios procesos dialógicos y concertados entre los diversos sectores de gobierno y actores de la sociedad civil se logrará que las medidas de prevención y mitigación sean más efectivas y eficientes, incidiendo sobre las *“causas de las causas”*, es decir, sobre los determinantes sociales y ambientales de la salud, buscando reducir las profundas inequidades que están impactando negativamente la salud de importantes sectores de la población, sobre todo los más vulnerables.

Los desequilibrios ambientales están incidiendo de manera diferenciada y con diversos gradientes de intensidad sobre la calidad de vida de toda la población a escala territorial, afectando directa e indirectamente su salud. Las evidencias disponibles indican que muchos de estos desequilibrios ambientales además de ser acumulables corren el riesgo de convertirse en irreversibles e irreparables. (Grafica 1)

Grafica 1.





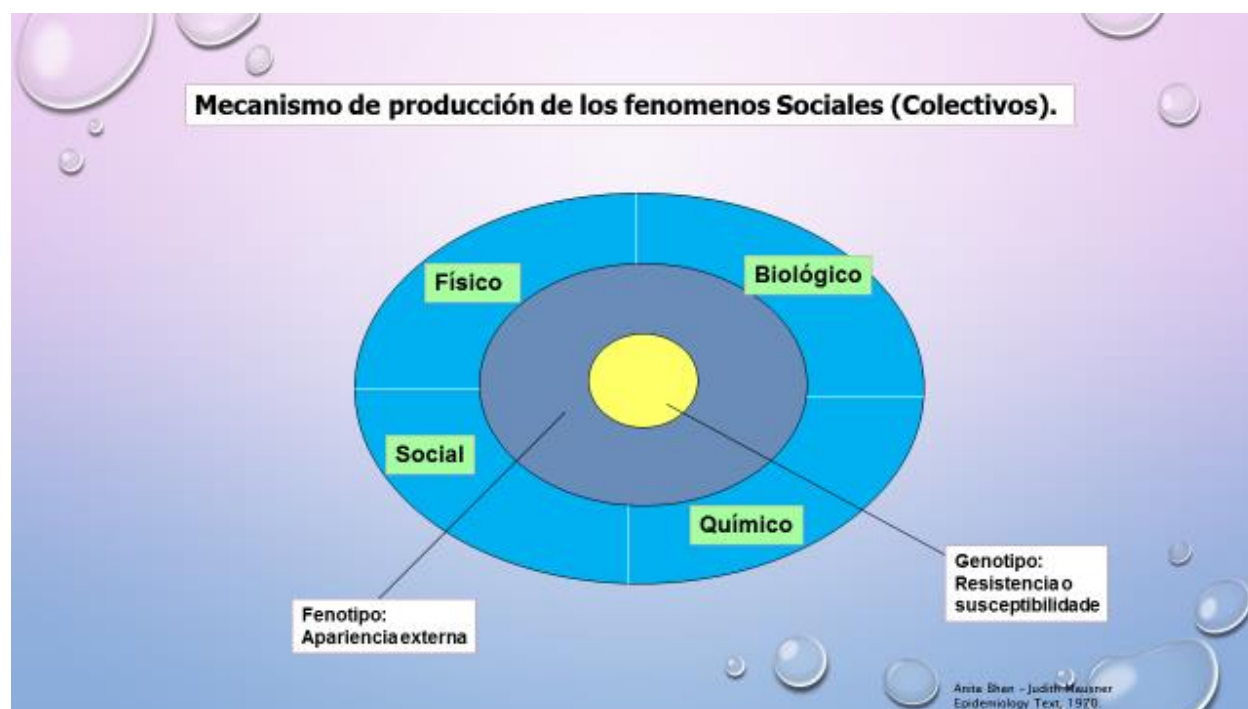
Igualmente se reconoce que las principales causas del deterioro ambiental están determinadas por profundas inequidades sociales, económicas y tecnológicas que pueden y deben ser superadas. Ello demanda desarrollar en forma rápida, crítica y sobre todo en coherencia con las políticas públicas existentes un modelo integral de prestación de servicios sanitarios que contribuya a crear sociedades más equitativas y solidarias para todos los ciudadanos. En el terreno operativo se requiere también de una mejor armonización y articulación urgente entre las muy diversas y numerosas iniciativas, programas y acciones en curso que, sobre los determinantes sociales y ambientales, se ejecutan para la preservación del medio ambiente y la promoción de la salud de las personas, familias y comunidades, con énfasis en el nivel local.



SALUD AMBIENTAL

El concepto de **salud ambiental** invita a una reflexión profunda sobre la interacción entre los grupos humanos y los factores físicos, químicos, biológicos y sociales que se encuentran en el medio que habitan las personas, familias y comunidades y que a su vez se encuentra moduladas por la estructura social. En ese sentido, el área de la salud ambiental **explora las prácticas de uso, manipulación, apropiación y explotación de los recursos ambientales, y su relación con los efectos en salud humana**, bajo el principio de que esas prácticas deben resolver las necesidades de las actuales generaciones, sin afectar la posibilidad de que las futuras generaciones también lo puedan hacer. (Grafica 2).

Grafica 2.



Esta grafica señala que, debido a que la carga genética de las personas es compartida y sensiblemente igual en todo el mundo, la mayor explicación para los diferenciales en la carga social de enfermedad entre los diversos grupos humanos, dentro y entre los países, es la frecuencia, duración e intensidad de la exposición a los diferentes factores ambientales, en otras palabras, se acepta que el diferencial observado en la carga de enfermedad está determinado por la influencia deletérea de algunos factores ambientales.



IMPACTO DE LA EXPOSICION AMBIENTAL SOBRE LA SALUD HUMANA

De acuerdo con algunas estimaciones mundiales, en 1990, el ambiente era responsable de entre el 25 y 33% del total de la carga de la enfermedad, afectando principalmente a los menores de cinco años de edad (WHO, 1997). También se sabe que los países más pobres tienden a tener enfermedades relacionadas con el ambiente del hogar; los países de ingresos medios tienden a tener más problemas ambientales relacionados con el ambiente de la comunidad; y que la contaminación ambiental de los países ricos son los que más impacto tienen sobre el ambiente global (Smith et al, 1999). Estudios posteriores han confirmado que el ambiente sigue siendo una causa prioritaria de la carga de la enfermedad (Ezzati M, López AD, Rodgers A, Vander S, & Murray CJ, 2002) y que su disminución es posible dado que, por definición, son enfermedades evitables (Prüss & Corvalán, 2007) que conllevan un costo económico y social innecesario. (Grafica 3).



Al respecto, en Colombia existen estudios que han estimado los costos sociales y económicos del daño ambiental, dados por contaminación del aire urbano, contaminación de agua, sanidad e higiene, contaminación atmosférica intramuros, degradación de las tierras para la agricultura, desastres naturales y accidentes viales. En el primero de estos estudios (Larsen, 2004) los hallazgos sugirieron que los mayores costos anuales promedio se encuentran para los accidentes viales, seguido por los relacionados con el agua, sanidad e higiene, desastres naturales, contaminación del aire urbano, degradación de las tierras agrícolas y, finalmente, la contaminación atmosférica intramuros. En todos



estos casos, los costos más altos se deben a daños físicos, seguidos por la morbilidad generada y, con menor costo, la mortalidad asociada (Larsen, 2004).

Se estima que la carga en salud atribuible a las condiciones ambientales en Colombia es del 17%, la cual puede estar relacionada con la inequidad en el acceso a servicios públicos, la falta de ingresos y el crecimiento acelerado del sector industrial. – En Colombia, en el año 2004, se reportaron 46.000 defunciones al año atribuibles a condiciones ambientales. - Los efectos negativos en la salud relacionados con la degradación ambiental son superiores a los de otros países con niveles de ingreso similar, alcanzando un costo en mortalidad y morbilidad del 2.8% del PIB.

Los factores ambientales que más contribuyen a muertes prematuras en Colombia son la contaminación del aire en exteriores e interiores y las condiciones del agua, saneamiento e higiene. - Para el año 2005, las principales causas de muerte en menores de un año se concentran en trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal, mientras la principal causa de mortalidad en menores de edad entre 1 y 4 años es la infección respiratoria aguda. - El costo anual atribuible a condiciones del agua, saneamiento e higiene en Colombia representa aproximadamente el 1.1% del PIB, donde cerca del 70% (0.77% del PIB) es atribuible a los impactos en la salud (mortalidad y morbilidad) y el 30% restante es atribuible a costos de prevención (consumo de agua embotellada, el filtrado doméstico del agua y el hervido doméstico para su potabilización). - En Colombia, el SIVIGILA reportó 8.777 y 13.168 casos de intoxicaciones por sustancias químicas en 2006 y 2007, respectivamente. En 2007, el 47,5% de las intoxicaciones reportadas correspondieron a plaguicidas, el 29,0% a otras sustancias químicas, el 20,1% a fármacos, el 1,9% a solventes, el 1,1% a metanol, y el 0,5% a metales pesados. Del total de muertes reportadas el 80% ocurrieron por plaguicidas, 12,3% por otras sustancias químicas, 4,6% por fármacos y 3,1% por metales pesados.

Los menores de edad han sido reconocidos como uno de los grupos que más se ven afectados por la contaminación ambiental de cualquier origen (Landrigan et al, 2004). Ellos pueden exponerse desde la etapa prenatal por exposiciones de la madre, luego mediante la lactancia materna y, después a los agentes presentes en el suelo, aire, agua y alimentos (Mukerjee, 1999). La susceptibilidad de los menores es superior a la de los adultos; esto es debido al estadio de desarrollo en que se encuentran sus órganos y, en especial, al menor desarrollo del sistema inmunológico. Por ejemplo, suelen ser más susceptibles a los efectos de agentes neurotóxicos debido a que la barrera hemato-encefálica y la mielinización cerebral no ha llegado a su pleno desarrollo (Grandjean & Landrigan, 2006). En relación con su peso corporal, los menores de edad tienen una mayor tasa inhalatoria, y su ingesta de agua y leche, suelen ser superiores a las de los adultos (Mukerjee, 1999).

Las mujeres también son un grupo susceptible a las noxas ambientales (Wasserman, 1999; Gochfeld, 2007) tanto por condiciones biológicas (sexo) como por diferencias socioculturales con los hombres (género). Hay evidencias recientes que indican que existe una interrelación entre la genética, las relaciones de género y el ambiente que explican los diferenciales en exposición y efectos asociados con agentes ambientales (Ordovas, 2007). Por ejemplo, las manifestaciones tóxicas de los metales pesados diferenciales entre hombres y mujeres tienen explicaciones relacionadas al sexo y el género. Las mujeres presentan más alergias y eczemas por níquel; retienen más cadmio, por lo que presentan más severidad de enfermedad de Itai-itai, debida a la liberación de metales pesados, como el cadmio, producto de la



minería ilegal; movilizan plomo acumulado en hueso durante el embarazo y la menopausia incrementando los niveles séricos, y son más proclives a efectos inmunotóxicos del plomo. Los hombres tienden a tener mayores concentraciones de plomo y más susceptibles a evidenciar los efectos neurotóxicos (Vahter et al, 2007).

De otro lado, la población más pobre generalmente se expone a más factores ambientales (Rauh et al, 2008); este hecho puede explicarse desde las nociones de justicia ambiental. Por justicia ambiental se hace referencia a un conjunto de conocimientos interdisciplinarios procedentes de las ciencias sociales que enlazan de manera coherente marcos conceptuales del ambiente, ecología política, teorías de justicia, legislación ambiental, gobernanza, política y planeación ambiental, desarrollo, sustentabilidad, entre otras (Schlosberg, 2007). En diversos estudios alrededor del mundo, el marco de la justicia ambiental ha permitido entender mejor la intrincada relación entre contaminación ambiental y pobreza como determinante importante de la salud infantil (Cureton, 2011), la importancia que tienen las mujeres para promover la justicia ambiental y social (Gute et al, 2009), el adecuado manejo de la biodiversidad y la protección frente a la biopiratería (Mackey & Liang, 2012), así como sus interrelaciones con el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS, 2016-30) propuestos recientemente por la Organización de Naciones Unidas.

Colombia, en general, y el Valle del Cauca en particular, son privilegiados en su ubicación geográfica, con diversos micro climas gracias a las diferentes altitudes en una región cercana al paralelo del ecuador; rico en recursos hídricos, minerales y biodiversidad (Instituto de Investigación de Recursos Biológicos Alexander von Humboldt, 2012). Esta riqueza ha podido ser cuantificada con indicadores del desempeño ambiental, como el Environmental Sustainability Index (ESI) y el Environmental Performance Index (EPI) de la Universidad de Yale que, además, han ayudado a los tomadores de decisiones sobre las acciones prioritarias a aplicar. El EPI es un indicador que tiene gran importancia para la salud ambiental, ya que por primera vez la incorpora con un peso porcentual (50% en el informe de 2010 y 30% en el informe de 2012) el componente de vitalidad del ecosistema (Emerson et al, 2012).

La contaminación atmosférica, por ejemplo, es un fenómeno que afecta negativamente la salud y el bienestar humano, especialmente en los grandes centros urbanos, y genera efectos adversos en el medio ambiente. Aunque la degradación de la calidad del aire puede estar relacionada con fuentes de origen natural, pero la actividad antropogénica representa una contribución significativa a esta problemática ya que es responsable de la emisión de contaminantes por actividades relacionadas con el transporte, la industria, el desarrollo de la infraestructura, entre otras.



IMPACTO ECONOMICO DE LA DEGRADACION AMBIENTAL

El estudio de (Golub E & Sánchez G, 2012) se enfocó exclusivamente en los costos asociados con la contaminación atmosférica, intra y extramuros, y los problemas relacionados con el consumo de agua no potable y la inadecuada sanidad e higiene. Los resultados sugieren que los costos representaron el 2% de producto interno bruto nacional de 2009, siendo la mayor parte relacionada con la contaminación atmosférica, seguido de los costos por agua no potable e inadecuada sanidad e higiene; la contaminación intramuros, ocupó el último lugar, aunque incluye la mayor parte de costos asociados al uso de combustibles sólidos que generan humo (principalmente de leña). Colombia se caracteriza por ser altamente urbanizado, lo que conlleva a que un alto porcentaje de la población se encuentre expuesta a fuentes industriales y de vehículos automotores (Golub E & Sánchez, 2012).

Recientemente el Departamento Nacional de Planeación (DPN, 2017) divulgo los resultados de un análisis, realizado por el IDEAM, manifestando que los efectos de la degradación ambiental en el país, sobre los costos del sector salud son equiparables al recaudo que busca la nueva reforma tributaria o a la mitad del déficit fiscal que produce la corrupción en Colombia.

El IDEAM estimo en 20,7 billones de pesos los costos para el sector salud, en el 2015, cifra que equivale al 2,6% del producto interno bruto (PIB) de ese año. El mayor impacto, según el mismo informe, se debido a la contaminación atmosférica urbana que represento el 75% de los gastos lo que equivale a 15,4 billones de pesos. Este costo se asoció con 10.527 defunciones por esta causa y 2.286 defunciones por contaminación dentro de las viviendas, amén de 67,8 millones de consultas médicas.

La ciudad con mayor contribución de muertes es Medellín, con 2.105 defunciones que representaron el 12,3% de total de las defunciones, esta situación origino un gasto de 2,8 billones de pesos, equivalente al 5% del PIB de esa ciudad. Cali contribuyo con 1.317 defunciones, que demando un gasto de 1,7 billones de pesos que significó el 5,6% del PIB.

En el mismo periodo, hubo 905 defunciones por deficiencia en el suministro de agua potable y saneamiento básico, que represento 29 millones de consultas, lo cual demandó 2,2 billones de pesos para su atención. El informe sostiene que la mayoría de las enfermedades respiratorias, intestinales, cáncer y cardiovasculares están asociadas con la degradación ambiental.

Según un estudio del Instituto Nacional de Salud (INS), de Colombia, en el año 2015, ocurrieron 210.000 defunciones por todas estas causas y el cálculo de la carga de enfermedad demostró que, después de los estilos de vida, la contaminación ambiental contribuyo con el 7,1% de las muertes, lo cual representa unas 15.000 defunciones por esta causa.



RELACION ENTRE SALUD AMBIENTAL Y SALUD HUMANA

La naturaleza multifactorial y multinivel de la relación salud-enfermedad es destacada por su importancia para el control de los factores que la determinan, ya que el conocimiento de la multiplicidad de interacciones ecológicas, permitirá impactar sobre las consecuencias negativas sobre la salud humana, interviniendo sobre otros aspectos de las interacciones entre el ser humano y el ambiente que lo rodea.

La estrecha relación entre la salud humana y el ambiente se manifiesta más frecuentemente en poblaciones que, por sus particulares características, es decir, su desigual acceso a los determinantes del bienestar, los coloca en una situación de vulnerabilidad o susceptibilidad especial. La vulnerabilidad, en el contexto de la salud ambiental, se entiende como la posibilidad de un sujeto de poder ser lesionado y por no tener la capacidad para defenderse frente a las agresiones de los factores ambientales. Algunas poblaciones han tenido especial atención en salud ambiental, y serán tenidas en cuenta en este modelo como prioritarias para la atención y será el conocimiento obtenido a través del mapeo de riesgos, lo que oriente la priorización de las acciones en grupos poblacionales tales como los menores de edad, las mujeres en edad reproductiva, los ancianos y los más pobres o socialmente excluidos.

Teniendo como marco de referencia este cuerpo de conocimientos acumulados, se podrá comprender mejor la forma en la cual el deterioro ambiental junto a la vulnerabilidad social interactúa y se manifiestan con diferentes impactos en las diversas poblaciones y regiones del departamento. Esta vulnerabilidad social y ambiental esta, en gran medida, originada por el desigual acceso a los determinantes sociales de la salud, entendidos como las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Según el informe de la Comisión para el estudio de las Determinantes Sociales y Ambientales de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2008), esas circunstancias son el resultado de la desigual distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local; que depende a su vez de las políticas adoptadas. Los determinantes sociales y ambientales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los territorios sociales en lo que respecta a la situación sanitaria.

En todos los entes territoriales, las personas, familias y comunidades que son vulnerables y socialmente marginadas tienen menor acceso a la red de servicios sanitarios, tanto para la atención humana como ambiental, por lo tanto, se enferman y mueren prematuramente, comparados con los que tienen una posición social más privilegiada. Las inequidades en el ámbito ambiental siguen aumentando a pesar de la producción de la riqueza y el desarrollo tecnológico, sin precedentes en la historia del mundo. La mayor proporción de los problemas de salud se originan en las condiciones de vida y de trabajo de las personas, esas condiciones es lo que se reconocen como ‘determinantes de la salud’.

Las acciones de prevención, manejo y control de la exposición a los factores ambientales que deterioran la salud, lideradas por las entidades ambientales y sanitarias, se han desarrollado de manera no articulada, impidiendo una atención integral de la problemática asociada a la salud ambiental.



MARCO NORMATIVO

Frente a esta realidad y con la finalidad de resolverla, la constitución política de Colombia, en su Artículo 79, establece que: “Todas las personas tienen derecho a gozar de un ambiente sano. La ley garantizará la participación de la comunidad en las decisiones que puedan afectarlo. Es deber del Estado proteger la diversidad e integridad del ambiente, conservar las áreas de especial importancia ecológica y fomentar la educación para el logro de estos fines”.

En consecuencia y para responder a los crecientes desafíos en salud ambiental, el país ha desarrollado un marco normativo, entre ellos el Sistema General de Seguridad Social en Salud implantado por la Ley 100 de 1993, que ha sido reformado en su estructura general a través de diferentes normas, en particular las leyes 1122 de 2007 y 1438 de 2011. Así mismo, el componente de salud pública fue desarrollado mediante la Ley 9 de 1979 en cuanto a medidas sanitarias; la Ley 10 de 1990 definió el modelo de descentralización y la ley 715 de 2001 determinó las competencias y la estructura financiera descentralizada. Adicionalmente, la Ley 1164 de 2007 reguló las condiciones del talento humano en salud. A estas normas se deben agregar la Ley 1751 de 2015 o Ley Estatutaria de la Salud y la Ley 1753 de 2015, Plan Nacional de Desarrollo.

El Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, se elaboró teniendo como marco el enfoque de los determinantes de la salud con la finalidad de “lograr la equidad en salud y el desarrollo humano” de todos los colombianos y colombianas mediante ocho dimensiones prioritarias y dos transversales, que representan aquellos aspectos fundamentales que por su magnitud o importancia se deben intervenir, preservar o mejorar, para garantizar la salud y el bienestar de todos los colombianos, sin distinción de género, etnia, ciclo de vida, nivel socioeconómico o cualquier otra situación diferencial. (Grafica 3)

Grafica 3.



Fuente: J. Acosta. Adaptación del Modelo Conceptual de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Organización Panamericana de la Salud, 2010.



La dimensión de salud ambiental fue definida como el *“Conjunto de acciones que buscan materializar el derecho al ambiente sano para favorecer y promover calidad de vida de la población actual y futura generaciones, a través de estrategias enmarcadas en dos componentes: Hábitat saludable y Situaciones en salud relacionadas con condiciones ambientales”*.

Posteriormente, la Ley 1751 de 2015 o Ley Estatutaria de Salud, en su Artículo 10. Objeto. Estableció que: *“La presente ley tiene por objeto garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección”* y en el Artículo 9°. Con relación a los determinantes sociales de salud, expreso que: *“Es deber del Estado adoptar políticas públicas dirigidas a lograr la reducción de las desigualdades de los determinantes sociales de la salud que incidan en el goce efectivo del derecho a la salud, promover el mejoramiento de la salud, prevenir la enfermedad y elevar el nivel de la calidad de vida. Estas políticas estarán orientadas principalmente al logro de la equidad en salud. El legislador creará los mecanismos que permitan identificar situaciones o políticas de otros sectores que tienen un impacto directo en los resultados en salud y determinará los procesos para que las autoridades del sector salud participen en la toma de decisiones conducentes al mejoramiento de dichos resultados”*.

Parágrafo. Se entiende por determinantes sociales de salud aquellos factores que determinan la aparición de la enfermedad, tales como los sociales, económicos, culturales, nutricionales, ambientales, ocupacionales, habitacionales, de educación y de acceso a los servicios públicos, los cuales serán financiados con recursos diferentes a los destinados al cubrimiento de los servicios y tecnologías de salud.

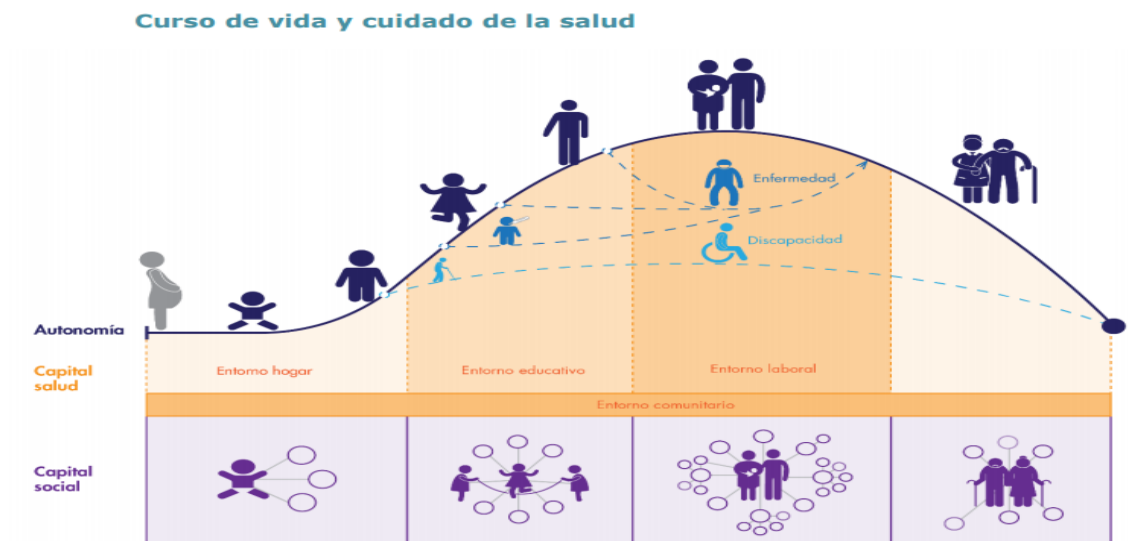
Al cumplirse un año de la promulgación de la Ley 1751 de 2015 o Ley Estatutaria de Salud, el Ministerio de Salud y Protección Social lanzó la Política Integral de Atención en Salud (PAIS), cuyo objetivo primordial es centrar la acción de salud en las personas, a nivel individual, familiar y colectivo, no en las Instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) ni en las Entidades promotoras de salud (EPS).

La política comprende un componente estratégico, que determina las prioridades del sector salud en el largo plazo; y un componente operativo, que consiste en el Modelo de Atención Integral en Salud (MIAS), el cual se constituye en el marco para la organización y coordinación de actores e instituciones para garantizar que los ciudadanos accedan a servicios de atención a las personas y al ambiente, seguros, accesibles y humanizados.

De acuerdo con las declaraciones de la autoridad sanitaria nacional: "El centro de la atención de salud son las personas a lo largo de curso de vida. Los gobernantes y las instituciones de salud deben responder a las necesidades de salud de los ciudadanos y no a la supervivencia de las IPS y EPS". Se destaca que el enfoque territorial de salud incluido en la nueva política es un avance para que los gobernadores y alcaldes distritales sean los responsables primarios para liderar el desarrollo de acciones individuales y colectivas con la participación de redes integrales de servicios. "Eso significa que la atención será la necesaria y suficiente para resolver las necesidades de salud de la población mediante equipos calificados y lo más cercano a los lugares donde transcurre su cotidianidad". (Grafica 4.)



Grafica 4.



De igual manera el MIAS dará mayor capacidad de resolución al nivel primario de atención, para que se convierta en la puerta de entrada de las personas, familias y comunidades al sistema de salud y que no sean las urgencias de las clínicas y hospitales especializados, sino a través de la Atención Primaria de Salud.



POLITICAS Y ESTRATEGIAS EN SALUD AMBIENTAL

El Ministerio de Salud y Protección Social como máxima autoridad sanitaria en el país, le compete direccionar, liderar, coordinar, evaluar aquellos procesos en pro de mejorar las condiciones de calidad de vida y salud de la población, situación que igualmente puede concebirse como el ejercicio de la rectoría sanitaria mediante la definición de lineamientos técnico-políticos que se articulan y dan cumplimiento a convenios nacionales e internacionales para el abordaje intersectorial de los determinantes sociales y ambientales relacionados con la carga ambiental de la enfermedad, en el entorno que nos rodea. (Grafica 5)

Gráfica 5.



Fuente: MSPS, 2016.

En este contexto se hace importante mencionar que desde la misión, competencia y funciones del sector salud, el ejercicio de la rectoría sanitaria en el componente de la Salud Ambiental ha estado centrado en la vigilancia y control de los factores de riesgo y su posible vinculación con un daño a la salud humana, entendido conceptualmente como el Enfoque de Riesgo. En tal sentido reconociendo la utilidad del Enfoque de Riesgo, también se han identificado algunas limitaciones en el mismo, que están generando dificultades en el logro de las metas y de los objetivos definidos a nivel ambiental y sanitario, lo cual se traduce en la necesidad de la implementación de enfoques más articuladores, integrales y sistémicos, como lo plantea el documento CONPES 3550 de 2008.



La propuesta para lograr la articulación en la acción frente a la situación actual de saneamiento y salud ambiental consiste en la implementación de la iniciativa de “Entornos saludables (ES)” entendidos como espacios urbanos o rurales en los que transcurre la vida cotidiana, donde las personas interactúan entre ellas y con el ambiente que las rodea, generando condiciones para el desarrollo humano sostenible. En ellos se promueve la apropiación y la participación social, la construcción de políticas públicas, el mejoramiento de los ambientes y la educación para la salud, contribuyendo al bienestar y mejoramiento de la calidad de vida de los individuos y de la comunidad. (Grafica 6)

Grafica 6.



El ES educativo ha sido definido como el escenario natural donde transcurre la vida cotidiana y donde la comunidad educativa (niños, niñas, adolescentes, jóvenes, docentes, directivos, administrativos, operarios (empleados – personal de servicios generales), padres y madres de familia), desarrollan capacidades, a través de un proceso de enseñanza/aprendizaje contextualizado, participa y reproduce la cultura, el pensamiento, la afectividad, los hábitos y estilos de vida, que le brindarán mejores formas de vivir y relacionarse consigo mismo, con los demás y con el ambiente; propiciando acciones integrales de promoción de la salud y de bienestar.

En el hogar, los seres humanos conviven y se desarrollan de manera significativa y es donde se configura un punto de encuentro, interacción, acogida y descanso propios de la dinámica de las relaciones personales. Este espacio incluye: la vivienda (el refugio físico donde residen individuos), el grupo familiar (individuos que viven bajo un mismo techo), el peri-domicilio (el ambiente físico y psicosocial inmediatamente exterior a la casa) y la comunidad (el grupo de individuos identificados como vecinos por los residentes). Es el escenario donde se promueven y “(...) proporcionan referentes sociales y culturales básicos con los cuales empiezan a moverse en la sociedad”. El entorno es, en definitiva, el



lugar en donde ocurre la interacción entre las personas, familias y comunidades y los determinantes sociales y ambientales que facilitan o limitan lograr un cierto nivel de salud y bienestar.

El informe mundial sobre la situación de salud de 2008, reconoció que existen poblaciones rezagadas y que se están desaprovechando oportunidades de atención que recuerdan lo que dio lugar, años atrás, al cambio de paradigma cuando en la ciudad de Alma Ata se propuso a la Atención Primaria en Salud (APS) como la estrategia transformadora de la salud y la sociedad.



ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

La Conferencia de Alma-Ata favoreció la aparición de un *«movimiento en pro de la atención primaria de salud»* (APS), impulsado por profesionales e instituciones, gobiernos y organizaciones de la sociedad civil, investigadores y organizaciones comunitarias, que decidieron afrontar la situación «política, social y económicamente inaceptable» de desigualdad sanitaria en todos los países. En la Declaración de Alma-Ata quedan claros los valores defendidos: justicia social y derecho a una mejor salud para todos, participación y solidaridad. Se intuía que para impulsar esos valores había que cambiar radicalmente la manera en que los sistemas de atención sanitaria funcionaban y aprovechaban las posibilidades de los demás sectores.

Un estudio reciente sobre la APS, la denomina como el instrumento idóneo para hacer realidad el *«derecho a alcanzar el grado máximo de salud posible con la mayor equidad y solidaridad»*, considerando la necesidad de *«dar respuesta a las necesidades de salud de la población»*. Encaminarse hacia la salud para todos requiere que los sistemas de salud de atención a las personas y la ambiente, respondan a los desafíos de un mundo en transformación y a las crecientes expectativas de mejores resultados. Esto entraña una reorientación y reforma sustanciales del funcionamiento actual de los sistemas de salud en la sociedad, basado de un modelo centrado en la enfermedad a un modelo centrado en la salud: esas reformas constituyen la agenda de renovación de la APS.

La ley 1438 de 2011, define el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de un modelo de prestación del servicio público en salud, que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud (APS), permite la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyentes y equitativos. En este sentido la Estrategia de Atención Primaria en Salud ha jugado un papel importante en la visibilización e implementación del Modelo de Gestión Sectorial de Salud Ambiental, como sustento de la acción, por medio de sus componentes integrados e interdependientes: la acción intersectorial/transectorial por la salud, las redes integradas de salud y la participación social comunitaria y ciudadana. Se destaca que el Modelo se propone para impactar positivamente los determinantes sociales en salud y por ende la carga de enfermedad debida a los factores ambientales. (Gráfica 8)



Grafica 8.



La APS, como estrategia, hace énfasis en las intervenciones de base comunitaria orientadas a partir de la identificación de los factores de riesgo del ambiente agresores para la salud humana, mediante el desarrollo de la estrategia de caracterización, con la finalidad de prevenirlos y/o mitigarlos con actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Estas intervenciones tendrán su máximo rendimiento social en la medida en que sean integrales y se apliquen con el concurso de grupos interdisciplinarios y transdisciplinarios a lo largo del curso de vida, en las visitas a las viviendas, a partir de la caracterización de las familias y su entorno, a través de la elaboración de los mapas que destaquen los principales riesgos de enfermar y morir prematuramente para las personas, familias y comunidades.



MODELO INTEGRAL DE PRESTACIONES DE SERVICIOS SANITARIOS (MIPSS)

La estrategia APS, como primer contacto para la población con los servicios, propone que la identificación de los factores de riesgo, tanto agresores como protectores, sea una actividad con amplia participación social y comunitaria, tal como establece la ley 1438 de 2011, y con el concurso de, al menos, tres actores fundamentales en la primera línea de enfrentamiento a los problemas de salud ambiental priorizados: la autoridad municipal con su equipo de salud ambiental, los líderes comunitarios junto con los diferentes grupos organizados de la sociedad civil que realizan intervenciones sociales y los equipos técnicos en salud ambiental adscritos a los diferentes AROS/OLAS de la UESVALLE-SDS, quienes en cumplimiento de sus competencias adelantan la caracterización y modificación favorable del entorno, utilizando como marco de referencia el enfoque de los determinantes sociales y ambientales de la salud.

En la segunda línea, de apoyo técnico, se encuentran los grupos de profesionales que conforman los diferentes procesos misionales de la UESVALLE, quienes dan respaldo a las acciones que realizan los equipos técnicos locales de salud ambiental (AROS) en cumplimiento del mandato institucional de trabajar en forma interdisciplinar e Intersectorial con aquellos entes que tienen competencias en salud ambiental, de tal manera que juntos se convierten en apoyo para la implantación de las intervenciones colectivas y políticas de atención primaria en salud y salud ambiental en el área urbana y rural de los municipios categoría 4, 5 y 6 del departamento del Valle del Cauca.

Esta nueva modalidad de atención integral en salud ambiental esta soportada en los mecanismos de coordinación intersectorial propuestos a nivel nacional y territorial, como la Comisión Técnica Nacional Intersectorial para la Salud Ambiental – CONASA y los Consejos Territoriales de Salud Ambiental - COTSA, que permiten elaborar y consolidar una hoja de ruta operativa como instrumento para la consolidación del trabajo intersectorial y transectorial en salud ambiental, en el departamento del Valle del Cauca.

Esta nueva modalidad de atención debe verse reflejada en el funcionamiento y organización de las instituciones de las instituciones del sector salud para hacerlas más flexibles y orientadas a la atención integral, de base comunitaria y con foco en la familia, privilegiando aquellas más vulnerables y marginadas. Por lo tanto, la integralidad en la acción debe verse reflejada en la elaboración de los planes operativos anuales (POA). (Grafica 9)



Grafica 9.



Este manual operativo contiene la descripción resumida de la caracterización y el flujograma de las actividades de los procesos y procedimientos misionales que ejecuta la UESVALLE en razón del objeto de su misión, propias de su competencia y que realizan los técnicos de la UESVALLE cuando visitan algún establecimiento en los entornos priorizados en el POA-2017 (Vivienda, Escuela, Lugar de trabajo y Cuencas hidrográficas) y las actividades de APS complementarias.

Al cumplirse un año de la promulgación de la Ley 1751 de 2015 o Ley Estatutaria de Salud, el Ministerio de Salud y Protección Social lanzó la Política Integral de Atención en Salud (PAIS), cuyo objetivo primordial es centrar la acción de salud en las personas, a nivel individual, familiar y colectivo, no en las Instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) ni en las Entidades promotoras de salud (EPS).

La política comprende un componente estratégico, que determina las prioridades del sector salud en el largo plazo; y un componente operativo, que consiste en el Modelo de Atención Integral en Salud (MIAS), el cual se constituye en el marco para la organización y coordinación de actores e instituciones para garantizar que los ciudadanos accedan a servicios seguros, accesibles y humanizados.

El centro de la atención de salud serán las personas, familias y comunidades; los gobernantes y las instituciones de salud deben responder a las necesidades de salud individuales y colectivas, eso significa



que la atención será la necesaria y suficiente para resolver las necesidades de salud de la población por equipos calificados y lo más cercano a los lugares donde transcurre su cotidianidad, en sus propios entornos. De igual manera se dará mayor capacidad resolutoria al nivel primario de atención, para que la puerta de entrada de las personas al sistema de salud no sean las urgencias de las clínicas y hospitales especializados, sino a través de la Atención Primaria de Salud.

Estas actividades están soportadas por la resolución # 3203 de julio de 2016, del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), por la cual se adopta el Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud -RIAS-, se adopta un grupo de Rutas Integrales de Atención en Salud desarrolladas por el Ministerio de Salud y Protección Social dentro de la Política de Atención Integral en Salud —PAIS y se dictan otras disposiciones.

Principalmente las basadas en *la Ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud*. La cual comprende acciones sectoriales e intersectoriales; intervenciones de carácter individual y colectivo, dirigidas a promover la salud, prevenir el riesgo, prevenir la enfermedad y generar cultura del autocuidado de la salud en las personas, familias y comunidades, mediante la valoración integral del estado de salud, la detección temprana de alteraciones; la protección específica individual y ambiental; y la educación en salud para la transformación productiva, con equidad. Esta ruta se aplica para toda la población residente en el territorio.

La misma resolución define tres tipos de Redes Integrales de Atención en Salud (RIAS), entre las cuales destacamos las siguientes, como marco de referencia normativo para las actividades de APS complementarias: RIAS para población con riesgo o presencia de enfermedades y *accidentes relacionados con el medio ambiente*, RIAS para población materno — perinatal y RIAS para población con riesgo o presencia de alteraciones nutricionales.

Las rutas intersectoriales son instrumentos metodológicos que organizan la oferta de servicios, programas o proyectos de distintas instituciones o sectores, dirigidos a poblaciones específicas. Son, además, estrategias que permiten implementar la normatividad y el cumplimiento de competencias o responsabilidades sectoriales en la garantía de los derechos de la población. Las rutas intersectoriales creadas en el marco del CONPES 147 de 2012, representan acuerdos programáticos entre diferentes instituciones y sectores que tienen competencias políticas dirigidas a prevenir y reducir el riesgo potencial individual y colectivo. En el entendido de que las rutas intersectoriales deben implementarse bajo procesos coordinados y articulados en los que participan varios actores de distinto tipo y que las dinámicas de coordinación interinstitucional e intersectorial enfrentan dificultades internas y externas que repercuten en la sostenibilidad y el funcionamiento de los propósitos comunes de las rutas, es conveniente llevar el proceso evaluativo a un campo que permita identificar las necesidades estratégicas de cada actor involucrado en la ruta a evaluar, como factor determinante para hacer que exista una oferta articulada, continuada e integrada de servicios que contribuyan a la materialización de los proyectos de vida de las personas, familias y comunidades



ACTIVIDADES DE APS MISIONALES DE LA UESVALLE



AGUA PARA CONSUMO HUMANO

OBJETIVO.

Desarrollar acciones de promoción, inspección, vigilancia y control de la Calidad del Agua para Consumo Humano; con el fin de proteger la salud de la población de acuerdo con los Lineamientos Nacionales y de la Secretaria de Salud Departamental.

ALCANCE.

Los municipios de categoría 4ª, 5ª y 6ª de Competencia Departamental según la Ley 715 de 2001. Comprende actividades de Promoción, Prevención, Inspección y Vigilancia Sanitaria de la Calidad del Agua para el Consumo Humano.

RESPONSABLES.

Subdirección Técnica
Responsable del Proceso a nivel de la Sede Principal
Responsable de ARO
Administrador de la OLA
Profesional Ingeniero Sanitario Responsable del Proceso en el ARO
Técnico Área Salud
Técnico SIVICAP
Laboratorio Departamental de Salud Pública

RESULTADO ESPERADO.

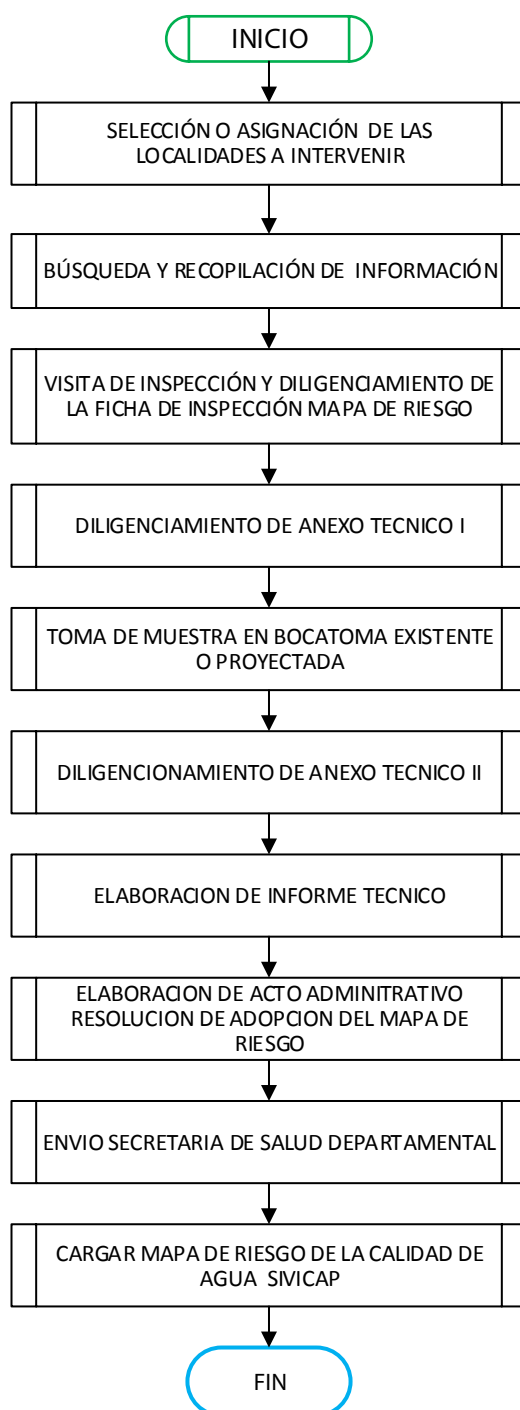
METAS DE RESULTADO	METAS DE PRODUCTO
Mantener el 100% de las cabeceras municipales de los municipios categoría 4ª, 5ª y 6ª en el rango entre 0 y 25, según el índice de riesgo de abastecimiento de agua (IRABA), durante el periodo de gobierno.	Inspeccionar, vigilar y controlar del 100% de los sistemas de abastecimiento de agua de consumo humano de las zonas urbanas.
	Inspeccionar, vigilar y controlar el 100% de los sistemas de abastecimiento de agua para consumo humano regionalizados o individuales de más de 50 suscriptores de la zona rural
	Elaborar el 100% de los mapas de riesgo de la calidad de agua para consumo humano que sean solicitados por la Secretaria de Salud Departamental.



ESTRATEGIA METODOLÓGICA.

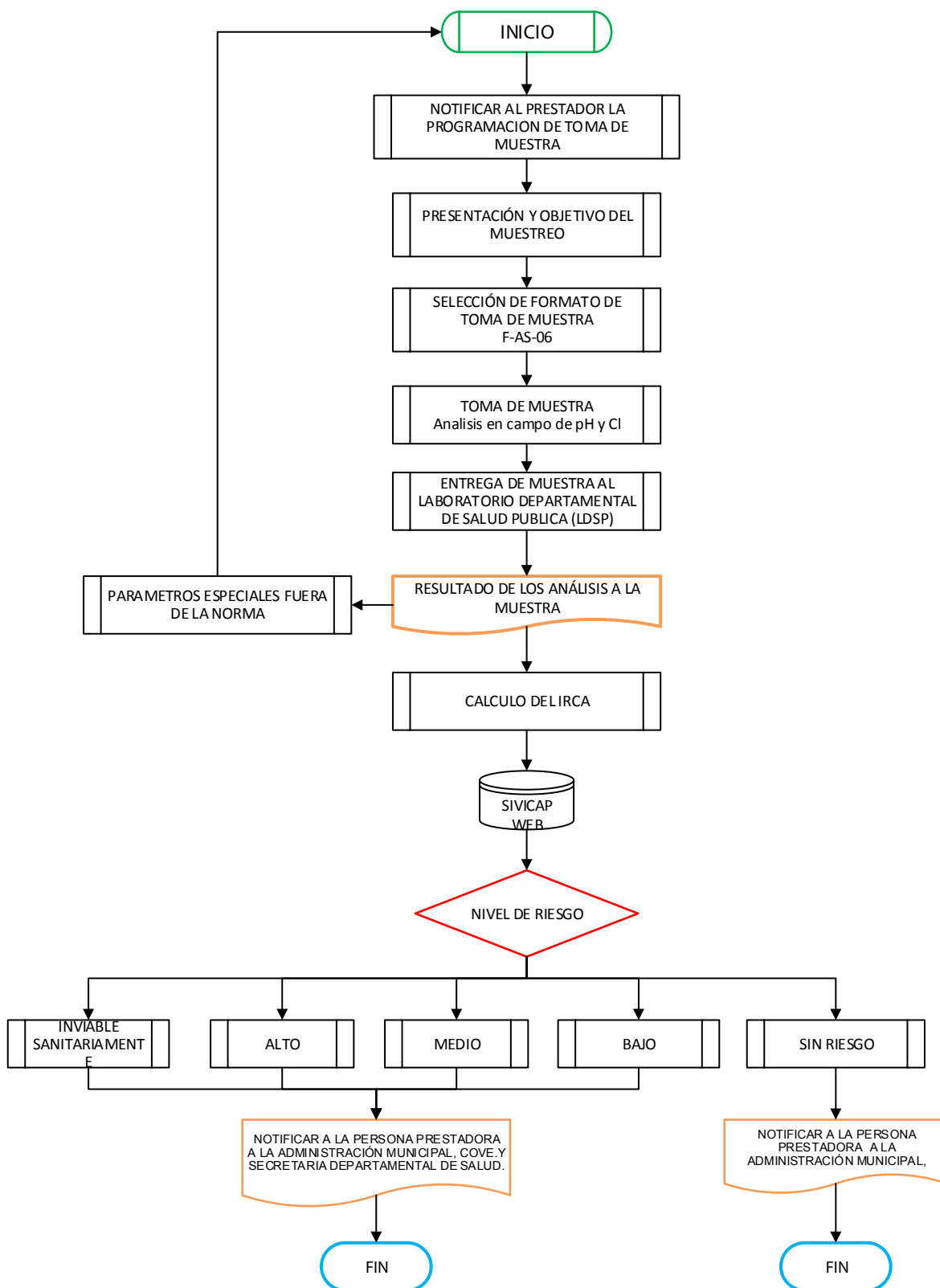
Flujogramas del Proceso Agua para Consumo Humano.

ELABORACIÓN DE MAPA DE RIESGO DE LA CALIDAD DE AGUA



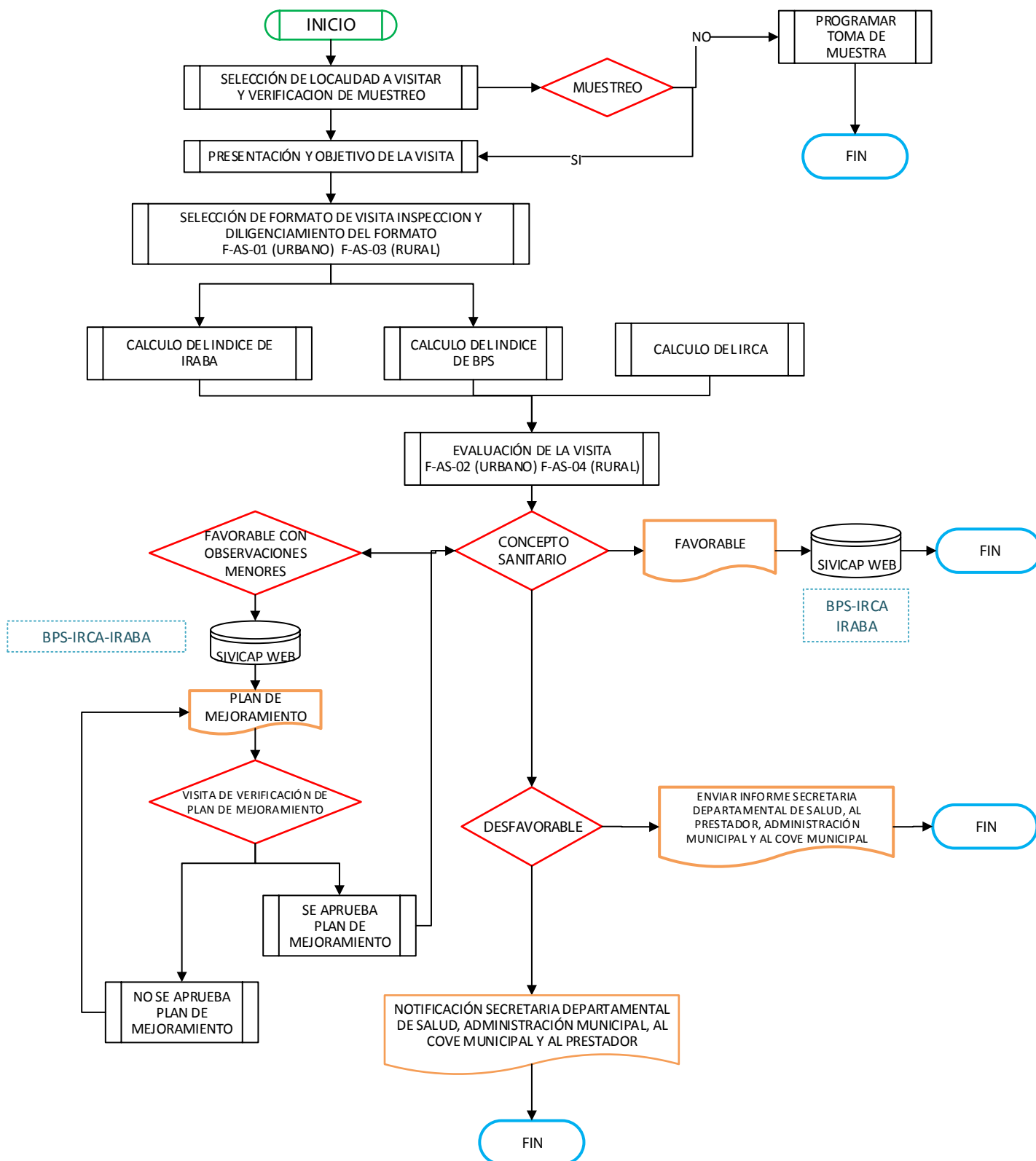


TOMA DE MUESTRAS DE AGUAS PARA CONSUMO HUMANOD EN REDES DE DISTRIBUCIÓN



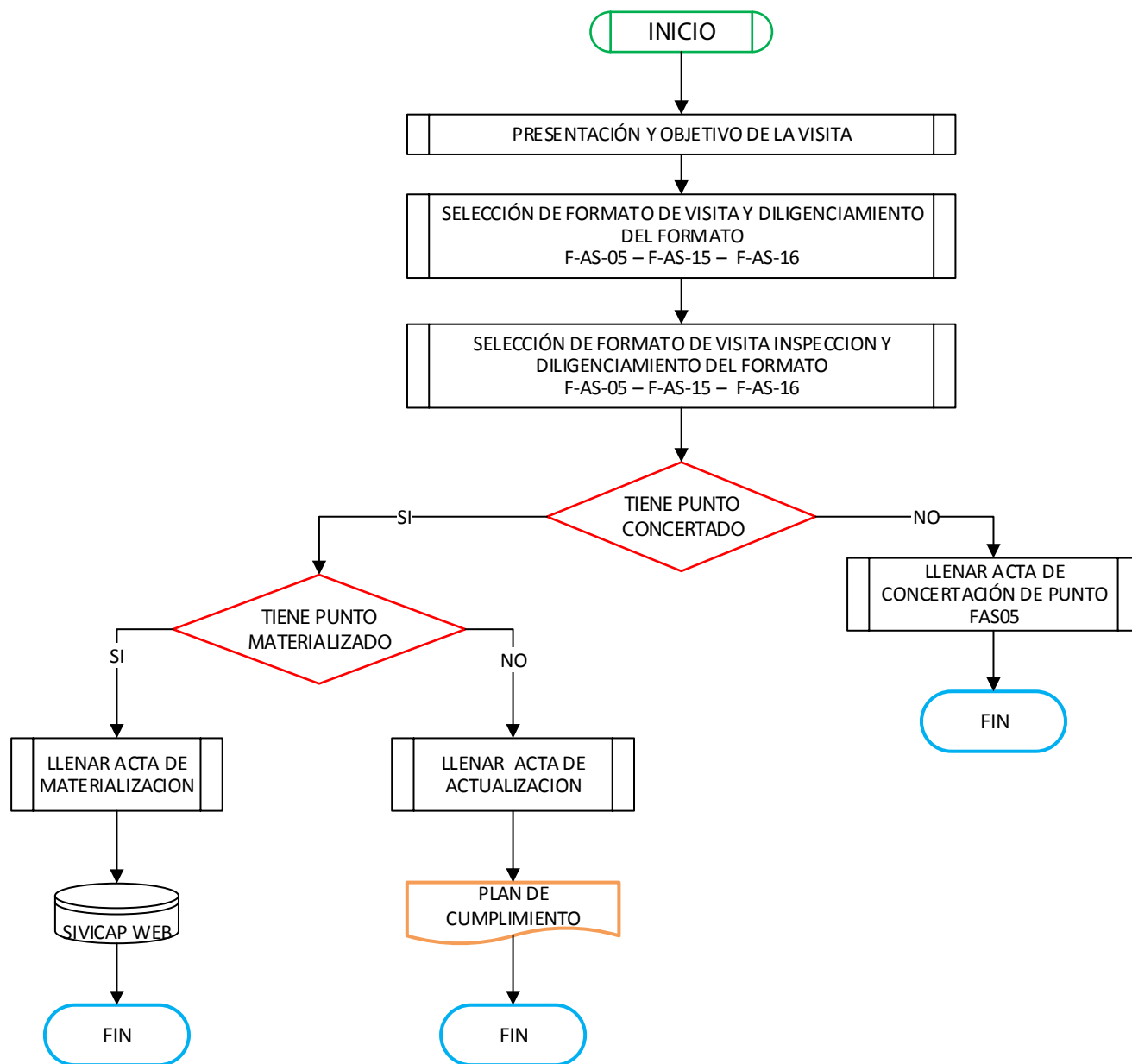


INSPECCIÓN SANITARIA A LOS SUMINISTROS DE AGUA DE CONSUMO HUMANO





VISITA DE CONCERTACIÓN DE PUNTO DE MUESTREO





ALIMENTOS Y BEBIDAS

OBJETIVO.

Inspeccionar, vigilar y control sanitario basado en riesgo de los alimentos y bebidas para consumo humano y bebidas acorde con las normas sanitarias vigentes con el fin de disminuir la Morbi-mortalidad asociada al consumo de Alimentos de mala calidad y bebidas adulteradas o fraudulentas.

ALCANCE.

Tiene alcance sobre los municipios del Valle del Cauca conforme a las competencias legales vigentes y a los convenios ínter administrativos suscritos con Entidades Territoriales. Involucra acciones de Promoción, Prevención, Inspección, vigilancia y control sobre, depósitos, expendios y vehículos transportadores de alimentos y bebidas establecimientos gastronómicos, expendios de alimentos y materias primas, vehículos transportadores de alimentos y materias primas asociados a estos establecimientos, empresas prestadoras de servicios de capacitación a manipuladores de alimentos,

RESPONSABLES:

Profesional Responsable del proceso a nivel de la sede principal

Responsable OLA

Responsable ARO

Profesional Responsable del proceso a nivel del ARO

Técnicos área salud

RESULTADO ESPERADO.

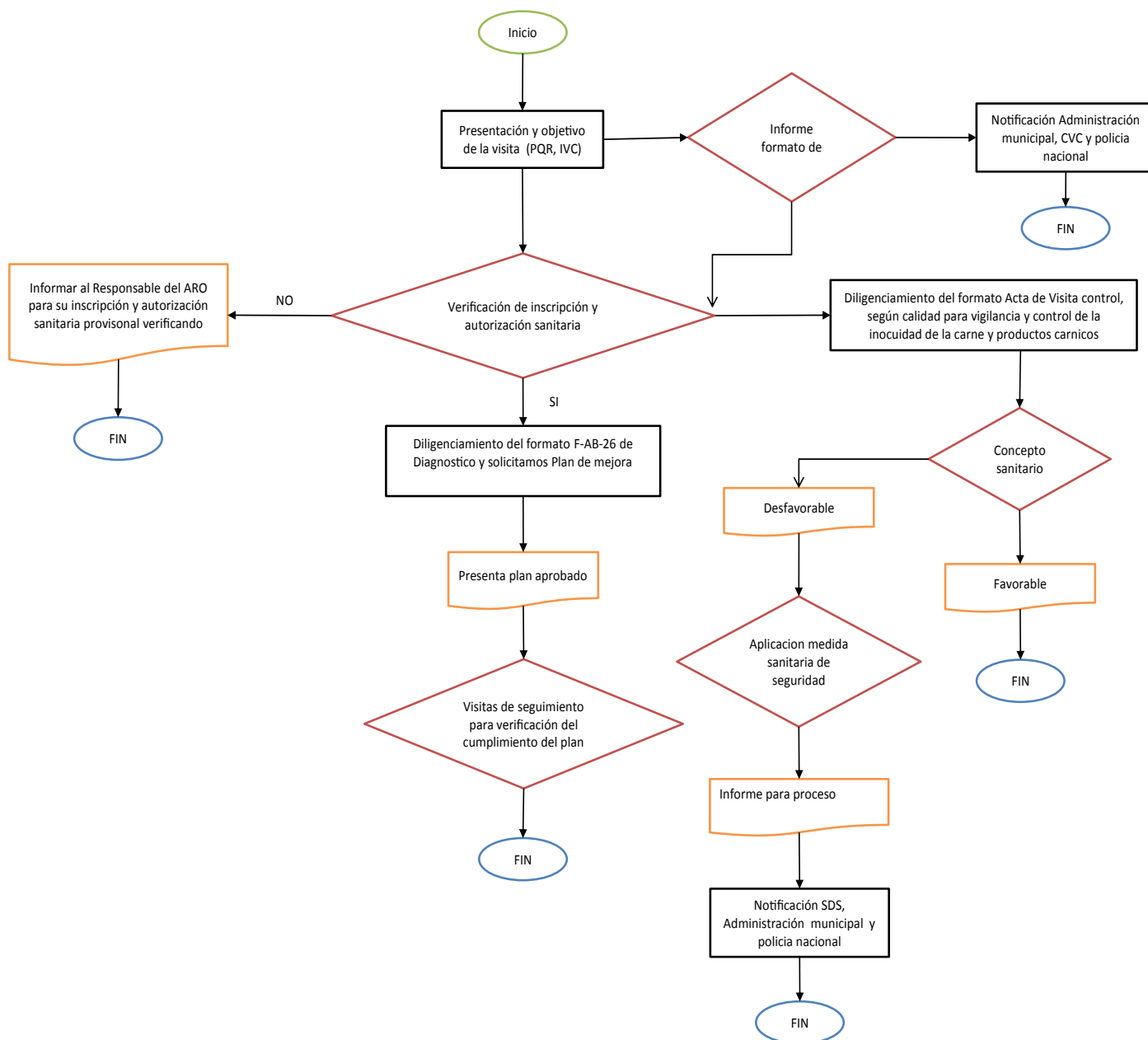
METAS DE RESULTADO	METAS DE PRODUCTO
Inspeccionar, vigilar y controlar el 100% de los establecimientos que preparen, almacenen, comercialicen, distribuyan y expendan alimentos, bebidas y sus materias primas, así como el transporte asociado a dichas actividades, acorde con la normatividad sanitaria en los municipios categoría 4ª, 5ª y 6ª durante el periodo de gobierno.	Inscribir el 100% de los establecimientos que preparen, almacenen, comercialicen, distribuyan y expendan alimentos, bebidas y sus materias primas, así como el transporte asociado a dichas actividades.
	Vigilar el 100% de los establecimientos educativos con énfasis en los incluidos en el programa de alimentación escolar – PAE de la Gobernación del Valle.
	Lograr la atención del 100% de los brotes reportados oportunamente de las Enfermedades Transmitidas por Alimentos en las primeras 24 horas.



ESTRATEGIA METODOLÓGICA.

Diagrama del flujo de actividades.

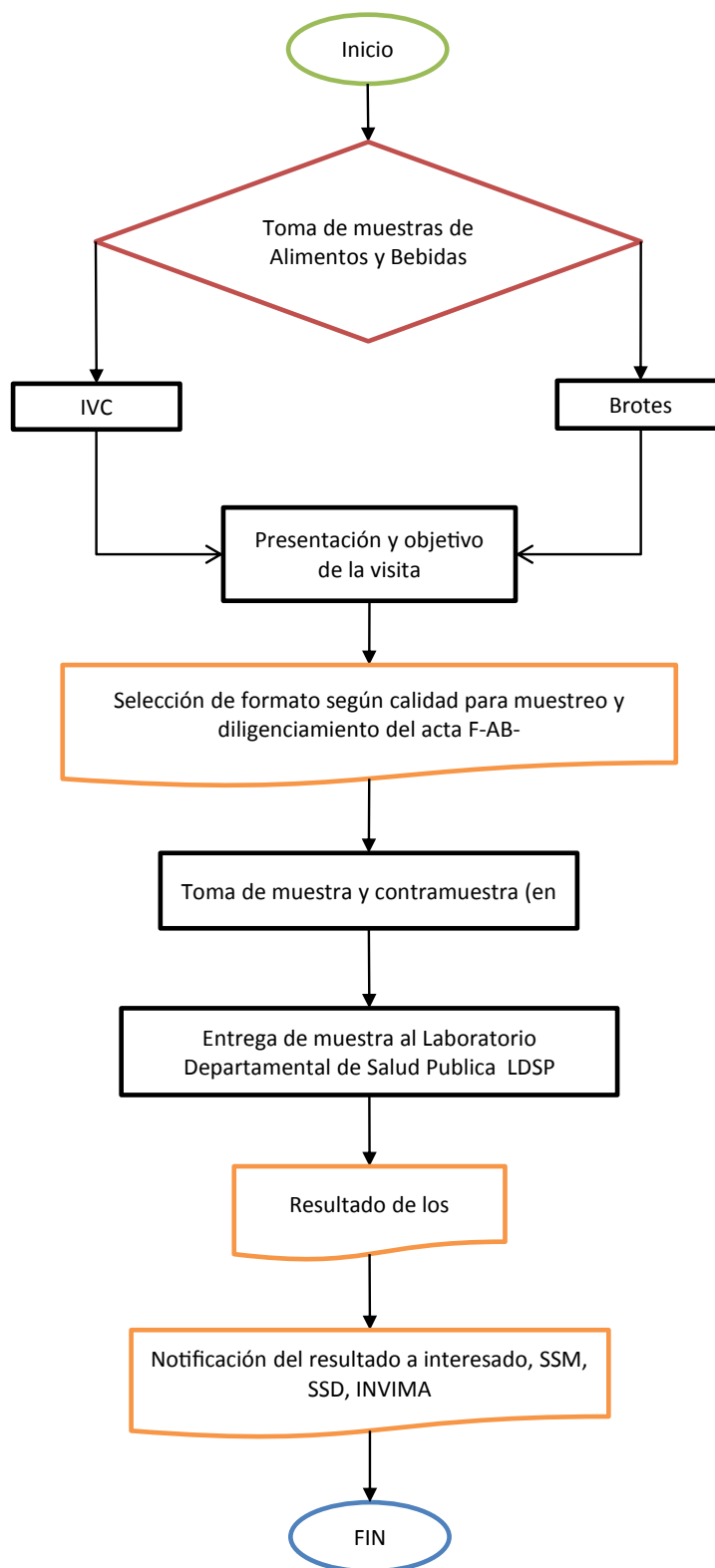
FLUJOGRAMA VISITAS DE IVC A EXPENDEDORES DE CARNE Y PRODUCTOS CARNICOS COMESTIBLES



APLICA PARA VISITAS: Expendios de carne y productos carnicos comestibles

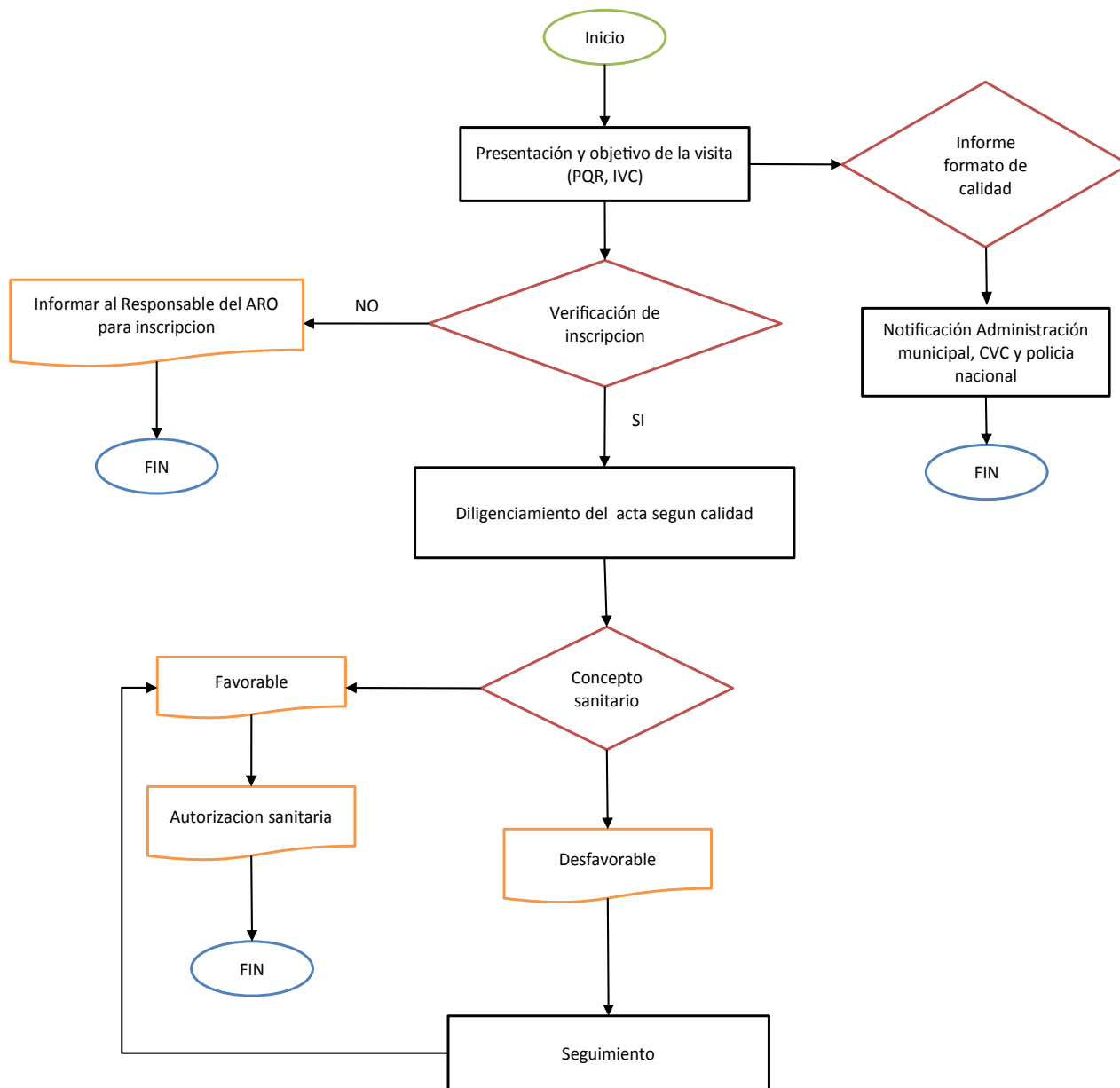


FLUJOGRAMA MUESTREO DE ALIMENTOS Y BEBIDAS





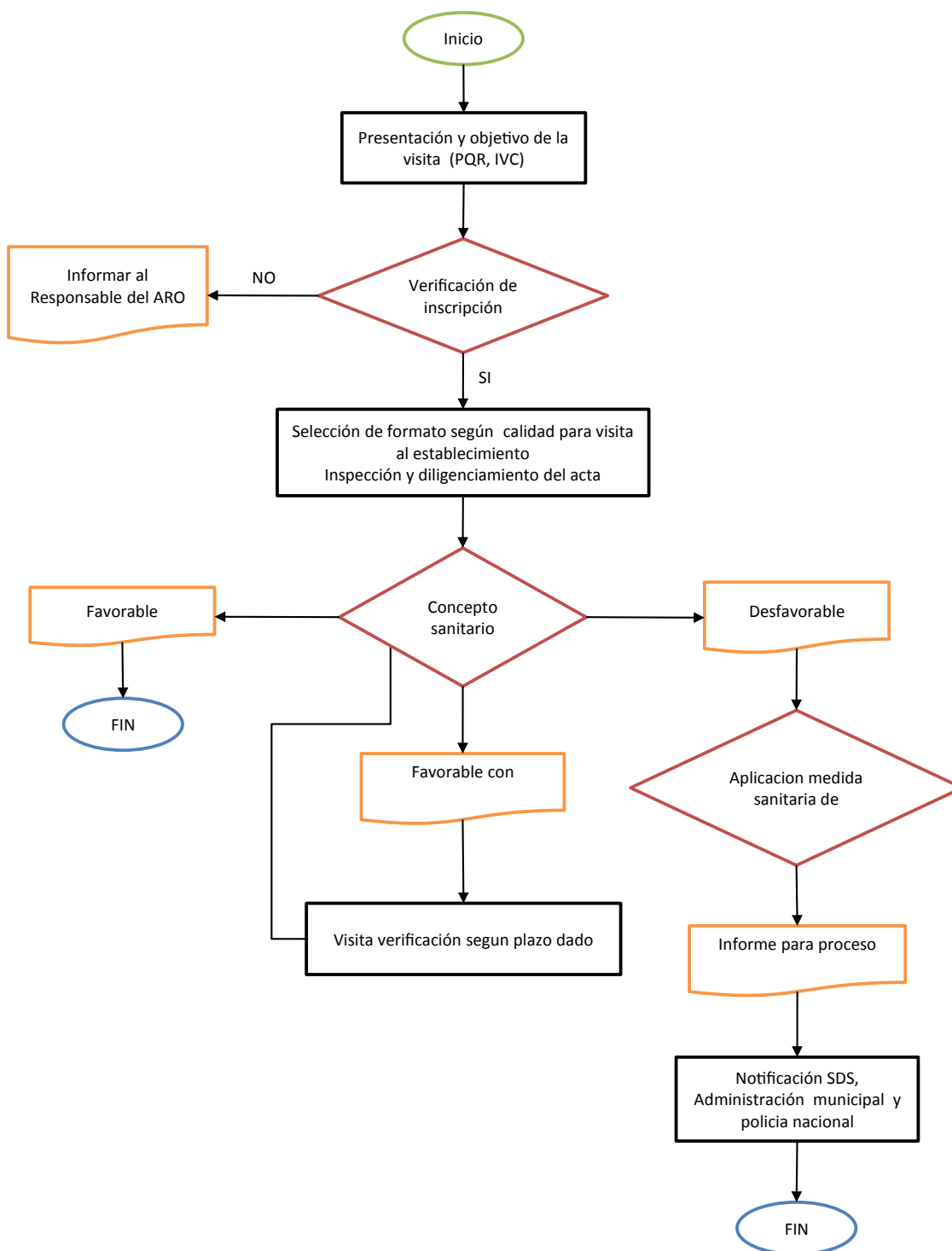
FLUJOGRAMA VISITAS DE IVC A TRANSPORTADORES DE CARNE Y PRODUCTOS CARNICOS



APLICA PARA VISITAS: vehiculos transportadores de carne y productos carnicos



FLUJOGRAMA VISITAS DE IVC A ESTABLECIMIENTOS DEL PROCESO DE ALIMENTOS Y BEBIDAS



APLICA PARA VISITAS: Restaurantes, cafeterías, panaderías, heladerías, establecimientos educativos con restaurante escolar, expendios, tiendas, graneros, bares, cantinas



ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES

OBJETIVO.

Desarrollar acciones de promoción, prevención y control de las enfermedades transmitidas por vectores importancia en Salud Pública, de acuerdo con los lineamientos nacionales (EGI – ETV) y de la Secretaria de Salud Departamental

ALCANCE.

Tiene alcance sobre los municipios del Valle del Cauca, conforme a las competencias legales vigentes. Involucra acciones de promoción, prevención y control de los vectores transmisores de malaria, dengue, dengue grave, enfermedad de Chagas, leishmaniasis, fiebre Chikungunya, zika y otras y la asistencia técnica a autoridades sanitarias de los municipios del Departamento del Valle del Cauca.

RESPONSABLE.

Licenia Frades Monedero

RESULTADO ESPERADO.

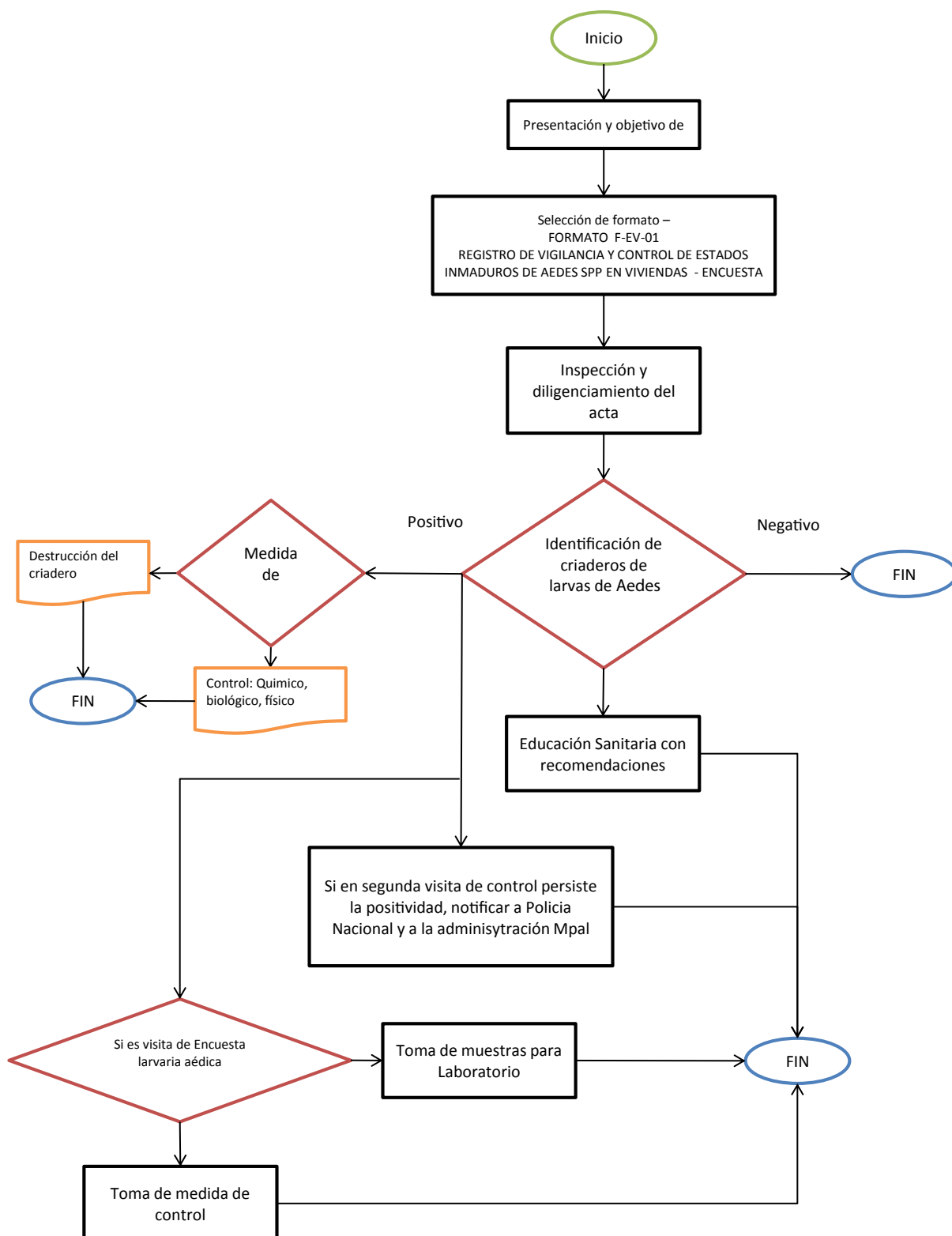
METAS DE RESULTADO	METAS DE PRODUCTO
Mantener como mínimo en 387 por 100.000 habitantes, la tasa de incidencia de dengue.	<p>El componente de prevención de la Estrategia de Gestión Integrada - EGI para las Enfermedades Transmitidas por Vectores – ETV implementado en el 100% de los municipios categoría 4ª, 5ª y 6ª del departamento, que hayan sido priorizados por la Secretaria de Salud Departamental.</p> <p>El componente atención contingencial de la Estrategia de Gestión Integrada - EGI para las Enfermedades Transmitidas por Vectores - ETV implementado en el 100% de los municipios categoría 4ª, 5ª y 6ª del departamento, que hayan sido priorizados por la Secretaria de Salud Departamental.</p>

ESTRATEGIA METODOLÓGICA.

Diagrama del flujo de actividades.

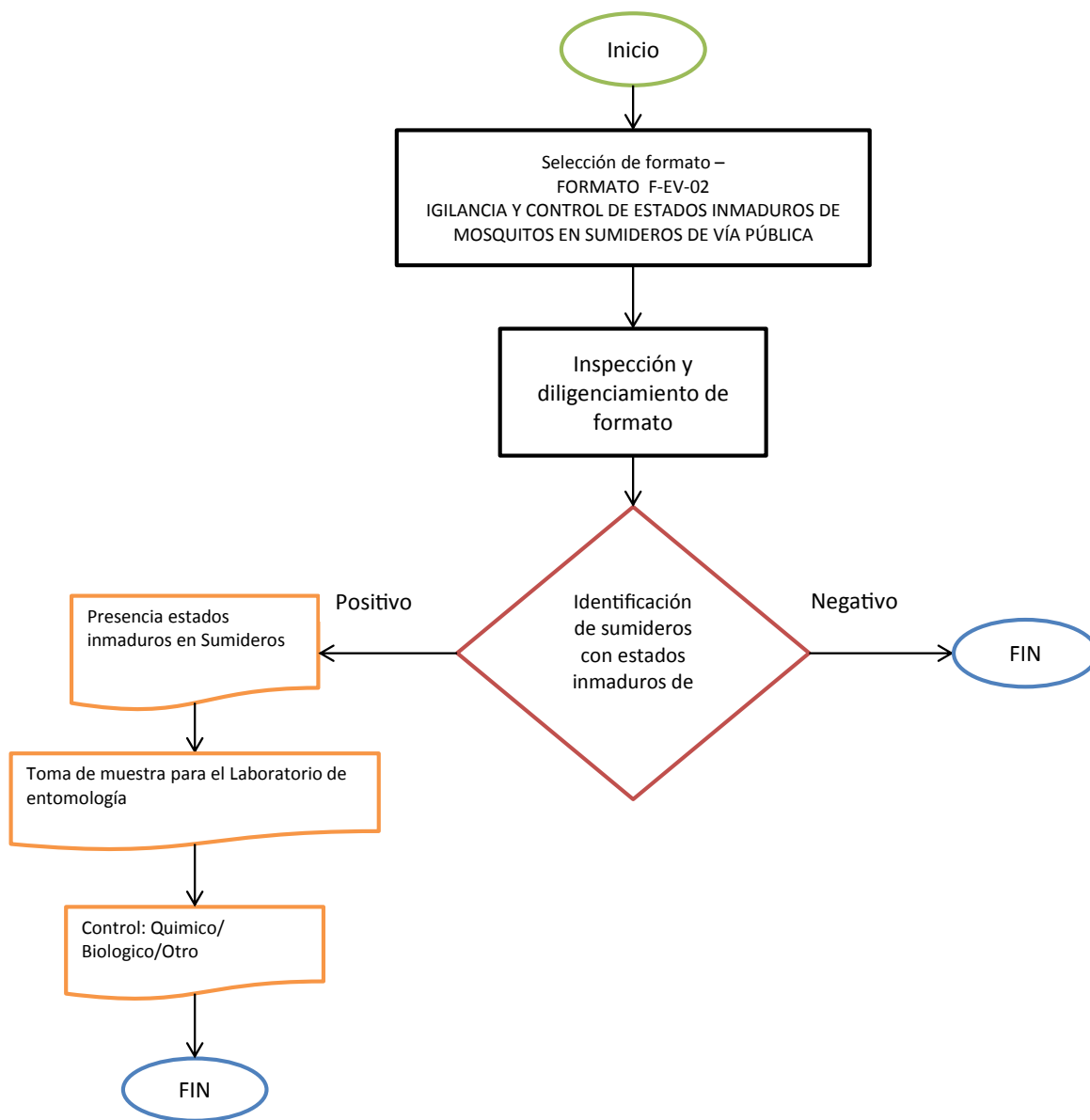


PROCESO DE ETV.
1. VIGILANCIA Y CONTROL LARVARIO EN VIVIENDA Y ENCUESTA AEDICA SPP EN VIVIENDA



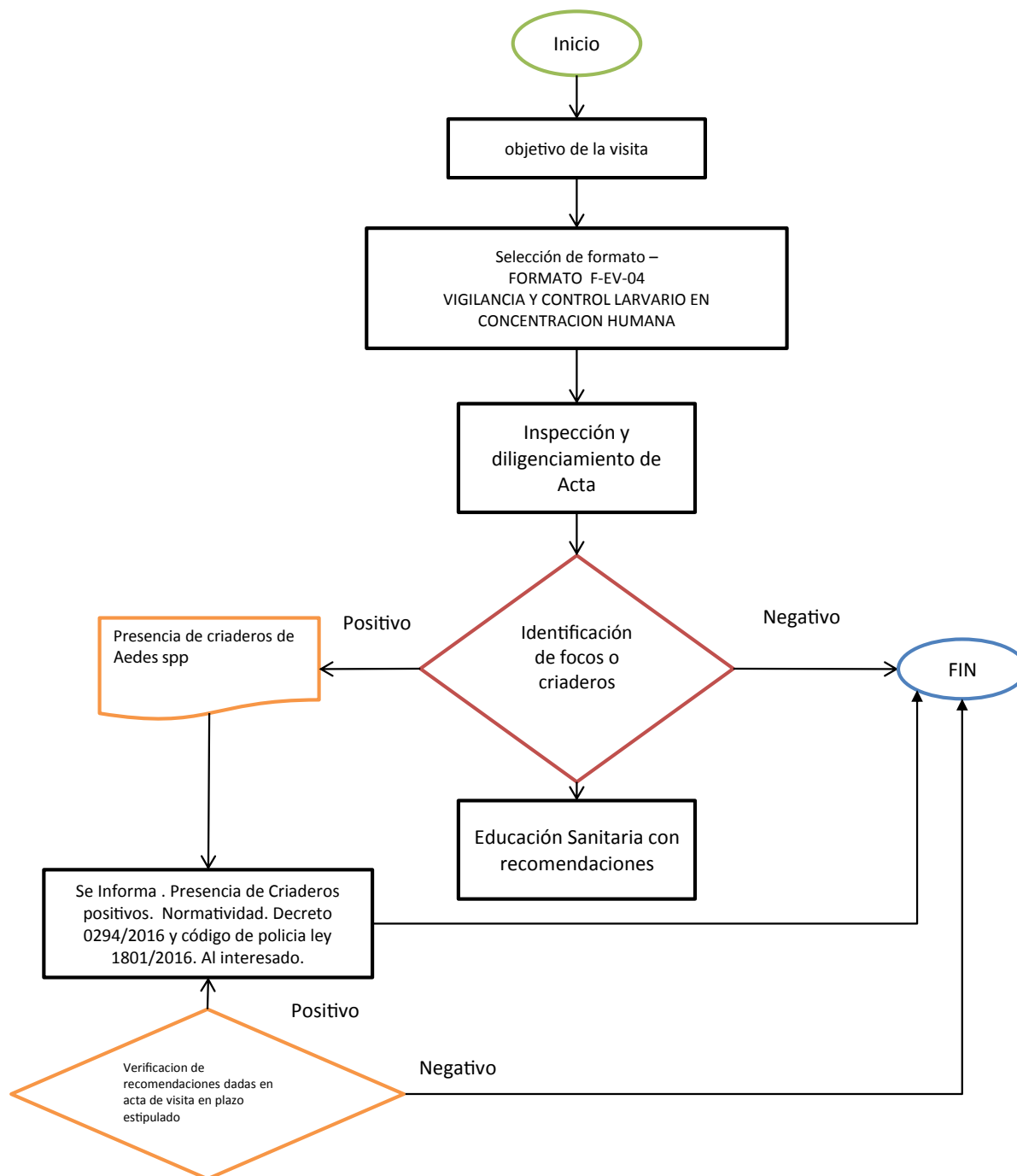


PROCESO DE ETV.
VIGILANCIA Y CONTROL LARVARIO EN SUMIDEROS VIA PUBLICA



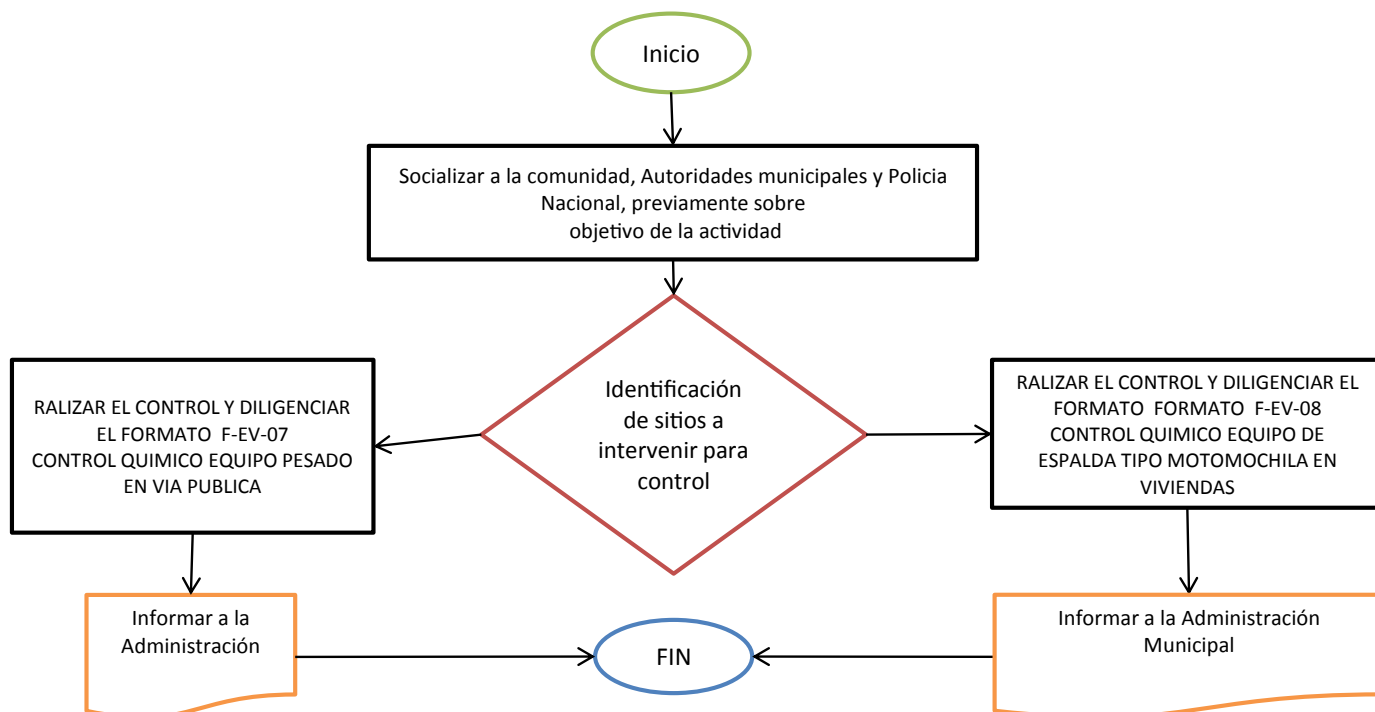


PROCESO DE ETV.
VIGILANCIA Y CONTROL LARVARIO DE AEDES EN SITIOS DE CONCENTRACION HUMANA





PROCESO DE ETV.
CONTROL QUIMICO DE VECTORES ADULTOS





MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS

OBJETIVO.

Inspeccionar, Vigilar y controlar los factores de riesgo asociados a la comercialización, dispensación y promoción del uso seguro de medicamentos, cosméticos, productos de aseo, higiene y limpieza de uso doméstico y Dispositivos Médicos.

Desarrollar acciones de promoción, prevención, inspección, vigilancia y control de los medicamentos y dispositivos médicos; con el fin de proteger la salud de la población de acuerdo con los lineamientos nacionales y de la Secretaria de Salud Departamental (Objetivo Específico)

ALCANCE.

Todos los municipios del Valle del Cauca y el Distrito Especial de Buenaventura en el marco del contrato interadministrativo con la Secretaria Departamental de Salud del valle del Cauca en cumplimiento de la Ley 715 de 2001.

Involucra acciones de promoción, prevención, inspección, vigilancia y control de los establecimientos farmacéuticos, comercializadores y distribuidores minoristas y mayoristas, agencias de especialidades en 41 municipios y distrito de Buenaventura en lo relacionado con los Medicamentos de Control Especial (MCE), tiendas naturistas, ópticas, establecimientos comerciales donde se vendan medicamentos de venta libre, centros de estética y similares en los municipios de categoría 4ª, 5ª y 6ª.

RESPONSABLES.

Profesional responsable del proceso
Profesional responsable del Área Operativa,
Profesionales universitarios, (Químico Farmacéutico, Médicos Veterinarios,) Regentes de farmacia
Técnicos área salud

RESULTADO ESPERADO.

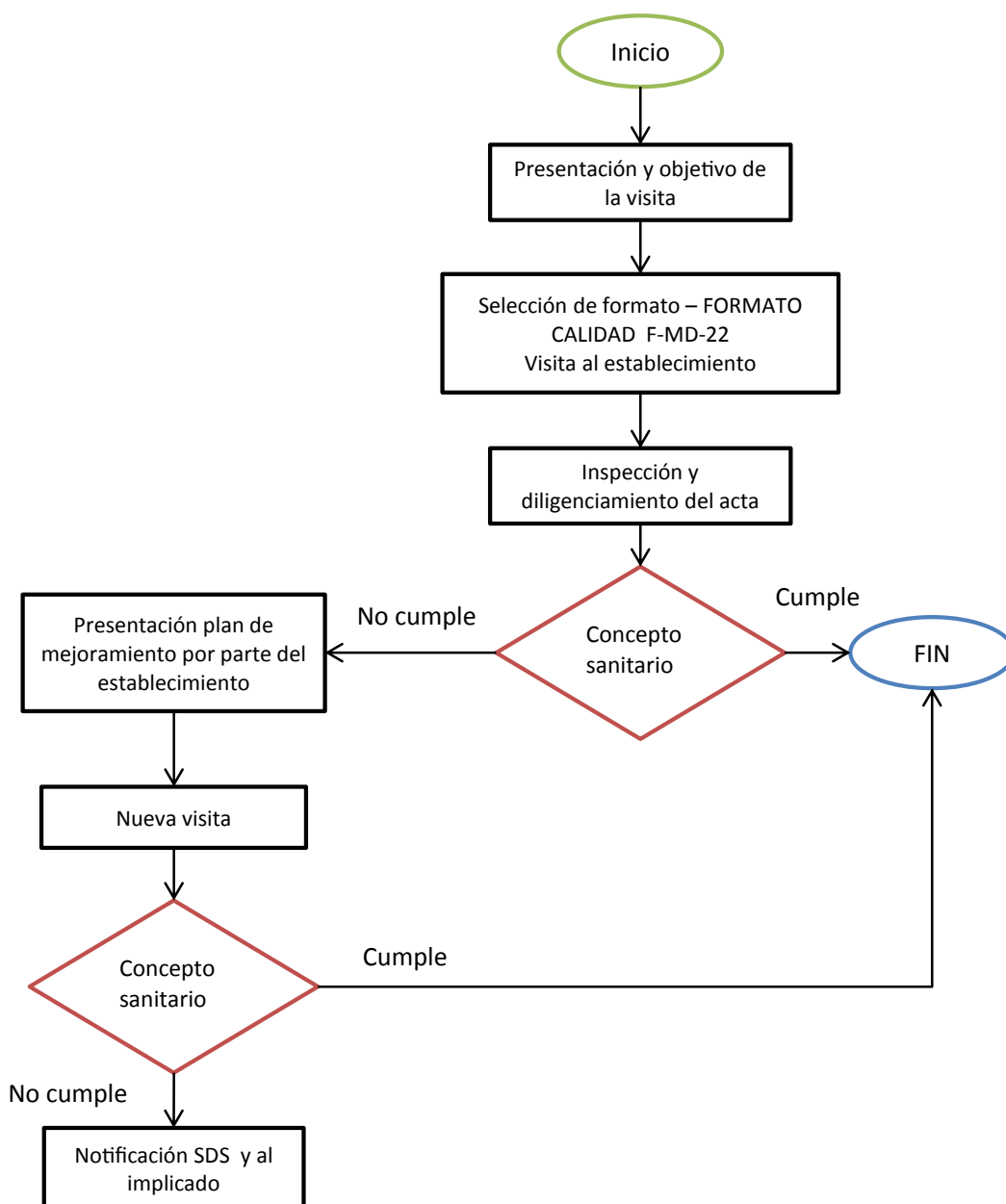
METAS DE RESULTADO	METAS DE PRODUCTO
Inspeccionar, vigilar y controlar el 100% de los establecimientos expendedores de productos farmacéuticos acorde con la normatividad sanitaria vigente, durante el periodo de gobierno en 41 municipios y en el Distrito de Buenaventura los medicamentos de Control Especial.	Vigilar y controlar el 100% de los establecimientos que almacenan, comercialicen y expendan productos farmacéuticos



ESTRATEGIA METODOLÓGICA.

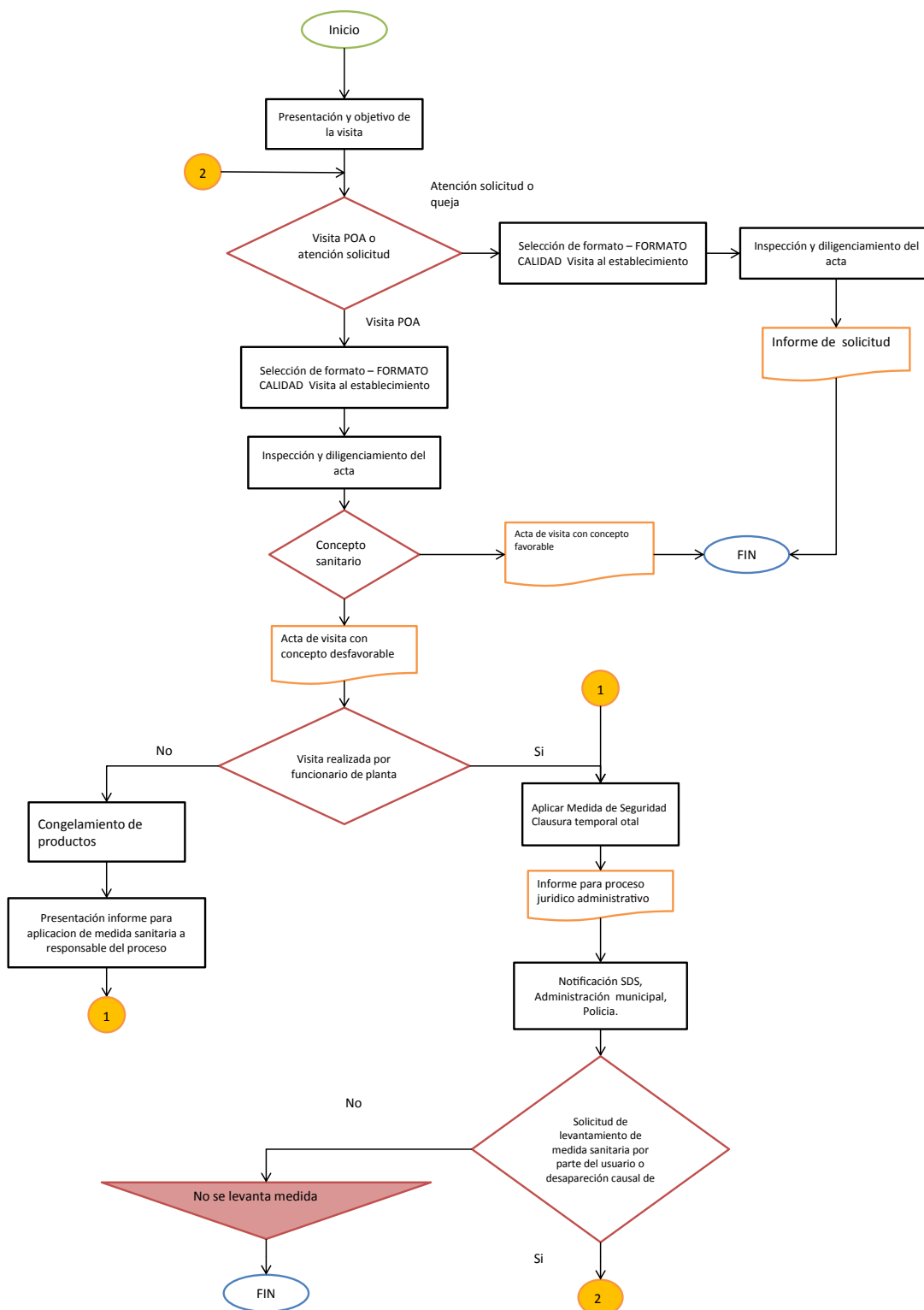
Diagrama del flujo de actividades.

IV Servicios Farmacéuticos M.C.E.





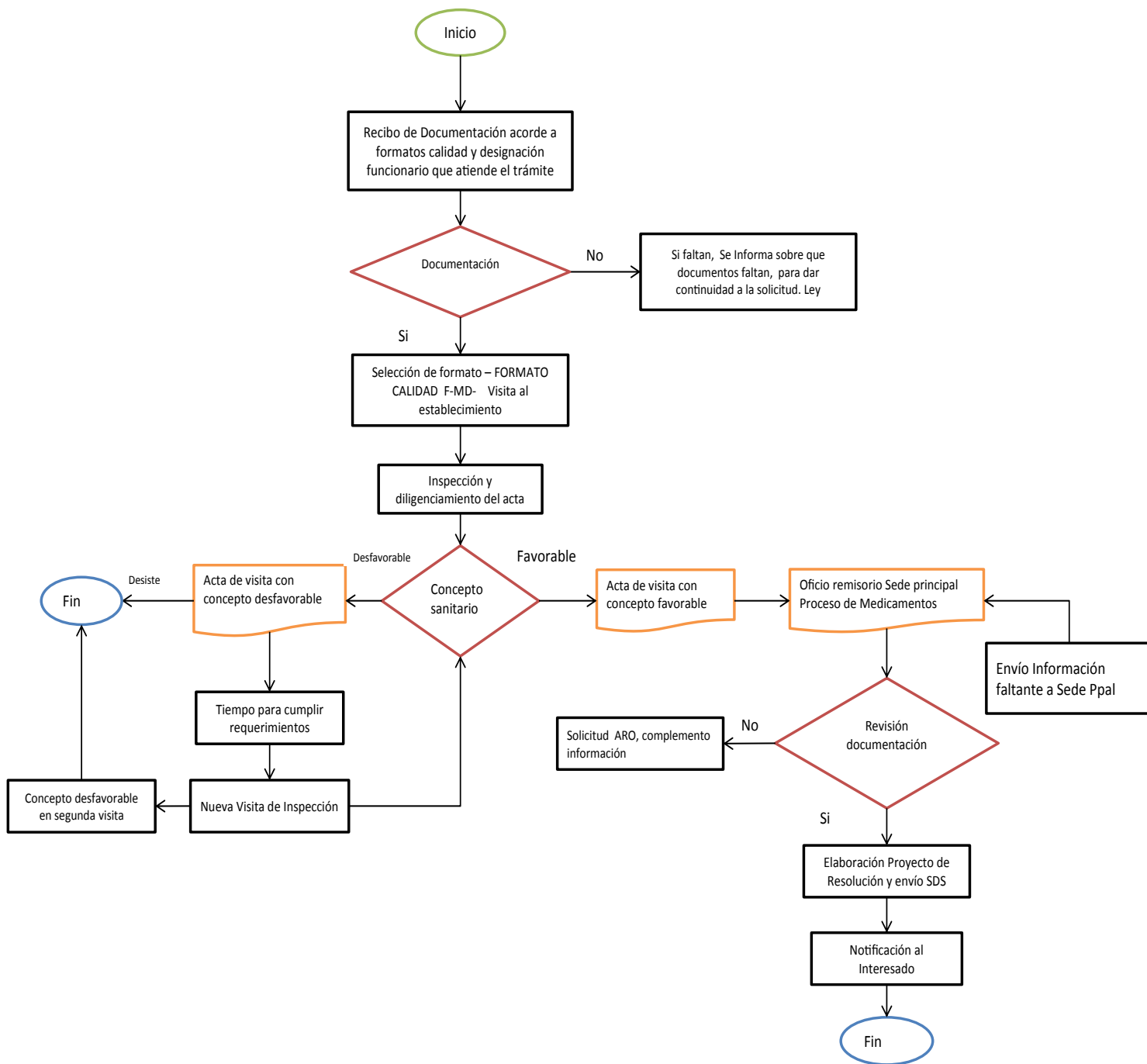
FLUJOGRAMA VISITAS DE IVC DROGUERIAS



*Aplica para visitas IVC de Tiendas Naturistas, Farmacias Droguerías, Farmacias Homeopáticas, Ópticas.



TRAMITES APERTURA Y/O TRASLADO DE DROGUERIAS,
FARMACIAS DROGUERIA, FARMACIAS HOMEOPATICAS,
TIENDAS NATURISTAS, CENTROS DE ESTETICA





PROTECCIÓN Y VIGILANCIA EN SALUD AMBIENTAL

OBJETIVO.

Desarrollar acciones de promoción, prevención, inspección, vigilancia y control de los factores de riesgos asociados a la protección ambiental, con el fin de proteger la salud de la población; de acuerdo con los Lineamientos Nacionales y de la Secretaria de Salud Departamental

ALCANCE.

Comprende las actividades de Inspección y Vigilancia Higiénico Sanitaria de la Gestión Integral de los Residuos Sólidos; de la Gestión Integral de los Residuos Generados en la atención de Salud y otras actividades tales como: Empresas Sociales del Estado (ESE), Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), Cementerios, Morgues, Funerarias y Salas de Velación; Servicios de estética ornamental tales como: barberías, peluquerías, escuelas de formación de estilistas y manicuristas, salas de belleza y afines; del manejo, recolección y tratamiento de los residuos líquidos; parques o áreas verdes; piscinas, Calidad de Aire y Peticiones, Quejas y Reclamos (PQR) en los municipios categoría 4ª, 5ª y 6ª de competencia departamental según la Ley 715 de 2001.

RESPONSABLES.

Subdirección Técnica
Responsable del Proceso a nivel de la Sede Principal
Responsable de ARO
Administrador de la OLA
Profesional Responsable del Proceso en el ARO
Técnico Área Salud

RESULTADO ESPERADO.

METAS DE RESULTADO	METAS DE PRODUCTO
Vigilar y controlar el 100% de los establecimientos priorizados generadores de residuos en la atención en salud y otras actividades, en los municipios categoría 4ª, 5ª y 6ª.	Inspeccionar, vigilar y controlar el 100% de los cementerios, morgues y salas de velación.
	Vigilar y controlar el 100% de las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas y privadas priorizadas, generadores de residuos en la atención en salud y otras actividades.
	Inspeccionar y vigilar el 100% de las empresas de aseo urbanas y de las zonas rurales priorizadas.

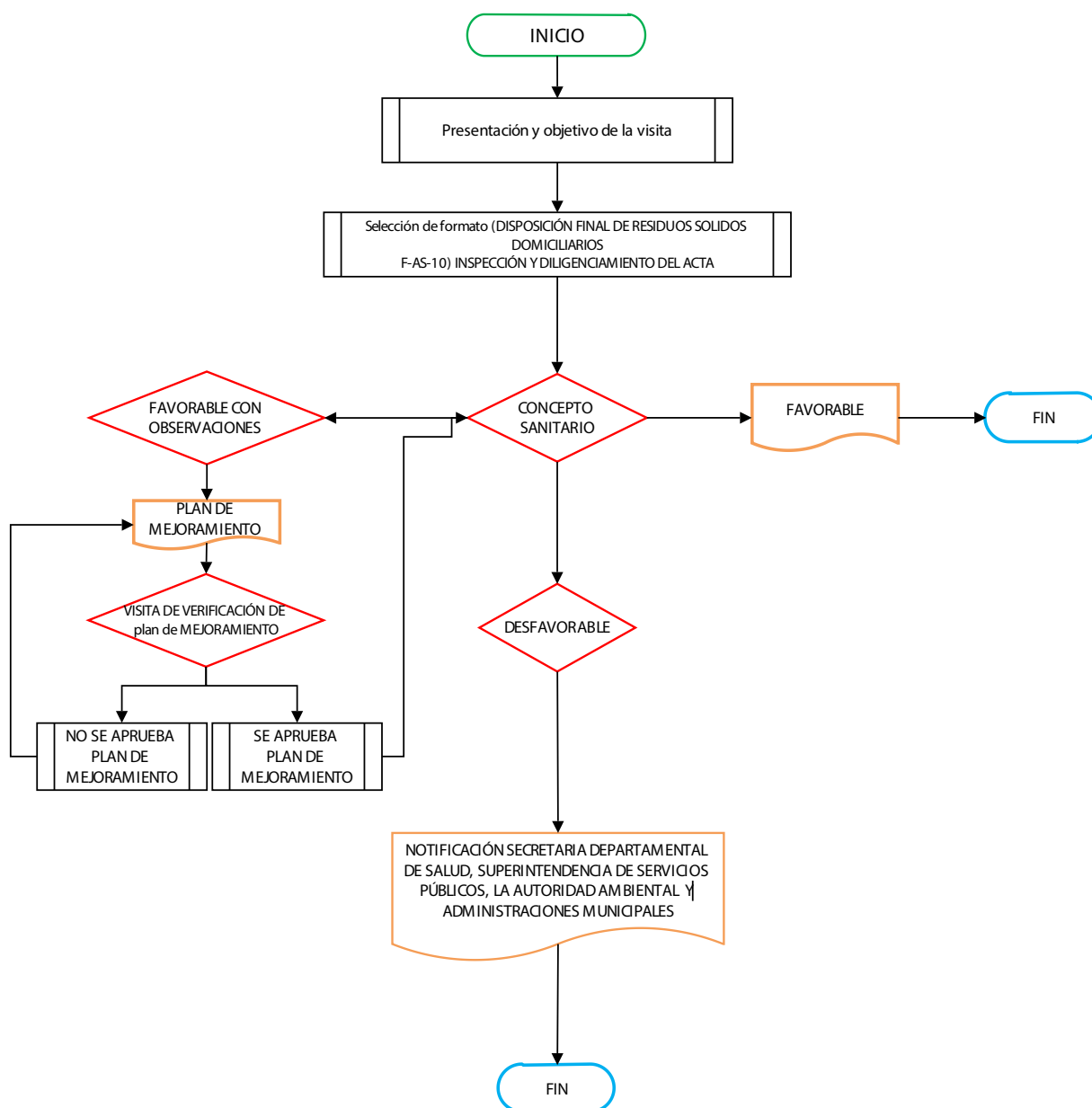


	Inspeccionar y vigilar el 100% de los sistemas de alcantarillado urbano y de las zonas rurales priorizadas.
	Analizar el 100% de las muestras de los alimentos, aguas de consumo y de uso recreacional programadas, en los laboratorios ambientales de la Entidad.

ESTRATEGIA METODOLÓGICA.

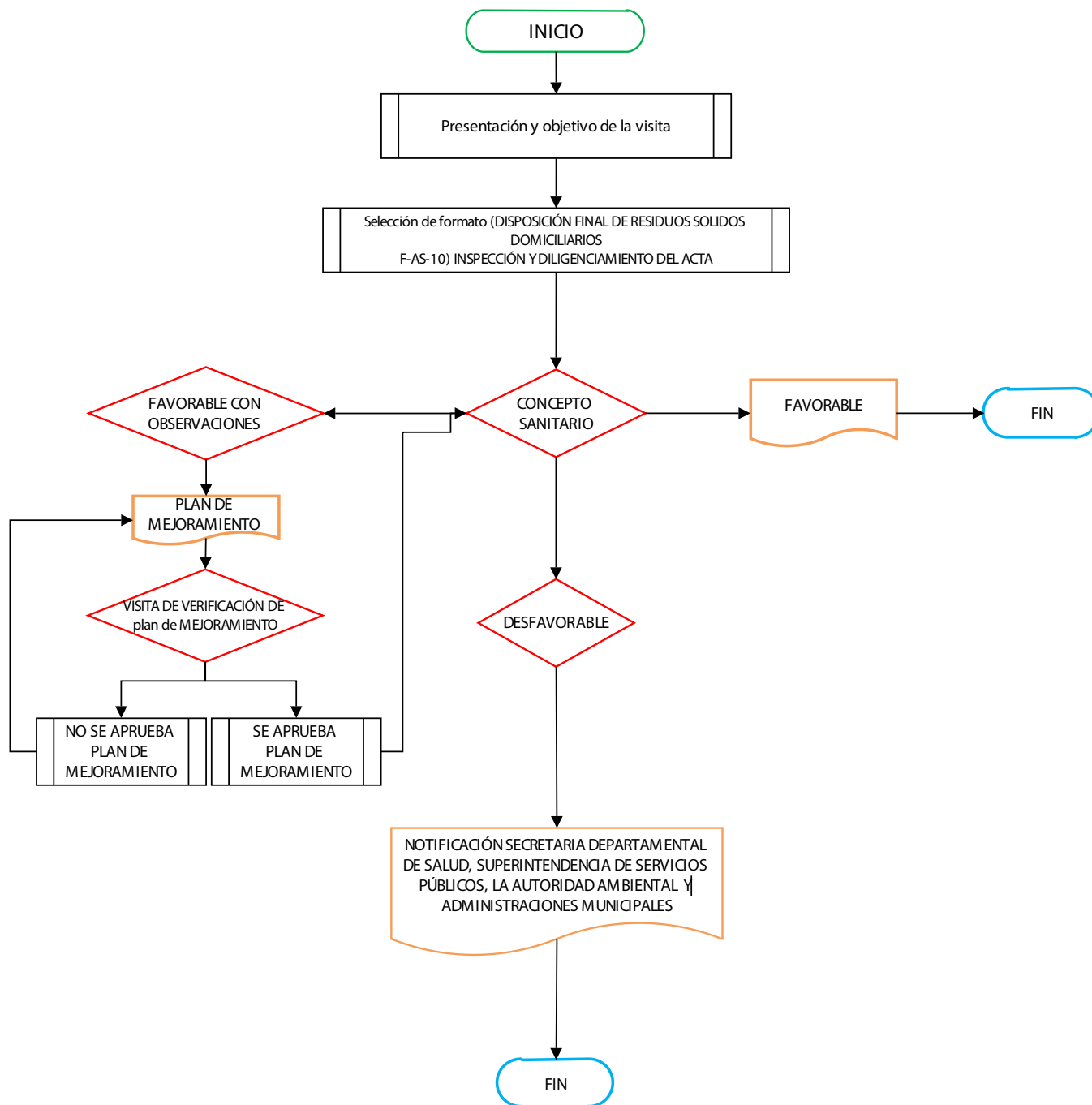
Diagrama del flujo de actividades.

VISITA A UN SITIO DE DISPOSICIÓN FINAL DE RESIDUOS SOLIDOS DOMICILIARIOS



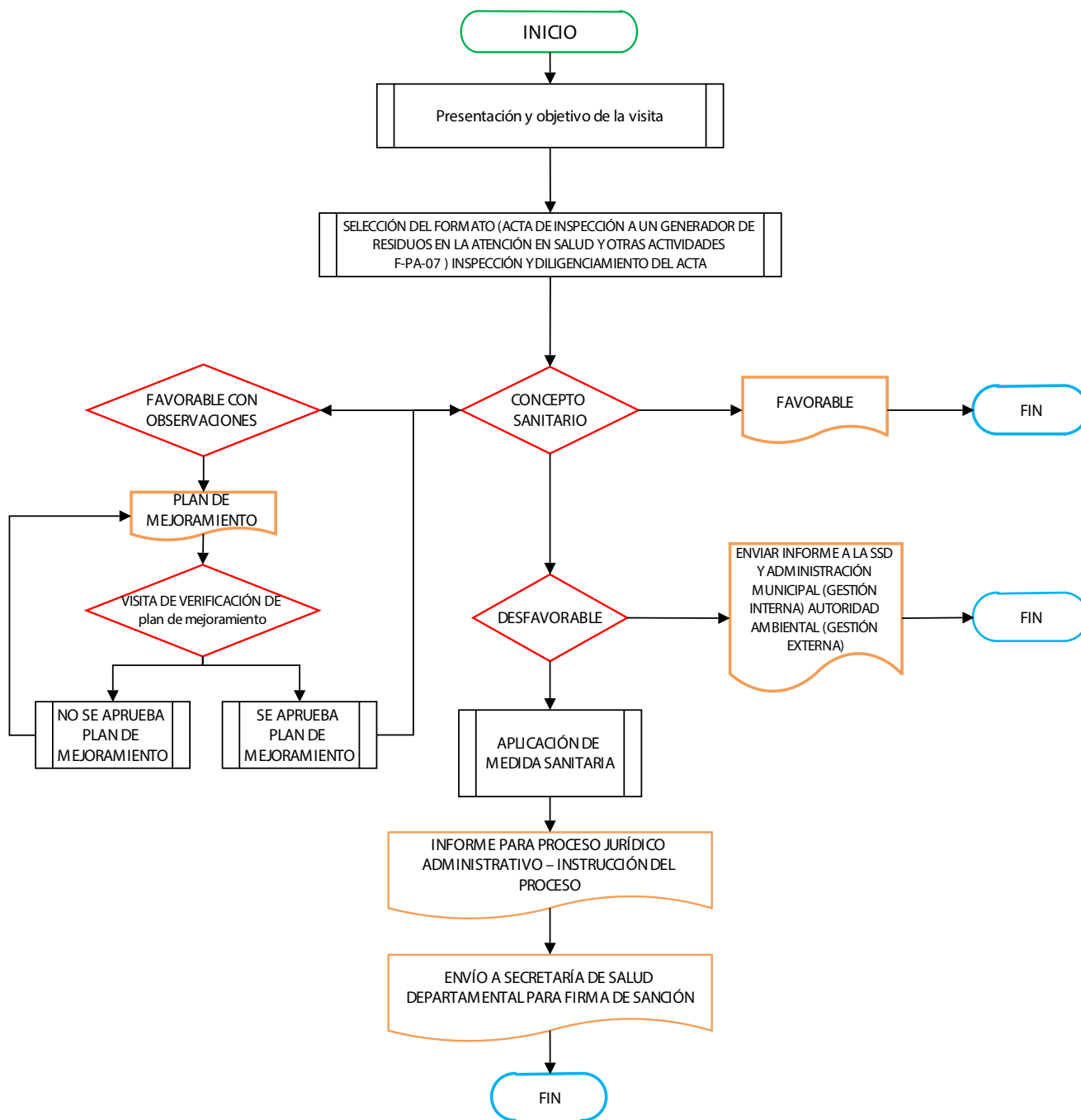


VISITA A UN SITIO DE DISPOSICIÓN FINAL DE RESIDUOS SOLIDOS DOMICILIARIOS





INSPECCION A UN GENERADOR DE RESIDUOS EN LA ATENCIÓN DE SALUD Y OTRAS ACTIVIDADES



Nota: APLICA PARA VISITAS: Servicios de atención en salud (práctica médica, odontológica, apoyo diagnóstico, terapéutico, farmacias, droguerías y otras actividades), bancos de sangre, tejido y semen, centros de docencia y experimentación, bioterios y laboratorios de biotecnología, lavanderías de ropa hospitalaria y esterilización de materiales, servicios veterinarios, establecimientos destinados al trabajo sexual y otras actividades ligadas, centros de estética y cosmetología ornamental, centros de servicios de piercing y/o tatuaje, tanatopraxia, morgues, necropsias y exhumaciones.

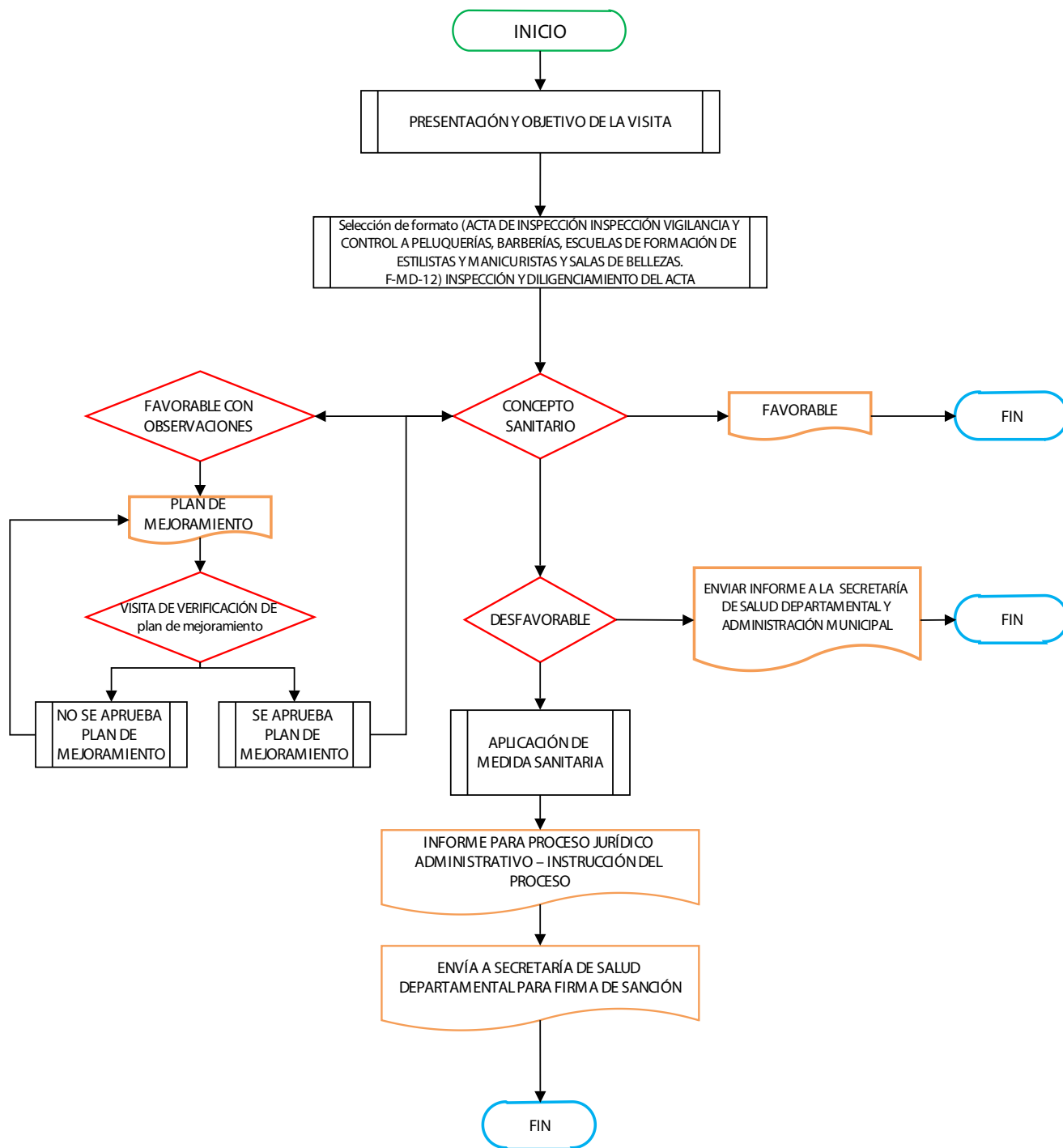


INSPECCIÓN SANITARIA A PISCINAS



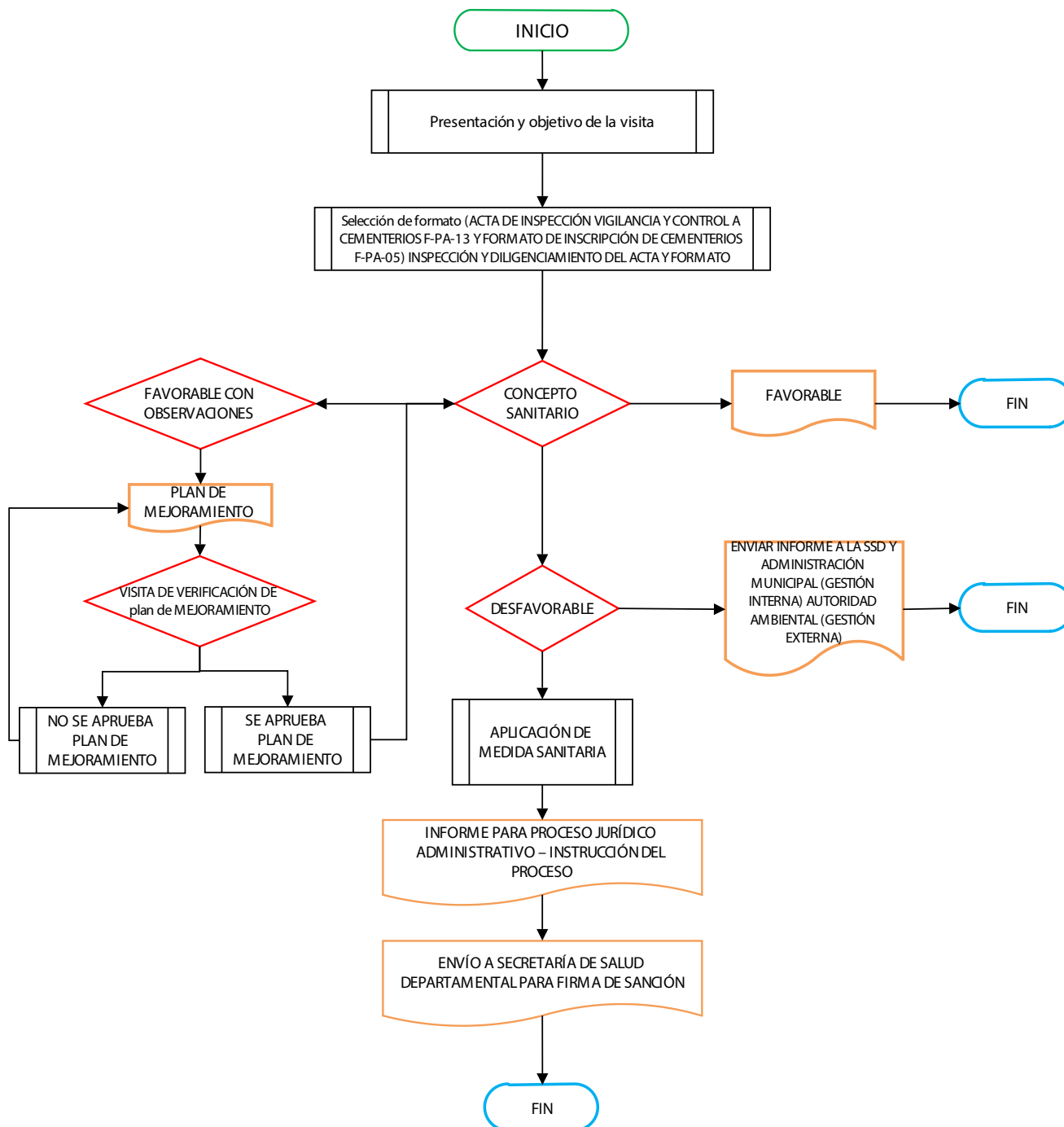


INSPECCIÓN VIGILANCIA Y CONTROL A PELUQUERÍAS, BARBERÍAS, ESCUELAS DE FORMACIÓN DE ESTILISTAS Y MANICURISTAS Y SALAS DE BELLEZAS.





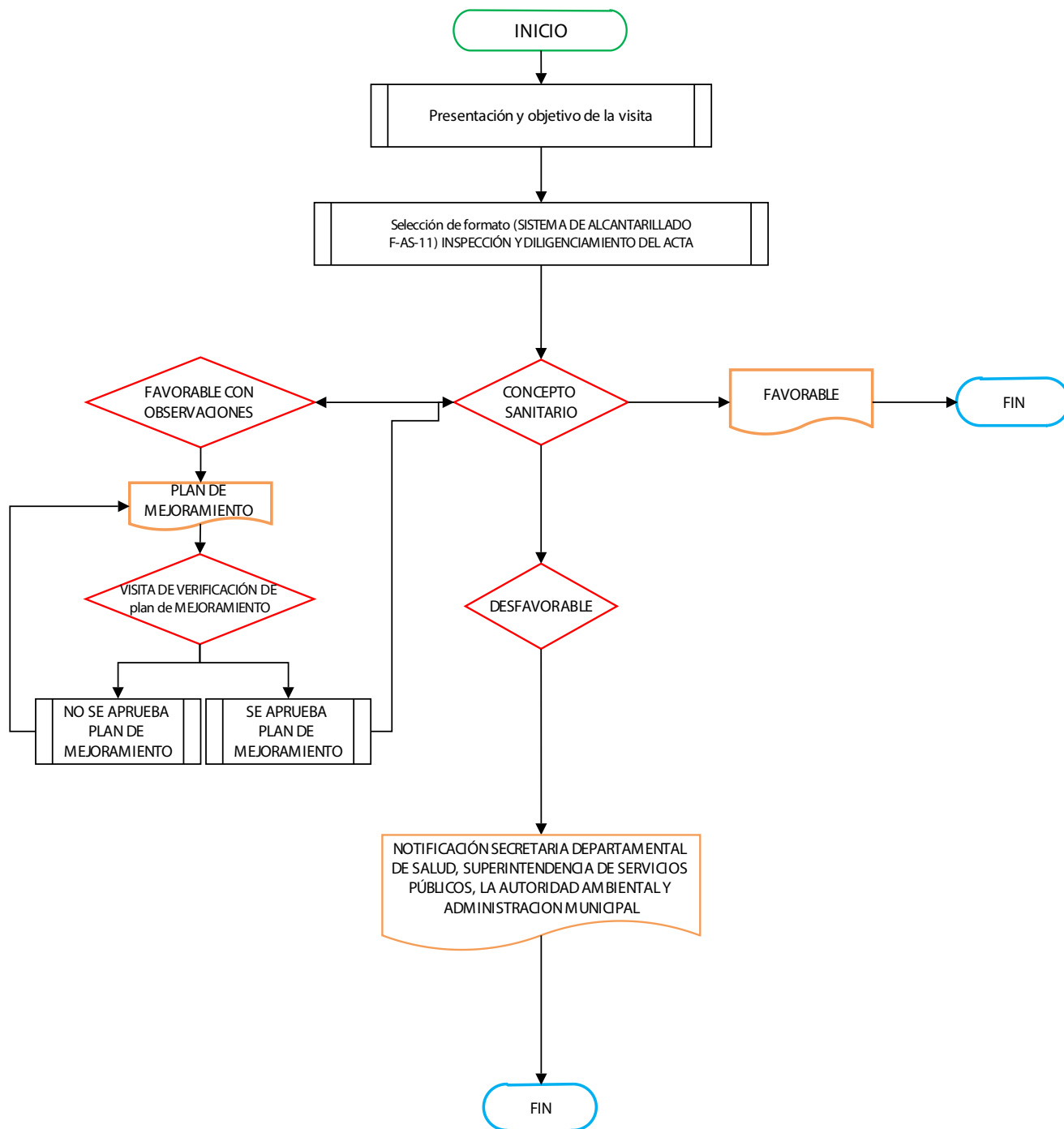
INSPECCION VIGILANCIA Y CONTROL A CEMENTERIOS



Nota: APLICA PARA VISITAS: servicios de Cementerios, Exhumación, inhumación y Cremación de cadáveres.



VISITA A UN SISTEMA DE ALCANTARILLADO





SEGURIDAD QUÍMICA Y PROTECCIÓN RADIOLÓGICA

OBJETIVO.

Desarrollar acciones de promoción, inspección, vigilancia y control del manejo de los plaguicidas, las sustancias químicas y las radiaciones ionizantes, con el fin de prevenir o disminuir los factores de riesgo y fomentar los factores protectores; de acuerdo con los lineamientos nacionales y de la Secretaria de Salud Departamental.

ALCANCE.

Tiene alcance en los Municipios categoría 4ª, 5ª y 6ª del Valle del Cauca conforme a las competencias legales vigentes y a los convenios interadministrativos suscritos con Entidades Territoriales-Involucra acciones de Promoción, Prevención, Inspección, Vigilancia y Control sobre los establecimientos y personas que producen, comercializan, almacenan, y/o manipulan sustancias potencialmente tóxicas y plaguicidas.

RESPONSABLES.

Sub Dirección Técnica UESVALLE.
Profesional Universitario Responsable de Proceso SQ y PR
Coordinador del ARO
Alcaldías municipales
Secretaría municipal de salud
Consejo Seccional de Plaguicidas. Secretaría Departamental de Salud.
Instituto nacional de Salud. INS
Referentes municipales del área de salud ambiental y saneamiento básicos
Otros sectores de gobierno y actores de la sociedad civil.

RESULTADO ESPERADO.

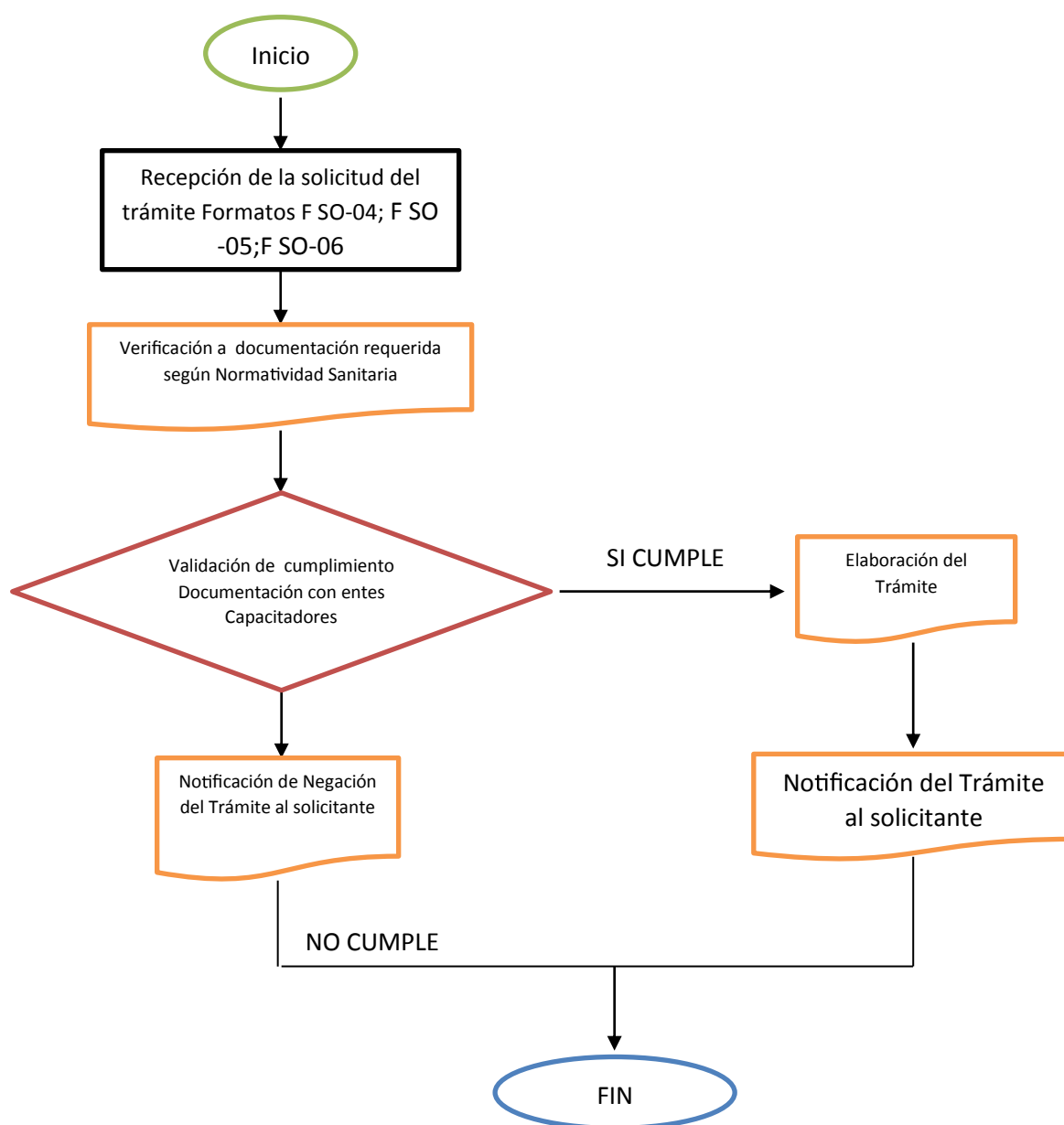
METAS DE RESULTADO	METAS DE PRODUCTO
Vigilar y controlar el 100% de los establecimientos que manejan plaguicidas, sustancias químicas y las radiaciones ionizantes acorde con la normatividad sanitaria, durante el periodo de gobierno.	Gestionar el 100% de las solicitudes relacionadas con el uso y manejo de plaguicidas, equipos generadores de radiaciones ionizantes, personal ocupacionalmente expuesto y prestadores de servicios de salud ocupacional.
	Lograr la atención del 100% de los brotes reportados por Intoxicación por plaguicidas y otras sustancias químicas.



ESTRATEGIA METODOLÓGICA.

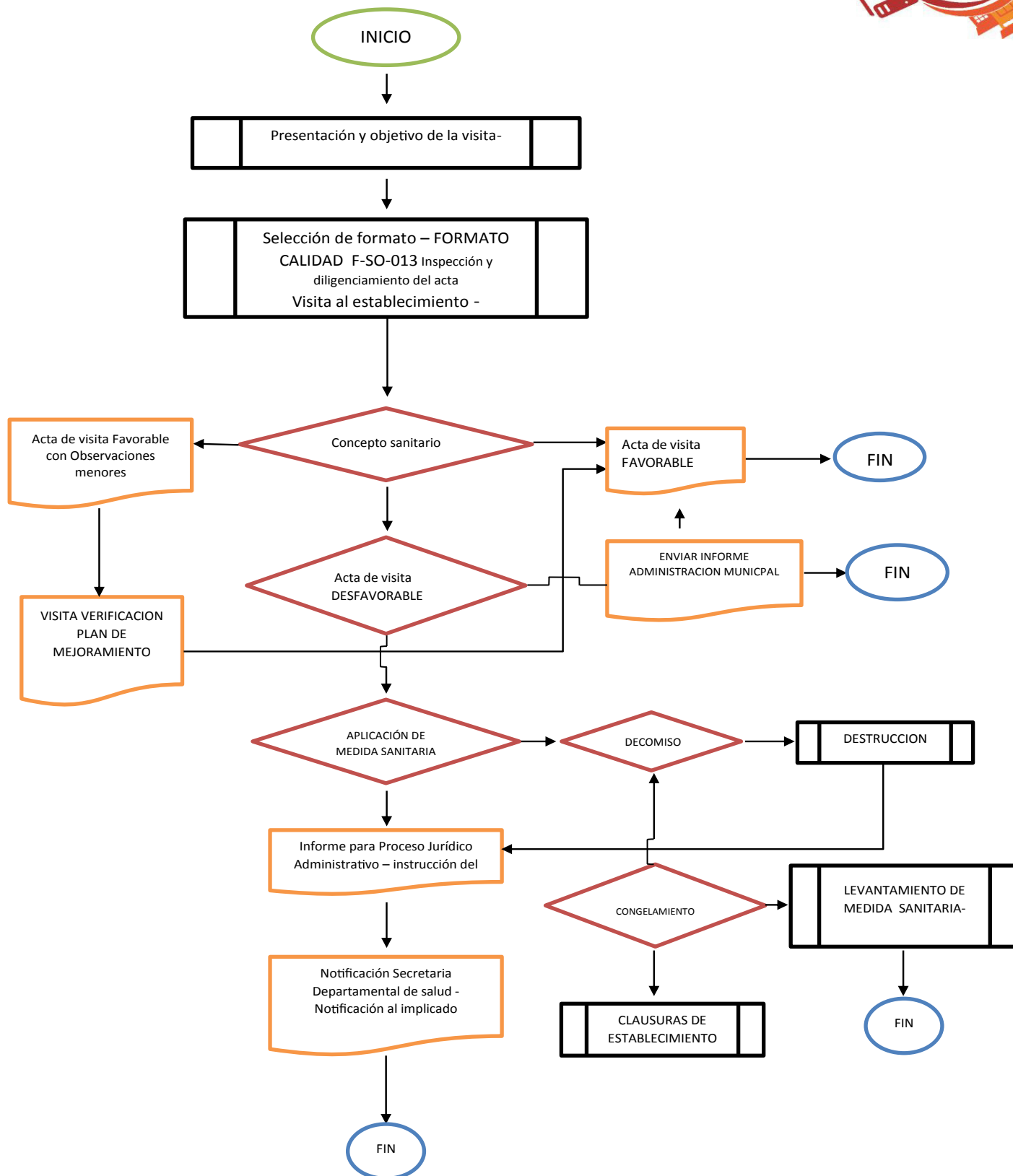
Diagrama del flujo de actividades.

TRAMITES: INSCRIPCION DE ASISTENTES TÉCNICOS EMPRESAS APLICADORAS DE PLAGUICIDAS-
CARNETS DE APLICADORES DE PLAGUICIDAS PROTECCION RADIOLOGICA





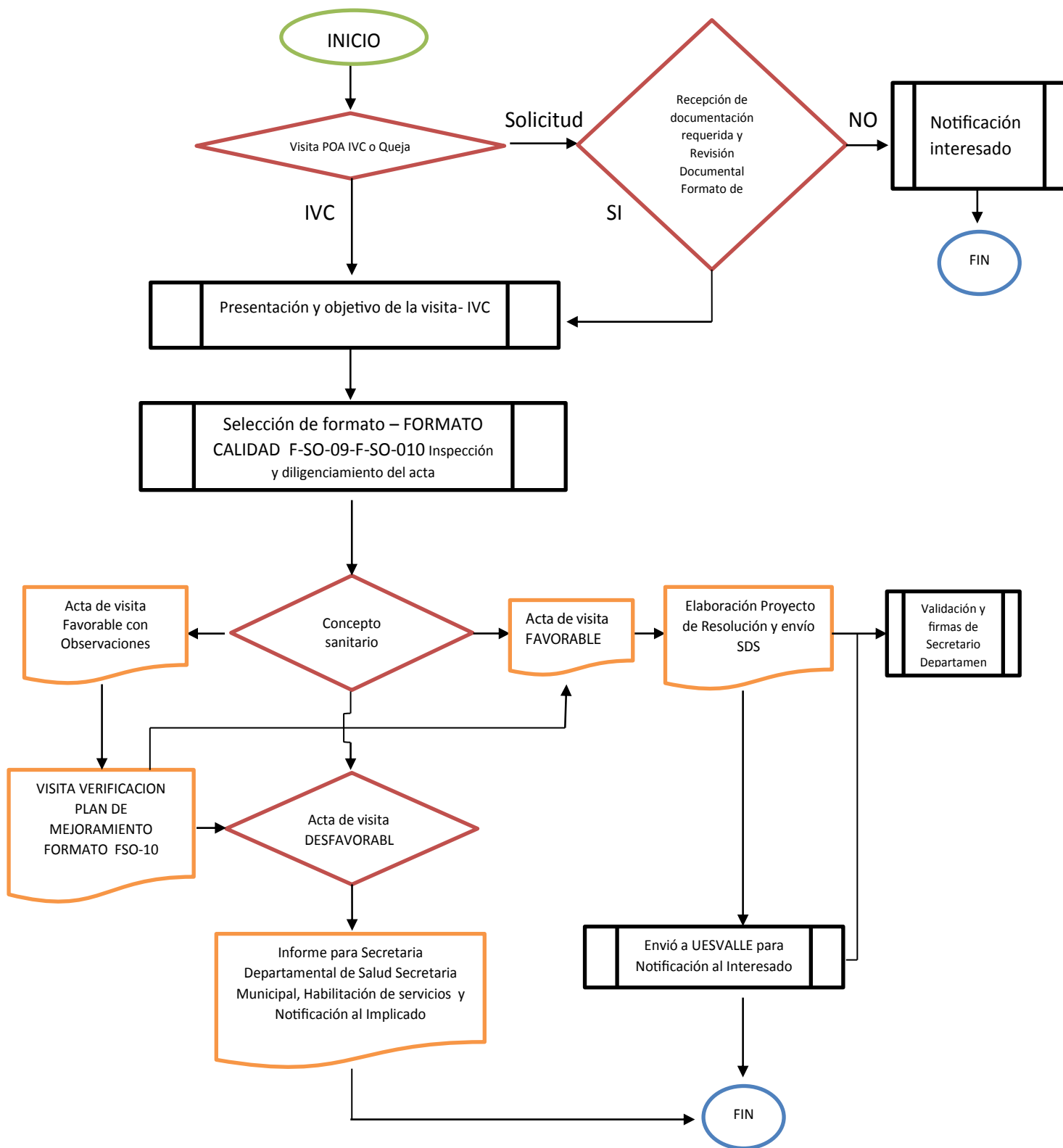
ESTABLECIMIENTOS VARIOS



Nota: APLICA PARA VISITAS: Depósitos, talleres ,estaciones de servicio, lavanderías, fábricas de colchones, hotel, motel, hospedaje, teatro, coliseo, circo, estadio, centro comercial, almacén ,banco ,oficina, juegos de azar ,geriátricos, edificio público, cuartel, cárcel, batallón, inspección de policía, iglesia, cárcel, ladrilleras, tejares, trilladoras, fundidoras, industrial manufacturera.



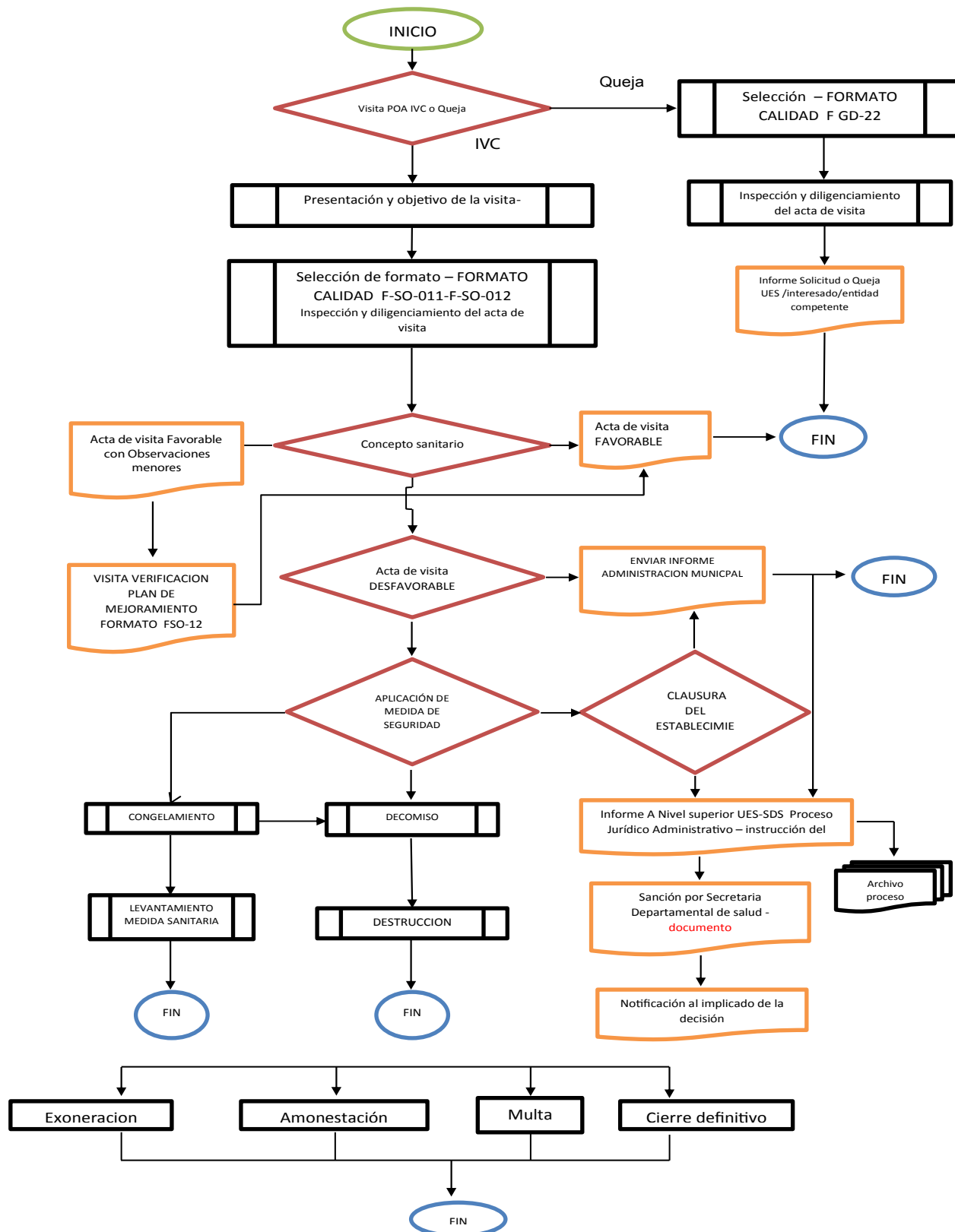
ESTABLECIMIENTOS CON EQUIPOS GENERADORES DE RADIACION IONIZANTE



Nota: Equipos de Rx de uso Odontológico, Dx Médico, Industrial, Veterinario, Fuentes radioactivas.



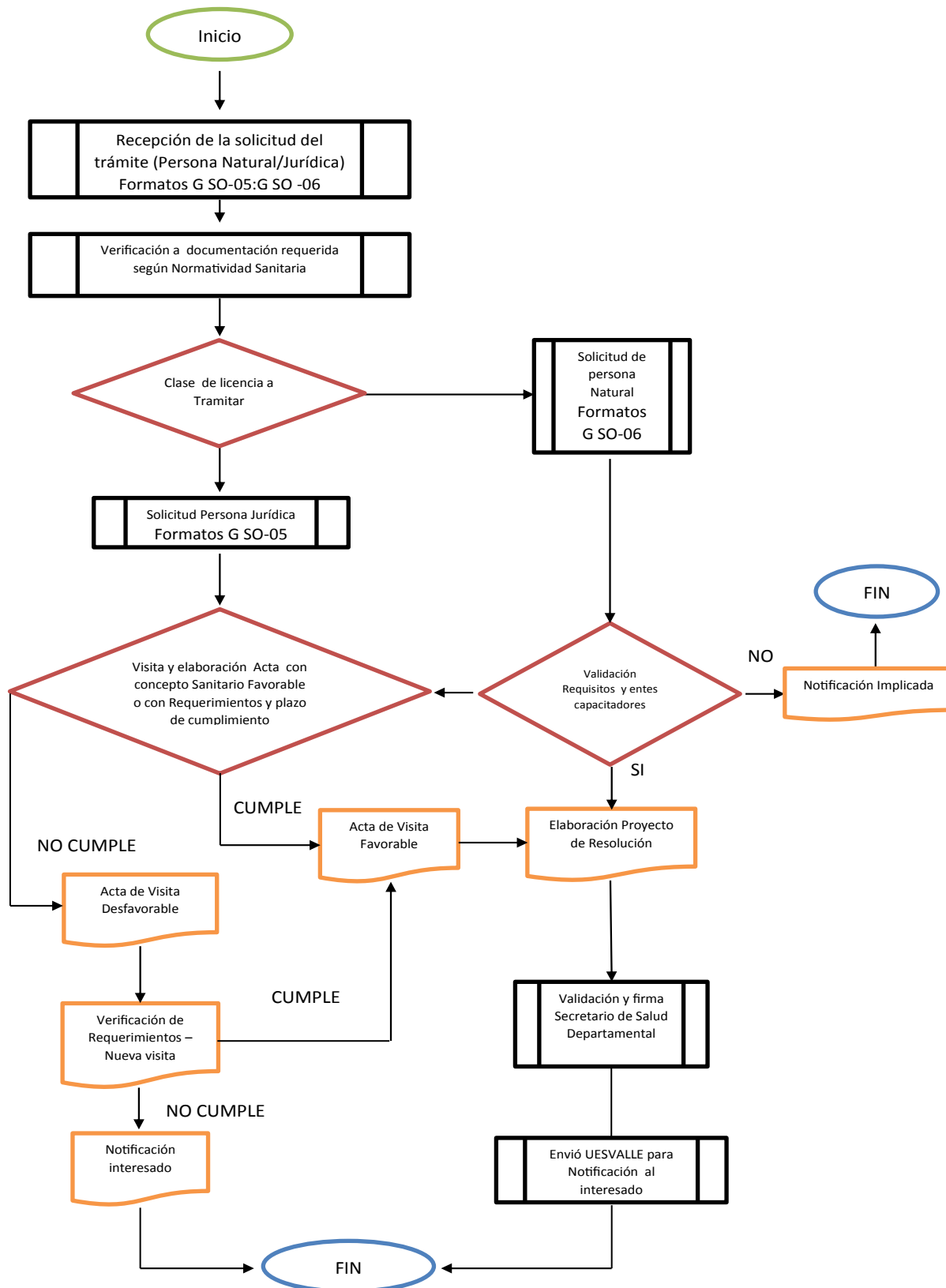
ESTABLECIMIENTOS DONDE SE MANEJAN PLAGUICIDAS



Nota: APLICA PARA VISITAS: Expendio, depósitos de plaguicidas, empresas terrestres aéreas aplicadoras de plaguicidas, expendio sustancias tóxicas



TRAMITES: LICENCIA PARA PRESTACION DE SERVICIOS EN SALUD OCUPACIONAL





OBJETIVO.

Promover, prevenir, inspeccionar, vigilar y controlar las zoonosis de interés en salud pública en el ámbito de las competencias departamentales, con el fin de disminuir los factores de riesgo asociados a la transmisión de enfermedades zoonóticas.

ALCANCE.

Tiene alcance sobre los municipios del Valle del Cauca conforme a las competencias legales vigentes y a los convenios inter administrativos suscritos con otras Entidades. Involucra acciones de Promoción, Prevención, Inspección, vigilancia y control del virus rabia y de otras zoonosis (Encefalitis Equina Venezolana, Leptospirosis, Brucelosis, y otras de interés en salud pública), control integrado de roedores plaga, explotaciones pecuarias y establecimientos relacionados (almacenes veterinarios, consultorios, clínicas veterinarias y afines, Cementerios y Centros de cremación de animales, fábricas de concentrados para consumo animal y otros relacionados), asesoría y asistencia técnica a autoridades sanitarias de los municipios de categoría especial, 1, 2 y 3.

RESPONSABLES.

Profesional Responsable del proceso a nivel de la sede principal

Responsable OLA

Responsable ARO

Profesional Responsable del proceso a nivel del ARO

Técnicos área salud

RESULTADO ESPERADO.

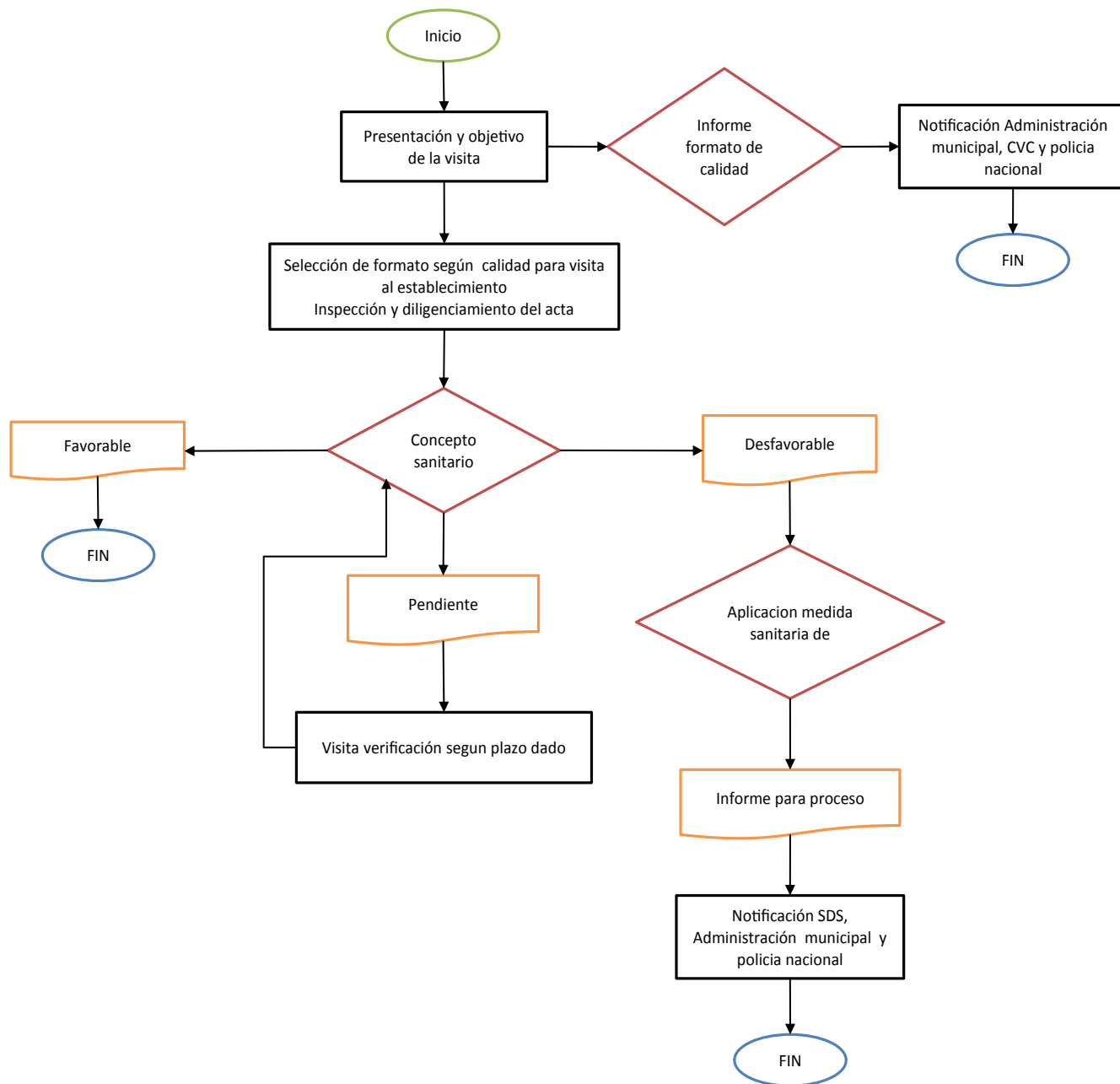
METAS DE RESULTADO	METAS DE PRODUCTO
Implementar el componente de prevención de la Estrategia de Gestión Integrada - EGI para Zoonosis en el 100% de los municipios categoría 4ª, 5ª y 6ª del departamento para el 2019.	Lograr coberturas útiles de vacunación antirrábica de caninos y felinos mínimo del 80% anual, durante el periodo de gobierno.
	Lograr al 2019 la observación del 80% de los reportes de los animales agresores transmisores de rabia observables.
	Atender el 100% de los brotes de rabia y encefalitis equina durante el periodo de gobierno.

ESTRATEGIA METODOLÓGICA.

Diagrama del flujo de actividades.



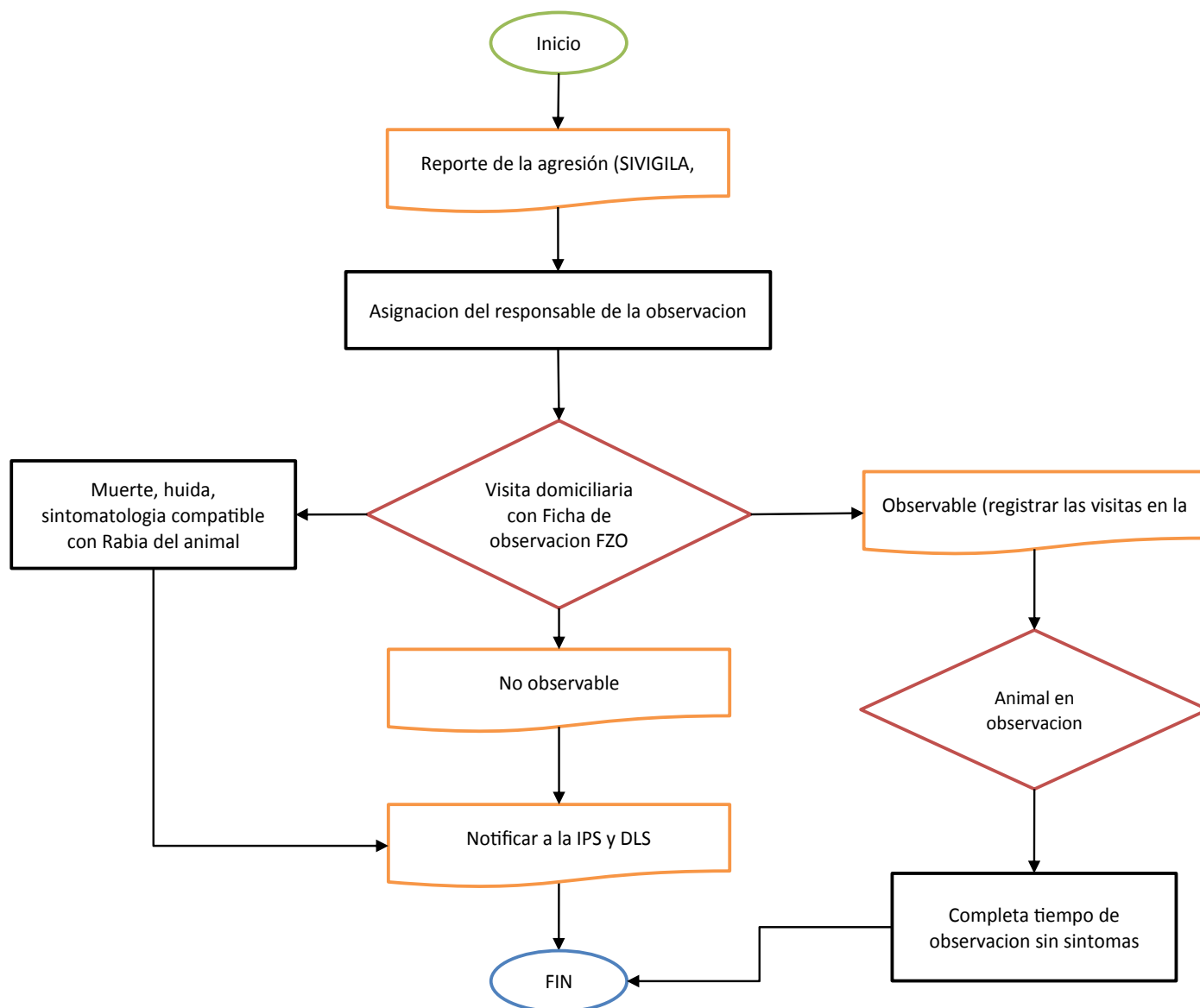
FLUJOGRAMA VISITAS DE IVC A ESTABLECIMIENTOS DEL PROCESO DE ZONOSIS



APLICA PARA VISITAS: Restaurantes, cafeterías, panaderías, heladerías, establecimientos educativos con restaurante escolar, expendios, tiendas, graneros, bares, cantinas



OBSERVACIONES POR AGRESIONES DE ANIMALES POTENCIALMENTE TRANSMISORES DE RABIA





ACTIVIDADES DE APS COMPLEMENTARIAS

PROCESO.

Detección y canalización de las mujeres embarazadas que no asistan regularmente a control prenatal

OBJETIVO.

Detectar precozmente aquellas mujeres embarazadas que no asistan regularmente a control prenatal y canalizarlas inmediatamente hacia el servicio de salud más cercano para asegurar las mejores condiciones para la madre y el bebé durante la gestación y el post parto inmediato.

Los bebés cuyas madres no reciben control prenatal tienen una probabilidad tres veces mayor de nacer con bajo peso y una probabilidad cinco veces mayor de morir, en comparación con los bebés de madres que reciben atención prenatal.

El control prenatal es el cuidado médico que recibes de forma periódica durante tu embarazo, que se realiza con la intención de detectar precozmente las desviaciones de lo esperado como normal desarrollo de una gestación.

ALCANCE.

Vistas a las viviendas de los barrios priorizados en los municipios categoría 4, 5 y 6.

RESPONSABLES:

Responsable del proceso a nivel de la sede principal

Coordinador de la OLA.

Coordinador del ARO

Alcaldías municipales.

Secretaria municipal de salud

Referentes municipales del área de salud ambiental y saneamiento básicos

Otros sectores de gobierno y actores de la sociedad civil

RESULTADO ESPERADO.

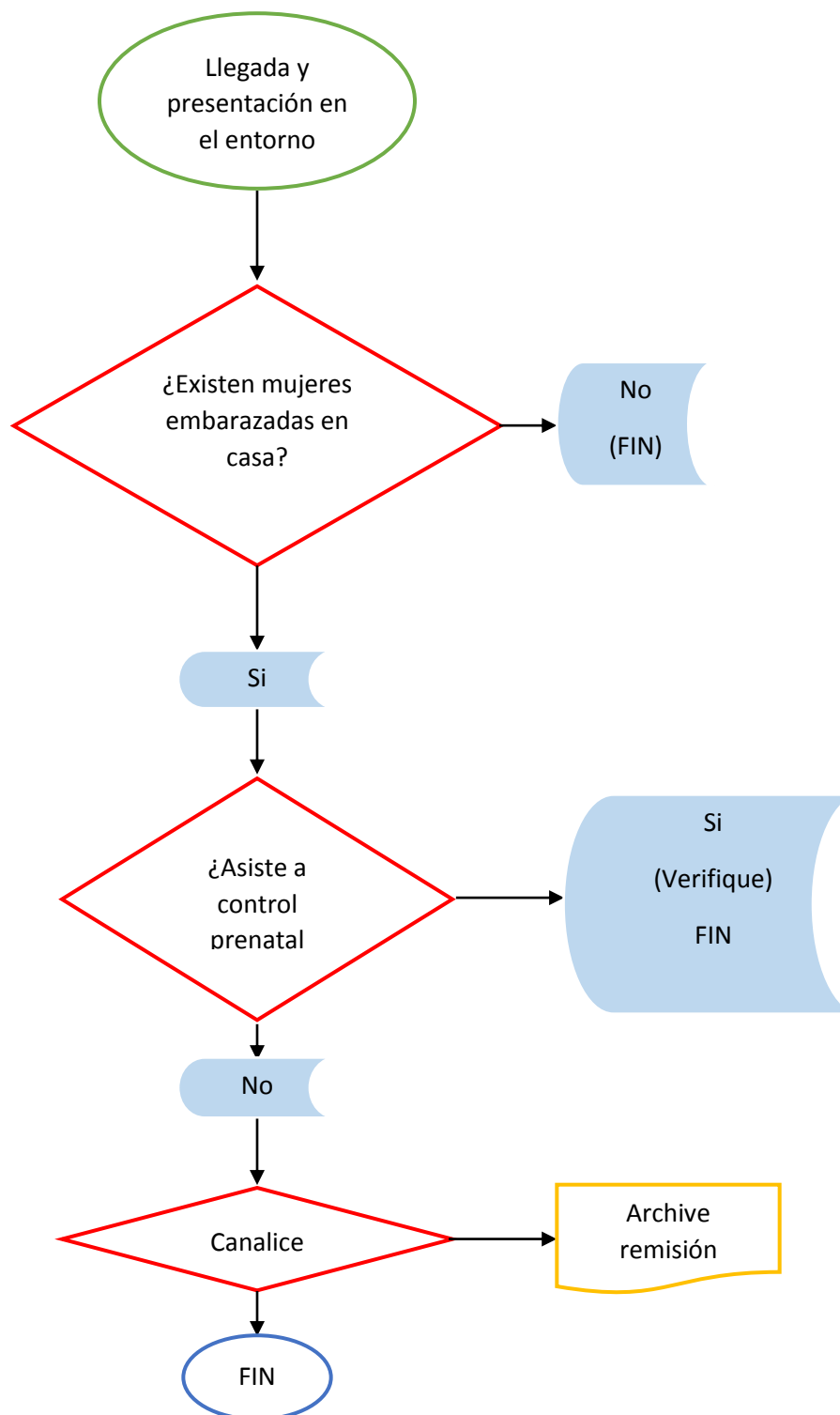
100% de las gestantes detectadas remitidas hacia el servicio de salud más cercano.

ESTRATEGIA METODOLÓGICA.

Diagrama del flujo de actividades.



Detección y canalización de las mujeres embarazadas que no asistan regularmente a control prenatal.





PROCESO.

Detección y canalización de niños menores de 5 años con malnutrición.

OBJETIVO.

Detectar precozmente y canalizar, hacia el servicio más cercano, a aquellos niños con malnutrición, ya sea por déficit o por exceso de acceso a nutrientes básicos para un normal desarrollo y crecimiento.

De acuerdo a Jean Ziegler (Relator Especial de Naciones Unidas en Derecho al Alimento desde 2000 hasta marzo de 2008), la mortalidad causada por la Desnutrición representó el 58% sobre la mortalidad total de 2006.¹³ "En 2006, más de 36 mil personas murieron de hambre o de enfermedades derivadas de déficits en micronutrientes".¹⁴

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la desnutrición es de lejos la mayor causa de mortalidad infantil, presente en la mitad de todas las defunciones en menores de 5 años.

Seis millones de niños mueren de hambre cada año. Los nacimientos con bajo peso y restricciones intrauterinas causan 2.2 millones de muertes infantiles al año. La limitada o inexistente lactancia materna causa otros 1.4 millones y otras deficiencias, como la falta de vitamina A o Zinc, por ejemplo, representan un millón.

La malnutrición en los primeros dos años de vida es irreversible. Un niño malnutrido crece con un estado de salud y logros educativos menores. En general, sus propios hijos también tienden a ser más pequeños.

Anteriormente, la malnutrición se veía como algo que exacerbaba los problemas de enfermedades como sarampión, neumonía y diarrea. Actualmente, se considera que la malnutrición realmente es la causa de esas enfermedades también, y puede ser fatal por sí misma.

ALCANCE.

Vistas a las viviendas de los barrios priorizados en los municipios categoría 4, 5 y 6.

RESPONSABLES.

Responsable del proceso a nivel de la sede principal
Coordinador de la OLA
Coordinador del ARO
Alcaldías municipales
Secretaría municipal de salud
Referentes municipales del área de salud ambiental y saneamiento básicos
Otros sectores de gobierno y actores de la sociedad civil

RESULTADO ESPERADO.

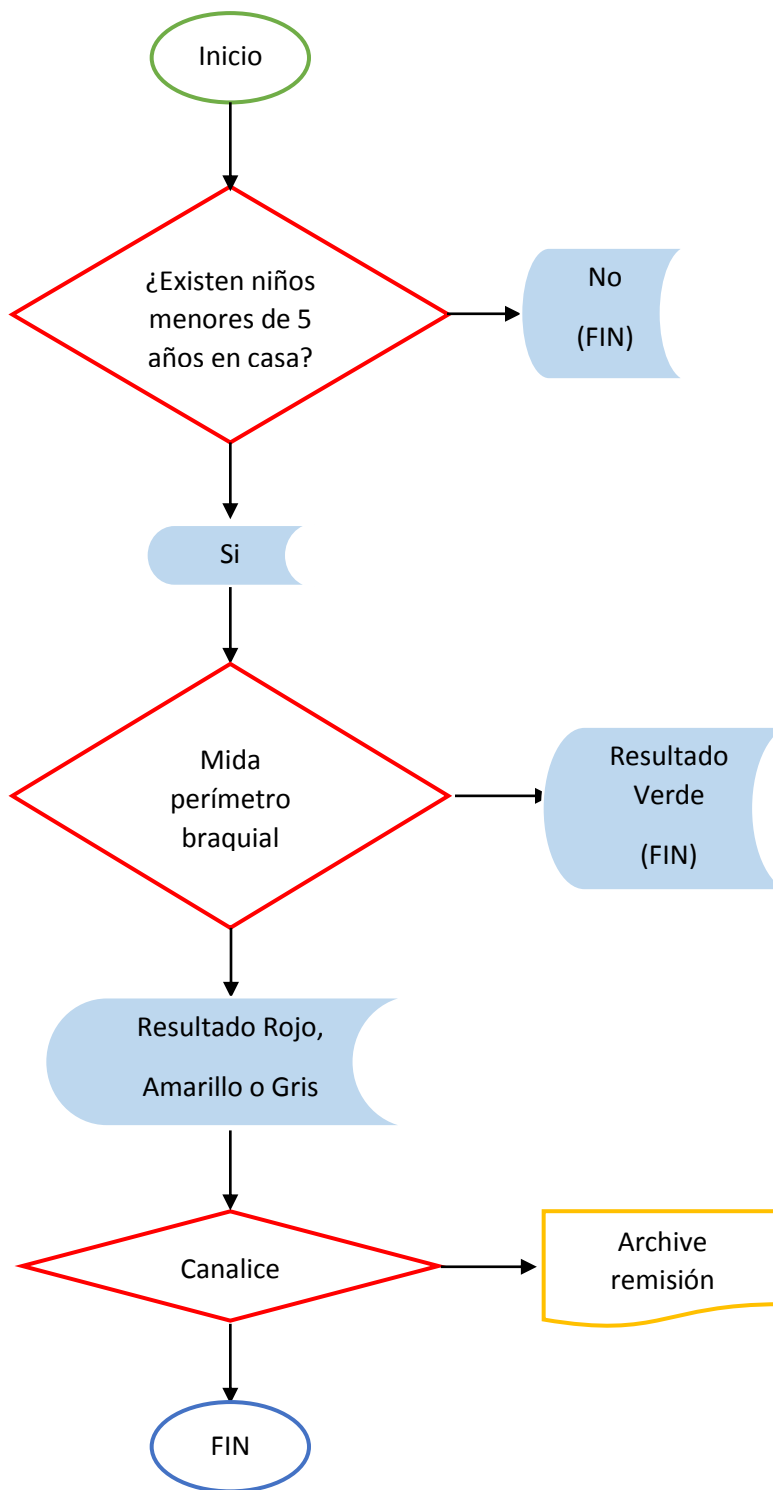
100% de los niños con malnutrición detectados y remitidos hacia el servicio de salud más cercano.

ESTRATEGIA METODOLÓGICA.

Diagrama del flujo de actividades.



Detección y canalización de niños menores de 5 años con malnutrición.





PROCESO.

Detección y canalización de niños en edad escolar que no asisten a la escuela.

OBJETIVO.

Detectar precozmente y canalizar, hacia el servicio escolar más cercano, a aquellos niños en edad escolar que no asistan regularmente a la escuela.

El derecho a la educación es un derecho humano reconocido y se entiende como el derecho a una educación primaria gratuita y obligatoria para todo ciudadano, accesible para todos sin distinción de ningún de ninguna clase, como también una responsabilidad de proveer educación básica a los individuos que no han completado la educación primaria.

Según la UNESCO, los Estados convienen en que la educación debe orientarse hacia el pleno desarrollo de la personalidad humana y del sentido de su obra hacia dignidad, y debe fortalecer el respeto por los derechos humanos y las libertades fundamentales. Convienen asimismo en que la educación debe capacitar a todas las personas para participar efectivamente en una sociedad libre, favorecer la comprensión, la tolerancia y la amistad entre todas las naciones y entre todos los grupos raciales, étnicos o religiosos, y promover las actividades en pro del mantenimiento de la paz.

ALCANCE.

Vistas a las escuelas públicas y privadas de los barrios priorizados en los municipios categoría 4, 5 y 6,

RESPONSABLES.

Responsable del proceso a nivel de la sede principal
Coordinador de la OLA
Coordinador del ARO
Alcaldías municipales
Secretaría municipal de salud
Referentes municipales del área de salud ambiental y saneamiento básicos
Otros sectores de gobierno y actores de la sociedad civil

RESULTADO ESPERADO.

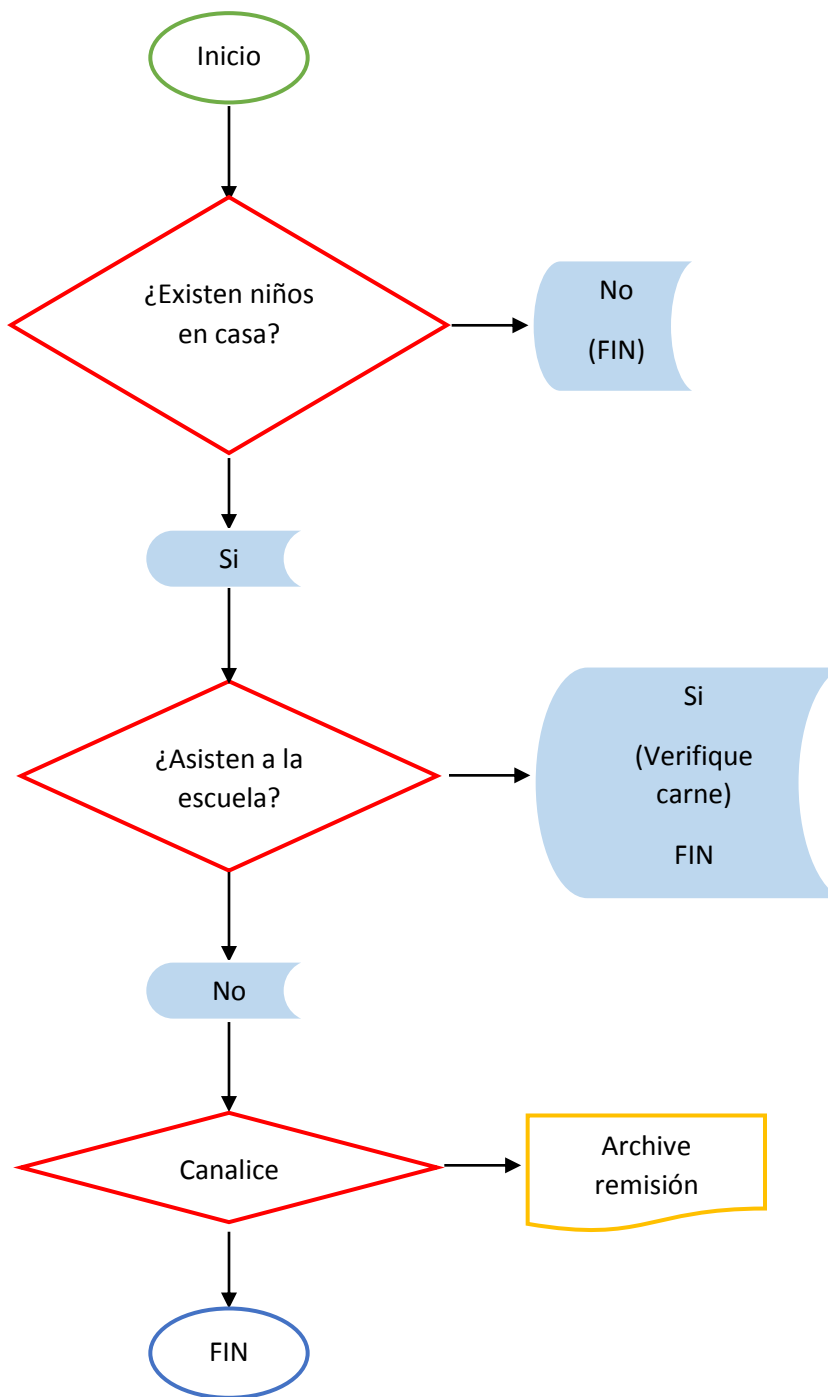
100% de los niños por fuera del sistema escolar detectados y remitidos hacia el servicio educativo más cercano.

ESTRATEGIA METODOLÓGICA.

Diagrama del flujo de actividades.



Detección y canalización de niños en edad escolar que no asisten a la escuela.





PROCESO.

Detección y canalización de niños con esquema de vacunación incompleto.

OBJETIVO.

Detectar precozmente y canalizar, hacia el servicio de salud más cercano, a aquellos niños con esquema de vacunación incompleto.

La vacunación es una de las mejores maneras en que los padres pueden proteger a sus niños de, al menos, 14 enfermedades infantiles graves antes de los 5 años.

Por ello, es pertinente vacunar a los niños de acuerdo con el esquema de vacunación recomendado por el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) para que cuente con una protección comprobada y segura contra las enfermedades.

Es importante que los niños reciban todas las vacunas. Las enfermedades que se pueden prevenir con vacunas pueden ser muy graves, incluso mortales, especialmente para los bebés y niños pequeños. Las vacunas han ayudado a mejorar mucho la salud de los niños en todos los países.

Aunque la mayoría de estas enfermedades no son comunes en nuestro país, todavía ocurren en el resto del mundo. Es importante que continuemos protegiendo a nuestros niños con vacunas porque los brotes de enfermedades prevenibles gracias a ellas pueden presentarse, e incluso aparecer en en nuestro departamento y país.

ALCANCE.

Vistas a las viviendas y escuelas públicas y privadas de los barrios priorizados en los municipios categoría 4, 5 y 6.

RESPONSABLES.

Responsable del proceso a nivel de la sede principal
Coordinador de la OLA
Coordinador del ARO
Alcaldías municipales
Secretaría municipal de salud
Referentes municipales del área de salud ambiental y saneamiento básicos
Otros sectores de gobierno y actores de la sociedad civil

RESULTADO ESPERADO.

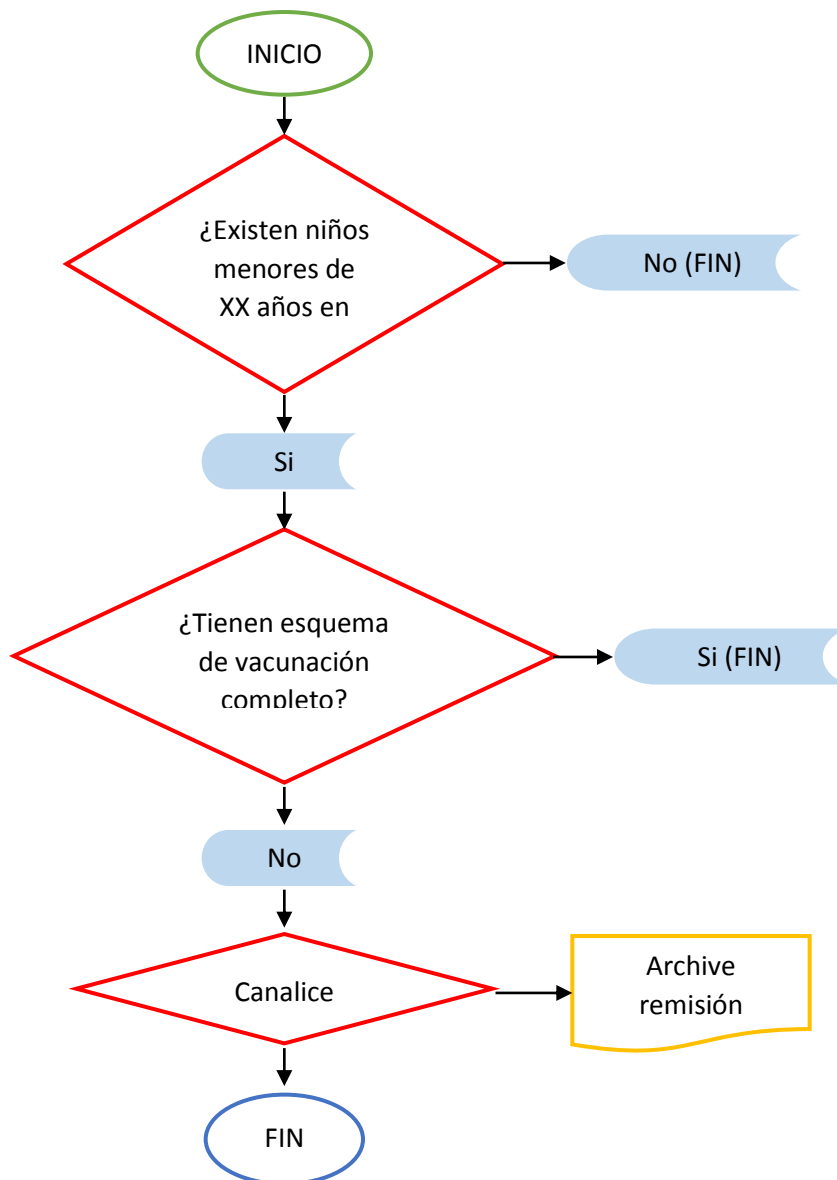
100% de los niños con esquema de vacunación incompleto detectados y remitidos hacia el servicio de salud más cercano.

ESTRATEGIA METODOLOGICA.

Diagrama del flujo de las actividades.



Detección y canalización de niños con esquema de vacunación incompleto.





REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Diagnostico Nacional en Salud Ambiental MSPS. Bogotá, 2012.
2. Documento técnico de avances de la Política Integral de Salud Ambiental (PIAS), el CONPES 3550/2008 y los Consejos Territoriales de Salud Ambiental – COTSA
3. Manual educativo nacional d vivienda saludable: hacia una vivienda saludable. MSPS & POS/OMS. Bogotá, 2011.
4. Lineamientos nacionales para la aplicación y el desarrollo de la estrategia de Entornos Saludables. MSPS, DNP, SENA & OPS/OMS. Bogotá, 2009.
5. Manual de gestión territorial: estrategia de entornos saludables. MSPS & OPS/OMS. Bogotá,
6. Fernando Antonio Mendigaña Páez. “Visión del modelo de gestión sectorial en salud ambiental a la luz de la ley 1438 de 2011 - APS y del decreto 4107 de 2011”. MSPS. Bogotá, 2011.
7. Documento técnico de avances de la Política Integral de Salud Ambiental, el CONPES 3550/2008 y los Consejos Territoriales de Salud Ambiental – COTSA. MSPS. Bogotá, 2014.
8. Luiz Augusto Galvão, Jacobo Finkelman, Samuel Henao. Determinantes sociales y ambientales de la salud. OPS/OMS. Washington, D.C., 2010.
9. Plan Decenal de Salud Pública, 2012-2021. MSPS. Bogotá, 2013.
10. Ley 1752 de 2015. Ley Estatutaria en Salud.
11. Ley 1438 de 2011. Reintroduce la APS en el SGSS.
12. Informe mundial sobre la salud del mundo, 2008. La atención primaria de salud: más necesaria que nunca. OMS, 2008.
13. IDEAM, Informe del Estado de la Calidad del Aire en Colombia 2011-2015 Bogotá, D.C., 2016