MODELO DE ATENCIÓN

HOSPITAL LOCAL DE OBANDO E.S.E.

VIGENCIA 2024



MODELO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

INTRODUCCION

La Política Pública de Salud que sigue nuestra institución dentro de la red del Valle del Cauca incluye la directriz Departamental de Salud Inclusión con Equidad expresada en unificar esfuerzos en promover la salud y promocionar los servicios de Nuestro Primer Nivel de Atención acercando el Hospital a la comunidad, uniendo todas las voluntades del sector público y privado y todas las iniciativas de intervención.
Este documento recoge los marcos de referencia conceptual y normativa y presenta la realidad del modelo vigente en el municipio de Obando.

.

MARCO CONCEPTUAL

Un sistema de salud abarca todas las actividades cuya finalidad principal es promover, restablecer o mantener la salud. Los sistemas de salud tienen tres objetivos fundamentales:

- Mejorar la salud de la población a la que sirven,
- Responder a las expectativas de las personas.
- Brindar protección financiera contra los costos de la mala salud.

Estos objetivos se materializaran con cuatro funciones:

- La prestación de servicios de salud personales y no personales.
- La recaudación, mancomunación y asignación de recursos para comprar dichos servicios.
- Las inversiones en personal, infraestructura y equipos.
- La rectoría de los recursos, facultades y expectativas que se les confían.

Partimos del principio de que nuestra función social es velar por la salud de la población, prestando servicios que contribuyan a mejorar la calidad de vida en cada fase de su ciclo teniendo en cuenta la mortalidad y discapacidad evitable En este sentido la prestación de servicios tiene un rol importante pero no exclusivo en alcanzar este objetivo.
Por consiguiente, el sistema presenta deficiencias cuando las poblaciones que se beneficiarían de intervenciones sanitarias eficientes y a costos razonables no tienen acceso a ello. Razones de esta situación incluyen proveedores que carecen de aptitudes adecuadas, falta de medicamentos o equipos como

resultados de deficiencias de capacitación y de inversión, o deficiencias en el proceso de compras.

Muchas personas consideran el sistema de salud como los proveedores las organizaciones que proporcionan atención médica personal restringiendo el sistema a una sola de estas funciones. Por ello frecuentemente la información sobre el tema se centra en el sistema de atención sanitaria que incluye la prestación de servicios o la inversión en ellos e involucra las intervenciones preventivas, curativas y paliativas, independientemente de que esté orientada a los individuos o las poblaciones .La eficacia con que se logra mejorar la salud depende de los servicios que se prestan y de la manera como están organizados, por ello deben emplearse intervenciones de eficacia conocida y de conformidad con las prioridades nacionales, regionales y locales.

En el marco del SGSSS donde los recursos son limitados se generan formas de racionalizar los recursos pero el costo no debe ser el principal criterio para determinar quien recibe asistencia y de qué tipo.
Los servicios de salud incluidos la prestación de atención por personal entrenado caben en la definición efectuada de sistemas de salud tanto como los tratamientos de las medicinas tradicionales, el uso de medicamentos ya sea formulados por personal de salud o automedicados, la atención domiciliaria de enfermos, las actividades relacionadas con la promoción de la salud y prevención de enfermedades, el mejoramiento de la seguridad vial y ambiental. Como tal la prestación de servicios constituye el encuentro más directo entre personas, en su carácter de proveedores o de usuarios de las intervenciones. La necesidad de prestar servicios a personas de todas las edades complica sobremanera la elección de los servicios que deberán privilegiarse y el modo de organizarlos, porque las personas están expuestas a diferentes riesgos según la edad, y la prioridad que se asigne a una intervención en particular es también una prioridad para ese grupo de edad.
En los países en desarrollo como el nuestro, donde las economías son modestas, donde un amplio sector de la población se encuentra en estado de pobreza y el empleo formal es minoritario y está en descenso, se han diseñado diversos modelos de aseguramiento público en salud, que intentan hacer frente a las necesidades de salud en especial de la población más necesitada. Anteriormente los problemas de salud en la mayoría de los países se resolvían de acuerdo a la capacidad de pago de las personas. Así, los servicios públicos y las beneficencias atendían a los pobres, la seguridad social a los trabajadores formales, y los servicios privados de pago directo o a través de prepagos atendían a los ricos.

La Atención Primaria de Salud (APS) es reconocida como uno de los componentes claves de un Sistema de Salud efectivo desde hace más de un

cuarto de siglo. La evidencia internacional sugiere que los sistemas de salud organizados con base en una fuerte orientación hacia la APS alcanzan mejores y más equitativos resultados de salud, son más eficientes, tienen costos más bajos de atención y logran una mayor satisfacción del usuario en comparación con los sistemas que tienen una débil orientación a la APS. Las experiencias de los países desarrollados y en desarrollo demuestran por igual que la APS puede ser interpretada y adaptada para ajustarse a una amplia variedad de contextos políticos, sociales, culturales y económicos. Debido a la aparición de nuevos desafíos epidemiológicos a asumir, a la necesidad de corregir las debilidades e inconsistencias presentes en algunos de los enfoques ampliamente divergentes de la APS, al desarrollo de nuevos conocimientos e instrumentos sobre mejores prácticas que pueden ser asimilados para incrementar la efectividad de la APS y al reconocimiento creciente de que la APS es una herramienta que fortalece la capacidad de la sociedad para reducir las inequidades en salud se planteó la necesidad de renovar la Atención Primaria en Salud con un principal objetivo, al tiempo que maximizan la equidad y la solidaridad. Con él se pretende dar respuesta a las necesidades de salud de la población, orientación hacia la calidad, responsabilidad y rendición de cuentas de los gobiernos, justicia social, sostenibilidad, participación e intersectorialidad.

Está conformado por un conjunto de elementos estructurales y funcionales que garantizan la cobertura universal y el acceso a servicios aceptables para la población y que promueven la equidad. Presta atención integral, integrada y apropiada a lo largo del tiempo, hace énfasis en la prevención y en la promoción y garantiza el primer contacto del usuario con el sistema. Las familias y las comunidades son la base para la planificación y la acción organizacional, así como de recursos humanos, financieros y tecnológicos adecuados y maximizar la participación individual y colectiva en salud. Promueve acciones intersectoriales para abordar otros determinantes de la salud y de la equidad en salud.
La reorientación de los Sistemas de Salud hacia la APS requiere el reajuste de los servicios de salud hacia la promoción y la prevención que debe ser conseguido mediante la asignación de funciones apropiadas a cada nivel de gobierno, la integración de los servicios de salud pública y de atención personal, el desarrollo de una orientación hacia las familias y las comunidades, el uso de datos consistentes en la planificación y la toma de decisiones y la creación de un marco institucional que incentive la mejoría de la calidad de los servicios.
La realización plena del potencial de la APS requiere, adicionalmente, de una atención especial al papel de los recursos humanos, al desarrollo de estrategias para gestionar el cambio y a la alineación de la cooperación internacional con el enfoque de la APS.

Avanzar en sistemas de salud basados en la APS implica hacer un análisis de los valores sociales y por ende involucrar y hacer partícipes a los ciudadanos y a quienes toman las decisiones, en el proceso en el que se establece la forma como

los valores deben ser definidos, articulados y priorizados. En tal sentido significa incorporar valores fundamentales como el derecho al nivel de salud más alto posible, la equidad y la solidaridad.

El derecho al nivel de salud más alto posible implica derechos de los ciudadanos y responsabilidades del Estado y de otros actores, y crea en los ciudadanos la vía del recurso a la que pueden recurrir cuando los compromisos no son cumplidos. El derecho al nivel de salud más alto posible es instrumental, en el sentido que debe garantizarse que los servicios de salud tengan la capacidad de responder a las necesidades de la población, que haya rendición de cuentas en el sistema de salud y que la APS sea orientada hacia la calidad, de tal forma que se logre la máxima eficiencia y efectividad y se minimicen los daños y perjuicios.

La equidad en salud se refiere a la ausencia de diferencias injustas en el estado de salud, en el acceso a la atención de salud y a los ambientes saludables, y en el trato que se recibe en los sistemas de servicios sociales y de salud. Con su ubicación como valor central de un Sistema de Salud Basado en la APS, se busca subrayar que las políticas y programas de salud se deben orientar hacia la consecución de la equidad. La razón de ser de los sistemas de salud no es simplemente la consecución de la eficiencia, el costo efectividad o la caridad; por el contrario, en una sociedad justa la equidad tiene que ser asumida como un imperativo moral y como una obligación social y legal.

La solidaridad es el grado en el que los miembros de una sociedad se comprometen a trabajar conjuntamente por el bien común. En los gobiernos locales y nacionales la solidaridad se manifiesta por la conformación de organizaciones y uniones de trabajo voluntario y mediante otras múltiples formas de participación ciudadana en la vida cívica.

La solidaridad social es uno de los medios por los que la acción colectiva puede llegar a resolver problemas comunes; los sistemas de salud y de seguridad social son mecanismos mediante los cuales puede expresarse la solidaridad entre individuos de distintas condiciones sociales y generacionales. Los Sistemas de Salud Basados en la APS requieren de la solidaridad social para garantizar que las inversiones en salud sean sostenibles, para proveer protección financiera y manejo mancomunado del riesgo en salud, y para posibilitar que el sector salud trabaje con éxito junto a otros sectores y actores sociales, cuyo empoderamiento es fundamental para mejorar la salud y las condiciones que la determinan. Es necesaria la participación y la rendición de cuentas en todos los niveles, no sólo para garantizar la solidaridad sino para mantenerla a través del tiempo.
Algunas características que incluyen los modelos de atención se relacionan con APS son:

- El grado de pertinencia de la oferta de los servicios con respecto a las necesidades y demandas de los usuarios
- El grado de accesibilidad y de aceptabilidad de los servicios
- La orientación de los servicios con respecto a las personas, a las familias y a las comunidades
- El papel que desempeñan las personas, las familias y las comunidades en su propia
- salud (autocuidado)
- El nivel de integración de los servicios

De otra parte el modelo de atención también establece la forma de organización de los niveles de atención y los sistemas de derivación dentro de la red asistencial. En él, además, se establecen las modalidades de atención (ambulatoria y hospitalaria), el tipo de recurso humano que otorga la atención (médicos especialistas, médicos de familia, enfermeras, etc.), se determina el tipo de servicios que se entrega por nivel, y los recursos necesarios para ella. Puede incluir las entidades prestadoras y las interrelaciones entre éstas y los usuarios, la participación comunitaria, la coordinación intersectorial, así como los mecanismos de financiamiento.

De igual forma incluye el sistema tradicional comunitario donde éste exista. Esto se refiere al sistema de atención de salud establecido por la propia comunidad y usado por los individuos, siguiendo la costumbre de la automedicación, o acudiendo a algún miembro de la comunidad reconocido como agente del sistema. Además, describe el tipo de relaciones que existen entre este sistema y el sistema institucional (compuesto por las instituciones del sector salud).

En definitiva, en el modelo se esquematiza la respuesta organizacional del sector salud al perfil demográfico y epidemiológico, adaptado al nivel de desarrollo tecnológico y social de su realidad.

MARCO CONTEXTUAL

En el marco del Sistema General de Seguridad Social Colombiano el modelo actual operando en el Valle del Cauca se caracteriza por un desequilibrio entre los servicios personales y los colectivos y entre los servicios curativos y los de fomento y prevención.

Privilegiando en el primer caso los servicios individuales y en el segundo los de curación en detrimento de mejorar las condiciones de salud de los habitantes del territorio. Tienen una baja capacidad resolutiva y limitada cobertura, con una disposición de recursos financieros, humanos e infraestructura distribuidos de manera inequitativa, lo cual repercute en un pobre e inadecuado equipamiento, que se vuelve amenaza a la salud de la población, y en consecuencia en una dudosa calidad de atención.

Está basado en el trabajo casi exclusivo o preponderante del médico en contravía del trabajo en equipo, en la inexistencia de un mecanismo de referencia y contrarreferencia ágil y eficiente, en un enfoque altamente especializado y tecnificado de la asistencia médica que coexiste con carencias elementales (uso de medicamentos para enfermedades de alta prevalencia vs. exámenes de alta complejidad), centrado en la institución prestadora de servicios de salud y poco en la comunidad, que funciona a demanda de los pacientes, que asiste con un criterio preponderantemente biológico en detrimento de la consideración y atención a otros determinantes del proceso salud enfermedad, que posee carencias notorias en lo que tiene que ver con la atención longitudinal de las personas. De otra parte se presentan problemas en el acceso a los servicios por barreras geográficas, administrativas, financieras, culturales y de lenguaje. En tal sentido se presentan problemas para que las personas y las familias encuentren atención con oportunidad para sus necesidades en salud como largas distancias entre su domicilio y el servicio y la habilidad para obtener atención médica en casos de emergencia, largos tiempos de espera para tener citas médicas o acceder a procedimientos de media y alta complejidad, horarios que no responden a sus las características laborales o culturales, dificultades para contactar o mantener relación con el médico o la persona que lo atiende cuando lo necesita. Adolece de una evaluación periódica de la pertinencia de los servicios en términos de la medición del balance entre las necesidades de la población y la oferta de los servicios para cubrir estas necesidades y donde no siempre se utilizan intervenciones apropiadas, efectivas y basadas en evidencia. La investigación en salud a nivel institucional es inexistente, la capacidad de innovación tecnológica tiene baja relevancia, la información disponible si bien puede ser abundante es incompleta e inoportuna basada en un listado de indicadores cuantitativos, no permite medir el impacto real de las actividades realizadas, ya que las abultadas cifras de consultas y tratamientos sólo reflejan el enorme esfuerzo del personal que las realiza y muy parcialmente otros indicadores de interés.

El énfasis esta dado en la recuperación de la salud, careciendo de un enfoque holístico dado que se atiende la patología y no la persona como un todo, el conocimiento sobre el paciente por parte del médico está limitado a la relación con el órgano afectado, no se adopta la perspectiva del paciente y no se le toma en cuenta para participar en la toma de decisiones. Se desconocen las condiciones de vida, de la dinámica familiar y de los antecedentes culturales de

la persona con relación al sitio donde reside o proviene.

MARCO NORMATIVO

La reforma del sistema de salud en Colombia, se origina a inicios de la década de los 90,con la dación de la Ley de Municipalización de la Salud de 1991, la Ley 60 de 1993 que descentraliza las competencias y recursos, y por último la Ley 100 de 1993 mediante la cual se crea el Sistema General de Seguridad Social (SGSSS), que marcó la reorganización organizativo-financiera del sistema de salud, con separación de funciones y competencia regulada para el aseguramiento y la prestación de servicios, cambiándose el subsidio a la oferta por el subsidio a la demanda, y planteándose como meta al año 2001, un aseguramiento de cobertura universal para Colombia. La ley 100 se basa en tres principios: universalidad, solidaridad y eficiencia; y tres estrategias: socialización del financiamiento,integración funcional de los servicios y empoderamiento de la demanda8. Este sistema separó los servicios individuales y los servicios colectivos de salud, dejando los primeros en manos del mercado con competencia regulada, y los segundos siempre a cargo del Estado. En los servicios individuales de salud se establece la obligatoriedad del aseguramiento, con dos regímenes de afiliación: el contributivo y el subsidiado. El primero ofrece un plan de beneficios integral, y el subsidiado al cual se afilia la población más pobre y vulnerable sin capacidad de pago, con el 70% de los beneficios.

Los servicios colectivos de salud, se ofertan a través del Plan de Atención Básica (PAB), con acciones de promoción, prevención y vigilancia en salud pública. El PAB es un plan territorial gratuito y obligatorio, responsabilidad del Estado y competencia del nivel municipal. El PAB tiene un plan de ambiente y saneamiento, tiene acciones de alimentación y nutrición, y ejecuta una serie de programas de control de enfermedades.

El Sistema dispone además de un fondo único, el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) al que confluyen todos los recursos. El FOSYGA diseñó un plan mínimo de beneficios, el Plan Obligatorio de Salud (POS) y el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado (POS-S), y determinó un pago de los aseguradores per capita ajustado por riesgos, Unidad de Pago por Capitación (UPC).

Este sistema separa claramente las funciones. Así, la Rectoría esta dada por el Ministerio de la Protección Social que dicta las políticas y está representado en el ámbito territorial por los Direcciones Territoriales de Salud Departamentales y municipales pero por Ley quien ejerce la dirección del sistema de seguridad social es el Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSSS), El SGSSS fue diseñado siguiendo un modelo de competencia regulada, para cumplir cuatro funciones fundamentales, cada una de las cuales comprende procesos de producción

propios y excluyentes, altamente diferenciados entre si, a saber: (1) financiar la demanda de atención en salud; (2) prestar los servicios de salud; (3) articular las dos funciones anteriores, a través de dos regímenes de aseguramiento, contributivo y subsidiado, que administran las Entidades Promotoras de Salud (EPS); y, (4) modular el comportamiento de todo el SGSSS El modelo de financiamiento adoptado por el SGSSS está orientado a movilizar recursos públicos hacia la demanda. Estos recursos se originan a partir de fuentes parafiscales y fiscales que son administradas a través de un fondo central: el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) y los Fondos Territoriales de Salud (FTS), respectivamente. El FOSYGA y los FTS le pagan a las EPS una prima fija (diseñada con base el método de tasación comunitaria y ajustada por riesgo), la Unidad de Pago Capitado (UPC), por la administración del Plan Obligatorio de Servicios (POS). La afiliación al SGSSS depende del nivel socioeconómico y de la capacidad de compra de las personas. Las personas formalmente empleadas y los trabajadores independientes, con capacidad suficiente, se afilian al Régimen Contributivo (RC) y aportan el 12% de su salario al SGSSS. Estos aportes son recaudados a través de las EPS por delegación del Sistema; las EPS, a su vez, mediante un proceso de cruce de cuentas, compensan con el FOSYGA la diferencia entre el monto recaudado y la UPC que el SGSSS les reconoce por cada individuo afiliado. Los individuos más pobres de la población, sin suficiente capacidad de compra, se afilian al Régimen Subsidiado (RS) luego de un proceso de focalización individual, administrado por los gobiernos locales, a través de un proceso conocido como Sistema de Selección de Beneficiarios (SISBEN); una vez focalizados y afiliados al RS, el Estado subsidia a estas personas el valor de la UPC.

Los servicios de salud son prestados a través de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS). Estas instituciones son responsables de prestar los servicios previstos en el POS, el cual comprende un paquete integral de servicios. Son de naturaleza pública o privada y compiten entre sí. Las IPS públicas, en particular, se están transformando en Empresas Sociales del Estado (ESE), con autonomía jurídica, administrativa y financiera, como parte del proceso de descentralización.

La articulación entre las funciones de financiamiento y de prestación de servicios se da a través de las EPS. Estas entidades, que también son de naturaleza pública o privada y compiten entre si, administran el aseguramiento, incluidos los procesos de afiliación; recaudo de las cotizaciones obligatorias; cobro de los subsidios que otorga el Gobierno; y manejo del POS con criterios de atención gerenciada.

Por último, la función de dirección y gobierno, o modulación, de todo el SGSSS se da a través de dos procesos críticos. El primero, consiste en la construcción de las políticas sectoriales, los instrumentos regulatorios correspondientes, y la

evaluación de sus resultados. Las agencias principales responsables son el Ministerio de la Protección Social (MPS), con el apoyo del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSS), y el Ministerio de Hacienda (MH).
La evaluación de los resultados de la política, o control estratégico del SGSSS, también le corresponde al MPS (por delegación del Presidente de la República), conjuntamente con el Consejo Nacional de Política Social y Económica (CONPES), y con el apoyo del Departamento Nacional de Planeación (DANE). El segundo proceso comprende la supervisión y el control del comportamiento de toda la base institucional del Sistema, de acuerdo con el marco de regulaciones y normas vigentes, responsabilidad que recae principalmente en la Superintendencia Nacional de Salud.
La necesidad de un modelo de atención en salud que responda a las necesidades de la población y sea sostenible desde el punto de vista financiero, se ha convertido en una prioridad para el país. Si bien el SGSSS no contempla un modelo de atención en salud para la población, se hace necesario aportar a la construcción de modelos inscritos en el marco del sistema que permitan articular las acciones individuales contempladas en los planes de beneficios y las acciones colectivas de impacto poblacional, igualmente la definición de acciones para la población pobre no asegurada .En tal sentido diferentes documentos y normas plantean elementos a tener en cuenta en la formulación de dichos modelos. A continuación se relacionan algunas de las normas que soportan las definiciones del modelo de atención propuesto para el Departamento del Valle del Cauca y por ende del municipio de Obando:

El Documento CONPES 32049, relacionado con la Política de Prestación de Servicios para el Sistema de Seguridad Social en Salud y asignación de recursos del presupuesto general de la nación para la modernización de los hospitales Públicos plantea que para mejorar la eficacia de la oferta de servicios de salud, es necesaria la promoción de un modelo de atención donde confluyan aseguradores y prestadores bajo el objetivo común de mejorar el acceso, reducir costos, incrementar el nivel de satisfacción de los usuarios y obtener logros en salud pública. En tal sentido se propone implementar mecanismos que privilegien e integren la atención primaria, la ambulatoria y la entrega de los servicios de salud pública, teniendo en cuenta las necesidades de las diferentes regiones del país y las condiciones de salud de la población.
Aspectos a tener en cuenta en el componente de administración del modelo evidenciados en el mismo documento CONPES implican el soporte del gasto por parte de las entidades territoriales en la compra de servicios de salud mediante modalidades de pago diferentes a la transferencia directa, y consistentemente con la cantidad y valor de los servicios efectivamente prestados. Igualmente la necesidad de establecer un sistema de evaluación y monitoreo de la oferta y la demanda que sirva de base para identificar, por un lado, excedentes que puedan reubicarse, reestructurarse o fusionarse y, por otro, deficiencias en la oferta para establecer un plan de inversión con concurrencia de recursos públicos y

privados, fortaleciendo la oferta pública en aquellos municipios donde la prestación de servicios así lo justifique.

De igual forma la ley 81210 establece el soporte en la compra de servicios de salud mediante modalidades de pago consistentes con la cantidad y valor de los servicios efectivamente prestados y en tal sentido la transferencia de recursos no se considera una modalidad de pago, solo podrían transferirse recursos, según lo establece la ley, cuando procuren garantizar los servicios básicos por entidades públicas donde las condiciones del mercado sean monopólicas y las entidades prestadoras no sean sostenibles financieramente en condiciones de eficiencia, conforme las condiciones y requisitos que se establezcan .
En materia de salud pública la mencionada ley establece el aumento de la cobertura de vacunación al menos a 95% en menores de 5 años , el desarrollo de una política de promoción y prevención que interactúe con los planes de beneficios del régimen contributivo, subsidiado y complementario, el diseño de programas de salud tendientes a la promoción de estilos de vida saludables; violencia intrafamiliar y sexual; prevención y control de enfermedades crónicas, salud sexual y reproductiva; formulación e implementación de una política de salud mental con especial atención a afecciones derivadas de la violencia; participación social en las intervenciones de interés en salud pública; desarrollo del sistema de información y vigilancia nutricional; y a la reducción, entre otros, de la incidencia del embarazo en adolescentes, el sida, la malaria y el cáncer de cuello uterino Finalmente para la prestación de servicios a la población no asegurada y atención de eventos no POS-S de población afiliada al régimen subsidiado establece que las entidades para mejorar el acceso a la salud y de acuerdo con los recursos disponibles deben priorizar los servicios a esta población de acuerdo con el perfil epidemiológico y los criterios que defina el Ministerio de la Protección Social.
Por su parte la ley 715 de 200111 por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, establece como competencia para los departamentos la gestión de la prestación de los servicios de salud, de manera oportuna, eficiente y con calidad a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, que resida en su jurisdicción, mediante instituciones prestadoras de servicios de salud públicas o privadas, el financiamiento con recursos propios, con los asignados por concepto de participaciones y otros recursos cedidos, la prestación de servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda y los servicios de salud mental.
También la adopción, difusión, implantación, ejecución y evaluación de la Política de Prestación de Servicios de Salud, formulada por la Nación así como la organización, dirección, coordinación y administración de la red de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas en el departamento.

De otra parte la ley 691 que reglamenta la participación de los grupos étnicos en el Sistema General de Seguridad Social en Colombia12 propone como criterios de aplicación a los planes y programas de servicios de salud aplicables a los Pueblos Indígenas la consideración del saber y las prácticas indígenas, basados en los criterios del pluralismo médico, complementariedad terapéutica e interculturalidad. Por ello las acciones en salud deben respetar los contextos socioculturales particularidades y por tanto, incluir actividades y procedimientos de medicina tradicional indígena, en procura del fortalecimiento de la integridad cultural de los Pueblos Indígenas.

El Ministerio de la Protección Social mediante la resolución 00581 del 200413 adoptó el manual de Estándares que establece las condiciones de capacidad técnico-administrativa, tecnológica y científica para la habilitación de las entidades administradoras de Régimen Subsidiado. En tal sentido las entidades deben cumplir los estándares agrupados en las condiciones de capacidad técnico-administrativa, y de capacidad tecnológica y científica y son verificados y evaluados en el cumplimiento de dichos estándares por la Superintendencia Nacional de Salud. Las categorías de estándares se organizan en dos tipos de condiciones: las condiciones de capacidad técnico-administrativa que incluyen los temas de sistema de constitución legal, organización administrativa, información, mercadeo, información y educación al usuario, afiliación, registro y recaudo de recursos del contrato de administración del Régimen Subsidiado y los de capacidad tecnológica y científica que son condiciones para la prestación de los planes de beneficios. Dentro de estas condiciones se hace necesario que la ARS presente un documento que describa el o los modelos de atención con las especificaciones definidas en los estándares de habilitación y otro en el que se describa los Programas de Promoción y Prevención con las especificaciones definidas en los estándares de habilitación.
En tal sentido se pretende que el modelo de atención sea construido utilizando los perfiles demográficos, geográficos, epidemiológicos, socioeconómicos y uso de servicios de salud, de la población afiliada e incluye al menos la gestión de la oferta y la gestión de la demanda

- La gestión de la oferta: Selección de prestadores, creación de guías de manejo, en este sentido se poseen las guías normadas y las de atención para las primeras causas de atención en cada uno de los servicios institucionales.
- Gestión de medicamentos y fármaco vigilancia,
- Diseño y aplicación de mecanismos de pago a la red de prestadores, definición de perfiles de contratación y flujo de recursos.
- La gestión de la demanda: Perfiles de riesgo de la población, programas de promoción y prevención, educación a los usuarios, acceso a los servicios, control de la utilización de servicios los cuales se analiza en cada uno de los comités con los que cuenta la institución.

- Vigilancia epidemiológica de los eventos de interés en salud pública así como el análisis de la situación municipal e institucional, para definir planes de acción y direccionamiento de recursos.

- Programas de Promoción y prevención congruentes con las prioridades del Ministerio de la Protección Social. Incluyendo al menos los programas de control de embarazo, parto y puerperio, la atención del recién nacido, el programa ampliado de inmunizaciones, el control de crecimiento y desarrollo, la salud sexual y reproductiva, la prevención y detección temprana de cáncer y la prevención y detección temprana y Manejo de enfermedades crónicas ajustados a las normas vigentes sobre cada programa .

OBJETIVO GENERAL

Mejorar y mantener el estado de salud de la población del municipio de Obando facilitando el acceso a servicios de salud con calidad.

1. Garantizar acciones de mantenimiento de la salud a las personas y motivarlas para

OBJETIVO ESPECIFICOS

1. Garantizar acciones de mantenimiento de la salud a las personas y motivarlas para el seguimiento de las recomendaciones que se generen a partir de esta actividad
2. Detectar tempranamente las patologías.
3. Realizar un diagnóstico oportuno y cuidadoso y definir un plan terapéutico racional
4. Disminuir los índices de mortalidad y morbilidad por causas evitables
5. Disminuir las hospitalizaciones, las complicaciones y las estancias prolongadas por causas evitables.

Buscamos con la política de atención en área rural y visitas casa a casa la reorientación de los servicios en pro de la:

– Garantía del derecho a la salud
– Enfoque en la población
– Enfoque en la prevención
– Enfoque en la calidad
– Integración
– Toma de decisiones basada en evidencia
– Flexibilidad/ Adaptabilidad
– Atención integral
– Fomento al autocuidado y los hábitos de vida saludable

– Identificación e intervención oportuna de riesgos específicos
– Acciones basadas en efectividad
– Fortalecimiento de las redes de apoyo familiar y comunitario
– Corresponsabilidad institución/ciudadanos
– Reorientación de servicios.

- **Garantía del derecho a la salud**

El derecho a la salud se define como el "disfrute del más alto nivel de salud física y mental que sea posible, lo cual supone algo más que liberar al individuo de afecciones o molestias y proveer las condiciones que le permitan desarrollarse sanamente y gozar de un nivel de vida adecuado. Incorpora los factores determinantes de la salud

- **Enfoque en la población**

El enfoque de salud de la población implica abordar los factores determinantes de la salud a diferencia de la atención de salud tradicional se concentra en los riesgos y los factores clínicos relacionados con enfermedades específicas. Esta diseñado para llegar a toda la población mientras la atención de salud está dirigida a las personas en forma individual, frecuentemente a aquellas que ya presentan un problema de salud o para las cuales el riesgo de presentar un problema es significativo.
Las estrategias que influyen en la situación de salud de la población deben abordar la amplia gama de factores determinantes de la salud de forma integral y con atención a su interrelación.

Los factores determinantes pueden agruparse en cinco categorías a.

Ambiente socioeconómico
Entorno físico. Los factores
Hábitos personales de salud. Comportamientos que mejoran o crean riesgos para la salud.
Capacidad individual y aptitudes de adaptación: Características psicológicas de la persona tales como competencia personal, aptitudes de adaptación y sentido de control y dominio; al igual que características genéticas y biológicas .
Servicios de salud. Servicios para promover, mantener y restablecer la salud.

– **Enfoque en la prevención**

Cada interacción de atención en salud debe incluir apoyo para la prevención. Al proporcionar sistemáticamente información adecuada y desarrollar aptitudes para reducir los riesgos para la salud las personas tienen mayores

probabilidades de disminuir el uso de sustancias toxicas, suspender el consumo de productos nocivos como el tabaco, practicar actividad sexual sin riesgos, ingerir alimentos saludables y desarrollar actividad física. Estos comportamientos pueden reducir extraordinariamente la carga a largo plazo y las exigencias de atención de patologías como las crónicas.

- **Enfoque en la calidad**

Con este enfoque se asegura que los recursos se usen adecuadamente, que los proveedores sean responsables de brindar atención eficaz y eficiente y que el resultado de estas acciones en los pacientes sea el mejor posible dentro de las limitaciones propias del sistema. La calidad no solo debe relacionarse con las prestaciones de atención de salud también implica asegurar mejor calidad en los niveles de organización y comunicación en el sistema.

- **Integración**

La integración, implica la coordinación entre todas las partes del sistema de salud para garantizar la satisfacción de las necesidades de salud. Esto significa que deben involucrarse mecanismos de referencia y contrarreferencia a lo largo de los niveles y en caso de ser necesario con otros servicios sociales. En tal sentido, los limites entre los niveles del sistema deben opacarse para permitir una verdadera integración de las organizaciones de atención de salud, las comunidades, las políticas y los pacientes.

- **Toma de decisiones basada en evidencia**

La evidencia debe ser la base para todas las decisiones relacionadas con la política, la planificación de servicios y el manejo clínico de las patologías. La evidencia incluye información disponible acerca de las condiciones de enfermedad intervenciones eficaces y eficientes para reducir la necesidad de recursos actuales y futuros y la proporción apropiada de personal con diferentes capacidades dentro de la atención en salud.

– **Flexibilidad/ Adaptabilidad**

Es necesario preparar a las organizaciones para adaptarse a situaciones cambiantes, información nueva y sucesos imprevistos. En tal sentido es necesario apoyarse en la vigilancia regular, el seguimiento y la evaluación para responder de manera rápida a las exigencias cambiantes de la atención de salud

– ***Atención integral e integrada***

La atención integral, implica varios aspectos: Entendiendo el ser humano como

un todo, en sus dimensiones biológica, psicológica y social se espera que en su atención se tenga en cuenta de manera holística estos elementos.

Adicionalmente el rango de los servicios disponibles debe ser suficiente para atender las necesidades de la población, incluyendo la provisión de servicios de promoción, prevención, diagnóstico precoz, curación, rehabilitación, atención paliativa y apoyo para el autocuidado. Implica también la longitudinalidad, entendida como la realización de acciones que permitan abordar cualquier tipo de problema en cualquier momento del ciclo vital de la persona ya sea por un individuo o por un equipo de personas, o la existencia de una fuente regular de cuidado de la salud y de su uso a lo largo del tiempo.

- **Fomento al autocuidado y los hábitos de vida saludable**

Los hábitos como el consumo de tabaco, el uso del alcohol y otras drogas, la alimentación sana, la actividad física y otros comportamientos personales influyen en la salud y el bienestar. La mayoría de los problemas de salud más comunes en el departamento están relacionados a éstos hábitos.
Las aptitudes de adaptación, que aparentemente se adquieren en los primeros años de vida, son importantes para favorecer hábitos de vida saludables. Hay destrezas que las personas utilizan para interactuar efectivamente con el mundo que los rodea y enfrentar eventos, retos y el estrés diario. Las aptitudes de adaptación, cuando son efectivos, permiten a las personas ser autosuficientes, resolver sus problemas y tomar decisiones fundamentadas que mejoran su salud. Estas aptitudes ayudan a las personas a enfrentar los retos de la vida de manera positiva, sin recurrir a comportamientos peligrosos como el alcohol o el abuso de drogas. Las investigaciones nos dicen que las personas con un sentido fuerte de su propia efectividad y capacidad de hacer frente a las circunstancias en sus vidas tienen grandes probabilidades de adoptar y mantener comportamientos y estilos de vida saludables.
Por ello las estrategias de salud de la población destinadas a los hábitos personales de salud deben por lo tanto concentrarse más en los factores ambientales y las condiciones sociales, y menos en los factores individuales, para llegar a ser exitosos.

- **Identificación e intervención oportuna de riesgos específicos**

Las personas están expuestas a lo largo de su vida a una serie prácticamente ilimitada de riesgos para su salud, en forma de enfermedades transmisibles o no transmisibles, traumatismos, productos de consumo, actos violentos o catástrofes naturales. El riesgo es definido como *«la probabilidad de un resultado adverso, o un factor que aumenta esa probabilidad*.
A veces son poblaciones enteras las que están en peligro; otras veces, sólo una persona. Ningún riesgo existe de forma aislada. Muchos tienen su raíz en

complejas cadenas de acontecimientos que abarcan largos periodos de tiempo. Cada uno de ellos tiene una causa, y algunos se deben a múltiples causas. La percepción que tiene una persona del riesgo y su reacción a éste dependen de la experiencia previa y de la información y los valores recibidos de la familia, la sociedad y el gobierno. Se trata de un proceso de aprendizaje que comienza en la infancia, cuando el niño aprende que no debe jugar con el fuego, y se actualiza constantemente durante la edad adulta. Algunos riesgos, como los brotes de enfermedades, escapan al control individual, pero otros, como el hábito de fumar o el consumo de otras sustancias dañinas, dependen de cada persona, que puede aumentarlos o reducirlos a voluntad.

– **Acciones basadas en efectividad**

Pretende que la selección de las estrategias de prevención y curación se haga maximizando el impacto que pueda lograrse con los recursos disponibles. Significa que toda la atención prestada se basa en la mejor evidencia disponible y que la asignación de los recursos se prioriza con criterios de eficiencia (asistencial y técnica) y de equidad.

– **Fortalecimiento de las redes de apoyo familiar y comunitario**
–

El apoyo de las familias, los amigos y las comunidades se asocia con una mejor salud. Se ha identificado que tanto en los hombres como en las mujeres, cuanto más contacto social tienen, menores son las tasas de mortalidad.

– **Reorientación de servicios**

Basados en el monitoreo periódico de la pertinencia de los mismos, la mejora en la capacidad de respuesta y en el acceso integrando las acciones de salud publica con las de prestación de servicios en el marco del Sistema General de Seguridad Social vigente para el país.

ESTRATEGIAS

1. Asignación de responsabilidades territoriales a equipos de salud articulados a las entidades de salud del área.
2. Integración entre las acciones de salud pública y de prestación de servicios
3. Planificación y toma de decisiones basadas en datos consistentes
4. Desarrollo y mejoramiento del recurso humano
5. Movilización intersectorial para la intervención de determinantes de salud
6. Uso de la información en espacios periódicos de análisis y realimentación intersectorial para la toma de decisiones.

PRIORIDADES:

Salud infantil
Salud sexual y salud
reproductiva Salud mental
Salud oral
Enfermedades transmisibles evitables
Enfermedades crónicas no transmisibles

Se persigue intervenir factores de riesgo en salud pública que puedan evitar la mortalidad prematura, la discapacidad evitable, postergar la edad promedio de ocurrencia de enfermedades y aumentar la esperanza de vida. Esto presupone la participación y articulación de sectores y actores de la sociedad, la vinculación de procesos políticos, científicos, técnicos, operativos y administrativos, y la adopción de medidas intersectoriales con espacios de comunicación y dialogo efectivos en

los que se establezcan factores protectores y a su vez factores de riesgo sobre los cuales intervenir, con líneas políticas públicas, para la promoción, protección y recuperación de la salud, que se desarrollan a través de estrategias colectivas e individuales, intersectoriales, en el ámbito territorial e institucional.

El siguiente Plan tiene en cuenta una amplia gama de aspectos que contribuyen al mejoramiento no sólo del sistema sino de la prestación de servicios de salud, y parte de tener presentes el aseguramiento, las acciones de salud contenidas en el plan obligatorio de salud, las acciones colectivas a cargo de las entidades territoriales, las acciones incluidas en el sistema general de riesgos profesionales, las acciones del sistema de garantía de la calidad de lo servicios, las acciones relacionadas con emergencias y desastres, las acciones de promoción en salud, prevención y protección social, las acciones de vigilancia e investigación en salud pública, las acciones de inspección, vigilancia y control del sistema, Así como, las acciones intersectoriales que afectan la salud de la población.

Prioridades Transversales Intersectoriales

Son aquellas que modifican los determinantes de la salud y que requieren la coordinación y articulación de actores y sectores, son de estricto cumplimiento en los Planes de Salud Pública de intervenciones colectivas municipales:

- Seguridad alimentaria y nutricional
- Seguridad sanitaria, ambiental y el saneamiento básico
- Sistema de vigilancia en salud pública

- Seguridad laboral y ocupacional

Prioridades Transversales de Gestión Sectorial e Intersectorial

Prioridades esenciales para mejorar la gestión integral en salud pública territorial, institucional e intersectorial necesaria para garantizar el cumplimiento de la política y metas del Plan, estas prioridades son de estricto cumplimiento a nivel municipal:

- Gestión integral de las competencias y funciones en salud pública
- Gestión integral para el desarrollo de Políticas Intersectoriales para el bienestar de todos.

Dando una mirada general a nuestras causas de enfermar y morir vemos que en su gran mayoría se enmarcan en las patologías relacionadas con los estilos de vida saludables, incluyendo en este grupo la convivencia. Consideramos que si impactamos con acciones estos frentes podremos generar impacto en nuestro perfil.

1. SALUD INFANTIL

1.1 Metas territoriales.

- Reducir la tasa de mortalidad en menores de 5 años a 18 por 1000 nacidos vivos
- Incrementar y mantener las coberturas útiles de vacunación en todos los biológicos del PAI por encima del 95%, en los menores de 1 y 5 años
- Lograr coberturas de vacunación de nuevos biológicos del PAI por encima del 95%, en los menores de 5 años de los municipios priorizados
- Reducir a menos del 5% la proporción de niños con bajo peso al nacer
- Incrementar mínimo a 6 meses la duración de la lactancia materna exclusiva
- Incrementar por encima del 50% la duración de la lactancia materna exclusiva
- Lograr y mantener por encima del 90% la cobertura de TSH al nacer
- Reducir y mantener la tasa de incidencia de sífilis congénita a 0,5 por 1000 nacidos vivos
- Aumentar y mantener por encima del 80% la cobertura de medición agudeza visual en menores de 5 años afiliados y no afiliados
- Aumentar la captación y cobertura del Programa de Detección Temprana de Alteraciones del Crecimiento y Desarrollo en Niños y Niñas Menores de 10 años
- Incrementar por encima del 50% la implementación del modelo de gestión local de Salud y Bienestar de la Infancia en los municipios.
- Fortalecer los comités y unidades de análisis local de la mortalidad

materna y desarrollo de la vigilancia de morbilidad extrema en el municipio.

1.2. Atención en Enfermedades Prevalentes de la Infancia.

Objetivo

- Mejorar el estado de salud y la calidad de vida de la comunidad de Obando a través de acciones de promoción de la salud, protección específica y prevención de la enfermedad centradas en el grupo de niños y niñas menores de cinco años.

- Aumentar la captación y cobertura del Programa de Detección Temprana de Alteraciones del Crecimiento y Desarrollo en Niños y Niñas Menores de 10 años.

1.3. Violencia Doméstica y Sexual

Objetivos.

- Coordinar acciones institucionales para detectar, hacer seguimiento e intervención a los casos de maltrato y / o violencia doméstica y / o sexual.

- Activar la red en contra del maltrato dentro del municipio.

- Fomentar en buen trato en la comunidad Obandeña partiendo de las instituciones educativas.

Actividades

- Realizar taller sobre normas técnico administrativas relacionadas con violencia y maltrato intra familiar, seguimiento y tratamiento.
- Lanzar campaña intersectorial de buen trato.
- Educación a través de Escuela de Familia. Hogares Gestores de Paz,
- Marcha en pro del buen trato y la prevención del abuso sexual a menores de edad.

1.4. Programa Ampliado de Inmunizaciones.

Objetivos:

- Mejorar la calidad de atención y la captación de usuarios al programa institucional de vacunación.

- Optimizar los recursos destinados a vacunación y disminuir las oportunidades pérdidas en la aplicación de biológicos.
- Realizar acciones encaminadas a lograr la certificación como municipio inmunizado contra sarampión.

Actividades:

- Taller sobre cadena de Frío, Nuevas vacunas, Síndrome de Rubéola Congénita, Reacciones Postvacunales y seguimiento.
- Programas televisivos sobre vacunación, reacciones Postvacunales vs. ventajas de la vacunación.
- Organización de Jornadas de vacunación incluyendo suministros.
- Monitoreo de coberturas de vacunación.
- Vacunación con nuevos biológicos a grupos específicos.
- Capacitación reporte y seguimiento a casos de Eventos supuestamente atribuibles a vacunación

B. Atención y Consejería a Niño y Familia

Metas.

- Conocer los aspectos básicos de atención al menor y su familia, en enfermedades prevalentes en la infancia incluyendo la violencia como caso frecuente.
- Brindar atención psicológica profesional en el diagnostico, tratamiento y seguimiento de casos de violencia intrafamiliar, abuso, intentos de suicidio, agresiones, retardos psicomotores, etc.
- Proporcionar herramientas que permitan identificar factores protectores para fomentarlos y reforzar su importancia en el desarrollo de nuestros niños y niñas.
- Orientar en las acciones a desarrollar en familia y comunidad ante las Enfermedades más frecuentes en la infancia.

Actividades.

- Taller sobre AIEPI por parte de las promotoras a la población del área rural.
- Educación a personal de la salud, madres y cuidadores de los niños para evaluar y tratar la rehidratación oral y la dificultad respiratoria., en el marco de la estrategia AIEPI
- Implementación de la estrategia en unidades primarias.
- Mediciones de talla y peso.
- Talleres a personal de la institución en diagnostico, detección temprana e intervención en maltrato.
- Talleres de orientación a la comunidad de sensibilización frente al buen trato, la convivencia y la atención al menor.
- Orientación profesional en acciones a desarrollar en familia y comunidad.

- Intervenir en los casos de maltrato como un evento de prevalencia en la infancia.
- Visitas institucionales para realizar diagnostico con respecto a la atención al menor en el municipio.

2. SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA

2.1. Metas Territoriales

- Mantener en cero casos las muertes maternas en el municipio de Obando.
- Incrementar el porcentaje de mujeres con 4 o más controles prenatales.
- Incrementar y mantener en el 95% la atención institucional del parto
- Incrementar y mantener en el 95% la atención del parto por personal de salud calificado dentro del Hospital Local Obando E.S.E.
- Aumentar la cobertura de vacunación contra TD durante el embarazo (2 dosis)
- Asegurar EL suministro de micronutrientes en el 95% de las gestantes inscritas en el Programa de Detección Temprana de Alteraciones del embarazo, exceptuando los casos en los que se presenta intolerancia a los mismos.
- Asegurar el suministro de anticonceptivos al 100% de las inscritas al Programa de Planificación Familiar.
- Incrementar la cifra de mujeres que se toman la citología para Detección Temprana de cáncer de cerviz. Logrando que lo haga al menos el 90% de la población objeto.
- Asegurar la toma de prueba tamiz para VIH, previo consentimiento informado a las gestantes del municipio.
- Fomentar en los jóvenes del municipio la creación de un proyecto de vida.
- Mejorar la información acerca de enfermedades de transmisión sexual, haciendo énfasis en el diagnostico oportuno de Sífilis, como estrategia para disminuir los casos de sífilis gestacional.
- Promover los servicios de planificación familiar para la población masculina.
- Reglamentación del tiempo de observación intrahospitalaria del binomio madre – hijo
- Promover la utilización de métodos anticonceptivos, mediante la inducción de la demanda, la eliminación de barreras de acceso y seguimiento de su uso Movilización social para promover el acceso de los hombre a los servicios integrales de SSR, incluida la planificación familiar
- Promover la toma y lectura de citología cervico uterina con calidad, así como mejorar la adhesión de la mujer al esquema de detección precoz del cáncer de cuello uterino y a su tratamiento.
- Diseño de estrategias para reducir oportunidades perdidas en el acceso con calidad y oportunidad en los servicios de promoción de la salud, protección de los riesgos, recuperación de los daños relacionadas con el

ejercicio de la salud sexual y reproductiva

- Promover inscripción temprana a control prenatal.
- Campañas escolares de información sobre el SIDA para adolescentes y jóvenes para transmitir pautas de comportamiento, retrasar la edad de iniciación sexual y lograr el uso de preservativos con mayor frecuencia, reducir el número de parejas sexuales
- Intervenciones de asesoria, pruebas voluntarias, tratamiento de infecciones de transmisión sexual, educación y provisión de preservativos a poblaciones vulnerables (trabajadores sexuales, hombres que tienen sexo con hombres, usuarios de drogas psicoactivas de uso intravenoso) por parte de psicolog@.

2. SALUD MENTAL.

NOTA: Se requiere la contratación de profesional del área social, preferiblemente psicóloga para operativizar las acciones.

- Creación de espacios de coordinación y articulación local intersectorial para la implementación de la política de salud mental y reducción del consumo

- Conformación de redes formales e informales para la promoción de la salud mental, la convivencia, la prevención e intervención de los problemas mentales de mayor prevalencia y la reducción del consumo de sustancias psicoactivas.

- Fomento de la educación en salud de base comunitaria y educación sanitaria al personal de la salud para gestionar los riesgos en salud mental y resiliencia y promoción de una cultura de paz, convivencia y democracia.

- Fortalecimiento de la vigilancia en salud pública de la violencia intrafamiliar, con énfasis en las violencias de género y poblaciones más vulnerables.

4. SALUD ORAL

4.1. Metas Territoriales

- Reducir oportunidades perdidas en el acceso con calidad y oportunidad en los servicios de promoción de la salud oral, protección de los riesgos, recuperación de los daños relacionados con el ejercicio de la salud oral en todos los ciclos vitales.

- Modificar paulatinamente la visión de la comunidad con respecto a la salud oral y los servicios institucionales.
- Lograr una cobertura del 90% de control de placa bacteriana por grupo de edad en la población del municipio de Obando
- Lograr y mantener en el 75% la cobertura de aplicación de sellantes en la población objeto en el municipio de Obando.
- Lograr y mantener una cobertura en la realización de detartrajes del 90% dentro de la población objeto, del municipio de Obando.
- Realizar estudio acerca del número de casos de fluorosis en la población objeto para establecer una meta real de beneficiarios en la aplicación tópica del mismo.
- Realizar un censo de edentulos en el municipio para establecer metas reales de atención.

5. ENFERMEDADES TRANSMISIBLES EVITABLES

5.1. Meta Territorial.

- Aumentar la captación de usuarios sintomáticos respiratorios en un 45%.
- Lograr cobertura de la estrategia DOTS/TAS en el 95% de los usuarios diagnosticados.
- Asegurar el diagnostico y el tratamiento oportuno al 95% de usuarios positivos del Programa de Diagnostico y Control de Hansen.
- Jornadas de capacitación al personal de salud para la implementación del nuevo esquema de tratamiento de tuberculosis.
- Censo y caracterización de la población y viviendas para focalización y estratificación del riesgo en la localidad y levantamiento de índices vectoriales.

6. MINIMIZAR LOS RIESGOS DE ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES

6.1. Metas Territoriales.

- Reducir la prevalencia de tabaquismo al menos en un 10% de la población consumidora del municipio de Obando.
- Aumentar la captación a control de Hipertensión en las personas sintomáticas y con factores de riesgo del municipio.
- Crear una línea de base acerca del número de personas que consumen tabaco y las edades promedio de inicio al tabaquismo, para establecer estrategias que reduzcan el consumo y que retrasen la edad en que se inicia su uso.
- Promover la inscripción y adherencia a los programas de Hipertensión y Diabetes Mellitus.
- Realizar talleres educativos y asesoría psicológico a los usuarios de los

programas de Hipertensión y diabetes (Club de la salud)

- Promover el autoexamen de seno.

7. SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

7.1. Meta Territorial:

- Implementar en el municipio la promoción de la alimentación y nutrición sana, fomentando la lactancia materna y desarrollar vigilancia nutricional en menores de 12 años y gestantes.
- Promoción y protección de la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad y alimentación complementaria en los primeros dos años de vida con asesoría nutricional y suministro de alimentos ricos en nutrientes adecuados para niños y niñas entre 6 meses y 5 años de edad, en el marco de la estrategia AIEPI
- Educación sanitaria a personal de la salud, madres y cuidadores de los niños para evaluar y tratar la rehidratación oral y la dificultad respiratoria., en el marco de la estrategia AIEPI.
- Incrementar la cobertura municipal de controles de crecimiento y desarrollo en el Hospital Local de niñ@s menores de 10 años.

8. PROMOCIONAR LA SEGURIDAD LABORAL Y OCUPACIONAL

8.1. Meta Territorial

- Promover los derechos y deberes de los afiliados a riesgos profesionales.
- Divulgar los aspectos relevantes de la Estrategia ambientes laborales saludables.
- Promocionar la construcción de entornos saludables para la salud laboral y ocupacional y control de los riesgos
- Intervenciones colectivas de sensibilización para la prevención del trabajo infantil

9. VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA

- Difusión en el municipio la situación de salud de manera periódica utilizando el espacio de los Comités de Vigilancia Epidemiológica.
- Generación del 50% de capacidad municipal de respuesta ante emergencias complejas sanitaria de impacto en Obando Valle.
- Lineamientos técnicos nacionales y capacitación del recurso humano encargado de las acciones de vigilancia para el desarrollo de análisis de riesgos, monitoreo de estado de situación integrada de salud en el municipio.
- Desarrollo de los planes e infraestructura para garantizar la capacidad de respuesta ante emergencias complejas sanitaria de impacto.
- Desarrollo de lineamientos técnicos para impulsar acciones de monitoreo y control epidemiológico comunitario.

10. MEJORAR LA GESTIÓN INTEGRAL DE LAS COMPETENCIAS Y FUNCIONES EN SALUD PÚBLICA

- Fortalecer la regulación y fiscalización de las acciones de salud.
- Ampliar la cobertura de aseguramiento al régimen subsidiado.
- Fortalecer la gestión integral en salud para la implementación y desarrollo del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en el Hospital Local Obando E.S.E

11. LÍNEAS DE POLÍTICA PROMOCIÓN DE LA SALUD Y LA CALIDAD DE VIDA

Es el conjunto de procesos, estrategias, procedimientos, intervenciones y actividades municipales que buscan facilitar los medios y mecanismos para que las personas transformen los comportamientos individuales y grupales que afectan la salud y calidad de vida.

Requieren el desarrollo de estrategias intersectoriales, de empoderamiento social, de movilización social y política, con el fin de modificar los determinantes de la salud, reducir las inequidades y mejorar la calidad de vida.

Requieren el desarrollo de estrategias intersectoriales, de empoderamiento social, de movilización social y política, con el fin de modificar los determinantes de la salud, reducir las inequidades y mejorar la calidad de vida. Su objetivo es fomentar las capacidades humanas y generar una “cultura de la salud” (generar capacidad de manejar el riesgo).

PROTECCIÓN DE LOS RIESGOS PARA LA SALUD DE LAS POBLACIONES

Grupo de procesos, estrategias, procedimientos, intervenciones y actividades que buscan proteger a la población e individuos frente a los riesgos y amenazas prevenibles para la salud, mediante el desarrollo de estrategias, actividades, procedimientos e intervenciones de prevención y control.

Busca minimizar la pérdida de bienestar, mitigando o reduciendo al mínimo la probabilidad de daño, mediante intervenciones preventivas que son compartidas entre el Estado, la comunidad y las aseguradoras y, los sectores cuyas acciones afectan la salud de las personas.
Garantiza la protección individual y familiar por ciclo vital y para los grupos de enfermedades incluidas en el plan obligatorio de salud del régimen contributivo, subsidiado, clasificados como: Grupo I (enfermedades transmisibles, afecciones maternas y perinatales, y carencias nutricionales); Grupo II (enfermedades no transmisibles) y Grupo III (lesiones de causa externa y violencia) , mediante el desarrollo de acciones en todos los niveles de atención de: promoción de la salud, detección temprana, protección específica de los factores de riesgo individuales y familiares que incidan sobre los determinantes (biológicos y del comportamiento) y atención en salud (sin barreras y prestación con calidad) y la atención de urgencias y emergencias y desastres.

RECUPERACIÓN DE LOS DAÑOS EN LA SALUD.

Procesos, estrategias, procedimientos, intervenciones y actividades definidos en el plan obligatorio de salud que buscan recuperar la salud y superar los daños ocurridos en las poblaciones e individuos, mediante el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las lesiones y secuelas causadas por las enfermedades y traumatismos y el acceso a redes de protección.
Involucra acciones de prevención primaria para recuperar la salud.

MONICA ALEJANDRA ORTIZ
Gerente
Hospital Local de Obando