

Plan Decenal de Salud Pública

2012 - 2021



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

Bogotá, Marzo 15 de 2013

Plan Decenal de Salud Pública, PDSP, 2012 - 2021

ISBN _____

Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021: *La salud en Colombia la construyes tú*

Ministerio de Salud y Protección Social

Coordinación Editorial

Grupo de Comunicaciones

Corrección de Estilo

Adriana Llano Restrepo

Diseño y Diagramación

Imprenta Nacional de Colombia

© Ministerio de Salud y Protección Social

Carrera 13 No. 32- 76

PBX: (57-1) 330 50 00

FAX: (57-1) 330 50 50

Línea de atención nacional gratuita: 018000 91 00 97. Lunes a Viernes de 8:00 a.m. a 5:30 p.m.

Bogotá D.C., Colombia

ALEJANDRO GAVIRIA URIBE

Ministro de Salud y Protección Social

NORMAN JULIO MUÑOZ MUÑOZ

Viceministro de Protección Social

FERNANDO RUÍZ GÓMEZ

Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

MARTHA LUCÍA OSPINA MARTÍNEZ

Directora de Epidemiología y Demografía

LENIS ENRIQUE URQUIJO VELÁSQUEZ

Director de Promoción y Prevención

JOSÉ FERNANDO ARIAS DUARTE

Director de Prestación de Servicios y Atención Primaria

LUIS CARLOS ORTÍZ MONSALVE

Director de Desarrollo del Talento Humano en Salud

NANCY ROCÍO HUERTAS

Directora de Medicamentos y Tecnologías en Salud

LUIS GONZALO MORALES SÁNCHEZ

Director de Aseguramiento en Salud, Riesgos Profesionales y Pensiones

CARMEN EUGENIA DÁVILA

Directora de Financiamiento Sectorial

JOSÉ OSWALDO BONILLA

Director de la Administración de Fondos de la Protección Social

Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021:

La salud en Colombia la construyes tú

Fernando Carrillo Flórez
Ministro del Interior
María Ángela Holguín
Ministra de Relaciones Exteriores
María Fernanda Campo Saavedra
Ministra de Educación Nacional
Mariana Garcés Córdoba
Ministra de Cultura
Mauricio Cárdenas Santamaría
Ministro de Hacienda y Crédito Público
Rafael Pardo Rueda
Ministro de Trabajo
Cecilia Álvarez Correa
Ministra de Transporte
Diego Molano Vega
Ministro de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones
Federico Rengifo
Ministro de Minas y Energía
Germán Vargas Lleras
Ministro de Vivienda, Ciudad y Territorio
Juan Camilo Restrepo
Ministro de Agricultura
Juan Carlos Pinzón Bueno
Ministro de Defensa Nacional
Juan Gabriel Uribe Vegalara
Ministro de Ambiente y Desarrollo Sostenible
Ruth Stella Correa Palacio
Ministra de Justicia y del Derecho
Sergio Díaz-Granados
Ministro de Comercio, Industria y Turismo
Mauricio Santamaría Salamanca
Director Departamento Nacional de Planeación, DNP
Bruce Mac Master Rojas
Director Departamento Administrativo para la Prosperidad Social, DPS
Diego Molano Aponte
Director ICBF
Álvaro Alejandro Eder Garcés
Alto Consejero para la Reintegración, ACR
Cristina Plazas Michelsen
Alta Consejera para la Equidad de la Mujer
Sergio Jaramillo Caro
Alto Consejero para la Paz
Sandra Bessudo Lion
Alta Consejero para la Gestión Ambiental
María Cristina Trujillo
Alta Consejera para Programas Especiales
Alejandro Char Chaljub
Alto Consejero para las Regiones y la Participación Ciudadana
Francisco José Lloreda
Alto Consejero para la Convivencia Ciudadana

Equipo Técnico de la Dirección de Epidemiología y Demografía

Jacqueline Acosta De La Hoz
Jose Ivo Montaña Caicedo
Maria Mercedes Muñoz
Victor Hugo Alvarez Castaño
Adriana Llano Restrepo
Ana Carolina Estupiñan Galindo
Andrés Fernando Alvarado Garzón
Angelica Nohelia Molina Rivera
Arlin Martha Bibiana Pérez Hernández
Andrea Johanna Avella Tolosa
César Augusto Jaramillo Martínez
Claudia Milena Cuellar Segura
Claudia Marcela Moreno Segura
Javier Rios Plata
Jorge Eliecer Gonzales
Juan Carlos Rivillas
Luz Amanda Morales Pereira
Luz Estella Esguerra Bohórquez
Luz Stella Rios Marín
Maria Belén Jaimes Sanabria
Maria Isabel Schotborgh
Melissa Catalina Córdoba Asprilla
Nancy Londoño de Montoya
Nidia Bello Delgado
Patricia Roza Lesmes
Rafael José Miranda Jimenez
Sandra Liliana Fuentes
Sonia Carolina Mogollon
Sonia Liliana Guzmán
Wilmer Muñoz Otero

Equipo Técnico de la Dirección de Promoción y Prevención

Adriana Estrada Estrada
Aldemar Parra Espitia
Alejandra Castillo Angulo
Alejandra Cárdenas Pinilla
Ana de Carmen Castañeda C.
Ana Betty Higuera Pérez
Ana Margaret Raba Sierra
Ana Ruth Ramírez Guzmán
Andrea Soler Galindo
Ana Maria León Taborda
Andres Motta Cabrera
Anyul Milena Vera Rey
Arturo Díaz Gómez
Andrea Yanira Rodriguez Rodríguez
Blanca Cecilia Hernandez Torres
Blanca Cristina Olarte Pinilla
Carmen Elisa Ojeda jurado
César Augusto Castiblanco Montañez
Carol Andrea Castellanos Morales
Claribel Rodriguez Norato
Claudia Fabiola Rey Sarmiento
Claudia Patricia Moreno Barrera
Constanza Castilla
Daniel Alberto Rubio Barrios
Dayana Gómez M.
Diana Agudelo Camacho
Diana Alcira Lozano Ramírez
Diva J. Moreno López
Elkin de Jesús Osorio Saldarriaga
Erika Ramirez Gordillo

Ernesto Moreno Naranjo
Esperanza Lara
Fernando Ramírez Campos
Freddy Wilmer Becerra Rozzo
Germán Gallego Vega
Giovanny Cifuentes Rodriguez
Gloria Puerta Hoyos
Gonzalo Sosa Gutierrez
Gustavo Tovar
Ivan Mauricio Cardenas Cañon
Jairo Hernandez Marquez
Jackeline Molina Villanueva
Jasblehidy Lizarazo Bejarano
Jasmithd Salcedo Salazar
Javier Isaac Maldonado
Jeaneth Solano Galvis
José F. Valderrama Vergara
Julian Trujillo Trujillo
Julio César Padilla Rodríguez
Karina Paola Ballen Granados
Lina Marcela Guerrero
Lorena Viviana Calderón Pinzón
Lorenza Becerra Camargo
Lorenza Ospino Rodriguez
Luz Angela Ochoa Cubillos
Maria Inés Bohorquez Luque
Marcela Enciso Gaitan
Marcela Hayde Galeano Castillo
Margaret Raba Sierra
Margarita Garcia Salazar
Margarita Bernal Vélez
Martha Imelda Linero de Duque
Mauricio Vera Soto
Nidia Isabel Molano Cubillos
Nestor Vera Nieto
Omaira Roldan Sanchez
Oscar Alejandro Marín Quintero
Oscar Mauricio Niño Novoa
Patricia Caro Jiménez
Patricia Gonzalez Varela
Ricardo Luque Nuñez
Roberto Pua
Rodrigo Lopera Isaza
Sandra Tovar Valencia
Sara Janeth Torres
Yenny Velosa Melgarejo
Yolima Reyes Pinto

Equipo Técnico de Análisis Cualitativo

Jacqueline Acosta De La Hoz
Dora Cardona
Catalina Roberto Dussán
Eduardo Salamanca Mahecha
Adriana Estrada Estrada
Sara Torres Muñoz
Yenny Consuelo Velosa Melgarejo
Andrea Yanira Rodriguez Rodriguez
Rodrigo Lopera Isaza
Sandra Liliana Fuentes
Nidia Bello Delgado
Rafael José Miranda Jimenez
César Augusto Jaramillo Martínez
Arlin Martha Bibiana Pérez Hernández
Jorge Gonzalez Díaz
Oscar Rivera

Yadira Escobar

Asesores ad hoc para el Análisis Cualitativo. Universidad Nacional de Colombia

Luis Carlos Trujillo Falla
Clemencia Navarro

Equipo Técnico de la Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y desastres

Xandra Catalina Santamaría Villegas
Teresa del Pilar Sarmiento López
Diana Sofía Canencio

Equipo Técnico de la Dirección de Promoción Social

Sandra Maritza Escobar Díaz
Ana Milena Montes Cruz
Clemencia Nieto Alzate
Amanda Valdez Soler
Gina Carriori Denyer
Rocio Gutierrez Méndez
Josue Lucio Robles Olarte
Amanda Valdés Soler
Rocío Gutiérrez Mendez

Equipo Técnico de la Dirección de Financiamiento

Lina Maria Camero Nader
Omar Guaje Miranda
Marcela Gil Helffhritz

Dirección Técnica

Jacqueline Acosta De La Hoz

Jefe Oficina de Promoción Social

Susana Helfer Voguel

Jefe Oficina de Tecnologías de la Información y la Comunicación -TIC

Héctor Darío Duque Cifuentes

Jefe Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres

Luis Fernando Correa Serna

Jefe Oficina de Calidad

Jose Luis Ortiz Hoyos

Jefe Oficina de Planeación

Carlos Alberto Díaz Rueda

Director Jurídico

Luis Gabriel Fernández Franco

Secretario General

Gerardo Burgos Bernal

Agradecimientos:

Dra. Orielle Solar H.
[Jefe Gabinete Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud Chile](#)

Dra. Pamela Bernales
Dr. Jaime Andrés Neira
[Secretaría Técnica de Determinantes Sociales de la Salud del Ministerio de Salud Chile](#)

Isabel Cristina Ruiz Buitrago
María Elena Mora Gonzalez
[Consultoras Externas Ministerio de Salud y Protección Social](#)

Tatiana Eugenia Díaz Hernández
Constanza Peralta Castaño
[Asesoras OPS Convenio de Cooperación con Ministerio de Salud y Protección Social línea Gestión Integral en Salud Pública](#)

Carlos Eduardo Castro Hoyos. Director Técnico
Nodier Martín Ferro. Director Operativo
Gerardo Ernesto Mejía Alfaro. Director Administrativo
Juan Abel Lara. Director Financiero
[Directores Nacionales UNIDECENAL](#)

Luis Carlos Delgado Hernández. Coordinador Técnico
Alfonso Figueroa Meluk. Coordinador Operativo
Nelly Astrid Moreno Silva. Coordinadora Administrativa
Luis Carlos Delgado Hernández. Coordinador Técnico
Adriana Marcela Uribe Sendoya. Líder Grupo
María Isabel Torrijos Cadena. Líder Grupo
Lady Andrea Huertas Carranza. Líder Grupo
Ingrid Vanessa Rojas Ruiz. Líder Grupo
[Equipo Universidad Nacional de Colombia](#)

Luis Alberto Tafur Calderón. Coordinador Técnico
Constanza Díaz Grajales. Coordinadora Administrativa
Nicolás Ortiz Ruiz. Coordinador Pacífico.
Lucy Amparo Guzman Gonzalez
Karla Mayerling Paz Ledesma
[Equipo Universidad del Valle - UNIDECENAL](#)

Astrid Berena Herrera López. Coordinadora Técnica
Alonso Lozano Mantilla. Coordinador Administrativo
Carolina Rivero Rubio. Coordinadora Operativa
Astrid Natalia Paez. Líder Grupo
Wilman David Salgado Olivero. Líder Grupo
[Equipo Universidad Industrial de Santander. UIS- UNIDECENAL](#)

Edgar Martín Ferro. Coordinador Técnico
Diana Carolina Mesa Lopera. Coordinadora Administrativa
Cristina María Mejía Merino. Coordinadora Operativa
Dione de Jesús Benjumea Bedoya. Líder Grupo
Nidia Edila Guevara Barbosa. Líder Grupo
[Equipo Universidad de Antioquia - UNIDECENAL](#)

Tabla de contenido

1.	ANTECEDENTES	14
2.	METODOLOGÍA.....	21
3.	MARCO CONCEPTUAL	25
4.1.	Enfoques Conceptuales.....	26
4.2.	Diseño estratégico.....	38
4.3.	Líneas operativas.....	41
4.	RESULTADOS DE LA CONSULTA CIUDADANA.....	42
5.	ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD COLOMBIA 2010	50
6.	OBJETIVOS ESTRATÉGICOS PDSP 2012 – 2021.....	73
6.1	Alcanzar mayor equidad en salud	73
6.2	Mejorar las condiciones de vida y salud de la población.....	74
6.3	Cero tolerancia con la morbilidad, la mortalidad y la discapacidad evitables	74
8.	DIMENSIONES PRIORITARIAS	75
8.1.	Salud Ambiental	75
8.1.1.	Definición	75
8.1.2.	Objetivos de la dimensión.....	75
8.1.3.	Componentes	76
8.1.3.1.	Hábitat Saludable	76
8.1.3.2.	Situaciones en salud relacionadas con condiciones ambientales.....	83
8.1.3.3.	Protección de la salud en los trabajadores	86
8.2.	Vida Saludable y condiciones no transmisibles.....	88
8.2.1.	Definición	88
8.2.2.	Objetivos de la dimensión.....	88
8.2.3.	Componentes	88
8.2.3.1.	Modos, condiciones y estilos de vida saludables.....	89
8.2.3.2.	Condiciones Crónicas Prevalentes.....	92
8.2.3.3.	Protección de la salud en los trabajadores.....	96
8.3.	Convivencia social y salud mental.....	98

8.3.1.	Definición	98
8.3.2.	Objetivos de la dimensión	98
8.3.3.	Componentes	98
8.3.3.1.	Promoción de la salud mental y la convivencia	98
8.3.3.2.	Prevención y atención integral a problemas y trastornos mentales y las diferentes formas de la violencia.	101
8.4.	Seguridad Alimentaria y Nutricional	103
8.4.1.	Definición	103
8.4.2.	Objetivo de la dimensión	103
8.4.3.	Componentes	104
8.4.3.1.	Disponibilidad y acceso a los alimentos.	104
8.4.3.2.	Consumo y aprovechamiento biológico de alimentos	106
8.4.3.3.	Inocuidad y calidad de los alimentos	108
8.5.	Derechos y sexualidad.....	110
8.5.1.	Definición	110
8.5.2.	Objetivo de la dimensión	110
8.5.3.	Componentes	110
8.5.3.1.	Promoción de los derechos sexuales y reproductivos y la equidad de género ..	110
8.5.3.2.	Prevención y atención integral en Salud Sexual y Reproductiva desde un enfoque de derechos.....	113
8.6.	Vida saludable libre de enfermedades transmisibles	118
8.6.1.	Definición	118
8.6.2.	Objetivo de la dimensión	119
8.6.3.	Metas.....	119
8.6.4.	Componentes	119
8.6.4.1.	Enfermedades emergentes, re-emergentes y desatendidas	119
8.6.4.2.	Enfermedades inmunoprevenible.....	123
8.6.4.3.	Condiciones y situaciones endemo - epidémicas.....	123
8.7.	Salud Pública en emergencias y desastres	127
8.7.1.	Definición	127
8.7.2.	Objetivo de la dimensión	127
8.7.3.	Componentes	127

8.7.3.1.	Gestión integral de riesgos en emergencias y desastres	127
8.7.3.2.	Respuesta en salud ante situaciones de emergencias y desastres	128
9.	DIMENSIONES TRANSVERSALES	129
9.1	Gestión diferencial de poblaciones vulnerables	129
9.1.3	Vulnerabilidad en la Infancia y Adolescencia	131
8.7.4.	Objetivo General	132
8.7.5.	Componentes	132
8.7.5.1.	Componente: Políticas públicas que favorecen el desarrollo y la garantía de los derechos de niñas, niños y adolescentes.	132
8.7.5.2.	Componente: Movilización social y participación de niñas, niños y adolescentes para la exigibilidad de sus derechos.....	134
8.7.5.3.	Componente: Desarrollo integral de niñas, niños y adolescentes.....	135
8.7.5.4.	Componente: Atención integral y diferencial de las niñas, niños y adolescentes en el entorno de los servicios de salud.	136
8.7.5.5.	Componente: Entornos saludables que favorecen el desarrollo de niñas, niños y adolescentes.....	139
9.1.2	Vulnerabilidad en adultos mayores y población en envejecimiento.	140
9.1.2.1	Reconocimiento de los efectos del envejecimiento demográfico y de la dinámica poblacional en el desarrollo económico y social del país.	140
9.1.2.2	Promoción del envejecimiento activo y fomento de una cultura positiva de la vejez	142
9.1.2.3	Adaptación y respuesta integral de la institucionalidad responsable de la protección y atención de la población mayor.....	144
9.1.2.4	Fortalecimiento de la institucionalidad para responder equitativamente al goce efectivo de derechos, las necesidades y demandas de las personas mayores.....	145
9.1.2.5	Desarrollo de un sistema de calidad en las instituciones de protección y promoción social.....	146
9.1.3	Vulnerabilidad asociada al género	147
9.1.4	Vulnerabilidad asociada a la Pertenencia Étnica.....	148
9.1.5	Vulnerabilidad asociada a condiciones de discapacidad	150
9.1.5.1	Articulación y Gestión Intersectorial.....	151
9.1.5.2	Atención integral en salud para las personas con discapacidad bajo el enfoque diferencial.....	152
9.1.5.3	Movilización de voluntades políticas para desarrollar proyectos de inversión social	152
9.1.5.4	Promoción de trato digno hacia las personas con discapacidad	153

9.1.5.5 Educación y comunicación en Salud	153
9.1.5.6 Gestión de la información y el conocimiento en discapacidad.....	154
9.1.5.7 Formación de recurso humano para atención de las personas con discapacidad	155
9.1.6 Población Víctima del Conflicto Armado.....	155
9.2 Gestión para el fortalecimiento institucional y de los servicios de salud	156
9.2.1 Estrategias para Fortalecimiento de la rectoría del sistema general de salud	157
9.2.2 Estrategias para el Fortalecimiento de la conducción	158
9.2.3 Estrategias para Garantía del aseguramiento y provisión de servicios de salud.	159
9.2.4 Estrategias para asegurar fortalecer la gestión administrativa y financiera del sector salud	159
10. RESPONSABILIDADES DE LOS ACTORES EN EL PDSP, 2012 - 2021	159
10.1 De la Nación	159
10.2 De los actores intersectoriales y transectoriales	161
10.3 Departamentos y Distritos	161
10.4 De los municipios categoría E, 1, 2 y 3	164
10.5 De los municipios categoría 4, 5, y 6.....	166
10.6 De las Entidades Promotoras de Salud EPS.....	168
10.7 De las instituciones prestadoras de salud	169
10.8 De las Administradoras de Riesgos Laborales - ARL.....	169
10.9 De la comunidad.....	170
11. FINANCIACIÓN DEL PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA, 2012 - 2012	170
12. EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	175
BIBLIOGRAFÍA.....	178
ANEXOS	181
Anexo 1. Indicadores por dimensión.....	181
Anexo 2. Línea de tiempo formulación PDSP 2012 – 2021	184
Anexo 3. Registro de voces ciudadanas en la consulta regional.....	188
Anexo 4. Información de soporte del Análisis de situación de salud.....	202

INTRODUCCIÓN

En materia social, Colombia enfrenta el gran desafío de articular el desarrollo económico con el social, para lograrlo, el Plan Nacional de Desarrollo 2010 – 2014 (Departamento Nacional de Planeación, DNP, 2011) cimienta la **prosperidad para todos** en ocho grandes pilares: convergencia y desarrollo regional, crecimiento y competitividad, igualdad de oportunidades, consolidación de la paz, innovación, sostenibilidad ambiental, buen gobierno y relevancia internacional. De acuerdo con el Plan Nacional de Desarrollo 2010 – 2014, Colombia enfrenta grandes retos en el tema de salud pública, muchos de ellos originados en las grandes diferencias que existen entre regiones y entre grupos poblacionales: “(...) si bien la política de salud pública, y sus instrumentos, reconocen las diferencias territoriales, en muchos casos la gestión departamental y municipal evidencia debilidades en eficiencia, priorización y focalización de los recursos disponibles, lo que contribuye a la persistencia de disparidades entre regiones y entidades territoriales”. El Plan Decenal de Salud Pública, PDSP, 2012 – 2021 es una apuesta política por la equidad en salud (Whitehead, 1992), entendida como la “ausencia de diferencias en salud entre grupos sociales consideradas innecesarias, evitables e injustas”. Esto implica que la equidad en salud se logra cuando todas las personas alcanzan su potencial de salud independientemente de sus condiciones sociales, culturales y económicas.

El Plan Decenal de Salud Pública, PDSP, 2012 – 2021, es producto del Plan Nacional de Desarrollo 2010 – 2014 y busca la reducción de la inequidad en salud planteando los siguientes objetivos: garantizar el goce efectivo del derecho a la salud para todos, mejorar las condiciones de vida que modifican la situación de salud y disminuyen la carga de enfermedad existente manteniendo cero tolerancia frente a la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad evitables. Uno de los mayores desafíos del Plan Decenal de Salud Pública, PDSP, 2012 – 2021, es afianzar el concepto de salud como el resultado de la interacción armónica de las condiciones biológicas, mentales, sociales y culturales del individuo, así como con su entorno y con la sociedad, a fin de poder acceder a un mejor nivel de bienestar como condición esencial para la vida.

Como la salud pública es un compromiso de la sociedad con su ideal de salud, el Plan Decenal de Salud Pública, PDSP, 2012 – 2021 es un pacto social y un mandato ciudadano que define la actuación articulada entre actores y sectores públicos, privados y comunitarios para crear condiciones que garanticen el bienestar integral y la calidad de vida en Colombia. El Plan Decenal de Salud Pública, PDSP, 2012 – 2021, es la carta de navegación que plantea la línea de trabajo para dar respuesta a los desafíos actuales en salud pública y consolidar, en el marco del sistema de protección social, las capacidades técnicas en los ámbitos nacional y territorial para la planeación, ejecución, seguimiento y evaluación de las intervenciones, de acuerdo con los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ONU O. d., 2000); así mismo, plantea estrategias de intervención colectiva e individual, que involucran tanto al sector salud como a otros sectores, dentro y fuera de los servicios de salud.

Al Ministerio de Salud y Protección Social le corresponde la rectoría en el proceso de construcción del Plan Decenal de Salud Pública, PDSP, 2012 – 2021, de acuerdo con la Ley 1438 de 2011 (Colombia C. d., 2011); sin embargo, su ejecución implica un liderazgo territorial de gobernadores y alcaldes, para lograr integración y compromiso de todos los sectores y actores en su territorio, con el fin de armonizar la concurrencia de recursos y obligaciones de otros sectores relacionados con la salud pública, así como el desarrollo de estrategias intersectoriales que impacten los determinantes sociales y económicos de la salud.

El Plan Decenal de Salud Pública, PDSP, 2012 – 2021, es indicativo y contiene los principios rectores de política y las acciones fundamentales de intervención del entorno, de los comportamientos, de los servicios de salud y de la participación social; los gobiernos departamentales, distritales y locales deben adaptarlo a su propia problemática y gestionarlo para su ejecución. Es integral, porque se plantea partiendo de dimensiones prioritarias para la vida de toda persona; y es iterativo, porque deberá ser reorientado permanentemente a partir de la evaluación de sus propios resultados y de los cambios ocurridos en el entorno social enmarcado en el proceso de planeación territorial definido en la Ley 152 de 1994 (Colombia, Congreso de la República de, 1994).

El Plan Decenal de Salud Pública, PDSP, 2012 – 2021, se construye con base en la mejor evidencia científica existente en la literatura nacional e internacional, respecto a las intervenciones y estrategias que logran beneficios y simultáneamente con el aporte obtenido de una amplia participación ciudadana y comunitaria nacional, sectorial e intersectorial.

El Plan Decenal de Salud Pública, PDSP, 2012 – 2021, incorpora diferentes enfoques complementarios: el enfoque de derechos; el enfoque de perspectiva de género y ciclo de vida (persona mayor, adultez, juventud y niñez); el enfoque diferencial (considerando las necesidades específicas de las poblaciones con discapacidad, de las víctimas de la violencia y de los grupos étnicos) y el enfoque de Determinantes Sociales de Salud (DSS), dado que las inequidades en salud están determinadas por procesos, que hacen referencia a las condiciones en las cuales las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen y han sido reconocidas como el problema de fondo dominante en la situación de salud en las Américas, a lo cual no escapa Colombia.

Así mismo, como el Plan Nacional de Desarrollo 2010 -2014, (Departamento Nacional de Planeación, DNP, 2011) está planteado con enfoque regional y reconoce las diferencias como referencia obligada para formular políticas públicas y programas acordes con las características y capacidades específicas y las particularidades de sus diversos grupos poblacionales (Colombia C. d., Ley 1450, 2011). El Plan Decenal de Salud Pública, PDSP, 2012 – 2021, está construido desde la mirada de las regiones definidas para efectos de la formulación: Amazonía- Orinoquía (Amazonas, Caquetá, Guainía, Guaviare y Vaupés); Bogotá –Cundinamarca; Caribe e insular (Atlántico, Cesar, Córdoba, Bolívar, Magdalena, la Guajira, San Andrés Islas y Sucre); Central (Antioquia, Caldas, Huila, Risaralda, Tolima y Quindío), Oriental (Arauca, Boyacá, Casanare, Meta, Norte de Santander, Santander y Vichada); del Pacífico (Cauca, Chocó, Nariño, Valle del Cauca, Putumayo).

La construcción del Plan Decenal de Salud Pública, PDSP, 2012 – 2021, es un hito como ejercicio de movilización social sin precedentes en Colombia. En la consulta poblacional los ciudadanos y ciudadanas validaron el Plan Decenal de Salud Pública, PDSP, 2012 – 2021, como la expresión concreta de la política de Estado que reconoce la salud como un derecho interdependiente y dimensión central del desarrollo humano. Así mismo, se resalta la participación articulada entre sectores, actores, comunidad e individuos responsables de la intervención efectiva y positiva de los procesos de salud enfermedad, a través del abordaje de los determinantes sociales, con el fin de crear condiciones que garanticen el bienestar integral y la calidad de vida en Colombia.

1. ANTECEDENTES

El Plan Decenal de Salud Pública, PDSP, 2012 – 2021 se sustenta y se articula en normas y políticas nacionales e internacionales. La Constitución Política de 1991 (Congreso de la República de Colombia, 1991), establece que Colombia es un Estado Social de Derecho, organizado de forma descentralizada, con autonomía de sus entidades territoriales, participativa y pluralista, fundada en el respeto de la dignidad humana y solidaria con las personas.

Gracias a la Ley 10 de 1990 (Congreso de la República de Colombia, 1990) y a la Ley 60 de 1993 (Congreso de la República de Colombia, 1993), se inicia el fortalecimiento y la descentralización del servicio público en salud, así como el empoderamiento de las entidades territoriales y la Nación. Con la expedición de la Ley 100 de 1993 (Colombia C. d., Ley 100, 1993), se crea el Sistema General de Seguridad Social Integral, con el fin de garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana. En este mismo camino las entidades nacionales y territoriales están orientadas, de acuerdo con la Ley 152 de 1994 (Congreso de la República de Colombia, 1994), y la Resolución 5165 de 1994 (Social M. d., 1994), a elaborar, aprobar, ejecutar, seguir, evaluar y controlar las acciones en un plan de desarrollo, que involucra las orientaciones de los diferentes sectores sociales y del desarrollo territorial. El Plan Nacional de Desarrollo 2010 - 2014 (Departamento Nacional de Planeación, DNP, 2011), integra las políticas, estrategias y programas que son de interés mutuo y le dan coherencia a las acciones gubernamentales.

En 2001, con la Ley 715 (Congreso de la República de Colombia, 2001) se define la distribución de los recursos del Sistema General de Participaciones y las competencias de las entidades territoriales en educación y salud, entre otras y se establece la obligatoriedad de la Nación y de las entidades territoriales para priorizar, a partir de la situación de salud en el territorio, las acciones, y a elaborar un Plan de Atención Básica, con la participación de la comunidad y bajo la dirección del Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud. Posteriormente el país, con base en los resultados acumulados en el sistema y mediante la Ley 1122 de 2007 (Congreso de la República de Colombia, 2007), señala que el propósito fundamental es mejorar la prestación de servicios de salud a los usuarios, fortalecer los programas de salud pública, las funciones de inspección, vigilancia y control, organizar el funcionamiento de las redes para la prestación de servicios de salud y hacer reformas en aspectos de dirección, universalización, financiación y equilibrio entre los actores del sistema, así como establecer los mecanismos para la evaluación a través de indicadores de gestión y resultados en salud y bienestar de todos los actores del Sistema.

El Plan Nacional de Salud Pública 2007 – 2010, que se adopta mediante el Decreto 3039 de 2007 (Social M. d., Plan Nacional de Salud Pública 2007 - 2010, 2007), integra el mandato constitucional del derecho a la salud bajo diversos enfoques conceptuales, con el objetivo de mejorar las condiciones de salud, bienestar y calidad de vida de la población colombiana. Define las prioridades, los objetivos, las metas y las estrategias en salud, en coherencia con los indicadores de situación de salud, las políticas de salud nacionales, los tratados y convenios internacionales suscritos por el país y las políticas sociales transversales de otros sectores y determina las responsabilidades en salud pública a cargo de la Nación, de las entidades territoriales y de todos los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS, que se complementan con las acciones de los otros sectores, definidas en el plan nacional de desarrollo y en los planes de desarrollo territorial.

Dada la necesidad de adoptar la metodología para la elaboración, la ejecución, el seguimiento, la evaluación y el control del Plan de Salud Territorial y de las acciones que integran el Plan Nacional de Salud Pública 2007 – 2010 a las intervenciones colectivas a cargo de las entidades territoriales, el Ministerio de la Protección Social expide la Resolución 425 de 2008 (Social M. d., Resolución 425, 2008), la cual considera que el Plan Nacional de Salud Pública 2007 – 2010 debe estar integrado por seis ejes: aseguramiento, prestación y desarrollo de servicios de salud, salud pública, promoción social, prevención, vigilancia y control de riesgos profesionales y emergencias y desastres.

El Congreso de la República expide la Ley 1438 de 2011 (Congreso de la República de Colombia, 2011), por la cual se reforma el SGSSS y se dictan otras disposiciones. Esta ley busca fortalecer 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, incluyente y equitativos, con el objetivo de que el centro de todos los esfuerzos sean los residentes en el país; incluye además, la universalización del aseguramiento, la unificación del plan de beneficios y la portabilidad o prestación de servicios en cualquier lugar del país, preservando la sostenibilidad financiera del sistema. En el artículo 6° la Ley 1438 de 2011 (Congreso de la República de Colombia, 2011) determina que el Ministerio de la Protección Social debe elaborar un Plan Decenal de Salud Pública a través de un proceso amplio de participación social de acuerdo con la organización, las modalidades y las formas establecidas en el Decreto 1757 de 1994 (Presidencia de la República de Colombia, 1994). Se establece que en el PDSP deben confluir las políticas sectoriales para mejorar el estado de salud de la población, incluyendo la salud mental; así mismo, que debe incluir los objetivos, las metas, las acciones, los recursos, los responsables, los indicadores de seguimiento y los mecanismos de evaluación. El Ministerio de Salud y Protección Social, en el marco de las competencias otorgadas por el Decreto 4107 de 2011 (Presidencia de la República de Colombia, 2011), aprueba en mayo de 2011 el proceso técnico para formular y adoptar el Plan Decenal de Salud Pública, PDSP, 2012 - 2021.

El PDSP se enmarca en el derecho fundamental a la salud establecido en la Constitución Política de 1991 (Congreso de la República de Colombia, 1991) y en la Sentencia T-760 de 2008 de la Honorable Corte Constitucional, en la Ley 1450 de 2011 (Congreso de la República de Colombia, 2011). Desde la acción intersectorial y con la participación social, se espera generar sinergias público privadas para la búsqueda de igualdad de oportunidades para la prosperidad social, a través de las Políticas de Promoción Social: Red para la superación de la pobreza extrema y la Política para la población víctima del desplazamiento forzado por la violencia; políticas diferenciales para grupos étnicos y género y la Política Integral de Desarrollo y Protección Social para la primera infancia, niñez, adolescencia y juventud; formación del capital humano; acceso y calidad en salud universal y sostenible; empleabilidad, emprendimiento y generación de ingresos; promoción de la cultura, el deporte y la recreación.

En este contexto, en el PDSP deben confluir políticas sectoriales e intersectoriales, concertadas y coordinadas, que permitan impactar positivamente los determinantes sociales, aspectos contenidos en la Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de Salud de Río de Janeiro 2011 (OMS, 19 a 21 de octubre de 2011) y la Declaración de Adelaida sobre Salud en todas las Políticas (OMS, 2010), con el fin de mejorar la gobernanza en pro de la salud y el bienestar, en la nación y el territorio, la educación, la convivencia, la cultura, la justicia, el ingreso y el trabajo, la

agricultura, la alimentación, el transporte, la infraestructura, la vivienda y el medio ambiente sostenible.

En la búsqueda para alcanzar mayor equidad en salud y desarrollo humano sostenible, construir capital humano y disminuir la vulnerabilidad social, el PDSP también incorpora las políticas nacionales e internacionales dirigidas a los grupos poblacionales, especialmente a los niños, niñas, adolescentes, jóvenes y adultos mayores, mujeres víctimas de maltrato y otras clases de violencia de género, víctimas del conflicto, personas con discapacidad y grupos étnicos.

Con el fin de mejorar la calidad de vida de la población y los indicadores de salud en el marco de los determinantes sociales, el PDSP incluye políticas internacionales, compromisos y convenios suscritos por el país, tanto con los países fronterizos, como en el ámbito internacional, entre los que tiene primordial relevancia el de los Objetivos de Desarrollo del Milenio - ODM (ONU, Objetivos de Desarrollo del Milenio, ODM, 2000); la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (ONU, Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, 1994); la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer llevada a cabo en Beijing 1995 (ONU, Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, 1995); el Convenio Marco para el Control del Tabaco (OMS, 2003); Acuerdo 0414 de 2007 Convenio de Cooperación Internacional para la implementación de Bancos de Leche Humana BLH; el protocolo de Kioto de la Convención Marco de Naciones Unidas sobre el Cambio Climático (Unidas, Convención Marco sobre el cambio climático, 1992); el Convenio de Basilea sobre el control de los movimientos transfronterizos de residuos peligrosos (Colombia, Ley 253, 1996); el Reglamento Sanitario Internacional A/58/55 23 de mayo de 2005, entre otros.

El PDSP también responde a las políticas de salud priorizadas, las cuales son soportadas en el Análisis de la Situación de Salud, cuya formulación y puesta en marcha generan un gran impacto en los indicadores de salud. Dentro de dichas políticas se pueden señalar las estipuladas mediante la Ley 1616 de 2013 de Salud Mental (Congreso de la República de Colombia, 2013); la Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional PSAN (Presidencia de la República de Colombia, 2008); la Política de Derechos Sexuales y Reproductivos; el Plan Estratégico Colombia Libre de Tuberculosis y Lepra 2010 – 2015; el Plan Ampliado de Inmunizaciones; el Plan Estratégico para las Enfermedades Transmitidas por Vectores; la Ley 1523 de 2012 (Congreso de la República de Colombia, 2012) por la cual se adopta la Política Nacional de Gestión de Riesgo de Desastres y se establece el Sistema Nacional de Gestión de Riesgo de Desastre; la Ley 1562 de Riesgos Laborales (Congreso de la República de Colombia, 2012); la Ley 1384 de 2010 (Congreso de la República de Colombia, 2010) que establece acciones para la atención integral del cáncer en Colombia (Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto Nacional de Cancerología, 2013); la Ley 1392 de enfermedades huérfanas; la Resolución 430 de 2013; la Ley 1355 de 2009 de obesidad (Congreso de la República de Colombia, 2009); el Conpes 3550 de 2008 que contiene los lineamientos para la formulación de la política integral de salud ambiental con énfasis en los componentes de calidad de aire, calidad del agua y seguridad química; el Conpes Social 155; la Política Farmacéutica Nacional; Política Nacional de Bancos de Sangre. En cumplimiento de la Ley 1450 de 2001 (Congreso de la República de Colombia, 2001), el PDSP cuenta con un capítulo dedicado a grupos étnicos, que será incorporado como un anexo integral en el transcurso de 2013. Se hace el análisis de políticas, programas y planes que tienen relación con las orientaciones estructurales y funcionales del PDSP, y se reseñan los elementos de articulación más relevantes sobre el cual se ha formulado el PDSP.

Tabla 1. Inventario de la revisión de políticas, normativa y documentos técnicos

Ley 48 de 1986	Estampilla pro dotación y funcionamiento CBA, modificada por la Ley 687 de 2001 y por la Ley 1276 de 2009 centros vida.
Ley 30 de 1986	Estatuto Nacional de Estupefacientes - Decreto 3788 de 1986 reglamentario de la Ley 30 de 1986
De 1987	Protocolo de Montreal
Decreto 2177 de 1989	Por el cual se desarrolla la Ley 82 de 1988, aprobatoria del Convenio No. 159, suscrito con la Organización Internacional del Trabajo, OIT, sobre readaptación profesional y el empleo para personas inválidas.
Decreto 2737 de 1989	Por el cual se expide el Código del Menor
Ley 10 de 1990	Por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones
Ley 21 de 1991	Por medio de la cual se aprueba el Convenio número 169 sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes, adoptado por la 76a. reunión de la Conferencia General de la OIT., Ginebra, 1989.
Ley 715 de 1991	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 de 1991 y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros.
Ley 29 de 1992.	Por medio de la cual se aprueba el Protocolo de Montreal relativo a las sustancias agotadoras de la capa de ozono, suscrito en Montreal el 16 de septiembre de 1987, con sus enmiendas adoptadas en Londres el 29 de junio de 1990 y en Nairobi el 21 de junio de 1991.
Del 9 de mayo de 1992	Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático
Conpes 2793 de 1993	Lineamientos Política envejecimiento y vejez.
Resolución 5165 de 1994	Por medio de la cual se expiden los criterios, parámetros y procedimientos metodológicos para la elaboración y seguimiento de los planes sectoriales y de descentralización de la salud en los Departamentos y Distritos.
Ley 115 1994	Por la cual se expide la Ley General de Educación
Ley 994 de 2005	Por medio de la cual se aprueba el Convenio de Estocolmo sobre Contaminantes Orgánicos Persistentes, Estocolmo, 2001.
Ley 100 de 1993	Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones.
Ley 152 de 1994	Por la cual se establece la Ley Orgánica del Plan de Desarrollo.
Ley 124 de 1994	Por la cual se prohíbe el Expendio de Bebidas Embriagantes a Menores de Edad y se dictan otras disposiciones.
Decreto 1108 de 1994	Por el cual se sistematizan, coordinan y reglamentan algunas disposiciones en relación con el porte y consumo de estupefacientes y sustancias psicotrópicas
Decreto 1757 de 1994	Por el cual se organiza y se establecen las modalidades y formas de participación social en la prestación de servicios de salud, conforme a lo dispuesto en el numeral 1 del artículo 4 del Decreto-Ley 1298 de 1994.

Resolución 5165 de 1994	Por medio de la cual se expiden los criterios, parámetros y procedimientos metodológicos para la elaboración y seguimiento de los planes sectoriales y de descentralización de la salud en los Departamentos y Distritos.
Ley 136 de 1994	Por la cual se dictan normas tendientes a modernizar la organización y el funcionamiento de los municipios.
Ley 361 de 1997	Por la cual se establecen mecanismos de integración social de la personas con limitación y se dictan otras disposiciones
Ley 383 de 1997	Por la cual se expiden normas tendientes a fortalecer la lucha contra la evasión y el contrabando, y se dictan otras disposiciones
Ley 253 de 1996	Por medio de la cual se aprueba el Convenio de Basilea sobre el control de los movimientos transfronterizos de los desechos peligrosos y su eliminación, suscrito en Basilea el 22 de marzo de 1989
Ley 294 de 1996	Por la cual se desarrolla el artículo 42 de la Constitución Política de 1991 y se dictan normas para prevenir, remediar y sancionar la violencia intrafamiliar.
Naciones Unidas 1998	Protocolo de Kioto de la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático
Resolución 2358 de 1998	Resolución 2358 de 1998 por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental. Art. 77 del Decreto 1292 de 1994
Acuerdo 117 de 1998 CNSSS	Por el cual se establece el obligatorio cumplimiento de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y la atención de enfermedades de interés en salud pública.
Ley 629 de 2000	Por medio de la cual se aprueba el Protocolo de Kioto de la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático, del 11 de diciembre de 1997.
Resolución 412 de 2000	Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública
Decreto 330 de 2001	Por el cual se expiden normas para la constitución y funcionamiento de Entidades Promotoras de Salud, conformadas por cabildos y autoridades tradicionales indígenas.
Ley 691 de 2001	Mediante la cual se reglamenta la participación de los Grupos Étnicos en el Sistema General de Seguridad Social en Colombia.
Ley 790 de 2002	Renovación de la Administración Pública
Ley 789 de 2002	Por la cual se dictan normas para apoyar el empleo y ampliar la protección social y se modifican algunos artículos del Código Sustantivo de Trabajo
Ley 745 de 2002	Por la cual se tipifica como contravención el consumo y porte de dosis personal de estupefacientes o sustancias que produzcan dependencia, con peligro
Ley 762 de 2002	Por medio de la cual se aprueba la Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad, suscrita en la ciudad de Guatemala, Guatemala, el siete de junio de 1999.
OMS 2003	El Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco

Ley 906 de 2004	Por la cual se expide el Código de Procedimiento Penal.
Decreto 4175 de 2004	Por el cual se establece la prima de seguridad, se fija un sobresueldo para algunos empleos del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario, INPEC, y se dictan otras disposiciones.
Sentencia T- 025 de 2004	Tutela los derechos de la población en condición de desplazamiento
De 2005	Reglamento Sanitario Internacional
Acuerdo 326 de 2005	Por medio del cual se adoptan algunos lineamientos para la organización y funcionamiento del Régimen Subsidiado de los pueblos indígenas
De 2005	Encuesta Nacional de la Situación en Salud, 2005
Decreto 1538 de 2005	Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 361 de 1997.
Conpes 3375 de 2005	Política Nacional de Sanidad Agropecuaria e Inocuidad de Alimentos para el Sistema de Medidas Sanitarias y Fito sanitarias
Ley 1098 de 2006	Por la cual se expide el código de la infancia y la adolescencia.
Ley 1091 de 2006	Por medio de la cual se reconoce al Colombiano y Colombiana de Oro
Decreto 1011 de 2006	Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
Resolución 3577 de 2006	Plan Nacional de Salud Bucal
Ley 1159 de 2007	Por medio de la cual se aprueba el Convenio de Rotterdam para la Aplicación del Procedimiento de Consentimiento Fundamentado previo a ciertos Plaguicidas y Productos Químicos Peligrosos, Objeto de Comercio Internacional, suscrito en Rotterdam el 10 de septiembre de 1998.
Ley 1145 de 2007	Por medio de la cual se organiza el Sistema Nacional de Discapacidad y se dictan otras disposiciones
Conpes 109 de 2007	Política Pública Nacional de Primera Infancia "Colombia por la primera infancia"
Ley 1176 de 2007	Modifica la Ley 715 de 2001 Sistema General de Participaciones
Ley 1122 de 2007	Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.
Conpes 3376 de 2005, Conpes 3458 de 2007 Conpes 3468 de 2007	Política Nacional de Sanidad Agropecuaria e Inocuidad por cadena productiva
Ley 1164 de 2007	Tiene por objeto establecer las disposiciones relacionadas con los procesos de planeación, formación, vigilancia y control del ejercicio, desempeño y ética del Talento Humano del área de la salud mediante la articulación de los diferentes actores que intervienen en estos procesos.
Ley 1196 de 2008	Por medio de la cual se aprueba el Convenio de Estocolmo sobre Contaminantes Orgánicos Persistentes, suscrito en Estocolmo el 22 de mayo de 2001, la Corrección al artículo 1o del texto original en español, del 21 de

febrero de 2003, y el Anexo G al Convenio de Estocolmo del 6 de mayo de 2005.

Resolución de 2008	425	Por la cual se define la metodología para la elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control del Plan de Salud Territorial, y las acciones que integran el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas a cargo de las entidades territoriales.
Conpes de 2008	3550	Lineamientos para la formulación de la política integral de salud ambiental con énfasis en los componentes de calidad de aire, calidad de agua y seguridad química.
Ley de 2008	1251	Por la cual se dictan normas tendientes a procurar la protección, promoción y defensa de los derechos de los adultos mayores
Conpes de 2008	113	Política Nacional de seguridad Alimentaria y Nutricional (PSAN)
Ley de 2008	1257	Por la cual se dictan normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres, se reforman los Códigos Penal, de Procedimiento Penal, la Ley 294 de 1996 y se dictan otras disposiciones.
Ley de 2008	1251	Por la cual se dictan normas tendientes a procurar la protección, promoción y defensa de los derechos de los adultos mayores
Ley de 2008	1251	Por la cual se dictan normas tendientes a procurar la protección, promoción y defensa de los derechos de los adultos mayores
Ley de 2009	1295	Por la cual se reglamenta la atención integral de los niños y las niñas de la primera infancia de los sectores clasificados como 1, 2 y 3 del SISBEN.
Ley de 2009	1287	Adición de la Ley 361 de 2007, Discapacidad
	2010 – 2015	Plan Estratégico Colombia Libre de Tuberculosis 2010-2015, Para la Expansión y Fortalecimiento de la Estrategia Alto a la TB
	2008 – 2011	Plan de Respuesta Nacional al VIH para 2008 – 2010
	2010 – 2015	Plan Estratégico de Colombia para aliviar la carga de la enfermedad y sostener las actividades de control de Lepra
Ley de 2010	1384	Se establecen las acciones para la atención integral del cáncer en Colombia
Ley de 2010	1388	Por el derecho a la vida de los niños con cáncer en Colombia, disminuir la tasa de mortalidad por cáncer en niños y niñas menores de 18 años a través de una detección temprana y tratamiento integral
Ley de 2010	1393	Por la cual se definen rentas de destinación específica para la salud, se adoptan medidas para promover actividades generadoras de recursos para la salud, para evitar la evasión y la elusión de aportes a la salud, se re direccionan recursos al interior del sistema de salud y se dictan otras disposiciones.
Ley de 2011	1438	Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones
Ley de 2011	1450	Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo, 2010 - 2014
Ley de 2011	1448	Por la cual se dictan medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno y se dictan
Decreto de	4107	Por el cual se determinan los objetivos y la estructura del Ministerio de Salud y

2011	Protección Social y se integra el Sector Administrativo de Salud y Protección Social.
Ley 1346 de 2011	Por medio de la cual se aprueba la Convención sobre los Derechos de las personas con Discapacidad, adoptada por la Asamblea General de la Naciones Unidas el 13 de diciembre de 2006.
Conpes Social 155 de 2012	Política Farmacéutica Nacional
Ley 1523 de 2012	Por la cual se adopta la Política Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres y se establece el Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres y se dictan otras disposiciones
Decreto 4800 de 2012	El presente decreto tiene por objeto establecer los mecanismos para la adecuada implementación de las medidas de asistencia, atención y reparación integral a las víctimas de que trata el artículo 3° de la Ley 1448 de 2011, para la materialización de sus derechos constitucionales.
Decreto 735 de 2012	Por el cual se reglamenta el Estatuto General de Contratación de la Administración Pública y se dictan otras disposiciones.
Resolución 4505 de 2012	Por la cual se establece el reporte relacionado con el registro de las actividades de Protección Específica, Detección Temprana y la aplicación de las Guías de Atención Integral para las enfermedades de interés en salud pública de obligatorio cumplimiento
Conpes 3726 de 2012	Lineamientos, Plan de ejecución de metas, presupuesto y mecanismos de seguimiento para el Plan Nacional de Atención y Reparación Integral a Víctimas.
Conpes 140 de 2011	Modificación a Conpes Social 91 del 14 de junio de 2005: Metas y estrategias de Colombia para el logro de los objetivos de desarrollo del milenio - 2015
Conpes 147 de 2011	Prevención del embarazo en adolescentes
Ley 1454 de 2011	Por la cual se dictan normas orgánicas sobre ordenamiento territorial y se modifican otras disposiciones
Decreto 4800 de 2012	El presente decreto tiene por objeto establecer los mecanismos para la adecuada implementación de las medidas de asistencia, atención y reparación integral a las víctimas de que trata el artículo 3° de la Ley 1448 de 2011, para la materialización de sus derechos constitucionales.
Ley 1562 de 2012	Ley de Riesgos Laborales
Ley 1616 de 2013	Por medio de la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones

2. METODOLOGÍA

De acuerdo con el mandato establecido en los artículos 4, 6 y 7 de la Ley 1438 de 2011 (Congreso de la República de Colombia, 2011), el Decreto 4107 de 2011 (Presidencia de la República de Colombia, 2011), la Resolución 4110 de 2012 y las normas vigentes que sustentan la operación de la salud pública en el país, el Ministerio de Salud y Protección Social, como órgano rector del sector salud, asume la labor de Formulación del Plan de Salud Pública para el decenio 2012-2021 y

define una ruta de trabajo que se denomina Proceso Técnico para la Formulación del Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021.

Fase de Aprestamiento

Desde mayo de 2011 hasta julio de 2012, se inicia con una revisión sistemática de la literatura que permitió el análisis crítico de los enfoques existentes y de las alternativas de abordaje, de las experiencias internacionales, nacionales, así como de la normatividad vigente, la evaluación de las capacidades básicas de vigilancia y respuesta, y de los resultados de la gestión de la salud pública obtenidos en 17 años de desarrollo del SGSSS. En esta primera fase se obtiene la definición de los enfoques, de las orientaciones estratégicas (visión, fines, objetivos y desafíos estratégicos) que tendría el Plan Decenal de Salud Pública – PDSP-, y la propuesta metodológica para su construcción.

Fase de definición técnica

Realizada desde octubre de 2011 hasta octubre de 2012. Con la propuesta elaborada el Ministerio parte de las preguntas *¿qué pasa hoy?, ¿qué debemos transformar?*; utiliza para una aproximación inicial el Análisis de la Situación de Salud – ASIS, en profundidad construido con la información del período 2002 - 2007 y la Evaluación del Plan Nacional de Salud Pública, PNSP, 2007 -2010. Este análisis permite caracterizar de manera inicial el estado de salud de la población colombiana en lo referente al daño, y las condiciones socio económicas y de los servicios de salud. En esta fase se desarrollan los lineamientos territoriales para consolidación del ASIS básico y la estructuración pedagógica de la metodología para elaborarlo, con la correspondiente capacitación a todas las entidades territoriales. La caracterización muestra la magnitud y tendencia de los eventos y factores, la mortalidad evitable, la carga oculta, el costo de omisión; así mismo, evidencia lo que podría denominarse *“familias de problemas”* que no pueden explicarse o circunscribirse a los tradicionales abordajes de grupo étnico o por sistemas, y muestra la necesidad de un abordaje más comprensivo que permita actuar en las raíces comunes de los problemas. De esta manera se define la existencia de siete dimensiones prioritarias en el PDSP, entendidas como elementos técnicos y políticos ordenadores del abordaje y de la actuación, con visión positiva de la salud, en las cuales se vinculan la acción sectorial, comunitaria y transectorial.

A partir de ahí, se inicia el análisis de los determinantes sociales en salud (DSS) en el ámbito de las Dimensiones Prioritarias del PDSP con la creación de grupos internos en el Ministerio, uno para cada dimensión, los cuales siguieron el siguiente proceso:

En primer lugar, se plantea el marco referencial de los resultados de salud en cada una de las dimensiones; posteriormente, se identifican los cruces de información que permiten precisar los gradientes y las brechas existentes en salud, enfermedad, atención y cuidado, con base en una nueva revisión de la literatura que permite profundizar en cada una de las áreas temáticas; se obtiene la evidencia disponible en el mundo y en el país, la cual es sumada a información estadística y epidemiológica existente en los observatorios de salud pública desarrollados en el Ministerio de Salud y Protección Social.

Lo anterior facilita a los grupos la plataforma para diseñar el modelo esquemático de los DSS en cada dimensión. Así mismo, se identifican las audiencias y actores clave para ser informados sobre las inequidades documentadas en cada dimensión. Cada dimensión revisa la teoría de la acción

usada hasta el momento (población objetivo – acción - resultado intermedio – resultado final o impacto) y evalúa si el abordaje utilizado está o no interviniendo las causas de las inequidades. En caso de que las intervenciones no afecten positivamente los DSS o lo hagan parcialmente, se diseñan otras adicionales para reducirlas o eliminarlas.

El producto de ese ejercicio se triangula con la información obtenida del análisis cualitativo derivado de los datos provenientes de la consulta ciudadana realizada en todas sus modalidades.

Fase de Consulta

Desde marzo hasta octubre de 2012. Simultáneamente con el análisis de los determinantes sociales en salud (DSS) en el ámbito de las dimensiones del PDSP que los grupos técnicos de las dimensiones prioritarias llevan a cabo, se efectúa el proceso de consulta con participación amplia de la ciudadanía y de los diferentes actores de la sociedad, para otorgar legitimidad y gobernabilidad al PDSP; este proceso requiere la operación de una estrategia de movilización social nacional y el diseño de una metodología para la recolección, el procesamiento y la consolidación de insumos de la consulta ciudadana.

Se utilizan cuatro estrategias de consulta, a saber; 1) consulta territorial, con mecanismo presencial dirigido a población general que se desarrolla a través del operador externo Unión Temporal Unidecenal, conformada por la Universidad Nacional, la Universidad de Antioquia, la Universidad del Valle y la Universidad Industrial de Santander (se lleva a cabo mediante 166 sesiones zonales, con la participación de 934 municipios, 32 departamentos, cuatro distritos y seis regiones); 2) consulta ciudadana, con mecanismo virtual, dirigida a población general, 3) consulta a los actores del SGSSS y grupos ordenados de la sociedad, mecanismo presencial operado directamente por el Ministerio de Salud y Protección Social. 4) consulta con niños, niñas y adolescentes, mecanismo presencial operado también directamente por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Para concretar la quinta consulta necesaria, la de grupos diferenciales de la sociedad, se generan acuerdos con los grupos étnicos y la Mesa Transitoria de Representación de Víctimas para desarrollar en tiempo posterior, una consulta específica bajo unos protocolos pre-establecidos, e introducirlo en un capítulo anexo al PDSP. Esta fase culmina con la recolección de insumos de la consulta directa a los ciudadanos, ciudadanas, niños, niñas, y adolescentes, y de la consulta en los territorios, la consulta virtual y la consulta nacional a grupos ordenados de la sociedad, más el posterior análisis cualitativo.

Fase de Formulación

Desde noviembre de 2012 hasta febrero de 2013. Después de la definición técnica y la consulta ciudadana, que muestran las necesidades de implementación de cambios y refleja la situación actual, el Ministerio desarrolla las propuestas de intervención teniendo en cuenta las preguntas *¿qué hacer?* y *¿cómo hacerlo?*. En este desarrollo se tienen en cuenta las exigencias normativas en salud pública, los compromisos internacionales y los nacionales. Esta fase requiere la conformación de un grupo de profesionales cualificados, técnicos en sistemas y asesores que conduzcan el análisis cualitativo, bajo la metodología de Teoría Fundamentada.

El producto de este análisis muestra de manera ordenada y clasificada las propuestas planteadas por los ciudadanos, los actores y los grupos ordenados de la sociedad, propuestas que se incorporan a las generadas por los grupos internos del Ministerio, dando paso al proceso de triangulación. El tradicional análisis de la situación de salud - ASIS - se robustece con los resultados de la consulta ciudadana frente a las necesidades sentidas y los desafíos identificados; así mismo, se valida el marco estratégico del PDSP en la consulta.

El ejercicio de formulación consiste en precisar la visión, los fines, los objetivos estratégicos, los objetivos sanitarios por cada dimensión, las metas, las estrategias, las acciones, los recursos, los responsables sectoriales, el sistema de indicadores, los mecanismos de seguimiento y evaluación, y las necesidades de gestión sectorial, transectorial y comunitaria; e incluye la elaboración del Documento Técnico del Plan con sus anexos para dar paso a la fase de validación.

Fase de validación

Desde febrero de 2013 hasta marzo de 2013. En esta fase las diferentes áreas del Ministerio de Salud y Protección Social y un grupo de expertos nacionales e internacionales (Académicos, Investigadores, representantes de Agencias de Cooperación Internacional), hacen la revisión del Documento técnico del PDSP y enriquecen los contenidos desde sus diferentes visiones y saberes. Se publica el documento en el sitio web del Ministerio para recibir aportes y sugerencias de ajuste.

Se presentan a los Viceministros y Ministros de otros sectores, las propuestas de acciones conjuntas y negociación para el abordaje de los determinantes sociales de la salud, con el fin de sentar las bases para generar las acciones transectorial y los compromisos de trabajo colaborativo por la salud pública en los próximos diez años. Finalmente, se incorporan todos los aportes recibidos y se produce el documento final del PDSP 2012 – 2021, para revisión jurídica.

Fase de reglamentación

Desde septiembre de 2012 hasta abril de 2013. Con la identificación de necesidades específicas de reglamentación y lineamientos para la operación en los territorios, el Ministerio expide las normas y manuales correspondientes, en los tres meses posteriores al lanzamiento del PDSP. Se define que el Plan Decenal de Salud Pública cuente con sendas Resoluciones y Actos administrativos vinculantes: una mediante la cual se adopta y otra con los lineamientos, metodologías e instrumentos técnicos para la formulación del Plan Operativo Anual 2014 y posteriores, hasta 2021. Mediante decreto presidencial se crea la Comisión Intersectorial de Salud Pública y el Plan Decenal es presentado al Consejo Nacional de Política Económica y Social - CONPES, en el primer semestre de 2013. Finalmente, mediante una resolución complementaria se adopta el capítulo de grupos étnicos y de víctimas, como parte integral del PDSP, una vez concluye la consulta y formulación.

Fase de presentación y divulgación

Desde febrero de 2013 hasta diciembre de 2013. La estrategia de difusión comienza después del acto oficial de lanzamiento del PDSP 2012-2021 y debe ejecutarse durante todo 2013. Las Entidades Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales de acuerdo con sus

competencias deben liderar el proceso de despliegue local y elaborar un plan para tal fin que debe ser incorporado al POA 2013.

El Ministerio de Salud y Protección Social lidera la estrategia de comunicación nacional e incluye lanzamientos territoriales en varios departamentos. El acompañamiento al despliegue, es la primera fase del Plan de Asistencia Técnica Territorial, la cual continúa con la expansión del diplomado virtual en planificación territorial para funcionarios de las secretarías de salud municipales a más entidades territoriales.

Fase de Instauración

A partir de marzo de 2013, se establece una estrategia de gestión del PDSP, la cual permite de manera permanente el análisis de la situación de salud y que cada año se pueda ajustar el diagnóstico. Esta estrategia, de carácter nacional, se pone a disposición de las entidades territoriales, a través de un sitio colaborativo al cual también pueden acceder, las entidades del sector, de los otros sectores y la ciudadanía en general; cuenta con diferentes insumos, entre ellos el Análisis de la Situación de Salud – ASIS. A este sitio colaborativo se puede tener acceso a través de la página web: www.minsalud.gov.co

3. MARCO CONCEPTUAL

El PDSP, en el marco de los mandatos vigentes, se presenta como un plan a mediano plazo que compromete más de un período de gobierno y que permite en el país hacer propuestas estratégicas de mayor alcance; es una ruta trazada por los ciudadanos, los expertos y el gobierno para hacer converger el desarrollo social, económico y humano de nuestro país.

Es por antonomasia la política de salud pública esencial del Estado, que reconoce y garantiza la salud como un derecho fundamental, dimensión central del desarrollo humano e instrumento indispensable para lograr la paz y la equidad social con bienestar integral y calidad de vida, a través de la acción de todos los sectores que están involucrados directamente con la determinación social de la salud.

Las exigencias normativas dadas por las leyes 1122 de 2007 y 1438 de 2011 (Congreso de la República de Colombia) en relación con los Planes Nacionales de Salud Pública, imponen condiciones que deben ser reconocidas y direccionadas para lograr que la Salud Pública, conforme se define en el artículo 32 de la Ley 1122 de 2007, sea un compromiso de todas las instancias del país y se entienda como uno de los principales instrumentos de política pública en salud.

La ejecución del PDSP exige la convocatoria y participación efectiva de todos los sectores y de los ciudadanos y ciudadanas que hacen parte y tienen responsabilidades en el desarrollo humano y transformaciones de vida en todos los territorios del país. Se pretende propiciar la generación de una cultura social e institucional en la cual la salud pública sea de todos y para todos, que supere la visión sectorial predominante.

El PDSP para su formulación define tres componentes fundamentales desde la fundamentación teórico-conceptual: los enfoques conceptuales, el diseño estratégico y las líneas operativas que permiten llevar a la práctica las acciones en los planes operativos territoriales.

4.1. Enfoques Conceptuales

El Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 asume un abordaje de enfoques múltiples: salud como derecho, determinantes sociales de la salud, enfoque diferencial y enfoque poblacional.

Enfoque de Derechos

En el escenario de los derechos humanos, el derecho a la salud se reconoce como inherente a la persona, con carácter irrevocable, inalienable e irrenunciable, determinado por su carácter igualitario y universal (para todos los seres humanos), que obedece también a su carácter de atemporalidad e independencia de contextos sociales e históricos.

El derecho a la salud, alude al *“disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social”* e implica una interdependencia con otros derechos; se aplica sin distinción de raza, género, religión, orientación política, orientación sexual o situación económica o social, y se refiere al nivel de salud que le permite a una persona vivir dignamente incluyendo los factores socioeconómicos que promueven la posibilidad de llevar una vida sana, incluyendo los determinantes básicos de la salud (alimentación, vivienda, agua potable, entre otros); reconoce que el derecho a la salud abarca una amplia gama de factores socioeconómicos que promueven las condiciones merced a las cuales las personas pueden llevar una vida sana y hace ese derecho extensivo a los factores determinantes básicos de la salud, como la alimentación y la nutrición, la vivienda, el acceso a agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, condiciones de trabajo seguras y sanas y un medio ambiente sano; así como el acceso a los servicios sociales, mediante la disposición del Estado de todos los recursos posibles para hacer efectivo el derecho.

En la estructuración de las obligaciones que lo materializan se reconocen dimensiones de sujetos y grupos de especial protección, entre los cuales se encuentran los niños y las niñas, las mujeres, las víctimas, las personas con discapacidad, las personas mayores, las personas privadas de la libertad, la misión médica, que agregan a los compromisos de orden general del derecho, particularidades de acciones afirmativas para cada uno de ellos.

El enfoque de derechos implica la necesidad de informar y promover un diálogo público respetuoso, que incluya diferentes perspectivas jurídicas, ideológicas y éticas, que permitan el reconocimiento de sí mismos y del otro como sujetos de derechos a fin de promover y permitir el disfrute de una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud, no sólo en función de una atención de salud oportuna y apropiada sino también en el desarrollo y promoción de los principales factores determinantes de la salud, teniendo en cuenta tanto el punto de vista personal de cada ciudadano como sujeto capaz de decidir autónomamente y de acuerdo con su conciencia.

Desde el punto de vista institucional, los formuladores de políticas públicas y programas deben fundar sus decisiones basados en la ética de la función pública, y desde el punto de vista de las ciudadanías colectivas, es decir, desde los movimientos sociales fundados en el ejercicio de derechos, los cuales permiten el reconocimiento de la capacidad de los individuos para tomar sus decisiones y para ejercer ciudadanía, como sujetos con derecho a tener derechos.

Los derechos humanos han podido fundamentarse también desde una ética del amor propio o del cuidado de sí, en la que cobra importancia el sujeto como soberano de sí y de sus asuntos, siendo el autocuidado objeto de derechos y deberes; desde esta y otras perspectivas se consideran también deseables el valor de la libertad, entendida como independencia, autonomía y participación y el asumir las responsabilidades que se derivan de la misma; el valor de la igualdad, entendida como igualdad en dignidad, capacidades y derechos; el valor de la solidaridad con los débiles y vulnerables; y el valor del respeto y del diálogo.

La Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, expedida por la Organización de las Naciones Unidas para la Educación (UNESCO), 2005 representa un instrumento clave para orientar la toma de decisiones complejas en salud pública, dado que los principios que se consagran en ella se fundamentan en las normas que rigen el respeto a la dignidad humana, los derechos humanos y las libertades individuales, a la vez que considera los derechos de las generaciones futuras; el documento introduce una mirada no antropocéntrica al considerar a los seres humanos como parte integral de la biosfera; reconoce que la salud no depende únicamente de los progresos de la investigación desde el paradigma mecanicista, sino que requiere el concurso de otros paradigmas más holísticos y hace un llamado a elaborar nuevos enfoques de la responsabilidad social para garantizar que el progreso de la ciencia y tecnología contribuya a la justicia y la equidad.

Entre los elementos claves de esta declaración, para efectos de salud pública cabe precisar que enfatiza la necesidad de evitar cualquier forma de estigma o discriminación; resalta el respeto a la diversidad cultural y el pluralismo; señala la importancia de la promoción de la salud como un cometido de los gobiernos y pone de relieve la mejora de las condiciones de vida y la protección del medio ambiente, incluyendo la biósfera y la biodiversidad); y señala que se debe promover la evaluación y la gestión apropiadas de los riesgos relacionados con la medicina, las ciencias de la vida y las tecnologías conexas.

El Estado Social de Derecho (Congreso de la República de Colombia, 1991) reconoce que la sociedad no es un ente compuesto por sujetos en abstracto, sino un conglomerado de personas y grupos en condiciones de desigualdad real para lo cual debe crear los supuestos sociales de la misma libertad para todos, esto es, de suprimir la desigualdad de cualquier tipo y en primer plano la social, para la que la acción del Estado se dirija a garantizarles a todos los ciudadanos, condiciones de vida dignas. De allí la necesidad de apropiarse los valores relacionados con los derechos fundamentales; uno de ellos, la equidad, entendida en su fundamento operativo, como dar a cada quien lo que necesita, en una relación íntima con la justicia, cuyo fin es el de reducir inequidades basadas en las diferencias.

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, CESCR, desarrolla el contenido normativo y las obligaciones del derecho a la salud, como algo más que el derecho a estar sano. En cuanto al contenido normativo, el CESCR indica que es un derecho que *“entraña libertades y derechos”*. Entre las libertades se resaltan la sexual y el control de la salud y el cuerpo. Entre los derechos, el de un sistema de protección que brinde igualdad de oportunidades para disfrutar del más alto nivel posible de salud. Reitera y amplía, el derecho a la salud como un derecho relacionado con las condiciones en las que las personas viven, por lo que abarca los principales determinantes de la salud. La Observación de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, (OMS, Comisión sobre determinantes sociales de la salud, 2009) incluye adicionalmente, como elementos esenciales de este derecho, la disponibilidad, la accesibilidad (no discriminación,

accesibilidad física, accesibilidad económica y el acceso a la información), la aceptabilidad y la calidad.

En el contexto del derecho a la salud, el PDSP es un instrumento que da cuenta de abordajes explícitos que persiguen el goce efectivo en campos de actuación propios de la salud pública y de interrelación desde una perspectiva de determinantes.

Enfoque de Determinantes Sociales de la Salud

En la octava sesión plenaria de la 62ª Asamblea Mundial de la Salud de 2009, se insta a los Estados miembros a luchar contra las inequidades sanitarias en los países y entre estos mediante el compromiso político sobre el principio fundamental de interés nacional de «subsana las desigualdades en una generación», según corresponda, para coordinar y gestionar las acciones intersectoriales en pro de la salud con el fin de incorporar la equidad sanitaria en todas las políticas y, si corresponde, mediante la aplicación de instrumentos para cuantificar el impacto en la salud y en la equidad sanitaria, a que desarrollen y apliquen estrategias para mejorar la salud pública, centrándose en afectar positivamente los determinantes de la salud, que son todos aquellos factores que ejercen influencia sobre la salud de las personas y, actuando e interactuando en diferentes niveles de organización, determinan el estado de salud de la población.

Los determinantes de la salud conforman, así, un modelo que reconoce el concepto de que el riesgo epidemiológico está determinado tanto individual, histórica, como socialmente. La relación entre los determinantes de la salud y el estado de salud es, por ello, compleja e involucra a muchos niveles de la sociedad que, como se ha señalado, abarcan desde el nivel micro celular hasta el macro ambiental (OMS, 19 a 21 de octubre de 2011).

Se han elaborado varios modelos a fin de mostrar los mecanismos por medio de los cuales los determinantes sociales de la salud influyen en los resultados sanitarios, a fin de hacer explícitos los nexos entre los distintos de determinantes y ubicar los puntos de acceso estratégicos para las medidas de política. Algunos modelos influyentes son los propuestos por Laframboise- Lalonde (1974), Dahlgren y Whitehead (1991) (Whitehead, 1992), Diderichsen y Hallqvist (1998, posteriormente adaptado en Diderichsen, Evans y Whitehead, (2001) (Evans T, Whitehead M, Diderichsen, F, et al, 2001), Mackenbach (1994) (Kunst, 1994), y Marmot y Wilkinson (1999) (Marmot M, 1999). Estos modelos resultan especialmente importantes al hacer visibles las maneras en que los determinantes sociales de la salud contribuyen a generar las desigualdades de salud entre grupos en la sociedad.

Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud; las características sociales dentro de las cuales la vida tiene lugar; apuntan tanto a las características específicas del contexto social que influyen en la salud, como a las vías por las cuales las condiciones sociales se traducen en efectos sanitarios y los diferentes recursos a nivel mundial, nacional y local, lo cual depende a su vez de las políticas adoptadas.

Los derechos humanos han podido fundamentarse también desde una ética del amor propio o del cuidado de sí (Foucault, 1986), en la que cobra importancia el sujeto como soberano de sí y de sus asuntos, siendo el autocuidado objeto de derechos y deberes; desde esta y otras perspectivas se

consideran también deseables el valor de la libertad, entendida como independencia, autonomía y participación y el asumir las responsabilidades que se derivan de la misma; el valor de la igualdad, entendida como igualdad en dignidad, capacidades y derechos; el valor de la solidaridad con los débiles y vulnerables; y el valor del respeto y del diálogo.

La Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, adoptada por la UNESCO en 2005, representa un instrumento clave para orientar la toma de decisiones complejas en salud pública, dado que los principios que se consagran en ella se fundamentan en las normas que rigen el respeto a la dignidad humana, los derechos humanos y las libertades individuales, a la vez que considera los derechos de las generaciones futuras; el documento introduce una mirada no antropocéntrica al considerar a los seres humanos como parte integral de la biosfera; reconoce que la salud no depende únicamente de los progresos de la investigación desde el paradigma mecanicista, sino que requiere el concurso de otros paradigmas más holísticos y hace un llamado a elaborar nuevos enfoques de la responsabilidad social para garantizar que el progreso de la ciencia y tecnología contribuya a la justicia y la equidad.

Para efectos del abordaje de los determinantes, se hace claridad conceptual acerca de la equidad, definida como la ausencia de diferencias injustas y evitables o remediables de salud entre las poblaciones o grupos definidos de manera social, económica, demográfica o geográfica, y la desigualdad, entendida como la resultante de una situación de salud, en la que hay diferencias en el estado de salud entre hombres y mujeres, grupos de edad, grupos étnicos, entre otros. Las desigualdades de salud tienen sus raíces en la estratificación social. Los determinantes sociales de la salud no son necesariamente los mismos que los determinantes sociales de la desigualdad sanitaria. Entre los aspectos y procesos sociales que influyen sobre la salud, algunos contribuyen a la presencia de brechas sanitarias entre distintos grupos sociales.

La Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud, en su informe final (OMS, Comisión sobre determinantes sociales de la salud, 2009) desarrolla un aspecto específico del concepto de salud y es que la salud está estrechamente relacionada con las condiciones en las que la vida tiene lugar. Para la Comisión, la transformación de los resultados en salud de las personas no depende sólo de la atención sanitaria sino de *“las condiciones en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen”* que tiene que ver con el contexto social y político de los países y con las condiciones de vida de cada persona; también hace una síntesis de posiciones teóricas y presenta un modelo ampliado, que pretende resumir y organizar, en un solo marco integral, las categorías principales de determinantes sociales de la salud.

Un modelo integral de determinantes sociales de la salud debe lograr: a) aclarar los mecanismos por los cuales los determinantes sociales generan desigualdades de salud; b) indicar cómo los determinantes principales se relacionan entre sí; c) proporcionar un marco para evaluar cuáles son los determinantes sociales de la salud que son más importantes abordar; d) proyectar niveles específicos de intervención y puntos de acceso de políticas para la acción en torno a los determinantes sociales de la salud (Organización Mundial de la Salud, 2005).

La propuesta de la Comisión (OMS, Comisión sobre determinantes sociales de la salud, 2009) combina elementos de diversos modelos hasta llegar a la construcción de un modelo de determinantes sociales de la salud que revela la existencia de un contexto socio político que genera desigualdades socio económicas que responden a una estratificación referida a los niveles de ingresos, educación, el género, la raza o la pertenencia a un grupo étnico. Estos mecanismos de

estratificación socioeconómica se describen como determinantes estructurales de la salud o como factores sociales determinantes de las desigualdades en torno a la salud.

Las condiciones socioeconómicas se traducen luego en determinantes específicos del estado de salud individual que reflejan la ubicación social del individuo dentro del sistema estratificado. De acuerdo con su respectiva posición social, las personas experimentan una exposición y vulnerabilidad diferenciales ante factores que ponen en riesgo la salud. El modelo muestra que la posición socioeconómica de una persona influye en su salud, pero que ese efecto no es directo. Tiene una influencia sobre la salud a través de determinantes más específicos o intermediarios que son condiciones materiales, como la situación laboral y de vivienda; circunstancias psicosociales, como los factores estresantes; y también los factores conductuales.

Las condiciones sociales restringen la capacidad de salud de algunas personas dentro de una sociedad y crean desigualdades en la oportunidad de ejercer una libertad positiva, lo que hace imperativo adoptar medidas en relación con estos determinantes sociales a fin de garantizar la igualdad en las opciones de salud.

El modelo incorpora explícitamente el sistema sanitario considerándolo como un factor social determinante de la salud en sí mismo, cuya función de reducción de las desigualdades en salud no solo se opera brindando acceso equitativo a los servicios de salud sino también, poniendo en práctica políticas, planes y programas de salud pública que incluyen a otros sectores de política y que impactan las condiciones de vida de la población, por lo cual el promover y coordinar la política de determinantes sociales de la salud, se constituye en función clave para el sector de la salud.

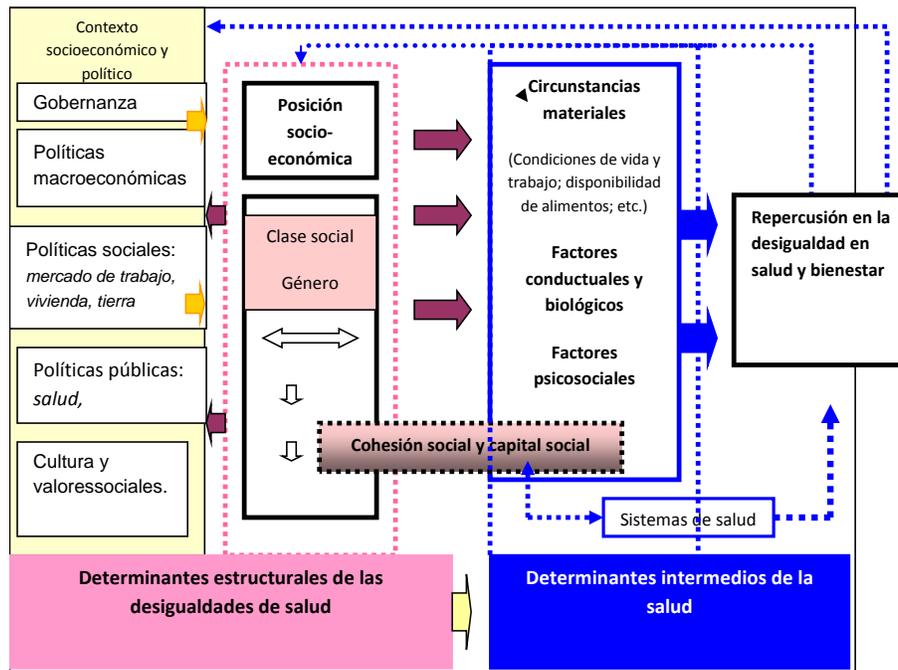
La salud se ve como sustrato de todos los demás aspectos de la capacidad o prosperidad humana. Por lo tanto, la promoción de una distribución equitativa de las oportunidades reales de salud surge como una tarea fundamental de la política pública. Al mismo tiempo, un enfoque de política amplia que incorpora los determinantes sociales no tiene ninguna repercusión real si no se traduce en intervenciones específicas y concretas que apliquen estas ideas en los territorios.

Desde la perspectiva de la salud como derecho, “derecho al disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social” (OMS, 2010), se parte del reconocimiento de que no es viable el goce de este derecho, si no se establecen condiciones que les permitan a las personas tener mejores oportunidades para poder gozar de bienestar y de buena salud. Se trata de garantizar que todas tengan al menos las mismas oportunidades para gozar de buena salud y de acuerdo con los diferenciales, puedan contar con acciones afirmativas orientadas a la equidad y goce efectivo de derechos (dignidad, no discriminación).

La responsabilidad de generar estas oportunidades, si bien recae casi mayoritariamente en el Estado, no lo hace exclusivamente. El Estado tiene la obligación de disponer sus recursos (económicos y humanos) para hacer efectivo el derecho, pero también tiene la obligación de respetar su ejercicio. Por su parte, el sector privado tiene responsabilidades, pues sus acciones pueden afectar la protección de la salud; por ello su responsabilidad se deriva de que prestan un servicio público y participan de la protección del derecho a la salud.

El Plan Decenal de Salud Pública, PDSP, 2012 – 2021, retoma la propuesta de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS, Comisión sobre determinantes sociales de la salud, 2009) en su informe final, ver diagrama:

Marco Conceptual de los Determinantes Sociales de la Salud Organización Mundial de la Salud -2009



Enfoque diferencial

La fundamentación del enfoque diferencial supone el reconocimiento de la equidad e inclusión de los ciudadanos excluidos y privados de los derechos y libertades. Es decir, “el derecho a ejercer una ciudadanía desde la diferencia en escenarios de una democracia participativa, de inclusión igualitaria de ciudadanos y ciudadanas en la escena política, y en la toma de decisiones en la esfera íntima, privada y pública” (Baquero M, 2009).

El enfoque diferencial tiene en cuenta las condiciones y posiciones de los distintos actores sociales, reconocidos como “sujetos de derechos”, inmersos en dinámicas culturales, económicas, políticas, de género y de etnia, particulares. Así mismo, tienen en cuenta los ciclos de vida de las personas y las vulnerabilidades que pueden conducir a ambientes limitantes como es el caso de la discapacidad y las situaciones sociales como el desplazamiento.

Partiendo del reconocimiento de la diversidad por ciclo de vida, identidades de género, pertenencia étnica, discapacidad, y especiales situaciones de vulneración de derechos (desplazamiento y víctimas del conflicto) y de vulnerabilidad (pobreza), el enfoque diferencial supone una organización de las acciones y programas que dan cuenta de la garantía de la igualdad, la equidad y la no discriminación.

El enfoque diferencial considera para la atención de las poblaciones vulnerables, la adecuación de programas y acciones por parte de la institucionalidad; se trata del reconocimiento de particularidades sociales, culturales, religiosas, etc., para dar respuesta a los derechos fundamentales de la población. Esto implica la consulta previa y la concertación con los sujetos involucrados, bajo los principios del reconocimiento intercultural, lo cual exige el acopio de los recursos materiales y culturales de las comunidades.

La asunción del enfoque diferencial también implica distinguir entre las diversidades propias de sujetos y colectivos titulares de derecho, y en ese mismo contexto, de especial protección, de las desigualdades injustas y evitables que generan inequidades que deben ser corregidas por las acciones del Estado y la sociedad en su conjunto.

La igualdad, la equidad y la no discriminación son asuntos recurrentes cuando se aborda el derecho a la salud, porque la diferenciación del derecho a la salud para los diversos grupos poblacionales, y la especificidad de sus necesidades, responde a desventajas y necesidades no satisfechas que suceden en la práctica (OMS, Comisión sobre determinantes sociales de la salud, 2009). También porque la protección de algunas necesidades específicas de cada uno de los grupos es un camino para cerrar la brecha abierta por desigualdades históricas.

La igualdad señala las desigualdades entre hombres y mujeres, y entre diferentes grupos, para exigir que sean tenidos en cuenta al diseñar políticas o proveer servicios sensibles a esas diferencias; la inequidad pone el acento en las desigualdades que son evitables e injustas; la no discriminación enfatiza las desigualdades, pero con la finalidad de evitar que sean la razón en la que se fundan tratos desventajosos y vulneraciones sistemáticas de los derechos.

El enfoque diferencial es por lo tanto un *sine qua non* de la aplicación de un enfoque de derechos en la actuación del Estado. El reconocimiento de la diversidad y de un análisis de necesidades diferenciales de los sujetos y colectivos, supone entonces la materialización de intervenciones que den cuenta de las mismas e incluso señalen explícitamente acciones afirmativas que generen condiciones de equidad y de efectiva superación de vulneraciones al momento de definir la actuación institucional y social.

Desde esta perspectiva, el PDSP garantiza el desarrollo de un conjunto de estrategias y acciones en salud, incluyentes, que acogen, reconocen, respetan y protegen la diversidad, formuladas desde las particularidades sociales, culturales, religiosas, etc., para dar respuesta a los derechos fundamentales de la población, en un territorio específico, en el entendido de que la salud como derecho fundamental en permanente interdependencia con los demás.

Para fines de comprensión de la diversidad, el enfoque diferencial comprende los sub diferenciales de ciclo de vida, orientación sexual o identidad de género, pertenencia étnica, discapacidad y particulares situaciones generadoras de inequidades sociales (desplazamiento forzado, trabajo sexual, región a la que se pertenece o donde se habita).

Enfoque de Ciclo de Vida

El ciclo de vida es un abordaje que permite entender las vulnerabilidades y oportunidades de invertir durante cada una de las etapas del desarrollo humano; reconoce que las experiencias se acumulan a lo largo de la vida, que las intervenciones en una generación repercutirán en las

siguientes y que el mayor beneficio de un momento vital puede derivarse de intervenciones previas en períodos vitales anteriores.

Al ser un continuo vital, no equivale a grupos etarios, los cuales son usados de forma arbitraria y según contextos particulares de desarrollo, para señalar líneas de corte que ayudan a la organización de políticas públicas y las acciones que de ellas se derivan. El ciclo vital por lo tanto, puede dividirse en diferentes etapas del desarrollo, aunque no deben tomarse en forma absoluta y se debe recordar que existe diversidad individual y cultural.

Desde la perspectiva del enfoque diferencial, el ciclo de vida atraviesa todos los demás sub diferenciales; para cada momento vital es de especial relevancia reconocer los roles y relaciones de poder derivadas del género, de la pertenencia étnica, de la existencia de una situación de discapacidad o no situaciones que generan un conjunto de características que exigen un reconocimiento real de sujetos y sus necesidades, y no solo una división de grupos de edad homogéneos.

El ciclo de vida aborda el continuo vital y sus momentos en términos de potencialidades y capacidades permanentes y adecuadas a las exigencias de cada uno de ellos y al logro de acumulados que le permiten a cada individuo y a los colectivos, tener una vida plena y con las mejores condiciones posibles de salud.

De igual manera, trabajar desde la perspectiva del ciclo de vida pone de relieve interacciones propias que cada momento vital implica para los individuos y grupos sociales, en relación con una determinación social de la salud.

El PDSP, desde esta perspectiva, dialoga con las políticas públicas vigentes sustentadas en ciclo de vida; por ejemplo, la Política de Primera Infancia (Colombia P. d., Política Pública de Primera Infancia, 2011), la Política Nacional de Juventud (Colombia P. d., Política Nacional de Juventud, octubre de 2004), Política Nacional de Envejecimiento y Vejez (Social M. d., Política Nacional de Envejecimiento y Vejez, 2007), entre otras, y aporta significativamente a sus desarrollos. De igual manera, incorpora en su prospectiva la visión de las transformaciones a corto, mediano y largo plazo derivadas de los cambios poblacionales, como el envejecimiento poblacional y la estructura familiar, que afectan significativamente los roles y dimensiones vitales que de forma permanente dan nuevos significados a la vida de las personas y exigen a su vez una organización de acciones que implican verdaderas y pertinentes oportunidades de desarrollo humano.

En armonía con las políticas actuales y con el Plan Nacional de Desarrollo 2010 - 2014 (Departamento Nacional de Planeación, DNP, 2011), es de especial trascendencia en el ciclo de vida todo lo relacionado con la primera infancia. Esta se constituye como el momento vital más importante por sus efectos a lo largo de la vida de las personas. A la primera infancia pertenecen los niños y niñas desde su gestación hasta los 5 años, 11 meses y 29 días.

El PDSP, cumpliendo los mandatos establecidos de manera preferencial en la Ley 1438 de 2001 (Congreso de la República de Colombia, 2011), se enfoca desde la perspectiva de ciclo de vida, en niños y niñas, pero también abarca las políticas públicas vigentes en relación con juventud, personas mayores, etc.

Enfoque de Género

Se entiende por género el conjunto de características sociales, culturales, políticas, jurídicas y económicas asignadas socialmente en función del sexo de nacimiento (PNUD, 2008). El enfoque de género considera las diferentes oportunidades que tienen los hombres y las mujeres, las interrelaciones existentes entre ellos y los distintos papeles que socialmente se les asignan. El género se relaciona con todos los aspectos de la vida económica y social, cotidiana y privada de los individuos y determina características y funciones dependiendo del sexo o de la percepción que la sociedad tiene de él.

El género ha sido una de las características que ha producido de manera histórica tratos inequitativos en nuestro entorno, entre hombres y mujeres, entre lo masculino y lo femenino. En este sentido, las diferencias biológicas entre los sexos se constituyen en el primer eslabón sobre el cual hombres y mujeres determinan características somáticas y psicológicas específicas, las cuales desde el ámbito de la atención plantean diferencias importantes en su abordaje y en los procesos de atención en salud.

Estas diferencias también afectan el sistema de relaciones de género que opera en las diversas dimensiones de la vida social como un ordenador, distribuidor y productor de valores, funciones, roles, espacios, tiempos, asignación de trabajos y significaciones asociados al hecho de ser hombres y mujeres. El sistema de relaciones de sexo y género también asigna y distribuye estatus, prestigio, posiciones y consideraciones sociales, atraviesa la vida social (cuerpo, sexualidad, reproducción, economía, política, atención en salud, justicia, ambiental) y se expresa como relaciones de poder de diferentes tipos.

Es importante, por lo tanto, reconocer el género como un factor social de peso en comparación con la clase socioeconómica, por ejemplo, u otros factores, a fin de romper con la falacia común de fusionar el género con la diferencia biológica; esta distinción biológica entre el sexo (determinado biológicamente) y el género (como construcción social) permite distinguir además las bases sociales más profundas de las diferencias entre hombres y mujeres, más allá de lo aparentemente obvio de la diferencia biológica, a fin de influir los diversos determinantes que las generan en pos del logro de la equidad.

De esta manera, históricamente a las mujeres y a lo femenino se les otorga el espacio de lo privado, caracterizado por funciones reproductivas en las que el rol biológico y cultural de la maternidad es el eje fundamental de la vida, en el marco de una sexualidad controlada por los hombres, y a los hombres el espacio de lo público, con funciones productivas, en las que se plantean elementos de control y poder sobre las mujeres.

Estas diferencias persisten en la cultura pese a que en la vida real las mujeres traspasan muchas fronteras, rompen muchos paradigmas y están cada vez más articuladas a la producción económica, a la generación de ingresos y a procesos de participación social y política. Persisten brechas de género que es necesario reducir, en especial las referidas a la ciudadanía plena de las mujeres y a la eliminación de múltiples formas tanto de discriminación como de violencia, sobre todo las violencias sexuales, que se ejercen en su contra por el simple hecho de ser mujeres o de identificarse con el género femenino, como en el caso de las mujeres transgénero.

Los movimientos internacionales de las mujeres, de defensa de los derechos de la infancia, las organizaciones sociales, el Sistema de Naciones Unidas, ONU, y los gobiernos, cuentan con

desarrollos importantes que se expresan en la adopción de un conjunto de instrumentos jurídicos internacionales, y avances legislativos nacionales para prevenir, sancionar y eliminar las distintas formas de discriminación y de violencia contra las mujeres, la violencia doméstica, la violencia intrafamiliar y la violencia sexual y otras condiciones de este tipo, que se posicionan como asuntos de interés para la salud pública, tanto por su magnitud como por su impacto en el desarrollo, y que condicionan los componentes de la integridad de la atención en salud de las personas desde la promoción, prevención, detección, atención, reparación, recuperación y la convivencia social, en el marco de los derechos humanos.

El compromiso del país con los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ONU, Objetivos de Desarrollo del Milenio, ODM, 2000), establecidos en el Conpes 91 de 2005 y actualizados a través del Conpes 140 de 2011, circunscribe las acciones en materia de política social. Una de las estrategias en este campo comprende la definición de objetivos y metas fundamentales en programas sociales de gran impacto. En lo relacionado con la equidad de género, el tercer objetivo establece: Promover la Equidad de Género y la Autonomía de la Mujer, y la meta universal busca eliminar las desigualdades en educación entre los géneros.

Para efectos del PDSP, incorporar el enfoque de género significa visibilizar e intervenir las inequidades derivadas de las relaciones establecidas entre hombres y mujeres, como sujetos en distintos momentos vitales, con diversas cosmovisiones y orientaciones, en diferentes condiciones sociales, económicas, así como mejorar la capacidad de evaluación para orientar políticas y programas de manera acertada, ya que los instrumentos con que cuenta el país para monitorear y evaluar la situación de equidad de género en diferentes ámbitos, son aún deficientes.

Enfoque Étnico

La etnicidad “es una construcción de conciencia colectiva, relacionada con aspectos físicos, culturales y sociales de grupos humanos que éstos identifican como propios y que pautan relaciones intergrupales dentro de un orden social” (Torres, 2001) También hace referencia a una serie de condiciones y características sociales, culturales, económicas y hasta fenotípicas que permiten distinguir a algunos grupos humanos de la colectividad nacional, los cuales están regidos total o parcialmente por sus propias costumbres o tradiciones, organizaciones sociales y políticas y por una legislación especial (Los pueblos indígenas de Colombia en el umbral del nuevo milenio, Población, cultura y territorio: bases para el fortalecimiento social y económico de los pueblos indígenas, 2004).

Una etnia es un grupo humano diferenciado que habita en un espacio geográfico, posee características culturales propias y una historia común. Por tanto, cada etnia, está ligada a un territorio y a un origen ancestral en común, que le permite construir una identidad colectiva y compartir una cosmovisión. Colombia se reconoce como un país pluriétnico y multicultural (Congreso de la República de Colombia, 1991); esto exige y obliga a que toda actuación del Estado en su conjunto, incorpore el enfoque diferencial étnico sustentado en el respeto, la protección y la promoción de su diversidad. Las etnias reconocidas en Colombia son: Indígena, Afrocolombiana, Negra, Palenquera, Raizal y Rrom o Gitana.

Este enfoque permite identificar grupos con identidades diferenciadas en torno a elementos seleccionados o “marcas étnicas” que tienen un contenido simbólico, tales como mitos, ancestros u orígenes comunes, religión, territorio, memorias de un pasado colectivo, vestimenta, lenguaje, o

inclusive, rasgos físicos como el color de la piel, tipo de pelo o forma de los ojos. Estas características culturales y sociales propias generan diferenciales en las condiciones de vida y el acceso a recursos de atención; así mismo, hay conductas, creencias, estereotipos y prejuicios que tienen de base la discriminación, el racismo, la segregación y el aislamiento de grupos o minorías étnicas, ligadas a la etnicidad.

Un aspecto fundamental de la etnicidad es la “cosmovisión” o sistema de creencias ancestrales, y las religiones, que explican la concepción del mundo y los planos o niveles del ser humano, de la vida, de las enfermedades y de la muerte y el cómo enfrentarse a ellas. Otro aspecto es el derecho consuetudinario, definido como el conjunto de creencias, normas, reglas y conductas que rigen la vida social de las comunidades y las formas de relacionarse entre parientes consanguíneos y por afinidad, entre los miembros de un mismo pueblo y entre estos y el resto del país.

El fomento de la participación de los grupos étnicos a través de mecanismos como la consulta previa en las diferentes fases de los planes, programas y proyectos que los afecten, la adecuación sociocultural y técnica de los servicios sociales desde el respeto por la cultura y las tradiciones, el reconocimiento del sistema médico tradicional, las instituciones propias, la vinculación de sus agentes a la medicina alopática mediante el ejercicio de la interculturalidad, la entrega de servicios de salud ajustada a las condiciones de accesibilidad y dispersión geográfica, las adecuaciones socioculturales y técnicas en la oferta institucional, repensar las estrategias y actividades de todos los sectores y específicamente en salud trascendiendo del concepto intervencionista en salud al de atención intercultural, sumado a la visibilización estadística en los sistemas de información, entre otros, materializan el enfoque diferencial por etnia.

Desde esta perspectiva, lo que se establece en el PDSP da cuenta de relaciones interculturales explícitas en todos aquellos lugares del país donde se encuentran los grupos étnicos y define acciones afirmativas que protegen sus derechos colectivos, sus cosmovisiones y prácticas tradicionales en salud.

Otros enfoques en lo diferencial

En coherencia con otros desarrollos de atención de poblaciones de especial protección y vulnerabilidad en Colombia, también se tienen en cuenta los abordajes de diversidad derivados de la situación de discapacidad, situaciones de desplazamiento, condición de víctimas, diversidad sexual, situaciones como la pobreza, poblaciones institucionalizadas y condiciones territoriales particulares y otras reconocidas en instrumentos internacionales vinculantes para el país y compromisos incluidos en el Plan Nacional de Desarrollo 2010 – 2021 (Departamento Nacional de Planeación, DNP, 2011).

En este contexto se hace un abordaje psicosocial, con base en el enfoque de derechos, que reconoce los impactos por el sufrimiento emocional y moral, así como los daños en la dignidad y pérdidas en la estabilidad vital y existencial de las personas, familias y comunidades, causados por la violación de los derechos humanos e infracciones al Derecho Internacional Humanitario a las personas individuales y colectivas, en el marco de su cultura, contexto y proyecto de vida a fin de establecer planes, programas, proyectos y acciones de acuerdo con las características particulares de la población.

En este sentido, en el PDSP se reconoce la necesidad de ser armónico con las políticas públicas de atención a la población desplazada, a las personas con discapacidad y con la agenda de actuación en salud derivada de las nuevas legislaciones vigentes como, por ejemplo, la atención de víctimas.

Enfoque Poblacional

El enfoque poblacional (Ministerio de Ambiente, vivienda y desarrollo territorial. Fondo de población de las Naciones Unidas. UNFPA), consiste en identificar, comprender y tomar en consideración las relaciones entre la dinámica demográfica y los aspectos ambientales, sociales y económicos de competencia de los territorios, a fin de responder a los problemas que de allí se derivan y con orientación a la formulación de objetivos y estrategias de desarrollo para el aprovechamiento de las ventajas del territorio y la superación de los desequilibrios entre la población y su territorio.

Los cambios en el tamaño, crecimiento, estructura, localización o movilidad de la población influyen sobre las condiciones socioeconómicas y ambientales en el territorio, de igual manera que estas afectan la dinámica demográfica. Existen características sociales y económicas que son relevantes para la comprensión de la población de acuerdo a cada territorio tales como la actividad económica, el nivel educativo, el estado civil y condición socio-económica (UNFPA, 2008).

El enfoque poblacional ayuda a abordar los procesos de planeación territorial (nación, departamento, municipio) desde una perspectiva integral al analizar sistemáticamente la dinámica poblacional e incorporarla en la toma de decisiones estratégicas y en la formulación de política pública.

Es necesario precisar los intercambios entre las dinámicas de población y las dinámicas socio-económicas, educativas y ambientales para identificar los desequilibrios (tensiones) y las ventajas comparativas del territorio (oportunidades) que se generan en estos intercambios, considerando la población/territorio como un elemento ordenador de políticas y respuestas, que junto con lo diferencial, visto desde lo poblacional, fortalezca la acción sobre las desigualdades evitables teniendo en cuenta la heterogeneidad de las problemáticas regionales, en los departamentos del país e incluso dentro de ellos, de tal manera que el PDSP sea una respuesta pertinente, con coherencia interna y ajustada a la realidad. Como abordaje conceptual y metodológico interactúa con la perspectiva de determinantes sociales de la salud, y aporta análisis explicativos de relaciones entre las dinámicas demográfica, social, económica y ambiental.

Según el modelo de la OMS (Borrel C., 2010), versión ajustada en 2006, *“Hay distintos factores relacionados con la falta de implementación de las políticas para disminuir las desigualdades en salud: a) falta de voluntad política, pues a menudo los partidos políticos gobernantes no tienen voluntad de incluir en la agenda política este tema; b) falta de conocimiento, tanto de la evidencia de la existencia de desigualdades como de las políticas para poner en marcha; c) fondos públicos insuficientes, ya que no es posible instaurar políticas sin recursos destinados a ellas, y con frecuencia las declaraciones políticas no van acompañadas de los recursos necesarios para llevarlas a cabo; d) falta de coordinación y de capacidad para llevar a cabo proyectos multisectoriales, y e) consideración, tanto desde una buena parte del sector sanitario como desde otros sectores y la propia población general, de que las políticas para mejorar la salud pública y reducir las desigualdades sociales en salud son competencia exclusiva del sector sanitario”*.

De acuerdo con el análisis de los marcos conceptuales descritos, el Ministerio de Salud y Protección Social adopta y adapta para la formulación del PDSP el modelo de los Determinantes Sociales de la Salud la OMS, vinculando los múltiples enfoques descritos, planteados en el gráfico siguiente.

Gráfico 1. Modelo de los Determinantes Sociales de la salud en el PDSP 2012 – 2021



Fuente: Adaptación del Modelo Conceptual de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Organización Panamericana de la Salud, 2006.

4.2. Diseño estratégico

Colombia está a un paso de alcanzar la cobertura universal en salud y habiendo logrado la unificación del Plan Obligatorio de Salud, POS, de los regímenes contributivo y subsidiado, cuenta con requisitos fundamentales que permiten reorientar los esfuerzos en la búsqueda de superar las inequidades sanitarias, como pieza fundamental para lograr la disminución de la pobreza en el país.

El sueño a voces de 152.230 participantes en la consulta ciudadana, es que en *2021 Colombia haya consolidado el Plan Decenal de Salud Pública con la acción transectorial y comunitaria, para lograr la paz y la equidad social mediante la mejora del bienestar integral y calidad de vida para todos los habitantes del territorio colombiano, de acuerdo con su necesidad.*

El Plan Decenal de Salud Pública, PDSP, 2012 – 2021, tiene como meta central alcanzar la equidad y el desarrollo humano sostenible, afectando positivamente los determinantes sociales de la salud y mitigando los impactos de la carga de la enfermedad sobre los años de vida saludables. Para ello, orienta su acción en tres grandes objetivos estratégicos: avanzar hacia la garantía del goce efectivo

del derecho a la salud; cero tolerancia con la mortalidad y discapacidad evitable y mejorar las condiciones de vida y salud de los habitantes (figura I-1).

Es esencial en la búsqueda de esta meta compartir la visión de la salud como el capital social de mayor valor público, esencial para la paz, para el crecimiento y la competitividad. Existen ahora desafíos cada vez más cercanos para el país, que afectan de manera directa la carga de enfermedad de la población, pero cuya intervención o mitigación depende ineludiblemente de las acciones mancomunadas de todos los sectores; estos son los derivados de los cambios de la dinámica poblacional y del envejecimiento poblacional; los riesgos territoriales derivados de la metropolización de las ciudades, y la urbanización de la población, la dispersión poblacional en territorios extensos y con poco desarrollo e infraestructura, el gran número de fronteras con sus dinámicas; las exigencias económicas y cambios socioculturales relacionadas con la globalización; los efectos sociales generados por el conflicto armado y los cambios estructurales de las familias.

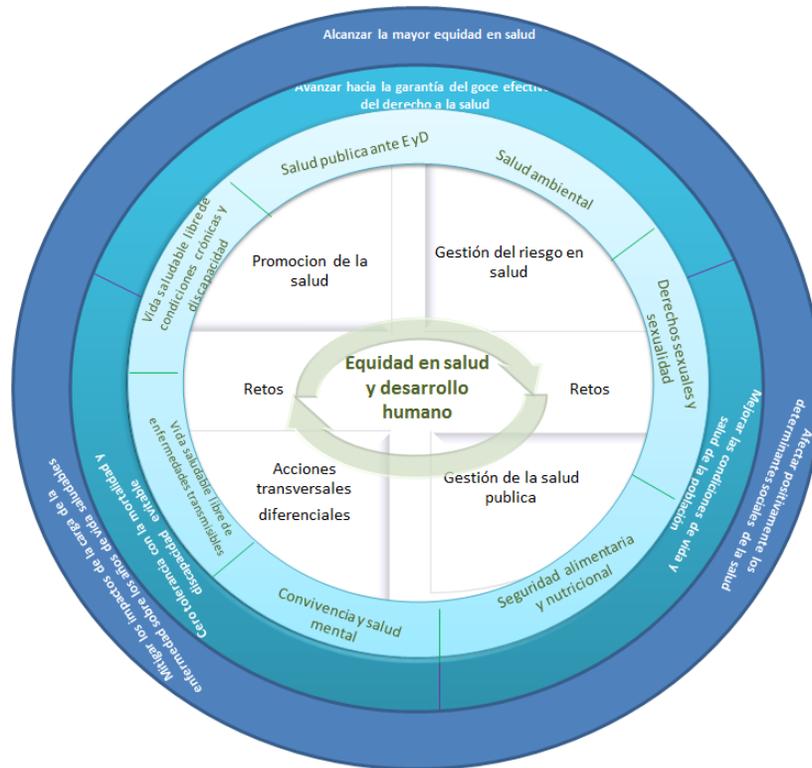
La evaluación del Plan Nacional de Salud Pública 2007-2011 muestra que con la planificación en salud territorial aumenta el nivel de coordinación intersectorial; sin embargo, este plan no logra trascender el sector y por lo tanto no consigue, por sí solo, modificar los determinantes sociales de la salud que son el verdadero origen de la pérdida de salud de los individuos y de la perpetuación de las situaciones de vulnerabilidad.

Para la implementación efectiva se requiere del liderazgo indelegable de gobernadores y alcaldes, la transformación positiva de la autoridad sanitaria nacional y territorial para recuperar las capacidades básicas para gestionar la salud y para adaptar, ajustar e innovar las respuestas, de acuerdo con las necesidades ciudadanas.

Como parte del diseño estratégico, además de la meta central y de los objetivos estratégicos, el PDSP se despliega mediante estrategias y acciones para cada una de las dimensiones prioritarias. Estas acciones, de acuerdo con su naturaleza, se ordenan para su ejecución en **tres líneas operativas**: Promoción de la Salud, Gestión del Riesgo en Salud y Gestión de la Salud Pública.

Finalmente, todas las dimensiones prioritarias están cruzadas por unas dimensiones transversales que dan cuenta de los desarrollos diferenciales específicos (en procesos y algunas veces en estructura y recursos) para algunas fases del ciclo de vida, género, grupos étnicos y personas en condiciones o situación de discapacidad y víctimas, bajo los principios del respeto y reconocimiento del derecho a las diferencias poblacionales y las mayores vulnerabilidades, así como desarrollos orientados al fortalecimiento institucional y de los servicios de salud.

Figura I-1 Marco estratégico



Abordaje por dimensiones prioritarias

Las dimensiones prioritarias, que representan aspectos fundamentales deseables de lograr para la salud y el bienestar de todo individuo sin distinción de género, etnia, ciclo de vida, nivel socioeconómico o cualquier otro aspecto diferencial.

Las dimensiones tienen cuatro entradas: los ciclos de vida, eventos en salud, diferenciales desde sujetos y colectivos, y perspectiva de los determinantes sociales en salud. Cada una de ellas define su importancia y trascendencia para la salud y alguna en particular determina la forma en que se denomina y su carácter de prioridad no negociable en salud pública. Las dimensiones cuentan con una definición y unos componentes técnicos que fueron enriquecidos con los aportes ciudadanos.

Esta ruta trazada para el mediano y largo plazo se desarrolla al interior de las dimensiones prioritarias, que son: salud ambiental; derechos sexuales y sexualidad; seguridad alimentaria y nutricional; comportamiento y convivencia social; vida saludable libre de enfermedades transmisibles; vida saludable libre de condiciones evitables no transmisibles y discapacitante y respuestas efectivas ante emergencias y desastres.

Abordaje por dimensiones transversales

Esta ruta hace referencia al desarrollo de las funciones indelegables del Estado. En la Nación están a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social, que se apoya en la red de instituciones adscritas. En los departamentos, distritos y municipios, está a cargo de la máxima autoridad departamental, distrital y municipal, cuyo propósito es garantizar el derecho a la salud y a la vida digna saludable. Desde este escenario se promueve la corresponsabilidad de todos los sectores y

actores para afectar positivamente los determinantes sociales de la salud y propiciar las condiciones de vida y desarrollo saludable y sostenible.

Se desarrolla a través del ejercicio de la planificación e integración de las acciones relacionadas con la producción social de la salud y con la promoción de la respuesta dentro y fuera del sector salud. Incluye la regulación, conducción, garantía del aseguramiento y provisión de los servicios, modulación del financiamiento, fiscalización, movilización social y recursos y las acciones colectivas e individuales de salud pública que se definen en el PDSP, al interior de las siete dimensiones prioritarias para la vida.

4.3. Líneas operativas

El Ministerio de Salud y Protección Social, de acuerdo con su función rectora otorgada por el Decreto 4107 de 2011 (Presidencia de la República de Colombia, 2011); desde la gobernabilidad y rectoría en salud, la articulación de la respuesta sectorial para garantizar servicios de salud para todos, y en aras de la consolidación efectiva de la participación social en las decisiones, ejecución y control social de la salud y la generación de sinergias sectoriales público privadas para incidir en los determinantes sociales, asume los retos en el mediano y largo plazo a través del fortalecimiento de la planificación de la salud en los territorios en función de resultados, conexión con la asignación de las fuentes de recursos y actores responsables de la gestión sectorial, transectorial y comunitaria, y define las orientaciones operativas de las acciones a través de las siguientes líneas de acción:

Línea de promoción de la salud

Reúne las acciones que debe liderar el territorio, convocando los diferentes sectores, las instituciones y la comunidad, para desarrollarlas por medio de proyectos dirigidos a la construcción o generación de condiciones, capacidades y medios, necesarios para que los individuos, las familias y la sociedad en su conjunto, logren intervenir y modificar los determinantes sociales de la salud en ese territorio y así las condiciones de calidad de la vida, consolidando una cultura saludable basada en valores, creencias, actitudes y relaciones que permita lograr autonomía individual y colectiva que empodere para identificar y realizar elecciones positivas en salud en todos los aspectos de su vida, con respeto por las diferencias culturales de nuestros pueblos. Esta línea incluye acciones de:

- Formulación de políticas públicas
- Movilización social
- Generación de entornos saludables
- Generación de capacidades sociales e individuales
- Participación ciudadana
- Educación en salud

Línea de gestión del riesgo en salud

Reúne las acciones que sobre una población específica con individuos identificables y caracterizable, deben realizar las entidades públicas o privadas que en el sector salud o fuera de él tienen a cargo poblaciones para disminuir la probabilidad de ocurrencia de un evento no deseado evitable y negativo para la salud del individuo, que puede ser también el empeoramiento de una

condición previa o la necesidad de requerir más consumo de bienes y servicios que hubiera podido evitarse.

Estas acciones hacen parte de un enfoque estructurado para manejar la incertidumbre relativa a una amenaza (como la frecuencia y severidad) de un evento o de los eventos a través de una secuencia de actividades que incluye evaluación de riesgo, desarrollo de estrategias para identificarlo, manejarlo y mitigarlo. Las amenazas pueden estar causadas por el medio ambiente, la actividad laboral la tecnología, los comportamientos humanos la epidemiología poblacional y los factores biológicos de las personas, entre otros. En el riesgo en salud, el evento es la ocurrencia de la enfermedad o su evolución negativa o complicaciones y las causas son los diferentes factores que se asocian con la ocurrencia de esa enfermedad, su evolución negativa o su complicación. Esta línea incluye acciones de:

- Análisis de riesgo de la población con enfoque diferencial
- Planeación de la atención según riesgos con enfoque diferencial
- Modificación del riesgo
- Vigilancia de la gestión del riesgo
- Gestión de la calidad de la atención
- Coordinación administrativa – técnica de los servicios y planes

Línea de gestión de la salud pública

Reúne las acciones que la autoridad sanitaria, nacional o local, debe ejecutar sobre colectivos poblacionales indivisibles, encaminadas a modificar el riesgo primario o la probabilidad de pérdida de la salud, en forma de estrategias colectivas, políticas, normas y documentos técnicos, así como en ejercicios de planificación, dirección, coordinación, integración, vigilancia y administración y fiscalización de recursos. Orienta la integración de manera coordinada y efectiva, las acciones de todos los actores que operan en el territorio y garantiza el cumplimiento del rol de cada uno, armonizando los servicios de atención médica con las acciones de control realizadas sobre los determinantes de la salud por parte de la población, las autoridades sanitarias y otros sectores sociales y productivos, públicos y privados. Esta línea incluye acciones de:

- Conducción
- Sostenibilidad del financiamiento
- Garantía del aseguramiento
- Fiscalización
- Intervenciones colectivas
- Movilización de los otros sectores de la sociedad, de los territorios y de la ciudadanía

4. RESULTADOS DE LA CONSULTA CIUDADANA

El proceso de consulta

El Ministerio lleva a cabo el proceso de consulta del PDSP 2012- 2021 entre marzo y octubre de 2012, para lo cual se convoca a participar a diferentes actores comunitarios e institucionales, mediante cinco estrategias.

La primera de ellas, una consulta territorial, con reuniones presenciales dirigidas a población general, desarrolladas a través del operador externo (Unión Temporal Unidecenal), fue operada mediante 166 sesiones zonales, con la participación de 934 municipios, cuatro distritos, 32 reuniones departamentales y seis regionales, con un total de 20.018 ciudadanos, actores locales del sector salud y otros sectores participantes.

La segunda, una consulta a con 360 niños, niñas y adolescentes a través de 10 talleres presenciales en las diferentes regiones del país; la tercera, con los actores del SGSSS y grupos ordenados de la sociedad, mediante 13 reuniones directas con el Ministerio de Salud y Protección Social en las que participaron 558 actores, incluyendo Secretarías o Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, Entidades Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB), Administradoras de Riesgos Laborales (ARL), Cajas de Compensación Familiar, Agremiaciones como Asociación de Empresas Gestoras del Aseguramiento de la Salud (Gestarsalud), Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral (ACEMI) y Asociación Nacional de Cajas de Compensación Familiar (Asocajas), Administradoras de Regímenes de Salud Especiales, Asociación Colombiana de Universidades (ASCUN), Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación (Colciencias), Asociaciones Académicas y Sociedades Científicas, Fundaciones y Entidades Sin Ánimo de Lucro del sector salud, Asociaciones Sindicales del sector salud, Agremiaciones Profesionales de la Salud, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) públicas y privadas, Cooperativas de Hospitales, la Asociación de Hospitales y Clínicas – ACHC, la Asociación Colombiana de Empresas Sociales del Estado y Hospitales Públicos –ACESI, y la industria del sector salud, 103 personas pertenecientes a grupos de mujeres, organizaciones de familia, iglesias de diversas confesiones, grupos LGBTI, organizaciones de la tercera edad, grupos de jóvenes, grupos de personas con capacidades diferentes, grupos de personas con enfermedades raras, huérfanas y de alto costo, y grupo de personas víctimas de las diferentes formas de violencia social.

La cuarta, que se realiza por mecanismo virtual a toda la población, mediante una página web con acceso a herramientas en línea disponibles para toda la población “Mini Sitio Plan Decenal 2012 - 2021”; en la cual participaron los ciudadanos a través de 101 mil 765 visitas únicas, 30 mil 235 visitas repetidas y 540 enlaces a otros sitios Web.

Complementariamente, como preparación para una quinta consulta, el Ministerio adelantó reuniones con la representación de las mesas nacionales de salud de los grupos indígenas, el Pueblo Rrom, el Pueblo Afrocolombiano, Negro, Raizal y Palanquero, acompañados por el Ministerio del Interior en el marco del proceso de consulta previa. Y con la representación de la población víctima para los mismos fines.

Los encuentros zonales, departamentales, regionales y nacionales se documentaron con los registros físicos de asistencia de actores, aplicando metodologías como la de salas de situación, sesiones de participación comunitaria, con el criterio de que cada sesión quede soportada según el

método aplicado particularmente en relación a con la pregunta orientadora, el abordaje de los temas por cada tipo de actor, acompañado de los conceptos y observaciones de los gestores en cada bitácora, la caracterización de los mismos, las dinámicas metodológicas, los registros de audio, video, fotografía y los registros individuales, de actores aplicados según la sesión o tema.

En la consulta territorial, virtual y nacional se recaudan más de 34 mil documentos; en todo el proceso de control de calidad se aplican cinco reglas esenciales: la exhaustividad, la representatividad, la homogeneidad, la pertinencia y la univocación. La información es codificada, organizada, digitalizada y documentada en informes de trabajo por parte de Unidecenal.

Las reuniones se desarrollan en tres sesiones de trabajo. El primer día, con los ciudadanos; el segundo, con los actores del sector salud; tercero, con los actores tomadores de decisiones en el territorio. Los dos últimos días, los insumos generados en las sesiones previas se utilizan como ordenadores del proceso.

Las sesiones se inician con un análisis de situación de salud para contextualizar a los actores participantes y continúan con preguntas orientadoras, que permiten documentar la percepción de los ciudadanos y actores frente a los resultados del Plan Nacional de Salud Pública, los problemas, necesidades sentidas, riesgos prevalentes, priorización con identificación de los diferenciales relevantes. Desde una mirada prospectiva a diez años, los ciudadanos y actores plantean escenarios de solución en el mediano y largo plazo, validan el marco estratégico y plantean sus propuestas de acción.

Para describir la percepción ciudadana y de los actores se analiza la información recolectada a través de técnicas cualitativas, utilizando la metodología de la teoría fundamentada (Vivar, Arantzamendi, & López Di Castillo, 2010; Daniel Jones, 2004). Todos los registros de la consulta se cargan en formato Excel Windows versión 2010; se transforman para ser procesados en el software ATLAS TI versión 7,0 y las salidas finales se procesan en tablas dinámicas de Excel versión 2010. Los informes finales se codifican selectivamente y se identifican las categorías emergentes desde la perspectiva ciudadana; posteriormente se realiza codificación axial de acuerdo con las siguientes categorías de análisis; a) determinantes estructurales de la salud; b) ejes de desigualdad y c) determinantes de la salud: condiciones materiales, sociales, culturales y de los servicios de salud. La información obtenida se analiza durante tres meses por un equipo de 14 profesionales multidisciplinarios del Ministerio de Salud y Protección Social, cinco asesores externos y tres profesionales de soporte informático.

La información producto del análisis cualitativo y cuantitativo se triangula (De Souza Minayo, Maria Cecilia; Goncalvez de Assis, Simone; Ramos de Souza, Edinilsa., 2005), y se generan las propuestas estratégicas, la cadena de resultados en salud pública, la prospectiva colectiva, con una visión 2021, incluyente en el reconocimiento de las necesidades ciudadanas. Con ello es posible identificar en cada dimensión las exigencias no negociables, definir la agenda transectorial con los diferentes Ministerios y Agencias de Gobierno.

Los hallazgos de la consulta

El análisis muestra que la lectura técnica y la ciudadana frente a los problemas y necesidades de salud, convergen. Se encuentran las siguientes categorías emergentes de acciones necesarias para la intervención de los determinantes, así:

Determinantes estructurales de la salud

- a) Desarrollo y cumplimiento de las políticas sociales y públicas centradas en el desarrollo humano sostenible, tales como: cuidado ambiental y hábitat saludable; del desarrollo agrario, industrial y comercio; de la seguridad vial; de la seguridad nacional; para el empleo digno incluyente y la protección social integral; para la educación incluyente con enfoque diferencial
- b) Para el desarrollo de espacios, mecanismos y recursos para que la participación de los ciudadanos y organizaciones social que influya la decisión, involucre la ejecución y ejerza el control social.
- c) Para el acceso al trabajo y condiciones laborales dignas; para el acceso a la tierra y al desarrollo rural.
- d) Desarrollo de acciones con perspectiva de género y ciclo vital (niños, niñas, adolescentes, jóvenes y adulto mayor).
- e) Acciones incluyentes para las personas con discapacidad y capacidades diferenciales, grupos étnicos y víctimas.
- f) Acciones ajustadas al desarrollo territorial (infraestructura, servicios, tecnología y talento humano), modelos de atención en poblaciones dispersas y en frontera.

Determinantes intermedios de la salud

- a) Acceso y mejoramiento de las viviendas, escuelas y trabajo con espacios adecuados para el relacionamiento de las personas y con acceso a agua sana y servicios de saneamiento básico.
- b) Acceso a espacios de recreación y cultura, dotados y seguros.
- c) Acceso a centros de protección y cuidado incluyentes para la población que vive en la calle.
- d) Señalización e infraestructura de las vías; la cultura alimentaria relacionada con el acceso y disponibilidad.
- e) Sedentarismo, uso del alcohol, tabaco y otras sustancias psicoactivos y pornografía en Internet.
- f) Explotación y abuso sexual y embarazo no deseado.
- g) Intolerancia social a la diversidad de género, cultura del machismo, comportamientos violentos.
- h) Acceso y calidad en la prestación de servicios; incumplimiento de las obligaciones por parte de las EPS, la negación de servicios y el exceso de trámites como barrera de acceso para exámenes y servicios médicos especializados. Se resalta la falta de acceso en las poblaciones rurales y dispersas, y las barreras para las personas con discapacidad; la precariedad de la infraestructura de atención la falta de disponibilidad de profesionales de la salud.
- i) Barreras en la atención a personas que viven en zonas rurales y dispersa, ausencia de programación de brigadas de atención.

Los actores reconocen los avances en estos veinte años en el desarrollo del Sistema General de Seguridad Social en Salud, pero señalan la necesidad de ampliar el alcance de las intervenciones hacia las causas que generan los problemas, involucrando para ello, otros sectores, con la participación activa de la comunidad. Los siguientes son los desafíos, expresados en las voces ciudadanas para los próximos diez años:

- Promover y “generar espacios de desarrollo” y “hábitat saludable, con protección ambiental orientada hacia la “adaptación al cambio climático” y a “la equidad social”, “bajo la acción transectorial y multilateral”.

- Movilizar “respuestas y oportunidades para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos” que modulen la dinámica poblacional “en los territorios, respetando la diversidad” étnica, de “género, sexual” de la población.
- Abogar por el “acceso efectivo” a la “alimentación saludable y a una nutrición” “acorde a (sic) las necesidades” del “desarrollo biopsicosocial” de “los niños, niñas, adolescentes, jóvenes y adultos mayores”, conservando los “patrones culturales existentes”.
- Promover el “goce pleno de los derechos fundamentales” que nos permitan vivir en comunidad de una manera activa, plena, inmersos en “valores y con relaciones de confianza”, “tolerancia” y de “respeto por la diversidad social”.
- Promover la construcción, “conservación y goce de los entornos saludables”, la seguridad sanitaria en las fronteras, “la calidad del agua, aire, suelo”, el desarrollo de los servicios preventivos y de atención de calidad e incluyentes para “proteger a los niños, niñas, adolescentes”, jóvenes, adultos y “adultos mayores” de “contraer enfermedad, discapacidad evitable” y padecer sus complicaciones.
- Asegurar la “seguridad sanitaria en todo el territorio nacional”, reduciendo todo lo posible las “vulnerabilidades e incidentes” agudos en salud, capaces de “poner en peligro la salud colectiva” en los hogares, escuelas, trabajo, territorios, “regiones” y “fronteras”.
- Tener un compromiso colectivo con el desarrollo y apropiación de “una cultura saludable, equitativa, orientada” a hacia la “organización de ciudades incluyentes y prósperas” “favorecedoras del desarrollo social, donde las personas nacen, crecen y se desarrollan con el mayor nivel de salud posible”.

Los siguientes son las voces de los niños, niñas y adolescentes:

- El valor del aire libre y limpio, los paseos, la limpieza, los espacios amplios, la posibilidad de aprender explorando el medio; las niñas y niños destacan que produce en ellos gran alegría poder estar al aire libre, es decir contar con espacios adecuados y especiales para los niños y las niñas: baños adecuados, lugares especiales para esperar en hospitales, no en las filas; parques sin basuras y bibliotecas con espacios lúdicos, entre otros. Surge en sus discursos, el juego, “Que haya un rodadero para llegar a donde las mamás”, “escaleras para subir y bajar, pasto para correr”. “Un hábitat saludable es aquel en que él es posible jugar”
- Las sonrisas y el buen trato se articulan con estos elementos y completan las percepciones de salud enfermedad de niños y niñas, y el lugar de los adultos en este proceso “todos juegan, grandes y pequeños”; las caricias, el acunarlos, alzarlos, o abrazarlos, la disposición para consentirles: “Que me den más amor, que me cuiden”, estructuran sus intenciones relacionales.
- ✓ En este proceso de interacción con los adultos, los entornos en los que los niños y niñas crecen y viven y los actores que allí interactúan, cobran mayor sentido: que en el hogar se les acompañe a bañarse, vestirse, comer, que en la institución de salud puedan “estar con los papás y los *nonitos*” [cuando ponen las vacunas], que conozcan el médico que los atiende, [Mi doctor] Me conoció desde bebé” son ideas y percepciones que posicionan claramente la necesidad sentida, real y generalizada de humanizar servicios y garantizar la continuidad e integralidad en la atención.
- Ser felicitados y recibir el aplauso por el cumplimiento de sus responsabilidades contribuye de manera significativa a sentirse bien: “Hacer mis tareas, ser la mejor alumna y que me felicite la Señora”, “Ser responsable con las tareas, me felicitan y me premian”. Al

ser saludados, que les dirijan la palabra, que se atiendan sus preguntas en el jardín, que se les explique el procedimiento en el hospital, les indican que son importantes.

- La música, junto al juego, constituye una oportunidad para disfrutar y compartir con sus amigos. “Los profesores tienen que cantar la mejor canción: la del amor”, rondas infantiles son identificadas por los niños dentro de las instituciones de educación inicial como una manifestación de este tipo de actividad y destacan los momentos de descanso como oportunidad para su realización. La actividad física, el buen trato, su crecimiento se articulan para promover “actividades que sean agradables” y que garanticen su salud.
- También se evidencian prácticas cotidianas en el discurso que deben abordarse por las políticas públicas como son las correspondientes a las percepciones frente al cuerpo y la alimentación: “En la alimentación se puede mejorar; que no me sirvan mucho almuerzo porque me engordo”.
- El buen ejemplo de los niños debe ser ejemplo de los adultos, lo que les da un lugar central y activo en las acciones de salud pública que se adelanten en los ámbitos territoriales. “Alzar la basura que uno u otras personas botan. Tratar de dar siempre buen ejemplo, no botando basura”.

A partir de lo anterior y de sus discursos, es posible distinguir una serie de situaciones centrales para abordar, que al tiempo que les dan voz a los niños y a las niñas, responden a las prioridades de la política pública del país para la atención integral.

Las percepciones y discursos de niños y niñas posicionan: primero, la necesidad de **abordar el desarrollo en su dimensión integral** (socio-emocional, cognitivo, físico y comunicativo); segundo, **la importancia de articular el buen trato a la atención**, es decir velar por la humanización de los servicios y de la atención; tercero, la urgencia de velar por la continuidad e integralidad en la atención en los entornos donde viven los niños y niñas; y cuarto, la potencialidad que tienen las voces de los niños para la orientación y definición de las acciones. Por último, aunque no se evidencia en el discurso de los niños por su lugar y especificidad técnica, **el seguimiento a la ejecución del recurso** para garantizar que efectivamente lo planteado se dé en los mejores términos, debe ser otro proceso central para el trabajo territorial.

Las voces sentidas de la comunidad y los actores, sometidas al análisis cualitativo, permiten la caracterización de los problemas y necesidades por cada dimensión, así:

1. Salud Ambiental

Dimensión prioritaria	Desafíos priorizados por los ciudadanos y actores en las regiones	Región
Salud Ambiental	Acceso y calidad del agua	Pacífico, Amazonia y Orinoquía, Caribe, Central, Bogotá y Cundinamarca
	Inadecuada manipulación y disposición de residuos sólidos, incluyendo hospitalarios	Pacífico, Central, Oriental
	Intoxicación de plaguicidas	Caribe, Pacífico, Amazonia - Orinoquía, Oriental
	Inadecuado saneamiento básico	Caribe, Pacífico, Amazonia - Orinoquía, Oriental
	Contaminación de los Recursos Naturales	Oriental
	Articulación con los Ministerios de Medio Ambiente, Trabajo y Educación y Vivienda, Transporte, Agricultura y Comercio	Central, Caribe, Pacífico, Central, Bogotá y Cundinamarca
	Problemas con el manejo de residuos sólidos.	Amazonia y Orinoquía
	Condiciones laborales riesgo no protegidas	Amazonia y Orinoquía
	Contaminación ambiental generada por las petroleras y minas	Amazonia y Orinoquía, Pacífico, Caribe

2. Derechos sexuales y sexualidad

Dimensión prioritaria	Desafíos priorizados por los ciudadanos y actores en las regiones	Región
Derechos sexuales y sexualidad	Embarazo en adolescentes	Oriental, Pacífica, Caribe, Bogotá, Central y Cundinamarca
	Riesgos de enfermedades de TS, prevención VIH	Oriental, Pacífica, Caribe, Bogotá, Central y Cundinamarca
	Cáncer de cérvix	Oriental, Pacífica, Bogotá, Central y Cundinamarca
	Deficiencia en Accesibilidad/Calidad/Adherencia Programas SSR	Oriental, Pacífica, Bogotá, Central y Cundinamarca
	Mortalidad Materna y Perinatal	Oriental, Pacífica, Caribe, Bogotá, Central y Cundinamarca
	Derecho en SSR	Bogotá y Cundinamarca, Central
	Riesgos laborales	Bogotá y Cundinamarca
	Barreras de Acceso a planificación familia y verlo mas alla de la fecundidad	Bogotá y Cundinamarca
	Discriminación a la población LGBTI	Bogotá y Cundinamarca
	Oportunidades sociales en los jóvenes	Bogotá y Cundinamarca
	Educación sexual	Central

3. Convivencia social y salud mental

Dimensión prioritaria	Desafíos priorizados por los ciudadanos y actores en las regiones	Región
Convivencia social y salud mental	Consumo de sustancias psicoactivas lícitas e ilícitas	Pacífico, Bogotá y Cundinamarca, Central, Amazonia - Orinoquia, Oriental
	Salud mental	Pacífico, Bogotá y Cundinamarca, Central, Oriental
	Violencia Social	
	Suicidios	Pacífico
	Violencia sexual y violencia intrafamiliar	Caribe y Oriental
	Impacto negativo de los medios de comunicación sobre los patrones de consumo	Bogotá y Cundinamarca, Central, Oriental
	Violencia de genero (mujer, LGBTI)	Bogotá y Cundinamarca, Costa Atlántica, Central, Amazonia y Orinoquia, Oriental
	Discriminación con discapacitados	Bogotá y Cundinamarca
	Matoneo en los colegios	
	Desintegración familiar	Bogotá y Cundinamarca, Amazonia y Orinoquia, Oriental
	Convivencia social, valores y principios	
	Victimas del conflicto armado	Central, Oriental
	Ausencia de espacios de recreación y esparcimiento para que niñas(os) y jóvenes puedan aprovechar el tiempo libre	Amazonia y Orinoquia, Oriental
	Violencia sexual infantil y explotación	Amazonia y Orinoquia, Caribe
	Respuesta integrada para la respuesta a la atención de víctimas	Amazonia y Orinoquia, Central, Caribe, Oriental, Bogotá y Cundinamarca
	Atención especializada a jóvenes con problemas de drogadicción	Bogotá y Cundinamarca, Amazonia y Orinoquia, Oriental
	Discriminación género, étnica	Amazonia y Orinoquia, Caribe
	Accidentalidad de tránsito	Oriental, Bogotá y Cundinamarca
	Sicariato	Amazonia y Orinoquia
	Abandono de los adultos mayores y discapacitados	Amazonia y Orinoquia, Central, Caribe, Oriental, Bogotá y Cundinamarca

4. Seguridad alimentaria y nutricional

Dimensión prioritaria	Desafíos priorizados por los ciudadanos y actores en las regiones	Región
Seguridad alimentaria y nutricional	Malnutrición infantil y del adulto mayor	Pacífico, Bogotá y Cundinamarca, Central, Caribe, Oriental
	Inseguridad Alimentaria	Pacífico, Oriental,
	Obesidad en niños y adolescentes	Pacífico,
	Inadecuados Hábitos de Consumo	Oriental
	Dificultad para el acceso a los alimentos desde la seguridad alimentaria	Amazonia y Orinoquia, Pacífico, Caribe
	Estilos y hábitos alimentarios	Bogotá y Cundinamarca, Oriental
	Lactancia materna	Bogotá y Cundinamarca
	Acceso a la canasta alimentaria	Bogotá y Cundinamarca
	Vigilancia y control sanitario a los comedores infantiles y de adulto mayor	Bogotá y Cundinamarca, Central
	Soberanía alimentaria, acceso y disponibilidad de alimentos por inadecuado uso de la tierra.	Bogotá y Cundinamarca, Central
	Trastornos alimentarios como malnutrición, obesidad, anorexia y bulimia especialmente en adolescentes y jóvenes.	Bogotá y Cundinamarca
	Higiene y cuidado personal	Central
	Formulación de políticas y planes de acción para fomentar el Mercado Verde y los productos colombianos.	Central

5. Vida saludable y condiciones no transmisibles e incapacitante

Dimensión prioritaria	Desafíos priorizados por los ciudadanos y actores en las regiones	Región
Vida saludable libre de condiciones crónicas no transmisibles e incapacitante	Cáncer mamá	Pacífico
	Cáncer estómago	Pacífico
	Salud Bucal	Bogotá y Cundinamarca, Central, Oriental, Caribe
	Actividad física	Bogotá y Cundinamarca, Central, Amazonia y Orinoquia
	Alcohol y tabaco	Oriental, Bogotá y Cundinamarca
	Falta de control en la publicidad de alimentos no sanos (calorías vacías).	Bogotá y Cundinamarca, Amazonia y Orinoquia
	Oportunidades laborales personas con discapacidad	Bogotá y Cundinamarca
	Dificultad para el acceso y alimentación adecuada.	Bogotá y Cundinamarca
	Insuficiente promoción del autocuidado y de la autorresponsabilidad en el cuidado de la salud.	Bogotá y Cundinamarca
	Falta de apropiación cultural y control frente a riesgos de accidentalidad de tránsito, relacionada con consumo de alcohol y falta de respeto por las normas y señales de tránsito.	Bogotá y Cundinamarca
	Insuficiente señalización de los espacios públicos en la ciudad.	Bogotá y Cundinamarca
	Dificultad para el acceso a una vivienda digna.	Bogotá y Cundinamarca
	Salud ocupacional y laboral	Central
	Atención a la discapacidad y enfermedades huerfanas	Amazonia y Orinoquia, Bogotá y Cundinamarca, Caribe, Pacífico, Oriental
	Medicina Tradicional	Amazonia y Orinoquia
	Población habitante de la calle	Bogotá y Cundinamarca, Central
	Acceso a servicios de la población rural y dispersa	Amazonia y Orinoquia, Pacífico, Central, Caribe, Oriente
	CreCIMIENTO ciudades desproporcionado	Central, Caribe, Oriental, Bogotá y Cundinamarca, Pacífico
	Desempleo	Amazonia y Orinoquia, Pacífico, Central, Caribe, Oriental, Bogotá y Cundinamarca
	Acceso limitado a los servicios de salud en el adulto mayor	Amazonia y Orinoquia, Pacífico, Central, Caribe, Oriental, Bogotá y Cundinamarca

6. Vida saludable libre enfermedades trasmisibles

Dimensión prioritaria	Desafíos priorizados por los ciudadanos y actores en las regiones	Región
Vida saludable libre de Enfermedades Transmisibles	Enfermedades respiratorias	Amazonia y Orinoquia, Pacífico, Central, Caribe, Oriental, Bogotá y Cundinamarca
	Enfermedades diarreicas	
	Tuberculosis	
	Proliferación, control y vacunación perros	
	Exposiciones rábicas	
	Enfermedades transmitidas por vectores (dengue en población urbana y paludismo en población rural, y en menor escala Leishmaniosis)	Pacífico, Caribe, Amazonia y Orinoquia, Oriental, Central
	Intoxicación - Enfermedades Transmitidas por Alimentos –ETA-	Pacífico, Caribe, Amazonia y Orinoquia, Pacífico
	Lepra	Pacífico, Bogotá y Cundinamarca
	Enfermedades transmitidas por vectores (dengue en población urbana y paludismo en población rural, y en menor escala Leishmaniosis)	Pacífico, Central, Amazonia y Orinoquia, Caribe, Oriental
	Cobertura de vacunación en los niños	Amazonia y Orinoquia, Pacífico, Central, Caribe, Oriental, Bogotá y Cundinamarca

7. Salud pública en emergencias y desastres

Dimensión prioritaria	Desafíos priorizados por los ciudadanos y actores en las regiones	Región
Salud pública en emergencias y desastres	Articulación con los Ministerios de Medio Ambiente, Trabajo, Transporte y Educación y Vivienda	Pacífico, Amazonia y Orinoquia, Caribe, Central, Bogotá y Cundinamarca
	Huracanes e inundaciones	Caribe, Bogotá y Cundinamarca
	Disponibilidad de información en salud	Bogotá y Cundinamarca
	Formación de Grupos de Respuesta Inmediata	Bogotá y Cundinamarca
	Sistema de comunicación Integrado	Bogotá y Cundinamarca
	Transporte (integrado público y privado)	Bogotá y Cundinamarca
	Capacitación, investigación	Bogotá y Cundinamarca
	Empoderamiento de la comunidad	Bogotá y Cundinamarca
	Deslizamientos	Pacífico
	Población en zona de alto riesgo – volcán galeras (9000 habitantes)	Pacífico
	Fortalecer la respuesta de los municipios ante un desastre natural	Central, Bogotá y Cundinamarca, Central

8. Acciones transversales

Dimensión prioritaria	Desafíos priorizados por los ciudadanos y actores en las regiones	Región
Acciones transversales de la Salud Pública	Cubrir plazas de especialistas en las regiones	Amazonia y Orinoquia, Pacífico, Central, Caribe, Oriental, Bogotá y Cundinamarca
	Estrategias para el trabajo intersectorial	Amazonia y Orinoquia, Pacífico, Central, Caribe, Oriental, Bogotá y Cundinamarca
	Descentralización de los recursos.	Amazonia y Orinoquia, Pacífico, Central, Caribe, Oriental, Bogotá y Cundinamarca
	Atención Primaria en salud	Amazonia y Orinoquia, Pacífico, Central, Caribe, Oriental, Bogotá y Cundinamarca
	Integralidad y continuidad en la atención de salud y difultades para la obtención de los medicamentos, entregas parciales e insuficiente control de calidad, pertinencia, inclusión en el POS.	Amazonia y Orinoquia, Pacífico, Central, Caribe, Oriental, Bogotá y Cundinamarca
	Programas de prevención y cesación del consumo de sustancias psicoactivas.	Bogotá y Cundinamarca
	Equidad en la distribución de los subsidios.	Bogotá y Cundinamarca
	Fortalecer el sistema de referencia y contrarreferencia de servicios de salud, diagnósticos tardíos.	Bogotá y Cundinamarca
	Integralidad y complementariedad de los servicios de salud.	Bogotá y Cundinamarca
	Articulación intersectorial para la prestación de los servicios sociales integrales.	Bogotá y Cundinamarca
	Protección en salud a los trabajadores informales	Bogotá y Cundinamarca
	Ajuste a la ponderación para la calificación del SISBEN en la asignación de subsidios en población urbana y rural.	Bogotá y Cundinamarca
	Protección de accidentes de trabajo	Pacífico
	Disponibilidad de sangre y hemoderivados seguros en el departamento	Pacífico
	Fortalecer la Gestión de la Salud Pública	Oriental
	Intervención de la corrupción en el sistema de salud y evitar la fragmentación del sistema	Oriental
	Transformar positivamente las deficiencias del sistema de salud actual	Oriental
	Acceso, oportunidad y calidad en la prestación de los Servicios de Salud	Oriental, Pacífico

Conclusiones

Desde la perspectiva ciudadana, el PDSP debe garantizar un conjunto de estrategias y acciones en salud incluyentes, que acogen, reconocen, respetan y protegen la diversidad. Debe explicitar las particularidades sociales, culturales, religiosas, etc. para dar respuesta a los derechos fundamentales de la población, en el entendido, de la salud como derecho fundamental en permanente interdependencia con los demás. También debe distinguir entre las diversidades propias de sujetos y colectivos titulares de derecho y en ese mismo contexto, de especial protección, de las desigualdades injustas y evitables que generan inequidades que deben ser corregidas por las acciones del Estado y la sociedad en su conjunto.

5. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD COLOMBIA 2010

El presente capítulo resume la Situación de Salud de Colombia a partir de la síntesis realizada en el ASIS Colombia 2002-2007, la Encuesta Nacional de Salud del año 2007 (ENS 2007), las Encuestas Nacionales de Demografía y Salud de 2005 y 2010 (ENDS 2005, ENDS 2010), las Encuestas Nacionales de Situación Nutricional de 2005 y 2010 (ENSIN 2005, ENSIN 2010), los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS), los registros de vigilancia en salud pública SIVIGILA, la información censal y los registros vitales compilados por el DANE, y otras informaciones de salud disponibles en SISPRO.

Se trata de una descripción global de las características demográficas más relevantes de la población colombiana que dan cuenta de su tamaño, estructura, dinámica y principales tendencias, en el contexto de los macro-determinantes más importantes de la salud y el bienestar; el perfil de morbilidad, discapacidad y mortalidad por las principales causas, que dan cuenta de que se enferma y muere la gente, así como la exposición a varios factores que condicionan el estado de salud; y por último, las respuestas sociales y especialmente, la respuesta del sistema de salud a las necesidades de la población colombiana.

Este breve resumen, reseña la información que proviene de registros y de muestras aleatorias que pueden contener errores, bien sea en la definición, recolección, diseño de las bases de datos o tratamiento estadístico. No obstante, el cuadro general de la situación de salud que ellos muestran es válido y contribuye al propósito principal de este trabajo, que es el de brindar orientación a quienes trabajan por mejorar la salud de los colombianos y contar con un punto de partida para la construcción social del ASIS en el proceso participativo que se inicia con la gestión del PDSP 2012-2021 y para cuyos efectos se dispone de bases documentales de referencia y métodos que se describen en el anexo 5.

Perfil socio-demográfico: la población en el contexto de los determinantes de la salud

Evolución de la población colombiana

Colombia ha experimentado una serie de cambios en los últimos 100 años. Su población total se ha multiplicado diez veces al pasar de 4.144.000 habitantes en el año 1905 a 41.468.384 habitantes en el año 2005. Según proyecciones del DANE, en 2010 la población ascendía a 45.508.205 habitantes, 49,4% hombres y 50,6% mujeres; para el 2020 la población proyectada será de 50.911.747 (Anexo 4 figura 1). La composición de la población por edad ha experimentado una importante transformación, al pasar de ser una población joven durante la mayor parte del siglo XX a ser una población moderadamente adulta (Anexo 4. figura 2). En los últimos 70 años la edad promedio ha aumentado 6 años, de 23,2 en 1938 a 29,1 en 2005 (DANE, Censos de Población 1938.2005), reflejando un acelerado envejecimiento poblacional con respecto al proceso vivido por los países del primer mundo, pues se dio en menos de un siglo (Anexo 4 figura 3).

Según el Censo del 2005 la cantidad de menores de quince años registrados (12.743.820) representan la menor proporción histórica de infantes, equivalente al 30,7% del total de la población; así mismo, la población total de adultos mayores de 60 y más años, se multiplicó casi dos veces en 20 años al pasar de 2.142.219 en 1985 a 3.815.453 en 2005, cifra que, por primera vez, representa un 8,9% de la población total. Nunca antes el país contó con la importante cifra de 25.772.251 habitantes en edad en edad de trabajar, que representa el 60% de su población total y

que lo coloca en situación de ventaja para apalancar un proceso de desarrollo económico y social, al disponer de fuerza de trabajo suficiente y con capacidad de reemplazo para atender los retos de la producción económica y la reproducción social. Con el paso del tiempo, desde 1938 hasta el año 2005, el país muestra un cambio progresivo desde una población muy joven hacia otra con una proporción considerable en las edades intermedias y avanzadas de la vida. De mantenerse la tendencia de crecimiento de la población, entre el 2015 y 2020, el país tendrá una población alrededor de los 50 millones de personas, con un 25% de menores de 15 años y un 12% de adultos mayores de 60 años, para un índice de dependencia de 60 personas entre menores de 15 años y mayores de 60, por cada 100 personas entre 15 y 59 años (Anexo 4 tabla 1). (DANE, Conciliación Censal 2005).

Otro aspecto que se destaca en el proceso de la transformación de la población colombiana es el de su distribución en el territorio nacional, pues en un lapso relativamente corto pasó de ocupar territorios rurales a ocupar territorios urbanos. A partir de 1938, Colombia pasó de tener alrededor del 30% de la población residente en las zonas urbanas -cabeceras municipales- a tener las tres cuartas partes de su población (75%) establecidas en las zonas urbanas, según el Censo 2005 (Anexo 4 figura 4). Bogotá es la ciudad más poblada del país, con 7.363.782 habitantes, y junto con las ciudades de Medellín, Cali, Barranquilla y Cartagena concentran el 40,6% de la población nacional. La densidad de población es de 39,9 habitantes por km², y los 10 departamentos de las tierras bajas de la Orinoquia y de la Amazonia tienen menos de 3% de la población y una densidad inferior a un habitante por km².

Características de la estructura de la población colombiana

Según el censo de población y vivienda del año 2005, el 49% (20.336.117) de la población de Colombia es de sexo masculino. La edad promedio de sus habitantes es de 28,6 años y el 50% tiene 25,4 años o más. En el año 2005, por cada 100 nacimientos femeninos se registraron 106 nacimientos masculinos, relación inferior en el año 2007 pues, según la Encuesta Nacional de Salud del 2007, el índice de masculinidad fue de 92,2. También en el año 2005 la población colombiana mostraba un alto grado de dependencia, pues en el mismo censo se encontró que cerca de 59 personas consideradas económicamente inactivas -menores de 15 años y los mayores de 60 años- dependían de cien personas económicamente productivas.

Según el censo del año 2005, la presencia de grupos étnicos minoritarios en Colombia es muy baja. El 3,4% de la población es indígena, el 10,3% es de raza negra, mulatos o afrocolombianos, y el 0,08% pertenece a los grupos Rom, Raizal de San Andrés y Providencia o Palenquero (Anexo 4 tabla 2). La población indígena está dispersa en todo el territorio nacional, con los porcentajes de participación más altos en los departamentos de la Orinoquia y Amazonia; sin embargo, los departamentos de La Guajira (región Atlántica), Cauca y Nariño (región Pacífica) concentran el 54,2% del total de la población indígena nacional (Ministerio del Interior- Sistema Dirección de Etnias, 2012). Así mismo, es en las zonas costeras del país donde se concentra aproximadamente el 70% de la población afrocolombiana.

En la población colombiana, según censo del 2005, cerca de una de cada cinco personas se encuentra casada (23,8%) o en unión libre (22,6%); el restante 52,5% no se encuentra en relación de pareja pues está soltera (43,4%), separada (5,0%) o viuda (4,1%). En tanto, los resultados de la ENS 2007 reflejan una distribución poblacional por estado civil diferente: el 54,8% soltera, el 19,7% en unión libre, el 16,4% casado y el 9,1% restante separado o viudo. Para el 2010, el 33% de

las mujeres en edad fértil viven en unión libre, 20% están casadas, 32% son solteras y 15% son separadas, divorciadas o viudas (ENDS 2010).

Según el censo del año 2005, ocho de cada 100 colombianos mayores de 15 años no sabe leer y escribir. En la ENS-2007, tal proporción fue del 6,2%, de la que el 51,6% es de sexo femenino. Cerca del 58% de la población analfabeta es mayor de 45 años. Al caracterizar el nivel educativo de la población colombiana, las encuestas realizadas en el país reflejan información muy consistente. La proporción de población sin ningún grado de educación está muy cercana al 5%, la tercera parte tiene básica primaria y una misma proporción se encuentra en nivel de básica secundaria; sólo el 4% tiene nivel de técnico o tecnólogo. El porcentaje de la población que ha realizado o se encuentra realizando sus estudios de postgrado es el 1,3%, del cual el 0,3% cursa estudios de maestría, doctorado o de especialización.

Cuando se miran las características de la población colombiana por sexo, edad y región, según los resultados del censo del año 2005, se advierte que la región atlántica y la amazonia conservan una estructura piramidal con una base ancha, indicando un mayor peso porcentual de los menores de cinco años en la composición de la población. En estas regiones, las demandas de servicios se darán principalmente en el campo educativo, dado que por norma la población infantil deberá ingresar a los establecimientos educativos, y en los servicios en salud, puesto que allí el país se encuentra rezagado en la transición epidemiológica, con muchos años de vida potencial perdidos por causa de las enfermedades transmisibles y parasitarias.

Las regiones, oriental, central y pacífica, tienen su población más numerosa en el grupo de los adolescentes, principalmente de 10 a 14 años de edad, mostrando el aumento que se tendrá en cinco años de la población económicamente activa, por cuanto en cinco años ella deberá ingresar al campo laboral. Las demandas de servicios en estas regiones estarán en el sector educativo, laboral y de salud por cuanto este alto número de jóvenes requerirá más educación de secundaria y profesional para ingresar al campo laboral, en donde se contará con mucha mano de obra joven para reemplazar a los que van culminando su etapa productiva, y en el campo de la salud las demandas se darán en la atención por causas externas, por enfermedades y accidentes laborales, y por la condición de ser población reproductiva, obligada a mantener la sociedad.

Bogotá muestra una población mayor en el grupo de 20 a 24 años, más evidente en el sexo femenino, que indica una mayor demanda de servicios de salud para atender esta etapa reproductiva de la mujer, pero también, una mayor demanda de empleo en el sector productivo pues se cuenta con mucha mano de obra joven para enfrentar las demandas del sistema económico actual.

Por su parte, la estructura de la composición familiar también ha evolucionado a lo largo del tiempo. Según la ENDS 2010, del total de hogares 43% son hogares nucleares completos, 12% son nucleares incompletos donde falta el padre o la madre, 14% son hogares de familia extensa, 10% son familias extensas incompletas donde falta alguno de los cónyuges del jefe de familia. Una característica preponderante que se viene observando es la feminización de la jefatura del hogar, con un crecimiento continuo que se registra con menos del 25% en 1995 a 34% en 2010 (ENDS 2010). Así mismo, entre 1995 y 2010 ha disminuido de 66 a 56%, el número de niños y niñas menores de 15 años que viven con ambos padres, lo que desde luego, representa un desafío para el desarrollo integral de la unidad básica de la sociedad.

Dinámica poblacional: fecundidad, mortalidad, envejecimiento y migración

Frente al mundo y a América Latina y el Caribe, Colombia vive un proceso de plena transición demográfica con una natalidad descendente y una mortalidad moderada o baja, pero que no sigue el patrón de comportamiento del modelo inicial descrito para los países desarrollados.

Como en otros países del contexto latinoamericano, desde la década de los años 70, Colombia viene presentando una tendencia descendente de la fecundidad en todos los grupos de mujeres en edad fértil de los 15 a los 49 años, con una reducción constante del índice sintético de fecundidad acercándose cada vez al nivel de remplazo con 2,1, en la última ENDS realizada en 2010, pero con una resistencia a la baja de la fecundidad en adolescentes (DANE 2005; ENDS 2010).

En efecto, mientras **la fecundidad general disminuye** pasando de 91 nacimientos por mil mujeres a 74 entre 1990 y 2010, la fecundidad específica para mujeres de 15 a 19 años ha presentado un incremento cercano al 30%, del 70 por mil a 90 por mil entre 1990 y 2005; y aunque, en 2010 disminuye a 84 nacimientos por mil, el comportamiento de la fecundidad adolescente muestra una tendencia a estabilizarse e incluso a continuar un discreto ascenso, particularmente en las regiones Atlántica y Pacífica (ENDS 2010). Estos cambios más lentos de la fecundidad adolescente frente a la fecundidad total, tendrán como consecuencia para los próximos años, que se mantenga una estructura por edades de la población ensanchada en las edades centrales jóvenes por la llegada de más niñas sobrevivientes al grupo de mujeres aptas para procrear, producto de la alta fecundidad adolescente del pasado reciente, afectando el número de los nacimientos totales con una importante contribución de nacimientos adolescentes si no se previenen efectivamente, dado que toda la evidencia de las Encuestas Nacionales de Demografía y Salud, indica que no solo la proporción de adolescentes con hijos ha aumentado sino que la edad a la cual tienen ese primer hijo ha disminuido (ENDS, 1990-2010). En el último decenio, se han registrado por alrededor de 700.000 nacimientos anuales, de los cuales, un promedio de 30% corresponden a mujeres entre 20 y 24 años, y el 23% a mujeres en el grupo de 15 a 19 años.

En cuanto a la mortalidad, las tasas brutas correspondientes a los últimos cuatro años censales muestran la reducción sostenida que viene registrando la mortalidad en el país con tasas de 7,1 muertes por mil habitantes en 1973, 5,0 en 1985, 4,7 en 1993 y 4,4 en 2005; cifras que ajustadas por distintos métodos permiten afirmar que durante el periodo, **la mortalidad general se ha reducido a la mitad, tanto en hombres como en mujeres.**

La cantidad de defunciones y su distribución porcentual según sexo y grupos quinquenales de edad compilada en la serie estadística de mortalidad para los años 1973, 1985, 1993 y 2005, registra una mortalidad general con un patrón similar entre hombres y mujeres, pero siempre más alta en todos los grupos de edad de sexo masculino que en la población femenina, con una marcada disminución de la mortalidad infantil y de la niñez y un desplazamiento de la mortalidad hacia los grupos de mayor edad en los años más recientes. El patrón común en todos estos años muestra que en el primer año de vida el riesgo de morir es alto y se reduce al mínimo nivel en el rango de edad entre los 5 a 15 años, cuando comienza a crecer progresivamente al ritmo del proceso de envejecimiento biológico hasta alcanzar la edad modal en el tramo de 70 y 80 años, con la situación excepcional observada en los hombres donde el riesgo de morir presenta un protuberancia en el tramo de edad de 15 a 35 años debida a causas no biológicas sino sociales como son los accidentes de tránsito y las lesiones de causa externa provocada por la violencia

extrema que afectó a los hombres en mayor magnitud durante la década de los noventa (DANE, 2005).

La tasa de mortalidad infantil indica la probabilidad de morir durante el primer año de vida y es uno de los indicadores que mejor reflejan el estado de salud de una población. En Colombia, **la mortalidad infantil continua descendiendo a nivel nacional** de manera sostenida al pasar de valores de 31 muertes en menores de un año por cada mil nacidos vivos en el quinquenio 1985-1990 a 16 en el quinquenio 2005-2010, con un comportamiento diferencial que reflejan el grado de desarrollo alcanzado por los diferentes departamentos del país (ENDS, 2010; DANE, 2005).

Si bien, las brechas por sexo son mínimas en la mortalidad infantil, las mayores diferencias de sexo se presentan en los grupos entre los 15 y 35 años reflejando el mayor riesgo de la población de hombres jóvenes con una sobre mortalidad masculina que excede cuatro veces la mortalidad femenina en el grupo de edad entre los 20-29 años entre los años 1993 y 2005.

Todos estos cambios en las relaciones entre los grupos de edad en cuanto a tamaño, estructura y dinámicas, se reflejan en **aumentos importantes de la esperanza de vida al nacer y en las tasas de sobrevivencia de la población adulta mayor**. La esperanza de vida en la población de Colombia ha ido aumentando de manera notable sobre todo a partir de la segunda mitad del siglo XX, con ganancias de 21 años en hombres y de 25 años en mujeres en los últimos 50 años. Así, comparando solo el quinquenio 1985-1990 con el quinquenio 2005-2010, el promedio de años vividos pasó de 68 años a 74 años, con una perspectiva de llegar a un promedio de 76 años en el quinquenio 2015-2020 (Anexo 4 tabla3), mostrando una tendencia a mayores ganancias, pero desacelerada por la pérdida de años de vida causada por diferentes causas que persisten en el perfil epidemiológico nacional, especialmente, las muertes por causas externas que siguen restando años de esperanza de vida en la población de hombres adultos jóvenes.

Por otra parte, respecto a la **mayor sobrevivencia de los adultos mayores**, los datos censales denotan un proceso de envejecimiento y longevidad en Colombia que crece a un ritmo más acelerado que los demás países de la región. Durante los últimos 30 años la población colombiana creció a una tasa promedio anual de 1,69%, mientras que los adultos mayores lo hicieron al 3,26%, en contraste con América Latina, donde la población total creció en promedio 1,83% anual y la población mayor de 60 años a un ritmo promedio de 2,89% anual (OPS, agenda Envejecimiento, 2002). En el último censo en 2005, Colombia contaba con 3'777.900 adultos mayores de 60 años, es decir, 9,5% del total, sobrepasando en 1,5% las proyecciones del CELADE (CELADE, 2005). Se espera que en 2020 esta proporción de adultos mayores esté en el orden del 12% (DANE, 2005).

Los cambios de la edad promedio de la población colombiana que pasó de 23,2 años en 1938 a 29,1 años en el 2005, aumentando 6 años, muestra el aceleramiento del envejecimiento poblacional de Colombia con respecto al proceso vivido por los países del primer mundo, pues se transitó en menos de un siglo. El progresivo crecimiento del índice de envejecimiento es evidente observando como en el censo de 1938 existían en el país 7 adultos mayores de 60 años por cada 100 menores de 15 años, que para el censo 2005 se incrementó a 21; es decir, por cada cinco jóvenes había un adulto mayor, situación que evidencia la convivencia de múltiples generaciones en un mismo hogar: niños, adolescentes, adultos y adultos mayores.

Esta proporción creciente de los adultos mayores con respecto al total de la población y con respecto a los demás grupos de edad, inciden en las relaciones de dependencia de distinta

manera. Por ejemplo, el índice generacional de ancianos que representaba 732 personas de 35 a 64 años que podrían hacerse cargo de una persona de 65 y más en el año 1938, pasó a 471 en el censo 2005. También es evidente como bajó el índice de dependencia económica, al registrar 82 personas menor de 15 años o mayor de 60 años dependiendo de 100 personas económicamente activas en 1938 a 59 en el 2005. En contraste, la relación de dependencia demográfica de vejez muestra un tendencia creciente indicando que por cada 100 personas en edad económicamente activa (15-59 años) había 10 personas mayores en 1985 y 15 en 2005 (DANE, 2005).

Todos estos índices representan un gran impacto para las políticas públicas por las consecuencias económicas y sociales implícitas, dado que a mayor proporción de personas adultas dependientes, mayor carga para la población en edad activa para la manutención de los hogares y mayor dificultad para que la población alcance niveles de calidad de vida satisfactorios. Más aún, cuando su comportamiento esta matizado por grandes diferenciales a nivel territorial; es así como los nuevos departamentos con Choco y la Guajira tienen el mayor grado de dependencia comparados con los del eje cafetero y Bogotá. Teniendo en cuenta los niveles de aseguramiento pensional de la población colombiana, estos hechos tienen enormes repercusiones sociales no solo de las familias, sino también de la institucionalidad del sector de la Salud y la Protección Social y el Estado para responder a las necesidades crecientes de soporte social de la población mayor.

Otro componente de la dinámica demográfica, lo conforma el fenómeno de la migración internacional y las migraciones internas, cuyos impactos en Colombia no están suficientemente dimensionados, pese a que son fenómenos sociales de la mayor relevancia en las últimas décadas. El primero, por el movimiento emigratorio de carácter masivo y sin precedentes en la historia de la población colombiana que se registra desde los años noventa. Según las estimaciones del DANE de los últimos quince años, el número de colombianos residentes en el extranjero, medidos en millones de personas, ha tenido un progresivo aumento desde los años noventa hasta el año 2005, con mayor intensidad entre los años 2000 y 2005, período que concentra poco más de un millón de personas de los 1,6 millones que emigraron de Colombia durante las décadas de los años 90 y 2000 (DANE, 2009). De acuerdo con el Censo 2005, 3.331.107 colombianos se encuentran residiendo en el exterior, cifra que representa aproximadamente el 9% del total de la población censada en el país.

Como ha sido el caso de otros países de la región Andina y Centroamericana, la importancia de la emigración de colombianos al exterior no reside solamente en el aumento de la intensidad de sus flujos; sino también por la feminización de los flujos emigratorios y por el impacto del envío de remesas, nombre con el que se conocen los recursos enviados por los migrantes a sus familias, las cuales tienen efectos socioeconómicos positivos en las poblaciones de origen, en la disminución de los indicadores de pobreza e indigencia en ciertas regiones del país, y en el mejoramiento de las condiciones de vida en los hogares que tienen familiares en el exterior permitiéndoles financiar la educación, la salud y la alimentación en los hogares (Banco de la República, 2003). De hecho, en los últimos años, las remesas se han incrementado significativamente a través de infinidad de corredores que unen origen y destino de los giradores; en el caso colombiano, durante 2008 se alcanzó la cifra record de 4842,4 millones de dólares (Mejía et al, 2009). Por su parte, la inmigración de población extranjera al país, no representa nada significativo, pero si lo es, el retorno de los emigrantes colombianos al cual contribuyen más los hombres que las mujeres emigrados.

El segundo fenómeno migratorio que afecta la dinámica poblacional es la migración interna, la cual ha sido marcada en los últimos 20 años, debido al desplazamiento forzado por el conflicto armado interno y ocasionando un crecimiento desordenado de la población urbana en condiciones de alta vulnerabilidad que afectan la salud y el bienestar de individuos y colectivos, tanto de las áreas expulsoras como de las receptoras. Según el CODHES (CODHES, 2012), se estima que aproximadamente unos cinco millones de personas han sido víctimas del desplazamiento forzado y que más de 250 mil personas en 2011 se encontraban en estas condiciones, con el consiguiente impacto para los servicios sociales que demandan su atención y protección social. El comportamiento espacial muestra que el 53% de los desplazamientos se originan en Antioquia, Nariño, Cauca y Caquetá, y que son estas mismas zonas más el Distrito de Bogotá y el Valle del Cauca, las que reciben cerca del 52% de estas personas y en el resto Bogotá y Antioquia (Minsalud, 2012).

En las últimas décadas Colombia ha vivido un conflicto armado interno caracterizado por homicidios, accidentes por la explosión de minas antipersonales, desaparición forzada, confinamiento y desplazamiento forzado, con grandes consecuencias para la salud pública. Los grupos más afectados por el desplazamiento forzado son las mujeres, los niños y los adolescentes menores de 14 años, y los grupos étnicos. A pesar que la cobertura de aseguramiento de la población desplazada oscila entre 80% y 90%, el acceso efectivo a los servicios de salud es muy bajo (inferior a 40%). La dispersión geográfica, la presencia de grupos armados ilegales y la debilidad institucional en salud, entre otros factores, impiden la prestación oportuna de los servicios. El desplazamiento forzado por la violencia constituye el factor más importante en la migración interna, con una cifra acumulada de 4.667.942 de personas desplazadas.

Otro tipo de fenómeno relacionado con las migraciones internas son los movimientos transfronterizos, entre ciudades dormitorio y centros urbanos, y la trashumancia de algunos grupos de población indígena que se mueven en su ámbito territorial, generalmente de población dispersa, dificultando su atención.

Contexto socioeconómico

Ahora bien, en relación con el contexto socioeconómico, político y cultural en el cual crece y se desarrolla la población colombiana, Colombia es -entre los países latinoamericanos y del mundo- uno de los que exhiben mayores desigualdades sociales e inequidades en salud, que no logran avanzar en el cierre de brechas. De hecho, en la reciente evaluación del panorama social latinoamericano realizado por la CEPAL en 2009 (CEPAL, 2009), la situación nacional en lugar de mejorar, empeoró en el periodo 2002-2007. Según esta evaluación, Colombia aparece con la peor distribución del ingreso en la región –según los indicadores que diferencian el nivel de ingresos entre el 10% más rico de la población y el 40% más pobre, así como la magnitud de pérdidas de salud entre los quintiles 1 y 5 de ingreso.

Entre 2000 y 2010, la economía ha mostrado un crecimiento sostenido; sin embargo, el crecimiento económico y la consecuente distribución de la riqueza nacional, ha sido insuficiente como para disminuir las inequidades sociales internas. Desde 1995, la informalidad laboral para los trabajadores sin educación superior ha crecido sustancialmente y, en la actualidad, más del 50% de los trabajadores colombianos no contribuyen a la seguridad social. Con la recuperación económica de los últimos años, la informalidad apenas disminuyó levemente en promedio, incluso, aumentó para los trabajadores sin educación superior. En términos porcentuales, el

número de cotizantes a la seguridad social ha permanecido estancado desde 1996, el crecimiento sistemático de la informalidad laboral, especialmente entre los trabajadores sin educación superior, es uno de los problemas más serios de la economía colombiana, lo cual genera grandes inequidades sociales y en salud.

Entre los indicadores sociales más sensibles de las condiciones de vida de la población y sus niveles de pobreza, el índice de desarrollo humano (IDH), el índice de condiciones de vida (ICV), el índice de necesidades básicas insatisfechas (NBI) y las líneas de pobreza e indigencia (LP, LI), muestran los contrastes y los grados de desarrollo de las regiones (DNP, 2007). Los indicadores IDH e ICV han mostrado un crecimiento generalizado durante el periodo 2000-2005, principalmente en área urbana; sin embargo, reflejan diferenciales a nivel territorial que van desde IDH e ICV menores de 0,70 en Choco, La Guajira, Cordoba, Sucre y Nariño, hasta mayores de 0,80 en Bogotá, Santander, Valle del Cauca, Atlántico y Antioquia.

A pesar de que la pobreza ha mostrado una tendencia decreciente, casi la mitad de la población colombiana continúa siendo pobre. Aunque no existe en Colombia una serie de pobreza continua comparable en el tiempo, sí se puede apreciar una tendencia decreciente en los últimos años. Con las nuevas encuestas de hogares del DANE se ha construido una serie desde 2002 a 2010; en la que se puede observar que en el año 2002 la pobreza en Colombia era de 53,7%, disminuyendo a 50,3% en el 2005 y finalmente a 44,1% en el 2010. Pero, a pesar de la disminución reciente observada en los niveles de pobreza, casi la mitad de la población continúa percibiendo ingresos por debajo de los necesarios para consumir la canasta mínima. (FEDESARROLLO, 2012).

En cuanto a los hogares con necesidades básicas insatisfechas (NBI) a nivel nacional, el 19,3% de los hogares tienen al menos una necesidad relacionada con viviendas, hacinamiento, servicios públicos, dependencia económica y asistencia escolar. Así mismo, los hogares en situación de miseria clasificados de esta forma cuando se tiene más de una necesidad básica insatisfecha fueron el 5,2% del total de hogares de Colombia en el año 2005. Si bien, estos indicadores tienden a reducir, Chocó es el departamento con el mayor porcentaje de hogares con necesidades insatisfechas (67,1%), y mayor porcentaje de personas por debajo de línea de pobreza (78,5%), seguido de varios departamentos de la zona Atlántica; mientras que los departamentos de las regiones Central y Oriental registran las menores proporciones de NBI, LP y LI.

Entre los determinantes que más contribuyen a los resultados en salud, cabe señalar el progreso que la educación, la vivienda y el empleo, han tenido en las dos últimas décadas. En materia de educación ha sido el más notable, pues el país alcanzó la meta de 100% de cobertura bruta para la educación básica pre escolar, primaria, y secundaria, pero los logros no han sido similares en cuanto a analfabetismo (1,8%) y años de educación en la población de 15 a 24 años (9,2 años) (MEN, 2013). Sin embargo, el nivel educativo diferencial de las mujeres en edad fértil marca desigualdades importantes en los principales indicadores relacionados con la fecundidad y salud materna infantil.

En relación con la vivienda y otros espacios en los que transcurre la vida de los individuos y familias, según los resultados del Censo 2005, el 36,21% de los hogares del país presentó necesidades habitacionales; disminuyendo frente al déficit de 53,6% registrado en el Censo de 1993. El 23,84% de los hogares habitan en viviendas con problemas cualitativos o deficiencias relacionadas con la estructura de los pisos, hacinamiento mitigable, servicios públicos y lugar inadecuado para preparar los alimentos - cocina. En total, el 10% de la población habita en

viviendas inadecuadas generadoras de riesgo para la salud. Cabe señalar que no hay estudios que permitan cuantificar los daños de salud asociados a las condiciones de la vivienda; no obstante, las principales causas de consulta de urgencias y hospitalización, asociadas a enfermedades de origen hídrico, reflejan condiciones ambientales higiénicos sanitarios deficientes de las viviendas que se expresan en las coberturas de hogares a los servicios públicos. En el ámbito nacional, la cobertura de acueducto alcanza el 87,3%, sin embargo en el área rural sólo está cubierta 56,3% de la población y el acceso a alcantarillado en el país es del 72,3% con solo 12,3% de cobertura en el área rural (Anexo 4 figura 5).

La crisis de los años noventa produjo los niveles más bajos de ocupación y los niveles más altos de desempleo en la historia reciente pero el dinamismo económico reciente no ha sido suficiente para reducir la pobreza y revertir completamente estas cifras. El desempleo en Colombia en los últimos 20 años comenzó el período con tasas de un dígito (9.8% en 1997) para luego subir a los niveles más altos de la historia reciente alrededor de 16,5% en el trienio 2000-2002. En el año 2003, la tasa de desempleo comienza a ceder gradualmente hasta llegar al 10.4% en 2012; reflejando, entre otras cosas, los efectos de la desaceleración económica. Así, pese a las relativamente altas tasas de crecimiento económico de finales de la década pasada que comprende el año con mayor crecimiento económico en la historia reciente (7.6% en 2007), el desempleo presenta una disminución muy leve; insuficiente para ubicarse en el rango de tasas de un dígito, consolidándose como la tasa de desempleo más alta de América Latina. Este punto es de especial interés dado que Colombia se ha visto afectada por la actual crisis en menor magnitud que otros países de la región, lo que hace pensar que el alto desempleo en Colombia lo explican principalmente otros factores más estructurales (FEDESARROLLO, 2010).

En tanto, las tasas de ocupación han estado alrededor de 53% con un aumento de 2,3 puntos porcentuales durante la década pasada, con un repunte en los últimos años alcanzando en 2012 el 57,8%. No obstante, la calidad del empleo empeoró, y la tasa de informalidad, medida como la proporción de trabajadores cuenta propia dentro del total de ocupados, ha venido creciendo y ya sobrepasó al 50%, pasando de 33,9% en 1997 a 51,7% en 2010. Por lo tanto, aunque la ocupación aumentó, no se experimentó una importante generación de empleo en el sector formal. Por el contrario, la mayoría de los nuevos ocupados corresponden a empleos generados en el sector informal, en el cual los trabajadores carecen de aseguramiento laboral y son más vulnerables ante posibles choques. Cabe señalar, que cerca del 50% de los trabajadores informales pertenecientes a los estratos bajos, trabajan bajo esta modalidad por razones de exclusión o falta de oportunidades, más que por ser una alternativa para mejorar sus condiciones laborales; en contraste con el 12% de los trabajadores cuenta propia de estratos ocupados en la informalidad por exclusión (FEDESARROLLO, 2010) (FEDESARROLLO, 2012) (DANE, 2012).

Perfil epidemiológico: una transición compleja y prolongada

Dado el contexto demográfico, económico y social del país, se comprende que el perfil de salud de la población colombiana presente una carga de morbilidad y mortalidad con características propias de todas las fases de la transición epidemiológica, las cuales se superponen haciendo de ésta una situación compleja. Es decir, donde pese al predominio de las enfermedades crónicas no transmisibles y el enorme peso en la carga de enfermedad (67%), coexisten daños en salud causados por las enfermedades transmisibles, carenciales y epidémicas emergentes y reemergentes que imponen alta carga en muchos segmentos de la población, y donde las lesiones

externas por distintas causas específicas siguen ocasionando enfermedad, discapacidad y muerte en los diferentes ciclos de vida. Se puede decir que el perfil epidemiológico colombiano refleja no solo la exposición a diversos factores de riesgo desde los vinculados con la pobreza, el hambre, sino aquellos ligados al desarrollo, el consumo y la globalización. También, es el claro reflejo de las desigualdades e inequidades en salud, y del rezago en el desarrollo de grupos de población y territorios en Colombia (figura 6).

Mortalidad

La mortalidad general en los últimos 20 años ha registrado 3.632.579 de defunciones con un promedio anual aproximado de 181.000 casos (rango: 168.568 – 200.524, DANE-EEVV 2013). (Anexo 4 Tabla 4) El 59% ocurrieron en hombres y presentan una curva trifásica con picos en los menores de cinco años, entre los 20 y 24 años, y luego de los 50 años donde aumenta progresivamente hasta el final de la serie. Entre las mujeres, las muertes se concentraron en los extremos de la vida sin el pico que se apreciaba en los hombres jóvenes. Para ambos sexos, el nivel más bajo de mortalidad se presenta en el tramo entre los 5 y 15 años con menos del 1%, mientras que la mayor concentración de muertes se encuentra en los adultos mayores con más del 55% de defunciones registradas (Anexo 4 Figura 7).

Las principales causas en Colombia por grandes grupos registradas en el periodo 1997-2010 están representadas en primer lugar por las enfermedades del sistema circulatorio, que osciló entre un 28 y un 30% del total de muertes, seguido de las causas externas (17 a 24%), neoplasias (14 a 18%), las enfermedades respiratorias (8,7%), y las enfermedades del aparato digestivo (4,3%) (figura 8). Para el 2010 los hombres presentaron tasas ajustadas de mortalidad superiores que las mujeres (506 en hombres y 373 en mujeres por 100.000 habitantes) (Anexo 4 figura 9).

El riesgo de morir por enfermedades del aparato circulatorio disminuyó entre los años 1985 y 2005 con una ganancia en la esperanza de vida de 1,7803 años. En las mujeres se presentó la mayor reducción del riesgo de morir por enfermedades circulatorias, aportando una ganancia de 2,0608 años; sin embargo, en los grupos de edad de 80 años y más se perdieron 0,2705 años; los hombres contribuyeron con 0,2409 años a la pérdida de años en la esperanza de vida; en total, en los hombres se tiene una ganancia de 1,5168 años de vida debido a la reducción del riesgo de morir por enfermedades del aparato circulatorio.

Cabe señalar que en el grupo de las enfermedades del sistema circulatorio, las muertes originadas por enfermedades isquémicas del corazón y las enfermedades cerebrovasculares se registraron como las dos primeras causas más frecuentes (45,7% y 23,8% respectivamente) (Anexo 4 Tabla 5) De las 59.398 muertes registradas en el año 2010, el centro del país concentró el 50,4% de las muertes originadas por las enfermedades del sistema circulatorio.

Entre los años 1985 y 2005 el riesgo de morir por tumores tiene un mayor aumento en ambos géneros, lo que se traduce en una pérdida de 0,4346 años de esperanza de vida en hombres entre los 70 y más años y de 0,3809 años en mujeres con edades entre 65 y más años. Entre 1985 y 1995 el riesgo de morir por tumores presenta una mayor variabilidad entre los diversos grupos poblacionales, aunque las mujeres son las más afectadas por dichas causas en la edad adulta. En la última década el riesgo de morir por tumores aumentó, contribuyendo con un aporte negativo de 0,2077 años a la esperanza de vida.

En relación a las neoplasias, el tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón (alrededor del 11%) ocupó el primer lugar durante varios años, sin embargo, el tumor maligno de estómago alcanzó cifras superiores, llegando a producir el 14,3 % de las muertes en el 2010. (Anexo 4 Tabla 6). Al igual que las muertes por enfermedades del sistema circulatorio, el 50% de las muertes por neoplasias se agruparon en el centro del país (Anexo 4 figura 10).

Entre los años 1995 y 2005, el riesgo de morir por causas externas disminuyó considerablemente respecto a los años anteriores, aportando una ganancia de 1,205 años en la esperanza de vida. En el país se registró una pérdida de 0,0216 años de vida en los hombres entre los 65 y 79 años. El riesgo de morir por causas externas se redujo en hombres y mujeres, aportando una ganancia de 1,4779 años en los hombres con edades entre 10 y 24 años.

Entre 1997 y 2010, las muertes por causa externa se han reducido un 43% pasando de 24% a 17% del total de defunciones. En la actualidad, el 58% de las muertes de causa externa fueron debidas a homicidios; seguido de accidentes de transporte (17,0%), causas intencionales no especificadas (6,1%) suicidios (5,5%), accidentes no especificados (5,2%), ahogamiento y sumersión accidental (2,8%) y caídas (2,7%) (Anexo 4 tabla 7) Por grupos de edad, el 71,9% ocurren en personas de 15 a 44 años, 14,9% en el grupo de 45 a 64 años; 7,0% en mayores de 65 años; y 6,2% en menores de 15 años (Anexo 4 figura 11).

La razón de mortalidad materna se redujo en un 27% entre 1998 y 2010, pasando de 91,4 muertes a 71,6 por cada 100.000 nacidos vivos (Anexo 4 figura 12). El perfil actual de causas de mortalidad materna muestra que 40% se deben a afecciones obstétricas no clasificadas en otra parte, el 21% a edema, proteinuria y trastornos hipertensivos en el embarazo, el parto y el puerperio y el 17% a complicaciones del trabajo de parto y del parto. La mayoría de muertes maternas que se consideran evitables se asocian con deficiencias en el acceso a servicios de salud de calidad (INS, 2010), dado que más del 95% de los partos son institucionales y el 92% de las mujeres recibieron atención prenatal de un profesional médico (ENDS, 2010). Entre las que tienen parto en casa o en otro sitio, predominan las mujeres con menor nivel educativo o sin educación formal, en las áreas rurales (ENDS 2005, 2010) (Anexo 4 figura 13). De hecho, el 70% de las muertes maternas se presentan los estratos socioeconómicos más bajos, entre las mujeres menos educadas (figura 14 y 15).

En tanto, la mortalidad infantil muestra tendencia al descenso sostenido y una concentración creciente en la etapa neonatal con 63% del total de muertes de menores de un año. La mortalidad por afecciones originadas en el periodo perinatal registró un promedio de 6.000 muertes durante el periodo entre 1998 y 2010, con un peso porcentual de 3,2% del total de muertes. En la actualidad, las principales causas de mortalidad infantil están representadas por trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal (23,4%), malformaciones congénitas (21,6%), Otras afecciones originadas en periodo perinatal (10,5%) y la sepsis bacteriana del recién nacido (7,7%) (tabla 8) Por regiones, las zonas costeras, Amazonia y Orinoquia son las que presentan las mayores tasas de Mortalidad Infantil (Anexo 4 figura 16).

Entre las causas de mortalidad en niños de 1 a 4 años, las más frecuentes son enfermedades infecciosas respiratorias e intestinales, muy relacionadas con las condiciones de vida y viviendas insalubres en más de 70% de los casos (Anexo 4 figura 17 y 18). No obstante, cabe señalar que durante el periodo se viene observando un decremento en la frecuencia de la mortalidad en estos

grupos de edad y por estas causas, emergiendo en cambio otras causas como la accidentalidad, que predominan en los niños mayores de 5 años.

En tanto, en la población adulta, las tasas específicas de mortalidad por causas por subgrupos de edad durante el periodo 1985-2010 muestran un descenso general de las tasas de mortalidad de las primeras causas con cambios de lugar en la lista de causas que sugieren transformaciones en el perfil de morbilidad y mortalidad a medida que avanza en la edad y cambian las épocas (Rodríguez, 2008). Un ejemplo es la aparición de las causas violentas como segunda causa de muerte en el grupo de edad de 45 a 59 años en 2005 cuando no aparecía entre las primeras 10 causas en 1985; o el escalamiento hacia primeros lugares de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica como causa de muerte en la población de 70 y más años.

La mortalidad por otras diferentes causas infecciosas muestra tendencias al descenso en general. Así, la mortalidad por VIH/SIDA en edades jóvenes ha disminuido por la mayor cobertura de terapia antirretroviral. Igual ha pasado con la mortalidad por Tuberculosis pulmonar que muestra una reducción del 40% entre 1985 y 2010, pese al aumento en un 10% de casos co-infectados con VIH. Sin embargo, en los últimos años, ha sido importante la reemergencia de morbilidad y mortalidad por algunas enfermedades inmunoprevenibles como la tosferina.

Morbilidad

Cuando hablamos de morbilidad se hace referencia a la enfermedad que puede ser percibida por la población o a la enfermedad diagnosticada por los trabajadores de salud. El término *morbilidad sentida* -o auto percepción de problemas de salud- se refiere a la información suministrada por el individuo acerca de su estado de salud según sus conocimientos e interpretaciones, sin que este juicio haya sido necesariamente confirmado por personal médico. La morbilidad sentida se ha medido en Colombia desde el año 1965, cuando el 38,7% de la población reportó haberse sentido enferma. En la última medición a través de la ENS-2007, el 32,6% de los encuestados entre 6 y 69 años reportó haber tenido en los últimos treinta días al menos un problema de salud (tabla 9). La autopercepción de problemas de salud en los últimos 30 días aumentó con la edad y fue más frecuente entre las mujeres, siendo el más sentido de todos, el dolor físico o malestar, informado por el 28,6% de los encuestados; los problemas mentales ocuparon el segundo lugar (5,8%) y las causas violentas el tercero (3,3%).

La morbilidad sentida causada por condiciones crónicas con mayor frecuencia en ambos sexos fue, en su orden, alergias (11,6%) predomina en los grupos más jóvenes; hipertensión arterial (6,1%), alguna enfermedad del corazón (2,3%) y diabetes o epilepsia (2,8%) son las patologías más frecuentes sentidas por los adultos después de los 45 años; condiciones como úlcera digestiva (4,9%), asma (4,4%), colon irritable (4,1%), otras enfermedades crónicas que no se curan y VIH/SIDA (3,2%), afectan a los adultos jóvenes.

Morbilidad atendida o registrada

La morbilidad atendida es registrada a través de los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS), la cual es la fuente para el presente análisis. El promedio anual de atenciones en el trienio 2009-2011 fue de aproximadamente 18 millones de consultas/año, de las cuales el 85% fueron consultas ambulatorias, 10% consultas de urgencias y 5% hospitalizaciones; con predominio de mujeres con el 58% del total de registros. Por grupos de edad, los niños y las

mujeres en edad fértil de las edades más jóvenes, dominan la demanda de prestaciones de salud (Anexo 4 figura 19).

Las causas de consulta ambulatoria general más frecuentes para ambos sexos, fueron la hipertensión arterial (11,2% en mujeres y 8,7% en hombres), caries dental (8,5% en mujeres y 8,7% en hombres) y la rinofaringitis aguda (6,1% en mujeres y 6,7% en hombres) (Anexo 4 tabla 10). Mientras que las consultas de urgencias más frecuentes fueron diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso (6,2% en mujeres y 7,4% en hombres), otros dolores abdominales y los no especificados (6,9% en mujeres y 4,9% en hombres) y la fiebre no especificada (4,6% en mujeres y 6,1% en hombres) (Anexo 4 tabla 11). Las principales causas de egresos hospitalarios por la demanda de la población general fueron las infecciones de vías urinarias (4,4% en mujeres y 2,5% en hombres), diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso (2,9% en mujeres y 4,3% en hombres) y otros dolores abdominales y los no especificados (2% en mujeres y 1,8% en hombres) (Anexo 4 tabla 12).

Por grandes grupos de carga de enfermedad, 76% de la morbilidad es ocasionada por las enfermedades crónicas no transmisibles, similar a los países desarrollados. El 15% corresponde a enfermedades transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales; y el 9% de la morbilidad está asociada a lesiones de causa externa (Anexo 4 figura 20). Las primeras veinte causas en todas las edades y ambos sexos, ocasionan 280 años de vida saludable perdidos por enfermedad y discapacidad, por cada mil personas (MPS/CENDEX-PUJ, 2005). Encabezan esta lista, los problemas neuropsiquiátricos -depresión mayor unipolar, trastornos bipolares, esquizofrenia y epilepsia (21% de Avisas Totales), la cardiopatía hipertensiva (19% de Avisas totales), las lesiones -agresiones, accidentes de transporte y otras lesiones no intencionales (8% de Avisas Totales) (Anexo 4 tabla 13).

Diferentes estudios en Colombia evidencian una prevalencia alta de la hipertensión arterial (22,8%) y su asociación con el aumento de riesgo para cardiopatía isquémica en un 49%, y el 62% de los trastornos cerebrovasculares. En mayores de 45 años, la hipertensión arterial, es el motivo de consulta más frecuente tanto para los hombres como para las mujeres. De las primeras 20 causas de egreso hospitalario, las enfermedades isquémicas del corazón ocupan el tercer lugar aportando un 3,5% del total, la insuficiencia cardíaca el 2,0% y la diabetes mellitus el 1,6%. La enfermedad isquémica del corazón y la insuficiencia cardíaca congestiva ocupan el primer lugar de egresos hospitalarios en el grupo de personas mayores de 50 años de edad, y junto con la enfermedad cerebrovascular, la diabetes mellitus y otras enfermedades de origen arterial, también hacen parte de las 10 primeras causas de egreso hospitalario en mayores de 45 años.

La prevalencia de diabetes aumentó del 2,0% en la población adulta de 1999 (ENFREC II, 1999) hasta un 2,6% en personas adultas en 2007, con un 19,8% de discapacitados diabéticos que es 2,5 veces superior a la prevalencia de discapacidad estimada para la población general no diabética, con mayor afectación por grupos de edad entre los 30 y 39 años (25%) (ENS, 2007) (Anexo 4 tabla 14).

De acuerdo con las estimaciones de incidencia, en el período de 2000-2006 se presentaron cerca de 70.887 casos nuevos de cáncer por año, para una incidencia ajustada por edad para todos los cánceres de 186,6 por 100.000 habitantes en hombres y 196,9 en mujeres. Las principales localizaciones de cáncer en hombres, fueron en orden decreciente: próstata, estómago, pulmón, colon, recto y linfomas no-Hodgkin; en mujeres fueron: mama, cuello del útero, tiroides,

estómago, colon, recto y ano. En 2010, se registraron 33.450 defunciones por cáncer, que representaron 16,9% del total de defunciones. En adultos, las principales causas de muerte por cáncer en hombres son estómago, pulmón, próstata, color y recto, mientras en las mujeres fueron cuello uterino, mama, estómago y pulmón. En niños, el cáncer es una enfermedad compleja que no representa más del 3% de los casos nuevos de cáncer, sin embargo, este país continúa presentando altas tasas de mortalidad por los cánceres pediátricos más frecuentes como las leucemias agudas pediátricas, linfomas y tumores de sistema nervioso central.

Entre otras patologías crónicas, cabe señalar la importancia que la Enfermedad Renal Crónica representa en la carga de enfermedad. A mediados de 2011 habían registrados en la Cuenta de Alto Costo (CAC) 788.565 personas, que en su mayoría aún no están clasificados según su estadio clínico (46,2%); en estadio 1 están clasificados el 18,2%, en estadio 2 el 31,7%, en estadio 3 el 43,6%, estadio 4 el 3,3% y estadio 5 el 3,2. Por sexo no hay diferencias y por grupos de edad la mayoría están por encima de los 50 años de edad (MSPS- Cuenta de Alto Costo, 2012). Asociado a las enfermedades crónicas no transmisibles, la prevalencia de factores de riesgo para enfermar y morir, que mayor peso tienen entre la población colombiana, son el tabaquismo, la dieta inadecuada y la inactividad física; además de la presencia de condiciones medioambientales relacionadas con la calidad del aire, el estrés urbano, las infecciones y las exposiciones ocupacionales (Ministerio de Salud y Protección Social - Instituto Nacional de Cancerología ESE, 2012).

Las diferentes encuestas de salud dan cuenta de cómo el hábito tabáquico, si bien ha disminuido en la población general, persiste e incluso aumenta en las mujeres jóvenes y adolescentes, con el agravante que la edad de inicio del hábito de fumar se ha disminuido entre escolares y que en un 30% se constituye en la primera droga antes del consumo de sustancias psicoactivas ilícitas. La prevalencia de uso en los últimos 30 días de tabaquismo en adultos ha disminuido en forma importante, pasando de 21,4% (1993) a 12,8% (2007), sin embargo, la relación hombre/mujer ha aumentado de 2,1 a 2,6 veces (Anexo 4 figura 21) (Ministerio de Salud, 1993, 1998, 2007).

Con relación a los patrones de consumo de alimentos predominantes en nuestro país, según la Encuesta de Situación Nutricional (ENSIN, 2010), en la población entre 5 y 64 años, 1 de cada 3 colombianos no consume frutas diariamente, el 71,9% de los colombianos no consume verduras ni hortalizas diariamente, aproximadamente 1 de cada 4 consume comidas rápidas semanalmente y lo hace el 34,2% de los jóvenes entre 14 y 18 años, además, 1 de cada 5 consume bebidas gaseosa azucaradas diariamente, 1 de cada 7 consume alimentos de paquete diariamente, siendo los niños y adolescentes quienes presentan una mayor frecuencia de consumo de estos alimentos; 1 de cada 3 consume golosinas y dulces diariamente. El 32% de la población consume alimentos fritos diariamente, el 39,5% consume alimentos manipulados en la calle. En zona urbana el 60% de la población consume comidas rápidas en el mes en la zona rural este porcentaje es de 19,8% y el 16,7% de los colombianos adiciona más sal a los alimentos después de servidos en la mesa.

De acuerdo a los resultados de la ENSIN 2010 con respecto a 2005, el sobrepeso (IMC, mayor o igual a 25 y menor o igual a 30) en el grupo de 18 a 64 años aumento en promedio 2 puntos porcentuales; La obesidad (IMC > 30 años) en el grupo de 18 a 64 años aumento en promedio 2,5 puntos porcentuales en el 2010 con respecto al 2005 (Anexo 4 figura 22). El riesgo de sobrepeso, obesidad y exceso de peso en la población de 14 a 64 años muestran una tendencia al aumento (Anexo 4 figura 23), lo cual sugiere cambios negativos en los patrones de consumo; la relación sobrepeso- obesidad aumenta a medida que se incrementa el nivel del SISBEN y el nivel educativo

de la madre (9,4% en madres sin educación vs 26,8% en madres con educación superior). El exceso de peso es mayor en el área urbana 19,2% que en el 13,4% rural. La obesidad se concentra especialmente en las mujeres. Entre los años 2005 y 2010 la obesidad aumentó un 2,7% en los hombres y un 3,5% en las mujeres (Ministerio de Salud y Protección Social, 2005-2010). La obesidad tiene un aumento directamente proporcional con la edad, es más frecuente en los adultos mayores, en los que aumentó 2,7%.

La desnutrición crónica en niños menores de cinco ha descendido en forma progresiva, pasando de 15% (1995) a 9% (2010), sin embargo, en el último quinquenio aumentó 2,1% en el área urbana y disminuyó 0,1% en el área rural, y es 5,4% más común en el área rural que en el área urbana (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar- Ministerio de Salud y Protección Social, 2005-2010) (Anexo 4 figura 24). Para el año 2010 la prevalencia de anemia según concentración de hemoglobina en niños de 1 a 4 años ($Hb < 12 \text{ g/dl}$) es de 29,4%. En tanto, la inseguridad alimentaria en los hogares colombianos según la clasificación por niveles del SISBEN durante el año 2010 es 2,16 veces mayor en el nivel 1 (60,1%) al compararlo con el nivel 4 o más (27,8) (MPS, ICBF, INS, Profamilia, DANE, ICD, OIM, PMA, OPS, ACODIN, 2010).

Según los resultados de la ENSIN-2010, solamente el 26% de la población cumple con el mínimo de actividad física recomendada en el grupo de edad de 13 a 17 años, este porcentaje, aumenta a 42,6% entre 18 y 64 años, sin embargo llama la atención que la actividad física en tiempo libre solamente fue practicada por el 8,6% de la población entre 13 y 17 años y, en un 5,9% entre 18 y 64 años. Sumado a este panorama el 56,3% de los niños entre 5 – 12 años dedican 2 o más horas diarias a ver televisión y el promedio de inicio del consumo de tabaco inicia a los 16, 9 años. Estos valores son significativamente menores en la Región Caribe que en el resto del país.

A pesar que se conoce desde la ENFREC II (1999) que la prevalencia del sedentarismo en el país es de proporciones alarmantes. Tan solo el 35,1% reporta actividad física de un día a la semana y el 52,7% restante reconoció que nunca realizan este tipo de ejercicios físicos, es decir, 78,8% de los individuos no realiza regularmente la cantidad necesaria de ejercicio para su protección en salud cardiovascular.

Con base en los resultados de la ENS-2007, se pudo establecer que solo el 14,1% de los colombianos mayores de 18 años realizan actividad física vigorosa a los niveles que estimulan y protegen la función cardiovascular con una frecuencia mayor a 2-3 veces por semana, un 7,2% realiza actividades en niveles bajos de intensidad y duración y el restante 72,3% no realizan ningún tipo de actividad física vigorosa para cuidar su salud, en total el 85,9% de la población no realiza la dosis de actividad física necesaria para su salud.

Por otra parte, el consumo de sustancias psicoactivas lícitas e ilícitas en niños y niñas empieza a los 12 años. La prevalencia total de último año de consumo de cualquier droga es de 2,7; sin embargo es 3,75 veces más frecuente en los hombres (4,5%) que en mujeres (1,2%). Por grupos de edad es superior en las personas entre los 18 y los 24 años de edad (5,9%) (Anexo 4 Figura 25). El consumo de riesgo y perjudicial de alcohol es 3,05 veces más frecuente en los hombres que en las mujeres, y los grupos de edad en los que más se consume alcohol son de 18 a 24 y 25 a 34 años de edad (Ministerio de la Protección Social, 2008) (Anexo 4 figura 26).

En cuanto a los riesgos profesionales, la tasa de accidentalidad laboral ha ido en incremento pasando de 5,2 por cada 100 trabajadores en el año 2005 a 6,4 en el 2010 (figura 27). Este

incremento además, está asociado al aumento en la cobertura de afiliación y reporte a las aseguradoras de riesgos profesionales.

En el ámbito de las enfermedades infecciosas y maternas perinatales, la prevalencia de bajo peso al nacer constituye uno de los principales factores de riesgo para la mortalidad neonatal. Durante el quinquenio 2005-2010 ha tenido una tendencia constante al incremento. Alrededor del 9% de los niños nacen con un peso inferior a 2.500 gramos (Anexo 4 figura 28). La pobreza es determinante del bajo peso al nacer. En Colombia el 80% de la población más pobre concentra el 76% del bajo peso al nacer con un índice de concentración de 0,096 (Anexo 4 figura 29). Este riesgo es más frecuente en los hijos de mujeres con nivel educativo superior, sin embargo, entre las mujeres sin educación el 25,3% manifiestan que sus hijos no fueron pesados al nacer (Ministerio de Salud y Protección Social, 2010) (Anexo 4 figura 30).

Entre las enfermedades infecciosas más notables, la vigilancia epidemiológica da cuenta de incidencias y tendencias de enfermedades que representan el 15% de la carga global de enfermedad. La Sífilis congénita y gestacional registran un incremento importante. La sífilis congénita desde el inicio de su vigilancia (1998) se ha incrementado de 0,9 a 2,7 por cada 1.000 nacidos vivos (2012); y la razón de incidencia de la sífilis gestacional, pasó de 1,3 (2003) a 7,3 (2011) (figura 31). La prevalencia de VIH/SIDA en población de 15-49 años ha disminuido de 0,7% (2006) a 0,52% (2011) (figura 32), al igual, la transmisión materno infantil, desde el año 2007, cuando pasó de 8,2% a 4,9% en el 2009 (figura 33).

La lepra ha disminuido sustancialmente su incidencia, con una tasa menor a 0,1 por cada 100.000 habitantes desde el año 2008 a la fecha, lo que equivale a menos de 289 casos ocurridos en el año 2010 (figura 34 y 35). La detección de casos de TB en Colombia, en los últimos cuatro años, se ha mantenido entre el 70,9 y el 75,8% de lo estimado (Anexo 4 figura 36). La tasa de incidencia de TB notificada ha permanecido estable entre 20 y 30 de cada 100.000 habitantes en los últimos 15 años (Anexo 4 figura 37) y el porcentaje de éxito del tratamiento cercano al 80% en los últimos tres años (Anexo 4 figura 38).

La incidencia de las enfermedades transmitidas por vectores como malaria, leishmaniosis y dengue han tendido al incremento durante el trienio 2008-2010. La incidencia de malaria *vivax* y *falciparum* aumentó en 3,64 y 1,58 casos por cada 1000 habitantes respectivamente. El Índice Parasitario Anual (IPA) pasó de 6,2 a 11,5 (Instituto Nacional de Salud, 2008-2010). La incidencia de leishmaniosis cutánea y mucosa se incrementó en 46,2 y 0,7 por cada 10.000 habitantes respectivamente. La incidencia de dengue aumentó en 510,3 casos por cada 10.000 habitantes y alcanzó una letalidad de 2,26 muertes por cada 100 personas diagnosticadas con la enfermedad para el año 2010 (tabla 15).

En relación con la lesiones de causa externa, fueron notificados al SIVIGILA 63.256 casos durante el año 2012, de los cuales, gran parte corresponde a violencia física (40,0%) y a privación y negligencia (26,0%) (Figura 39). La violencia sexual es un evento de baja denuncia y notificación (16%), aunque de gran importancia para la salud pública (Instituto Nacional de Salud, 2012), cabe resaltar que quienes han sufrido violencia física, también ha sido objeto de violencia psicológica y quienes han sido violentados sexualmente han sido objeto de violencia física y psicológica. Según la ENDS 2010, 37,4% de las mujeres encuestadas que alguna vez estuvieron casadas o unidas, manifestaron haber recibido agresiones físicas por parte de su compañero, este tipo de agresiones resultó ser más común en las mujeres mayores de 45 años y que viven en el área urbana. Aunque

las mujeres con educación superior y nivel de riqueza más alto manifiestan con menor frecuencia agresión física.

La violencia interpersonal se define operativamente, en el ámbito epidemiológico forense, como el fenómeno de agresión intencional que tiene como resultado una lesión o daño al cuerpo o a la salud de la víctima y no la muerte, cuyo ejecutante no es un familiar en grado consanguíneo o de afinidad del agredido, y que excluye los casos de transporte. La violencia interpersonal en Colombia es un fenómeno de gran magnitud, como lo demuestra la evaluación médico-forense, de 152.865 lesionados por esta circunstancia en el año 2011, es decir, en términos absolutos, de 7.681 casos más que en el año 2010, y en términos relativos, con un aumento de 5,3%. Esta cifra se traduce en una tasa de 331,99 casos por 100.000 habitantes que es la proporción más alta de los últimos diez años, (tabla 16) (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2011). Ponderando el impacto del fenómeno sobre la población, podemos señalar que como consecuencia de las lesiones por violencia interpersonal en Colombia en el 2011, se perdieron 205.297 años de vida saludable.

La violencia intrafamiliar ocupa el segundo lugar en el cuadro de la violencia no fatal, después de la violencia interpersonal. En el 2011 dejó 89.807 víctimas y una tasa de 195,04 por 100.000 habitantes (Anexo 4 figura 40). Lo anterior cobra una trascendencia importante si se tiene en cuenta que en el marco de la familia es donde los niños comienzan a hacerse una idea de lo que significan las relaciones de pareja y entre los más cercanos. La violencia intrafamiliar, de la misma manera que la violencia sexual, cobra como principales víctimas a las mujeres. En el 2009, el porcentaje de mujeres que fueron víctimas de violencia intrafamiliar fue de 78,3 % y en el 2010 de 77,9 %; en el 2011 fue de 78,1 %. La violencia de pareja ocupó el primer lugar de todas las formas de la violencia intrafamiliar con 57.761 registros (64,3%), seguida de la violencia entre otros familiares con 16.267 casos (18,1%); en tercer lugar, la violencia a niños, niñas y adolescentes con 14.211 casos (15,8%) y, por último, la violencia a personas mayores con 1.568 casos (1,7%). (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2011)

Discapacidad

La discapacidad es una condición que afecta a la persona que la vive, pero que impacta en su entorno familiar y social dado que puede llegar a limitar la capacidad para trabajar y vivir de forma independiente. Sin embargo, la información disponible que permita caracterizar la situación de discapacidad en un continuo del proceso salud enfermedad es insuficiente, contando sólo con la información derivada del Censo 2005, la ENS 2007 y el Registro de Discapacidad.

En Colombia, según el censo 2005, la prevalencia de personas con al menos una limitación fue de 6,3%, siendo mayor en hombres (6,6%) que en mujeres (6,1%). Para entonces, se calcula que existían 2.651.701 personas con alguna limitación. Según la misma fuente, la discapacidad en hombres se concentra en el grupo de 0 a 35 años; mientras que en las mujeres, la mayor proporción es en adultas mayores, presumiblemente debido a las diferentes formas de discapacidad asociadas a los factores sociales, económicos y de violencia que generaron la discapacidad.

En las personas registradas, la mayor frecuencia de discapacidad corresponde a deficiencias en funciones o estructuras relacionadas con el movimiento del cuerpo, miembros superiores e inferiores (48,4%); siguen en orden de importancia aquellas en las cuales se encuentra

comprometido el sistema nervioso (41,7%); los ojos (40,7%); las estructuras de voz y habla (18,5%), y las deficiencias en los oídos (18,7%) (Gómez Beltrán J., 2010). Por otra parte, la demanda de ayudas especiales para el manejo de la discapacidad es del 32% en las mujeres y 25% en los hombres, mientras que solo 56% de los que requieren dispositivos, han tenido acceso a ellos. La mayor proporción de personas con demanda insatisfecha de dispositivos para su discapacidad son personas jóvenes entre 12 y 29 años.

Aunque las políticas de inclusión social están orientadas a permitir o facilitar el acceso y uso de espacios a las personas con discapacidad, el acceso real es limitado. En general, el 48,5% de las personas percibe barreras físicas para transitar en la vía pública; 34,4% enfrenta barreras para el uso del transporte público; 21,8% no disfruta de parques; 12,7% no accede a centros educativos; 16,5% tienen problemas en lugares de trabajo; 14,2% percibe barreras en entidades de salud; 17,7% no acceden a centros comerciales, tiendas (Gómez Beltrán J., 2010). La discapacidad es más recurrente en aquellos hogares pobres, por las difíciles condiciones de vida que rodea a las familias afectadas, comportando un círculo vicioso de pobreza. La mayor proporción de personas en condición de discapacidad son personas pobres sin capacidad de pago, afiliadas al régimen subsidiado (65%), pertenecientes en un 70% a los estratos 1 y 2.

Finalmente, las emergencias sanitarias asociadas a desastres naturales, antrópicos y/o tecnológicos, son hoy más frecuentes a costa de los cambios climáticos, el impacto medioambiental negativo del desarrollo no sostenible, la globalización y el intenso tráfico internacional de viajeros, transportes y mercancías. Ellas representan un enorme desafío de los tiempos modernos, por la propagación transnacional de epidemias como el síndrome respiratorio agudo severo –SARS, cólera o dengue, la pandemia de influenza AH1N1/09, o la amenaza latente de epidemias por influenza aviar H5N1, el novel coronavirus o los desastres nucleares. Colombia, entre otros países de la Región de América Latina y el Caribe, muestra una franca tendencia hacia el aumento en el número de desastres durante las últimas décadas; siendo la más reciente, la oleada invernal que durante el año 2010, dejó más de 3 mil familias damnificadas y alrededor de XX muertes y millonarias pérdidas económicas.

El crecimiento de la población y de los bienes localizados en áreas expuestas a fenómenos de diversos tipos, son factores determinantes en el aumento de condiciones de riesgo que se encuentran estrechamente ligadas con las condiciones de pobreza. Entre 1970 y el 2011 en el país se han registrado más de 28.000 eventos desastrosos, de los cuales cerca del 60% se reportan a partir de la década de 1990. Adicionalmente, durante el 2010 y el 2011, en tan sólo 15 meses se alcanzó una cifra equivalente a la cuarta parte de los registros y los muertos de la década anterior. Hay un evidente incremento en la ocurrencia de eventos desastrosos, pasando de 5.657 registros, entre 1970 y 1979, a 9.270 registros, entre el 2000 y el 2009, lo cual está relacionado no sólo con la disponibilidad y calidad de las fuentes de información, sino principalmente con el aumento de la población y los bienes expuestos; exigiendo la gestión permanente del riesgo incorporada en los procesos de desarrollo y planificación estratégica del mismo. (Banco Mundial, 2012)

Respuesta del sistema de salud a las condiciones de salud de la población colombiana

La universalidad del aseguramiento en salud, la garantía de portabilidad de prestación de los beneficios en cualquier lugar del país, la garantía de una red de servicios de salud que brinde la atención básica y compleja en todas las regiones bajo un modelo integral de prestaciones de

servicios preventivos, asistenciales y colectivos, y la unificación del Plan de Beneficios (POS), entre otros, son los principales propósitos del Sistema General de Seguridad Social en Salud definido por la Ley 100 de 1993 y demás normas que han introducido modificaciones a la reforma del sistema de salud en los años siguientes. Sin embargo, determinantes de orden socioeconómico –empleo y crecimiento económico–, han impedido alcanzar la cobertura universal y la equiparación de los planes de salud. (Programa de Organización y Gestión de Sistemas de Servicios de Salud, OPS, 2002)

Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud

Entre el 2000 y el 2012, la afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud se incrementó en 57% al pasar del 58 al 92 por ciento del total de la población (Anexo 4 figura 41). La afiliación al régimen contributivo ha evolucionado de 31 a 43% con un porcentaje de cambio del 39% durante el periodo, alcanzando una cobertura hoy de 42,8% (19.957.739 personas). En el régimen contributivo el cambio ha sido de 122% pasando de 22 a 49% de afiliados para una cobertura de 48,5% en 2012 (22.605.295 personas). Los regímenes especiales (Fuerzas Armadas, Ecopetrol, Universidades públicas Magisterio) cubren el 4,6%, según la base de datos única de afiliados al 2012.

En tanto, un 4,4% de la población no están afiliados a ninguno de los regímenes en 2012; es decir, aproximadamente 2.049.600 personas reciben atención en salud por demanda a través de la oferta pública de servicios; el estudio de Flórez 2010, Diagnóstico e Inequidades de la Salud en Colombia: 1990-2010, con base en DHS 1995-2010, muestra la brecha de 30 puntos de diferencia de los más pobres con respecto a los más ricos, considerando una diferencia a favor de la inequidad. (Encuestas DHS 1990, 2000, 2005), De acuerdo con las Encuestas de Calidad de Vida en 2003 y 2008, la mayor concentración de población no afiliada se encuentra en los departamentos de menor desarrollo de las regiones Pacífica y Atlántica (DANE, 2008) (Anexo 4 tabla 17).

La red prestadora de servicios de salud

La red prestadora de servicios de salud pública, privada y mixta está conformada por 56.800 Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS, el 62.1% de la red es de baja complejidad con 35.282, el 32.8% es de media complejidad con 18.650 y el 5% es de alta complejidad con 2.868. Ocho de cada diez IPS del país son privadas, concentrándose más del 90% de ellas en las áreas metropolitanas. Registro de Prestadores de Servicios de Salud – REPSS a diciembre de 2012.

Según la ENS 2007, la oferta de instituciones de salud pública y privada es más amplia en los municipios de categoría especial, 1, 2 y 3 que en las categorías 4, 5 y 6. El predominio de la oferta en los municipios de categoría 6 son las instituciones públicas y la escasa presencia de prestadores privados, sobre todo aquellos que cuentan con servicios de hospitalización. (Ministerio de Salud y Protección Social, U de A, Facultad Nacional de Salud Pública, ASIS Colombia 2002-2007, 2012).

El total de disponibilidad de camas declaradas a 2012, son 139.646, distribuidas en la red pública 57.582, en la red privada 78.968 y en la red mixta 2.500; para una razón 2.96 camas por 1000 habitantes para el país; que se corresponde con el índice internacional establecido por la OMS de 2.5 ± 0.4 camas por 1000 hab. Sin embargo la distribución de este índice es de 1.2 en la red pública, en contraste con la red privada que cuenta con 1.68 camas por 1000 habitantes. La red

mixta cuenta con 272 IPS y una razón de 0.05 por 1000 personas, la mayor parte concentradas en la zona Caribe (Anexo 4 figura 42).

La red de prestadores de servicios de salud indígena – IPSI, consta de 92 Instituciones ubicadas en 24 departamentos para atender a 1.392.623 indígenas según proyección DANE a 2012. El 53% de las IPSI se encuentran en los territorios que concentran el 60 por ciento de la población (25 IPSI en La Guajira, 13 en Nariño y 9 en Cauca), mientras que en los departamentos de población mayoritariamente indígena (Amazonas, Guainía, Vaupés y Vichada), apenas alcanzan siete IPSI (REPSS, 2012).

Demanda y acceso a la atención en salud

Según la ENS 2007, la mayor parte de la demanda entre quienes buscan la atención en salud, es de mujeres y niños, seguidos por adultos mayores. La principal razón de consulta en ambos sexos fue la enfermedad física no obstétrica (62,4%), seguida por el chequeo médico de persona sana (13,3%). Por sexo la mayoría de las mujeres consulta por razones obstétricas y otros motivos relativos a la salud sexual y reproductiva y prevención de enfermedades, en tanto que los hombres lo hacen por problemas de salud relacionados con lesiones por accidentes o violencia y otras causas.

La demanda de los servicios de salud difiere por régimen de afiliación y tipo de atención. El 47% de todos los eventos registrados se debe a personas del régimen contributivo que consultan en una mayor proporción los servicios ambulatorios, mientras que las personas del régimen subsidiado acuden con mayor frecuencia a los servicios de urgencias; tales diferencias se deben a barreras en el acceso a los servicios de salud que tienen las personas con menor capacidad de pago. Una alta proporción de la población no afiliada demanda los servicios hospitalarios, debido posiblemente a la carga que tiene en este servicio la atención de problemas relacionados con el parto y el puerperio. (ENS, 2007)

Una tercera parte de la población con morbilidad sentida no acude a los servicios de salud por barreras de acceso a la atención en salud, siendo una de las principales razones, la no demanda de servicios por falta de dinero. De hecho, el pago de servicios de salud con recursos propios o de familiares, fue de 15,5% en 2007. Entre las personas no aseguradas, el mayor gasto en salud lo representa el pago por medicamentos (44% del gasto). (ENS, 2007).

Recurso humano en salud

Entre el 2001 a 2011, se han graduado 169.499 profesionales de la salud (entre pregrados y posgrados), de los cuales 100.122 son médicos (62,8%) y 59.114 enfermero/as, guardando una relación constante en este lapso de tiempo estas los dos perfiles. La Razón de médicos generales por 1000 habitantes en el 2005 /0,8, 2007/ 0,9, 2008 /1,4, 2010/ 1,0, de enfermeras profesionales 2005 /0,7, 2007/ 0,8, 2008 /0,8, 2010/ 0,7, odontólogos 2005 /0,8, 2007/ 0,9, 2008 /0,8, 2010/ 0,9 y auxiliares de enfermería 2005 /0,4, 2007/ 3,4, 2008 /3,4, 2010/ 2,7, mostro, que excepto en odontólogos, los demás profesionales presentaron un descenso en la razón de cobertura por 1000 habitantes al 2010, según fuente de los Indicadores Básicos de Salud del 2005 a 2010 del Ministerio de Salud y Protección Social y el Observatorio Laboral para la Educación.

En el 2012, la concentración de médicos generales reportada por 100.000 habitantes expone en Bogotá más de 300 médicos, siendo dos veces la concentración en Risaralda, y 6 y media veces en Vichada; 14 de 33 departamentos analizados, presentan una densidad superior a 125 médicos por 100.000 personas, en 7 de estos sectores se concentra la mayoría de médicos en el país, incluido el Archipiélago de San Andrés; Bogotá, Antioquia, Atlántico, Valle del Cauca y Santander, tres sectores presentan menos de 50 médicos por 100.000 habitantes (0,05 por 1.000), Chocó, Vaupés y Vichada y en el caso de Nariño, La Guajira, Amazonas, Putumayo, Cuaca, Arauca, Guainía y Caquetá, departamentos que concentran más del 90% de la población indígena del país, cuentan con un 0.1 médico por 1000 habitantes, tomando como referencia el valor medio mundial reportado por el Banco Mundial en 121 en 1990. (ECH, DANE, 2012) (Ministerio de Salud y Protección Social, Indicadores Básicos de salud, 2003 al 2010), (figura 43).

En las proyecciones de la oferta y demanda de recursos humanos en salud para los años 2000 – 2020, se observa y crece la oferta de formación en la zona Centro del país, que aporta 1 de cada 2 de los programas del país, seguida por la región centro occidente con 22% de participación; en las zonas más apartadas, como la Orinoquia, la oferta es de 0,8%, tal como se refiere en el estudio de RH en Salud y en el Modelo de Oferta y Demanda del RH en salud de 2002 y CENDEX 2007, Recursos Humanos en Salud, 21 departamentos ofrecen educación en medicina y 23 en enfermería; dos departamentos no reportan graduados en el lapso de 2001 a 2011, como son el Archipiélago de San Andrés y Guainía, y solo hasta el 2011, Amazonas, Caquetá, Guaviare y Vichada reportaron graduados en alguna rama de la ciencias de la salud.

Coberturas de servicios de salud

El acceso a los servicios de atención materna en el país para el control prenatal desde el 1985 a 2010, refleja un crecimiento en la cobertura pasando de 79,7, a 82, entre el 1985 y el 1990, cobertura que se mantuvo hasta el año 1995, continuó en ascenso hasta lograr el 90,8 en el 2000, y en los últimos diez años paso de 90,8 a 97 por ciento a 2010, crecimiento que estuvo a expensas de las maternas más pobres según reporta el estudio de Flórez 2007, la brecha de los más pobres desde el 1990 a 2005 redujo una diferencia de 40 puntos porcentuales a favor del control prenatal entre las más pobres y las más ricas, considerando una reducción en la inequidad. (Flórez 2007, Encuestas DHS 1990, 2000, 2005) (Anexo 4 figura 44 y 45).

Contar con 4 controles prenatales dio que la región de menos cobertura es la Amazonia y Orinoquia descendió de 68 a 61,6 entre el año 2005 y 2010, las demás regiones tuvieron incremento en el mismo período, la región Caribe pasó de 80 a 83,8, la Oriental de 81 a 85 y la Pacífica de 81 a 86,3. (Encuesta Nacional de Demografía y Salud- ENDS 1990,1995 y 2000), (Ministerio de Salud y Protección Social, Indicadores Básicos de salud, 2003 al 2010. Acceso a los servicios de atención materna para el control prenatal, Colombia, 1985 – 2010. Evolución de la inequidad en el control prenatal, Colombia a, 1990 – 2005.

El porcentaje de parto institucional del 1990 a 2010, paso de 76,3 a 98,6. Entre el 1990 a 2000, paso de 84,8 a 94,4 en el área urbana y de 59,7 a 70,6, en el área rural, en el mismo período las regiones donde se encuentra la más baja cobertura corresponde a la región Atlántica 64,7, Oriental en 76,6 y la Pacífica en 72,1; la mejor cobertura desde el año 1990 a 2000 la reporta Bogotá con el 93,4 y 97,2 respectivamente. El porcentaje de partos atendidos por personal calificado paso de 96,4 a 98,7 entre el 2005 al 2010, superando la meta programada al 2014, sobre

un cumplimiento del 95 por ciento, de cada 10 partos 9 son atendidos por médico, los partos atendidos por partera disminuyeron del 2,7% a un 0,78%, (ENDS 1990,1995 y 2000), (figura 46 y 47).

En relación con la detección temprana de cáncer cérvico-uterino, todas las mujeres colombianas entre 25 y 69 años de edad y las menores de 25 años con vida sexual activa tienen derecho a la citología sin costo. Entre el 2005 y el 2010, las mujeres entre 18 y 69 años, refirieron que conocen qué es la citología de cuello uterino, con un porcentaje que varío del 98,5 y 99,3, en el mismo periodo manifestaron haberse realizado una citología el 84,8 y el 90 por ciento y el 13,1 por ciento en el 2005, y el 11,5% de las mujeres se ha realizado la citología solo una vez en la vida. El 9 por ciento de las mujeres no reclamó el resultado de la citología, de estas el 30 por ciento no se le entregó y el 33 por ciento no le interesó el resultado; el 4 por ciento de las citologías se reportaron con alguna anormalidad y al 2 por ciento de las mujeres se les realizó una colposcopia, el 70% refiere no realizarse una citología por miedo y/o descuido y respecto al virus de papiloma humano el 44 por ciento refiere conocer del tema, mientras que el 25 por ciento conoce respecto a la vacuna contra este virus. (ENDS 1990,1995 y 2000), (Ministerio de Salud y Protección Social, Indicadores Básicos de salud, 2003 al 2010).

Respecto al cambio en la estructura de servicios, en cuanto a las acciones del Programa Ampliado de Inmunizaciones, el país ha realizado enormes esfuerzos para implementar las estrategias de vacunación y de vigilancia en salud pública, lo que le ha contribuido enormemente a consolidar y mantener las coberturas óptimas del Programa Ampliado de Inmunizaciones considerado uno de los programas bandera del Ministerio de Salud y Protección Social. La modernización del esquema de vacunación del 2002 consideraba 7 vacunas (2 combinadas) para el control de 11 enfermedades: Tuberculosis, Difteria, Tosferina, Tétanos, Hepatitis B, Meningitis por *Haemophilus influenzae* tipo b, Poliomieltis, Fiebre amarilla, Sarampión, Rubéola, Parotiditis. Para el 2013 a 11 vacunas (3 combinadas) para el control de 16 enfermedades, cubiertas por el plan obligatorio de salud, se sustituyó DPT + Hep B + Hib por Vacuna Pentavalente, (2002-2003), se incluyó: Influenza viral niños (2007), Neumococo (2009), Rotavirus (2009), Influenza viral >60a (2009), VPH Hepatitis A, DPT acelular para gestantes (2013), (Ministerio de Salud y Protección Social, Indicadores Básicos de salud, 2003 al 2010).

El reporte del esquema completo de vacunación en menores de 1 año, fue de 56,3, 61,9 y 76,3 entre el 2000 2005 y 2010, contra una meta nacional de 100%. Menores de 1 año con esquema completo de vacunación Los biológicos de Polio (VOP)3, DPT, 3 dosis, Hepatitis B, 3 dosis, HIB, 3 dosis y Triple viral (TV), Única dosis, y la Antiamarílica (1 año) (FA), presentaron baja en las coberturas en el año 2010, con respecto a las coberturas reportadas para el año 2007, 2008 y 2009 que para el caso de Polio (VOP)3 dosis fue de 92,8, 92, 92,1 en el 2007,2008 y 2009 y en el 2010 87,99; DPT, 3 dosis, 92,9, 92,2 y 92,2 y en el 2010 87,96, para el caso de la vacuna Antiamarílica (1 año) (FA) paso del 81,1 en el 2008 y bajo a 78,55, en el 2010 (Salud, 2010), (Anexo 4 figura 48).

El comportamiento histórico de la cobertura de DPT3 dosis, reportó varios picos durante el período del 1980 a 2012, paso del 15 a 62 por ciento en el 1980 a 1984, subió a 87 por ciento entre 1985 y 1990, en el 1992 descendió a 78, momento que coincidió con el aumento en la incidencia de casos confirmados de la tosferina que paso de 2,5 en 1992 a 4,4 en el 1994, subió a 93 en el 1995 y descendió a 73 en el 2003, se mantiene en 92 del 2004 a 2009, momento que coincide con la incorporación del SIVIGILA individual y la incorporación de la PCR, además la incidencia de casos confirmados de tosferina se mantuvo ente 0,3 en el 2003 y 1,0 en el 2009, con

cobertura de 88 y 85 para el 2010 y 2011, con un reporte en la incidencia de casos confirmados de tosferina de 2,2 a 2011. (Ministerio de Salud y Protección Social, Mapaisoft) (Ministerio de Salud y Protección Social, Indicadores Básicos de Salud), (Ministerio de Salud y Protección Social, Indicadores Básicos de salud, 2003 al 2010), (Anexo 4 figura 49).

Percepciones sobre el estado de Salud

En relación con la percepción de los colombianos sobre su estado de salud, la ENS 2007 mostró que aproximadamente el 76% de la población estima que su salud es buena o muy buena, independiente del régimen de afiliación. Así mismo, el monitoreo de los indicadores del sistema obligatorio de garantía de la calidad muestran que el nivel alto de satisfacción de los usuarios con los servicios y trato recibido por parte de las entidades promotoras de salud e instituciones prestadoras de servicios de salud, que supera el 80% de usuarios satisfechos. No obstante, la percepción ciudadana frente a la problemática de salud y condiciones de bienestar general resaltan la necesidad del abordaje integral de todos los determinantes de salud de manera que se garanticen todos los aspectos básicos que hacen de la seguridad humana, en todas sus acepciones, el eje de desarrollo humano y social, superando desigualdades e inequidades en salud y con la máxima participación social en todas las decisiones. Desde la perspectiva ciudadana, el Plan Decenal se concibe como la oportunidad de articular un conjunto de estrategias y acciones sociales que conllevan al bienestar general reconociendo todas las diversidades.

Para concluir, en relación con los logros obtenidos en desarrollo del PNSP 2006-2010 (Decreto 3039 de 2007), los resultados producto de la evaluación de las 35 metas de salud nacionales incluidas en los 10 objetivos sanitarios del Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010, medidos a través de los indicadores compilados por el MSPS, mostraron de manera global, que el 49% de las metas se lograron con resultados óptimos y aceptables; logros significativos en las prioridades de salud infantil, salud sexual y reproductiva, salud nutricional, prevención y control de las enfermedades transmisibles. Se avanzó moderadamente en la gestión integral de la salud pública, en la prevención y control de las enfermedades transmisibles y zoonosis y en seguridad en el trabajo. La agenda inconclusa se centró principalmente en salud mental, la salud ambiental, la salud oral y en la prevención y control de las enfermedades no transmisibles y discapacidad.

Por último, lo más relevante de la caracterización de los problemas de salud y bienestar, es el reconocimiento de los diferenciales entre las regiones, de todos los indicadores relacionados con la población y sus necesidades de salud, sirviendo de base para el abordaje estratégico del PDSP en todas sus dimensiones, entendiendo que para una mayor comprensión de la problemática en salud se requiere un refinamiento analítico de los indicadores de salud confrontado con las realidades locales, a través de un proceso continuo de análisis y evaluación con amplia participación de todos los actores sociales.

Así, con base en las lecciones aprendidas, el PDSP marca la hoja de ruta para fortalecer procesos participativos de análisis situacional de salud, articulación de los actores alrededor de compromisos prioritarios, integración de la salud y bienestar en todas las políticas sociales, y liderazgos efectivos de la autoridad sanitaria en todos los ámbitos territoriales a través de:

- Abordaje de determinantes sociales de la salud y enfoques diferenciales en el análisis de situación de salud y la planificación sanitaria a nivel territorial;

- Fortalecimiento del sistema de información en salud como soporte para el análisis y toma de decisiones en salud pública;
- Fortalecimiento de las capacidades territoriales del sector, de otros sectores y de la comunidad en planificación, coordinación, ejecución, control y evaluación;
- Armonización de las competencias en todos los niveles territoriales, con total inclusión y participación de todos los actores involucrados en la gestión del PDSP.;
- Asistencia técnica en los territorios para garantizar el desarrollo de capacidades de la autoridad sanitaria en los liderazgos necesarios para la gestión del PDSP
- Desarrollo y fortalecimiento de un sistema nacional de gestión territorial y evaluación de resultados de la salud pública

6. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS PDSP 2012 – 2021

6.1 Alcanzar mayor equidad en salud

La equidad en salud es el razonable beneficio que requiere cada individuo para el desarrollo de su potencial de vida con el goce de un bienestar integral, en ausencia de diferencias evitables e injustas (Gómez, 2002), como valor ético inherentemente normativo, a través de la acción sinérgica de todos los sectores involucrados en la determinación social de la salud.

De tal manera, la equidad en salud es un imperativo ético para alcanzar la justicia social, la cual es un derecho inalienable de los ciudadanos y un deber del Estado, al ser garante del derecho consagrado en la Constitución (Colombia R. d., Constitución Política de Colombia, 1991). *“La mala salud de los pobres, el gradiente social de salud dentro de los países y las grandes desigualdades sanitarias entre los mismos, están provocadas por una distribución desigual, a nivel mundial y nacional del poder, los ingresos, los bienes y los servicios y por las injusticias que afectan a las condiciones de vida de la población (acceso a atención sanitaria, escolarización, educación, condiciones de trabajo y tiempo libre, vivienda, comunidades, pueblos o ciudades) y a la posibilidad de tener una vida próspera. Esa distribución desigual de experiencias perjudiciales para la salud no es, en ningún caso, un fenómeno «natural», sino el resultado de una nefasta combinación de políticas y programas sociales deficientes, arreglos económicos injustos y una mala gestión política”* (OMS, Comisión sobre determinantes sociales de la salud, 2009).

En nuestro país persisten grandes inequidades sociales, culturales, económicas, políticas y ambientales (Organización Panamericana de la Salud, 2010), que afectan las condiciones de vida en las cuales las personas nacen, crecen, se desarrollan y envejecen, e impactan la situación de salud de los individuos; en consecuencia, se puede concluir que el camino más efectivo para lograr resultados en salud, es con acciones que eliminen las desigualdades improcedentes, injustas y evitables, que favorezcan el desarrollo humano sostenible y la calidad de vida (Bigelow & Mac Farland, 1991). Estos resultados se dan con la acción transectorial a través del planteamiento: **“salud en todas las políticas”** y el abordaje de los determinantes que pueden ser transformados para mejorar la salud y que están siendo controlados por políticas de salud y de otros sectores (OMS, 2010).

Finalmente, es fundamental resaltar que la equidad en salud comprende mucho más que el acceso a los servicios o atención en salud; el análisis y afrontamiento de las inequidades en salud presupone reconocer que subyacen profundos desequilibrios generados por las formas de organización de la sociedad y la desigual distribución del poder, el prestigio y los recursos entre los diferentes grupos sociales (OMS, 2010).

6.2 Mejorar las condiciones de vida y salud de la población

Las condiciones de vida son los medios materiales (vivienda, servicios, trabajo, escuela, entornos, alimentación e ingresos), necesarios para la supervivencia, evitar la miseria y contribuir al desarrollo humano sostenible y saludable (Allardt, 1976). Están influenciadas por los estilos de vida, que son las formas sociales culturalmente aceptadas por las personas. La sinergia entre condiciones y estilos de vida se conoce como el modo de vida, circunstancias que están influenciadas por el acceso a los servicios básicos de salud y de protección social.

La calidad de vida se explica mediante la combinación de las condiciones de vida que se poseen y la satisfacción con la vida que las personas experimentan (Ladesman, 1986) (Bigelow & Mac Farland, 1991). El primer componente hace referencia al tener los medios o condiciones necesarios para la satisfacción de las necesidades humanas; y el segundo, a estar o sentir agrado o bienestar, en el plano físico y psíquico.

Las desigualdades en la sociedad limitan las posibilidades de desarrollo y de gozar de buena salud en todas las etapas del ciclo de vida (Grantham-McGregor, 2007). Es por esto que frente a estas diferencias injustas que determinan el grado de desarrollo social y salud de las personas, el Estado debe garantizar una respuesta equitativa que garantice unas condiciones de vida que favorezcan el desarrollo humano.

En el contexto social de la Constitución Política de 1991, Colombia plantea en su perspectiva de visión de sociedad “... una sociedad con igualdad de oportunidades y con movilidad social, en la que nacer en condiciones desventajosas no signifique perpetuar dichas condiciones a lo largo de la vida, sino en la que el Estado acude eficazmente para garantizar que cada colombiano tenga acceso a las herramientas fundamentales que le permitirán labrar su propio destino, independientemente de su género, etnia, posición social, orientación sexual, identidad de género lugar de origen”.

En resumen, el PDSP armoniza las políticas de protección y de desarrollo humano del país, con el fin de contribuir, desde sus alcances, al mejoramiento de la calidad de vida de la población, mediante la definición y puesta en marcha de estrategias que aporten al cumplimiento de este propósito, para que se reflejen en una modificación positiva de la Situación de Salud de la población Colombiana.

6.3 Cero tolerancia con la morbilidad, la mortalidad y la discapacidad evitables

En el estado de salud de la población, los servicios de salud juegan un papel muy importante, aunque no único; por consiguiente, para mantener o mejorar dicho estado de salud, los servicios pueden considerarse necesarios pero no suficientes ya que contribuyen a disminuir la morbilidad y

mortalidad máximo en un 25%, mientras los determinantes sociales aportan el 50%, los biológicos el 15% y los ambientales el 10% (Canadian Institute for Advanced Research, 2000).

Entre los daños en salud existe una proporción de mortalidad, morbilidad y discapacidad, que puede clasificarse como evitable teniendo en cuenta la existencia de los servicios de salud y la tecnología necesaria, de modo que su presencia significa fallas en el proceso de atención, estos daños en salud evitables, persisten a pesar de la tendencia creciente en los últimos veinte años de asumir el enfoque preventivo y anticipatorio desarrollando servicios que previenen enfermedades y mantienen la salud, además de los tradicionales cuyo objetivo es recuperarla o restituirla.

La equidad sanitaria se refiere a la ausencia de diferencias en el acceso, uso y calidad en la atención de los servicios de salud poblacional (equidad horizontal), y a la presencia de servicios diferenciales mediante la adaptación inteligente del acceso, uso y estándares de los servicios, en función de las desigualdades de las personas y de los colectivos con desventaja social en salud (equidad vertical). En los dos casos, la percepción de los usuarios y la evaluación de resultados en salud son fundamentales para validar la igualdad en ambas direcciones de la equidad sanitaria.

De acuerdo con los anteriores lineamientos, el PDSP imparte las políticas para que todos los actores corresponsables del sistema de salud garanticen efectiva y equitativamente servicios con todos los componentes que definen la calidad de la atención, incorporando el enfoque de riesgo en todos sus procesos de atención, para lograr este objetivo del PDSP.

8. DIMENSIONES PRIORITARIAS

8.1. Salud Ambiental

8.1.1. Definición

Conjunto de políticas, planificado y desarrollado de manera intersectorial, con la participación de los diferentes actores sociales, que buscan materializar el derecho a un ambiente sano, que favorezca y promueva la calidad de vida y salud de la población de presentes y futuras generaciones, a través de la transformación positiva de los determinantes sociales, sanitarios, laborales, ocupacionales y ambientales.

8.1.2. Objetivos de la dimensión

- a) Promover la salud de las poblaciones que, por sus condiciones sociales, son vulnerables a procesos ambientales, mediante la modificación positiva de los determinantes sociales, sanitarios y ambientales, fortaleciendo la gestión intersectorial, la participación comunitaria y social en el nivel local, regional, nacional e internacional.
- b) Promover el Desarrollo Sostenible a través de tecnologías y modelos de producción limpia y consumo responsable.
- c) Priorizar la respuesta a las necesidades de poblaciones vulnerables, con enfoque diferencial.

- d) Contribuir al mejoramiento de las condiciones de vida de la población colombiana mediante la prevención, vigilancia y control sanitario de los riesgos ambientales, que puedan afectar negativamente el estado de bienestar y salud.

8.1.3. Componentes

- a) Hábitat saludable
- b) Situaciones en salud relacionadas con condiciones ambientales
- c) Protección de la salud en los trabajadores

8.1.3.1. Hábitat Saludable

8.1.3.1.1. Definición

Conjunto de políticas públicas, estrategias y acciones intersectoriales e interdisciplinarias, encaminadas a mejorar la calidad de vida y salud de la población, afectando positivamente los determinantes ambientales y sanitarios de la salud, en los entornos donde las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen.

El mejoramiento de la calidad de vida y salud de la población requiere que se actúe sobre los determinantes sociales de la salud, a través de procesos participativos organizados alrededor de entornos específicos; razón por la cual la ejecución operativa de este componente se realizará a través de:

Vivienda Saludable

Una vivienda saludable “alude a un espacio de residencia caracterizado por un conjunto de condiciones que influyen de manera favorable en los procesos de restauración, protección y promoción de la salud e incentiva la actividad creadora y el aprendizaje de sus moradores.” “Este espacio incluye: la casa (el refugio físico donde residen individuos), el hogar (el grupo de 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).” De igual manera comprende los lugares de residencia de población con condiciones diferenciales, como la población privada de la libertad, la fuerza pública residente en Batallones, y personas de tercera edad residentes en hogares de protección, entre otros.

Entornos Educativos Saludables

Los entornos educativos saludables son definidos como el espacio geográfico en donde habita la comunidad educativa; donde se construye y reproduce la cultura, se desarrolla el pensamiento, la afectividad y los comportamientos básicos para producir nuevos conocimientos, se buscan alternativas, mejores formas de vivir y relacionarse con su entorno. Los entornos educativos saludables (jardín, escuela, universidades) contribuyen al desarrollo humano de la comunidad educativa, propiciando acciones integrales de promoción de la salud, prevención de la enfermedad en torno al centro educativo, promoviendo el desarrollo humano sostenible de las niñas, los niños,

los adolescentes y los jóvenes a través del desarrollo de habilidades y destrezas para cuidar su salud, la de su familia, su comunidad y su ambiente.

Entornos Comunitarios Saludables

El Entorno Comunitario está constituido por un conjunto de escenarios en los cuales los individuos y los grupos sociales ejercen su autonomía funcional y política, enmarcados en relaciones sociales que pueden proteger o deteriorar su salud y que han sido construidas históricamente. En ellos se expresa la gestión intersectorial y la participación social, como mecanismo de ejercer la gobernanza en salud ambiental, para la afectación de los determinantes socio ambientales, también se establecen compromisos de trabajo conjunto y coordinado entre la población, actores sociales y políticos, con diferentes responsabilidades en la salud ambiental de una comunidad. En los espacios comunitarios se acumula el capital social que permite el fortalecimiento de corresponsabilidad y el auto cuidado, la identificación de necesidades, y el desarrollo de las respuestas con participación de todos los actores sociales. De igual forma en este entorno se ubican todos los establecimientos de interés en salud pública.

Los procesos de concentración urbana de la población ejercen una presión sobre la infraestructura de los municipios incluyendo disponibilidad de servicios públicos, transporte, vivienda, educación, espacios recreativos, trabajo y el equipamiento en salud, que afectan la salud y calidad de vida de la población.

Entornos de trabajo saludables

El entorno laboral es el espacio del territorio donde las personas y los grupos sociales se organizan para producir bienes y servicios, en el se expresan las relaciones construidas socialmente, que determinan exposiciones diferenciales y resultados desiguales en la salud de las personas en función de la posición ocupacional en las cadenas productivas nacionales y transnacionales. El entorno laboral, en los grupos sociales en los cuales la vivienda es el mismo espacio para la producción, debe ser priorizado para las intervenciones intersectoriales, de igual manera los entes territoriales deben realizar acciones dirigidas a los grupos de trabajadores no afiliados al Sistema General de Riesgos Laborales y que se insertan en la economía informal, también deben articular las intervenciones desarrolladas por los empresarios y las ARL en desarrollo del Plan Nacional de Salud Ocupacional con los objetivos del Plan Decenal de Salud Pública.

Procesos productivos sostenibles

Corresponde a la base del desarrollo sostenible, que busca la promoción de técnicas de producción limpia que protejan los recursos vivos, el suelo, el aire o el agua, en todos los sectores de la economía; incluyendo la explotación pecuaria, agrícola, energética, minera, extracción de materiales para la construcción, manufactura, servicios, transporte, turismo y cuidado de los bosques. Se reconoce que los procesos productivos sostenibles se apoyan en la innovación

tecnológica, en el auto control de los gremios de la producción, en los incentivos generados por el Estado y en la vigilancia y gestión de la sociedad civil.

Ecosistemas estratégicos saludables

La mayor parte del territorio nacional ha sido sometida a usos no sostenibles, que han dado como resultado una disminución de la capacidad productiva de los ecosistemas por destrucción de biodiversidad, erosión, sedimentación, contaminación de suelos y aguas y afectación del balance hídrico de las cuencas, entre otras razones. En conjunto estos procesos han tenido un impacto importante en la salud pública de los territorios; por lo que requiere una respuesta intersectorial, mediante políticas y acciones dirigidas a prevenir el deterioro de los ecosistemas de mayor valor por sus bienes y servicios ecológicos indispensables para el desarrollo nacional, regional y local; y proteger la biodiversidad y la diversidad cultural. De manera específica se incluyen en estos ecosistemas a: bosques, páramos, cuencas hídricas, humedales, manglares, mares.

8.1.3.1.2. Objetivos del componente

- a) Reducir las brechas en acceso y calidad al agua potable, coberturas de acueducto, alcantarillado y manejo de residuos sólidos y líquidos.
- b) Intervenir los determinantes sanitarios y ambientales que afectan la salud, con enfoque diferencial, priorizando la calidad del agua para consumo humano, uso terapéutico y recreacional y el riesgo generado por residuos sólidos y líquidos.
- c) Intervenir los determinantes sanitarios y ambientales que afectan la salud, con enfoque diferencial, relacionados con la calidad del aire, ruido y radiaciones electromagnéticas, los impactos del urbanismo, las condiciones de la ruralidad, las características de la movilidad, las condiciones de la vivienda y espacios públicos.
- d) Intervenir los determinantes sanitarios y ambientales que afectan la salud, con enfoque diferencial, relacionados con el riesgo biológico asociado a la presencia de vectores, tenencia de animales de producción y de compañía, lo mismo que los relacionados con la fauna silvestre.
- e) Intervenir los determinantes sanitarios y ambientales relacionados con las sustancias y residuos químicos peligrosos, nanotecnologías y dispositivos médicos de uso estético y cosmético.
- f) Promover la responsabilidad Social Empresarial en la adopción de Sistemas de Producción Limpia, promoción de la salud de los trabajadores y la prevención de los riesgos del trabajo.
- g) Promover la formulación e implementación de políticas intersectoriales orientadas a la protección y recuperación de entornos y ecosistemas estratégicos altamente vulnerables como páramos y glaciares de alta montaña, humedales, bosques, manglares, mares, océanos y cuencas hidrográficas, entre otros.

- h) Fortalecer la gestión intersectorial para el cumplimiento de los compromisos nacionales e internacionales relacionados con agendas, acuerdos y convenios.
- i) Fortalecer el control y vigilancia sanitaria en terminales portuarios y puntos de entrada.

8.1.3.1.3. Metas

- a) Disminuir la proporción de viviendas inadecuadas (NBI) en zonas rurales y urbanas. (En coordinación con Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural; Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible; Ministerio de Vivienda, Ciudad y Territorio; Departamento para la Prosperidad Social; Gobiernos departamentales, distritales y municipales)
- b) Aumentar al 75% la proporción de municipios que consumen agua sin riesgo. (En coordinación con Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible; Ministerio de Vivienda, Ciudad y Territorio Superintendencia de Servicios Públicos; Instituto Colombiano Agropecuario Instituto Nacional de Salud; entidades territoriales, gobiernos departamentales, distritales y municipales y SENA).
- c) Crear, mantener y fortalecer los diferentes espacios de gestión intersectorial a nivel nacional y en los 32 departamentos, distritos y municipios Categoría Especial. (Comisión Técnica Nacional Intersectorial para la Salud Ambiental – CONASA, y Consejos Territoriales de Salud Ambiental – COTSA).
- d) El 100% de las entidades territoriales y del MSPS se fortalecerán orgánica y funcionalmente, en cuanto a infraestructura, talento humano, recursos financieros y logísticos estratégicos para la gestión pública de la salud ambiental. (En coordinación con las entidades territoriales, gobiernos departamentales, distritales y municipales)
- e) El 100% de las entidades territoriales priorizadas implementan el protocolo de caracterización e intervención de determinantes sanitarios, ambientales y factores de riesgo relacionados con la minería, exposición a mercurio y otros contaminantes ambientales. (En coordinación con: Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible; Instituto Nacional de Salud; Corporaciones Autónomas Regionales; Colciencias; Academia).
- f) El 100% de las entidades territoriales gestionan la inclusión del componente de salud ambiental en los Planes de Desarrollo Territorial y en los de Ordenamiento Territorial. (En coordinación con las entidades territoriales, gobiernos departamentales, distritales y municipales; Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural; Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible; Ministerio de Vivienda, Ciudad y Territorio; Ministerio de Educación Nacional; Ministerio de Minas y Energía; Ministerio de Transporte; Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales; Instituto Colombiano Agropecuario; Instituto Nacional de Salud; Colciencias; Departamento Nacional de Planeación; Corporaciones Autónomas Regionales; gobiernos departamentales, distritales y municipales).
- g) Formulación de la Política Integral de Salud Ambiental - PISA. E implementación en el 100% de las ET. (En coordinación con Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural; Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible; Ministerio de Vivienda, Ciudad y Territorio; Ministerio de Educación Nacional; Ministerio de Comercio, Industria, y Turismo; Ministerio de Minas y

Energía; Ministerio de Transporte; Ministerio de Trabajo; Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales; Instituto Colombiano Agropecuario; Instituto Nacional de Salud; Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos; Colciencias; Departamento Nacional de Planeación; y Entidades territoriales).

- h) El 100% de las entidades territoriales han implementado la Política de Prevención y Control de la Contaminación del Aire, según sus competencias. (En coordinación con Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible; Ministerio de Vivienda, Ciudad y Territorio; Ministerio de Educación Nacional; Ministerio de Minas y Energía; Ministerio de Transporte; Ministerio de Trabajo; Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales; Instituto Nacional de Salud; Departamento Nacional de Planeación; y entidades territoriales, gobiernos departamentales, distritales y municipales).

8.1.3.1.4. Estrategias

- a) **Acuerdos multilaterales sobre el ambiente y el desarrollo sostenible:** para promover la coherencia de las políticas en todos los niveles, mejorar la eficiencia, reducir las superposiciones y duplicaciones innecesarias y mejorar la coordinación y la cooperación entre los acuerdos. Salud en Todas las Políticas – STP.
- b) **Alianzas entre los sectores público y privado,** fomento de la corresponsabilidad social empresarial, el papel de la sociedad civil y la importancia de propiciar la participación activa de todos los miembros de la sociedad civil en el desarrollo sostenible, para la protección y uso racional, equitativo e inclusivo de los recursos naturales. Persiguiendo impactar en el crecimiento económico sostenible, el desarrollo social y la protección del medio ambiente, lo que redundará en beneficio de todos. Para lograr estos objetivos de desarrollo sostenible se requiere de instituciones en todos los niveles que sean eficaces, transparentes, responsables y democráticas.
- c) **Atención Primaria en Salud - Atención Primaria en Salud Ambiental:** Busca definir la participación e intervención conjunta de los niveles territoriales con competencias en salud ambiental, en la implementación de APS, posicionando la gestión intersectorial, la participación social y la intervención de los determinantes sanitarios y ambientales, para el cumplimiento de los objetivos y metas de la dimensión.
- d) **Consumo Responsable:** Promoción social y comunitaria relacionada con hábitos de consumo sostenibles, que reduzcan el impacto en el ambiente, con el fin de preservar los ecosistemas que prestan bienes y servicios ambientales a las poblaciones. Promover modalidades sostenibles de consumo y producción.
- e) **Educación en Salud Ambiental:** Comprende los procesos dinámicos de participación social desarrollados conjuntamente entre los organismos del Estado y la sociedad civil, dirigidos a informar, educar y comunicar con el objetivo de promover cambios conductuales, estilos de vida y hábitos de consumo, modelos de producción limpia y sostenible, ejercicio responsable del derecho a gozar de un ambiente sano, teniendo en cuenta las necesidades específicas del individuo, familia, comunidad en los entornos donde viven, estudian, trabajan e interactúan.
- f) **Estrategia de Entorno Saludables:** mecanismo que busca contribuir a la seguridad humana, el desarrollo humano sustentable y la equidad en salud, mediante acciones que influyan sobre

los determinantes de la salud bajo esquemas operativos participativos organizados alrededor de entornos específicos, como la vivienda, la escuela, el espacio público, el entorno laboral, procesos productivos saludables, ecosistemas estratégicos sostenibles, y bajo enfoques que privilegian a la familia y la comunidad. (Estrategia de Entornos Saludables Documento 02).

- g) **Fortalecimiento de la gobernanza en salud ambiental nacional e internacional**, en el marco institucional para el desarrollo sostenible, a fin de promover la integración equilibrada de las dimensiones económica, social y ambiental del desarrollo sostenible
- h) **Desarrollo de sistemas de transporte sostenibles y movilidad segura**, entre ellos sistemas de transporte multimodal que sean eficientes desde el punto de vista energético, en particular sistemas de transporte público, combustibles y vehículos no contaminantes, así como sistemas de transporte mejorados en las zonas rurales. La movilidad segura comprende infraestructura vial, señalización y medios alternativos de transporte, equipamiento urbano, cultura ciudadana, adecuación de los sistemas de transporte, cumplimiento de estándares de seguridad y señalización de vías para personas con capacidades diferentes, entre otros. Circulación eficiente de personas y mercancías y del acceso a sistemas de transporte ambientalmente racionales, seguros y asequibles como medios de mejorar la equidad social, la salud, la resiliencia de las ciudades, los vínculos entre las zonas urbanas y las rurales y la productividad de las zonas rurales. En este sentido, tenemos en cuenta que la seguridad vial forma parte de los esfuerzos por lograr el desarrollo sostenible
- i) **Desarrollo urbano**, Enfoque integrado de planificación y construcción de ciudades y asentamientos urbanos sostenible que prevea viviendas e infraestructuras asequibles y priorice el mejoramiento de los barrios marginales y la renovación urbana, protección y el restablecimiento de espacios urbanos verdes y seguros.
- j) **Gestión Integrada del Recurso Hídrico, residuos líquidos y sólidos**: gestión intersectorial y participación comunitaria, orientada a la protección de cuencas, y el uso racional doméstico e industrial del recurso agua. Minimización de la generación de residuos en las viviendas, empresas y espacios comunitarios, y maximización del aprovechamiento de los residuos que puedan ser reincorporados a las cadenas de producción, a tratar apropiadamente los residuos antes de su disposición final y a disponer en forma técnica y segura los residuos no aprovechables, en especial los que representan riesgos especiales para la salud pública y de los ecosistemas. Se articula con las estrategias de Producción Limpia, educación en Salud Ambiental y Vigilancia Sanitaria. Desarrollo de los compromisos relativos al derecho humano al agua potable y el saneamiento. Al igual que el compromiso con el Decenio Internacional para la Acción “El agua, fuente de vida”, 2005-2015.
- k) **Gestión racional de los productos y los desechos químicos** fundamental para la protección de la salud humana y el medio ambiente a todos los niveles que responda de manera efectiva, eficiente, coherente y coordinada a las cuestiones y problemas nuevos y emergentes. Asociaciones nuevas e innovadoras entre el sector público y privado en los ámbitos de la industria, los gobiernos, las instituciones académicas y otros interesados no gubernamentales dirigidas a aumentar la capacidad y la tecnología para la gestión **jurídicos y reglamentarios, políticas y prácticas firmes y efectivos para el sector minero** que logren beneficios económicos y sociales que incluyan salvaguardias efectivas que reduzcan los efectos sociales y

ambientales y conserven la biodiversidad y los ecosistemas, inclusive con posterioridad a las actividades mineras.

- l) **Mejoramiento de barrios marginales:** comprende los programas de mejoramiento de infraestructura física, servicios públicos, equipamiento urbano y espacios públicos saludables en barrios marginales y subnormales.
- m) **Mejoramiento del bienestar de los pueblos indígenas y sus comunidades, otras comunidades locales y tradicionales y las minorías étnicas,** reconociendo y apoyando su identidad, cultura e intereses, y evitando poner en peligro su patrimonio cultural, sus prácticas y sus conocimientos tradicionales.
- n) **Mejoramiento de Vivienda:** Comprende los procesos de mejoramiento integral de vivienda, infraestructura física segura, ubicación en áreas de bajo riesgo de eventos catastróficos, con áreas y espacios adecuados, iluminación, ventilación, con acceso a servicios públicos de suministro de agua, facilidades para gestión integrada de residuos sólidos y líquidos, acceso a espacios públicos de recreación, áreas verdes, y equipamiento que facilite la movilidad segura. Incluye la gestión necesaria para mejorar las condiciones de la población campesina, a través del Programa de Vivienda de Interés Social (VIS) Rural
- o) **Planes de Acción Intersectoriales de Entornos Saludables – PAIES.** Planes que contribuyen al fortalecimiento de la gestión de la Estrategia de Entornos Saludables y de acciones integrales intersectoriales que influyen sobre los determinantes de la salud bajo esquemas operativos participativos organizados, que privilegian a la familia y la comunidad
- p) **Producción Limpia:** orientado a fortalecer la responsabilidad social empresarial, la intersectorialidad y la participación social ,mediante la sustitución de procesos, adopción gradual de tecnologías más limpias según disponibilidad, accesibilidad y factibilidad económica, ambiental y técnica, en procesos industriales, de extracción, de minería, agrícolas, pecuarios, biotecnológicos, entre otros.
- q) **Renovación urbana:** comprende los procesos de rehabilitación y mejoramiento de edificaciones, estructuras del equipamiento urbano para el acceso y movilidad segura, infraestructura de servicios públicos, redefinición y readecuación de espacios públicos, inclusión de áreas verdes y espacios de recreación. Promoción de políticas de desarrollo sostenible que apoyen la prestación de servicios sociales y de vivienda inclusivos; condiciones de vida seguras y saludables para todos, especialmente los niños, los jóvenes, las mujeres y los ancianos y las personas con discapacidad; transporte y energía asequibles y sostenibles; el fomento, la protección y el restablecimiento de espacios urbanos verdes y seguros; agua potable y saneamiento; una buena calidad del aire; la generación de empleos decentes; y la mejora de la planificación urbana y de los barrios marginales.
- r) **Promoción de tecnologías alternativas** orientadas hacia la potabilización y sistemas de suministro de agua para consumo humano, manejo y disposición de residuos sólidos y excretas, para la preservación de los recursos naturales y control de la degradación ambiental.
- s) **Promoción de la calidad del aire al interior y exterior de las edificaciones urbanas y rurales.** Fortalecer espacios de coordinación, participación y capacitación que involucren a los diferentes actores relacionados con la prevención y control de la contaminación del aire e

implementación de alternativas orientadas a la vigilancia epidemiológica, renovación del parque automotor, calidad de combustibles, producción más limpia y consumo sostenible, buenas prácticas, mejores tecnologías disponibles, responsabilidad social empresarial, ordenamiento territorial y gestión de proyectos compartidos.

- t) **Entornos laborales saludables** que promuevan la salud y mejoren las condiciones de trabajo y disminuyan los riesgos laborales. Incluye, acciones de inspección, vigilancia y control (IVC) de los riesgos sanitarios y ambientales en los ámbitos laborales; mejora del ambiente físico y psicosocial en el trabajo, promoción del aseguramiento de riesgos laborales, entre otros, en el marco del Sistema General de Riesgos Profesionales.
- u) **Promoción de la salud de los trabajadores informales.** Programas, campañas y acciones de educación, prevención y de protección de accidentes, que puedan ocurrirles con ocasión o como consecuencia de las actividades económicas que desarrollan. Fomento de estilos de trabajo y de vida saludable. Gestión intersectorial en deberes y derechos del Sistema de Riesgos Laborales.

8.1.3.2. Situaciones en salud relacionadas con condiciones ambientales.

8.1.3.2.1. Definición

Acciones sectoriales e intersectoriales del orden nacional y territorial, que permitan incidir en aquellas situaciones de interés en salud pública, mediante la intervención positiva de los factores, riesgos y daños de orden social, sanitario y ambiental que permitan modificar la carga ambiental de la enfermedad.

8.1.3.2.2. Objetivos del componente

- a) Identificar y abordar eventos de interés en salud pública, relacionados con factores ambientales.
- b) Establecer la carga ambiental de las enfermedades prioritarias en salud pública relacionadas con factores ambientales, a nivel nacional y territorial.
- c) Aportar en la reducción de la carga ambiental de las enfermedades prioritarias en salud pública.
- d) Identificar y prevenir nuevas amenazas para la salud provenientes de factores ambientales.

8.1.3.2.3. Metas

- a) **Disminuir la tasa de accidentalidad en el trabajo y las enfermedades laborales.** (En coordinación con: Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural; Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible; Ministerio de Vivienda, Ciudad y Territorio; Ministerio de Educación Nacional; Ministerio de Comercio, Industria, y Turismo; Ministerio de Minas y Energía; Ministerio de Transporte; Ministerio de Trabajo; Ministerio de Cultura; Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales; Instituto Colombiano Agropecuario; Instituto Nacional

de Salud; Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos; Colciencias; Departamento Nacional de Planeación; SENA; Gobiernos departamentales, distritales y municipales y Gremios).

- b) **El 100% de los laboratorios que desempeñan competencias en salud ambiental, en el ámbito nacional y territorial cuentan con capacidades analítica, técnica y de infraestructura fortalecidos.** (En coordinación con: Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales - IDEAM; Instituto Colombiano Agropecuario- ICA; Instituto Nacional de Salud- INS; Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos - INVIMA; entidades territoriales).
- c) **A 2021 el país contará con líneas de base de la carga ambiental, de los eventos priorizados, relacionados con el agua, aire, saneamiento básico y seguridad química y con estrategias de intervención a nivel territorial.** (En coordinación con: Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible; Ministerio de Comercio, Industria y Turismo; Ministerio de Transporte; Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales; Instituto Colombiano Agropecuario; Instituto Nacional de Salud; Colciencias; Instituto Nacional de Vigilancia de Alimentos y Medicamentos y Academia).

8.1.3.2.4. Estrategias

- a) **Atención Primaria en Salud - Atención Primaria en Salud Ambiental:** Busca definir la participación e intervención conjunta de los niveles territoriales con competencias en salud ambiental, en la implementación de APS, posicionando la gestión intersectorial, la participación social y la intervención de los determinantes sanitarios y ambientales, para el cumplimiento de los objetivos y metas de la dimensión.
- b) **Educación en Salud Ambiental:** comprende los procesos dinámicos de participación social desarrollados conjuntamente entre los organismos del Estado y la sociedad civil, dirigidos a informar, educar y comunicar con el objetivo de promover cambios conductuales, estilos de vida y hábitos de consumo, modelos de producción limpia y sostenible, ejercicio responsable del derecho a gozar de un ambiente sano, teniendo en cuenta las necesidades específicas del individuo, familia, comunidad en los entornos donde viven, estudian, trabajan e interactúan.
- c) **Gestión integrada de las zoonosis de interés en salud pública:** gestión intersectorial,, participación social y comunitaria, con los propósitos de generar corresponsabilidad social en la tenencia de animales de compañía, producción, y protección de ecosistemas de fauna silvestre; así como fortalecer la prevención, detección oportuna y control de las enfermedades Zoonóticas.
- d) **Investigación para la salud ambiental:** construcción de redes de conocimiento, conformados por el sector público, privado, académico y comunitario, orientados a generar información y conocimiento que permitan dar respuesta a las necesidades en salud ambiental.
- e) **Vigilancia Sanitaria. Promoción de la autogestión y autorregulación:** el enfoque de determinantes sociales de salud, exige el cambio de paradigmas en la concepción de la vigilancia sanitaria, la cual debe trascender la inspección, vigilancia y control sanitario, a

modelos de gestión participativa, incorporando la promoción de cambio de hábitos y estilos de vida, la corresponsabilidad y el empoderamiento individual y colectivo.

- f) **Fortalecimiento de la vigilancia en salud pública e inteligencia epidemiológica para el análisis integrado de información de la carga ambiental de la enfermedad y los riesgos laborales**, incluye la vigilancia y análisis de la morbí-mortalidad, agentes etiológicos, factores de riesgo, entomología, reservorios y poblaciones silvestres, que permitan predecir, focalizar, estratificar y organizar la respuesta sectorial e intersectorial para la detección, prevención y control de las situaciones de salud relacionadas con condiciones ambientales y zoonosis.
- g) **Desarrollo de capacidades en los actores del Sistema** para la detección oportuna de las enfermedades laborales y atención integral de las personas con enfermedades laborales, en el marco del Sistema General de Riesgos Laborales.
- h) **Procesos de cooperación nacional e internacional** que permitan dar cumplimiento a las metas y objetivos establecidos en el PDSP 2012 -2021 y aquellos existentes.
- i) **Observatorio de Salud Ambiental –OSA operando**. Sala Situacional en espacios intersectoriales como la CONASA y los COTSA; entre otros.
- j) **Sistema Unificado de información en salud ambiental**, gestionado de manera intersectorial, que permita monitorear y evaluar los factores ambientales y sus posibles relaciones con situaciones de interés en salud pública. (carga ambiental de la enfermedad).
- k) **Sistema Nacional de Inspección Vigilancia y Control - IVC** que permita adelantar vigilancia sanitaria, vigilancia ambiental.
- l) **Sistemas de alerta de emergencias que permitan predecir y pronosticar potenciales situaciones de riesgo sanitarias y ambientales**, con respuesta integrada a los efectos adversos del cambio climático y la prevención y control de las emergencias sanitarias y ambientales.

8.1.3.3. Protección de la salud en los trabajadores

8.1.3.3.1. Definición

Acciones sectoriales e intersectoriales del orden nacional y territorial, que permitan incidir positivamente en las situaciones y condiciones de interés para la salud de los trabajadores del sector formal e informal de la economía

8.1.3.3.2. Objetivos del componente

- a) Caracterizar las poblaciones laborales vulnerables del sector formal e informal de la economía, sus condiciones de salud y los riesgos propios de sus actividades económicas.
- b) Ejecutar un plan de acción de promoción y prevención por fases, para lograr el cubrimiento progresivo de las poblaciones laborales vulnerables, como componente indispensable para lograr el impacto social de las acciones de promoción y prevención.
- c) Fortalecer y promover la conformación de instancias organizativas de grupos de trabajadores vulnerables en la protección de la salud en el trabajo, mediante el fomento de una cultura preventiva.
- d) Incentivar la participación de los trabajadores vulnerables en la protección de la salud en el trabajo, mediante el fomento de una cultura preventiva.
- e) Optimizar el manejo de los recursos técnicos y financieros de tipo nacional y regional dirigidos a la protección de la salud de poblaciones laborales vulnerables y sumar esfuerzos para prevenir, mitigar y superar los riesgos de esta población.

8.1.3.3.3. Meta

a) Disminuir la tasa de accidentalidad en el trabajo y las enfermedades laborales

Para el cumplimiento de las metas n, o y p se requiere la coordinación con: Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural; Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible; Ministerio de Vivienda, Ciudad y Territorio; Ministerio de Educación Nacional; Ministerio de Comercio, Industria, y Turismo; Ministerio de Minas y Energía; Ministerio de Transporte; Ministerio de Trabajo; Ministerio de Cultura; Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales; Instituto Colombiano Agropecuario; Instituto Nacional de Salud; Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos; Colciencias; Departamento Nacional de Planeación; SENA; Gobiernos departamentales, distritales y municipales y Gremios)

b) Ampliar la cobertura de afiliación al Sistema General de Riesgo Laboral

Para el cumplimiento de las metas n, o y p se requiere la coordinación con: Ministerio de Trabajo; Ministerio de Comercio, Industria, y Turismo; Departamento Nacional de Planeación; Gobiernos departamentales, distritales y municipales y Gremios).

8.1.3.3.4. Estrategias

- a) **Desarrollo de políticas y normatividad para facilitar condiciones de aseguramiento para los trabajadores independientes e informales al sistema general de riesgos laborales;** gestión de

recursos financieros para la ampliación de cobertura; Asistir técnicamente a las Entidades Territoriales de Salud en la promoción del aseguramiento en riesgos laborales; Contar con información estadística de cobertura por departamento y municipio. Divulgar a través de campañas y medios de comunicación.

- b) **Promover la responsabilidad social empresarial** en la adopción de sistemas de producción limpia, promoción de la salud de los trabajadores, seguridad y reducción de los factores de riesgo para los accidentes laborales y enfermedades laborales.
- c) **Entornos laborales saludables** que promuevan bienestar, calidad de vida laboral y mejoren las condiciones de trabajo y disminuyan los riesgos laborales. Incluye, acciones de inspección, vigilancia y control (IVC) de los riesgos ocupacionales sanitarios y ambientales en los ámbitos laborales; mejora del ambiente físico y psicosocial en el trabajo, promoción del aseguramiento de riesgos laborales, entre otros, en el marco del Sistema General de Riesgos laborales.
- d) **Desarrollo de capacidades en los actores del Sistema** General de Riesgos Laborales; Fortalecer la formación del talento humano en salud para diagnosticar la enfermedad laboral y ocupacional; promover el registro de accidentes y patologías ocupacionales de la población vulnerable con el fin de definir los perfiles de morbilidad de esta población; diálogo de saberes; Construir la línea base de las enfermedades laborales; Capacitar a los profesionales de la red de atención en salud para la identificación de las enfermedades laborales; Asistencia técnica y asesoría a las poblaciones **trabajadores del sector o informal de la economía** encaminados a brindar herramientas para mejorar las condiciones de trabajo por actividad económica. Fomento a la investigación.
- e) **Prevención de las enfermedades laborales y los accidentes de trabajo;** Identificando y priorizando para la intervención los grupos poblacionales vulnerables. Orientando la acción a superar los riesgos ocupacionales de los trabajadores del sector informal de la economía, para trabajadores jóvenes entre 15 y 18 años de edad, mujeres rurales trabajadoras, adultos mayores trabajadores y trabajadores con discapacidad; Teniendo en cuenta las características propias de estos grupos poblacionales.
- f) **Prevención y mitigación de los riesgos laborales,** fomento de la vigilancia epidemiológica ocupacional destinado a la identificación de los riesgos ocupacionales y los efectos sobre la salud de los trabajadores, necesarios para la planeación de las intervenciones por actividad económica priorizada: Agricultura (exposición a plaguicidas, agroquímicos y ergonómico); ganadería (riesgo biológico, ergonómico y de accidentes); Silvicultura y pesca (Riesgo biológico, físico y de accidentes); manufactura (riesgo químico y ergonómico); Minería (riesgo químico, accidentes y carga física); Comercio (riesgo ergonómico, riesgo psicosocial y accidentes); Artesanos (riesgo de accidentes y ergonómico); Manufactura (riesgo químico, riesgo psicosocial y accidentes); Implementación de medidas sencillas de control de los factores de riesgo ocupacionales.
- g) **Creación y fortalecimiento de espacios y mecanismos para la organización de poblaciones de trabajadores vulnerables y su participación efectiva,** caracterización de condiciones de salud y percepción; Promoción de la participación social en el diseño de intervenciones; Conformación y fortalecimiento de veedurías en los trabajadores; Fomento de instancias organizativas como componente indispensable para lograr el impacto social de las acciones de promoción y prevención

8.2. Vida Saludable y condiciones no transmisibles

8.2.1. Definición

Conjunto de políticas e intervenciones transectoriales que buscan el bienestar y el disfrute de una vida sana en las diferentes etapas del transcurso de vida, promoviendo modos, condiciones y estilos de vida saludables en los espacios cotidianos de las personas, familias y comunidades, así como el acceso a una atención integrada de condiciones no transmisibles¹ con enfoque diferencial.

8.2.2. Objetivos de la dimensión

- a) Elevar, promover e implementar como prioridad en las políticas de todos los sectores y entornos, una agenda intersectorial para la promoción de la salud, el control de las enfermedades no transmisibles (ENT) y las alteraciones de la salud bucal, visual, auditiva y comunicativa, como parte de la lucha contra la pobreza y el desarrollo socioeconómico.
- b) Favorecer de manera progresiva y sostenida la reducción a la exposición a los factores de riesgo modificables en todas las etapas del transcurso de vida.
- c) Crear condiciones y capacidad de gestión de los servicios, para mejorar la accesibilidad, atención integral e integrada de las enfermedades no transmisibles (ENT) y las alteraciones de la salud bucal, visual y auditiva, reduciendo brechas en la morbilidad, mortalidad, discapacidad, eventos evitables y en los factores de riesgo modificables.
- d) Fortalecer la capacidad del país para gestionar y desarrollar la vigilancia, monitoreo social y económico de las políticas y las intervenciones de salud pública en coherencia con el marco global y regional para ENT incluidas las alteraciones de la salud bucal, visual y auditiva y sus determinantes sociales de la salud.
- e) Apoyar y fomentar el desarrollo de capacidades nacionales y territoriales para la investigación en materia de promoción de la salud, prevención y control de las ENT incluidas las alteraciones de la salud bucal, visual y auditiva y sus determinantes sociales de la salud.

8.2.3. Componentes

- a) Modos, condiciones y estilos de vida saludables
- b) Condiciones crónicas prevalentes
- c) Protección de la salud en los trabajadores

¹ Las condiciones no transmisibles (ENT) hacen referencia entre otras, a las enfermedades cardio-cerebrovasculares, cáncer, diabetes, HTA, enfermedades respiratorias de vías inferiores, enfermedad renal crónica, y alteraciones que afectan la salud bucal, visual, auditiva y comunicativa.

8.2.3.1. Modos, condiciones y estilos de vida saludables

8.2.3.1.1. Definición componente

Conjunto de acciones poblacionales, colectivas e individuales, incluyentes y diferenciales que se gestionan y promueven desde lo intersectorial y comunitario para propiciar entornos cotidianos que favorezcan una vida saludable.

En la situación de salud de un determinado grupo de población, están interrelacionados, los efectos de múltiples procesos determinantes y condicionantes que se expresan en el modo de vida de la sociedad como un todo, procesos más particulares inherentes a las condiciones de vida del grupo y por último procesos más singulares que se relacionan con el estilo de vida del individuo.

8.2.3.1.2. Objetivos del componente

- a) Desarrollar un marco político, normativo – estratégico, sectorial e intersectorial para el desarrollo e implementación de medidas y otras disposiciones que favorezcan positivamente la, las condiciones de vida y bienestar de las personas, familias y las comunidades.
- b) Desarrollar acciones sectoriales e intersectoriales que garanticen infraestructuras, bienes y servicios saludables de manera diferencial e incluyente.
- c) Crear condiciones para el desarrollo de aptitudes personales y sociales que permita ejercer un mayor control sobre su propia salud y sobre el medio ambiente, de tal forma que opte por decisiones informadas que propicie su salud.
- d) Desarrollar acciones encaminadas al fortalecimiento de la movilización, construcción de alianzas y desarrollo de redes de apoyo para el empoderamiento y corresponsabilidad social por una cultura que promueva y proteja la salud.

8.2.3.1.3. Metas del componente

- a) Reducir el tabaquismo en personas de 18 a 69 años al 10%.
- b) Posponer la edad de inicio de consumo de tabaco en los adolescentes colombianos por encima de 14 años.
- c) Aumento del 100% en impuestos indexados al índice de precios del consumidor (IPC), y al producto interno bruto (PIB) para los productos de tabaco y sus derivados, antes del 2021.
- d) Garantizar el cumplimiento de ambientes 100% libres de humo de tabaco y sus derivados a nivel nacional, en los lugares definidos por la Ley 1335 de 2009.
- e) Incrementar el consumo diario de frutas y verdura en la población en general.

- f) Incrementar anualmente el 10% de puntos de distribución y comercialización de frutas y verduras a nivel departamental.
- g) Disminuir obesidad abdominal por debajo de 39,8% en hombres y de 62% mujeres. (prioridad en población infantil, juvenil y gestantes).
- h) Lograr una disminución del consumo de sal-sodio/persona/día a partir de la línea de base que se defina.
- i) Incluir mínimo 300 minutos de actividad física a la semana, en instituciones de formación de niños y jóvenes en la totalidad del sistema educativo.
- j) Incrementar la actividad física global en población de 13 a 64 años.
- k) Aumentar el tiempo dedicado y la calidad para la actividad física en todo el sistema educativo con énfasis en la población escolar y la primera infancia.
- l) Incrementar la actividad física caminando o montando bicicleta como medio de transporte por encima de 33,8% y 5,6% respectivamente.
- m) Implementar la estrategia "once para la salud" en el 80% de las Instituciones de educación media.
- n) Mantener por debajo de 12% el consumo nocivo de alcohol (de riesgo y perjudicial) en población general.
- o) Posponer la edad promedio de inicio de consumo de alcohol en adolescentes Colombianos por encima de 14 años.
- p) Incrementar prácticas de autocuidado para prevención y manejo de las ENT, la salud bucal, visual y auditiva desde la primera infancia en un 20%, en entornos y programas sociales, a partir de la línea base que se identifique en el 2014.
- q) Aumentar anualmente el número de organizaciones aliadas que se vinculan y promueven estilos de vida saludable, la salud bucal, visual y auditiva y el control de las ENT, a nivel nacional en coordinación con las entidades territoriales, a partir de la línea de base que se identifique en el 2014.
- r) Lograr en el 80% de los departamentos, el desarrollo de programas de Estilos de Vida Saludable -EVS para personas mayores en los centros días y centros de protección en el marco del plan nacional de recreación y la política nacional de envejecimiento y vejez.
- s) Desarrollar e implementar en el 80% de los departamentos y distritos un plan de incentivos y generar proyectos que promueven una cultura positiva del envejecimiento activo y saludable.

8.2.3.1.4. Estrategias

- a) **Políticas públicas intersectoriales**, comprende la inclusión de la promoción de modos, condiciones y estilos de vida saludable en todas las políticas públicas con enfoque de equidad y la elaboración e implementación de una política intersectorial de estilos de vida saludable.
- b) **Alianzas intersectoriales para la promoción de modos, condiciones y estilos de vida saludables**: participación de sectores en la generación de infraestructuras, espacios, bienes y servicios sostenibles, orientados a mejorar la oferta y facilitar el acceso a programas de recreación, cultura y actividad física, fortalecimiento del transporte activo no motorizado; así como una alimentación saludable, la disminución de la exposición y consumo de tabaco, el consumo nocivo de alcohol y se generen condiciones que garanticen la autonomía e independencia en la población con limitaciones motoras, visuales y auditivo.
- c) **Desarrollo de regulación y el control adecuado de la composición de alimentos procesados**, tendientes a disminuir los contenidos de sal-sodio; reducir las grasas totales, grasas trans, grasas saturadas; reducir azúcares añadidos, refinados y libres; entre otros nutrientes de interés en salud pública.
- d) Control sobre la disponibilidad, comercialización y acceso de bebidas alcohólicas, su densidad por unidad vendida y la vigilancia del consumo de los mismos en la población colombiana, como factor de riesgo para diversos órganos y enfermedad cardiovascular y cáncer.
- e) **Regulación de la publicidad, promoción, patrocinio y comercialización**, que proteja, informe y eduque en hábitos y estilos de vida saludable, como alimentación y bebidas entre otros, con énfasis en niños, niñas, jóvenes y adolescentes.
- f) **Fortalecimiento capacidades técnica, científica y operativa**, para el ejercicio de la rectoría y autoridad sanitaria en el orden nacional y territorial en el manejo de las ENT, incluida la salud bucal, visual, auditiva y comunicativa y sus factores de riesgo.
- g) **Desarrollo de sistema de incentivos, que promuevan y garanticen la oferta y demanda efectiva de bienes y servicios** que cumplan con las recomendaciones de la OMS y contenidas en la "Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud", la "Estrategia de Alimentación del Lactante y el niño pequeño", "Carta de Toronto para la promoción de la Actividad Física: Un llamado a la acción Mundial, el "Convenio Marco para el Control del Tabaco" y la "Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol".
- h) **Fomento de medidas regulatorias, de mercado, informal, fiscal y no fiscal**, con el fin de reducir precios de alimentos saludables (frutas y hortalizas, entre otros), promover su producción sostenible, adecuada e inocua y promover su consumo.
- i) **Mobilización social y corresponsabilidad de actores, sectores y comunidades**, hacia la promoción de los modos, condiciones y estilos vida saludable; la salud bucal, visual y auditiva;

el envejecimiento activo y saludable y la atención integral de las ENT, con especial interés en la primera infancia y la activa participación de los jóvenes.

- j) **Participación social activa**, para la construcción, monitoreo y evaluación de procesos que permitan a la población: incrementar el control sobre su salud y bienestar; tener incidencia política y ejercer el control social, para la promoción de la salud, la afectación de los determinantes sociales y el control de las enfermedades no transmisibles, incluida la salud bucal, visual, auditiva y comunicativa.
- k) **Desarrollo de plataformas y proyectos multipropósito intersectoriales**, incluidos los programas de atención social y de lucha contra la pobreza: que promuevan condiciones para la promoción de los hábitos y estilos de vida saludable, la actividad física, la alimentación saludable, disminución del consumo y exposición al humo de cigarrillo y reducción de consumo nocivo de alcohol; el envejecimiento activo y saludable en toda población.
- l) **Información, comunicación y educación** que incentive la adopción de estilos de vida saludables, el reconocimiento de riesgos, y aporte elementos que permitan responder de manera asertiva a los retos de la vida diaria.
- m) **Desarrollo de entornos que promuevan estilos de vida saludable y protejan la salud.** Incluye el desarrollo e implementación de procesos de acreditación de entornos saludables; intervenciones poblacionales adaptadas a los entornos cotidianos de las personas y a las características socioculturales de la población; desarrollo de estrategias tales como la promoción del uso de la bicicleta y el caminar como medio de transporte activo integrados al sistema de transporte público, entre otras.
- n) Protección de las políticas públicas de salud frente a los intereses comerciales o de otra índole de la industria tabacalera: Artículo 5.3 del CMCT.

8.2.3.2. Condiciones Crónicas Prevalentes

8.2.3.2.1. Definición componente

Conjunto de respuestas integrales en el sector salud y de coordinación intersectorial, orientadas a promover el acceso y abordaje efectivo de las ENT y las alteraciones de la salud bucal, visual y auditiva, en los servicios de salud y otros servicios sociales, a través de la gestión e intervención de los determinantes sociales de la salud incluido los factores de riesgo y el daño acumulado para disminuir la carga de enfermedad evitable y discapacidad de los individuos, familias y comunidades de acuerdo a las realidades territoriales.

8.2.3.2.2. Objetivos del componente

- a) Mejorar la capacidad de respuesta institucional del SGSSS que fortalezca la prestación y gestión de servicios de salud individuales y colectivos, así como su articulación con servicios socio-sanitarios para la prevención, control, intervención y atención integral de las ENT y las alteraciones de la salud bucal, visual y auditiva.
- b) Desarrollar capacidades nacionales y territoriales para la investigación en salud, la vigilancia, el control y la evaluación de la gestión y resultados de las ENT, incluidas la salud bucal, visual, auditiva y comunicativa y sus factores asociados.
- c) Promover estrategias de servicios socio – sanitarios, para un envejecimiento activo y de atención a grupos vulnerables, favoreciendo acciones de promoción de la salud, prevención del riesgo y atención integral en los entornos de su vida cotidiana.

8.2.3.2.3. Metas del componente

- a) Incrementar las coberturas de prevención, detección temprana, de las ENT, las alteraciones de la salud bucal, visual, auditiva y comunicativa y sus factores de riesgo en un 20% en el decenio, a partir de la línea de base que se defina en el 2014.
- b) Garantizar el acceso oportuno y de calidad al diagnóstico y tratamiento de las ENT, las alteraciones de la salud bucal, visual y auditiva, en el 100% de los casos.
- c) Aumentar la disponibilidad, accesibilidad, calidad y asequibilidad equitativa de medicamentos esenciales de calidad, seguros y eficaces, incluidos genéricos para tratar las ENT.
- d) Aumentar la supervivencia de los menores de 18 años con leucemias agudas pediátricas en el país, a partir de la línea de base que se defina en el 2014.
- e) Reducir en un 25% la hipertensión arterial en mayores de 25 años.
- f) Reducción relativa del 20% de los niveles aumentados de colesterol (mayor a 190 mg/dl), en personas de 18 años o más.
- g) Aumentar el acceso a terapia farmacológica y asesoría para personas de 40 años o más con riesgo cardiovascular > 30%.
- h) Mantener al 85% de las personas sin enfermedad renal o en estadio 1 y 2 a pesar de tener enfermedades precursoras (Hipertensión y diabetes).
- i) Incrementar en el 20% la población del país sin caries, con énfasis en la primera infancia, niñez y adolescencia (COP=0)

- j) Incrementar en el 20% la población mayor de 18 años sin pérdida dental por enfermedad bucodental prevenible.
- k) Identificar los defectos refractivos en niños entre 2 -8 años y tratar al 100% de los niños identificados.
- l) Identificar la hipoacusia en población en general con énfasis en niños de alto riesgo de 0 a 2 años y tratar el 100% de los identificados.
- m) Aumentar la donación y trasplante de órganos y tejidos como mínimo en un 20%.
- n) Reducir la mortalidad prematura por ENT en el 25% en población entre 30 a 70 años.
- o) Organizar y garantizar la oferta de intervenciones de cuidado paliativo y reconstrucción, así como la disponibilidad y suministro continuo de medicamentos opioides para el 2014.
- p) Incrementar programas y/o clínicas de cesación de tabaco en el 80% de los departamentos.
- q) Contar con un sistema de análisis, seguimiento, monitoreo y evaluación de políticas, planes, programas y estrategias implementadas a nivel nacional y territorial para abordar los determinantes sociales de la salud, la salud bucal, visual, auditiva y comunicativa y las ENT.
- r) Contar con al menos un nodo de investigación por región del país que permita la construcción de una agenda para el estudio de los determinantes sociales de la salud, la salud bucal, visual, auditiva y comunicativa y las ENT.

8.2.3.2.4. Estrategias

- a) **Normas, políticas, planes y programas sectoriales:** Implementación y evaluación de los Planes Nacionales para el cáncer; enfermedad cardio-cerebro vascular; salud bucal, visual, auditiva y comunicativa; y del programa nacional de detección temprana de ENT y sus factores de riesgo; así como el desarrollo e implementación de guías y normas técnicas para la detección temprana, protección específica, diagnóstico y tratamiento de las ENT y de las alteraciones bucales, visuales, auditivas y comunicativas y el desarrollo e implementar de la guía de cesación de consumo de tabaco.
- b) **Fortalecimiento de las capacidades del recurso humano:** para la planeación, desarrollo y evaluación de acciones e intervenciones en estilos de vida saludable, prevención y control de ENT y de las alteraciones bucales, visuales, auditivas y comunicativas en el marco de la estrategia de APS y gestión de riesgo.
- c) **Desarrollo de modelos y formas de atención diferencial de las ENT sostenibles:** que permitan la reorientación de los servicios para mejorar la cobertura, el acceso, oportunidad, integralidad, continuidad, y seguridad ambulatoria, hospitalaria y domiciliaria, entre otros de

las ENT, alteraciones bucales, visuales y auditivas y sus factores de riesgo bajo la estrategia de APS y gestión de riesgo; enfatizando en los diferenciales, la población rural dispersa, poblaciones vulnerables y víctimas del conflicto armado.

- d) **Promoción, fomento y monitoreo del mejoramiento de producción regional, la disponibilidad y acceso a los medicamentos y otras tecnologías esenciales para la atención de las ENT** (cáncer, enfermedades cardiovasculares, vías respiratorias inferiores, diabetes e hipertensión, enfermedad renal, alteraciones bucales, visuales y auditivas).
- e) **Fortalecimiento de procesos de desarrollo, regulación y evaluación de tecnologías apropiadas:** para el país para la promoción de la salud, y la atención integral de las ENT y las alteraciones bucales, visuales y auditivas.
- f) **Desarrollo e implementación de estrategias de alto impacto:** tales como: tamizaje poblacional para riesgo cardiometabólico y peso saludable en la población menor de 18 años y mayor de 18 años; atención para poblaciones de alto riesgo cardiovascular “un millón de corazones”, ver y tratar, visión 20x20, “amor por el silencio”, entre otras.
- g) **Desarrollo de una línea de cuidado a las personas con ENT incluidas las alteraciones bucales, visuales y auditivas,** que garanticen un proyecto terapéutico adecuado que incluya la promoción del auto-cuidado, la prescripción y dispensación de medicamentos, la vinculación entre el cuidador y el equipo de atención primaria en salud, así como la integralidad y la continuidad en el acompañamiento.
- h) **Desarrollo de capacidades nacionales y locales para la innovación, uso y aplicación de las TICS para mejorar el acceso y la atención de las ENT** y las alteraciones bucales, visuales y auditivas, incluye el desarrollo de la telemedicina, entre otros.
- i) **Desarrollo de procesos para la vigilancia, control, evaluación e investigación:** de los determinantes sociales de la salud, las ENT y las alteraciones bucales, visuales y auditivas; incluye la armonización de contenidos y series de encuestas nacionales, desarrollo de estadísticas comparables con la OECD, el desarrollo de evaluación socioeconómica y de impacto, la farmacovigilancia y el desarrollo de salas de análisis situacional, entre otros.
- j) **Desarrollar capacidades de investigación y evaluación en exposición, resultados, intervenciones y capacidad de respuesta en ENT y salud bucal, visual y auditiva,** en el marco del sistema de Ciencia y Tecnología e innovación.
- k) **Promoción de la donación altruista de componentes anatómicos** y fomentar la conciencia solidaria a favor de los enfermos que necesitan órganos y tejidos para trasplante a nivel nacional y territorial.
- l) **Protección y desarrollo integral del recurso humano sectorial,** incluye las medidas de bienestar, cualificación técnica, protección laboral.

- m) **Cooperación internacional**, para avanzar en la gestión y cumplimiento de la agenda mundial para el control de las ENT y sus factores de riesgo.

8.2.3.3. Protección de la salud en los trabajadores

8.2.3.3.1. Definición

Acciones sectoriales e intersectoriales del orden nacional y territorial, que permitan incidir positivamente en las situaciones y condiciones de interés para la salud de los trabajadores del sector formal e informal de la economía

8.2.3.3.2. Objetivos del componente

- f) Caracterizar las poblaciones laborales vulnerables del sector formal e informal de la economía, sus condiciones de salud y los riesgos propios de sus actividades económicas.
- g) Ejecutar un plan de acción de promoción y prevención por fases, para lograr el cubrimiento progresivo de las poblaciones laborales vulnerables, como componente indispensable para lograr el impacto social de las acciones de promoción y prevención.
- h) Fortalecer y promover la conformación de instancias organizativas de grupos de trabajadores vulnerables en la protección de la salud en el trabajo, mediante el fomento de una cultura preventiva.
- i) Incentivar la participación de los trabajadores vulnerables en la protección de la salud en el trabajo, mediante el fomento de una cultura preventiva.
- j) Optimizar el manejo de los recursos técnicos y financieros de tipo nacional y regional dirigidos a la protección de la salud de poblaciones laborales vulnerables y sumar esfuerzos para prevenir, mitigar y superar los riesgos de esta población.

8.2.3.3.3. Meta

c) Disminuir la tasa de accidentalidad en el trabajo y las enfermedades laborales

Para el cumplimiento de las metas n, o y p se requiere la coordinación con: Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural; Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible; Ministerio de Vivienda, Ciudad y Territorio; Ministerio de Educación Nacional; Ministerio de Comercio, Industria, y Turismo; Ministerio de Minas y Energía; Ministerio de Transporte; Ministerio de Trabajo; Ministerio de Cultura; Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales; Instituto Colombiano Agropecuario; Instituto Nacional de Salud; Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos; Colciencias; Departamento Nacional de Planeación; SENA; Gobiernos departamentales, distritales y municipales y Gremios)

d) Ampliar la cobertura de afiliación al Sistema General de Riesgo Laboral

Para el cumplimiento de las metas n, o y p se requiere la coordinación con: Ministerio de Trabajo; Ministerio de Comercio, Industria, y Turismo; Departamento Nacional de Planeación; Gobiernos departamentales, distritales y municipales y Gremios).

8.2.3.3.4. Estrategias

- h) **Desarrollo de políticas y normatividad para facilitar condiciones de aseguramiento para los trabajadores independientes e informales al sistema general de riesgos laborales;** gestión de recursos financieros para la ampliación de cobertura; Asistir técnicamente a las Entidades Territoriales de Salud en la promoción del aseguramiento en riesgos laborales; Contar con información estadística de cobertura por departamento y municipio. Divulgar a través de campañas y medios de comunicación.
- i) **Promover la responsabilidad social empresarial** en la adopción de sistemas de producción limpia, promoción de la salud de los trabajadores, seguridad y reducción de los factores de riesgo para los accidentes laborales y enfermedades laborales.
- j) **Entornos laborales saludables** que promuevan bienestar, calidad de vida laboral y mejoren las condiciones de trabajo y disminuyan los riesgos laborales. Incluye, acciones de inspección, vigilancia y control (IVC) de los riesgos ocupacionales sanitarios y ambientales en los ámbitos laborales; mejora del ambiente físico y psicosocial en el trabajo, promoción del aseguramiento de riesgos laborales, entre otros, en el marco del Sistema General de Riesgos laborales.
- k) **Desarrollo de capacidades en los actores del Sistema** General de Riesgos Laborales; Fortalecer la formación del talento humano en salud para diagnosticar la enfermedad laboral y ocupacional; promover el registro de accidentes y patologías ocupacionales de la población vulnerable con el fin de definir los perfiles de morbilidad de esta población; diálogo de saberes; Construir la línea base de las enfermedades laborales; Capacitar a los profesionales de la red de atención en salud para la identificación de las enfermedades laborales; Asistencia técnica y asesoría a las poblaciones **trabajadores del sector o informal de la economía** encaminados a brindar herramientas para mejorar las condiciones de trabajo por actividad económica. Fomento a la investigación.
- l)
- m) **Prevención de las enfermedades laborales y los accidentes de trabajo;** Identificando y priorizando para la intervención los grupos poblacionales vulnerables. Orientando la acción a superar los riesgos ocupacionales de los trabajadores del sector informal de la economía, para trabajadores jóvenes entre 15 y 18 años de edad, mujeres rurales trabajadoras, adultos mayores trabajadores y trabajadores con discapacidad; Teniendo en cuenta las características propias de estos grupos poblacionales.
- n) **Prevención y mitigación de los riesgos laborales,** fomento de la vigilancia epidemiológica ocupacional destinado a la identificación de los riesgos ocupacionales y los efectos sobre la salud de los trabajadores, necesarios para la planeación de las intervenciones por actividad económica priorizada: Agricultura (exposición a plaguicidas, agroquímicos y ergonómico); ganadería (riesgo biológico, ergonómico y de accidentes); Silvicultura y pesca (Riesgo biológico, físico y de accidentes); manufactura (riesgo químico y ergonómico); Minería (riesgo químico, accidentes y carga física); Comercio (riesgo ergonómico, riesgo psicosocial y accidentes); Artesanos (riesgo de accidentes y ergonómico); Manufactura (riesgo químico, riesgo psicosocial y accidentes); Implementación de medidas sencillas de control de los factores de riesgo ocupacionales.
- o) **Creación y fortalecimiento de espacios y mecanismos para la organización de poblaciones de trabajadores vulnerables y su participación efectiva,** caracterización de condiciones de salud

y percepción; Promoción de la participación social en el diseño de intervenciones; Conformación y fortalecimiento de veedurías en los trabajadores; Fomento de instancias organizativas como componente indispensable para lograr el impacto social de las acciones de promoción y prevención

8.3. Convivencia social y salud mental

8.3.1. Definición

Espacio de acción transectorial y comunitario que, mediante la promoción de la salud mental y la convivencia, la transformación de problemas y trastornos prevalentes en salud mental y la intervención sobre las diferentes formas de la violencia; contribuya al bienestar y al desarrollo humano y social en todas las etapas del curso de vida, con equidad y enfoque diferencial, en los territorios cotidianos.

8.3.2. Objetivos de la dimensión

- a) Contribuir al desarrollo de oportunidades y capacidades de la población que permitan el disfrute de la vida y el despliegue de las potencialidades individuales y colectivas para el fortalecimiento de la salud mental, la convivencia y el desarrollo humano y social.
- b) Contribuir a la gestión integral de los riesgos asociados a la salud mental y la convivencia social.
- c) Disminuir el impacto de la carga de enfermedad generada por los eventos, problemas y trastornos mentales y las distintas formas de violencia.

8.3.3. Componentes

- a) Promoción de la salud mental y la convivencia
- b) Prevención y atención integral a problemas y trastornos mentales y las diferentes formas de la violencia

8.3.3.1. Promoción de la salud mental y la convivencia

8.3.3.1.1. Definición componente

La salud mental es un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad. (Ley 1616 de 2013).

La convivencia, entendida como el desarrollo y sostenimiento de relaciones interpersonales basadas en: el respeto, la equidad, la solidaridad, el sentido de pertenencia, el reconocimiento de

la diferencia, la participación para la construcción de acuerdos, el ejercicio de los derechos humanos; para el logro del bien común, el desarrollo humano y social.

En concordancia, el componente promoción de la salud mental y la convivencia se define como el conjunto de políticas públicas, estrategias y acciones intersectoriales orientadas a proveer oportunidades que permitan el despliegue óptimo de recursos individuales y colectivos para el disfrute de la vida cotidiana, establecer relaciones interpersonales basadas en el respeto, la solidaridad y el ejercicio de los derechos humanos; para el logro del bien común, el desarrollo humano y social.

Este componente incluye las estrategias para la promoción de la salud mental, sus factores protectores y generación de entornos familiares, educativos, comunitarios y laborales favorables para la convivencia social.

8.3.3.1.2. Objetivos del componente

- a) Impulsar la promoción de la salud, una cultura del auto cuidado y la corresponsabilidad social en torno a la salud mental.
- b) Incidir en la transformación de los imaginarios sociales y culturales que generen comportamientos y entornos protectores para la salud mental y la convivencia social.
- c) Promover factores protectores de la salud mental y la convivencia social en individuos y poblaciones con riesgos específicos.
- d) Intervenir de manera positiva los determinantes psicosociales de la salud y la calidad de vida de la población víctima del conflicto mediante procesos de acción transectorial.

8.3.3.1.3. Metas

- a) Aumentar la percepción de involucramiento de padres de niños, niñas y adolescentes escolarizados al 50%.
- b) Aumentar en 10% el promedio de los niveles de resiliencia en población general.
- c) Aumentar la percepción de apoyo social en un 30% en población general.
- d) Aumentar en un 30% el nivel de percepción de seguridad de la población general.
- e) Aumentar en un 10% el nivel de satisfacción de parques o sitios públicos con respecto a mantenimiento, infraestructura, ruido, basuras e iluminación
- f) Aumentar al 60% el promedio de la toma de decisiones conjunta con la pareja sobre asuntos específicos del hogar.
- g) 100% municipios y departamentos del país adoptan y adaptan la política de salud mental conforme a los lineamientos y desarrollos técnicos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

8.3.3.1.4. Estrategias

- a) **Entornos protectores de la salud mental:** comprende el conjunto de acciones intra y transectoriales para el fortalecimiento de entornos y factores protectores para mejorar y mantener la salud mental, fomento del envejecimiento mentalmente saludable, la mejora de la movilidad y la seguridad vial en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud.
- b) **Entornos favorables para la Convivencia:** mediante la resolución pacífica de conflictos, el adecuado manejo del poder, la comunicación asertiva, los procesos de autorregulación y regulación social, fortalecimiento del diálogo intergeneracional, el fomento de espacios libres de contaminación visual y auditiva, entre otros; en los contextos social, familiar y comunitario en población general y poblaciones de alta vulnerabilidad priorizadas en el Plan.
- c) **Redes socio – institucionales:** Conformación, fortalecimiento y acompañamiento de redes institucionales y comunitarias protectoras de la salud mental y la convivencia social, que apoyen las acciones orientadas al mejoramiento del capital social.
- d) **Tecnologías de la información y las comunicaciones en pro de la salud mental:** Mediante alianzas con el sector de las tecnologías, la información y las comunicaciones para la promoción de la salud mental y la convivencia social, que posibilite la implementación de un código de ética pública de los medios de comunicación orientado a fortalecer los factores protectores de la salud mental.
- e) **Comunicación, orientación e información:** Comprende el desarrollo de servicios y mecanismos para la socialización de información, la educación y la orientación a la ciudadanía para la transformación de representaciones sociales y comportamientos, la disminución de prejuicios, estigma y discriminación.
- f) **Mobilización Social y Comunitaria** para la garantía del derecho a la Atención Psicosocial y Salud Integral a las víctimas del conflicto armado, esta estrategia contempla acciones de incidencia política que incluyan en la agenda pública de los territorios los temas relevantes en salud mental y garanticen permanencia y respaldo institucional y comunitario a estas iniciativas.
- g) **Agenda psicosocial para víctimas del conflicto:** Construcción de una agenda concertada para unificar la respuesta transectorial de Atención integral a Víctimas del Conflicto.
- h) **Gestión del conocimiento en salud mental:** incluye el fortalecimiento de la gestión de la información, la vigilancia epidemiológica de los factores protectores y la investigación en salud mental.

8.3.3.2. Prevención y atención integral a problemas y trastornos mentales y las diferentes formas de la violencia.

8.3.3.2.1. Definición componente

En este componente se contemplan las estrategias dirigidas a la prevención y atención integral de aquellos estados temporales o permanentes identificables por el individuo y/o por otras personas en los que las emociones, pensamientos, percepciones o comportamientos afectan o ponen en riesgo el estado de bienestar o la relación consigo mismo, con la comunidad y el entorno y alteran las habilidades de las personas para identificar sus propias capacidades, afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera y contribuir a su comunidad; igualmente incluye la prevención de las violencias en entornos familiares, escolares, comunitarios y laborales y la atención del impacto de las diferentes formas de la violencia sobre la salud mental.

Se consideran de especial atención aquellos estados de alto impacto, costo emocional, económico y social sobre los individuos, familias y comunidades, que requieren intervención prioritaria por parte del Estado y la sociedad en su conjunto y los procesos articulados de servicios transectoriales, dirigidos a individuos, familias y colectivos que buscan prevenir, mitigar y superar los daños e impactos a la integridad psicológica y moral, al proyecto de vida y a la vida en relación, generados a los sobrevivientes, víctimas, sus familias y comunidades por las graves violaciones de Derechos Humanos e infracciones al Derecho Internacional Humanitario en el contexto del conflicto armado colombiano.

8.3.3.2.2. Objetivos del componente

- a) Intervenir los factores de riesgo asociados a las diferentes formas de la violencia; los problemas y trastornos mentales y los eventos asociados en población general y población e individuos con riesgos específicos.
- b) Fortalecer la gestión institucional y comunitaria para garantizar la atención integral de los problemas y trastornos mentales y los eventos asociados, incluyendo el consumo de sustancias psicoactivas, epilepsia, violencia escolar entre pares, suicidio y otros eventos emergentes; en población general y poblaciones e individuos en riesgos específicos.
- c) Promover la capacidad de respuesta institucional y comunitaria para mitigar y superar el impacto de las diferentes formas de la violencia sobre la salud mental.
- d) Identificar las necesidades, efectos y daños que requieren atención psicosocial sectorial y transectorial, a la población víctima del conflicto armado.
- e) Fortalecer redes institucionales y comunitarias para la atención psicosocial de las víctimas del conflicto armado.

8.3.3.2.3. Metas

- a) Disminuir la tasa de mortalidad por suicidio y lesiones autoinflingidas a 4,7 por 100.000 habitantes.
- b) Reducir los AVISAS perdidos por trastornos mentales y del comportamiento en población general de 15 a 65 años a 55 por 1.000 personas
- c) Reducir los AVISAS perdidos por trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de alcohol en población general a 3,4 por 1.000 habitantes.
- d) Mantener por debajo de 6,8% la prevalencia año, del consumo de marihuana en población escolar.
- e) Aumentar la edad promedio de inicio de consumo de drogas lícitas e ilícitas a 14,5 años.
- f) Reducir la tasa de mortalidad por agresiones (homicidios) a 13,4 por 100.000 habitantes
- g) Disminuir la tasa de violencia interpersonal a 175,6 por 100.000 habitantes.
- h) 100% de los municipios del país operando el sistema de vigilancia en salud pública de la violencia intrafamiliar.
- i) Mantener por debajo de 185 por 100.000 habitantes la tasa de casos notificados por violencia intrafamiliar.
- j) Aumentar la frecuencia de uso de servicios en salud mental en cinco puntos porcentuales según trastorno.

8.3.3.2.4. Estrategias

- a) **Participación social y comunitaria para la prevención, atención y mitigación de los problemas**, trastornos y eventos vinculados a la salud mental y al consumo de sustancias psicoactivas. Propicia espacios de vinculación efectiva de diferentes sectores y actores para el impulso a procesos comunitarios de atención en salud mediante estrategias de intervención de pares comunitarios, grupos de apoyo y proyectos comunitarios en salud mental y convivencia.
- b) **Información, Educación y Comunicación** para la prevención de la violencia en entornos familiares, escolares, laborales y comunitarios.
- c) **Políticas públicas de desarme**: implementación de políticas públicas para la disminución del porte y uso de armas en los diferentes entornos, la prevención de la violencia y la mortalidad asociada al uso de las mismas.

- d) **Estrategia Nacional frente al consumo de alcohol**, mediante acciones transectoriales que promuevan la reducción del consumo nocivo de alcohol y su impacto en la salud pública.
- e) **Atención psicosocial a víctimas de la violencia**: Implementación, monitoreo y evaluación de un Modelo intersectorial de Atención Psicosocial a Víctimas del Conflicto Armado Colombiano.
- f) **Atención al impacto de la violencia**: Mediante el desarrollo de rutas que involucren servicios sociales y de salud mental, para la respuesta integral al impacto individual y colectivo de las diferentes formas de violencia.
- g) **Mejoramiento de la atención en salud** de los problemas y trastornos en salud mental y consumo de sustancias psicoactivas, a través de acciones orientadas a garantizar el acceso, oportunidad, calidad, utilización y satisfacción de los servicios de atención.
- h) **Gestión del conocimiento** que contempla la gestión de la información, la vigilancia epidemiológica y la investigación del impacto en la salud mental de las diferentes formas de violencias y de los problemas y trastornos mentales.
- i) **Asesoría, asistencia técnica y acompañamiento** para garantizar la aplicación de la normatividad vigente y la implementación de lineamientos técnicos para la promoción, diversificación y ampliación de la oferta en las diferentes modalidades de prestación de servicios en salud mental y consumo de sustancias psicoactivas.
- j) **Fortalecimiento de la capacidad de respuesta**: Gestión integrada para el desarrollo de competencias en los actores del Sistema de Protección Social Integral, que facilite el acceso a la atención integral e integrada de los problemas y trastornos mentales y al consumo de sustancias psicoactivas.
- k) **Vigilancia en salud pública de la violencia intrafamiliar** a través del Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública-SIVIGILA, implementado y operando en el 100% de los municipios del país.

8.4. Seguridad Alimentaria y Nutricional

8.4.1. Definición

Acciones que buscan garantizar el derecho a la alimentación sana con equidad, en las diferentes etapas del ciclo de vida, mediante la reducción y prevención de la malnutrición, el control de los riesgos sanitarios y fitosanitarios de los alimentos y la gestión intersectorial de la seguridad alimentaria y nutricional con perspectiva territorial.

8.4.2. Objetivo de la dimensión

Propender por la Seguridad Alimentaria y Nutricional de la población colombiana a través de la implementación, seguimiento y evaluación de las acciones intersectoriales con el fin de asegurar la salud de las personas y el derecho de los consumidores

8.4.3. Componentes

- a) Disponibilidad y acceso a los alimentos.
- b) Consumo y aprovechamiento biológico.
- c) Inocuidad y calidad de los alimentos.

8.4.3.1. Disponibilidad y acceso a los alimentos.

8.4.3.1.1. Definición componente

Acciones que contribuyen a potenciar la oferta de alimentos a nivel nacional, regional y local y el suministro suficiente de estos frente a los requerimientos de la población con el propósito de posibilitar el acceso a una alimentación adecuada y sostenible por parte de toda la población.

8.4.3.1.2. Objetivos del componente

- a) Contar con una adecuada oferta del grupo de alimentos prioritarios establecidos en el Plan de Seguridad Alimentaria y Nutricional.
- b) Garantizar el acceso al grupo de alimentos prioritarios.

8.4.3.1.3. Metas

- a) Aumentar a 2015 las hectáreas agrícolas sembradas de cultivos permanentes y transitorios de la Canasta SAN a 3.374.525
- b) Aumentar a 2015 las hectáreas en producción en el territorio nacional por producto de la Canasta SAN a 2.480.391.
- c) Aumentar a 8.3 el rendimiento agrícola promedio Canasta SAN (Productividad: Relación entre producción y área cosechada Tn/Ha).
- d) Aumentar las toneladas de Producción pecuaria Canasta SAN a 3.837.363 en 2015
- e) Reducir a 28,5% el porcentaje de la población bajo la línea de pobreza. (Línea de pobreza adoptada por el país). Fuente DNP
- f) Reducir a 8,80% el porcentaje de la población bajo la línea de indigencia o extrema pobreza. (Adoptada por el país). Fuente DNP

8.4.3.1.4. Estrategias

- a) **Construcción y desarrollo de la institucionalidad para la SAN.** Aprobación del abordaje multidimensional de la SAN y la sensibilización de todos los sectores cuyas competencias contribuyan a la garantía del derecho a la alimentación para la prevención de los riesgos relacionados con la vulnerabilidad alimentaria y nutricional. Incluye armonización de los objetivos de la seguridad alimentaria y nutricional a través de planes institucionales dentro de cada entidad responsable del tema, con las políticas sectoriales, desarrollo y/o perfeccionamiento del marco legal, regulatorio y de políticas en materia de seguridad alimentaria y nutricional, promoción, fortalecimiento y creación de instancias de decisión y de coordinación en materia de seguridad alimentaria y nutricional en los niveles nacional, regional y local, promoción del fortalecimiento técnico y financiero, mejoramiento de la gestión de las entidades públicas responsables del desarrollo de los diferentes ejes de la política de SAN y promoción e incentivos a instrumentos financieros comunes, dirigidos a grupos vulnerables.
- b) **Alianzas estratégicas.** Articulación de los distintos sectores involucrados en la construcción de la SAN, mediante la conformación y desarrollo de alianzas, que conlleven a la conformación de pactos y acuerdos orientados a la lucha contra el hambre en los ámbitos nacional y regional, tanto rural como urbano, la promoción y apoyo a los procesos de planificación descentralizados y la participación ciudadana en temas asociados con la SAN. Esta estrategia puede materializarse a través del fortalecimiento de las redes de observatorios de SAN locales.
- c) **Participación social y comunitaria en los planes, programas y proyectos de SAN.** Promoción de la participación social y comunitaria en los temas de SAN que genere un mayor sentido de pertenencia y responsabilidad en las acciones que se emprendan para lograr los objetivos propuestos. Debe fomentarse una mayor obligatoriedad por parte del estado en el compromiso de crear y apoyar la participación comunitaria presente en la formulación, ejecución, seguimiento y evaluación de los programas y proyectos de SAN.
- d) **Información, educación y comunicación.** Sensibilización de todos los estamentos de la sociedad por los temas de seguridad alimentaria y nutricional que conlleven a una demanda de espacios en medios masivos de comunicación. Incluye el fortalecimiento, ampliación y articulación de los sistemas, estructuras y de las fuentes de información oportuna y veraz, a nivel nacional y territorial, a fin de que orienten los procesos de evaluación y la toma de decisiones de todos los actores relacionados con la seguridad alimentaria y nutricional. Cobra relevancia la estructuración de una red de comunicaciones para la divulgación masiva de información sobre SAN fundamentada en una estrategia integrada por un plan de acción y un plan de medios.
- e) **Planes territoriales de SAN.** Concreción de la institucionalidad a nivel territorial expresada en planes departamentales y municipales de SAN, construidos a través de instancias legitimadas por las asambleas departamentales o concejos municipales con participación social y comunitaria.
- f) **Seguimiento y evaluación.** Establecimiento y desarrollo de la cultura, en favor de la disponibilidad permanente de información acerca del avance de los compromisos sociales, planes, programas y proyectos de SAN. Se materializa en el establecimiento y desarrollo de un sistema de seguimiento, monitoreo y evaluación desde el orden nacional, articulado a las metas e indicadores territoriales en los ejes establecidos por la Política y el Plan Nacional de

SAN 2012-2019 y al Observatorio de Seguridad Alimentaria y Nutricional OSAN, concebido como un sistema integrado de instituciones, actores, políticas, procesos, tecnologías, recursos y responsables de la Seguridad Alimentaria y Nutricional -SAN, que integra, produce y facilita el análisis de información y gestión del conocimiento, para fundamentar: el diseño, implementación, seguimiento y evaluación de la seguridad alimentaria y nutricional, la Política, el Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional 2012-2019 y los planes territoriales.

8.4.3.2. Consumo y aprovechamiento biológico de alimentos

8.4.3.2.1. Definición componente

Acciones que buscan fortalecer en la población la selección adecuada de los alimentos y la práctica de hábitos alimentarios saludables que le permitan mantener un estado de salud y nutrición adecuadas. Incluye factores determinantes del medio ambiente, los entornos y estilos de vida, la situación nutricional de la población, la disponibilidad, la calidad y el acceso a los servicios de salud, agua potable y saneamiento básico.

8.4.3.2.2. Objetivos del componente

- a) Lograr que la población colombiana consumo una alimentación completa, equilibrada, suficiente y adecuad.
- b) Mejorar el nivel de aprovechamiento y utilización biológica de los alimentos

8.4.3.2.3. Metas

- a) Incrementar en 2 meses la duración media de la lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses a 2015.
- b) Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas que padezcan hambre. (ODM)
- c) Reducir la mortalidad infantil evitable por desnutrición en forma progresiva el 30% en el 2013, 50% en el 2015 y 100% en 2020
- d) Mantener en < 10% la proporción de Bajo Peso al nacer.
- e) Reducir a 2.60 % la prevalencia de desnutrición global en niños y niñas menores de 5 años y a 8,0% la prevalencia de desnutrición crónica en niños y niñas menores de 5 años.
- f) Disminuir la prevalencia de sobrepeso y obesidad en hombres de 18 a 64 años a 35.9%, en mujeres de 18 a 64 años a 44.6% y en mujeres de 13 a 49 años a 30.2% en 2015.
- g) Reducir a 20% en 2015 la anemia en mujeres de 13 a 49 años, en las áreas urbanas y rurales.

- h) Reducir el promedio de escolares entre 5 y 12 años con anemia nutricional a 32% en 2010 y a 23.9% en 2015
- i) Reducir a 20% en 2015 la anemia en niños y niñas menores de cinco años

8.4.3.2.4. Estrategias

- a) **Construcción y desarrollo de la institucionalidad para la SAN.** Aprobación del abordaje multidimensional de la SAN y la sensibilización de todos los sectores cuyas competencias contribuyan a la garantía del derecho a la alimentación para la prevención de los riesgos relacionados con la vulnerabilidad alimentaria y nutricional. Incluye armonización de los objetivos de la seguridad alimentaria y nutricional a través de planes institucionales dentro de cada entidad responsable del tema, con las políticas sectoriales, desarrollo y/o perfeccionamiento del marco legal, regulatorio y de políticas en materia de seguridad alimentaria y nutricional, promoción, fortalecimiento y creación de instancias de decisión y de coordinación en materia de seguridad alimentaria y nutricional en los niveles nacional, regional y local, promoción del fortalecimiento técnico y financiero, mejoramiento de la gestión de las entidades públicas responsables del desarrollo de los diferentes ejes de la política de SAN y promoción e incentivos a instrumentos financieros comunes, dirigidos a grupos vulnerables.
- b) **Alianzas estratégicas.** Articulación de los distintos sectores involucrados en la construcción de la SAN, mediante la conformación y desarrollo de alianzas, que conlleven a la conformación de pactos y acuerdos orientados a la lucha contra el hambre en los ámbitos nacional y regional, tanto rural como urbano, la promoción y apoyo a los procesos de planificación descentralizados y la participación ciudadana en temas asociados con la SAN. Esta estrategia puede materializarse a través del fortalecimiento de las redes de observatorios de SAN locales.
- c) **Participación social y comunitaria en los planes, programas y proyectos de SAN.** Promoción de la participación social y comunitaria en los temas de SAN que genere un mayor sentido de pertenencia y responsabilidad en las acciones que se emprendan para lograr los objetivos propuestos. Debe fomentarse una mayor obligatoriedad por parte del estado en el compromiso de crear y apoyar la participación comunitaria presente en la formulación, ejecución, seguimiento y evaluación de los programas y proyectos de SAN.
- d) **Información, educación y comunicación.** Sensibilización de todos los estamentos de la sociedad por los temas de seguridad alimentaria y nutricional que conlleven a una demanda de espacios en medios masivos de comunicación. Incluye el fortalecimiento, ampliación y articulación de los sistemas, estructuras y de las fuentes de información oportuna y veraz, a nivel nacional y territorial, a fin de que orienten los procesos de evaluación y la toma de decisiones de todos los actores relacionados con la seguridad alimentaria y nutricional. Cobra relevancia la estructuración de una red de comunicaciones para la divulgación masiva de información sobre SAN fundamentada en una estrategia integrada por un plan de acción y un plan de medios.
- e) **Planes territoriales de SAN.** Concreción de la institucionalidad a nivel territorial expresada en planes departamentales y municipales de SAN, contruidos a través de instancias legitimadas

por las asambleas departamentales o concejos municipales con participación social y comunitaria.

- f) **Seguimiento y evaluación.** Establecimiento y desarrollo de la cultura, en favor de la disponibilidad permanente de información acerca del avance de los compromisos sociales, planes, programas y proyectos de SAN. Se materializa en el establecimiento y desarrollo de un sistema de seguimiento, monitoreo y evaluación desde el orden nacional, articulado a las metas e indicadores territoriales en los ejes establecidos por la Política y el Plan Nacional de SAN 2012-2019 y al Observatorio de Seguridad Alimentaria y Nutricional OSAN, concebido como un sistema integrado de instituciones, actores, políticas, procesos, tecnologías, recursos y responsables de la Seguridad Alimentaria y Nutricional -SAN, que integra, produce y facilita el análisis de información y gestión del conocimiento, para fundamentar: el diseño, implementación, seguimiento y evaluación de la seguridad alimentaria y nutricional, la Política, el Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional 2012-2019 y los planes territoriales.

8.4.3.3. Inocuidad y calidad de los alimentos

8.4.3.3.1. Definición componente

Acciones para garantizar que los alimentos no causan daño al consumidor cuando se preparen o consuman de acuerdo con el uso al que se destinan, contribuyendo a la seguridad alimentaria de la población.

8.4.3.3.2. Objetivos del componente

- a) Desarrollar un marco institucional que facilite y promueva la coordinación y la complementación de las entidades públicas y abra espacios de participación a los consumidores y a todos los actores de la cadena alimentaria.
- b) Perfeccionar el marco regulatorio haciéndolo más consistente con la protección de la salud de las personas y los derechos de los consumidores.
- c) Modificar el sistema de inspección, vigilancia y control de los alimentos de tal forma que sean más preventivos e integrados, con mayor capacidad de respuesta ante una crisis alimentaria.
- d) Promover en la industria alimentaria en todos los eslabones prácticas de autocontrol basadas en la prevención y control de los peligros y el desarrollo de la trazabilidad de los alimentos, sin perjuicio de las actividades ineludibles de inspección, vigilancia y control que el estado ejecute.

8.4.3.3.3. Metas

- a) 75% de los brotes de Enfermedades Transmitidas por Alimentos – ETA con agente etiológico identificado.

- b) 60% de las acciones de Inspección, Vigilancia y Control ejecutadas bajo el enfoque del riesgo.
- c) 100% de los establecimientos vigilados y controlados, implicados y notificados en brotes de ETA.

8.4.3.3.4. Estrategias

- a) **Gestión de las Políticas de Medidas Sanitarias y Fitosanitarias**². Es el proceso continuado de planificación, organización, seguimiento y comunicación en forma integrada, de numerosas decisiones basadas en el análisis de riesgos y de distintas medidas para garantizar la inocuidad y la calidad de los alimentos tanto nacionales como importados.
- b) **Reglamentación**³. Es el acervo completo de textos jurídicos, que establecen los principios generales para el control de los alimentos en el país y que regulan los aspectos de producción, manipulación y comercialización de alimentos, como medio para proteger la salud de los consumidores.
- c) **Inspección, Vigilancia y Control (Vigilancia y Control Sanitario)**⁴. Función esencial asociada a la responsabilidad estatal y ciudadana de protección de la salud, consistente en el proceso sistemático y constante de inspección, vigilancia y control del cumplimiento de normas y procesos para asegurar una adecuada situación sanitaria y de seguridad de todas las actividades que tienen relación con la salud humana.
- d) **Fortalecimiento del sistema de Vigilancia en Salud Pública**⁵. Función esencial asociada a la responsabilidad estatal y ciudadana de protección de la salud, consistente en el proceso sistemático y constante de recolección, análisis, interpretación y divulgación de datos específicos relacionados con salud, para su utilización en la planificación, ejecución y evaluación de la práctica en salud pública
- e) **Desarrollo de capacidades técnicas y analíticas y fortalecimiento de los Laboratorios de análisis de alimentos**, a fin de que estén en capacidad de vigilar y orientar la adopción de medidas adecuadas para proteger a los consumidores.
- f) **Información, Educación y Comunicación**⁶. Proceso de elaboración, presentación y divulgación de mensajes adecuados para destinatarios concretos con el fin de mejorar los conocimientos, técnicas y motivación necesarios, para adoptar decisiones que mejoren la calidad e inocuidad de alimentos.

² ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA AGRICULTURA Y LA ALIMENTACIÓN. Fortalecimiento de los sistemas nacionales de control de los alimentos directrices para evaluar las necesidades de fortalecimiento de la capacidad. Roma. 2007. Pp 23. En: <ftp://ftp.fao.org/docrep/fao/010/a0601s/a0601s00.pdf>.

³ *Ibid.* Pp 44.

⁴ Decreto 3518 de 2006.

⁵ *Ibid.*

⁶ *Ibid.* Pp 117.

8.5. Derechos y sexualidad

8.5.1. Definición

Conjunto de acciones intersectoriales que se orientan a promover las condiciones sociales, económicas, políticas y culturales que permiten el ejercicio libre, autónomo e informado de la sexualidad como un derecho humano, para el desarrollo de las potencialidades de las personas durante todo su ciclo vital, así como de los grupos y comunidades, desde un enfoque de género y diferencial.

8.5.2. Objetivo de la dimensión

Garantizar las condiciones sociales, económicas, políticas y culturales que inciden en el ejercicio pleno y autónomo de los derechos sexuales y derechos reproductivos de las personas, grupos y comunidades en el marco de los enfoques de género y diferencial asegurando reducir las condiciones de vulnerabilidad y la atención integral de las personas

8.5.3. Componentes

- a) Promoción de los derechos sexuales y derechos reproductivos y la equidad de género.
- b) Prevención y atención integral en Salud Sexual y Reproductiva desde un enfoque de derechos.

8.5.3.1. Promoción de los derechos sexuales y reproductivos y la equidad de género

8.5.3.1.1. Definición componente

Proceso permanente y articulado de los diferentes sectores e instituciones del Estado que permite a las personas, grupos y comunidades gozar del nivel más alto de la salud sexual y reproductiva y ejercer los Derechos Sexuales y los Derechos Reproductivos a través de la toma de decisiones autónomas, libres e informadas sobre el cuerpo, la sexualidad y la reproducción.

8.5.3.1.2. Objetivos del componente

Garantizar el ejercicio de los derechos relacionados con la sexualidad y la reproducción, libre de violencias en un marco de igualdad, libertad, autonomía, no discriminación por motivos de sexo, edad, etnia, orientación sexual o identidad de género, discapacidad, religión o ser víctima del conflicto armado.

8.5.3.1.3. Metas

- a) Para el año 2022, el 80% de las entidades territoriales cuenta por lo menos con un espacio intersectorial que coordina la promoción y garantía de los derechos sexuales y reproductivos.
- b) Para el año 2022, el 100% de las entidades nacionales, departamentales y el 80% de las municipales, incluyen programas y proyectos para garantizar los derechos sexuales y los derechos reproductivos en los planes de desarrollo y aseguran la participación de las organizaciones y redes de los siguientes grupos poblacionales: mujeres, jóvenes, grupos étnicos, personas con discapacidad, comunidad LGBTI, víctimas del conflicto armado, entre otros.
- c) Para el año 2022, el 80% de las instituciones educativas públicas garantiza que las niñas, niños, adolescentes y jóvenes cuentan con una educación sexual laica, basada en el ejercicio de derechos humanos, sexuales y reproductivos, desde un enfoque de género y diferencial.
- d) Para el año 2022, por lo menos el 90% de las personas a quienes les han sido vulnerados sus derechos sexuales y derechos reproductivos, acceden a la justicia real y efectiva para el restablecimiento de los mismos.

8.5.3.1.4. Estrategias

- a) Políticas públicas sectoriales e intersectoriales que promuevan el ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos desde los enfoques de género y diferencial, teniendo en cuenta los determinantes sociales para erradicar las violencias de género y violencias sexuales, prevenir las ITS-VIH-Sida y la discriminación por razones de orientación sexual o identidad de género, promover la salud sexual y reproductiva de adolescentes y garantizar la salud materna.
- b) Coordinación interinstitucional e intersectorial para garantizar el desarrollo de acciones articuladas para cumplir con los fines del Estado Social de Derecho relacionados con la sexualidad, en el marco del ejercicio de la ciudadanía.
- c) Coordinación intersectorial, y comunitaria para el desarrollo de políticas públicas que promuevan el diseño e implementación de estrategias de movilización social a nivel de instituciones públicas, privadas y comunitarias, dirigidos al ejercicio del derecho a la libre elección de la maternidad y a una maternidad sin riesgos con enfoque diferencial.
- d) Desarrollo de acciones de información, educación y comunicación, fortalecimiento de redes y movilización social para el ejercicio de una sexualidad placentera, libre, autónoma, sin estigma ni discriminación por motivos de género, edad, discapacidad, pertenencia étnica, orientación sexual, identidad de género en el marco del ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos.
- e) Información, Educación y Comunicación para el acceso y uso de servicios de salud, como un derecho y movilización social para la superación de barreras de acceso a los servicios de

anticoncepción, control prenatal, prevención del aborto inseguro, atención de la IVE, parto y puerperio.

- f) Diseño e implementación de estrategias sectoriales e intersectoriales de movilización social, información, educación y comunicación, para la promoción de la equidad de género en los diferentes ámbitos y espacios de la vida cotidiana: laborales, educativos, institucionales, comunitarios, con enfoque de derechos, género y diferencial para la construcción de nuevas masculinidades y feminidades, la transformación de creencias, imaginarios y normatividades culturales que legitiman las violencias de género y limitan el ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos y la igualdad entre hombres y mujeres.
- g) Desarrollo normativo para el respeto, la protección y garantía de los derechos humanos, sexuales y reproductivos de toda la población.
- h) Fortalecimiento institucional para el cumplimiento de la normatividad internacional y nacional para la protección y garantía de los derechos humanos, sexuales y reproductivos de toda la población.
- i) Creación de mecanismos interinstitucionales para garantizar el acceso a la justicia real y efectiva para el restablecimiento de los derechos a quienes les han sido vulnerados sus derechos sexuales y derechos reproductivos, luchando contra la impunidad y posicionando estas violaciones como un intolerable social e institucional.
- j) Empoderamiento de los grupos, organizaciones y redes en el ejercicio y exigibilidad de los derechos sexuales y derechos reproductivos, así como en su participación social y política en los diferentes espacios de toma de decisión para ejercer la veeduría y control sobre las políticas públicas y recursos públicos que garanticen el ejercicio de dichos derechos.
- k) Fortalecimiento del compromiso social de los medios de comunicación en la promoción del respeto y garantía de los derechos sexuales y derechos reproductivos, la igualdad entre hombres y mujeres, la equidad de género, a través de un lenguaje incluyente – no sexista, que cuestione las creencias y estereotipos que legitiman la discriminación, el estigma y las violencias de género y violencias sexuales.
- l) Consolidación de una política de educación sexual que involucre a toda la comunidad educativa: niñas, niños, adolescentes, jóvenes, padres, madres, cuidadores, profesorado y demás personas que se relacionan con las instituciones educativas, para el ejercicio de derechos en torno al desarrollo de una sexualidad en condiciones de igualdad, libertad, autonomía, sin ninguna discriminación y libre de violencias; que incluya la expansión de cobertura y calidad del “Programa de educación para la sexualidad y construcción de ciudadanía” articulado con los servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes.
- m) Desarrollo e implementación de políticas, planes, programas y proyectos que garanticen el derecho a la educación, recreación, cultura, y al trabajo digno con igualdad de oportunidades y entornos equitativos que permitan la autonomía económica y condiciones de vida digna, especialmente para las mujeres, jóvenes, población LGBTI, población rural y víctimas del conflicto armado.

- n) Desarrollo e implementación de medidas ágiles, oportunas y especializadas de protección para garantizar una vida libre de violencias y discriminación.

8.5.3.2. Prevención y atención integral en Salud Sexual y Reproductiva desde un enfoque de derechos.

8.5.3.2.1. Definición componente

Acciones coordinadas intersectoriales para garantizar el nivel más alto de la salud sexual y reproductiva a través de la prevención y atención integral, humanizada y de calidad desde los enfoques de derechos, género y diferencial.

8.5.3.2.2. Objetivos del componente

Garantizar el nivel más alto de la salud sexual y reproductiva a través de la prevención y atención integral, humanizada y de calidad desde los enfoques de derechos, género y diferencial por medio de la articulación de los diferentes sectores que inciden en los determinantes sociales relacionados con los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos.

Específicos

- a) Desarrollar e implementar estrategias para garantizar el acceso a la atención preconcepcional, prenatal, de aborto seguro, del parto y del puerperio de todas las mujeres gestantes del país, por personal calificado, que favorezca la detección precoz de los riesgos y la atención oportuna, en el marco del sistema obligatorio de garantía de la calidad y estrategias de atención primaria en salud.
- b) Mejorar la salud y promover el acceso a servicios integrales en salud sexual y reproductiva de la población de adolescentes y jóvenes, con énfasis en la población de 10 a 19 años, para la detección y atención de los factores de riesgo, el estímulo de los factores protectores.
- c) Garantizar la atención integral a las víctimas de violencia de género y sexual, con enfoque de derechos, género y diferencial, mediante el fortalecimiento institucional, la coordinación y articulación intersectorial y la gestión del conocimiento.
- d) Promover la articulación intersectorial y comunitaria para la afectación de los determinantes sociales, programáticos e individuales que inciden en la epidemia de ITS - VIH / Sida, con énfasis en poblaciones en contextos de mayor vulnerabilidad, garantizando el acceso a prevención y a la atención integral en salud y fortaleciendo los sistemas de seguimiento y evaluación.

8.5.3.2.3. Metas

- a) Disminuir a 61 por 1.000 la tasa específica de fecundidad de mujeres adolescentes de 15 a 19 años.
- b) Aumentar el uso de métodos modernos de anticoncepción en mujeres en edad fértil (15-49 años) a 80%.
- c) Aumentar al 80% la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos modernos en todas las adolescentes de 15 a 19 años sexualmente activas
- d) Casos de mortalidad materna evitable son inferiores a 150 casos anuales en el país.
- e) El 95% de las mujeres gestantes tienen 4 o más controles prenatales en el 94 % de las entidades territoriales.
- f) El 80% de las mujeres gestantes, ingresan al control prenatal antes de la semana 12 de edad gestacional.
- g) Disminuir la proporción de adolescentes alguna vez embarazadas al 15%.
- h) Incrementar como mínimo quince puntos, el porcentaje de mujeres que solicitan ayuda ante alguna institución competente para la atención a víctimas de violencias de géneros y violencias sexuales.
- i) Para el año 2022, el 80% de los municipios desarrollan procesos intersectoriales para garantizar la atención integral de las víctimas de violencias de género y violencias sexuales dentro y fuera del conflicto armado, con participación de los sectores de justicia, protección, salud, y demás instituciones responsables de las medidas de reparación integral.
- j) Para el año 2022, el 100% de las víctimas de violencias de género y violencias sexuales identificadas reciben una atención integral de los sectores de salud, protección y justicia para la restitución de los derechos que les han sido vulnerados.
- k) Para el año 2022, el 100% de las EAPB en coordinación con las Secretarías Departamentales y Municipales de Salud, cuentan con una red integrada de servicios para víctimas de violencias de género y violencias sexuales, de acuerdo a las guías y protocolos del Ministerio de Salud y Protección Social y la normatividad vigente.
- l) Para el año 2022, el 100% de las instituciones formadoras del recurso humano de los sectores de salud, protección, justicia y educación, incluyen en sus planes de formación, estrategias de capacitación y actualización permanente sobre la ruta de atención integral de las víctimas de violencias de género y violencias sexuales desde un enfoque de derechos, género y diferencial.
- m) Al año 2022, haber mantenido la prevalencia de infección por VIH en menos de 1% en población de 15 a 49 años.

- n) Para el año 2022, haber alcanzado y mantenido el porcentaje de transmisión materno infantil del VIH, sobre el número de niños expuestos, en el 2% o menos.
- o) Para el año 2022, haber alcanzado y mantenido la incidencia de sífilis congénita en 0.5 casos o menos, incluidos los mortinatos, por x 1.000 nacidos vivos.
- p) Para el año 2022, haber logrado el Acceso Universal a Terapia ARV a todas las personas en necesidad de tratamiento.
- q) Para el año 2022, haber aumentado significativamente el porcentaje de uso de condón en la última relación sexual con pareja ocasional en las poblaciones en contextos de mayor vulnerabilidad. (HSH, Mujeres trabajadoras sexuales, habitante de calle, mujeres transgénero, personas privadas de la libertad).
- r) Para el año 2022 haber reducido y mantenido la tasa global de incidencia de Hepatitis B a menos del 2%.

8.5.3.2.4. Estrategias

Abordaje integral de la mujer antes, durante y después del evento obstétrico

- a) Desarrollo de acciones de inducción de la demanda a servicios de consejería, consulta de anticoncepción y entrega de métodos anticonceptivos, eliminación de barreras de acceso y seguimiento del uso de métodos modernos de anticoncepción por parte de las IPS y las EAPB, de acuerdo con las características y necesidades de la población en edad fértil, incluidos los y las adolescentes; y seguimiento, evaluación y difusión del cumplimiento de normas técnicas y metas definidas, por parte de la Nación y las entidades territoriales.
- b) Desarrollo de tecnologías de información y comunicación para movilización de actores institucionales y comunitarios; organización de redes sociales de apoyo y diseño de aplicativos móviles para la red de aseguradores y Prestadores de Servicios de Salud, que incluye herramientas de comunicación para los procesos de referencia y contrarreferencia.
- c) Empoderamiento de las mujeres, hombres, familias y comunidad para seguimiento de las rutas de atención segura de las mujeres antes, durante y después de un evento obstétrico y de sus hijos e hijas.
- d) Incorporar en la Política Nacional de humanización de los servicios de salud los enfoques de derechos, género y diferencial y estrategias dirigidas a fortalecer el acompañamiento de la pareja o un integrante de su red social de apoyo durante el proceso de gestación, parto y puerperio.
- e) Cero barreras de acceso a la atención obstétrica en el marco del proyecto de Redes integradas e integrales que incluya: aseguramiento prioritario del binomio madre hijo, seguimiento, telemedicina, asistencia comunitaria, atención prehospitalaria, hogares de paso, mejoramiento de capacidad resolutoria de las IPS y transporte efectivo.
- f) Vigilancia de la morbilidad materna y neonatal extrema y del modelo de seguridad clínica para la atención segura de la mujer durante un evento obstétrico.

- g) Fortalecimiento institucional y desarrollo de capacidades del talento humano para la atención integral y de calidad de la mujer antes, durante y después de un evento obstétrico.
- h) Fortalecimiento de sistemas de información y gestión del conocimiento para la promoción de la salud materna y perinatal.

Salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes

- a) Fortalecimiento institucional y desarrollo de capacidades del talento humano para la atención integral y de calidad de adolescentes y jóvenes.
- b) Fortalecimiento de la oferta y acceso efectivo a los servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes con enfoque de derechos, género y diferencial e inducción de la demanda temprana hacia los servicios de SSR.
- c) Desarrollo sistemas de información y gestión del conocimiento para la promoción de la Salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes.
- d) Desarrollo de estrategias para la prevención de la explotación sexual y comercial de niños, niñas y adolescentes, la trata de personas y el reclutamiento forzado, así como la atención de las víctimas de estos delitos.
- e) Ampliación de la red de servicios amigables para jóvenes y adolescentes con enfoque de derechos, género y diferencial.
- f) Diseñar, desarrollar y fortalecer sistemas de evaluación de resultados de las políticas, mecanismos y planes de acción intersectoriales, que permitan conocer el impacto de estas acciones, especialmente las relacionadas con la salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes.

Abordaje integral de las violencias de género y violencias sexuales

- a) Desarrollo de políticas, planes, programas y proyectos para la prevención, detección y la atención integral a las víctimas de violencias de género y violencias sexuales.
- b) Implementación de la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, la Política Pública de Equidad de Género para las Mujeres, el Plan integral para garantizar a las mujeres una vida libre de violencias, el Programa para el Abordaje Integral en Salud de las Violencias de Género y los Lineamientos de política pública para la garantía de los derechos de las mujeres víctimas del conflicto armado.
- c) Garantía de una atención integral a las víctimas de violencias de género y violencias sexuales desde los sectores de salud, protección y justicia, de conformidad con los protocolos, guías y normatividad vigente para la restitución de los derechos que les han sido vulnerados.
- d) Fortalecimiento de las capacidades personales y profesionales del talento humano de los sectores de salud, protección, justicia y educación para la atención integral de las violencias de género y violencias sexuales con enfoque de derechos, género y diferencial.

- e) Implementación de estrategias diferenciales para el abordaje integral de la salud sexual y reproductiva, prevención y atención de violencias de género y sexual, de las personas, familias y comunidades víctimas del conflicto armado.
- f) Consolidación de los sistemas de información sobre violencias de género a través de la articulación de los sistemas de información de los sectores de salud, justicia y protección como insumo para la gestión de la política pública y la generación de conocimiento.

Acceso universal a prevención y atención integral en ITS-VIH/SIDA con enfoque de vulnerabilidad.

- a) Coordinación intersectorial, para el impulso de políticas públicas que promuevan los **derechos sexuales y reproductivos** con enfoque de determinantes de la salud.
- b) Articulación intersectorial para la **reducción de condiciones de vulnerabilidad** y prevención de la transmisión de ITS-VIH/SIDA en poblaciones mayormente afectadas o en contextos de vulnerabilidad para inclusión social y prevención de estigma y discriminación por razones de orientación sexual o identidad de género. (Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, mujeres transgénero, mujeres trabajadoras sexuales, usuarios de drogas intravenosas, personas privadas de la libertad, personas en situación de calle, mujeres y jóvenes en contextos de vulnerabilidad y víctimas de violencia).
- c) Coordinación con sector educativo para fortalecer el **“Proyecto de Educación para la sexualidad y construcción de ciudadanía”** en el marco del compromiso latinoamericano “Prevenir con educación”.
- d) Desarrollo de **leyes y normas** que garanticen los derechos de las poblaciones más vulnerables a las ITS VIH/ Sida o que combatan cualquier forma de estigma y discriminación.
- e) Desarrollo de estrategias educativas para la prevención de las ITS- VIH / SIDA y la reducción del estigma y la discriminación en **el entorno laboral**.
- f) Coordinación con el sector cultura, comunicaciones, eclesial y de fuerzas armadas para la concurrencia de acciones que apunten a reducir condiciones de vulnerabilidad en ITS - VIH / SIDA.
- g) Coordinación de acciones intersectoriales y sectoriales (PAI, Bancos de Sangre, Riesgos laborales y Salud Sexual y Reproductiva) para la **prevención y control de la Hepatitis B**.
- h) Fortalecimiento de **capacidades de la sociedad civil** frente a ITS-VIH/SIDA en acciones de tipo comunitario para la promoción de derechos, la prevención en poblaciones en contextos de vulnerabilidad, incluyendo la detección temprana y la canalización a los servicios de salud.
- i) Información educación y comunicación para la **reducción del estigma y discriminación** hacía personas que viven con VIH/SIDA.
- j) Prevención de la **transmisión madre hijo de la sífilis congénita y del VIH/SIDA**.

- k) Promoción de la demanda y ampliación de la oferta de **asesoría y prueba voluntaria** de ITS-VIH/SIDA.
- l) Actualización, difusión e implementación de **Guías de atención integral en ITS -VIH/SIDA**, para la detección oportuna, el tratamiento adecuado, la prevención secundaria de la infección por VIH / SIDA y la Prevención y control del riesgo biológico y bioseguridad.
- m) **Farmacovigilancia** que incluya la generación y difusión de sistemas de alertas, vigilancia activa de medicamentos de interés; vigilancia de usos no autorizados y errores de medicación; planes de gestión de riesgos.
- n) **Vigilancia en salud pública** y gestión del conocimiento que incluye el fortalecimiento del sistema de Información del Plan Nacional de Respuesta a las ITS – VIH / Sida que incluye el sistema de reporte a través del SIVIGILA, la auditoría y análisis de información a los reportes que genera la Cuenta de Alto Costo y la investigación diagnóstica, terapéutica y operativa en salud pública, para el control de las ITS- VIH/Sida.

8.6. Vida saludable libre de enfermedades transmisibles

8.6.1. Definición

Espacio de acción transectorial y comunitario que busca garantizar el disfrute de una vida sana, en las diferentes etapas del ciclo de vida, promoviendo modos, condiciones y estilos de vida saludables en los territorios cotidianos de las personas, familias y comunidades, así como el acceso a una atención integrada ante situaciones, condiciones y eventos transmisibles, con enfoque diferencial y equidad social, desde una perspectiva de desarrollo humano sostenible.

La dimensión propone como estructura de trabajo un modelo de intervención transectorial denominado Estrategia de Gestión Integral (EGI). Este modelo pretende reconocer, estudiar, contextualizar e intervenir las causas intermedias y profundas de los impactos y desenlaces negativos relacionados con las enfermedades transmisibles prevalentes, emergentes y desatendidas; la Estrategia de Gestión Social Integral (EGI), concibe el rol activo del sector en la reducción de inequidades en salud por dos grandes vías:

- Directamente, asegurando el acceso equitativo a servicios de salud de calidad y a programas de salud pública comprensivos y efectivos.
- Transectorialmente, involucrando otros agentes del gobierno y de la sociedad civil en intervención de las causas estructurales de situación y exposición que generan las enfermedades transmisibles.

8.6.2. Objetivo de la dimensión

- a) Garantizar y materializar el derecho de la población colombiana a vivir libre de enfermedades transmisibles en todas las etapas del ciclo de vida y en los territorios cotidianos, con enfoque diferencial y de equidad mediante la transformación positiva de situaciones y condiciones endémicas, epidémicas, emergentes, reemergentes y desatendidas para favorecer el desarrollo humano, social y sostenible.
- b) Reducir de manera progresiva y sostenida la exposición a condiciones y factores de riesgo, y propender por la accesibilidad, integralidad, continuidad, vínculo y sostenibilidad de la atención de las contingencias y daños producidos por las enfermedades transmisibles.
- c) Crear condiciones y capacidades en el sector y otros sectores, organizaciones, instituciones, servicios de salud y la comunidad para la gestión de planes, programas y proyectos que reduzcan las exposiciones y vulnerabilidades diferenciales de la población a las enfermedades transmisibles.

8.6.3. Metas

- a) Disminución de los diferenciales en exposición a enfermedades transmisibles en los territorios.
- b) Disminución de los diferenciales en vulnerabilidad a enfermedades transmisibles en los territorios.
- c) Mejora en el acceso y calidad de los servicios de promoción de la salud, prevención, protección y atención de los eventos transmisibles considerando las diferenciales de las poblaciones en sus territorios.
- d) Disminución de la morbilidad, mortalidad y discapacidad general por enfermedades transmisibles y de las diferenciales en los estratos sociales.

8.6.4. Componentes

- a) Enfermedades emergentes, re-emergentes y desatendidas
- b) Enfermedades inmunoprevenibles
- c) Enfermedades Endemo-epidémicas

8.6.4.1. Enfermedades emergentes, re-emergentes y desatendidas

8.6.4.1.1. Definición componente

Es el conjunto de intervenciones multisectoriales para reducir el impacto sobre la salud y el bienestar social y económico de la población colombiana de las enfermedades infecciosas consideradas emergentes, reemergentes y desatendidas

8.6.4.1.2. Objetivos del componente

- a) Reducir la carga de enfermedades transmitidas por vía aérea y de contacto directo, como la tuberculosis, Infección respiratoria aguda y enfermedad de Hansen, mediante acciones promocionales, gestión del riesgo y acciones intersectoriales
- b) Reducir la carga de enfermedades reemergentes y desatendidas, y sus consecuencias negativas sobre el bienestar y el desarrollo de las poblaciones afectadas.
- c) Vigilar y controlar las enfermedades generadas por patógenos y condiciones nuevas y emergentes.
- d) Reducir las infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS) y contener la resistencia a los antimicrobianos.

8.6.4.1.3. Metas

- a) Avance progresivo y sostenido de la implementación del programa de prevención y el control de las IAAS, la resistencia antimicrobiana y el consumo de antibióticos en el 90% de las instituciones de alta y media complejidad.
 - b) Avance progresivo y sostenido en la implementación de planes regionales o locales para la prevención y la contención de los patógenos emergentes y reemergentes de alta transmisibilidad y potencial epidémico en el 100% de entidades territoriales.
 - c) Diseño, implementación y desarrollo progresivo de planes y programas territoriales de promoción y prevención de las enfermedades transmitidas por agua, suelo y alimentos
 - d) Implementación progresiva y sostenida del plan integral e inter-programático para la prevención, el control y la eliminación de las Enfermedades Infecciosas Desatendidas priorizadas de acuerdo al perfil epidemiológico local, en las 36 entidades territoriales.
- a) Reducción progresiva de la mortalidad por Infección Respiratoria Aguda (incluida neumonía) buscando llegar a una mortalidad por neumonía de menos de 8,9 casos por cada 100 mil menores de cinco años. Reducción progresiva a menos de 1,59 casos por 100.000 habitantes de la mortalidad por TB en todo el territorio nacional. Disminuir la discapacidad severa por enfermedad de Hansen entre los casos nuevos hasta llegar a una tasa de 0.58 casos por 1.000.000 habitantes con discapacidad grado 2 en el año 2022. Así mismos reducir a menos del 7% los casos con discapacidad severa entre los nuevos detectados para el mismo año”.

8.6.4.1.4. Estrategias

- a) **Gestión integral para la promoción de la salud, prevención y control de las enfermedades transmitidas por vía aérea y de contacto directo que incluye:**
 - Implementación de las estrategias específicas de atención primaria como las salas ERA y otros servicios básicos en salud.

- Desarrollo del componente comunitario para la prevención y cuidado adecuado de los casos de IRA leve en casa en el contexto de la AIEPI.
- Implementación de las líneas de acción de los planes estratégicos “para aliviar la carga y sostener las actividades de control” en enfermedad de Hansen y “Colombia libre de tuberculosis”.

b) Gestión integral para la promoción de la salud, prevención y control de las enfermedades emergentes, reemergentes y desatendidas, que incluye:

- Fomento a la participación comunitaria durante el desarrollo y evaluación de las estrategias
- Adecuación sociocultural y técnica de la estrategia de desparasitación y SAFE de tracoma (cirugía para triquiasis, antibioticoterapia individual o masiva con coberturas óptimas según prevalencia, promoción del lavado de la cara para retirar secreciones oculares y medidas de ordenamiento ambiental).
- Implementación de lineamientos para el manejo clínico y programático del tracoma, las geohelmintiasis y otras enfermedades infecciosas desatendidas (EID) , como escabiosis y tungiasis según perfil epidemiológico local.
- Construcción participativa de la política de prevención y control de las IAAS, la Resistencia Antimicrobiana y el Uso prudente de antibióticos
- Desarrollo de diagnósticos institucionales y encuestas periódicas de prevalencia de las IAAS en UCI, servicios quirúrgicos, gineco-obstétricos y en hospitalización.
- Desparasitación antihelmíntica a niños en edad escolar (5 a 14 años), ampliando progresivamente a otros grupos poblacionales elegibles según lineamientos nacionales.
- Levantamiento de líneas de base de prevalencia, conocimientos, actitudes y prácticas en geohelmintiasis, tracoma y otras EID.
- Sistematización de experiencias exitosas para el control o la eliminación de las EID.

c) Gestión integral para la promoción de la salud, prevención y control de las enfermedades de transmisión hídrica y alimentaria (EDA y ETA)

- Levantamiento de líneas de base de prevalencia, conocimientos, actitudes y prácticas en enfermedades de transmisión hídrica, suelo y alimentaria.
- Implementación de lineamientos para el manejo clínico y programático de enfermedades de transmisión hídrica, suelo y alimentaria.
- Sistematización de experiencias exitosas para el control de las enfermedades de transmisión hídrica, suelo y alimentaria.

d) Adicional a las anteriores se deberán implementar las estrategias definidas en el numeral 6.6.4.3.5

8.6.4.2. Enfermedades inmunoprevenible

8.6.4.2.1. Definición componente

Es el conjunto de intervenciones transectoriales que se realizan para prevenir, controlar o minimizar los riesgos que propician la aparición de las enfermedades prevenibles por vacunas y sus consecuentes efectos negativos en la población.

8.6.4.2.2. Objetivos del componente

Disminuir el riesgo de enfermar y morir por enfermedades prevenibles por vacuna.

8.6.4.2.3. Metas

- a) Alcanzar el 95% o más de cobertura en todos los biológicos que hacen parte del esquema nacional, en las poblaciones objeto del programa.
- b) Consolidación en todo el territorio nacional de la erradicación de la poliomielitis, la eliminación del sarampión, la rubeola, el síndrome de rubeola congénita y el tétanos neonatal y controlar la incidencia de casos de fiebre amarilla, difteria, tuberculosis meníngea, hepatitis A y B, Neumococo, *Haemophilus influenzae* tipo B, diarreas por Rotavirus, tos ferina, parotiditis e influenza.
- c) Sistematización y automatización de los procesos y procedimientos del Programa Ampliado de Inmunizaciones en todo el territorio nacional.

8.6.4.2.4. Estrategias

- a) Generación de conocimiento que oriente la inclusión de nuevas vacunas, el monitoreo y evaluación del comportamiento de las enfermedades inmunoprevenibles y el impacto de la vacunación a nivel nacional y local.
- b) Implementación de la estrategia de vacunación sin barreras que disminuya las oportunidades perdidas y garantice el acceso a la vacunación.
- c) Implementación del Sistema de Información Nominal del PAI en todo el territorio nacional.
- d) Garantía de la suficiencia y disponibilidad con oportunidad y calidad de los insumos, biológicos y red de frío en todo el territorio nacional
- e) Adicional a las anteriores se deberán implementar las estrategias definidas en el numeral 6.6.4.3.5

8.6.4.3. Condiciones y situaciones endemo - epidémicas

8.6.4.3.1. Definición componente

Es el conjunto de intervenciones intrasectoriales y transectoriales dirigidas a afectar los determinantes sociales y prevenir, controlar o minimizar los riesgos que propician la aparición de eventos que se caracterizan por presentar epidemias focalizadas, escenarios variables de

transmisión y patrones con comportamientos seculares, temporales, estacionales y cíclicos en poblaciones a riesgo.

8.6.4.3.2. Objetivos del componente

- a) Reducción de la carga de las enfermedades transmitidas por vectores (malaria, dengue, leishmaniasis, enfermedad de Chagas) producto de su discapacidad, mortalidad y morbilidad
- b) Reducción de la carga de las enfermedades transmitidas por animales vertebrados (encefalitis, rabia, leptospirosis, brucelosis, toxoplasmosis y otras) producto de sus complicaciones y mortalidad en los humanos.

8.6.4.3.3. Metas

- a) Estrategia de gestión integrada para la vigilancia, promoción de la salud, prevención y control de las ETV y Zoonosis implementada intersectorialmente en todo el territorio nacional
- b) Modelo gerencial implementado del programa nacional de ETV en la totalidad de los departamentos, distritos y en municipios prioritarios de categoría especial, 1, 2 y 3.
- c) Diseño, implementación y desarrollo progresivo de planes y programas territoriales de promoción y prevención de las enfermedades transmitidas por vía sanguínea.
- d) Reducción y/o mantenimiento de la letalidad por dengue grave a <2 % al año 2021 en la nación, departamentos, distritos y municipios.
- e) Reducir en un 80% la mortalidad por malaria en todas las entidades territoriales de manera progresiva y sostenida durante el periodo 2012-2021.
- f) Reducir en un 30% la letalidad por Enfermedad de Chagas agudo en todas las entidades territoriales del país de manera progresiva y sostenida durante el periodo 2012-2021.
- g) Certificación internacional de la interrupción de la transmisión de *T. Cruzi* por vectores domiciliados en el 40% de los municipios endémicos y en el 60% restante, en proceso de certificación.
- h) Reducción progresiva y sostenida del número de muertes por leishmaniasis visceral en un 50% en todas las entidades territoriales durante el periodo 2012-2021
- i) Eliminar la mortalidad por rabia por variantes uno y dos y disminuir 30% la mortalidad por especies silvestres durante el periodo 2012-2021
- j) Implementación progresiva y sostenida del plan integral e interprogramático para la prevención y control de otras zoonosis de importancia en salud pública en todas las entidades territoriales.

8.6.4.3.4. Estrategias

- a) **Gestión integral para la promoción de la salud, prevención y control de las enfermedades transmitidas por vectores y zoonosis, que incluye:**
 - Implementación de estrategias intersectoriales de entornos saludables en los ámbitos de vivienda y escolar, mejoramiento de vivienda y la metodología COMBI en los ámbitos institucional y comunitario, articuladas con los sectores salud, vivienda, educación, cultura, ambiente, agricultura, industria y comercio y turismo, organizaciones sociales y comunitarias para las ETV.

- Desarrollo de acciones preventivas de la exposición a factores de riesgo de las ETV y zoonosis en el ámbito individual y laboral, familiar y comunitario en grupos poblacionales focalizados y el correspondiente control sostenible de focos de las ETV, articulado a los sectores de salud, trabajo, ambiente, vivienda, minas, agricultura, turismo, transporte y organizaciones sociales y comunitarias.
 - Organización o reorganización de los programas de promoción, prevención y control de las ETV y zoonosis, en los niveles nacional, departamental, distrital y de los municipios categoría especial, 1, 2 y 3, orientando la gestión de los recursos (humanos, logísticos, insumos críticos, medicamentos y financieros) de manera eficiente y efectiva.
 - Articulación del programa de promoción, prevención y control de las ETV y zoonosis a la estrategia de atención primaria en salud y el fortalecimiento del sistema obligatorio de garantía de calidad, que garantice la atención integral de pacientes por ETV y Zoonosis (detección, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación) con acceso, oportunidad y calidad.
 - Implementación de las estrategias específicas de atención primaria con el desarrollo del componente comunitario para la atención, prevención y control de las enfermedades transmitidas por vectores y zoonosis.
 - Generación de capacidades específicas del talento humano del programa para el desarrollo de la Estrategia de Gestión Integrada, articulando actores del sistema de educación superior y de formación para el trabajo.
 - Fortalecimiento de la inteligencia epidemiológica para el análisis integrado de información (morbí-mortalidad, agentes etiológicos, factores de riesgo –incluye entomología, reservorios u otros) que permita predecir, focalizar y estratificar las enfermedades emergentes, reemergentes, inmunoprevenibles y endemo epidémicas, articulando los sectores de salud, ambiente, transporte y agricultura.
- b) Gestión integral para la promoción de la salud, prevención y control de las enfermedades transmitidas por vía sanguínea.**
- Levantamiento de líneas de base de prevalencia, conocimientos, actitudes y prácticas en enfermedades transmitidas por vía sanguínea.
 - Sistematización de experiencias exitosas para el control en enfermedades transmitidas por vía sanguínea
 - Implementación de lineamientos para el manejo clínico y programático enfermedades transmitidas por vía sanguínea
- c) Adicional a las anteriores se deberán implementar las estrategias definidas en el numeral 6.6.4.3.5**

8.6.4.3.5. Estrategias comunes a los anteriores componentes

- a) Movilización de actores institucionales intra e intersectoriales para la adopción de políticas, programas y planes de promoción, prevención y control de enfermedades transmisibles en el contexto de sus determinantes.
- b) Articulación de los actores y sectores del sistema nacional de ciencia, tecnología e innovación para el fomento de la generación de conocimiento y tecnologías que permitan la reorientación y fortalecimiento de las intervenciones de las políticas, programas y planes en enfermedades transmisibles.
- c) Acciones promocionales sectoriales e intersectoriales que afecten positivamente las exposiciones y vulnerabilidades diferenciales para adquirir enfermedades transmisibles.
- d) Adecuación sociocultural y técnica de las políticas, programas, planes y lineamientos para la prevención, control y atención de las enfermedades transmisibles en grupos poblacionales específicos (población privada de la libertad, indígenas, población en situación habitante de calle, población pediátrica).
- e) Acciones de información, educación, comunicación y movilización social dirigidas al empoderamiento de la comunidad y personal de salud en estilos de vida y prácticas saludables tales como el lavado de manos y el uso de calzado, entre otros
- f) Articulación inter-programática sectorial e intersectorial de intervenciones para la afectación positiva de los determinantes relacionados con las enfermedades transmisibles.
- g) Implementación de la estrategia de atención primaria en salud que incluye la reorganización de servicios de salud; elaboración, implementación y actualización de protocolos, guías de manejo y lineamientos para la prevención, vigilancia y control; y modelos de atención básica y de alta resolutivez para enfermedades transmisibles.
- h) Generación de capacidades territoriales, institucionales, comunitarias y del talento humano para la afectación positiva de los determinantes relacionados con las enfermedades transmisibles.
- i) Desarrollo, fortalecimiento y articulación de los sistemas de vigilancia en salud del sector y de otros sectores relacionados con el estudio, análisis, prevención y control de las enfermedades transmisibles, que incluye: implementación de sistemas de información nominal y geográfica; planeación, gestión y evaluación de eventos contingenciales; vigilancia en salud pública comunitaria; vigilancia en puertos marítimos, aéreos y zonas de frontera; y de los patógenos de alta transmisibilidad y potencial epidémico.
- j) Desarrollo y tecnificación de la red de Laboratorios de Salud Pública en la nación y los departamentos y de la Red Nacional de Laboratorios de otros sectores relacionados con la salud pública.

- k) Formulación e implementación de planes de preparación, control y evaluación de contingencias por brotes y epidemias por enfermedades transmisibles, articulando los sectores que integran el sistema para la gestión del riesgo de desastres.

8.7. Salud Pública en emergencias y desastres

8.7.1. Definición

Espacio de acción transectorial y comunitario que propende por la protección de individuos y colectivos ante los riesgos de emergencias o desastres, procurando reducir los daños que afectan la salud humana y ambiental, a través de la gestión integral del riesgo como un proceso social que orienta la formulación, ejecución, seguimiento y evaluación de políticas, estrategias, planes, programas y acciones permanentes para el conocimiento, la reducción del riesgo y el manejo de emergencias y desastres, con el fin de contribuir en la seguridad sanitaria, el bienestar, la calidad de vida de las personas y al desarrollo sostenible en el territorio nacional.

8.7.2. Objetivo de la dimensión

Promover la gestión del riesgo de desastres como práctica sistemática a fin de garantizar la protección de las personas, colectividades y el ambiente, para enfrentar y manejar situaciones de emergencia o de desastres de origen natural o antrópico, así como para adelantar la recuperación, aportando a la seguridad sanitaria, al desarrollo y al mejoramiento de las condiciones de la población.

8.7.3. Componentes

- a) Gestión integral de riesgos en emergencias y desastres
- b) Respuesta en salud ante situaciones de emergencias y desastres

8.7.3.1. Gestión integral de riesgos en emergencias y desastres

8.7.3.1.1. Definición componente

Es el conjunto de acciones e intervenciones tendientes a la identificación, prevención y mitigación de los riesgos y las vulnerabilidades en los territorios y que buscan anticiparse a la configuración del riesgo futuro de emergencias o desastres, mediante la integración de los procesos de desarrollo y planificación territorial, institucional y comunitaria, lo que permite fortalecer la capacidad del país frente a los desastres y reducir el impacto negativo de éstos en la salud de los colombianos.

8.7.3.1.2. Objetivos del componente

- a) Generar conocimiento sobre el riesgo de desastres en sus diferentes ámbitos para la planificación frente a las emergencias y los desastres.
- b) Reducir el riesgo de desastres actual y futuro para enfrentar las consecuencias asociadas a los impactos del cambio climático.
- c) Mantener las capacidades básicas de vigilancia y respuesta en el marco del Reglamento Sanitario Internacional 2005

8.7.3.1.3. Metas

- a) Plan Nacional Sectorial de Gestión Integral del Riesgo de Desastres articulado intersectorialmente.
- b) Plan territorial Sectorial de Gestión de Riesgo de Desastres articulado con los planes de los demás sectores estatales.
- c) Planes hospitalarios articulados con los planes territoriales sectoriales de gestión de riesgo de desastres.
- d) El 100% de hospitales priorizados con índice de seguridad hospitalaria y con acciones de intervención.
- e) Todas las entidades del orden nacional, departamental y municipal involucrado en la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional 2005 con las capacidades básicas de vigilancia y respuesta establecidas en el mismo.

8.7.3.1.4. Estrategias

- a) Acciones intra y transectoriales para la planificación de la Gestión Integral del Riesgo de desastres.
- b) Desarrollo y fortalecimiento del programa Hospitales Seguros ante desastres.
- c) Gestión intersectorial para el mantenimiento y fortalecimiento de las capacidades básicas de vigilancia y respuesta nacionales, departamentales y municipales en el contexto del Reglamento Sanitario Internacional 2005.

8.7.3.2. Respuesta en salud ante situaciones de emergencias y desastres

8.7.3.2.1. Definición componente

Son las estrategias de respuesta en salud ante situaciones de emergencias o desastres que hacen parte de los Planes para la Gestión de Riesgo de Desastres, las cuales permiten a las instituciones públicas, privadas y a la comunidad responder de manera eficiente y oportuna a las contingencias que puedan afectar la salud de la población.

8.7.3.2.2. Objetivo del componente

Fortalecer los sistemas de respuesta, incluyendo los procesos de reconstrucción y recuperación.

8.7.3.2.3. Metas

- a) Plan Nacional Sectorial de Gestión Integral del Riesgo de Desastres con estrategia de respuesta a emergencias operando y funcionando incluyendo lo relacionado con las emergencias en salud pública.
- b) Sistema de Emergencias Médicas implementado en el 50% del país
- c) Red Nacional de toxicología implementada

8.7.3.2.4. Estrategias

- a) Implementación y fortalecimiento de la Estrategia Nacional de Respuesta a Emergencias
- b) Gestión para el diseño y estructuración del sistema de emergencias médicas en el país Gestión nacional para la conformación e implementación de la Red Nacional de Toxicología.

9. DIMENSIONES TRANSVERSALES

9.1 Gestión diferencial de poblaciones vulnerables

El acceso a la salud es un derecho fundamental independientemente del estado legal o condición socioeconómica o financiera que se posea. Un derecho que debería ser particularmente protegido a los grupos vulnerables y en mayor riesgo de experimentar barreras en el acceso (Convention for the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms, 1950). El debate sobre cuál es el mejor enfoque para garantizar y mejorar el acceso a la salud de las poblaciones vulnerables y excluidas, es analizado por países de ingresos medio y bajo. Sin embargo, a través de la gestión del conocimiento y el fomento del uso de la información orientan políticas y estrategias para afectar ampliamente las desigualdades que comúnmente experimentan las poblaciones con mayor vulnerabilidad (niños, niñas, adolescentes, víctimas del conflicto armado, grupos étnicos, personas en situación de discapacidad y adulto mayor), que acceden a la oferta sanitaria del sistema de salud.

En este escenario, el Gobierno Nacional garantiza el derecho al reconocimiento de las diferencias sociales y en consecuencia, la aplicación de medidas a favor de aquellos grupos sociales en quienes esas diferencias significa desventaja o situación de mayor vulnerabilidad, dando

cumplimiento al principio constitucional que expresa: “todos los seres humanos nacen libres e iguales ante la ley, recibirán la misma protección y trato de las autoridades y gozaran de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación por razones de sexo, raza, origen nacional, lengua, religión, opinión política o filosófica”. (Colombia R. d., Constitución Política de Colombia, Art. 18, 1991). Por consiguiente “el Estado promoverá las condiciones para que la igualdad sea real, efectiva y adoptará las medidas en favor de grupos discriminados o marginados” (Colombia R. d., Constitución Política de Colombia, 1991).

En sintonía con las Dimensiones Prioritarias definidas en el Plan Decenal de Salud Pública, se reúnen los aspectos requeridos para lograr bienestar y calidad de vida entre la población colombiana independientemente de la etapa del ciclo de vida, la pertenencia étnica o la condición socioeconómica. Representa un verdadero reto reconocer, visibilizar y generar respuestas integrales intersectoriales dirigidas a las poblaciones con mayor vulnerabilidad, debido a las condiciones que pueden caracterizar cada grupo en específico: condiciones del transcurso (ciclo) de vida (primera infancia, adolescencia y vejez), de género, de pertenencia étnica (Pueblos Indígenas, Afro y Rrom), de situación de discapacidad, derivadas de la victimización del conflicto o aquellas determinadas por la ubicación geográfica (zonas rurales dispersas o asentamientos).

El enfoque diferencial es concebido como *“un método de análisis que toma en cuenta las diversidades e inequidades en nuestra realidad con el propósito de brindar una adecuada atención y protección de los derechos”* (CODHES, 2008) de los sujetos. Se toman en cuenta las diferencias de género, identidad sexual, identidad étnica, edad y situación de salud entre otras, con el fin de evidenciar las formas de exclusión, discriminación y dominación que se ejercen sobre las personas y sobre los colectivos como efecto de las diversas asimetrías en las relaciones de poder en las cuales participan (Montealegre, 2010). A continuación se describen las orientaciones estratégicas por cada tipo de población:

Estrategias para el abordaje diferencial

1. Articulación de políticas y procesos diferenciales territoriales y poblacionales para la acción transectorial
2. Desarrollo humano con perspectiva de derechos
3. Modelos de atención con enfoque diferencial

Metas para el abordaje diferencial

1. En 2021, Colombia cuenta con un modelo de atención y prestación de servicios en salud con adecuación en el ciclo de vida, género, etnocultural, y en las necesidades diferenciales de la población con discapacidad y víctima del conflicto
2. En 2021, Colombia ha aumentado la disponibilidad de información y evidencia sobre la atención diferencial de las personas y colectivos
3. En 2021, Colombia ha desarrollado modelos de educación y comunicación en salud en el tema de conductas saludables con enfoque diferencial.

4. En 2021, Colombia consolida la participación social en salud a través de redes de organizaciones sociales que influyen de manera positiva en las políticas públicas orientadas a intervenir los determinantes sociales de la salud

9.1.3 Vulnerabilidad en la Infancia y Adolescencia

El presente capítulo reconoce a las niñas, niños y adolescentes como sujetos de derechos en el marco de la Ley 1098 de 2006, constituyéndose en una plataforma vinculante tanto de las dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública, como de los procesos intersectoriales implicados en el abordaje de determinantes sociales en pro de la disminución de las inequidades; resaltando que en este trayecto de vida se definen las bases sobre las cuales se desarrollan las capacidades, habilidades y potencialidades humanas, las cuales a su vez, determinan el desarrollo de la sociedad y las condiciones en las cuales ocurren la pre concepción, gestación, infancia y adolescencia e impactan la vida presente y futura de las personas y las posibilidades de progreso de la sociedad a la que pertenecen.

Las estrategias emergentes recogidas en este numeral son el resultado de la selección de datos, elaboración de categorías, análisis y conclusiones de cuatro documentos; 1). La consulta realizada a niñas, niños y adolescentes en el marco del proceso de formulación del Plan Decenal de Salud Pública efectuada por el Ministerio de Salud y Protección Social en el año 2012; 2). El documento técnico para la primera rendición de cuentas nacional sobre la Garantía de los derechos de la infancia, la adolescencia y la juventud 2005-2012; 3). La evaluación ex - post del Plan nacional de Salud Pública 2007 – 2010, a partir de su desarrollo en el nivel territorial realizado el Ministerio de Salud y Protección Social y la Organización Panamericana de la Salud; 4). Los resultados del proceso de diálogos territoriales y socialización de lineamientos intersectoriales desarrollado en el 2012 en el marco de la estrategia “De Cero a Siempre”.

De igual forma se acogen los procesos, estructuras y aprendizajes logrados en el seno de las comisiones intersectoriales relacionadas con infancia y adolescencia; *Comisión Intersectorial de Atención Integral a la Primera Infancia (CIPI)*, conformada mediante el Decreto 4875 de 2011, responsable de “coordinar y armonizar las políticas, planes, programas y acciones necesarias para la ejecución de la atención integral a la primera infancia, siendo ésta la instancia de concertación entre los diferentes sectores involucrados de primera infancia y la *Comisión Intersectorial para la Promoción y Garantía de los Derechos Sexuales y Reproductivos* conformada mediante el Decreto 2968 de 2010, que tiene entre otras, la función de coordinar la formulación e implementación de planes programas y acciones necesarias para la ejecución de las políticas relacionadas con la promoción y garantía de los derechos sexuales y reproductivos. Las Comisiones antes mencionadas, se constituyen en un cimiento sólido para dar continuidad al desarrollo las estrategias intersectoriales ya establecidas que resultan vitales para la afectación determinantes sociales y por ende para el mejoramiento de la salud de niños, niñas y adolescentes.

Con esta premisa es claro que el Plan Decenal de Salud Pública es un instrumento de política pública llamado a reconocer a las niñas, niños y adolescentes, trascendiendo los esfuerzos

sectoriales y reconociendo que solo en la medida que compartamos objetivos intersectoriales comunes alrededor el ejercicio pleno de los derechos aportaremos al desarrollo del país.

El lector encontrará una estructura de categorías y estrategias marco que reconocen la voz de los niños, niñas y adolescentes; los aprendizajes del anterior Plan Nacional de Salud Pública; el análisis del ejercicio de los derechos y las orientaciones surgidas de la comunidad en el 2012, las cuales se constituyen en el esquema estratégico que orienta los planes 2013-2021 y la atención integral en la pre concepción, gestación, infancia y la adolescencia en todo el territorio nacional.

Al tratarse de un documento indicativo no presenta acciones específicas, éstas harán parte del plan operativo que será expedido con posterioridad, el cual se fundamentará en el trabajo intersectorial previo y tendrá en cuenta el enfoque diferencial y la adaptación necesaria de acuerdo al contexto de cada uno de los territorios.

8.7.4. Objetivo General

Orientar el proceso de formulación, implementación y evaluación de los planes territoriales de salud en lo que se refiere a la atención integral de niños, niñas y adolescentes, a través de herramientas que promuevan la acción sectorial e intersectorial para la disminución de brechas de equidad y ejercicio pleno de los derechos en especial el derecho a la salud.

8.7.5. Componentes

- d) Políticas públicas que favorecen el desarrollo y la garantía de los derechos de niñas, niños y adolescentes
- e) Movilización social y participación de niñas, niños y adolescentes para la exigibilidad de sus derechos
- f) Desarrollo Integral de niñas, niños y adolescentes
- g) Atención integral y diferencial de las niñas, niños y adolescentes en el entorno de los servicios de salud
- h) Entornos saludables que favorecen el desarrollo de niñas, niños y adolescentes

8.7.5.1. Componente: Políticas públicas que favorecen el desarrollo y la garantía de los derechos de niñas, niños y adolescentes.

8.7.5.1.1. Objetivo

Lograr en los territorios la operación coherente y sostenible de las políticas públicas sectoriales e intersectoriales orientadas a favorecer el desarrollo y garantía de los derechos de niños niñas y adolescentes, a través de procesos de gestión, implementación, monitoreo y evaluación de políticas públicas y el fortalecimiento de la capacidad de las capacidades de las personas, las entidades territoriales y la Nación.

8.7.5.1.2. Metas

- a) A 2016 se habrá Implementado en todo el territorio nacional la política de atención integral de a primera infancia con enfoque diferencial “Cero a Siempre”
- b) En 2021 las acciones territoriales en salud para infancia y adolescencia estarán enmarcadas en una política única de atención integral.

8.7.5.1.3. Estrategias

Estrategias de Gestión Intersectorial de las políticas públicas

- a) Políticas públicas en infancia y adolescencia como herramienta de articulación y orientación de los procesos sectoriales e intersectoriales que se desarrollan en los territorios, a través de lineamientos técnicos operativos para el abordaje de los determinantes sociales y el diseño e implementación de una ruta integral de atenciones a las personas de 0 a 18 años.
- b) Política de talento humano en salud implementada, con monitoreo y evaluación que permita el fortalecimiento de las competencias del capital humano que atiende a madres, gestantes, recién nacidos, niñas, niños y adolescentes.
- c) Creación y fortalecimiento de mecanismos de coordinación interinstitucional e intersectorial que garanticen el desarrollo de acciones articuladas para cumplir con los fines del Estado Social de Derecho, relacionados con el ejercicio de los derechos de niñas, niños y adolescentes y el acceso a una atención integral, humanizada y de calidad.
- d) Estrategia de información y comunicación a nivel nacional y territorial de las políticas públicas y ajustes normativos relacionados con infancia y adolescencia como herramienta operativa para la acción.
- e) Generación de procesos de abogacía en la Nación y los territorios para poner las prioridades diferenciales de las niñas, niños y adolescentes en la agenda pública intersectorial, como base para el desarrollo de estrategias territoriales específicas orientadas a disminuir las brechas en el ejercicio de los derechos de niñas, niños y adolescentes
- f) Definición e implementación de un mecanismo de monitoreo y evaluación que dé cuenta de la aplicación e incorporación de las estrategias definidas en el Plan Decenal de Salud Pública relacionadas con niños, niñas y adolescentes en los planes territoriales de salud y del impacto de las mismas en los resultados en salud.
- g) Evaluación de políticas públicas y agenda de investigación en infancia y adolescencia a nivel nacional y territorial como soporte a la continuidad, reorientación o diseño de nuevas políticas o estrategias.

Estrategias de Gestión Territorial del Plan para la atención integral a niñas, niños y adolescentes

- h) Abogacía y coordinación con actores sectoriales e intersectoriales que faciliten las condiciones para el buen desarrollo de las acciones infancia y adolescencia del Plan Decenal de Salud Pública. de los componentes

- i) Definición territorial de líneas de base e implementación de procesos y estrategias tendientes a la disminución de la morbilidad y mortalidad neonatal; infantil; de la niñez; de niñas y niños entre 6 a 10 años y adolescentes.
- j) Implementación de estrategias de promoción de la salud, prevención de la enfermedad orientadas al fortalecimiento de acciones de detección, atención temprana, protección específica, manejo oportuno, tratamiento y rehabilitación de las condiciones que afectan la salud de niños, niñas y adolescentes desde la gestación y la preconcepción en los planes territoriales de salud y asignación anual de recursos para su ejecución.
- k) Cooperación técnica entre la Nación y las entidades territoriales, orientada a la identificación y potenciación de las capacidades de gestión, autonomía y de decisión de los territorios; el desarrollo y ejecución de proyectos, estrategias y herramientas para la atención integral y el direccionamiento y uso de recursos para el logro de resultados en la salud de las niñas, niños y adolescentes.
- l) Apoyo metodológico y técnico en la formulación de proyectos y estrategias de fortalecimiento del talento humano para la atención integral de niñas, niños y adolescentes.
- m) Fortalecimiento de los procesos de vigilancia en salud pública; investigación y análisis de situación de derechos de niños, niñas y adolescentes con enfoque de determinantes sociales, como orientadores de la toma de decisiones nacionales y territoriales, la definición de la continuidad o reorientación de políticas, normas y planes, guardando concordancia con los cambios epidemiológicos y demográficos específicos.
- n) Inspección, Vigilancia y control de los recursos, procesos y acciones orientados a la atención integral de niños, niñas y adolescentes.

8.7.5.2. Componente: Movilización social y participación de niñas, niños y adolescentes para la exigibilidad de sus derechos

8.7.5.2.1. Objetivo

Generar o fortalecer las redes intersectoriales, de pares, comunitarias y sociales que permitan la movilización social para la atención integral de niñas, niños y adolescentes aunando esfuerzos de los diferentes sectores para el ejercicio y garantía de los derechos.

8.7.5.2.2. Meta

- a) A 2021, por lo menos el 80% de los planes territoriales anuales en salud habrán tenido participación activa de niñas, niños y adolescentes en su diseño, implementación, monitoreo y evaluación
- b) A 2021 todos los territorios presentaran erradicación progresiva del trabajo infantil.

8.7.5.2.3. Estrategias

- a) Fortalecimiento y articulación de los espacios de participación de niños, niñas y adolescentes en los procesos de diseño, rediseño, implementación, monitoreo, evaluación, control de las políticas públicas, lo cual implica hacerlos protagonistas activos de su desarrollo individual y social y de los procesos de planeación nacional y local.
- b) Creación, identificación y fortalecimiento de las redes de pares, sociales y comunitarias de niñas, niños y adolescentes, como eje en la articulación intersectorial a través de la construcción de objetivos comunes en torno al mejoramiento de su calidad de vida y salud
- c) Articulación y consolidación de los comités intersectoriales para la prevención y atención integral de la violencia sexual y erradicación del trabajo infantil en cumplimiento en el marco normativo a partir de la consolidación de un proceso intersectorial de base comunitaria
- d) Desarrollo de proceso de sistemas de alertas tempranas basado en comunidad para la garantía y restitución de los derechos de niñas, niños y adolescentes.
- e) Propiciar espacios de vinculación efectiva de diferentes sectores y actores para el impulso a procesos comunitarios de exigibilidad de derechos, mediante estrategias de intervención de pares comunitarios, grupos de apoyo y proyectos comunitarios en salud, en especial para el rechazo a todas formas de violencia y la restitución de derechos de víctimas.
- f) Fortalecimiento del compromiso social de los medios de comunicación en la promoción del respeto y garantía de los derechos de niños, niñas y adolescentes; así como de su papel como actor relevante para el cumplimiento del Código de Infancia y Adolescencia.

8.7.5.3. Componente: Desarrollo integral de niñas, niños y adolescentes.

8.7.5.3.1. Objetivo:

Identificar y potenciar habilidades de niños, niñas y adolescentes que les permitan el goce efectivo de sus derechos en sus contextos diferenciales a través de procesos intersectoriales de acompañamiento al desarrollo desde la infancia como base para el desarrollo social.

8.7.5.3.2. Meta

- a) A 2015 el país contara con líneas de base del desarrollo infantil y discapacidad; a 2018 contara con estrategias territoriales implementadas de acuerdo a las metas proyectadas a 2021

8.7.5.3.3. Estrategias

- a) Política pública intersectorial que presenta como objetivo común la Atención Integral a la Infancia siendo uno de sus aspectos centrales el desarrollo de niños, niñas desde la pre concepción y la gestación, base para el desarrollo social, la cual incluye acuerdos

intersectoriales que unifiquen la conceptualización, procesos de valoración y abordaje del desarrollo integral con enfoque diferencial.

- b) Sensibilización, formación y comunicación en los diferentes entornos donde transcurre la vida de los niños y niñas desde la pre concepción, en donde se reconozca a la importancia de éstos para potenciar habilidades y el desarrollo integral.
- c) Promoción de prácticas de auto - cuidado y fortalecimiento de acciones de detección, atención temprana, protección específica, manejo oportuno, tratamiento y rehabilitación de las condiciones que afectan la salud bucal, visual, auditiva, cognitiva, motora, emocional y comunicativa desde la primera infancia
- d) Construcción de líneas de base y procesos de monitoreo y evaluación del desarrollo infantil y discapacidad prevenible, cuyos resultados orienten la toma de decisiones nacionales y territoriales frente a la ruta a seguir para potenciar el desarrollo social a partir del capital humano.
- e) Creación y fortalecimiento de la capacidad institucional y del talento humano, que aseguren la valoración del desarrollo y la potenciación de habilidades individuales y colectivas de niños, niñas y adolescentes; a través de la acción unificada al interior del sector salud y con otros sectores.
- f) Acuerdos operativos territoriales periódicos que fortalezcan el abordaje integral de mujeres gestantes, niñas, niños y adolescentes, en el marco de las estrategias de las dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública que contribuyen con el desarrollo infantil (Salud ambiental; Vida saludable y condiciones no transmisibles; Convivencia social y salud mental; Seguridad Alimentaria y Nutricional; Derechos sexuales y sexualidad; Vida Saludable libre de Enfermedades Transmisibles; y de salud pública en emergencias y desastres).
- g) Diseño de herramientas técnicas y metodológicas para la de medición de resultados en salud que no se remitan al daño

8.7.5.4. Componente: Atención integral y diferencial de las niñas, niños y adolescentes en el entorno de los servicios de salud.

8.7.5.4.1. Objetivo

Garantizar que los servicios de salud se constituyan como un entorno que reconozca a los niños niñas y adolescentes como sujetos de derechos, al proveer atención humanizada que cumpla con los atributos de calidad de acuerdo a las necesidades diferenciales, como base para el mejoramiento de los resultados en salud y el acortamiento de brechas de equidad en el territorio nacional.

8.7.5.4.2. Metas

- a) En 2021, el 80% los servicios de salud que atiende a gestantes, niños, niñas y adolescentes tendrán implementada una política de humanización con resultados favorables reconocidos por los usuarios.

- b) A 2021, el país presentará disminución progresiva de barreras de acceso a servicios de salud de niñas, niños y adolescentes.
- c) A 2021 se habrá disminuido la mortalidad infantil nacional ajustada a 12 x1.000 nacidos vivos o menos.
- d) A 2015 se tendrá una línea de base de las brechas de equidad en los resultados en salud infantil y adolescente.
- e) A 2021 se habrán disminuido las brechas en los resultados en salud infantil y adolescente.
- f) A 2021 se habrá disminuido la mortalidad nacional en la niñez a 15 x1000 nacidos vivos o menos.
- g) A 2016 se tendrá definidas líneas de base y metas en la disminución de mortalidad y morbilidad evitable en niñas, niños entre 6 a 10 y adolescentes.
- h) Aumentar la cobertura regional de servicios de salud amigables al 70% de los municipios del país.

8.7.5.4.3. Estrategias

Atención Humanizada

- a) Diseño, implementación, monitoreo y evaluación de una política nacional de humanización de servicios de salud, la cual tendrá en cuenta a las personas que configuran el entorno servicios de salud y a las niñas, niños y adolescentes.
- b) Proceso de sensibilización y movilización social para facilitar el desarrollo de competencias y habilidades de las personas que trabajan en los servicios de salud, y el empoderamiento de niñas, niños y adolescentes, reconociendo la importancia de la humanización y el buen trato en los servicios de salud.
- c) Acuerdos con Instituciones de formación del talento humano en salud en el marco de la política nacional de talento humano, para la inclusión en el plan de estudios, práctica y procesos de investigación de contenidos de ética e importancia de la atención humanizada en los procesos de salud enfermedad.

Disminución de barreras de accesos a los servicios en salud

- d) Ajuste y armonización normativa progresiva en relación a la atención de niñas, niños y adolescentes, orientada a monitorear y evaluar especialmente resultados en salud
- e) Diagnóstico y abordaje específico por territorio de las barreras de acceso a servicios de salud que atienden a mujeres gestantes, niñas, niños y adolescentes; desarrollando un proceso por fases que tenga como orientador el mejoramiento de los resultados en salud.

- f) Gestión intersectorial para el abordaje de barreras de acceso territoriales que trascienden las competencias del sector salud, la cual consiste en desarrollar un proceso ordenado de abogacía específica por territorio que permita aunar esfuerzos para superar dichas barreras.

Calidad de la atención

- g) Implementación nacional de la política de Atención Integral a la Infancia que incluye entre otras, la implementación y fortalecimiento de la estrategia de Atención Integral en las Enfermedades Prevalentes en la Infancia AIEPI, la de prevención y reducción de anemia; el Programa Ampliado de Inmunizaciones; el plan de disminución de morbilidad y mortalidad neonatal; el programa método madre canguro; y demás estrategias definidas en las dimensiones prioritarias del Plan que buscan favorecer la vida y la salud de niñas y niños.
- h) Implementación de procesos territoriales específicos de Atención Primaria en salud y redes integradas de servicios de salud, como la base para la Implementación del ciclo completo de la Atención Integral, integrada y continua a la madre gestante, los recién nacidos, niños, niñas y adolescentes. Incluye la implementación de diferencias de estrategias para comunidades campesinas y población dispersa.
- i) Fortalecimiento de capacidades del talento humano en salud para la atención de niños, niñas y adolescentes, la cual incluye aspectos relacionados con la atención en salud planeación, gestión a través de capacitación, trabajo conjunto con sociedad científica, academia y énfasis en la atención en los “Mil Primeros días de Vida”.
- j) Fortalecimiento de la evaluación de la calidad de los servicios de salud mediante el monitoreo y evaluación de los avances en la práctica clínica y los resultados en salud en cada una de las dimensiones del plan y la aplicación de las normas de habilitación, evaluación de la adopción de guías y normas técnicas para la atención de las madres gestantes, recién nacidos, niños, niñas y adolescentes.
- k) Fortalecimiento de la adecuación y atención intercultural en servicios de salud y acciones promocionales basadas en comunidad, a partir de acuerdos con autoridades indígenas, médicos tradicionales y comunidad que permitan el diálogo y acuerdos operativos entre medicinas ancestrales y occidentales. Incluye la articulación de las estrategias definidas en este plan con el Sistema Indígena de Salud Propio Intercultural-SISPI.
- l) Ampliación de la red de servicios amigables para jóvenes y adolescentes con enfoque de derechos, género y diferencial.

Tecnologías al servicio de la salud de la infancia y la adolescencia

- m) Desarrollo de procesos específicos de uso de las Tecnologías de información y comunicación (TIC) para las mujeres gestantes, niñas y niños desde el nivel nacional, regional y local como herramienta para el fortalecimiento de la atención integral materno infantil que asegure la información y atención especializada en salud a las gestantes, niños, niñas y adolescentes, superando barreras geográficas o de disponibilidad de servicios dentro de la red prestadora.

- n) Construcción intersectorial del sistema de información uno a uno y uso de las herramientas TIC para la atención integral materno infantil, en zonas focalizadas donde los niños, niñas y mujeres gestantes tengan las mayores barreras de acceso.

8.7.5.5. Componente: Entornos saludables que favorecen el desarrollo de niñas, niños y adolescentes

8.7.5.5.1. Objetivo

Promover los entornos familia, escuela, servicios de salud, espacios públicos y sociales como escenarios a través de los cuales se generan condiciones humanas, materiales y sociales favorables para el desarrollo y salud de las niñas, niños y adolescentes, configurándolos como espacios orientadores de la planeación y la acción intersectorial.

8.7.5.5.2. Meta

- a) A 2016 se habrán establecido prioridades intersectoriales a través de una agenda conjunta para promover entornos favorables al desarrollo y salud de niños, niñas y adolescentes desde las competencias de cada uno de los actores y a 2021 se habrán desarrollado estrategias conjuntas en este marco.

8.7.5.5.3. Estrategias

- a) Concertación de objetivos intersectoriales comunes para el entorno Familia, traducidos en acciones concretas que aporten herramientas y habilidades que protejan y promuevan el desarrollo y salud de niños, niñas y adolescentes desde las competencias de cada uno de los actores.
- b) Concertación de objetivos intersectoriales comunes para el entorno Educativo, traducidos en acciones concretas que aporten herramientas y habilidades que protejan y promuevan el desarrollo y salud de niños, niñas y adolescentes desde las competencias de cada uno de los actores.
- c) Concertación de objetivos intersectoriales comunes para el entorno espacios públicos y sociales para el posicionamiento social de la cultura ciudadana en lo urbano y rural como herramienta para el desarrollo humano sostenible y el desarrollo integral de niños niña y adolescente.
- d) Concertación de objetivos, procesos y estrategias territoriales que permitan la articulación de las dimensiones alrededor de niños, niñas y adolescentes, en los planes territoriales anuales, lo cual implica el análisis periódico de situación y el ejercicio de los derechos para el direccionamiento o inclusión de nuevas prioridades de acuerdo a los cambios y particularidades demográficas, epidemiológicas y del contexto.
- e) Acuerdos sectores e intersectoriales a nivel nacional y territorial para abordar las prioridades diferenciales reconocidas en cada contexto, para el logro del ejercicio pleno del derecho a la salud de mujeres gestantes, niñas, niños y adolescentes.

- f) Promoción de entornos favorables para la convivencia, mediante la resolución pacífica de conflictos, el adecuado manejo del poder, la comunicación asertiva, los procesos de autorregulación y regulación social, fortalecimiento del diálogo inter-generacional, el fomento de espacios libres de contaminación visual y auditiva, entre otros; en los contextos social, familiar y comunitario que favorezca la salud de niños, niñas y adolescentes.

9.1.2 Vulnerabilidad en adultos mayores y población en envejecimiento.

Entendida en el marco del Sistema de Protección Social, como el conjunto de acciones e intervenciones orientadas al desarrollo de capacidades, habilidades y potencialidades de las personas, familias, grupos o comunidades, con el fin de propiciar incidir en el mejoramiento su calidad de vida y por tanto en proporcionar un mayor grado de bienestar, mediante el desarrollo de estrategias de inclusión social impactando su de desarrollo social, económico y cultural. La promoción social se da se da como una respuesta social organizada, multisectorial y multidisciplinaria para transformar el entorno global, la forma de vida precaria que afecta a la población, y proporcionar un mayor grado de bienestar y por consiguiente mejorar la calidad de vida de la población.

La promoción social responde al desarrollo de políticas poblacionales que se focalizan en poblaciones vulnerables a partir la identificación de las inequidades sociales y que dan cuenta de la garantía de los derechos de las personas y de los colectivos humanos a partir de la autodeterminación y la participación social en pro de su bienestar.

Con base en esta perspectiva se busca, una sociedad para todas las edades como en la proyección de futuras generaciones de adultos mayores menos dependientes, más saludable y productiva, lo que repercutirá en la disminución de los costos del sistema de salud colombiano y la sostenibilidad del mismo, como estrategia prioritaria para contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de la población y de las personas mayores en particular.

9.1.2.1 Reconocimiento de los efectos del envejecimiento demográfico y de la dinámica poblacional en el desarrollo económico y social del país.

Objetivos

- Promover el envejecimiento activo y saludable en la población en general en todo el curso de la vida
- Diseñar una estructura de información que permita caracterizar el proceso de envejecimiento poblacional bajo el enfoque ciclo de vida dentro de la política pública de envejecimiento y vejez a nivel nacional y territorial y crear una instancia técnica de análisis, que incluya el enfoque de análisis longitudinal, con participación interinstitucional, que entregue recomendaciones a las instancias de decisión.
- Diseñar mecanismos para fomentar y fortalecer las redes de investigación y gestión de conocimiento en envejecimiento y vejez, tanto a nivel nacional como territorial

Metas

- a) A 2021 Colombia cuente con un modelo de envejecimiento activo promovido y adoptado a nivel nacional y territorial por el Ministerio de Salud y Protección Social
- b) A 2015 se habrá fortalecido el Plan Nacional de Ciencia y Tecnología para el desarrollo de estudios e investigaciones y el desarrollo de tecnologías en envejecimiento y vejez
- c) A 2015 se habrán establecido y aplicado las metodologías de análisis de las inequidades sociales en los diferentes momentos de la vida, para la sustentarlas estrategias de focalización de las políticas, planes y programas dirigidos a las poblaciones en situación de vulnerabilidad social.

Estrategias

1. **Fortalecimiento del Observatorio Nacional de Envejecimiento y Vejez** para Colombia (MSPS – DANE – OISS), para la identificación de líneas de base, seguimiento y evaluación de la estrategias y políticas dirigidas al bienestar de la población adulta mayor y al desarrollo de estrategias de intervención para promover el envejecimiento activo de la población.
2. **Fortalecer el desarrollo de las temáticas de investigación y desarrollo tecnológico** en el Plan Nacional de Ciencia y Tecnología. Desarrollo de estudios para establecer las inequidades sociales por ciclo de vida, en especial en las personas mayores para la definición de criterios de focalización que oriente la aplicación y desarrollo de las políticas poblaciones.
3. **Definir líneas de investigación en envejecimiento y vejez** que involucren tanto las instituciones gubernamentales, no gubernamentales, la sociedad civil, la academia, la Cooperación Internacional y el Observatorio de envejecimiento y vejez. Buscando orientar acciones que potencialicen el alcance de las intervenciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en la población de mayor edad entre la población en envejecimiento a nivel nacional y territorial.
4. **Cualificación del talento humano de las ciencias de la salud y las ciencias sociales**, a nivel superior, posgrados y a nivel técnico, así como desarrollar habilidades y capacidades en el talento humano que prestan servicios a las personas mayores e impulsar los programas gerontológicos y de geriatría, así como de formación de cuidadores que apoyen la prestación de servicios de salud y los servicios sociales a nivel institucional y domiciliario, posibilitando la solución de la demanda social, sanitaria y cultural.
5. **Definir los lineamientos generales para la redefinición de los programas de atención integral** para el mejoramiento de la prestación de servicios de salud y asistencia social con enfoque diferencial de género, ciclo de vida y pertenecía étnica y territorialidad
6. **Aportar en desde el sector salud en estudios que visualicen las condiciones productivas del país de manera longitudinal**, con relaciones intergeneracionales, asumiendo las transformaciones de la organización de la familia, de las redes sociales, de los roles y relaciones de poder, y de situaciones estructurales relativas a la educación, a la salud, a la violencia entre otras, que aporten en la maximización del bono demográfico.
7. **Fortalecer el talento humano en la atención de población mayor**, basados en modelos de cuidados de mediana y larga estancia (cuidados paliativos, cuidados domiciliarios, cuidados al cuidador).

9.1.2.2 Promoción del envejecimiento activo y fomento de una cultura positiva de la vejez

Objetivo

Reconocer el impacto del envejecimiento poblacional como fenómeno irreversible debe ser abordado con efectividad mediante la formulación, implementación y seguimiento de políticas de Estado que mitiguen la afectación social que se deriva de mayor proporción de población dependiente que no logró condiciones de auto sostenibilidad, acompañadas de oportunidades limitadas de los demás grupos poblacionales que ingresan a la economía, dado el restringido tiempo de bono demográfico que le queda a Colombia.

Metas

- a) Al 2015 el 80% de las entidades territoriales del orden departamental y distrital desarrollan estrategias intergeneracionales para promover el envejecimiento activo y saludable en toda su población.
- b) A 2021 el 100% de los departamentos y distritos desarrollan programas para promover el envejecimiento activo de su población y cuentan con planes y programas intergeneracionales para promover una sociedad para todas las edades.
- c) A 2016 el 100% de las entidades territoriales del nivel departamental y ciudades capitales cuentan con centros vida o día para promover el envejecimiento activo y saludable y desarrollan en ellos estrategias de apoyo y fortalecimiento familiar.

Estrategias

1. **Promover el envejecimiento activo saludable**, a través del desarrollo y fortalecimiento de los estilos de vida saludable desde la primera infancia y durante todos los momentos de la vida, mediante el desarrollo de cuatro componentes, promoción de hábitos de autocuidado; fomento de la actividad física; promoción de la alimentación sana; cuidado del entorno., en las áreas urbanas y rurales.
2. **Definición de estrategias a través de medios masivos y alternativos de comunicación** para promover una cultura del envejecimiento activo, el respeto y el buen trato para con las personas mayores,
3. **Creación y fortalecimiento de los centros vida** o día como un conjunto de proyectos, procedimientos, protocolos e infraestructura física, técnica y administrativa orientada a brindar una atención integral durante el día, a las personas mayores manteniendo su red familiar, dirigidos preferentemente a aquellas que se encuentran en situación de calle, abandono, soledad, con carencia de redes sociales y familiares. Los programas de los centros vida, deben elaborarse a partir de la aplicación de metodologías de participación social orientados a promover el envejecimiento activo y reducir la carga de la enfermedad.
4. **Diseño e implementación de procesos de intercambio intergeneracionales** que dignifiquen el sentido de la vejez, vinculándolo a escuelas, universidades, espacios públicos y recreacionales, que promuevan un imaginario positivo de la vejez.
5. **Desarrollo de programas y acciones de promoción y prevención y saneamiento básico** en las instituciones de protección y promoción social que brindan atención a las personas mayores.

6. **Desarrollar procesos educativos de envejecimiento activo.** Así mismo se deberá realizar una identificación de los programas dirigidos a la población mayor, y establecer las estrategias de interacción para fomentar en la oferta institucional estrategias intergeneracionales que generen conciencia sobre la importancia de envejecer activamente.
7. **Desarrollo de estrategias de atención primaria en salud** en las instituciones de promoción y protección social pública y privada que brindan servicios sociales a las personas mayores.
8. **Desarrollar la política nacional de apoyo y fortalecimiento** de las familias para lograr reducir el maltrato y el abandono de las personas mayores a partir de la formación de familias democráticas en donde se reconoce a todos sus miembros como sujetos de derechos.
9. **Promover mecanismos de comunicación** que generen una imagen favorable a la población adulta mayor, fortalecer los mecanismos y estrategias que favorezcan el acceso al conocimiento, educación y capacitación de las personas mayores, para el desarrollo de capacidades, fortalecer las redes de apoyo familiar y comunitario de las personas mayores y la red de instituciones y servicios destinados a la atención de personas mayores y diseñar mecanismos de intervención para el reconocimiento efectivo del rol de las personas mayores en la transmisión de la cultura e historias locales.
10. **Fomentar mecanismos de promoción de la convivencia pacífica** que se orienten a de construir los imaginarios culturales que propician la violencia hacia las personas mayores y de promoción de denuncia y rechazo de la comunidad a la violencia hacia los mayores, y fortalecer la difusión de las cifras existentes de violencia intrafamiliar en este grupo de edad.
11. **Promover el buen trato hacia esta población** por parte de las instituciones responsables de su protección, con inclusión de la construcción de rutas de acceso a la justicia y articulación con el sector judicial, para promover mecanismos de acceso efectivo de las personas mayores, conforme a lineamientos internacionales existentes sobre la materia⁷ y la difusión de normas que penalicen cualquier forma de maltrato, el abuso, el abandono y la vulneración de los derechos de las personas mayores, y delinear estrategias para la identificación, remisión y contra-remisión de poblaciones vulnerables o en riesgo social que requieren de programas de asistencia social (personas mayores en situación de enfermedad mental, abandono, soledad, con discapacidad, en habitabilidad de calle).
12. **Articulación de acciones por medio de las cuales se promueve el envejecimiento activo** al programa nacional de fomento de la actividad física dirigido a toda la población. Sin embargo ha de tener en cuenta que en envejecimiento activo no sólo implica el desarrollo de la actividad física, sino la práctica diaria en la cotidianidad de actividades que permitan el desarrollo familiar, social, cultural y de generación de ingresos de la población.
13. **Acceso a servicios sociales** se considera como uno de los elementos necesario para el mejoramiento de la calidad de vida de la población adulta mayor siendo necesario definir estrategias con las cuales se posibilite una prevención de enfermedades prevalentes en este grupo poblacional para tal fin se requiere fortalecer las acciones y estrategias del programa nacional de actividad física dirigido a todos los grupos de población, con el fin de garantizar un aporte sobre la salud y el bienestar de la población, fomentar los estilos de vida saludable en todo el ciclo de vida, promover la corresponsabilidad de las personas con el ejercicio de prácticas de autocuidado de la salud, garantizar condiciones de acceso y disponibilidad, y por tanto, de la Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional,

⁷Reglas de Brasilia de 2009 para el acceso a la justicia a personas vulnerables.

para una alimentación adecuada (en suficiencia, variedad, oportunidad y calidad), focalizadas en población de persona mayor en extrema pobreza y situación de vulnerabilidad.

14. **Capacitación, soporte social y afectivo**, dirigidas a las familias y cuidadores de personas adultas mayores, en especial aquellas con mayores limitaciones vitales.

9.1.2.3 Adaptación y respuesta integral de la institucionalidad responsable de la protección y atención de la población mayor.

Objetivos

- a) Fortalecer la participación e integración social de la población mayor para un ejercicio efectivo de la ciudadanía mediante la garantía, ejercicio y restablecimiento de sus derechos con énfasis en los derechos en salud y el cumplimiento de sus deberes.
- b) Fortalecer la atención integral y la prestación de servicios para la población mayor de 60 años enfocándose en la articulación programática y el trabajo intersectorial.

Metas

- a) En 2021, el 80% los servicios de salud que atiende a las personas mayores tendrán implementados protocolos de atención para las personas mayores y desarrollarán políticas de calidad y humanización con resultados favorables reconocidos por los usuarios.
- b) A 2021, el país presentará disminución progresiva de barreras de acceso a servicios de salud dirigidos a las personas mayores.
- c) A 2015 las aseguradoras y los prestadores de servicios de salud habrán desarrollado estrategia de sensibilización y capacitación de su personal para el manejo humanizado de las personas mayores.
- d) A 2015 se habrán diseñado estrategias de comunicación por medios masivos y alternativos de comunicación para promover los derechos, el respeto y la dignificación de las personas mayores.

Estrategias

1. **Definición de protocolos y guías para la atención de la población mayor** a fin de prevenir y controlar las causas de morbilidad y mortalidad prevalentes y considerar la actualización permanente de los planes de beneficio, teniendo en cuenta la dinámica población y los cambios demográficos y epidemiológicos,
2. **Organización de acciones individuales y colectivas efectivas** según las particularidades de afectaciones y eventos de salud enfermedad que le suceden a las personas mayores.
3. **Desarrollo de los planes de beneficios y acciones colectivas de salud y saneamiento básico** en las instituciones de promoción y protección social que brindan servicios sociales a las personas mayores.
4. **Desarrollo de planes, programas y proyectos intersectoriales** que garanticen la integralidad de atención a las condiciones sociales, económicas, culturales propias de las personas mayores y en interacción con los demás sujetos y colectivos.

5. **Desarrollo programas de tele asistencia** dirigidos a personas mayores solas o a grupos familiares de personas mayores que les brinde seguridad y atención oportuna y promover su integración a programas sociales de inclusión y protección social
6. **Garantizar la atención y prestación de servicios de asistencia social**, manera oportuna y de calidad y calidez con un mecanismo alternativo de priorización de intervenciones, en esta perspectiva se requiere considerar el diseño de un modelo de atención integral a las personas mayores, en el cual se definan las líneas estrategias de desarrollo a intervenir, los resultados esperados, el análisis del costo-efectividad de las intervenciones, con un enfoque en estilos de vida saludables y la prevención de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles
7. **Reconfiguración de la oferta de servicios** según las necesidades específicas y dinámicas de las personas mayores, buscando fortalecer sus niveles de autonomía, independencia económica e inclusión social.

9.1.2.4 Fortalecimiento de la institucionalidad para responder equitativamente al goce efectivo de derechos, las necesidades y demandas de las personas mayores.

Objetivo

Realizar el seguimiento a los procesos de implementación de las Políticas públicas de Envejecimiento y Vejez y de apoyo y fortalecimiento a las familias.

Estrategias

1. **Mecanismos de seguimiento de la efectividad de las intervenciones** en todos los niveles; dentro de este proceso se hace necesario definir una instancia a nivel gubernamental para la coordinación tanto a nivel nacional como territorial de los planes, programas y políticas relacionadas con el tema de envejecimiento y vejez, generando así mismo los canales adecuados de interlocución intersectorial e interinstitucional y lograr una articulación y gestión efectiva de la cooperación técnica a favor de las Personas Mayores.
2. **Estrategia de seguimiento y evaluación de la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez, y de la Política nacional de Apoyo y Fortalecimiento de las familias** con carácter intersectorial y donde se tengan en cuenta los sistemas de seguimiento actualmente funcionando que respondan a ofertas y demandas específicas de la población. Este sistema permitirá la verificación de los procesos de planificación y gestión pública en las intervenciones individuales y colectiva a este grupo poblacional.
3. **Promover la adopción de las políticas de envejecimiento y vejez** y de apoyo u fortalecimiento de las familias por parte de las entidades territoriales a nivel intersectorial e interinstitucional.
4. **Desarrollar de competencias y habilidades en los servidores públicos** para la aplicación y desarrollo de los diferentes ejes y estrategias de las políticas públicas de envejecimiento y vejez y la política nacional de apoyo y fortalecimiento de las familias con un enfoque intersectorial e inter institucional con participación de la academia, la sociedad civil.

9.1.2.5 Desarrollo de un sistema de calidad en las instituciones de protección y promoción social

Objetivo

Promover el diseño e implementación de un sistema de garantía de la calidad en los servicios sociales de protección y promoción social dirigidos a las personas mayores

Metas

- a) Al 2015 el Ministerio de Salud y Protección Social habrá diseñado un sistema de garantía de la calidad para los prestadores de servicios e protección y promoción social que brindan atención a las personas mayores teniendo en cuenta sus diferentes componentes como son: i) registro institucional, ii) habilitación, iii) seguridad del usuario, iv) auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención, v) acreditación, vi) sistema de información para la calidad.
- b) Al 2015 el país cuenta con la identificación de la situación de los servicios sociales de protección y promoción social que se brindan a las personas mayores

Estrategias

1. **Estudio de caracterización de la oferta institucional**, el registro e identificación de los prestadores, la pertenencia al sector público o privado el caracteres confesional o no, así como las condiciones físicas, ambientales y los protocolos de atención establecidos y los recursos con se cuentan para la prestación del servicio.
2. **Desarrollar el sistema de registro institucional de la oferta de servicios** sociales dirigidos a las personas mayores que dé cuenta de las modalidades de atención, cobertura y características de la población que atienden. Elaborar las bases de datos por tipos de institución, por nivel nacional, departamental, distrital y local, caracterizar esta oferta, establecer el cumplimiento o no de los estándares de calidad, plantear planes de mejoramiento y crear redes institucionales de apoyo entre unas y otras que tenga como propósito la satisfacción de las demandas de las personas mayores. Adicionalmente se hace necesario para su organización establecer el sistema de garantía de la calidad de los instituciones de protección social (residencia o dormitorios) y de promoción social (centros día o centros vida), para mejora la calidad de la prestación de los servicios de la oferta institucional y promover la conformación de redes de apoyo social.
3. **Fomentar en las instituciones mejores estándares de calidez, calidad y protección social de la población mayor**, a través de acciones de política pública concentradas en mejorar el acceso, calidad y calidez en la atención y cuidado en los servicios de promoción y protección social con énfasis en APS Atención Primaria en Salud APS, salud mental, ambientes saludables, actividad física y cultural, recreativa, nutrición, prevención accidentes (señalización de espacios y vías) en el entorno y en el hogar, además de favorecer procesos para la preparación a la jubilación
4. **Adecuación de la oferta de servicios de rehabilitación física, sensorial, mental, social** abordando entre otros la salud oral, nutrición, sexualidad, afecto, elaboración de duelo, aceptación de la pérdida de las personas mayores vinculando acciones de educación a la familia, comunidad y cuidadores.

5. **Articular acciones con los programas existentes desde la primera infancia para que en ellos y en las políticas y programas dirigidos a la infancia, adolescencia, juventud y adultez** para que se haga en ellos la inclusión de procesos educativos a través de los cuales se fomente hábitos y comportamientos de vida saludable y activa. Se articulará con el Ministerio de Educación Nacional y con las Secretarías de Educación para lograr la inclusión en el marco de estrategia como escuelas saludables, o salud a la escuela, y en otros espacios de esparcimiento y recreación en los que interactúa la comunidad educativa, también se cuenta con las escuelas de padres.
6. **Organización de las oferta POR nodos** en los que se pueda compartir experiencia y puedan servir de apoyo entre unas y otras. Participan en esta oferta de servicios el sector público y privado, la sociedad civil organizada, la academia, expertos, y fundamentalmente las personas mayores usuarias de estos servicios y las familias.
7. **Diseñar protocolos y estándares para la atención de la población mayor** en razón a la prevención de las principales causas de morbilidad y mortalidad de este grupo poblacional, las cuales se agregan en enfermedades de larga duración. Definir protocolos y guías para la atención de la población mayor a fin de prevenir y controlar las causas de morbilidad y mortalidad prevalentes y considerar dentro de la actualización de los planes de beneficio, los fenómenos de transición demográfica y epidemiológica.
8. **Diseñar de un modelo de atención integral a las Personas Mayores**, en el cual se definan las líneas estratégicas de desarrollo a intervenir, los resultados esperados, el análisis del costo-efectividad de las intervenciones, con un enfoque de Atención Primaria en Salud APS, estilos de vida saludable y la prevención de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles.
9. **Promover mecanismos de orden publicitario** para crear alertas sobre los peligros mentales, físicos y psicológicos de los adultos en situación de abandono o soledad, así como el alto índice de tasa de suicidios en esta población, fomentar los beneficios para las personas mayores para mejorar el acceso y disminución de costos en transporte y actividades culturales.
10. **Información, educación y comunicación** orientadas a la efectiva inclusión social, al reconocimiento de los derechos de las personas mayores y a una visión positiva de la vejez y el envejecimiento.
11. **Promover espacios Intergeneracionales** que posibiliten el intercambio de experiencias y saberes en el ámbito familiar, educativo y comunitario, en donde el envejecimiento se identifique como un proceso normal del ser humano y la vejez como un momento del ciclo de vida.

9.1.3 Vulnerabilidad asociada al género

Se busca promover condiciones que favorezcan el desarrollo integral de hombres y mujeres, en el transcurso de su vida en su entorno familiar, social, económico y político desde la perspectiva de género y equidad. Garantizar la adecuación de los servicios de salud con perspectiva de género con atención humanizada y de calidad de acuerdo a las necesidades diferenciales de hombres y mujeres, según su edad, pertenencia étnica, discapacidad y otros factores que generen vulnerabilidad. Se espera que para 2021, Colombia cuente con la adecuación del modelo de atención integral en el enfoque de género, orientado a la reducción de las inequidades de género en trabajo, educación, salud y participación social, basado en las siguientes estrategias:

Estrategias

1. **Garantías legales para la reducción de las inequidades de género en el trabajo**, a partir del mejoramiento de las condiciones de los empleos, garantía de igualdad salarial para empleos iguales para hombres y mujeres y los beneficios de ley. Calidad en los empleos “tradicionalmente femeninos” con su vinculación obligatoria a la seguridad social integral, formalización del empleo, reconociendo y previendo sus vulnerabilidades en la política pública (para mujeres u hombre con jefatura única de familia, víctimas del conflicto, víctimas de violencia en la familia, entre otros) reconocimiento del trabajo de cuidado de la familia y del cuidado de personas dependientes.
2. **Promover la Política de Familia** orientada a la formación de familias democráticas y respetuosas de los derechos de todos y cada uno de sus miembros.
3. **Promover estrategia mujer y hombre, infancia, familia y comunidad**, promover la responsabilidad compartida de hombres y mujeres en la crianza de los hijos e hijas, cuidado de personas dependientes, así como su papel en el fortalecimiento y cohesión de su comunidad.
4. **Promover la participación de hombres y mujeres, de manera equitativa**, en la elaboración de políticas públicas, visibilizando los factores que perpetúan las inequidades sociales, promoviendo el desarrollo de habilidades para la vida y toma de decisiones asertivas, prevención de la violencia y de explotación sexual comercial de población infantil, adolescentes y mujeres y hombres adultos.
5. **Fomento de espacios de socialización y discusión sobre nuevas masculinidades**, que promuevan la participación y reflexión de los hombres en procesos de auto cuidado de la salud individual, familiar y comunitaria, prevención de la violencia en la familia y en la comunidad; así como sobre los nuevos roles asertivos y de construcción de los hombres en la sociedad moderna.
6. **Prevención de la violencia de género**, con énfasis en la población LGBTI, mediante procesos comunicacionales que promuevan el respeto de los derechos de las personas de la comunidad LGTBI y generación de espacios que garanticen su participación y acceso a sus derechos a la vida e integridad física. Prevención y atención integral a mujeres (y hombres) víctimas de violencias, mediante la implementación de estrategias de información, comunicación y educación, así como de movilización social contra las violencias, especialmente contra las mujeres; implementación de la normatividad vigente para la atención integral a las víctimas de violencia, modelos de atención y planes de mejoramiento para la atención de las víctimas de violencia.
7. **Atención en salud con enfoque de género**, que reconozca las condiciones diferenciales de género y permita la superación barreras de acceso, oportunidad, uso y calidad de los servicios de atención integral.
8. **Evaluación de equidad de género**, incorporar análisis de indicadores que examinen la brecha entre hombres y mujeres de acuerdo a: participación y oportunidades económicas de las mujeres, nivel educativo, participación y empoderamiento político, salud y supervivencia. Incorporar en el análisis el indicador Proxy (Global Gender Gap Index) (Forum, 2012) que examina la brecha entre hombres y mujeres de acuerdo con cuatro categorías: participación y oportunidades económicas de las mujeres, nivel educativo, participación y empoderamiento político, salud y supervivencia.

9.1.4 Vulnerabilidad asociada a la Pertenencia Étnica

En cumplimiento de lo establecido en el Plan Nacional de Desarrollo y en la Ley 1438 de 2011, El Ministerio de Salud y Protección Social avanzó en el proceso participativo de construcción participativa del capítulo étnico, garantizando los derechos de dichos grupos, acogiéndose a la normatividad vigente, así como también a las dinámicas y tiempos propios de dichos grupos. Todo lo anterior, hace parte del Proceso de Consulta Previa a los grupos étnicos liderado por el Ministerio del Interior. Se han adelantado acuerdos de levantamiento regional de los insumos con los pueblos indígenas, las comunidades negras, afrocolombianas, palenqueras y raizales y el Pueblo Rrom, espacios de trabajo para ajustar la metodología y la ruta para la concertación de los contenidos del capítulo para cada grupo que serán formulados y harán parte integral del Plan Decenal de Salud Pública, una vez sean expedidos. Se espera que en 2014 Colombia haya incorporado al PDSP, el capítulo étnico, el cual definirá metas, estrategias y acciones concertadas con los grupos étnicos, como sujetos de derechos, para promover la atención con calidad de acuerdo con las necesidades diferenciales. Las estrategias a seguir con cada grupo étnico están supeditadas al proceso de concertación en los espacios nacionales establecidos por ley⁸. Transitoriamente hasta tanto el capítulo étnico se estructure, obedeciendo a las dinámicas propias de dichos grupos, los responsables de la ejecución del PDSP, deberán incluir en sus líneas de acción estrategias transectorial para atender las vulnerabilidades de estas poblaciones.

Estrategias

1. **Consultar a los grupos étnicos**, para levantar insumos regionales con los grupos indígenas, las comunidades negras, afrocolombianas, palenqueras y raizales y el Pueblo Rrom para formular las metas, estrategias y acciones sectoriales y transectoriales que deben incluirse en el capítulo étnico del PDSP.
2. **Formular, concertar, aprobar, adoptar y operar el capítulo étnico** en el marco de la cosmovisión y cosmogonía de los pueblos y en el marco estratégico del PDSP.
3. **Desarrollar e implementar modelos de atención en salud** con enfoque intercultural, en el marco de la concertación de los grupos étnicos
4. **Informar, comunicar y educar en salud**, articulando la medicina tradicional y traducidos a las lenguas de los grupos étnicos
5. **Ofrecer entrenamiento a promotores indígenas, del Pueblo Rrom y de las negritudes** sobre vigilancia y control sanitario, para su ubicación estratégica en las zonas que sean priorizadas de acuerdo con los riesgos territoriales.
6. **Adecuar la estrategia de control integral de las enfermedades transmisibles** para las comunidades indígenas con enfoque diferencial –SISPI”
7. **Hacer investigación sobre la situación salud de los grupos étnicos** buscando orientar acciones que mantengan la salud, prevengan la enfermedad y la determinación social asociada para formular estrategias y acciones que mejoren el estado de salud.
8. **Hacer seguimiento y evaluación en salud en los grupos étnicos**, implementar y garantizar el desarrollo del Observatorio Nacional de Salud de las etnias de Colombia (MSPS M. d., Observatorio Nacional de Salud Indígena y Etnias de Colombia, 2013). Identificar las líneas de base, seguimiento y evaluación de las estrategias y políticas dirigidas al bienestar de los diferentes grupos étnicos.

9.1.5 Vulnerabilidad asociada a condiciones de discapacidad

La Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad promulgada por la Asamblea de Naciones Unidas el 13 de diciembre de 2006 y aprobada por Colombia mediante Ley 1346 de 2009 reconoce a las personas con discapacidad como “aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás”⁹

Los Estados partes que han adoptado este tratado internacional reconocen que las personas con discapacidad tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud, sin discriminación por motivos de discapacidad, Así mismo adoptarán las medidas pertinentes para asegurar el acceso de las personas con discapacidad a servicios de salud que tengan en cuenta además la perspectiva de género y de identidad cultural.

Bajo estas consideraciones, el Plan Decenal de Salud Pública constituye un instrumento de política pública que reconoce a las personas con discapacidad como sujetos de derecho, con necesidades y expectativas específicas que requieren de la intervención intersectorial, así como de su participación activa, para consolidar mejores condiciones de vida enmarcadas en la inclusión social.

Toda vez que la atención integral a la salud de las personas con discapacidad, está orientada por una parte a prevenir la discapacidad en la población general, lo que representa un verdadero reto en materia de salud pública, ya que requiere de un cambio de cultura tanto de la población como de servidores públicos y personal de otros sectores, incluyendo la adopción de estilos de vida saludables y de medidas preventivas para reducir los factores de riesgo a lo largo de toda la vida. Para ello se contempla la suma de esfuerzos de diversos programas de prevención y promoción de la salud cuyas acciones contribuyen de alguna forma a la prevención de la discapacidad. Incluye también una serie de estrategias y líneas de acción para contribuir a que las personas con discapacidad disfruten del derecho al más alto nivel posible de salud, sin discriminación. Para ello deben incorporarse acciones enfocadas a garantizar la atención integral y la prestación de servicios de rehabilitación con calidad a población con discapacidad, para mejorar su calidad de vida y favorecer su inclusión social, con absoluto respeto a sus derechos y a su libre decisión.

Es importante señalar que el Plan Decenal de Salud Pública transversaliza la atención diferencial para las personas con discapacidad en todos sus componentes y prioriza en este apartado las acciones específicas que contribuyen a consolidar su acceso efectivo al ejercicio del derecho a la salud.

⁹ Naciones Unidas. Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. Diciembre 13 de 2006. Artículo 1. Propósito.

Objetivo General

Prevenir la discapacidad en la población general del país y contribuir a que las personas con discapacidad disfruten del derecho al más alto nivel posible de salud, sin discriminación, mediante el establecimiento de políticas públicas y estrategias en materia de información, prevención, detección temprana, atención médica, habilitación y rehabilitación

Meta

En 2021, Colombia cuente con un adecuado modelo de atención integral en salud para personas con discapacidad, que permita promover el desarrollo de políticas públicas orientadas a mejorar las condiciones y entornos cotidianos para su desarrollo integral, para garantizar servicios de salud accesibles e incluyentes y asegurar la calidad y disponibilidad de los servicios y de la oferta de habilitación y rehabilitación centrada en las necesidades y características de las personas con discapacidad y en el fortalecimiento de sus capacidades

Para tal efecto, el Plan Decenal de Salud Pública orientará el proceso de formulación, implementación y evaluación de los planes sectoriales, intersectoriales y territoriales para la atención integral en salud de la población colombiana, donde se reconozcan las necesidades y se estructuren proyectos y programas de atención diferencial para las personas con discapacidad, de tal manera que se promueva su participación e inclusión social en los diferentes ámbitos de la vida cotidiana, a partir de los siguientes componentes:

9.1.5.1 Articulación y Gestión Intersectorial.

Objetivo

Generar acuerdos intersectoriales en el marco de las competencias institucionales del nivel nacional y territorial para promover los procesos de inclusión social de las personas con discapacidad.

Estrategias:

- **Promoción de los procesos de articulación intersectorial** que favorezcan el acceso de la población con discapacidad al ámbito educativo, laboral, social, cultural y de participación ciudadana.
- **Acciones intersectoriales para el acceso a las tecnologías de la información y las comunicaciones**, telemedicina, tele rehabilitación, educación en salud, para la población con discapacidad, especialmente la residente en zonas dispersas.
- **Articulación de todos los sectores en torno a la generación de entornos** accesibles en lo físico, tecnológico y comunicacional a partir de la implementación de ajustes razonables y de la aplicación del diseño universal.

9.1.5.2 Atención integral en salud para las personas con discapacidad bajo el enfoque diferencial

Objetivo

Proveer de manera continua y coherente acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, dirigidas a la persona con discapacidad, a su familia y a su comunidad, desarrolladas en corresponsabilidad por el sector salud, la sociedad y otros sectores, con la finalidad de mejorar el estado de salud para su bienestar y desarrollo integral y sostenible.

Estrategias

- **Focalización de las personas con discapacidad e identificación de necesidades en salud** para brindar atención en promoción de la salud, prevención de enfermedades, detección temprana de la discapacidad, identificación de los factores de riesgo que acentúen una discapacidad existente y de los factores protectores de la salud, la atención y rehabilitación según las particularidades de las personas con discapacidad y su grupo familiar
- **Adecuación de todos los servicios de salud** a las necesidades diferenciales de las personas con discapacidad. Disposición de redes y rutas disponibles para la atención en salud de la población con discapacidad residente en zonas dispersas. Accesibilidad física, comunicativa y tecnológica a los servicios de salud
- **Fortalecimiento de las competencias del recurso humano** en salud en cualquier modalidad de atención para la atención diferencial, efectiva y con calidad a la población con discapacidad.
- **Implementación de la estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad –RBC** como un proceso de desarrollo local inclusivo de carácter intersectorial.
- **Desarrollo e implementación de modelos de prestación de servicios de atención en salud**, con enfoque de trabajo en equipo y dirigidos a promover la mayor autonomía e independencia posible en el marco de condiciones de vida digna.
- **Acceso a tecnologías de asistencia y apoyo que minimicen la discapacidad**, en el marco de los sistemas de rehabilitación integral
- **Evaluación integral de la discapacidad y respuesta a través de servicios de rehabilitación integrados.**
- **Fomento de la autogestión** para el uso adecuado de servicios y cuidados involucrando los afectados, cuidadores y profesionales de la salud.
- **Desarrollo y organización de la oferta de redes de servicios de salud** para la atención de las necesidades diferenciales de las personas con discapacidad. Conexión con redes de servicios de protección social para niños, niñas, adolescentes, adultos mayores con discapacidad, abandonados o en riesgo de abandono

9.1.5.3 Movilización de voluntades políticas para desarrollar proyectos de inversión social

Objetivo

Generar concurrencia de todos los actores del nivel nacional y territorial para la gestión de la inversión social en discapacidad y su articulación con los planes de desarrollo.

Estrategias

- **Promoción de estímulos empresariales ante la certificación y nivelación salarial entre hombres, mujeres y personas con discapacidad**
- **Desarrollo de procesos de autogestión** para la prestación de los servicios de atención a la población con discapacidad, con la participación de las personas con discapacidad, familia, cuidadores y profesionales que proveen dichos servicios.
- **Articulación de los planes territoriales de Salud Pública** a los planes de acción de los comités territoriales de discapacidad en el marco del Sistema Nacional de Discapacidad.
- **Adecuación de los sistemas de transporte, vías y señalización** vial accesible para las personas con discapacidad.

9.1.5.4 Promoción de trato digno hacia las personas con discapacidad

Objetivo

Promover el reconocimiento de las personas con discapacidad como sujetos de derecho, a través del trato digno y la prevención de toda forma de abuso o violencia en el ámbito familiar, comunitario e institucional.

Estrategias

- **Promoción de escenarios saludables y de trato digno** hacia las personas con discapacidad en los diferentes ámbitos de interacción.
- **Prevención del abandono, maltrato o discriminación** hacia las personas con discapacidad en cualquier entorno.
- **Desarrollo de estrategias y programas para la prevención del abuso sexual y toda forma de violencia** hacia las personas con discapacidad.
- **Formación de familias, cuidadores y agentes comunitarios e institucionales** en torno a la promoción del trato digno y prevención de la violencia hacia las personas con discapacidad.
- **Promoción de programas de protección** hacia las personas con discapacidad en situación de abandono

9.1.5.5 Educación y comunicación en Salud

Objetivo

Promover estrategias de Información, Educación y comunicación en salud accesible para las personas con discapacidad, reconociendo sus necesidades diferenciales.

Estrategias

- **Diseño de estrategias de educación y comunicación** para las personas con discapacidad como medio para su óptimo desarrollo académico, cultural recreativo y de incidencia y participación ciudadana.
- **Inclusión en todas las publicaciones, metodologías, desarrollos didácticos, planes, estrategias y piezas comunicativas de IEC, de diseños accesibles, lenguajes adaptados a personas con discapacidad** (Comunicación alternativa, aumentativa, braille, libro hablado, transcripción en video a lengua de señas).
- **Difusión de rutas y mecanismos de acceso a la oferta de programas y servicios** para la atención integral a la discapacidad.
- **Promoción de espacios y mecanismos accesibles** que garanticen la participación de las personas con discapacidad.
- **Implementación de estrategia de información, comunicación y educación** en derechos y deberes para las personas con discapacidad.

9.1.5.6 Gestión de la información y el conocimiento en discapacidad.

Objetivo

Cualificar la gestión de información en discapacidad que de cuenta de la situación actual de la discapacidad en el país, su georeferenciación e interoperabilidad con otros sistemas, orientada a la generación de conocimiento y a la toma de decisiones para materializar políticas, planes, programas y proyectos que redunden en el ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad.

Estrategias

- **Ampliación de la cobertura del Registro para la localización y caracterización de las personas con discapacidad –RLCPCD** en todas las regiones del país.
- **Investigación sobre la situación salud de las personas con discapacidad**, buscando orientar acciones que mantengan la salud, prevengan la enfermedad y la determinación social asociada para su intervención.
- **Seguimiento y evaluación en salud en personas con discapacidad**, incluyendo las variables que caracterizan a la población en los diferentes registros administrativos y de seguimiento liderados por el sector salud.
- **Implementación del Observatorio Nacional e Intersectorial de Discapacidad de Colombia** (MSPS M. d., Observatorio Nacional de Discapacidad de Colombia, 2013).
- **Identificación de línea de base, seguimiento y evaluación de las estrategias y políticas** dirigidas al bienestar de las personas con discapacidad.

9.1.5.7 Formación de recurso humano para atención de las personas con discapacidad

Objetivo

Brindar información y formación a las personas que trabajan en el sector salud y otros sectores, sobre la discapacidad y sus particularidades frente al derecho a la salud

Estrategias

- **Diseño e implementación de estrategias informativas** sobre las personas con discapacidad y su derecho a la salud
- **Diseño e implementación de puntos de atención en centros hospitalarios** donde se informe sobre las rutas de atención a las personas con discapacidad
- **Planes de capacitación a funcionarios de los servicios de salud**, sobre las particularidades de las personas con discapacidad y sus vulnerabilidades frente a los servicios de salud.
- **Diseño e implementación de estrategias de formación orientada a resultados** para desarrollar procesos de atención en salud orientados a promover la inclusión social de forma articulada con otros sectores.
- **Formación de agentes comunitarios en Atención Prehospitalaria -APH, primer respondiente;** para minimizar los riesgos en salud de las víctimas de accidentes con Minas Antipersonal-MAP, Municiones sin Explotar MUSE y Artefactos Explosivos improvisados.

9.1.6 Población Víctima del Conflicto Armado

Se espera que en 2014, Colombia cuente con el capítulo específico en el Plan Decenal de Salud Pública dirigido a garantizar el acceso y mejorar las condiciones de salud entre la población víctima del conflicto armado, incorporado al documento marco del PDSP y definirá metas, estrategias y acciones concertadas, además Colombia contará con un modelo de atención integral en salud para población víctima del conflicto armado, en el que las entidades territoriales cuentan con la capacidad técnica para ejecutar y monitorear el programa de atención psicosocial y salud integral para población víctima del conflicto armado.

En cumplimiento de la Ley 1438 de 2011 se han realizado acercamientos con la mesa transitoria para definir la metodología y la ruta para la concertación de los contenidos del capítulo específico del Plan Decenal de Salud Pública, que define las directrices relacionadas con la atención de la población víctima del conflicto armado. La formulación de estos contenidos hará parte integral del Plan Decenal de Salud Pública, una vez sean expedidos. El artículo 3º de la Ley 1448 de 2011 (Congreso de la República de Colombia, 2011), define como víctimas a *“aquellas personas que individual o colectivamente hayan sufrido un daño por hechos ocurridos a partir del 1º. Enero de 1985, como consecuencia de infracciones al Derecho Internacional Humanitario o de violaciones graves y manifiestas a las normas internacionales de Derechos Humanos, ocurridas con ocasión del*

conflicto armado interno." (Colombia R. d., Ley 1448 de 2011 Ley para la Reparación Integral de Víctimas del Conflicto Armado, 2011). Se trabajarán las siguientes estrategias:

Estrategias

1. **Consulta y formulación del capítulo específico para víctimas PDSP**, con insumos regionales, formular, validar, adoptar el capítulo definido para la población víctima del conflicto en el marco del PDSP. Incluye metas, estrategias, acciones sectoriales y transectorial regional.
2. **PAPSIVI (Programa de atención psicosocial y salud integral a víctimas del conflicto)**; promocionar la ruta PAPSIVI. Adecuación de la red de servicios; Articula la estrategia de formación y desarrollo de capacidades para la salud pública en los territorios.
3. **Fortalecimiento institucional** y preparación específica del talento humano para garantizar la atención en salud con enfoque biopsicosocial de las víctimas del conflicto armado. Incrementar la inversión en infraestructura y tecnología sanitaria que garantice el acceso a los servicios de salud.
4. **Articular la asistencia humanitaria en casos de emergencia**, de acuerdo con hechos victimizantes en individuos y comunidades, desde un enfoque psicosocial y diferencial en el marco del conflicto armado.
5. **Formación de líderes comunitarios y población en general sobre derechos humanos y el Derecho Internacional Humanitario**. Facilitan el ejercicio de verificación de la garantía de los derechos, favorecen el acceso servicios de salud con calidad a la población identificada como víctima del conflicto armado.
6. **Promover la participación de las víctimas** del conflicto armado en los comités de justicia transicional y los comités ampliados de justicia transicional; COVECOM; Copacos; veedurías en salud.
7. **Investigación sobre la situación salud de las personas víctimas**, buscando orientar acciones que mantengan la salud, prevengan la enfermedad y la determinación social asociada para su intervención.
8. **Seguimiento y evaluación en salud en personas víctimas**, implementar y garantizar el desarrollo del Observatorio Nacional Víctimas (MSPS M. d., Observatorio Nacional de Víctimas de Colombia, 2013). Identificación de líneas de base, seguimiento y evaluación de la estrategias y políticas dirigidas al bienestar de las personas víctimas.

9.2 Gestión para el fortalecimiento institucional y de los servicios de salud

Las acciones transversales son funciones indelegables del Estado, lideradas por la Nación y a través del Ministerio de Salud y Protección Social y su red de instituciones adscritas y mecanismos de gestión. Esta es representada en los territorios por la máxima autoridad departamental, distrital y municipal, cuyo propósito es garantizar el derecho a la salud y a la vida digna saludable. La gestión para el fortalecimiento institucional y de los servicios de salud promueve la corresponsabilidad de todos los sectores y actores para afectar positivamente los determinantes sociales y económicos de la salud, y propiciar condiciones de vida y desarrollo saludable y sostenible.

Se desarrolla a través del ejercicio de la planificación e integración de las acciones relacionadas con la producción social de la salud y con la promoción de la respuesta dentro y fuera del sector salud. Incluye la *regulación, conducción, garantía del aseguramiento y provisión de los servicios,*

sostenibilidad financiera, fiscalización, movilización social y recursos y las acciones colectivas e individuales de salud pública que se definen en el Plan, al interior de las siete dimensiones prioritarias para la vida.

A continuación se establecen los **objetivos, metas, estrategias y acciones transversales para el fortalecimiento de la autoridad sanitaria en los niveles nacional y territorial**, encaminadas a potencializar la **governabilidad y rectoría del sector** con el fin de asegurar el logro de los objetivos del Plan Decenal de Salud Pública. Cabe aclarar que al interior de las siete dimensiones definidas se desarrollan acciones específicas de gestión de la salud pública necesarias para el cumplimiento de los propósitos priorizados encada una de ellas.

Objetivos

1. Abogar en todos los escenarios políticos por el abordaje de los determinantes sociales en salud y sus beneficios para el desarrollo del país.
2. Fortalecer la rectoría, la capacidad de gestión territorial y la descentralización efectiva y eficiente del sector salud
3. Garantizar de manera efectiva el acceso a los planes de beneficio en salud.

Metas

4. En 2021, Colombia cuenta con cobertura universal en salud con acceso efectivo a los servicios de atención
5. En 2021, Colombia ha implementado un sistema de garantía de la calidad servicios de salud individuales y colectivos.
6. En 2021, Colombia basa su modelo de atención en estrategia de atención primaria en salud
7. En 2021, Colombia ha aumentado la disponibilidad de información y evidencia sobre desigualdades sociales y económicas e inequidades en salud necesaria para orientar políticas e intervenciones en los territorios y grupos vulnerables.
8. En 2021, Colombia consolidó el sistema de información integrado y los observatorios de salud pública

9.2.1 Estrategias para Fortalecimiento de la rectoría del sistema general de salud

1. Direccionamiento sobre análisis de situación de salud con enfoque de determinantes sociales, planeación estratégica, financiera, operativa, ejecución y evaluación de los contenidos del PDSP en los territorios.
2. Direccionamiento de la política del talento humano con enfoque de competencias en el marco de las funciones descentralizadas de los territorios, con armonización de la regulación e incentivos para la formación y desempeño, sistemas de formación continua y recertificación
3. Desarrollo de lineamientos técnicos para el rediseño de las intervenciones colectivas en salud pública bajo los enfoques del PDSP.
4. Direccionamiento de las reglas para la contratación de las acciones colectivas de salud pública con las ESE, universidades, centros de investigación, profesionales independientes y otros tipos de organizaciones e instituciones.

5. Concentración de la agenda de cooperación internacional en los temas de interés prioritario para la salud pública nacional.
6. Dirección, organización y mantenimiento de la integración de los subsistemas de vigilancia en salud, demográfico, factores de riesgo y protectores, eventos, estrategias e intervenciones en salud pública, entorno laboral, control sanitario e inspección, vigilancia y control del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
7. Mejoramiento de la calidad de información del sector salud a través de planes de capacitación, convenios de cooperación interadministrativa con el DANE
8. Funcionamiento del sistema de seguimiento y evaluación del PDSP a través de la automatización de una batería de indicadores que reporte progresos y dificultades de la política periódicamente a cargo de la Dirección de Epidemiología y Demografía del Ministerio de Salud y Protección Social.
9. Gestión del conocimiento disponible sobre políticas en salud a nivel nacional y territorial a partir de la implementación y resultados del PDSP en su periodo de implementación.
10. Difusión y comunicación de la información y resultados generados de análisis, estudios temáticos, encuestas poblacionales y revisiones sistemáticas a través de portales web, boletines, informes, aplicaciones informáticas, Mini Sitio PDSP, etc.
11. Alianzas entre el Ministerio de Salud y Protección Social y Universidades para desarrollo de investigación y formación en salud pública y sistemas de salud.
12. Mantenimiento de la Biblioteca virtual en salud y posicionamiento en el ámbito nacional.
13. Fortalecimiento institucional del Ministerio de Salud y Protección, partiendo de la interacción efectiva (constante, periódica) entre las diferentes dependencias misionales y de apoyo técnico y de direccionamiento de recursos en la definición de programas, la asignación de recursos adecuada, y el direccionamiento sinérgico de acciones, metas y programas.

9.2.2 Estrategias para el Fortalecimiento de la conducción

1. Desarrollo de metodologías, guías e instrumentos para la operación del PDSP en los territorios y, EAPB
2. Desarrollo de un plan de ayudas didácticas, capacitación, asistencia técnica y acompañamiento a departamentos y municipios y EAPB
3. Fortalecer las capacidades frente a las competencias indelegables de la salud pública en los municipios mediante acompañamiento técnico permanente y transferencia de herramientas de autocontrol de los procesos de gestión
4. Asistencia técnica para el desarrollo de los procesos de gestión del riesgo en salud en las EAPB, IPS, ARL o quienes hagan sus veces.
5. Disponer con recurso humano en salud con capacidad de gestionar y coordinar acciones intersectoriales que propendan por mejores resultados de salud.
6. Disponer de recurso humano en salud con capacidad de planificar, participar en la asignación de los recursos y en el desarrollo de intervenciones bajo enfoque diferencial en el nivel territorial
7. Adoptar y proporcionar metodologías e instrumentos que optimicen la planeación en salud con enfoque diferencial en los niveles local y departamental.

9.2.3 Estrategias para Garantía del aseguramiento y provisión de servicios de salud.

1. Gestionar y asegurar la sostenibilidad y la administración adecuada de los recursos financieros para financiar los cupos de afiliación la población no cubierta con los subsidios de la demanda
2. Actualización del estudio nacional de la suficiencia de la red de servicios proyectada hacia la organización de redes de atención que posibilite el logro de la cobertura efectiva con enfoque diferencial y etnocultural
3. Actualización y desarrollo de estándares de habilitación y calidad para estándares de calidad diferenciales en prestación de servicios y salud pública de acuerdo a la oferta disponible, al desarrollo tecnológico territorial, privilegiando la recuperación de capacidades del talento humano,
4. Desarrollo de lineamientos técnicos para el desarrollo de los procesos de gestión de riesgo en salud a cargo de las EAPB
5. Desarrollo e implementación de modelos interculturales de atención y prestación de servicios
6. Desarrollo e implementación de modelos atención y cuidado integral a las víctimas de las diferentes formas de violencia social
7. Implementación del modelo de atención primaria en salud con enfoque familiar y de prestación de servicios acordes a los criterios de gestión, operación, sostenibilidad financiera que sea validado en los pilotos territoriales
8. Monitorear el desempeño del sistema de salud en relación al aseguramiento y servicios suministrados a nivel nacional y territorial.
9. Fortalecimiento TICS para generación de tele asistencia a la gestión del plan decenal y telemedicina

9.2.4 Estrategias para asegurar fortalecer la gestión administrativa y financiera del sector salud

1. Lucha contra la corrupción en el sector salud a través de estrategias concentradas en los principios de transparencia, acceso a la información pública y rendición de cuentas
2. Desarrollo de mecanismos administrativos, fiscales y sancionatorios para el control adecuado de los recursos para la salud, evasión de la afiliación al régimen contributivo y ARP.
3. Desarrollo un plan de retorno de los recursos de promoción y prevención no invertidos por las EAPB – ARL–ET
4. Plan de salvamento a las ESE con pago incremental de la deuda del sector salud
5. Ajuste de primas para la ampliación del POS con evidencia de resultados costo efectividad estudio suficiencia UPC y tecnologías en salud.

10. RESPONSABILIDADES DE LOS ACTORES EN EL PDSP, 2012 - 2021

Sin perjuicio de las competencias establecidas en las normas legales, corresponde a la nación – Ministerio de Salud y Protección Social, asumir, frente al PDSP, las siguientes responsabilidades:

10.1 De la Nación

1. Hacer el análisis de la situación de salud nacional incluyendo el análisis de las inequidades, con enfoque de determinantes sociales.

2. Armonizar el Plan Decenal de Salud Pública, PDSP, 2012 -2021, con el Plan Nacional de Desarrollo 2010 - 2014 y con las demás políticas públicas nacionales, territoriales y con los compromisos internacionales en el marco de los determinantes sociales.
3. Diseñar, gestionar y articular los procesos de concertación con los actores sectoriales, intersectoriales, transectoriales y comunitarios para la formulación del PDSP.
4. Formular, adoptar y difundir el PDSP elaborado en el marco de la equidad en salud, las prioridades en salud y enfoque diferencial de género, ciclo de vida, étnico y con abordaje de determinantes sociales.
5. Desarrollar las metodologías, lineamientos, instrumentos para la gestión administrativa y financiera de los recursos del PDSP, armonizados con los instrumentos del Plan Nacional de Desarrollo y con los otros instrumentos de la gestión pública nacional “Presupuesto Anual de Resultados y Banco de Programas y Proyectos”, conforme a los lineamientos del Departamento Nacional de Planeación.
6. Aprobar planes plurianuales, planes bienales de inversiones públicas y plan operativo anual, de conformidad con lo establecido en los artículos 39 y 40 de la Ley 152 de 1994.
7. Incorporar los indicadores para medir logros en salud.
8. Incluir acciones diferenciales y transversales por ciclo de vida, género, grupos étnicos y personas en condiciones o situación de discapacidad y víctimas, para combatir la inequidad en salud.
9. Dirigir el Sistema de Vigilancia en Salud en sus componentes de vigilancia en salud pública, vigilancia sanitaria e inspección, vigilancia y control en la gestión del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS.
10. Dirigir la incorporación de la estrategia de atención primaria en el PDSP.
11. Promover y participar en la creación de la Comisión Intersectorial de Salud Pública para coordinar el seguimiento a las acciones para el manejo de determinantes en salud.
12. Fortalecer las capacidades de los funcionarios para adelantar los procesos de participación social respetando la autonomía, las diferencias y los intereses de las comunidades.
13. Diseñar, desarrollar, promover y articular las formas de participación de los individuos, la familia, la sociedad, las organizaciones comunitarias, las entidades no gubernamentales, las instituciones asociativas, solidarias, mutuales en la formulación, difusión, seguimiento y evaluación del PDSP.
14. Definir, promover, coordinar y articular espacios de participación de la academia en el desarrollo del proceso de planificación y comprometerlas de manera específica en los programas de capacitación y acompañamiento a los actores sectoriales e intersectoriales para la formulación, seguimiento y evaluación del PDSP.
15. Fortalecer y estandarizar la capacidad de la autoridad sanitaria nacional para la gestión en los procesos de elaboración de planes y proyectos, seguimiento y evaluación del PDSP.
16. Definir y coordinar con la política de talento humano en salud, la formación de las profesiones y ocupaciones en salud que se requieren para la formulación, seguimiento y evaluación del PDSP.
17. Fortalecer la capacidad de la autoridad sanitaria y de las entidades territoriales del sector, en procesos de planificación, ejecución, evaluación y control de los recursos financieros del PDSP.
18. Dar asistencia técnica a los territorios e instituciones encargados de la elaboración del Análisis de Situación de Salud y de la planeación, seguimiento y evaluación del PDSP, sobre la gestión administrativa del plan plurianual, indicativo y plan operativo anual que orienta el manejo de los recursos destinados al PDSP.

19. Dar asesoría y asistencia técnica a los departamentos, distritos, municipios, EPS, EAPB, IPS, actores sectoriales, intersectoriales, transectoriales y la comunidad para la implementación, seguimiento de la ejecución y evaluación del Plan
20. Desarrollar el proceso de asistencia técnica con recursos financieros, tecnológicos y humanos, según gestión de procesos y resultados esperados.
21. Diseñar y desarrollar las metodologías, herramientas e instrumentos para el monitoreo, seguimiento, evaluación de la gestión de los recursos humanos, técnicos, administrativos y financieros del PDSP y su sistematización.
22. Promover, orientar y dirigir el desarrollo de investigaciones periódicas y sistemáticas sobre las necesidades y problemas de salud de la población y la respuesta sectorial, intersectorial y transectorial, que provean evidencia para el ajuste del PDSP.
23. Promover, orientar y dirigir el diseño, operación, análisis y comunicación de los estudios de impacto, del PDSP.
24. Realizar el seguimiento de los resultados, a través del Observatorio del PDSP
25. Concertar con los diferentes organismos de inspección, vigilancia y control del nivel nacional, un mecanismo unificado para adelantar las auditorías correspondientes a las entidades territoriales.
26. Definir, promover y coordinar acciones para la divulgación y difusión del impacto en las condiciones de salud y calidad de vida de la población de conformidad con el seguimiento y evaluación del PDSP.
27. Disponer para la ciudadanía información completa, oportuna y veraz de la forma como avanza la implementación y ejecución del PDSP, con el fin de facilitar el ejercicio de control social.
28. Desarrollar cultura del Buen Gobierno, de manejo de información financiera y contable de los recursos de salud y de rendición de cuentas de los resultados en salud de acuerdo a la normatividad vigente.

10.2 De los actores intersectoriales y transectoriales

Sin perjuicio de las competencias establecidas en las normas legales, corresponde al Ministerio abogar e incidir en la decisión de otros actores fuera del sector para:

1. Definir, orientar y articular en el marco de sus competencias, la participación de los sectores y actores intersectoriales y transectoriales, en la formulación, seguimiento y evaluación del PDSP.
2. Definir, promover y propiciar los espacios de participación y articulación intersectorial y transectorial para negociar las intervenciones de mayor impacto en el PDSP.
3. Definir y diseñar agendas comunes, normas conjuntas, estrategias y acciones desde sus competencias para promover la salud en todas las políticas intersectoriales, transectoriales y comunitarias.
4. Proponer y participar de manera coordinada en el seguimiento a las acciones para el manejo de determinantes en salud.

10.3 Departamentos y Distritos

Sin perjuicio de las competencias establecidas en las normas legales, corresponde a los departamentos y distritos asumir, frente al PDSP, las siguientes responsabilidades:

1. Hacer el análisis de la situación de salud territorial incluyendo el análisis de las inequidades y con enfoque de determinantes sociales.
2. Ajustar y articular para el periodo 2014 – 2015, el Plan de Salud Territorial formulado en el marco del Plan de Desarrollo Territorial al PDSP y demás políticas públicas nacionales, territoriales y compromisos internacionales en el marco de los determinantes sociales.
3. Construir el Plan Operativo Anual 2014 y para las siguientes vigencias, en el marco del Plan Nacional de Desarrollo 2012 - 2014 y del PDSP.
4. Diseñar, gestionar y articular en el Plan Territorial de Salud, según los procesos de concertación con los actores sectoriales, intersectoriales, transectoriales y comunitarios, los compromisos intersectoriales, que permitan actuar sobre las inequidades en salud y determinantes sociales.
5. Gestionar y articular en el Plan Territorial, los compromisos con las Entidades Administradoras de Planes de beneficios EAPB, las Administradoras de Riesgos Laborales – ARL, en el marco de sus competencias.
6. Preparar, aprobar y suministrar la información del presupuesto con base en las metodologías, lineamientos, instrumentos de norma vigentes a las instancias establecidas del orden territorial y al Ministerio de Salud y Protección Social en la Dirección de Financiamiento Sectorial quienes transfieren información a las demás dependencias del Ministerio. Esta responsabilidad se homologa a los Distritos
7. Aprobar planes plurianuales, planes bienales de inversiones públicas y plan operativo anual, de conformidad con lo establecido en los artículos 39 y 40 de la Ley 152 de 1994.
8. Incorporar los indicadores para medir logros en salud.
9. Generar la información requerida por el sistema de información de salud.
10. Adoptar y adaptar las metodologías, lineamientos, instrumentos para la gestión administrativa y financiera de los recursos del Plan Territorial, armonizados con los instrumentos del Plan Nacional de Desarrollo y con los otros instrumentos de la gestión pública nacional “Presupuesto Anual de Resultados y Banco de Programas y Proyectos” de acuerdo con los lineamientos del Departamento Nacional de Planeación.
11. Incluir y realizar acciones diferenciales transversales por ciclo de vida, género, grupos étnicos y personas en condiciones o situación de discapacidad y víctimas, para combatir la inequidad en salud.
12. Coordinar y realizar la vigilancia en salud en sus componentes de vigilancia en salud pública, vigilancia sanitaria e inspección, vigilancia y control en la gestión del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS, en su jurisdicción.
13. Garantizar los recursos humanos, de insumos y reactivos y de infraestructura en el Laboratorio de Salud Pública de su jurisdicción, de forma constante y oportuna con el fin de alcanzar los objetivos propuestos en el plan decenal, en las estrategias que requieren vigilancia por laboratorio.
14. Adoptar las metodologías, herramientas e instrumentos para el monitoreo, seguimiento, evaluación de la gestión de los recursos humanos, técnicos, administrativos y financieros del Plan Territorial y su sistematización.
15. Formular y ejecutar el plan de intervenciones colectivas; asistir técnicamente a los municipios en la prestación del plan de intervenciones colectivas y las acciones de salud pública individuales.
16. Dirigir, incorporar, coordinar y controlar la organización y operación de los servicios de salud bajo la estrategia de Atención Primaria en Salud en los ámbitos departamental, distrital y municipal y en el marco del Plan Territorial de Desarrollo, el Plan Bienal de Inversiones y el PDSP.

17. Fortalecer las capacidades de los funcionarios para adelantar los procesos de participación social respetando la autonomía, las diferencias y los intereses de las comunidades.
18. Diseñar, desarrollar, promover y articular las formas de participación de los individuos, la familia, la sociedad, las organizaciones comunitarias, las entidades no gubernamentales, las instituciones asociativas, solidarias, mutuales en la formulación, difusión, seguimiento y evaluación del PDSP.
19. Definir, promover, coordinar y articular espacios de participación de la academia en el desarrollo del proceso de planificación y comprometerlas de manera específica en los programas de capacitación y acompañamiento a los actores sectoriales e intersectoriales para la formulación, seguimiento y evaluación del Plan Territorial.
20. Coordinar y desarrollar procesos de movilización social, con la participación de las instituciones y organizaciones comprometidas con los determinantes en salud y los Consejos Territoriales de Salud para la Formulación del Plan Territorial de Salud.
21. Definir espacios y mecanismos que posibiliten, fortalezcan y articulen la participación ciudadana y la movilización social, para garantizar la ejecución transparente y eficaz de los recursos en concordancia con las acciones.
22. Fortalecer y estandarizar la capacidad de la autoridad sanitaria territorial para la gestión en los procesos de elaboración de planes y proyectos, seguimiento y evaluación del Plan Territorial de Salud.
23. Dar asistencia técnica a las entidades territoriales e instituciones encargados de la elaboración del Análisis de Situación de Salud y de la planeación, seguimiento y evaluación del Plan Territorial de Salud, sobre la gestión administrativa del plan plurianual, indicativo y plan operativo anual que orienta el manejo de los recursos destinados al Plan Territorial de Salud.
24. Dar asesoría y asistencia técnica a los municipios, EPS, EAPB, IPS, actores sectoriales, intersectoriales, transectoriales y la comunidad para la implementación, seguimiento de la ejecución y evaluación del Plan Territorial de Salud.
25. Desarrollar el proceso de asistencia técnica a las entidades sectoriales e intersectoriales de acuerdo a sus competencias, sobre recursos financieros, tecnológicos y humanos, gestión de procesos y resultados esperados.
26. Adoptar y adaptar las metodologías, herramientas e instrumentos para el monitoreo, seguimiento, evaluación de la gestión de los recursos humanos, técnicos, administrativos y financieros del PDSP y su sistematización.
27. Utilizar las diferentes herramientas como Observatorios, estudios e investigaciones para el seguimiento de los resultados del PDSP.
28. Promover, orientar y dirigir el desarrollo de investigaciones periódicas y sistemáticas sobre las necesidades y problemas de salud de la población y la respuesta sectorial, intersectorial y transectorial, que provean evidencia para el ajuste del PDSP.
29. Promover, orientar y dirigir el diseño, operación, análisis y comunicación de los estudios de impacto, del Plan Territorial de Salud.
30. Coordinar con los diferentes organismos de inspección, vigilancia y control del nivel territorial, los mecanismos para adelantar las auditorías correspondientes a las entidades territoriales.
31. Definir, promover y coordinar acciones para la divulgación y difusión del impacto en las condiciones de salud y calidad de vida de la población de conformidad con el seguimiento y evaluación del PDSP.

32. Disponer para la ciudadanía información completa, oportuna y veraz de la forma como avanza la implementación y ejecución del Plan Territorial de Salud, con el fin de facilitar el ejercicio de control social.
33. Desarrollar cultura del Buen Gobierno, de manejo de información financiera y contable de los recursos de salud y de rendición de cuentas de los resultados en salud de acuerdo a la normatividad vigente.

10.4 De los municipios categoría E, 1, 2 y 3

Sin perjuicio de las competencias establecidas en las normas legales, corresponde a los departamentos, distritos y municipios categorías E, 1, 2, y 3 asumir, frente al PDSP, las siguientes responsabilidades:

1. Hacer el análisis de la situación de salud incluyendo el análisis de las inequidades y el enfoque de determinantes sociales.
2. Ajustar y articular para el período 2014 – 2015 el Plan Territorial de Salud formulado en el marco del Plan de Desarrollo Territorial, con el PDSP.
3. Realizar el Plan Operativo Anual 2014 y para las siguientes vigencias en el marco del Plan Nacional de Desarrollo 2010 - 2014.
4. Articular en el Plan Territorial de Salud los compromisos intersectoriales que permitan actuar sobre las inequidades en salud y los determinantes sociales
5. Coordinar y articular con los actores sectoriales, intersectoriales, transectoriales la planeación, la ejecución, el seguimiento y la evaluación del Plan Territorial de Salud
6. Gestionar y articular en el Plan Territorial, los compromisos con las Entidades Administradoras de Planes de beneficios EAPB, las Administradoras de Riesgos Laborales – ARL, en el marco de sus competencias.
7. Tramitar ante el Consejo Territorial de Planeación la inclusión del Plan de Salud Territorial en el Plan de Desarrollo Territorial.
8. Adoptar las metodologías, herramientas e instrumentos para la planeación, el seguimiento y evaluación del Plan Territorial de Salud.
9. Preparar, aprobar y suministrar la información del presupuesto con base en las metodologías, lineamientos, instrumentos de norma vigentes a las instancias establecidas del orden territorial y a las Secretarías Departamentales de Salud en la Dirección de Financiamiento o quienes hagan sus veces.
10. Aprobar el Plan Plurianual de Inversiones y el Plan Operativo Anual, de conformidad con lo establecido la Ley 152 de 1994
11. Incorporar los indicadores para medir logros en salud.
12. Generar la información requerida por el Sistema de Información de Salud.
13. Adoptar y adaptar las metodologías, lineamientos, instrumentos para la gestión administrativa y financiera de los recursos del Plan Territorial de Salud, armonizados con los instrumentos del Plan Nacional de Desarrollo 2010 - 2014 y con los otros instrumentos de la gestión pública nacional “Presupuesto Anual de Resultados y Banco de Programas y Proyectos” conforme a los lineamientos del Departamento Nacional de Planeación.
14. Incluir y realizar acciones diferenciales transversales por ciclo de vida, género, grupos étnicos y personas en condiciones o situación de discapacidad y víctimas, para combatir la inequidad en salud.

15. Ejercer la vigilancia en salud en sus componentes de vigilancia en salud pública, vigilancia sanitaria e inspección, vigilancia y control en la gestión del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS, en su jurisdicción.
16. Dirigir la incorporación de la estrategia de la atención primaria en el PDSP.
17. Fortalecer las capacidades de los funcionarios para adelantar los procesos de participación social respetando la autonomía, las diferencias y los intereses de las comunidades.
18. Diseñar, desarrollar, promover y articular las formas de participación de los individuos, la familia, la sociedad, las organizaciones comunitarias, las entidades no gubernamentales, las instituciones asociativas, solidarias, mutuales en la formulación, difusión, seguimiento y evaluación del Plan Territorial de Salud.
19. Definir, promover, coordinar y articular espacios de participación de la academia en el desarrollo del proceso de planificación y comprometerlas de manera específica en los programas de capacitación y acompañamiento a los actores sectoriales e intersectoriales para la formulación, seguimiento y evaluación del Plan Territorial de Salud.
20. Coordinar y desarrollar procesos de movilización social, con la participación de las instituciones y organizaciones comprometidas con los determinantes en salud y los Consejos Territoriales de Salud para la Formulación del Plan Territorial de Salud.
21. Definir espacios y mecanismos que posibiliten, fortalezcan y articulen la participación ciudadana y la movilización social, para garantizar la ejecución transparente y eficaz de los recursos en concordancia con las acciones.
22. Dar asistencia técnica a las instituciones encargados de la elaboración del Análisis de Situación de Salud y de la planeación, seguimiento y evaluación del Plan Territorial de Salud, sobre la gestión administrativa del plan plurianual, indicativo y plan operativo anual que orienta el manejo de los recursos destinados al Plan Territorial de Salud.
23. Brindar asesoría y asistencia técnica a las EPS, EAPB, IPS, actores sectoriales, intersectoriales, transectoriales y la comunidad para la implementación, seguimiento de la ejecución y evaluación del Plan Territorial de Salud.
24. Desarrollar el proceso de asistencia técnica a las entidades sectoriales e intersectoriales de acuerdo a sus competencias, con recursos financieros, tecnológicos y humanos, gestión de procesos y resultados esperados.
25. Fortalecer y estandarizar la capacidad de la autoridad sanitaria territorial para la gestión en los procesos de elaboración de planes y proyectos, seguimiento y evaluación del Plan Territorial de Salud.
26. Definir, gestionar y fortalecer la capacidad y permanencia del talento humano en los procesos de formulación de planes y proyectos, transferencia de tecnologías, gestión de procesos gerenciales administrativos y financieros del Plan Territorial de Salud.
27. Fortalecer la capacidad de la autoridad sanitaria en la Entidad Territorial, en procesos de planificación, ejecución, evaluación y control de los recursos financieros del Plan Territorial
28. Adoptar las metodologías, instrumentos y herramientas para la planeación, seguimiento y evaluación del Plan Territorial de Salud.
29. Utilizar las diferentes herramientas como Observatorios, estudios e investigaciones para el seguimiento de los resultados del PDSP.
30. Promover, orientar y dirigir el desarrollo de investigaciones periódicas y sistemáticas sobre las necesidades y problemas de salud de la población y la respuesta sectorial, intersectorial y transectorial, que provean evidencia para el ajuste del PDSP.
31. Promover, orientar y dirigir el diseño, operación, análisis y comunicación de los estudios de impacto, del Plan Territorial de Salud.

32. Coordinar con los diferentes organismos de inspección, vigilancia y control del ámbito territorial, los mecanismos para adelantar las auditorías correspondientes a las entidades territoriales.
33. Definir, promover y coordinar acciones para la divulgación y difusión del impacto en las condiciones de salud y calidad de vida de la población de conformidad con el seguimiento y evaluación del PDSP.
34. Definir, promover y coordinar acciones para la divulgación y difusión del impacto en las condiciones de salud y calidad de vida de la población de conformidad con el seguimiento y evaluación del PDSP.
35. Disponer para la ciudadanía información completa, oportuna y veraz de la forma como avanza la implementación y ejecución del Plan Territorial de Salud, con el fin de facilitar el ejercicio de control social.
36. Desarrollar cultura del Buen Gobierno, de manejo de información financiera y contable de los recursos de salud y de rendición de cuentas de los resultados en salud de acuerdo a la normatividad vigente.

10.5 De los municipios categoría 4, 5, y 6

Sin perjuicio de las competencias establecidas en las normas legales, corresponde a los municipios categorías 4, 5 y 6 asumir, frente al PDSP, las siguientes responsabilidades:

1. Hacer el análisis de la situación de salud territorial incluyendo el análisis de las inequidades y con enfoque de determinantes sociales.
2. Ajustar y articular para el periodo 2014 – 2015 el Plan de Salud Territorial formulado en el marco del Plan de Desarrollo Territorial, del Plan Decenal de Salud Pública PDSP y demás políticas públicas nacionales, territoriales y compromisos internacionales en el marco de los determinantes sociales.
3. Realizar el Plan Operativo Anual 2014 y para las siguientes vigencias en el marco del Plan Nacional de Desarrollo 2010 - 2014 y del PDSP.
4. Diseñar, gestionar y articular en el Plan Territorial de Salud, según los procesos de concertación con los actores sectoriales, intersectoriales, transectoriales y comunitarios, los compromisos intersectoriales, que permitan actuar sobre las inequidades en salud y determinantes sociales.
5. Gestionar y articular en el Plan Territorial, los compromisos con las Entidades Administradoras de Planes de beneficios EAPB, las Administradoras de Riesgos Laborales – ARL, de acuerdo con sus competencias.
6. Tramitar ante el Consejo Territorial de Planeación la inclusión del Plan Territorial de Salud en el Plan de Desarrollo Territorial.
7. Concertar las metas y estrategias sectoriales e intersectoriales, con la participación de la comunidad, los actores del Sistema de Protección Social y de otros sectores.
8. Aprobar Planes Plurianuales, y Plan Operativo Anual, de conformidad con lo establecido en los artículos 39 y 40 de la Ley 152 de 1994.
9. Incorporar los indicadores para medir logros en salud
10. Generar la información requerida por el Sistema de Información de Salud.
11. Adoptar y adaptar las metodologías, lineamientos, instrumentos para la gestión administrativa y financiera de los recursos del Plan Territorial, armonizados con los instrumentos del Plan Nacional de Desarrollo 2010 - 2014 y con los otros instrumentos de

la gestión pública nacional “Presupuesto Anual de Resultados y Banco de Programas y Proyectos” conforme a los lineamientos del Departamento Nacional de Planeación.

12. Incluir y ejecutar acciones diferenciales transversales por ciclo de vida, género, grupos étnicos y personas en condiciones o situación de discapacidad y víctimas, para combatir la inequidad en salud.
13. Ejercer la vigilancia en salud en sus componentes de vigilancia en salud pública, vigilancia sanitaria e inspección, vigilancia y control en la gestión del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS, en su jurisdicción.
14. Dirigir la incorporación de la estrategia de la atención primaria en el PDSP.
15. Fortalecer las capacidades de los funcionarios para adelantar los procesos de participación social respetando la autonomía, las diferencias y los intereses de las comunidades.
16. Diseñar, desarrollar, promover y articular las formas de participación de los individuos, la familia, la sociedad, las organizaciones comunitarias, las entidades no gubernamentales, las instituciones asociativas, solidarias, mutuales en la formulación, difusión, seguimiento y evaluación del Plan Territorial de Salud.
17. Definir, promover, coordinar y articular espacios de participación de la academia en el desarrollo del proceso de planificación y comprometerlas de manera específica en los programas de capacitación y acompañamiento a los actores sectoriales e intersectoriales para la formulación, seguimiento y evaluación del Plan Territorial de Salud.
18. Coordinar y desarrollar procesos de movilización social, con la participación de las instituciones y organizaciones comprometidas con los determinantes en salud y los Consejos Territoriales de Salud para la Formulación del Plan Territorial de Salud
19. Definir espacios y mecanismos que posibiliten, fortalezcan y articulen la participación ciudadana y la movilización social, para garantizar la ejecución transparente y eficaz de los recursos en concordancia con las acciones.
20. Fortalecer la capacidad de la autoridad sanitaria en la Entidad Territorial, en procesos de planificación, ejecución, evaluación y control de los recursos financieros del Plan Territorial de Salud.
21. Dar asistencia técnica a las instituciones encargados de la elaboración del Análisis de Situación de Salud y de la planeación, seguimiento y evaluación del Plan Territorial de Salud, sobre la gestión administrativa del plan plurianual, indicativo y plan operativo anual que orienta el manejo de los recursos destinados al Plan Territorial de Salud.
22. Dar asesoría y asistencia técnica a las EPS, EAPB, IPS, actores sectoriales, intersectoriales, transectoriales y la comunidad para la implementación, seguimiento de la ejecución y evaluación del Plan Territorial de Salud.
23. Desarrollar el proceso de asistencia técnica a las entidades sectoriales e intersectoriales de acuerdo a sus competencias, con recursos financieros, tecnológicos y humanos, gestión de procesos y resultados esperados.
24. Adoptar las metodologías, herramientas e instrumentos para el monitoreo, seguimiento, evaluación de la gestión de los recursos humanos, técnicos, administrativos y financieros del Plan Territorial de Salud y su sistematización.
25. Adoptar los procesos de gestión, las herramientas e instrumentos para la administración, seguimiento y evaluación del Plan Territorial de Salud.
26. Fortalecer y estandarizar la capacidad de la autoridad sanitaria territorial para la gestión en los procesos de elaboración de planes y proyectos, seguimiento y evaluación del Plan Territorial de Salud.

27. Definir, gestionar y fortalecer la capacidad y permanencia del talento humano en los procesos de formulación de planes y proyectos, transferencia de tecnologías, gestión de procesos gerenciales administrativos y financieros del Plan Territorial de Salud.
28. Definir, promover y coordinar acciones para la divulgación y difusión del impacto en las condiciones de salud y calidad de vida de la población de conformidad con el seguimiento y evaluación del PDSP.
29. Disponer para la ciudadanía información completa, oportuna y veraz de la forma como avanza la implementación y ejecución del Plan Territorial de Salud, con el fin de facilitar el ejercicio de control social.
30. Desarrollar cultura del Buen Gobierno, de manejo de información financiera y contable de los recursos de salud y de rendición de cuentas de los resultados en salud de acuerdo a la normatividad vigente.

10.6 De las Entidades Promotoras de Salud EPS

Sin perjuicio de las competencias establecidas en las normas legales, corresponde a las entidades promotoras de salud - EPS y a las entidades que ejercen funciones de entidades promotoras de salud – EPS de los regímenes contributivo y subsidiado asumir, frente al PDSP, las siguientes responsabilidades:

1. Hacer y actualizar el análisis de la situación de salud de la población afiliada incluyendo el análisis de las inequidades y con enfoque de determinantes sociales.
2. Hacer la medición cuantitativa de riesgos, identificando los diferenciales poblacionales para la planeación de la atención y su modificación.
3. Planear la atención en salud de la población y ajustar con base en los riesgos y necesidades diferenciales de atención la organización y funcionamiento de la oferta de servicios
4. Desarrollar o fortalecer los procesos, herramientas e instrumentos para asegurar el seguimiento de las cohortes de usuarios
5. Incorporar los indicadores para medir logros en salud.
6. Fortalecer los procesos, herramientas e instrumentos para mejorar el acceso, oportunidad y calidad de los servicios
7. Generar la información requerida por el sistema de información de salud.
8. Vigilar los indicadores de control de riesgo, la calidad de la atención y la gestión clínica y administrativa de los recursos.
9. Vincularse y participar en los mecanismos de articulación territorial de salud pública para gestionar el riesgo en salud de la población
10. Consolidar los procesos institucionales tendientes a la gestión del riesgo en salud de la población a cargo
11. Participar en la elaboración del Plan Territorial de Salud en los municipios de su influencia.
12. Elaborar con base en el plan de salud territorial, el plan de salud institucional a cargo de la EAPB
13. Formular el Plan Operativo Anual, discriminado territorialmente.
14. Desarrollar un plan de asesoría, asistencia técnica y auditoría para las instituciones prestadoras de servicios de salud - IPS que hacen parte de su red que garantice el cumplimiento de las metas de las acciones individuales de salud pública incluidas en el Plan Territorial de Salud.

15. Promover los conocimientos de la población a su cargo en derechos y deberes, en el uso adecuado de servicios de salud y en la conformación y organización de alianzas de usuarios y su articulación con la defensoría de los usuarios.
16. Promover la conformación de redes sociales para la promoción de la salud y la calidad de vida.
17. Desarrollar cultura del Buen Gobierno, de manejo de información financiera y contable de los recursos de salud y de rendición de cuentas de los resultados en salud de acuerdo a la normatividad vigente.

10.7 De las instituciones prestadoras de salud

Sin perjuicio de las competencias establecidas en las normas legales, corresponde a las instituciones prestadoras de servicios de salud – IPS, frente al PDSP, asumir las siguientes responsabilidades:

1. Adoptar y aplicar las políticas y normas establecidas para el cumplimiento de las metas del PDSP.
2. Cumplir con el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud – SOGCS.
3. Coordinar con las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, las metas y las acciones a cumplir en el marco del PDSP.
4. Incorporar los indicadores para medir logros en salud
5. Generar la información requerida por el sistema de información de salud.
6. Implementar mecanismos de seguimiento, evaluación y mejoramiento continuo de las acciones de promoción de la salud y prevención de los riesgos.
7. Generar la información requerida por el sistema de información de salud.
8. Participar en la operación de la vigilancia en salud en sus componentes de vigilancia en salud pública, vigilancia en salud en el entorno laboral e inspección, vigilancia y control de la gestión del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS.
9. Desarrollar cultura del Buen Gobierno, de manejo de información financiera y contable de los recursos de salud y de rendición de cuentas de los resultados en salud de acuerdo a la normatividad vigente.

10.8 De las Administradoras de Riesgos Laborales - ARL

Sin perjuicio de las competencias establecidas en las normas legales, corresponde a las entidades administradoras de riesgos profesionales - ARP frente al PDSP asumir las siguientes responsabilidades:

1. Hacer y actualizar el análisis de la situación de salud de la población incluyendo el análisis de las inequidades y con enfoque de determinantes sociales.
2. Articularse con las direcciones territoriales para la formulación, seguimiento y evaluación de las metas relacionadas con los riesgos laborales en el Plan Territorial de Salud.
3. Incorporar los indicadores para medir logros en salud según sus competencias.
4. Generar la información requerida por el sistema de información de salud.

5. Definir y desarrollar el plan anual de acción de prevención de riesgos laborales frente a sus empresas afiliadas, con base en riesgos prioritarios a los cuales están expuestos sus afiliados en función de la actividad económica, el tamaño de empresa y la accidentalidad.
6. Participar en la operación de la vigilancia en salud en sus componentes de vigilancia en salud pública y de vigilancia en salud en el entorno laboral.
7. Garantizar la atención y rehabilitación de los daños ocasionados por las enfermedades ocupacionales y accidentes laborales.
8. Proteger a los trabajadores con discapacidad a través de procesos de rehabilitación funcional y profesional.
9. Desarrollar cultura del Buen Gobierno, de manejo de información financiera y contable de los recursos de salud y de rendición de cuentas de los resultados en salud de acuerdo a la normatividad vigente.

10.9 De la comunidad

1. Participar y articular los procesos de movilización y participación social del Plan Territorial de Salud
2. Realizar acciones dirigidas a la construcción o generación de las condiciones, capacidades y medios para que los individuos, las familias y la sociedad en su conjunto, exijan a las autoridades responsables modificar los determinantes sociales de su salud.
3. Realizar acciones para consolidar una cultura saludable, basada en valores, creencias, actitudes y relaciones que permitan desarrollar autonomía individual y colectiva.
4. Participar y articularse con las direcciones territoriales en los procesos de seguimiento, evaluación y control social del Plan Territorial de Salud.

11. FINANCIACIÓN DEL PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA, 2012 - 2012

El PDSP, en sentido amplio e intersectorial, cuenta con diferentes fuentes de financiación, algunas de ellas contempladas en el funcionamiento normal del SGSS Sy recursos de otros sectores, que será necesario gestionar de forma sinérgica y en el marco de las competencia de cada uno de los actores para alcanzar mayor equidad en la población y mejores condiciones de vida y de salud. Estas son:

<p>1. Recursos del Presupuesto General de la Nación</p> <p>Recursos del Presupuesto General de la Nación en sector salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Destinados para Salud Pública: Acciones de promoción y prevención en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud • Destinados al Régimen Subsidiado: recursos de Inversión para la Universalización y Unificación de Planes de Beneficio <p>Recursos Presupuesto General de la Nación en otros sectores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acción Social, Educación, Agricultura, Transporte, Vivienda, ciudad y Territorio, Ambiente y Desarrollo Sostenible, Cultura, Deporte y Recreación, Ciencia y Tecnología, Comercio, Industria y Turismo, entre otros
--

- Destinados al Crecimiento Sostenible y Competitividad.
- Destinados a la Igualdad de Oportunidades para la Prosperidad Social;
- Destinados a la Consolidación de la Paz;
- Destinados a la Sostenibilidad Ambiental y prevención del riesgo; Soportes transversales de la prosperidad Democrática

Recursos del IVA de la Cerveza y Monopolio de Suerte y Azar – Nación:

- Destinados a la Unificación del POS del Régimen Subsidiado

2. Recursos provenientes del Sistema General de Participaciones

Recursos provenientes del Sistema General de Participaciones para salud

- Destinados para Salud Pública: Acciones de Salud pública, de promoción y prevención en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud (10%)
- Destinados al Régimen Subsidiado (Del 65% hasta el 80% en el 2015)
- Destinados a Prestación de servicios de salud prioritariamente en aquellos lugares donde solo el Estado está en capacidad de prestar el servicio de salud en condiciones de eficiencia y/o Régimen Subsidiado
- Destinados a la prestación de servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto con Subsidios a la Demanda (Aportes Patronales)
- Destinados al pago de obligaciones que no fuere posible por parte de las Empresas Sociales del Estado – compra de cartera - Fondo de Salvamento y Garantía del Sector Salud – FONSAET (Ley 1608 de 2013)

Recursos provenientes del Sistema General de Participaciones para educación, salud y propósito general, agua potable y saneamiento básico, alimentación escolar, primera infancia, municipios ribereños del río Magdalena:

- Destinados al Crecimiento Sostenible y competitividad; Destinados a la Igualdad de Oportunidades para la Prosperidad Social; a la Consolidación de la Paz; - a la Sostenibilidad Ambiental y prevención del riesgo; Soportes transversales de la prosperidad Democrática

3. Fondo de Solidaridad y Garantía – Fosyga

Fosyga Subcuenta de Compensación: *Recursos de cotizaciones de los afiliados al régimen contributivo: Financia el reconocimiento del pago de las UPC de los afiliados al régimen contributivo, pago de licencias de maternidad, paternidad a acciones de promoción y prevención en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud.*

Subcuenta de Promoción: *Financia actividades de educación, información y fomento de la salud y prevención de la enfermedad.*

Subcuenta de Solidaridad: *Financia la afiliación de personas pobres sin capacidad de pago a través de la cofinanciación de subsidios en el Régimen Subsidiado de Salud*

Subcuenta ECAT: *Garantiza la atención integral de víctimas de accidentes de tránsito y eventos catastróficos y terroristas, así como la atención en salud a la población desplazada por la violencia, entre otros eventos y acciones de promoción y prevención en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud.*

4. Recursos del Esfuerzo Propio Territorial

Recursos del Esfuerzo Propio Territorial destinados al sector salud:

- Destinados para acciones de salud pública, promoción y prevención en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud
- Destinados al Régimen Subsidiado
- Destinados por Departamentos y Distritos que venían aportando para el pago de la Unidad de pago por capitación de la población de los niveles 1 y 2 del SISBEN y otra elegible no afiliada al Régimen Contributivo
- Recursos de Capital

Recursos propios de la Entidad Territorial destinados a programas de protección social, inversión social en programas de infraestructura y mejoramiento de la calidad de vida, desarrollo urbano y rural, protección ambiental:

- Destinados al Crecimiento Sostenible y competitividad; A la Igualdad de Oportunidades para la Prosperidad Social; a la Sostenibilidad Ambiental y prevención del riesgo

Rentas Cedidas destinadas a salud de los Departamentos y Distrito Capital:

- Destinadas al Régimen Subsidiado
- Prestación de servicios de salud

Rentas Cedidas de los Departamentos y Distrito Cápita:

- Destinadas a otros proyectos sociales
- Destinados a la Investigación – Colciencias

Regalías destinadas a salud:

- Destinadas al Régimen Subsidiado
- Destinadas a Prestación de servicios de Salud
- Destinadas a Salud Pública
- Destinadas a Infraestructura

Regalías transferidas para proyectos de otros sectores

- Destinadas a proyectos de inversión

Recursos destinados a proyectos regionales para el Crecimiento Sostenible y competitividad, la Igualdad de Oportunidades para la Prosperidad Social, a la Sostenibilidad Ambiental y prevención del riesgo:

- Destinados 10% de los recursos del Sistema General de Regalías, para el Fondo de Ciencia, Tecnología e Innovación a la Investigación – Colciencias

Recursos nuevos de la Ley 1393 de 2010 (Sobretasa de cigarrillo, 6% impuesto al consumo de licores, vinos y aperitivos y premios no cobrados):

- Destinados a la Unificación del POS del Régimen Subsidiado
- Destinados a la prestación de servicios a la población pobre no afiliada con subsidios a la demanda

Recursos de la Ley 1393 para proyectos de otros sectores:

- Destinados al deporte, espacios deportivos, la recreación, la cultura

Recursos obtenidos como producto del monopolio de juegos de suerte y azar y los recursos transferidos por COLJUEGOS (anteriormente ETESA) a las entidades territoriales:

- Destinados al Régimen Subsidiado

5. Recursos de las Cajas de Compensación Familiar

Recursos de las Cajas de Compensación Familiar que administran el régimen subsidiado:

- Destinados al Régimen Subsidiado – Artículo 217 de la Ley 100 de 1993 (Cuando no administran los recursos son consignados al Fosyga)

Recursos del ¼ de punto porcentual de las contribuciones parafiscales de las Cajas de Compensación Familiar para salud:

- Destinados para promoción y prevención en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud
- Destinados para promoción y prevención en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud
- Recursos para la Unificación del Plan de Beneficios del Régimen Subsidiado

Recursos de las Cajas de Compensación Familiar para protección social

- Destinados al Fondo para el Fomento del Empleo:
- Régimen de apoyo para desempleados especialmente jefes de hogar y mujeres que tengan esa condición
- Destinados a Fondos para el Subsidio Familiar de Vivienda – FOVIS
- Destinados a Programas de Infancia y Adolescencia

6. Otros Recursos

Recursos del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito - SOAT:

- Destinados a promoción y prevención en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud
- Destinados a la atención de los accidentes de tránsito

Recursos de Promoción y Prevención de Aseguradoras de Riesgos Laborales – ARL:

- Destinados para promoción y prevención en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud

<ul style="list-style-type: none"> • Destinados a la promoción, prevención y atención de enfermedades laborales.
<p>Recursos Impuesto Social a las Armas y Municiones y Explosivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Destinados a atención a mujeres víctimas de la violencia • Programas de promoción y prevención
<p>Recursos recaudados por concepto multas de la Ley 1335 de 2013:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Destinados para adelantar campañas de prevención contra el cáncer y para educación preventiva sobre el consumo de cigarrillo.
<p>Recursos provenientes de las Cuentas Maestras del Régimen Subsidiado - Ley 1608 de 2013:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Destinados al saneamiento fiscal y financiero de las Empresas Sociales del Estado • Destinados al pago de servicios prestados para la población pobre no afiliada -Destinados a mejoramiento de la infraestructura hospitalaria
<p>Recursos privados destinados a la inversión social del Plan Nacional de Desarrollo: Donaciones; Inversión en programas de protección social:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Destinados al Crecimiento Sostenible y competitividad; a la Igualdad de Oportunidades para la Prosperidad Social; a la Consolidación de la Paz; a la Sostenibilidad Ambiental y prevención del riesgo -Soportes transversales de la prosperidad Democrática

12. EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

De acuerdo con los objetivos estratégicos, el mejoramiento en los índices de equidad es una de las evidencias más sólidas del progreso del PDSP, razón por la cual, la estrategia de seguimiento y evaluación necesariamente debe dar cuenta de esta, para lo cual se establece que el seguimiento de cada objetivo, meta, acción y recurso, enmarcadas en las dimensiones y sus componentes, debe ser explícito en el avance en la reducción de brechas en salud, por medio del análisis diferencial y comparativo entre áreas, sectores, regiones, poblaciones, etc.

En el PDSP se han definido 7 dimensiones prioritarias, las cuales para su implementación establecen diferentes objetivos que para ser logrados incorporan una serie de acciones, como lo establece la Ley 1438 de 2011, todas estas dirigidas, en última instancia, a mejorar las salud de cada persona, de manera diferencial y equitativa, por lo tanto el seguimiento y la evaluación del PDSP debe generar evidencias del avance tanto en la ejecución de las acciones como el avance en el mejoramiento en las condiciones que afectan o ponen en riesgo la salud de las personas, familias y grupos poblacionales, hacia las metas que demuestran el logro de los objetivos propuestos. Los indicadores trazadores para dimensión son 81 distribuidos como lo muestra la siguiente tabla:

Dimensión	Número de indicadores
Convivencia social y salud mental	13
Derechos sexuales y sexualidad	13
Salud Ambiental	13
Salud Pública en emergencias y desastres	7
Seguridad Alimentaria y Nutricional	9
Vida saludable libre de enfermedades transmisibles	11
Vida Saludable y condiciones no transmisibles	15
Total	81

Es pertinente y oportuno aclarar que ni la cantidad de metas, ni las metas seleccionadas son una indicación de prioridad, solamente constituyen hitos trazadores para el monitoreo global, pues el seguimiento y evaluación tendrá en cuenta que las metas se desglosan en mediciones que se desagregan por grupos de edad, sexo, región, departamento, distrito, municipio, etnia, entre otros; adicionalmente obtener los datos necesarios para medir el avance hacia cada meta implica una serie de estrategias que nunca se limitarían a recopilar un dato aislado. Como resultado de esto para que el país pueda cumplir con este compromiso, el Ministerio de Salud y Protección Social, debe disponer de las herramientas necesarias y suficientes para la gestión de sistemas de información que manejan volúmenes enormes, para lo cual el SISPRO brinda el soporte para que los actores cuenten con la información necesaria para su gestión.

Para desarrollar esa misión el Ministerio de Salud y Protección Social utiliza como fuentes de información más de 30 registros administrativos que actualmente se encuentran en diferentes etapas de integración al SISPRO, incluyendo RIPS, SIVIGILA, Estadísticas vitales, Registro de Discapacidad, Registro de ERC, Registro de VIH, y muchos otros. Estos se complementarán con más de una docena de investigaciones poblacionales que incluyen la Encuesta Nacional de Salud, la Encuesta Nacional de Salud Mental, la Encuesta de Nacional de Situación Nutricional, la Encuesta

nacional de Demografía y Salud, entre otras. También se usarán como fuentes decenas de investigaciones relacionadas con la implementación y evaluación de diferentes políticas públicas desarrolladas en los últimos 5 años con el apoyo del Ministerio. Estos estudios se han estructurado en el plan de investigaciones a 10 años que se está ejecutando paralelamente al PDSP dándole soporte. Otras fuentes de información que se están usando para el seguimiento del PDSP incluyen el uso de registros e investigaciones que generan otras instituciones, como por ejemplo, los registros administrativos generados desde el sector de educación, de agricultura y de ambiente o las investigaciones que realiza y publica el DANE, como el caso de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida. También entre las fuentes se usan estadísticas derivadas provenientes de instituciones nacionales, departamentales, distritales, municipales e internacionales, completando el extenso mapa de las fuentes de información que se requieren para el seguimiento y evaluación del PDSP.

Informes

El Ministerio de Salud y Protección Social, con el concurso de diferentes instituciones dentro y fuera del sector salud, recopilará, consolidará y dispondrá la información necesaria para el seguimiento y evaluación del PDSP por parte de todos los actores interesados, habiéndose dispuesto fechas de corte para evaluación bianual, en el año 2014, para evaluar 2012 y 2013; año 2016, para evaluar 2014 y 2015; año 2018, para evaluar 2016 y 2017; año 2020 para evaluar 2018 y 2019; y año 2022 para evaluar 2020 y 2021. Como producto de estas evaluaciones se publicarán sendos informes oficiales que permitan profundizar en el análisis de la situación y avance en cada dimensión y componente, con un enfoque explícito hacia la interpretación de las brechas de equidad en salud que aun persistan, así como los ajustes en las estrategias para reducirlas (Ver anexo 1. Indicadores por dimensión).

El monitoreo, evaluación y análisis se afianza con la operación de los siguientes observatorios, registros, sistemas de seguimiento y salas situacionales que se articulan y coordinan con las diferentes dimensiones y sus componentes:

Observatorios

1. ONV Colombia - Observatorio Nacional de Violencias
2. ONVIH - Observatorio Nacional de ITS – VIH/SIDA
3. ONSM - Observatorio Nacional de Salud Mental
4. Observatorio Nacional de Maternidad Segura de Colombia
5. Observatorio Nacional e Intersectorial del Embarazo Adolescente
6. Observatorio Nacional de Vejez y Envejecimiento para Colombia
7. OSAN Colombia - Observatorio de Seguridad Alimentaria y Nutricional Colombia
8. Observatorio de Medicamentos y Tecnologías en Salud
9. Observatorio de Enfermedad Crónica Renal y Salud Cardiovascular
10. Observatorio Andino de Economía de la Salud
11. Observatorio de Salud Étnica de Colombia
12. Observatorio Nacional de Zoonosis
13. Observatorio de Discapacidad de Colombia
14. Observatorio de Cáncer de Colombia
15. Observatorio de Calidad en Salud

Sistemas de seguimiento

1. Sistema de Seguimiento a la Atención en Salud de las Víctimas del Conflicto Armado
2. SSIVE – Sistema de Seguimiento y Monitoreo a la Interrupción Voluntaria del Embarazo
3. Sistema Nacional de Seguimiento a la Infancia y Adolescencia de Colombia
4. Sistema de Seguimiento a Eventos de Notificación Obligatoria en Salud
5. Sistema de Seguimiento para el Logro de los ODM Colombia
6. Sistema Estándar de Indicadores Demográficos de Colombia
7. SAPS – Sistema de Seguimiento a la Estrategia de Atención Primaria en Salud
8. Sistema Estándar de Indicadores Básicos en Salud de Colombia
9. Sistema de Seguimiento a los Indicadores OECD
10. Sistema de Indicadores para Seguimiento al Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021

Registros

1. Registro de Enfermedades Huérfanas y Raras de Colombia
2. Registro de Actividades Preventivas en Salud

Salas Situacionales

1. PAI – Programa Ampliado de Inmunizaciones

Cada uno de estos, opera de manera permanente como procesos con actividades participativas por parte de los diferentes actores y sectores involucrados, sus respectivos indicadores, planes de análisis, instrumentos estrategias de divulgación, que generan y analizan insumos para la formulación de políticas públicas. Para una descripción más detallada de la operación y funcionamiento de estos Observatorios, Registros, Sistemas de Seguimiento y Salas Situacionales, se ha publicado la Guía Metodológica para Registros, Observatorios, Sistemas de Seguimiento y Salas Situacionales Nacionales en Salud, la cual se anexa al documento del PDSP.

Adicionalmente, para identificar oportunamente ajustes necesarios a las acciones del PDSP y en el marco del artículo 7° de Ley 1438 de 2011, para el seguimiento y evaluación del PDSP, se crea la Comisión Intersectorial de Salud Pública, comisión permanente, presidida por el Ministro de Salud y Protección Social o su Viceministro. Tendrá una reglamentación especial para su conformación y funcionamiento orientada a la coordinación de las acciones intersectoriales sobre los determinantes sociales en salud y participar de su seguimiento y evaluación del PDSP. La comisión será la encargada de gestionar ante el Consejo Nacional de Política Social – CONPES, los asuntos que sean de su competencia. Para que la Comisión pueda analizar y hacer seguimiento a las acciones para el manejo de determinantes en salud, el Ministerio de Salud y Protección Social entregará un informe previo a cada reunión semestral de la Comisión.

BIBLIOGRAFÍA

- Congreso de la República de Colombia. (2013). *Ley 1616*. Bogotá.
- Presidencia de la República de Colombia. (1994). *Decreto 1757*. Bogotá.
- Presidencia de la República de Colombia. (2011). *Decreto 4107*. Bogotá.
- Convention for the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms*.(1950).
- (2004). *Los pueblos indígenas de Colombia en el umbral del nuevo milenio, Población, cultura y territorio: bases para el fortalecimiento social y económico de los pueblos indígenas*.
- Allardt, E. (1976). Dimensions of welfare in a comparative Scandinavian study. *Acta sociologica* 19.
- Baquero M, I. (2009). El enfoque diferencial en discapacidad: un imperativo ético.... En *Corporación Viva la Ciudadanía*.
- Bigelow, D. A., & Mac Farland, B. H. (1991). Quality of life of community mental health program clients. Validating a measure. *Community Mental Health Journal*, nº 27, 43-55.
- Borrel C., M. D. (2010). La investigación sobre los determinantes sociales y las desigualdades en salud: evidencias para la salud en todas las políticas. Informe SESPAS 2010. *Gac Sanit*, 101-88.
- Canadian Institute for Advanced Research. (2000). *Salud de la Población*.
- Colombia, C. d. (1993). *Ley 100*. Bogotá.
- Colombia, C. d. (2011). Bogotá.
- Colombia, C. d. (2011). *Ley 1450*. Bogotá.
- Colombia, Congreso de la República de. (1994). Bogotá.
- Colombia, P. d. (2006). *Ley 1098*. Bogotá.
- Colombia, P. d. (2010). *Ddecreto 2968*. Bogotá.
- Colombia, P. d. (2010). *Estrategia Nacional de Atención Integral a la Primera Infancia* . Bogotá.
- Colombia, P. d. (2011). *Decreto 4875*. Bogotá.
- Colombia, P. d. (2011). *Política Pública de Primera Infancia*. Bogotá.
- Colombia, P. d. (octubre de 2004). *Política Nacional de Juventud*. Bogotá.
- Colombia, R. d. (1991). *Constitución Política de Colombia*. Bogotá.
- Colombia, R. d. (1991). *Constitución Política de Colombia, Art. 18*. Bogotá.
- Colombia, R. d. (2011). *Ley 1448 de 2011 Ley para la Reparación Integral de Víctimas del Conflicto Armado*. Bogotá.
- Congreso de la República. (2007). *Ley 1122*.
- Congreso de la República. (2007). *Ley 1122*. Bogota.
- Congreso de la República de Colombia. (s.f.). Bogotá.
- Congreso de la República de Colombia. (1990). *Ley 10*. Bogotá.
- Congreso de la República de Colombia. (1991). Bogotá.
- Congreso de la República de Colombia. (1991). *Constitución Política de Colombia*. Bogotá.
- Congreso de la República de Colombia. (1993). *Ley 60*. Bogotá.
- Congreso de la República de Colombia. (1994). *Ley 152*. Bogotá.

- Congreso de la República de Colombia. (2001). *Ley 1450*. Bogotá.
- Congreso de la República de Colombia. (2001). *Ley 715*. Bogotá.
- Congreso de la República de Colombia. (2006). *Ley 1098*. Bogotá.
- Congreso de la República de Colombia. (2007). *Ley 1122*. Bogotá.
- Congreso de la República de Colombia. (2009). *Ley 1355*. Bogotá.
- Congreso de la República de Colombia. (2010). *Ley 1384*. Bogotá.
- Congreso de la República de Colombia. (2011). *Ley 1438*. Bogotá.
- Congreso de la República de Colombia. (2011). *Ley 1438*. Bogotá.
- Congreso de la República de Colombia. (2011). *Ley 1448*. Bogotá.
- Congreso de la República de Colombia. (2011). *Ley 1450*. Bogotá.
- Congreso de la República de Colombia. (2012). *Ley 1523*. Bogotá.
- Congreso de la República de Colombia. (2012). *Ley 1562*. Bogotá.
- Daniel Jones, H. M. (2004). *Grounded Theory Una aplicación de la teoría fundamentada a la salud* (Vols. núm. 19, marzo, 2004, p. 0.). Chile: Cinta de Moebio.
- De Souza Minayo, Maria Cecilia; Goncalvez de Assis, Simone; Ramos de Souza, Edinilsa. (2005). *Evaluación por triangulación de métodos*. Río de Janeiro, Brasil: Editorial Lugar.
- Departamento Nacional de Planeación. (2010). *Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014, capítulo IV*. Bogotá.
- Departamento Nacional de Planeación, DNP. (2011). *Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014: Prosperidad para todos*. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia.
- Evans T, Whitehead M, Diderrichsen, F, et al. (2001). *Challenging inequalities in health: from ethics to action*. Oxford University Press.
- Forum, W. E. (2012). *Global Gender Gap*.
- Foucault, M. (1986). *El Cuidado de Sí*. Editorial Siglo XXI.
- Gómez, E. (2002). Equidad, género y salud: retos para la acción. *Revista Panamericana de Salud Pública vol11*.
- Gomez, G. E. (2002). Equidad, genero y salud: retos para la acción. *Revista panamericana de salud publica vol11*.
- Grantham-McGregor, S. C. (2007). Developmental potential in the first 5 years for children in developing countries. *Lancet*, 369(9555).
- Kunst, A. E. (1994). Measuring the magnitude of socio-economic inequalities in health: An overview of available measures illustrated with two examples from Europe. *Social Science & Medicine, Volume 44*, 757-771.
- Ladesman, S. (1986). *Quality of life and personal satisfaction: Definition and measure mentissues*.
- Marmot M, W. R. (1999). *Social Determinants of Health*. Eds. Oxford, Oxford. University Press.
- Ministerio de Ambiente, vivienda y desarrollo territorial. Fondo de población de las Naciones Unidas. UNFPA. (s.f.). *Enfoque Poblacional para revisión y ajustes de planes de ordenamiento territorial*.
- Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto Nacional de Cancerología . (2013). *Plan Nacional de Cáncer*. Bogotá.
- Montealegre. (2010).
- MSPS, M. d. (2013). *Observatorio Nacional de Discapacidad de Colombia*. Bogotá: Por publicar.

- MSPS, M. d. (2013). *Observatorio Nacional de Salud Indígena y Étnias de Colombia*. Bogotá: Por Publicar.
- MSPS, M. d. (2013). *Observatorio Nacional de Vejez y Envejecimiento de Colombia*. Bogotá, Colombia: Por publicar.
- MSPS, M. d. (2013). *Sistema de Seguimiento para la Infancia y Adolescencia en Colombia*. (D. d. Demografía, Ed.) Bogotá, Colombia: Por Publicar.
- OMS. (19 a 21 de octubre de 2011). *Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud*. Río de Janeiro, Brasil.
- OMS. (2008). *Guía para el análisis y el monitoreo de la equidad de género en las políticas de salud*.
- OMS. (2010). *Declaración de Adelaida sobre la Salud en Todas las Políticas*. Gobierno de Australia Meridional, Adelaida: OMS.
- OMS. (2011). *62ª Asamblea Mundial de la Salud*.
- OMS, Comisión sobre determinantes sociales de la salud. (2009). *Subsanar las desigualdades en una generación*. Buenos Aires: Ediciones Journal S.A.
- ONU. (1994). *Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo*. El Cairo, Egipto.
- ONU. (1995). *Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer*. Beijing, China.
- ONU. (2000). *Objetivos de Desarrollo del Milenio, ODM*. New York, Estados Unidos de América.
- ONU, O. d. (2000). *Declaración del Milenio*. New York.
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y La Cultura, UNESCO. (2005). *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos*.
- Organización Mundial de la Salud. (2005). *Hacia un marco conceptual que permita analizar y actuar sobre los determinantes sociales de la salud, Documento de trabajo de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud*. Washington.
- Organización Mundial de la Salud. (2011). *62ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD*.
- Organización Panamericana de la Salud. (2010). *Situación de salud de Colombia-Objetivos de desarrollo del milenio*.
- Organización Panamericana de la Salud. Oficina Sanitaria Panamericana. (s.f.). *Modulo de Principios de Epidemiología para el control de Enfermedades. Segunda Edición. Presentación y marco conceptual*. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud.
- PNUD. (2008). *Integración del enfoque de género en los proyectos del PNUD*.
- Presidencia de la República de Colombia. (2008). *Conpes 113*. Bogotá.
- Salud, P. C. (21 de noviembre de 1986). *Carta de Ottawa*. Ottawa, Canadá.
- Social, M. d. (1994). *Resolución 5165*. Bogotá.
- Social, M. d. (2007). *Plan Nacional de Salud Pública 2007 - 2010*. Bogotá.
- Social, M. d. (2007). *Política Nacional de Envejecimiento y Vejez*. Bogotá.
- Social, M. d. (2008). *Resolución 425*. Bogotá.
- Torres, C. (2001). *Equidad en salud, desde la perspectiva de la etnicidad*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- UNFPA. (2008). *Guía para Alcaldes: El enfoque poblacional en la planeación del desarrollo*.
- Vivar, C. G., Arantzamendi, M., & López Di Castillo, O. y. (2010). *La Teoría Fundamentada como Metodología de Investigación Cualitativa en Enfermería* (Vols. 19(4): 283-288). España: Sicelo.

Whitehead, M. (1992). The concept and principles of equity and health. *International journal of health services*, 429 - 445.

ANEXOS

Anexo 1. Indicadores por dimensión

Convivencia social y salud mental

- Adopción de política de salud mental
- Edad promedio de inicio de consumo de alcohol en adolescentes
- Inserción social de personas con enfermedades mentales
- Mortalidad por intervención legal y operaciones de guerra
- Prevalencia de consumo de SPA en el último mes
- Seguimiento a casos de violencia intrafamiliar
- Tasa de incidencia de violencia contra la mujer
- Tasa de incidencia de violencia intrafamiliar
- Tasa de mortalidad por accidentes de transporte terrestre
- Tasa de mortalidad por accidentes excluidos los de transporte
- Tasa de mortalidad por agresiones
- Tasa de mortalidad por lesiones autoinflingidas intencionalmente

Derechos sexuales y sexualidad

- Acceso a Terapia ARV a personas con necesidad de tratamiento
- Cobertura de servicios de salud amigables
- Mortalidad materna
- Mortalidad por VIH/SIDA
- Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años que son madres o están embarazadas por primera vez
- Porcentaje de transmisión materno infantil del VIH
- Prevalencia de uso de métodos modernos de anticoncepción en mujeres en edad fértil (15-49 años)
- Prevalencia de VIH/SIDA
- Proporción de mujeres gestantes que ingresan al control prenatal antes de la semana 12 de edad gestacional
- Proporción de mujeres gestantes que tienen 4 o más controles prenatales
- Tasa de incidencia de Hepatitis B
- Tasa de incidencia de Sífilis Congénita
- Tasa General de Fecundidad

Salud Ambiental

- Cobertura de la población ocupada en riesgo laboral

- Coberturas útiles de vacunación para rabia en animales
- Disponibilidad de mapas de riesgo y vigilancia de la calidad del agua para consumo humano
- Disponibilidad de políticas relacionadas con la reducción de emisión de contaminantes
- Disponibilidad de Sistemas de suministro de agua para consumo humano
- Disponibilidad de Sistemas para el manejo y disposición final de residuos
- Incidencia de accidentalidad en el trabajo
- Incidencia de dengue
- Incidencia de enfermedades relacionadas con el trabajo por exposición a sustancias
- Incidencia de rabia animal
- Inclusión de políticas de desarrollo sostenible en los planes de desarrollo territoriales
- Tasa de incidencia de Chagas intradomiciliaria
- Tasa de incidencia de Leptospirosis

Salud Pública en emergencias y desastres

- Avance en la articulación de los hospitales con los planes territoriales sectoriales de gestión de riesgo de desastres
- Avance en la articulación del plan nacional de gestión integral del riesgo de desastres
- Cobertura de la Red Nacional de toxicología
- Implementación del índice de seguridad hospitalaria en los hospitales
- Implementación del sistema de emergencias médicas
- mortalidad por emergencias y desastres
- personas que quedan arruinadas por emergencias y desastres

Seguridad Alimentaria y Nutricional

- Duración de la lactancia materna exclusiva en menores de 3 años (mediana en meses)
- Identificación en cada ETA del agente etiológico
- Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer
- Porcentaje de personas que padezcan hambre
- Porcentaje de población bajo línea de pobreza
- Prevalencia de anemia
- Prevalencia de desnutrición crónica (retraso en talla para la edad) en menores de 5 años
- Prevalencia de desnutrición global (bajo peso para la edad) en menores de 5 años
- Prevalencia de obesidad

Vida saludable libre de enfermedades transmisibles

- Cobertura de vacunación con esquema completo
- Implementación del programa de prevención y el control de las IAAS, la resistencia antimicrobiana y el consumo de antibióticos en las instituciones de alta y media complejidad
- Letalidad por Dengue
- Letalidad por Leishmaniasis visceral
- letalidad tosferina

- Porcentaje de personas con lepra con discapacidad g2 al momento del diagnóstico
- Porcentaje de personas curadas de tuberculosis pulmonar
- Sistematización de los procesos y procedimientos del Programa Ampliado de Inmunizaciones
- Tasa de mortalidad por malaria
- Tasa de mortalidad por Rabia Humana
- Tasa de mortalidad por Tuberculosis

Vida Saludable y condiciones no transmisibles

- Acceso a terapia farmacológica para personas con riesgo cardiovascular
- Edad media de inicio de consumo de tabaco en escolares
- Identificación de la hipoacusia
- Identificación de los defectos refractivos en niños entre 2 -8 años
- Implementar la estrategia "once para la salud" en las Instituciones de educación media
- Mortalidad por DM
- Mortalidad prematura por cáncer
- Mortalidad prematura por ECV
- Mortalidad prematura por EPOC
- Porcentaje de personas que consumen frutas 3 o más veces al día
- Porcentaje de progreso de Enfermedad Renal Crónica
- Prevalencia de actividad física en tiempo libre (>150 minutos a la semana)
- Prevalencia de donación y trasplante de órganos y tejidos
- Prevalencia de hipertensión arterial
- Supervivencia de los menores de 18 años con leucemias agudas pediátricas

Nota: Se están procesando la LB por territorio, las cuales se incorporaran como tabla anexa, definido tipo de indicador, fuente, responsable y periodicidad.

Anexo 2. Línea de tiempo formulación PDSP 2012 – 2021

		
Proceso Técnico para la Formulación del Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021		
SIMULTANEIDAD – CONVERGENCIA - ARMONIZACIÓN		
FASES	ACTIVIDADES	LÍNEA DE TIEMPO
APRESTAMIENTO	Preparación metodológica de la formulación del PDSP 2012 - 2021 Recolección de documentos existentes a la fecha en el MPS Lineamientos técnicos de insumos participativos y de formulación Análisis de situación de salud Experiencias significativas relacionadas con el Plan territorial 2007 – 2010 Mapeo de compromisos internos Definiciones estratégicas del PDSP Desarrollo de acuerdos conceptuales del marco de seguimiento y evaluación del PDSP Elaboración de la propuesta metodológica para aprobación del Viceministerio de Salud y Bienestar Presentación de la propuesta metodológica a la alta dirección del MPS Aprobación de los lineamientos internos para la formulación del PDSP Presentación y puesta en común a los representantes de las Direcciones del MPS de los lineamientos internos Presentación de avances a la alta Dirección del MPS Presentaciones ampliadas de los lineamientos del PDSP Gestión interna del PDSP en el Ministerio de Salud y Protección Social Organización de grupos internos de trabajo Análisis de competencias y mandatos sectoriales (protección social) Plan de trabajo intra institucional para Reglamentación del PDSP Definición de acuerdos conceptuales y metodológicos Definición y estructuración de enfoques y orientaciones estratégicas Diseño de fases, orientaciones metodológicas e instrumentos para la recolección de insumos para el PDSP Reunión internacional sobre planes de mediano y largo plazo en salud Elaboración de documentos conceptuales y metodológicos	Mayo de 2011 a Julio de 2012)
	Análisis de situación de salud con enfoque de determinantes sociales de la salud Incorporación de la metodología de Análisis de Situación de salud (ASIS) al PDSP con enfoque de determinantes sociales Identificación de fuentes de información disponibles para el ASIS Procesamiento de información Elaboración del documento de insumos de información para el ASIS Elaboración de insumos de ASIS según prioridades de salud pública Capacitación del equipo interno del MSPS sobre el uso de información para ASIS Capacitación de las Entidades Territoriales sobre el uso de información para el ASIS Estructuración pedagógica de la metodología de ASIS Desarrollo de lineamientos territoriales para consolidación del ASIS territorial con perspectiva de determinantes sociales Asesoría y asistencia técnica territorial para la consolidación del ASIS Elaboración definitiva de documentos de ASIS nacional (base de seguimiento) Elaboración definitiva de documentos de ASIS territoriales (base de seguimiento) Definición del marco estratégico del PDSP para generación de insumos Análisis crítico de la estructura y marco estratégico del PNSP 2007 - 2010 Elaboración del marco de desafíos y retos en salud pública Estructuración de dimensiones prioritarias de la salud pública Revisión del Plan Nacional de Desarrollo 2010 - 2014 Revisión Sistemática de la Literatura- Evaluación de Evidencias Definición de los elementos que integran la visión del PDSP 2012 - 2021 y los fines de desarrollo a los que aporta Definición de objetivos estratégicos Definición del marco de resultados esperados Definición del marco de actuación estratégica en el PDSP Estructuración definitiva del direccionamiento estratégico del PDSP Gestión interna de insumos del PDSP Desarrollo curso sobre análisis de determinantes sociales en salud y orientaciones metodológicas para incorporar el enfoque de equidad y determinantes sociales en salud en los planes y programas (Convenio MSP-OPS 485-2010) Consultores Universidad Chile - Integrantes comisión determinantes sociales OMS Diseño de guía de trabajo para el análisis de los DSS y propuesta de diseño de intervención por cada dimensión	Mayo de 2011 a octubre 2012



Proceso Técnico para la Formulación del Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021

SIMULTANEIDAD – CONVERGENCIA - ARMONIZACIÓN

FASES	ACTIVIDADES	LÍNEA DE TIEMPO
	<p>Definición del marco de seguimiento y evaluación del PDSP</p> <p>Desarrollo de acuerdos conceptuales del marco de seguimiento y evaluación del PDSP</p> <p>Definición de estrategias de seguimiento y evaluación del PDSP</p> <p>Diseño metodológico e instrumental del seguimiento y evaluación del PDSP</p> <p>Definición del observatorio del PDSP</p> <p>Definición de metas e indicadores en salud pública</p> <p>Armonización de indicadores</p> <p>Estructuración definitiva del marco de seguimiento y evaluación del PDSP</p> <p>Elaboración de instrumentos y metodologías para el procesamiento y consolidación de insumos para el PDSP 2012-2021</p> <p>Definición técnica de necesidades de recolección, procesamiento y consolidación de la participación ciudadana</p> <p>Organización del soporte virtual de la consulta ciudadana</p> <p>Estructuración de instrumentos e instructivos en línea</p> <p>Organización en línea de instrumentos institucionales y comunitarios</p> <p>Seguimiento a los procesos virtuales</p> <p>Elaboración base datos con aportes ciudadanos</p> <p>Elaboración de la Estrategia de Movilización Social</p> <p>Definición de los diferentes grupos de interés</p> <p>Diseño Estrategia de Comunicaciones</p> <p>Adecuación de la Estrategia a los territorios</p> <p>Reunión de enlace para las comunicaciones con Operador Externo</p> <p>Diseño Estrategia de Publicidad</p> <p>Diseño de imagen del PDSP</p> <p>Estructuración de un plan de medios nacional y local que acompañen el proceso de formulación del PDSP</p> <p>Diseño de piezas comunicacionales para la difusión del proceso de formulación y concertación del PDSP</p> <p>Diseño Mini Sitio</p> <p>Definición de la metodología para el uso canales virtuales</p> <p>Orientaciones par la evaluación PNSP 2007 -2010</p>	<p>Mayo de 2011 a octubre 2012</p>
<p>CONSULTA</p>	<p>Proceso de contratación de un Gestor Externo para la recolección de insumos territoriales para el PDSP 2012-2021</p> <p>Elaboración de términos de referencia para la contratación de gestores externos para la recolección de insumos territoriales para el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021</p> <p>Documento técnico que orienta la contratación y soporta el trabajo del operador externo</p> <p>Publicación concurso de méritos y trámites adicionales</p> <p>Recepción de propuestas</p> <p>Evaluación de propuestas</p> <p>Declaración de desierto el Concurso de Méritos</p> <p>Invitación directa a Universidades Públicas</p> <p>Recepción de propuestas</p> <p>Evaluación de propuestas</p> <p>Formalización contractual</p> <p>Producción de insumos territoriales (UT UNIDECENAL)</p> <p>Actividades preparatorias</p> <p>Entrega de lineamientos técnicos por parte del Ministerio</p> <p>Entrega de lineamientos territoriales para la preparación del trabajo de campo de insumos territoriales para la formulación del PDSP 2012</p> <p>Presentación de plan de trabajo, cronograma y organización de campo</p> <p>Contratación del talento humano para la ejecución del contrato</p> <p>Conformación de los diferentes equipos gestores para las cinco regiones en las que se ha sectorizado el proceso de recolección de insumos para el PDSP 2012-2021</p> <p>Realización de reunión de acuerdos técnicos y metodológicos entre el MSPS y la UT UNIDECENAL</p> <p>Ejecución de la reunión de capacitación, orientación e instrucción de los equipos gestores en el cumplimiento de sus responsabilidades, manejo de modelos y herramientas, ejecución de actividades y alcance de resultados en cada región</p> <p>Entrega de la estrategia de Movilización Social para utilizar en territorios</p> <p>Entrega de la estrategia de Comunicación para implementar en los territorios</p> <p>Convocatoria a actores en los territorios</p>	<p>Marzo a octubre 31 de 2012</p>



Proceso Técnico para la Formulación del Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021

SIMULTANEIDAD – CONVERGENCIA - ARMONIZACIÓN

FASES	ACTIVIDADES	LÍNEA DE TIEMPO
CONSULTA	Identificación, convocatoria y movilización	Marzo a octubre 31 de 2012
	Ejecución en lo local y regional de la estrategia de difusión y comunicación del proceso de formulación del Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021	
	Ejecución de los mecanismos locales de movilización necesarios para garantizar la participación de la sociedad civil y de las instituciones	
	Organización de las bases de datos de actores involucrados en la formulación del Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021	
	Realización de convocatorias territoriales según la distribución de reuniones definidas contractualmente	
	Proceso de recolección de insumos para la formulación del PDSP 2012-2021	
	Lineamientos técnicos y operativos para las consultas	
	Realización de encuentros regionales	
	Realización de encuentros departamentales	
	Acompañamiento, seguimiento y supervisión a los encuentros	
	Procesamiento de resultados de encuentros regionales, departamentales y zonales	
	Identificación de las diferencias regionales y especificidades locales que deben ser incorporadas al Plan Decenal de Salud Pública	
	Organización de todos los registros e insumos del proceso territorial	
	Consolidación de insumos territoriales para el PDSP 2012 - 2021	
	Consolidación de recomendaciones del trabajo territorial para el PDSP	
	Entrega de la información de la consulta territorial para su incorporación en la formulación del plan	
	Gestión de interna para levantar insumos técnicos para el PDSP 2012 - 2021	
	Análisis técnico con abordaje de los DDS por dimensiones	
	Diseño y desarrollo de guía de trabajo para documentar a partir de la evidencia los impactos, efectos, beneficiarios, abordaje, enfoque de las intervenciones que actualmente se desarrollan n por cada dimensión	
	Descripción de la teoría detrás de las acciones de salud pública actuales por dimensión	
	Propuesta de intervención incluyendo DDS por cada dimensión	
	Definición de objetivos sanitarios por dimensión prioritaria	
	Definición de metas sanitarias	
	Propuesta técnica del marco de resultados esperados	
	Propuesta técnica del marco de actuación estratégica en el PDSP	
	Consulta a grupos étnicos	
	Reuniones para acuerdos frente a la metodología, ruta de trabo para levantar insumos para el PDSP_2012-2021 con los pueblos indígenas	
	Reuniones para acuerdos frente a la metodología, ruta de trabo para levantar insumos para el PDSP_2012-2021 con las poblaciones Afrocolombianos y Raizales	
	Reuniones para acuerdos frente a la metodología, ruta de trabo para levantar insumos para el PDSP_2012-2021 con el pueblo ROM	
	Consultas ordenada de grupos sociales	
	Consulta con niños, niñas y adolescentes	
	Lineamientos técnicos para la consulta	
	Metodología para la consulta	
	Planeación de la consulta	
	Convocatoria	
	Levantamiento insumos	
	Sistematización y categorización de la información para el análisis	
	Grupos de mujeres, organizaciones de familia, iglesias de diversas confesiones, grupos LGBTI, organizaciones de tercera edad, grupos de jóvenes, grupos de personas con capacidades diferentes, grupos de personas con enfermedades raras y huérfanas enfermedades de alto costo, y grupo de personas víctimas de las diferentes formas de violencia social	
	Lineamientos técnicos para la consulta	
	Metodología para la consulta	
	Planeación de la consulta	
	Convocatoria	
	Levantamiento insumos	
	Sistematización y categorización de la información para el análisis	
	Consultas ordenada de grupos actores del sector salud	
Academia y centros de investigación, iglesias, actores del sistema, grupos poblaciones diferenciales, sociedades científicas, asociaciones de usuarios y sociedad civil, agencias de cooperación internacional		
Lineamientos técnicos para la consulta		
Metodología para la consulta		
Planeación de la consulta		
Convocatoria		
Levantamiento insumos		
Sistematización y categorización de la información para el análisis		
Producción de insumos transectoriales		
Diseño de metodología intersectorial para la recolección de insumos y concertación		
Definición de cronograma de trabajo		
Realización de convocatoria y movilización		
Realización de reuniones		
Procesamiento y consolidación de insumos		



Proceso Técnico para la Formulación del Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021

SIMULTANEIDAD – CONVERGENCIA - ARMONIZACIÓN

FASES	ACTIVIDADES	LÍNEA DE TIEMPO
FORMULACIÓN	Gestión interna de insumos del PDSP	Noviembre 1 de 2012 a febrero 22 de 2013
	Análisis cualitativo consultas ciudadana y de los actores	
	Planeación del análisis cualitativo	
	Contratación de equipo asesor experto en análisis cualitativo	
	Sinergias de los equipos técnicos del Ministerio para conformar equipo de análisis cualitativo	
	Definición metodología de análisis cualitativo con asesores expertos	
	Presentación propuesta al equipo técnico y ajuste	
	Definición salidas de información cualitativa	
	Recepción de la información de UNIDECENAL	
	Organización, procesamiento y sistematización de las consultas (ciudadana presencial, virtual, actores ordenados del sector salud y sociales)	
	Control de calidad de los datos	
	Capacitación al equipo interno para el análisis cualitativo	
	Codificación selectiva	
	Categorización de la información para el análisis (emergente y no emergente)	
	Descripción visión del plan propuesta marco estratégico	
	Prioridades ciudadanas en salud pública	
	Elaboración de base de datos con propuestas ciudadanas objetivo_estrategias_acciones por dimensión	
	Triangulación de las propuestas técnicas con enfoque DDS y ciudadanas	
	Consolidación de propuestas de intervención, cadena de resultados y metas de productos técnicos	
	Elaboración base de datos con los insumos técnicos	
	Revisión de las propuestas ciudadanas de acción incluidas en la base de datos para vincularlas a las estrategias técnicas definidas, reclasificar o generar propuesta emergentes con los referentes dimensiones	
	Triangulación entre definiciones técnicas y resultados de análisis cualitativo	
	Armonización de la totalidad de insumos en un documento de soporte del PDSP para revisión, discusión interna	
	Revisión de salidas de información triangulada para revisión coherencia, pertinencia y viabilidad técnica	
	Definición de objetivos sanitarios por dimensión _componente_estrategia_acciones_ temporalidad_linea de acción operativa	
	Formulación de los lineamientos estratégico y operativos del PDSP 2012 - 2021	
	Ajustes a la base de datos integrada final (Técnico - Ciudadano)	
	Salidas de información Técnico - Ciudadano validadas	
	Documentos visión, fines, objetivos estrategicos, objetivos sanitarios por dimensión _componente_estrategia_acciones_ temporalidad_linea de acción operativa	
	Documento preliminar del PDSP 2012 - 2021	
Incorporación de los antecedentes y contexto		
Resultados de la estrategia de movilización		
Armonización del análisis de situación de salud nacional con las necesidades sentidas y expectativa de los ciudadanos y aproximación al análisis de determinantes sociales de la salud		
Incorporación de visión, fines, objetivos estrategicos, objetivos sanitarios por dimensión _componente_estrategia_acciones_ temporalidad_linea de acción operativa		
Incorporación responsables, fuentes de financiación, seguimiento, evaluación		
Documento técnico para revisión interna y ajuste		
Documento técnico preliminar para revisión externa y ajuste		



Proceso Técnico para la Formulación del Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021

SIMULTANEIDAD – CONVERGENCIA - ARMONIZACIÓN

FASES	ACTIVIDADES	LÍNEA DE TIEMPO
VALIDACIÓN Y NEGOCIACIÓN	Validación del Plan Decenal de Salud Pública	Febrero 5 - 22 marzo de 2013
	Revisión por Grupos Técnicos del Ministerio	
	Revisión por parte de Viceministro y Direcciones	
	Reunión con Ministro	
	Reunión con Viceministros de otros sectores	
	Reunión con Expertos nacionales e Internacionales en Salud Pública	
	Incorporación de ajustes y acuerdos de los actores	
	Publicación del documento ajustado en el Minisitio Pagina Web	
	Incorporación de aportes ciudadanos	
Redacción del documento final para revisión jurídica		
REGLAMENTACIÓN	Reglamentación del PDSP 2012 - 2021	Septiembre de 2012 - Junio 30 de 2013
	Levantamiento de la memoria justificativa	
	Revisión de contenidos	
	Propuesta resolución	
	Revisión jurídica	
	Incorporación de ajustes al documento final	
	Edición del documento final del PDSP 2012 - 2021	
	Expedición de la Resolución que adopta el PDSP 2012 - 2021	
	Identificación de necesidades específicas de reglamentación para la operación en los territorios	
	Armonización de la reglamentación con las normas existentes	
	Elaboración de normas reglamentarias del PDSP 2012 - 2021 (programáticas y operativas)	
Promulgación de las normas reglamentarias del PDSP 2012 - 2021		
Conformación de la Comisión Intersectorial de Salud Pública		
DIFUSIÓN Y DIVULGACIÓN	Difusión y Divulgación del PDSP 2012 - 2021	Marzo 1 de 2013 a diciembre 31 de 2013
	Evento de presentación del PDSP ante la opinión pública	
	Documento de Sistematización de la Estrategia de Movilización Social	
	Estrategia de Comunicación para la implementación en territorio	
	Plan de Asistencia Técnica para la implementación en territorio	
	Reglamentación y lineamientos para la operación en los territorios	
Documento de sistematización del proceso de formulación del PDSP 2012 - 2021		

Anexo 3. Registro de voces ciudadanas en la consulta regional

Instrucción

El Ministerio de Salud y Protección Social para la formulación del PDSP 2012-2021, adelantó el proceso de consulta ciudadana en la regiones (Central, Bogotá-Cundinamarca, Caribe, Pacífico, Amazonía-Orinoquia y Oriental). El proceso de consulta, le permite al Ministerio registrar las necesidades sentidas de la comunidad, comprender los problemas que afectan la salud desde la perspectiva ciudadana y las propuestas de solución necesarias para mejorar la situación de salud y calidad de vida de la población Colombiana. El análisis cualitativo de los insumos recaudados se incorpora en la formulación de la visión, en el desarrollo de las metas, objetivos sanitarios, estrategias y acciones descritas en los diferentes capítulos del plan.

A continuación se presenta una selección de las voces representativas (huellas) de la expresión de la comunidad durante las reuniones regionales y talleres de consulta a niños, niñas y adolescentes. Con registros de este tipo, mediante técnicas de análisis cualitativos planteados en el marco de referencia conceptual y metodológica, se identifican las categorías emergentes que permitió

incorporar las propuestas ciudadanas al proceso de formulación del Plan. La selección de las voces es:

Salud Ambiental

“... la calidad de agua, este asunto rebasa el aspecto sectorial pues nuestra responsabilidad se centra en la vigilancia del agua. (Mapas de relación códigos Región central [6:23])

“En Antioquia es que hay baja cobertura del agua potable en la zona rural” Región central [6:24]

“...contaminación de aire por la minas” (Mapas de relación códigos Región central [8:1])

“... que se de igualdad para la zona rural y la zona urbana, todos tienen derecho a consumir agua potable”. (Mapas de relación códigos Región Pacífico [2:23])

“...agua se cuide como un recurso natural no renovable, para esto deben plantearse políticas públicas que lo exijan y lo logren” (Mapas de relación códigos Región Pacífico [2:30])

“... trabajar el tema de reciclaje o recuperación en los espacios – colegios, comunitarios, empresas” (Mapas de relación códigos Región Pacífico [2:17])

“... plan de desarrollo proyectos municipales para vivienda y agua intervenciones para un desarrollo integral de vivienda accesibilidad entre otros”. (Mapas de relación códigos Región caribe [11:27])

“cantidad de accidentes que se están presentando por el motociclismo aproximadamente 60 accidentes diarios”. (Mapas de relación códigos Región central [12:3])

“... se inundó el 33% de la superficie del Atlántico, existe un desequilibrio" más de medio Colombia no tiene idea de lo que sucedió en el Atlántico”. (Mapas de relación códigos Región caribe [9:11])

“...se necesita cultura y deporte, que en las zonales de la guajira dijeron que no tenían canchas deportivas” (Mapas de relación códigos Región caribe [2:44])

“...Proteger los ecosistemas estrategias del distrito,...llegué a consensos centrados en el ser humano y su integralidad, el planeamiento debe ser un planteamiento de vida” (Región Bogotá [P7 7:6])

Derechos sexuales y sexualidad

“inadecuada comunicación y falta de capacitación de padres de familia para abordar temas de sexualidad con sus hijos”. (Mapa relaciones de códigos SSR Oriental[5:38])

“en las instituciones educativas no hay personal capacitado para apoyar a adolescentes”. (Mapa relaciones de códigos SSR Oriental [166:5])

“falta educación sexual en todo, aspectos culturales, ocupación del tiempo libre y proyecto de vida”. (Mapa relaciones de códigos SSR Oriental[94:3])

“alta tasa de sífilis gestacional y congénita”. (Mapa relaciones de códigos SSR Oriental [26:4])

“Ministerios que interactúan pueden crear leyes impositivas para regular dinámica y envejecimiento” (Mapa relaciones de códigos Región Bogotá [QU1:34 23:23])

“Niñas embarazadas” (Relación códigos UD [FC_7])

“Embarazo en adolescentes” (Relación códigos UD [FC_8-10])

“Violencia infantil, niños, niñas y jóvenes” (Relación códigos UD [PRI_ 26,27])

“Menores de edad en prostitución” (Relación códigos UD [PRI_ 15])

Convivencia social y salud mental

“ausencia de proyectos de vida claros en los adolescentes, el que los lleva a la inmediatez”. (Mapa relaciones de códigos Salud mental Oriental124:18])

“falta de oportunidades de estudio a nivel técnico y superior”. (Mapa relaciones de códigos Salud mental Oriental [91:16])

“Alcoholismo, drogadicción y prostitución en adolescentes” (Relación códigos UD [BAI_127])

“Abuso de menores por parte de los padres, ya sea la mamá o el papá” (Relación códigos UD [BAC_21])

“Violencia doméstica hacia las mujeres y niños, abuso sexual” (Relación códigos UD [BAC_21])

“Violencia intrafamiliar oculta” (Relación códigos UD [BAI_131])

Acceso a una alimentación saludable

“...la seguridad alimentaria de estas comunidades se ve afectada por múltiples factores como la ola invernal, cuando hay invierno hay una parte de la alta guajira que queda incomunicada, las *bacrim*, el desplazamiento por la violencia, etc.”. (Mapas de relación códigos Región caribe [2:60])

“... en Paraguachón (frontera con Venezuela) hay una dificultad grande para controlar el tema del "intercambio" de alimentos, pues de Venezuela llegan muchos productos económicos, pero a veces hay un riesgo y es que venden alimentos vencidos”. (Mapas de relación códigos Región caribe [2:58])

“... las comunidades indígenas en la guajira pidieron insistentemente que les dejaran volver a sus alimentos tradicionales”. Región caribe [2:31]

“... Guajira se divide en dos, en zona árida y zona fértil, se necesita que las personas del departamento puedan volver al cultivo de sus productos autóctonos”. (Mapas de relación códigos Región caribe 2:57])

Riesgos territoriales

“...el 80% de los traficantes de gasolina son entre 12 y 14 años, van drogados, armados y alta velocidades generando accidentes de tránsito muy grave”. (Mapas de relación códigos Región caribe [7:8])

“...generar incentivos para que la gente que vive en la zona rural quiera seguir viviendo allá” (Mapas de relación códigos Región caribe 3:14])

“... Tiene que vivir en una invasión porque no puede pagar arriendo, es un basurero (desplazados)”. (Mapas de relación códigos Región central [38:1])

“...no contaminación de los ríos con aguas negras y minería”. (Mapas de relación códigos Región Pacífico [2:5])

Servicios de salud

“...La APS aplicada a la población dispersa de difícil acceso”. (Mapas de relación códigos Región central [13:6])

“crear sinergia entre medicina indígena y tradicional especialmente al parto”. (Mapas de relación códigos Amazonía y Orinoquía [17:73])

“Distancia de la vereda al centro hospitalario, no hay centro asistencial cercano, la promotora de salud no cuenta con medicamentos” (Relación códigos UD [BAC_.13])

“Nos atienden cuando ellos quieren, no cuando lo necesitamos” (Relación códigos UD [PRC:53])

“Situaciones de orden público que dificultan el acceso a los servicios de salud” (Relación códigos UD [PRI:28])

“Muchas veces las madres de 8 horas de camino traen niños a control y no pasan los datos a Familias en acción y no les llega el pago por negligencia de una persona” (Relación códigosUD [24])

“La reclamación de la droga es muy difícil siempre queda pendiente” (Relación códigosUD [PRC:31])

No es justo tener que estar corriendo de hospital en hospital para que lo atiendan” (Relación códigosUD [PRC:55])

Situación laboral

“...seguridad laboral, ya que los independientes son una gran parte de los vulnerados” (Mapas de relación códigosRegión central [2:21])

Género

“... la mujer es la carne de cañón y víctima principal del conflicto armado, abuso sexual...”. (Mapas de relación códigosAmazonía y Orinoquía [2:136])

“... medios se habla de protección a la mujer pero no hay penalización a la violencia intrafamiliar...” (Mapas de relación códigosAmazonía y Orinoquía [2:116])

“...Exclusión social, laboral, vivienda, entre otras” (LGTBI). (Mapas de relación códigos Reunión género [83:2])

“...desconocimiento por parte de los médicos del tema transexual”. (Mapas de relación códigos Reunión género [37:1])

Personas en condición de discapacidad

“... en espacios escolares, el sistema educativo no ofrece inclusión de estos niños ya que los docentes no saben cómo trabajar con ellos y la formación del resto del estudiantado es cooperación y tolerancia debe trabajar más...” (Mapas de relación códigos Amazonía y Orinoquía 3:85))

“...no se reconoce al cuidador de la persona con discapacidad como vulnerable... salud mental deteriorada por que se reduce su círculo social y limitación de sueños y hobbies...”(Mapas de relación códigos [3:98])

“... Inclusión a personas con discapacidad como sujetos de las actividades de prevención de enfermedades” (Mapas de relación códigos Reunión ciclo vital [57:6])

“... Que las personas con discapacidad tengan acceso físico, laboral, académico y social (accesibilidad). (Mapas de relación códigos Reunión personas con discapacidad [29:6])

“...que promuevan el arte, cultura, deporte... para personas con discapacidad”. (Mapas de relación códigos Reunión personas con discapacidad [47:3])

“...Exclusión de las personas con discapacidad en los programas de salud pública. (Mapas de relación códigos Reunión personas con discapacidad [57:2])

Adulto mayor

“... Debilidad en redes de apoyo social al adulto mayor”. (Mapas de relación códigosReunión ciclo vital 29:4])

“Maltrato intrafamiliar al adulto mayor”. (Mapas de relación códigos Reunión ciclo vital [20:2])

“... Pocos espacios de recreación para el adulto mayor”. (Mapas de relación códigos Reunión ciclo vital [32:2])

Personas con enfermedades raras

“Introducir a la población de Enfermedad Rara en los programas de educación sexual y discapacidad. (Mapas de relación códigos Reunión FECOER[15:1])

“La comunidad con Enfermedades Raras en Colombia se encuentra excluida ... pobre acceso a la educación, en soluciones específicas en salud, empobrecimiento económico deficiente o nulo acceso al empleo y trabajo digno, la vivienda, y sobre en el pobrísimo acceso a sistemas eficaces de prevención y tratamiento de sus problemas particulares de salud.(Mapas de relación códigos Reunión FECOER [5:6])

Niños y adolescentes

“...del abuso por parte de familiares hacia menores de la misma familia principalmente personas de prestigio como profesores que abusan de niños...” (Mapas de relación códigos Amazonía y Orinoquía [17:43])

“Garantizar la creación y conservación de espacios públicos bien adecuados, seguros para practicar diferentes deportes”. (Mapas de relación códigos Reunión Niños y adolescentes [1:67])

“Ampliar la oferta de bibliotecas y ludotecas con dotación especializada para niños y niñas de la primera infancia”. (Mapas de relación códigos Reunión Niños y adolescentes [1:23])

“Garantizar acceso y calidad al agua potable en los diferentes entornos en donde se encuentran las niñas y los niños”. (Mapas de relación códigos Reunión Niños y adolescentes [1:5])

Víctimas

“Niños víctimas sufren maltrato de los compañeros de colegio”.(Mapas de relación códigos Reunión representantes víctimas [39:1])

“La gente desconfía de nosotros porque somos desplazados” (Mapas de relación códigos Reunión representantes víctimas [34:1])

“Las víctimas deben ser atendidas en forma específica teniendo en cuenta: limitación física psicológica - interna – emocional, entorno Social”. (Mapas de relación códigos Reunión representantes víctimas [10:1])

“Que las reconstrucciones físicas para Víctimas de MAP, MUSE, ATI, ATT se den sin restricciones”. (Mapas de relación códigos Reunión representantes víctimas [53:1])

Desarrollo rural

“...la gente está migrando a la ciudad y el campo se está quedando sin personas que trabajen la tierra y generen alimentos...” (Mapas de relación códigos Amazonía y Orinoquía [3:37])

“...desarrollo minero ha ido generando otros polos de desarrollo, pero a la vez otras problemáticas.”(Mapas de relación códigos Región central[6:42])

Participación social

“...el derecho a participar desde asociaciones de usuarios, copacos se incumple, se vulnera es decir, no se tiene en cuenta su opinión y por ende se crea una desarticulación. (Mapas de relación códigos Amazonía y Orinoquía” [4:17])

“..., no solo es importante los seguimientos y auditorias de la contraloría y procuraduría, también es importante la voz de la comunidad” (Mapa Desafíos y retos BogotaQU4:14 5:5)

Lo que dicen los niños en el país

Ambiente

“Que no talen los árboles, no arrojar basuras a la calle y al río, buen mantenimiento de carros para que no boten tanto humo” (Niño de área urbana en San Gil, Santander)

“Cuidar nuestro medio ambiente porque en éste tenemos vivencias con nuestros seres queridos y con seres importantes como lo son las plantas” (Niños y niñas de Purificación, Tolima)

“Botar o arrojar las basuras a su adecuada caneca” (Niños de San Gil, Santander)

“El medio ambiente está sano, cuando el medio está limpio” (grupo de San Gil, Santander)

“No contaminar los lagos, fuentes y ríos” (niñas y niños del área urbana en Chiquinquirá, Boyacá)

“No malgastar el agua, apagar los focos, no quemar las basuras” (Niña de comunidad indígena en Manaure)

Entornos

“Levantar la basura para que no haya malos olores” (Niña del área urbana en Chiquinquirá, Boyacá)

“Me gustaría que hubiera más limpieza en el baño, en la cocina, en las mesas” (Niña del área rural en Chiquinquirá, Boyacá)

“El parque debe estar limpio” (Niña de comunidad indígena de área urbana Manaure, Guajira -)

“Que haya espacio para que los niños jueguen” (Niña de Quibdó, área urbana.)

“Que haya un rodadero para llegar a donde las mamás, escaleras para subir y bajar, pasto para correr” (niña en Bogotá.)

“Alzar la basura que uno u otras personas botan. Tratar de dar siempre buen ejemplo, no botando basura” (Niña de la zona urbana de Chiquinquirá, Boyacá)

Convivencia social y salud mental

“Mejor que leer para conocer, es vivir” (grupo San Gil, Santander)

“Los profesores tienen que cantar la mejor canción: la del amor” (Niño de Purificación, Tolima)

“Que me den más amor, que me cuiden” (Niña en Manaure)

“Yo escuché en mi cuerpo mi corazón. Mi cuerpo estaba muy emocionado” (Niña participante de la consulta en Andes, Antioquia)

“La señora me dice que no tenga miedo, que sienta alegría” (niño de Andes, Antioquia)

“Mi papá me lleva a la piscina honda” (Niño de San Gil, Santander)

Alimentación

“Consumir las cinco comidas diarias con responsabilidad” (niño de Purificación)

“Debemos comer pechuga, papa (no de paquete) frutas” (niña de San Gil, Santander)

“En mi casa no pueden faltar las ensaladas de verduras y eso es muy nutritivo” (niño de Purificación, Tolima)

“En la alimentación se puede mejorar que no me sirvan mucho almuerzo porque me engordo” (Niño de Chiquinquirá, Boyacá)

“Comer alimentos sanos y nutritivos para que no tengamos bajas defensas” (niña de la zona urbana de San Gil, Santander)

“Las vitaminas ayudan a que nuestro cuerpo se mantenga bien” (niña de Purificación, Tolima)

“... comida caliente y bien preparada” (niña en Purificación, Tolima)

“...que el pescado no falte” (Niño de San Andrés)

“Hortalizas pueden ayudar a ser sanos” (Niña en Andes, Antioquia)

“Vender frutas” en estos espacios (niño indígena en Manaure, Guajira)

“Pero debemos lavar muy bien las verduras” (niña en Chiquinquirá, Boyacá)

Higiene

“Valernos de algún baño cuando veamos que nuestras manos están sucias” (Niñas y niños de Chiquinquirá, Boyacá.)

“Las toallas para secarme las manos” (Las niñas de las zonas urbanas)

Vacunación

“Prevenir enfermedades como el sarampión”; “Mi mamá esté a mi lado para que se dé cuenta de qué vacuna me están aplicando.” “Que las vacunas no estén usadas” “que nos dan un dulce por no llorar”; “Poder estar con los papás y los nonitos. La doctora me hace suavcito” (niña de San Gil, Santander)

“Me hicieron feliz, [El Doctor] me ayudó a levantarme de la cama y me hizo un examen.” (Niño de Puerto Asís, Putumayo)

“Mi mamá me quitó el miedo a las vacunas y me acompaña en todo momento en el hospital”, [Mi doctor] Me conoció desde bebé.” (Una niña de Túquerres, Nariño)

Lo que dicen los adolescentes en el país

Ambiente

“Desarrollar y cuidar el medio ambiente porque de él dependemos” (joven del área rural, en Manaure, Guajira)

“Que en los parques haya recolectores de basura, que la gente aprenda a reciclar, que hubieran campañas para la siembra de árboles” (Adolescente del área urbana en Purificación, Tolima)

“Incluir y recoger papel reciclable para cuidar el medio ambiente y el agua” (Adolescente del área urbana de Chiquinquirá, Boyacá)

“Primero mejorar como personas para lograr que nuestro municipio tenga una buena limpieza y así lograr un buen ecosistema general para obtener un buen medio ambiente” (Adolescente del área urbana en Túquerres, Nariño)

“Tener buena utilización de la naturaleza (sostenibles), utilizar elementos menos contaminantes (biodegradables)” (Adolescente de comunidad afro, de área urbana en Andes, Antioquia)

“Que a los colegios los dividan por grupos para que hagan jornadas de limpieza” (Adolescente del área urbana en San Gil, Santander)

“Sanciones para las personas que dañen el medio ambiente y hacer conciencia de ello” (Adolescente del área urbana San Gil, Santander)

Convivencia y salud mental

“Mis papas me dan seguridad, confianza, respeto amor” (Hombre adolescente de San Andrés)

“Generar confianza entre padres e hijos. Además respeto y valores en los núcleos” (Adolescente en San Andrés)

“Mis papás, mi hermano y mis primos me protegen, me respaldan y me ayudan” (Adolescente de San Andrés)

“Mis amigos, la mayoría de los profes, la aseo y la psico-orientadora me hacen sentir súper porque me hacen reír, me alientan, me apoyan, hacen del colegio un lugar alegre” compartir con las amigas y ser sinceras y confiar la una a la otra ...”(Joven del área urbana en San Gil, Santander)

“Creo que se debería cambiar la inequidad e injusticia que se vive en algunas instituciones y pienso que los profesores deberían capacitarnos más para cuando ya salgamos del colegio a tener una vida en sociedad y a interactuar con otras personas” (Adolescente del área urbana en Bogotá)

“Mis amigos me hacen feliz por sus juegos, sus locuras, sus chistes” (Mujer adolescente de San Andrés)

“Primero que se sientan en total confianza con el medio que se rodea, compartir y siempre ser uno mismo, de esta forma las personas se acercarán a uno por lo que somos y no por lo que tenemos y eso nos hace feliz” (Joven rural afro descendiente de San Andrés)

“Deben tener libertad pero con educación, alegría y amor” (Joven de comunidad afro descendiente en San Andrés)

“Invertir en infraestructura para el deporte. El Estado debería invertir además de infraestructura en la fundamentación técnica para así garantizar un correcto acondicionamiento físico” (Adolescente rural de Andes, Antioquia)

“Que para los jóvenes haya descuento, que no cobren tan caro la entrada a piscina” (Adolescente del área urbana en San Gil, Santander)

“Que los papás nos motiven más, no nos asusten ni regañen, que estén más pendientes.”.

“Me siento 10 cuando comparto con mis amigos, me gusta compartir con todas las personas”, “me siento alegre de compartir con muchas personas” (adolescentes una de área rural y otra de área urbana de Túquerres, Nariño)

Servicio de salud

“El servicio debe ser más igualitario, incondicional y con más ética profesional empezando a reforzar los valores” (Mujer adolescente del área urbana en San Gil, Santander)

“Liberar la congestión, espacios más amplios. Igualdad en la atención entre clínicas y hospitales (ricos y pobres). Mejorar servicios, que no nos dejen horas esperando” (Jóvenes de San Gil, Santander)

“Buena atención, que haya buenos especialistas, que la atención de urgencias sea buena, que no haya que madrugar para sacar una cita, que las remisiones sean rápidas, ambulancias bien dotadas. Que la atención al ciudadano sea inmediata” (Un adolescente del área urbana de Purificación, Tolima y una síntesis de lo que dijeron la mayoría de las y los adolescentes consultados)

Sobre este particular, la expectativa es que haya un buen pediatra, que haya una buena atención de las enfermeras y que haya un centro especial de vacunación para los niños. (Mujer adolescente en Purificación, Tolima)

Alimentación y nutrición

“Que en la casa no nos hagan tanto frito, evitar las galguerías, comer más frutas y verduras, servir las porciones necesarias, más cereales, más proteínas, más charlas a las familias, que las charlas sean más activas, que cocinen, que sea con los alimentos de la zona, más divertidas” (Grupo de adolescentes hombre y mujeres en San Gil)

“Ser responsables y conscientes de lo que ingerimos, poseer horarios fijos de alimentación, dieta balanceada y en proporciones”.

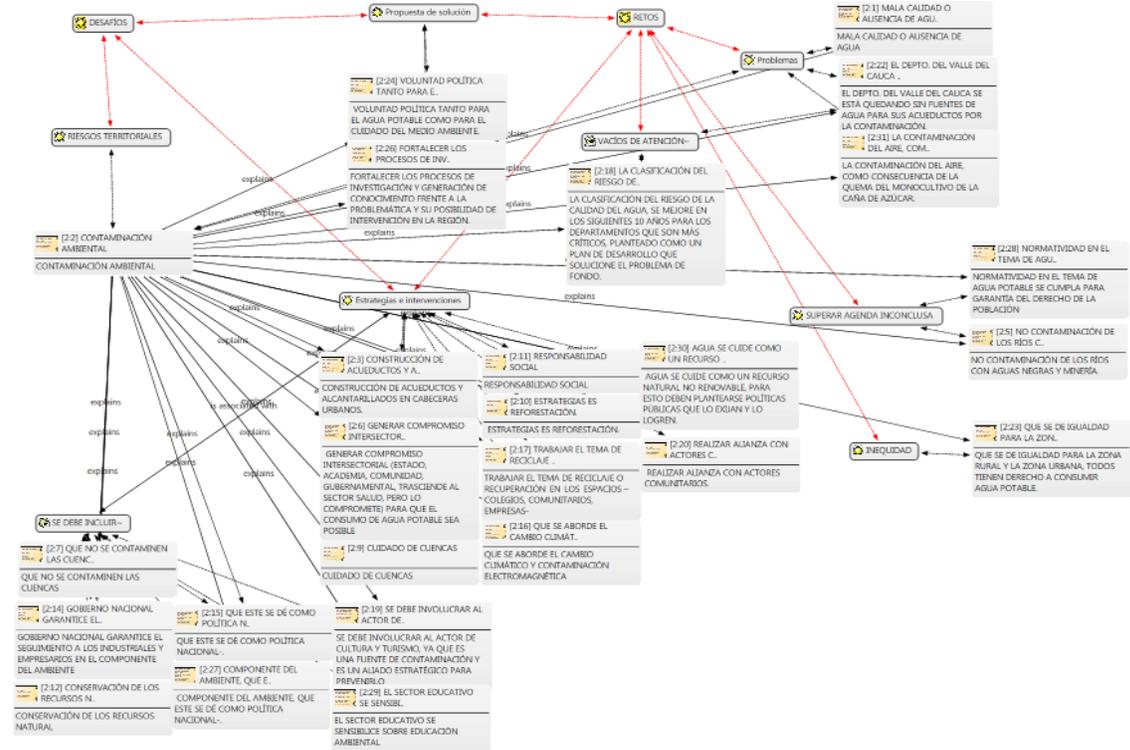
“La venta de frutas, jugos naturales, venta de pan integral, evitar la venta de comidas chatarras”. (Mujer adolescente del área urbana en San Gil, Santander)

“...debemos comer de todo para vivir sanos y salvos” (Adolescente del área urbana en Túquerres, Nariño)

“Comer bien para tener el sistema nervioso sano”. (Mujer rural indígena de Andes, Antioquia.)

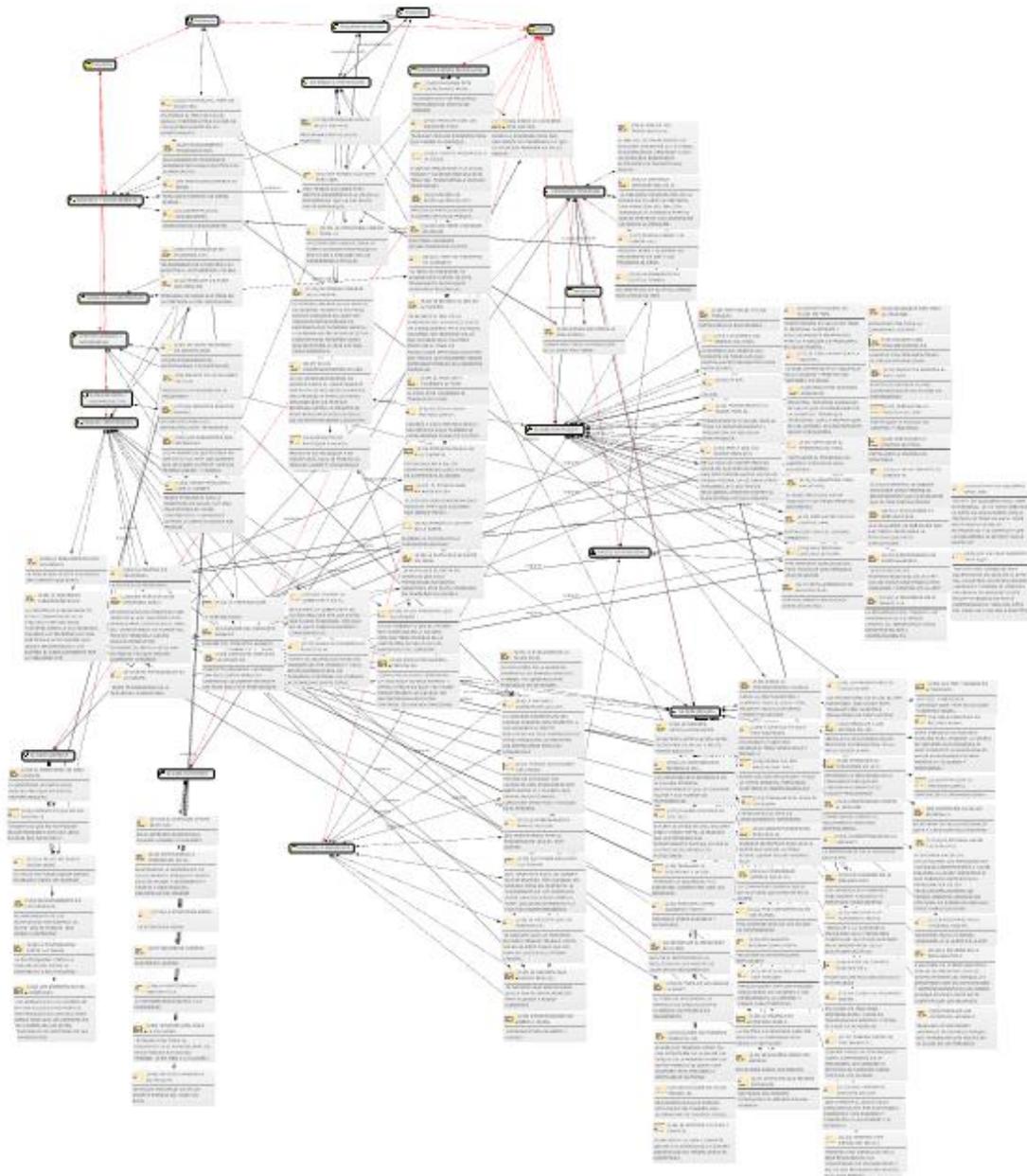
Mapas Regionales: Desafíos y Retos priorizados por los actores en la consulta ciudadana

1. Región Pacífico



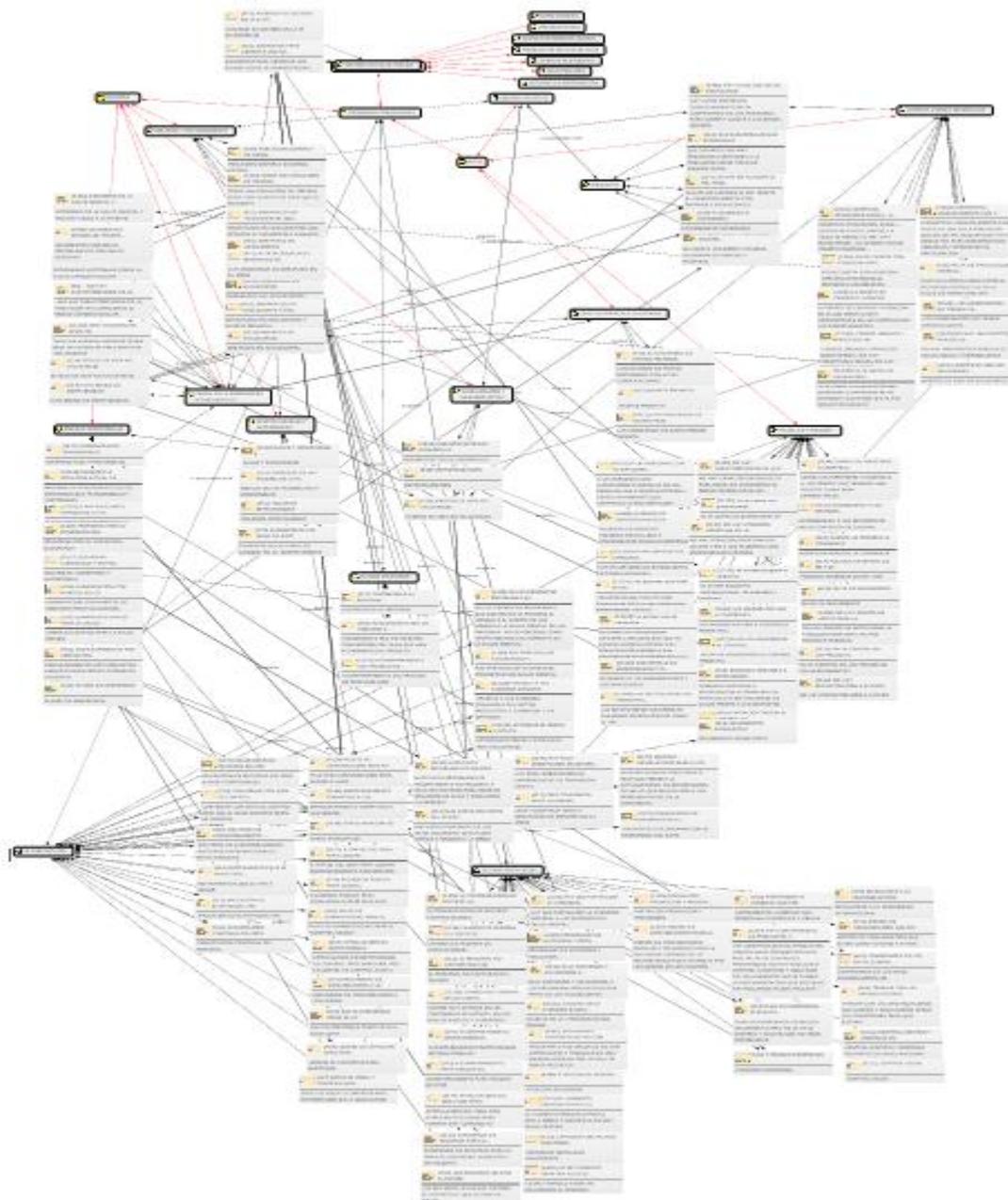
Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Dirección de Epidemiología y Demografía -2012/14-12-2012

2. Región Caribe



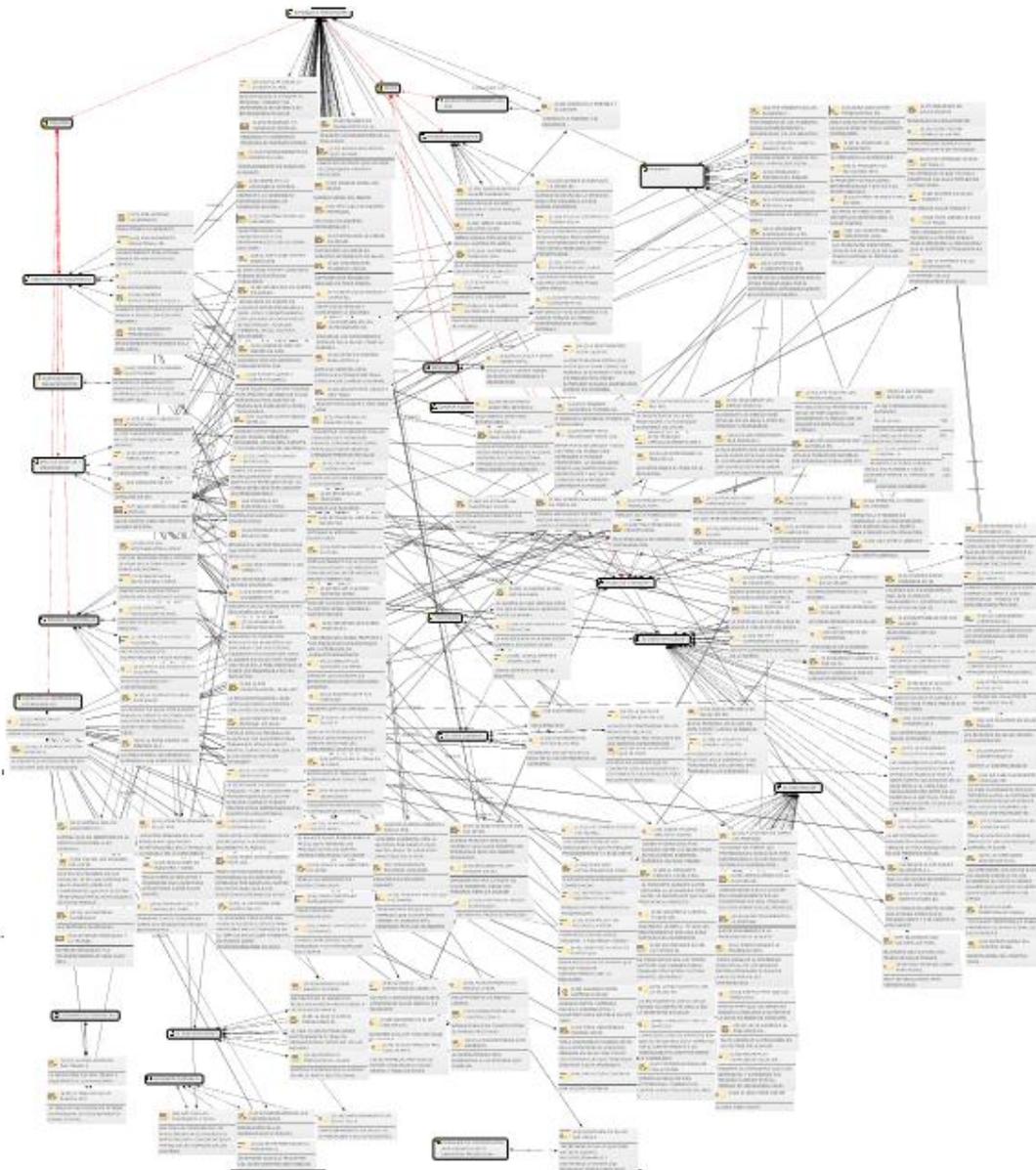
Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Dirección de Epidemiología y Demografía 2012 -2012/10-12-2012

3. Región Oriental



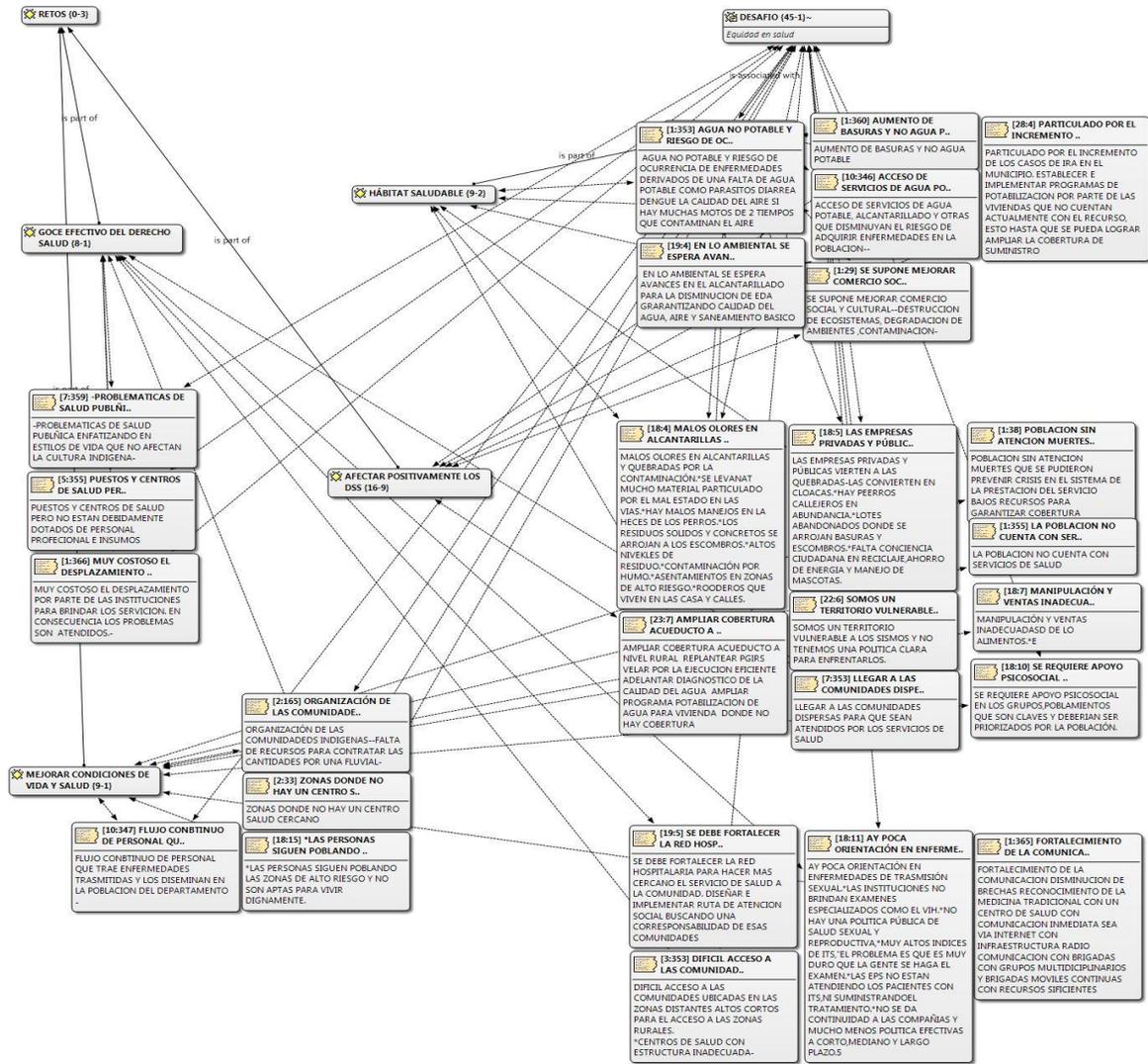
Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Dirección de Epidemiología y Demografía. 2012 -2012/11-12-2012

4. Región Central



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Dirección de Epidemiología y Demografía. 2012-2012/13-12-2012

5. Región Amazonía y Orinoquía



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Dirección de Epidemiología y Demografía-2012/14-12-2012

Anexo 4. Información de soporte del Análisis de situación de salud

Anexo 5

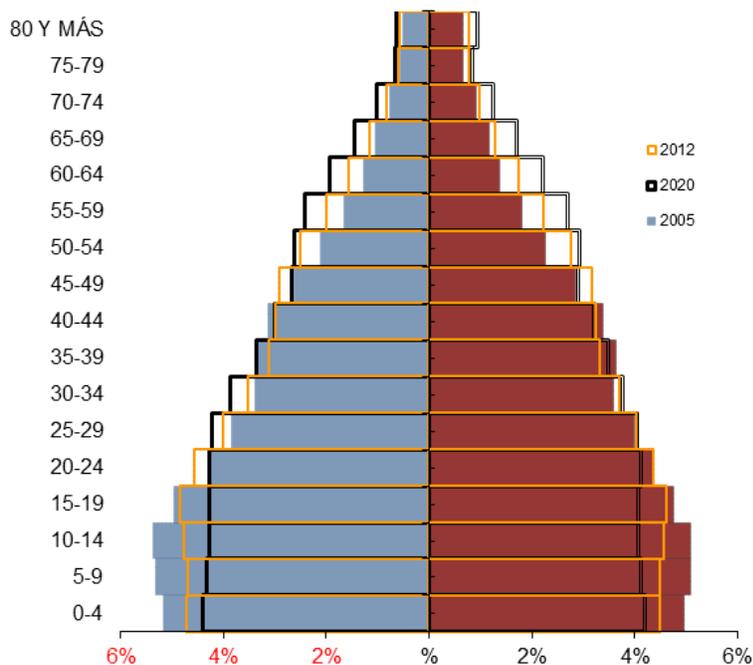


Figura 1. Distribución de la población proyectada 2005 a 2020

Fuente: Elaborado a partir de las estimaciones de población 1985-2005 y proyecciones de población 2005-2020 nacional, departamental y municipal por sexo, grupos quinquenales de edad. Información a junio 30 de 2012. DANE.

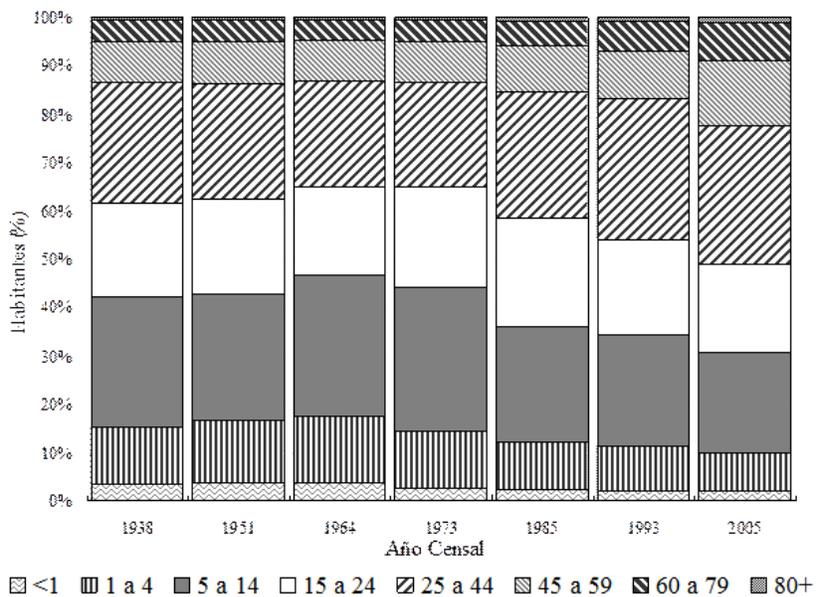


Figura 2. Población según grupos de edad, Colombia, 1938 a 2005

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE

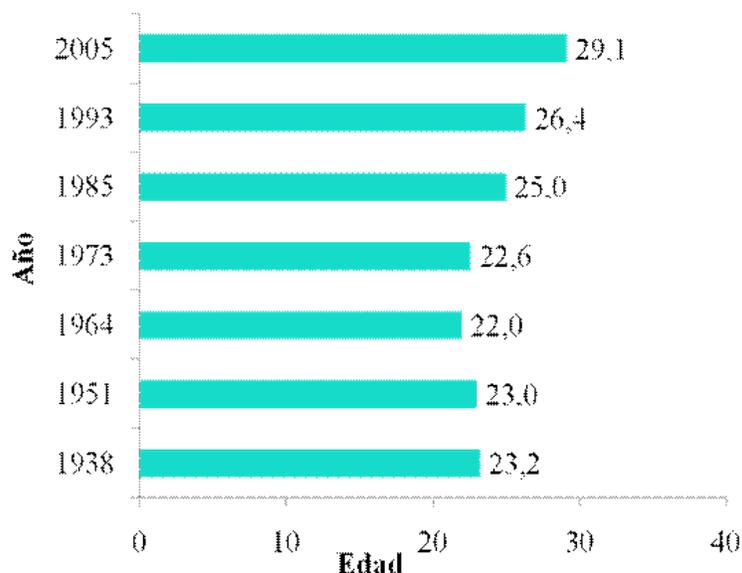


Figura 3. Edad promedio de la población, Colombia, 1938-2005

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE

Tabla 1. Indicadores Demográficos

Índice Demográfico	Año		
	2005	2012	2020
Población total	42.888.592	46.581.823	48.723.700
Población Masculina	21.169.835	22.997.087	23.584.736
Poblacion femenina	21.718.757	23.584.736	25.138.964
Razón hombre:mujer	97,47	97,51	93,82
Razón niños:mujer	38,03	34,78	33,18
Índice de infancia	31,01	27,74	26,55
Índice de juventud	26,28	26,44	25,80
Índice de vejez	6,25	7,00	7,61
Índice de envejecimiento	20,17	25,22	28,65
Índice demográfico de dependencia	59,41	53,23	51,86
Índice de dependencia infantil	49,44	42,51	40,31
Índice de dependencia mayores	9,97	10,72	11,55
Índice de Friz	156,97	142,97	134,46

Fuente: Elaborado a partir de las estimaciones de población 1985-2005 y proyecciones de población 2005-2020 nacional, departamental y municipal por sexo, grupos quinquenales de edad. Información a junio 30 de 2012. Departamento Administrativo Nacional de Estadística

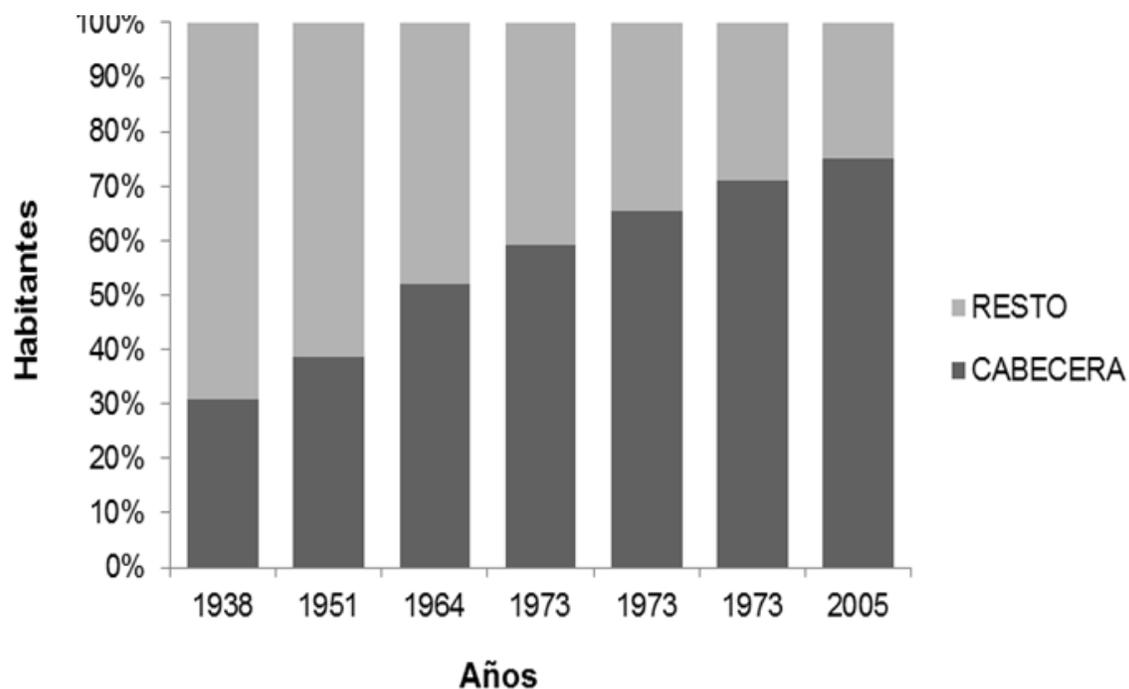


Figura 4. Urbanización de la población, Colombia 1938 – 2005

F.I. Ministerio de Salud y Protección Social: Análisis de la Situación de Salud de Colombia 2002-2007

Tabla 2. Población por grupos étnicos, Colombia, 2005

Grupo Étnico	Número de personas	%
Rom (Gitano)	4.857	0,01
Raizal (San Andrés y Providencia)	30.565	0,07
Indígena	1.392.623	3,36
Negro, mulato, afrocolombiano o afro descendiente	4.281.192	10,32
Ninguno	35.759.147	86,23
Total	41.468.384	100

Fuente: Censo 2005 – Infraestructura Colombiana de datos, DANE.

Tabla 3. Esperanza de Vida según sexo, Colombia 1985-2020

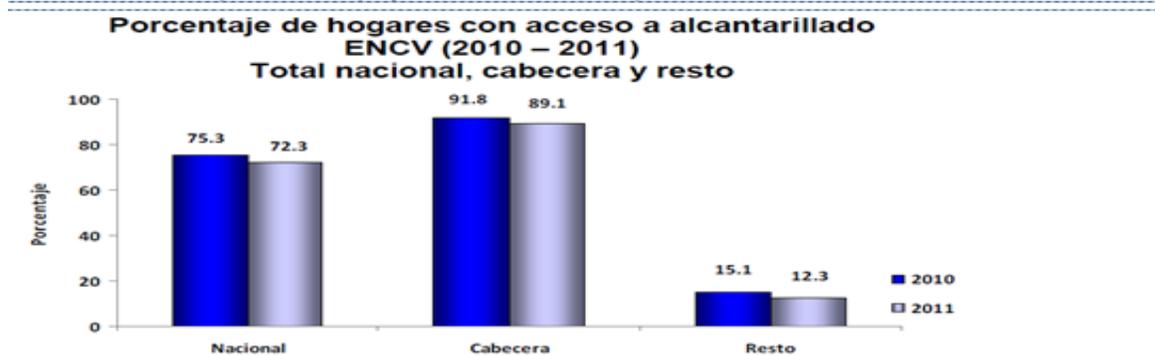
PERIODO	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
1985-1990	64,65	71,52	67,99
1990-1995	65,34	73,37	69,25
1995-2000	67,07	74,95	70,90
2000-2005	69,00	76,31	72,56
2005-2010	70,67	77,51	74,00
2010-2015	72,07	78,54	75,22
2015-2020	73,08	79,39	76,15

Fuente: DANE. Indicadores demográficos según departamento 1985-2020. Conciliación Censal 1985-2005 y Proyecciones de Población 2005-2020.



Fuente: DANE - ENCV

Nota: Datos expandidos con proyecciones estimadas de población, con base en los resultados del Censo 2005

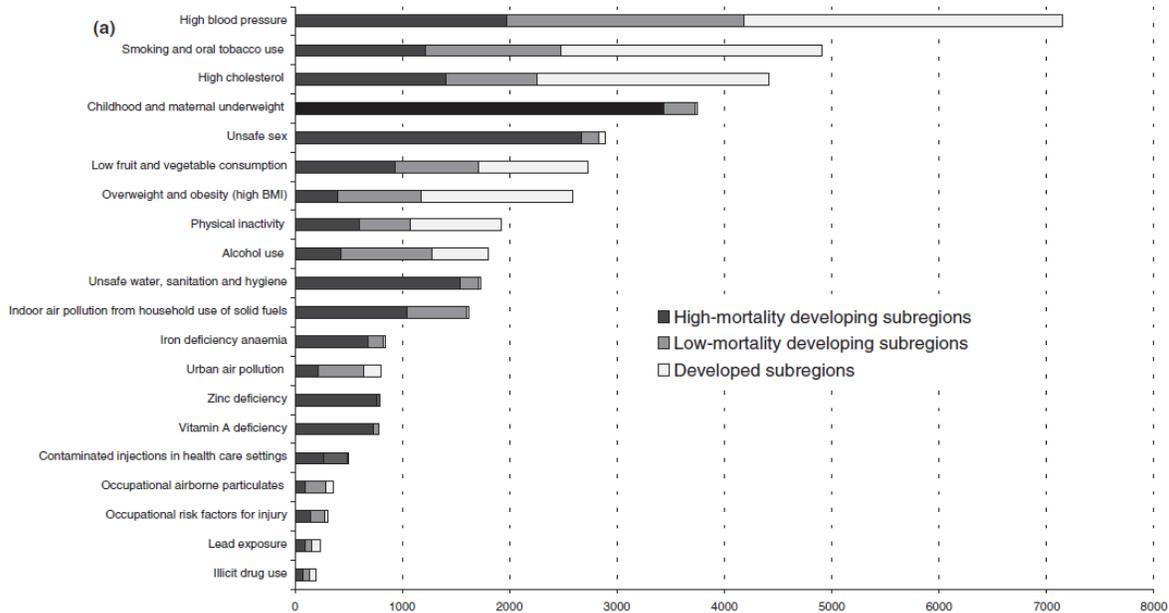


Fuente: DANE - ENCV

Nota: Datos expandidos con proyecciones estimadas de población, con base en los resultados del Censo 2005

Figura 5. Cobertura de servicios Públicos, Colombia 2010 – 2011

Fuente: DANE-ENCV.



Attributable mortality in thousands (total 55.86 million)
Figura 6. Mortalidad por factores de riesgo global
 Fuente: Global Burden of Disease, OMS 2004 /

Tabla 4. Mortalidad registrada. Colombia 1993 – 2012

Año de Defunción	No. de Muertes
1993	168.647
1994	168.568
1995	169.896
1996	173.506
1997	170.753
1998	175.363
1999	183.553
2000	187.432
2001	191.513
2002	192.262
2003	192.121
2004	188.933
2005	189.022
2006	192.814
2007	193.936
2008	196.943
2009	196.933
2010	200.524
2011p	180.011
2012p	119.849
Total	3.632.579

Promedio 181.629

Fuente: Estadísticas vitales. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Consultado marzo 2013. p: cifras preliminar

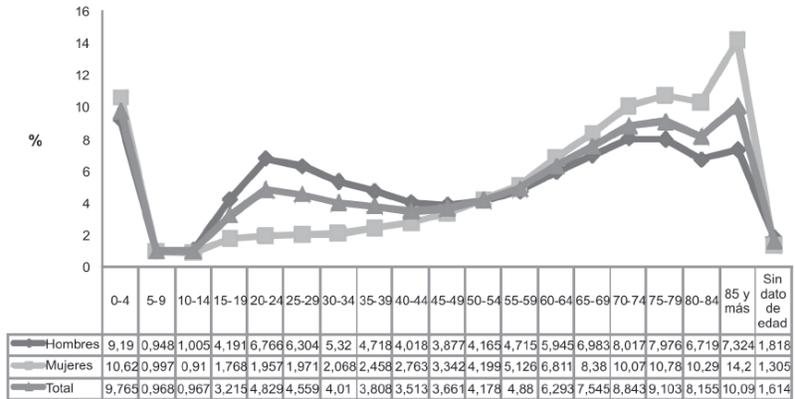


Figura 7. Distribución porcentual de las defunciones por edad y sexo. Mortalidad registrada. Colombia, 1985-2006

Fuente: Tomado de ASIS Tomo III – Universidad de Antioquia, elaborados a partir de los registros de Estadísticas vitales. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), 1985 – 2006.

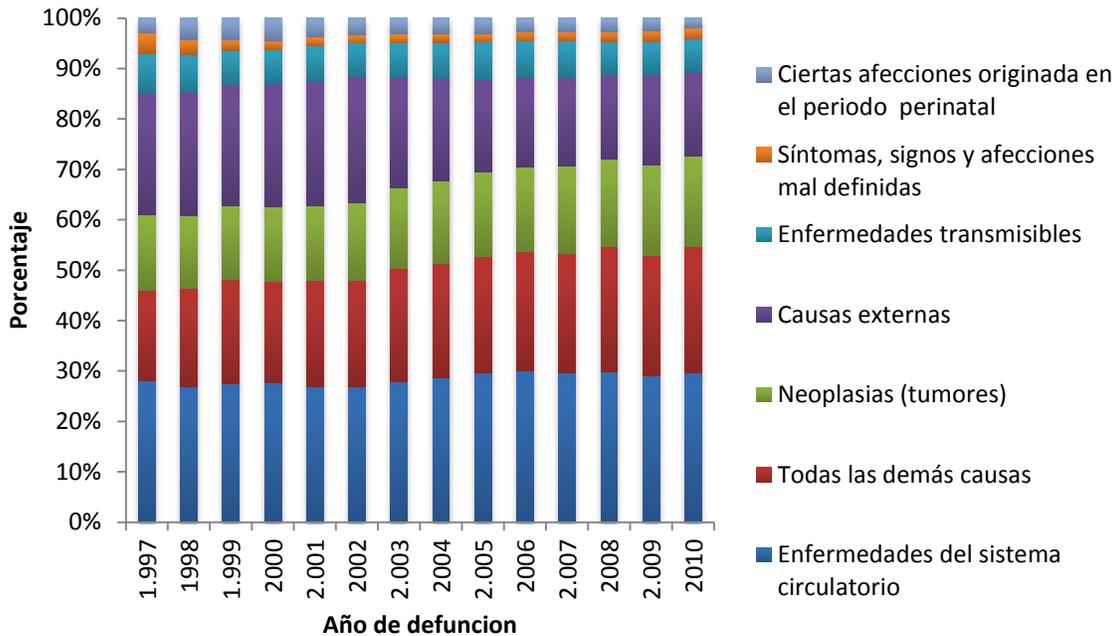


Figura 8. Mortalidad general según grandes causas (lista 6/67). Colombia, 1997-2010

Fuente: Estadísticas vitales. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Consultado marzo 2013.

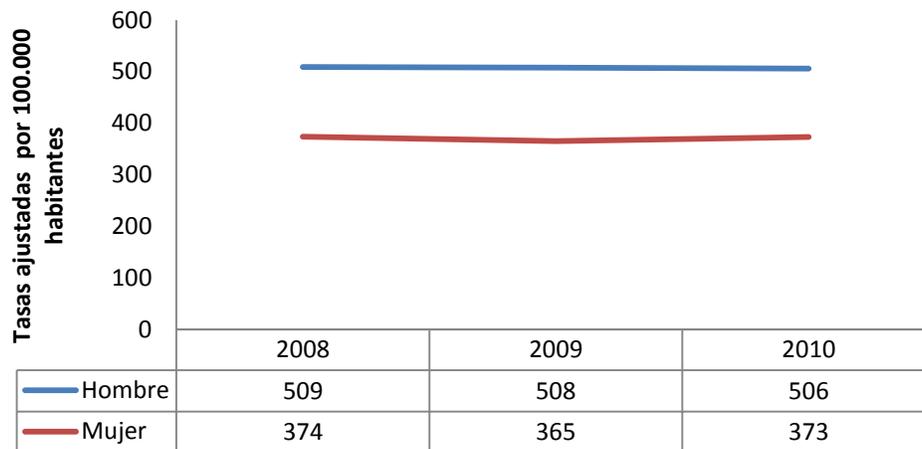


Figura 9. Tasas ajustadas por edad según sexo. Colombia, 2008-2010

Fuente: Estadísticas vitales. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Consultado enero 2013. Las tasas se ajustaron con la población mundial SEGI

Tabla 5. Causas de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio según lista 6/67. Colombia 1997 – 2010

Causas de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio (lista 6/67)	AÑO																								Total periodo					
	1997		1998		1999		2000		2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010		1997-2010	
	No	%	No	%	No	%	No	%																						
Enfermedades isquémicas del corazón	20188	42,2%	20244	43,0%	21908	43,6%	22399	43,4%	23125	44,8%	22920	44,3%	23532	44,1%	24732	45,6%	26322	47,1%	26763	46,3%	27106	47,1%	28752	48,9%	27618	48,1%	29394	49,5%	345003	45,7%
Enfermedades cerebrovasculares	12713	26,6%	306	0,7%	13393	26,6%	13979	27,1%	13569	26,3%	13637	26,4%	13948	26,1%	13682	25,2%	13833	24,8%	14285	24,7%	14095	24,5%	14474	24,6%	13884	24,2%	13661	23,0%	179459	23,8%
Enfermedades hipertensivas	4458	9,3%	4679	9,9%	5490	10,9%	5391	10,4%	5425	10,5%	5572	10,8%	5577	10,5%	5583	10,3%	5166	9,2%	5462	9,5%	5382	9,3%	5734	9,8%	5665	9,9%	6359	10,7%	75943	10,1%
Insuficiencia cardíaca	4573	9,6%	12695	27,0%	3902	7,8%	3900	7,6%	2922	5,7%	2818	5,4%	3292	6,2%	3529	6,5%	3656	6,5%	4112	7,1%	3720	6,5%	3130	5,3%	3233	5,6%	3091	5,2%	58573	7,8%
Enf. cardiopulmonar, de la circulación pulmonar y otras formas de enf. Corazón	3454	7,2%	3387	7,2%	3434	6,8%	3632	7,0%	4137	8,0%	4215	8,1%	4377	8,2%	4117	7,6%	4368	7,8%	4423	7,7%	4524	7,9%	3926	6,7%	4505	7,9%	4420	7,4%	56919	7,5%
Otras de enfermedades del sistema circulatorio	1535	3,2%	0	0,0%	1534	3,0%	1719	3,3%	1852	3,6%	2001	3,9%	2059	3,9%	2068	3,8%	2149	3,8%	2260	3,9%	2302	4,0%	2315	3,9%	2211	3,9%	2137	3,6%	26142	3,5%
Aterosclerosis	466	1,0%	1574	3,3%	329	0,7%	333	0,6%	283	0,5%	274	0,5%	262	0,5%	280	0,5%	116	0,2%	197	0,3%	195	0,3%	98	0,2%	82	0,1%	68	0,1%	4557	0,6%
Paro cardíaco	215	0,4%	3892	8,3%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,0%	2	0,0%	49	0,1%	0,0%	10	0,0%	9	0,0%	29	0,1%	9	0,0%	18	0,0%	35	0,1%	4269	0,6%	
Fiebre reumática aguda y enfermedades cardíacas reumáticas crónicas	251	0,5%	277	0,6%	315	0,6%	286	0,6%	280	0,5%	284	0,5%	247	0,5%	284	0,5%	239	0,4%	276	0,5%	258	0,4%	304	0,5%	144	0,3%	233	0,4%	3678	0,5%
Total	47853	100,0%	47054	100,0%	50305	100,0%	51639	100,0%	51594	100,0%	51723	100,0%	53343	100,0%	54275	100,0%	55859	100,0%	57787	100,0%	57611	100,0%	58742	100,0%	57360	100,0%	59398	100,0%	754543	100,0%

Fuente: Estadísticas vitales. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Consultado marzo 2013

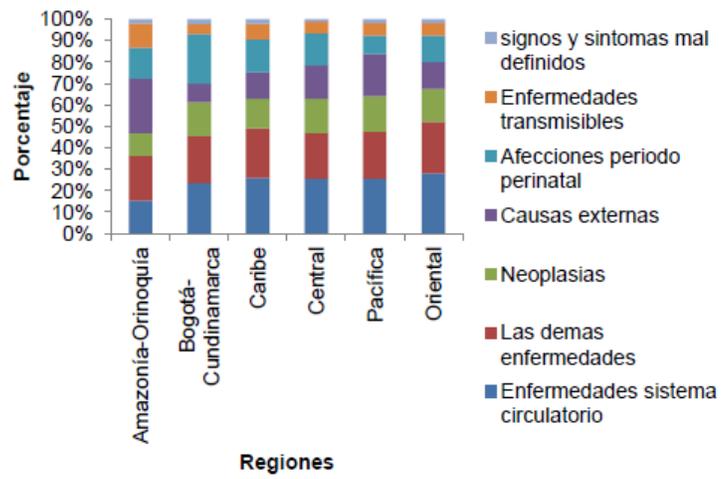


Figura 10. Mortalidad por regiones. Colombia, 2010

Fuente: Tomado del Análisis de situación por regiones, elaborado a partir de los datos de mortalidad del DANE dispuestos en el Cubo EEVV-SISPRO.

Tabla 6. Causas de mortalidad por neoplasias según lista 6/67. Colombia 1997 – 2010

Causas de mortalidad por neoplasias (lista 6/67)	AÑO																								Total periodo					
	1997		1998		1999		2000		2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010		1997 - 2010	
	No	%	No	%	No	%	No	%																						
Otros tumores malignos	4324	17,2%	4213	16,6%	4487	16,7%	4429	15,9%	4429	15,6%	4663	15,8%	4863	15,8%	4700	15,2%	4792	15,2%	4822	15,0%	5066	15,1%	4911	14,4%	5197	14,8%	5106	14,2%	66002	15,45%
Tumor maligno del estómago	3913	15,5%	3974	15,7%	4112	15,3%	4408	15,9%	4322	15,2%	4281	14,5%	4406	14,3%	4354	14,1%	4540	14,4%	4551	14,1%	4726	14,1%	4553	13,4%	4453	12,7%	4526	12,6%	61119	14,31%
Tumor maligno de la tráquea, bronquios y pulmón	2678	10,6%	2605	10,3%	2877	10,7%	2892	10,4%	3047	10,7%	3166	10,7%	3324	10,8%	3596	11,6%	3697	11,7%	3812	11,8%	3824	11,4%	3849	11,3%	3899	11,1%	3994	11,1%	47260	11,06%
Tumor maligno del tejido linfático, órganos hematopoyéticos y de tejidos afines	2163	8,6%	2226	8,8%	2466	9,2%	2471	8,9%	2393	8,4%	2700	9,1%	2729	8,9%	2710	8,8%	2841	9,0%	2832	8,8%	2948	8,8%	3000	8,8%	3095	8,8%	3200	8,9%	37774	8,84%
Tumor maligno hígado y vías biliares	1933	7,7%	1970	7,8%	2032	7,5%	2023	7,3%	2144	7,6%	2221	7,5%	2290	7,5%	2371	7,7%	2296	7,3%	2393	7,4%	2346	7,0%	2467	7,3%	2384	6,8%	2493	6,9%	31363	7,34%
Tumor maligno de la próstata	1581	6,3%	1722	6,8%	1828	6,8%	2021	7,3%	2023	7,1%	2057	7,0%	2220	7,2%	2240	7,2%	2277	7,2%	2198	6,8%	2402	7,2%	2457	7,2%	2419	6,9%	2449	6,8%	29894	7,00%
Tumor maligno del útero	1964	7,8%	2051	8,1%	2126	7,9%	2152	7,7%	2131	7,5%	2205	7,5%	2204	7,2%	2115	6,8%	2126	6,7%	2023	6,3%	2037	6,1%	2121	6,2%	2086	5,9%	2106	5,8%	29447	6,89%
Tumor maligno de la mama	1345	5,3%	1343	5,3%	1449	5,4%	1559	5,6%	1651	5,8%	1730	5,9%	1859	6,1%	1872	6,0%	1870	5,9%	1929	6,0%	2129	6,4%	2082	6,1%	2252	6,4%	2409	6,7%	25479	5,96%
Tumor maligno del colon	1101	4,4%	1135	4,5%	1282	4,8%	1281	4,6%	1341	4,7%	1397	4,7%	1527	5,0%	1619	5,2%	1579	5,0%	1744	5,4%	1808	5,4%	1871	5,5%	2013	5,7%	2130	5,9%	21828	5,11%
Tumor maligno de otros órganos genitourinarios	1093	4,3%	1137	4,5%	1207	4,5%	1271	4,6%	1326	4,7%	1365	4,6%	1485	4,8%	1515	4,9%	1642	5,2%	1596	5,0%	1700	5,1%	1704	5,0%	1806	5,1%	1822	5,1%	20669	4,84%
Tumor maligno órganos digestivos y del peritoneo, excluy. estómago y colon	1199	4,8%	1139	4,5%	1175	4,4%	1288	4,6%	1296	4,6%	1322	4,5%	1418	4,6%	1467	4,7%	1432	4,5%	1536	4,8%	1555	4,6%	1650	4,9%	1612	4,6%	1620	4,5%	19709	4,61%
Tumor maligno del páncreas	852	3,4%	876	3,5%	852	3,2%	930	3,3%	903	3,2%	946	3,2%	986	3,2%	1003	3,2%	1049	3,3%	1113	3,5%	1169	3,5%	1247	3,7%	1288	3,7%	1309	3,6%	14523	3,40%
Carcinoma In Situ, tumores benignos y de comportamiento incierto o desconocido	482	1,9%	418	1,7%	506	1,9%	509	1,8%	783	2,8%	897	3,0%	874	2,8%	834	2,7%	854	2,7%	1145	3,6%	1263	3,8%	1518	4,5%	2021	5,8%	2345	6,5%	14449	3,38%
Tumor maligno órganos respiratorios e intratorácicos, exc. tráquea, bronquios y pulmón	537	2,1%	505	2,0%	533	2,0%	551	2,0%	596	2,1%	589	2,0%	526	1,7%	570	1,8%	576	1,8%	542	1,7%	539	1,6%	568	1,7%	574	1,6%	522	1,4%	7728	1,81%
Total	25165	100%	25314	100%	26932	100%	27785	100%	28385	100%	29539	100%	30711	100%	30966	100%	31571	100%	32236	100%	33512	100%	33998	100%	35099	100%	36031	100%	427244	100%

Fuente: Estadísticas vitales. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Consultado marzo 2013

Tabla 7. Causas de mortalidad por causas externas según lista 6/67. Colombia 1997 – 2010

Causas de mortalidad por causas externas (lista 6/67)	AÑO																								Total periodo					
	1997		1998		1999		2000		2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010		1997 - 2010	
	No	%	No	%	No	%	No	%																						
Agresiones (homicidios), inclusive secuelas	22748	55,4%	24715	57,7%	25855	58,8%	28789	62,5%	30103	63,8%	31807	65,7%	25612	61,2%	22369	58,1%	18875	54,6%	18024	52,5%	17789	52,0%	16952	51,1%	19707	55,6%	18439	54,9%	321784	58,0%
Accidentes de transporte terrestre, inclusive secuelas	5864	14,3%	8275	19,3%	7624	17,3%	7295	15,8%	7133	15,1%	6971	14,4%	6657	15,9%	6448	16,7%	6063	17,5%	6333	18,4%	6634	19,4%	6500	19,6%	6603	18,6%	6038	18,0%	94438	17,0%
Eventos de intención no determinada, inclusive secuelas	4260	10,4%	2590	6,0%	2559	5,8%	2568	5,6%	2466	5,2%	2212	4,6%	2208	5,3%	2248	5,8%	1962	5,7%	1916	5,6%	1872	5,5%	2279	6,9%	2171	6,1%	2301	6,8%	33612	6,1%
Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios), inclusive secuelas	1266	3,1%	2117	4,9%	2167	4,9%	2383	5,2%	2429	5,1%	2398	5,0%	2287	5,5%	2264	5,9%	2120	6,1%	2188	6,4%	2209	6,5%	2234	6,7%	2261	6,4%	2118	6,3%	30441	5,5%
Otros accidentes, inclusive secuelas	2892	7,0%	1854	4,3%	2602	5,9%	1811	3,9%	1957	4,1%	2011	4,2%	1942	4,6%	1902	4,9%	2060	6,0%	2154	6,3%	2063	6,0%	1933	5,8%	1675	4,7%	1790	5,3%	28646	5,2%
Ahogamiento y sumersión accidentales	1137	2,8%	1302	3,0%	1246	2,8%	1147	2,5%	1128	2,4%	1104	2,3%	1068	2,6%	1118	2,9%	1021	3,0%	1077	3,1%	1012	3,0%	1046	3,2%	932	2,6%	964	2,9%	15302	2,8%
Caidas	690	1,7%	1018	2,4%	1037	2,4%	981	2,1%	963	2,0%	1010	2,1%	1077	2,6%	1110	2,9%	1138	3,3%	1178	3,4%	1196	3,5%	1286	3,9%	1281	3,6%	1218	3,6%	15183	2,7%
Intervención legal y operaciones de guerra, inclusive secuelas	70	0,2%	159	0,4%	241	0,5%	420	0,9%	305	0,6%	288	0,6%	448	1,1%	503	1,3%	797	2,3%	884	2,6%	851	2,5%	442	1,3%	360	1,0%	295	0,9%	6063	1,1%
Otros accidentes de transporte y los no especificados, inclusive secuelas	1362	3,3%	310	0,7%	70	0,2%	124	0,3%	133	0,3%	92	0,2%	74	0,2%	50	0,1%	95	0,3%	104	0,3%	99	0,3%	62	0,2%	33	0,1%	78	0,2%	2686	0,5%
Exposición al humo, fuego y llamas	220	0,5%	200	0,5%	191	0,4%	190	0,4%	218	0,5%	181	0,4%	160	0,4%	126	0,3%	121	0,3%	165	0,5%	153	0,4%	114	0,3%	124	0,3%	88	0,3%	2251	0,4%
Envenenamiento accidental por, y exposición a sustancias nocivas	164	0,4%	150	0,4%	118	0,3%	125	0,3%	152	0,3%	117	0,2%	119	0,3%	158	0,4%	127	0,4%	123	0,4%	137	0,4%	144	0,4%	102	0,3%	135	0,4%	1871	0,3%
Complicaciones de la atención médica y quirúrgica, inclusive secuelas	190	0,5%	25	0,1%	162	0,4%	70	0,2%	78	0,2%	95	0,2%	64	0,2%	61	0,2%	65	0,2%	99	0,3%	77	0,2%	100	0,3%	90	0,3%	44	0,1%	1220	0,2%
Accidentes causados por disparo de armas de fuego	201	0,5%	73	0,2%	64	0,1%	99	0,2%	73	0,2%	110	0,2%	105	0,3%	97	0,3%	99	0,3%	61	0,2%	76	0,2%	46	0,1%	45	0,1%	48	0,1%	1197	0,2%
Accidentes causados por máquinas y por instrumentos cortantes o punzantes	23	0,1%	35	0,1%	23	0,1%	29	0,1%	37	0,1%	42	0,1%	44	0,1%	49	0,1%	38	0,1%	39	0,1%	48	0,1%	48	0,1%	46	0,1%	45	0,1%	546	0,1%
Total	41087	100,0%	42823	100,0%	43959	100,0%	46031	100,0%	47175	100,0%	48438	100,0%	41865	100,0%	38503	100,0%	34581	100,0%	34345	100,0%	34216	100,0%	33186	100,0%	35430	100,0%	33601	100,0%	555240	100,0%

Fuente: Estadísticas vitales. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Consultado marzo 2013

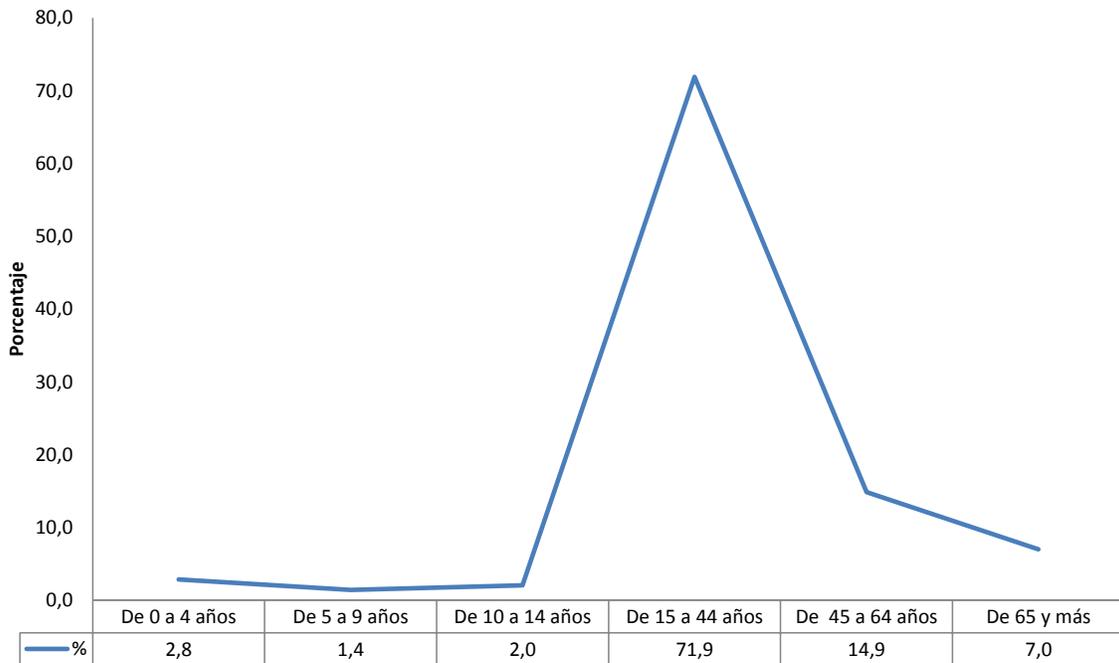


Figura 11. Mortalidad por causa externa según grupos de edad. Colombia

Fuente: Estadísticas vitales. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Consultado marzo 2013

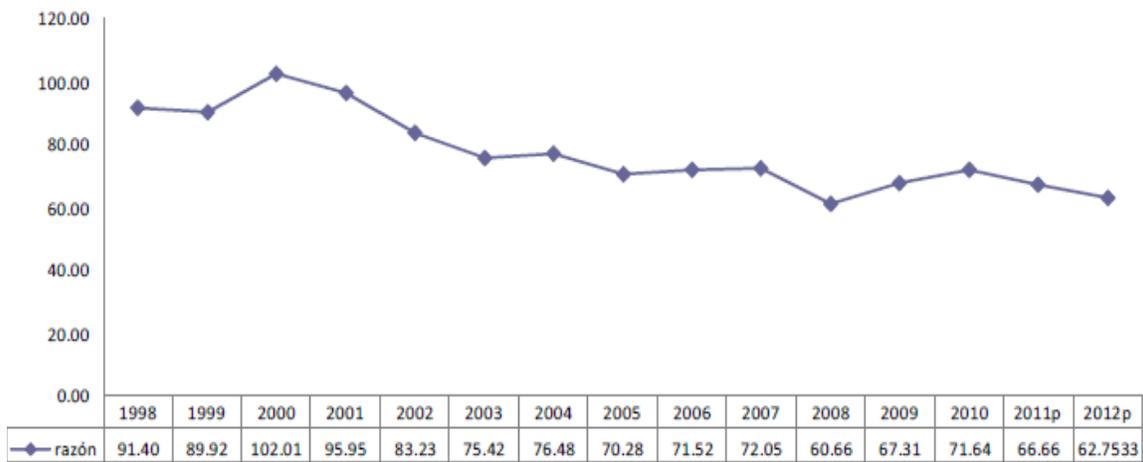


Figura 12. Tendencia de la Razón de Mortalidad Materna Colombia 1998 – 2012(p). Tasa por 100.000 nacidos vivos.

Fuente: INS. Defunciones maternas 1998-2010: Estadísticas Vitales DANE; 2011-2012: información preliminar SIVIGILA.

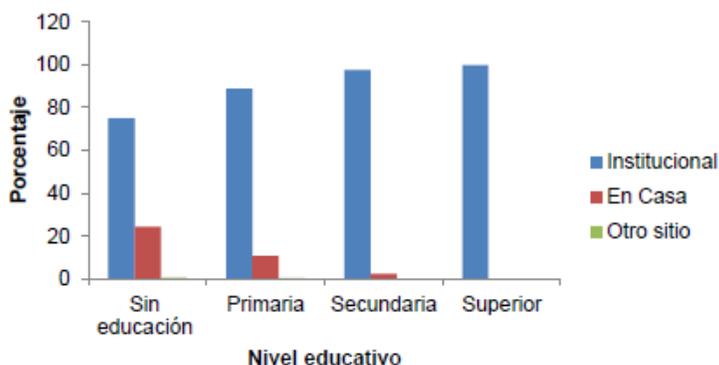


Figura 13. Cobertura de atención institucional del parto según nivel educativo. Colombia, 2010

Fuente: Tomado del Análisis de situación por regiones, elaborado a partir de los datos disponibles en la Encuesta de Demografía y Salud. 2010

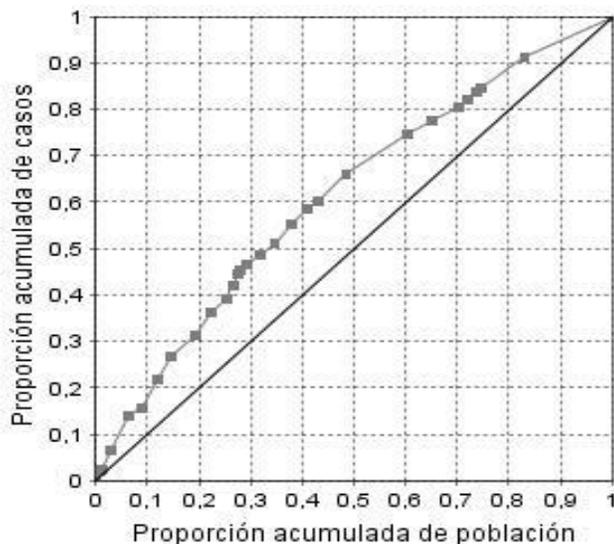


Figura 14. Curva de concentración, mortalidad materna relacionada con NBI. Colombia, 2010

Fuente: Tomado del Análisis de situación por regiones, elaborado a partir de los datos del DANE dispuestos en el Cubo de indicadores-SISPRO y Necesidades Básicas Insatisfechas - NBI, por Total, Cabecera y Resto, según Departamento y Nacional a 30 Junio de 2012. DANE

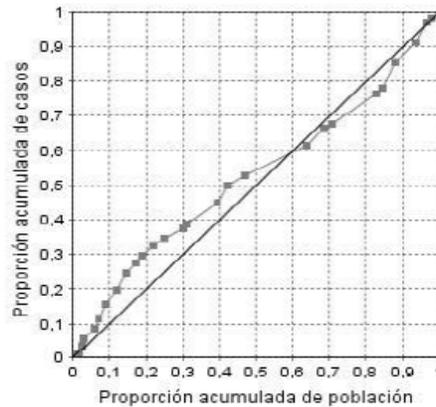


Figura 15. Curva de concentración, mortalidad materna relacionada con tasa neta de cobertura de educación básica y media. Colombia, 2010.

Fuente: Tomado del Análisis de situación por regiones, elaborado a partir de los datos del DANE dispuestos en el Cubo de indicadores-SISPRO y las estadísticas del sector educativo del Ministerio de Educación Nacional. Disponible en: http://menweb.mineducacion.gov.co/seguimiento/estadisticas/principal.php?seccion=9&id_categoria=2&nivel=9&dpto=&mun=&ins=&et=&sede=&consulta_detalle=total&consulta=cobertura. Consultado el 18 de enero de 2013

Tabla 8. Primeras cinco causas de mortalidad en menores de 1 año según lista 6/67. Colombia 2005 – 2010

Causas de mortalidad en menores de 1 año según lista 6/67	Año de defunción						Total periodo 2005 a 2010	Porcentaje
	2005	2006	2007	2008	2009	2010		
Trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal	2860	2516	2409	2568	2347	1806	14506	23,4
Malformaciones congénitas, deformidades, y anomalías cromosómicas	2190	2292	2301	2407	2070	2094	13354	21,6
Otras afecciones originadas en periodo perinatal	1175	1184	1197	1094	935	882	6467	10,5
Sepsis bacteriana del recién nacido	984	836	940	768	712	536	4776	7,7



Infecciones respiratorias agudas	813	803	762	694	592	488	4152	6,7
Total Nacional	11456	11049	10867	10560	9580	8355	61867	100,0

Fuente: Estadísticas vitales. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Consultado marzo 2013

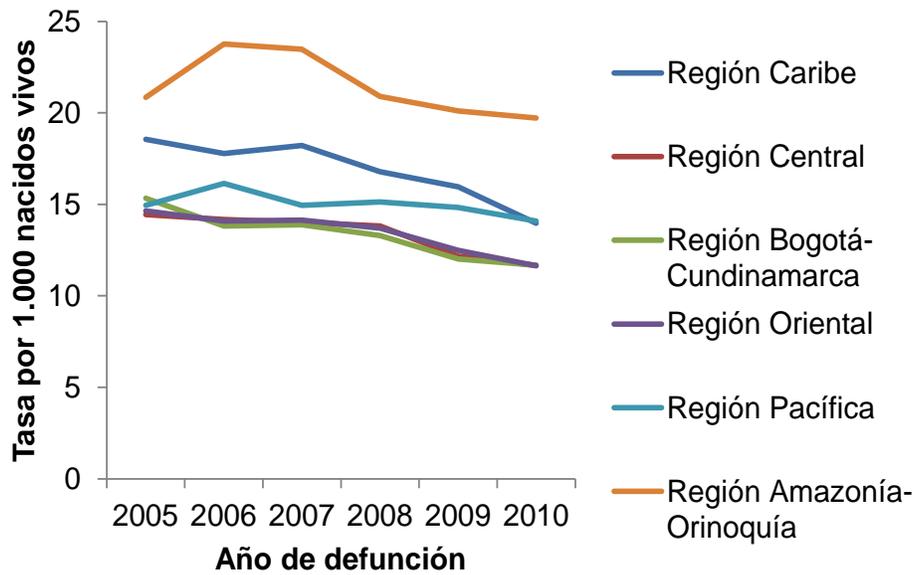


Figura 16. Tasa de mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos- Colombia, 2005-2010

Fuente: Tomado del Análisis de situación por regiones, elaborado a partir de los datos del DANE dispuestos en el Cubo de indicadores-SISPRO, consultado enero de 2013

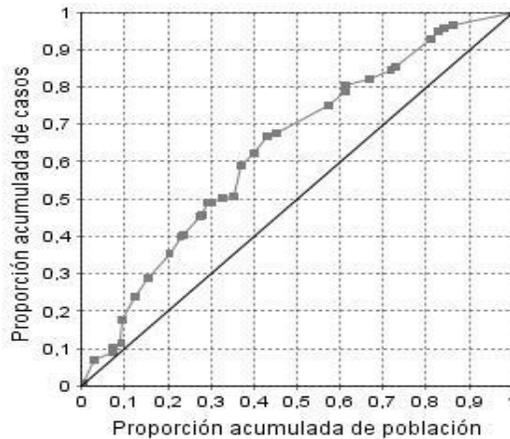




Figura 17. Curva de concentración, mortalidad por EDA en menores de cinco años relacionado con porcentaje de población en viviendas inadecuadas*. Colombia, 2010

Fuente: Tomado del Análisis de situación por regiones, elaborado a partir de los datos del DANE dispuestos en el Cubo de indicadores-SISPRO y Necesidades Básicas Insatisfechas - NBI, por Total, Cabecera y Resto, según Departamento y Nacional a 30 Junio de 2012. DANE

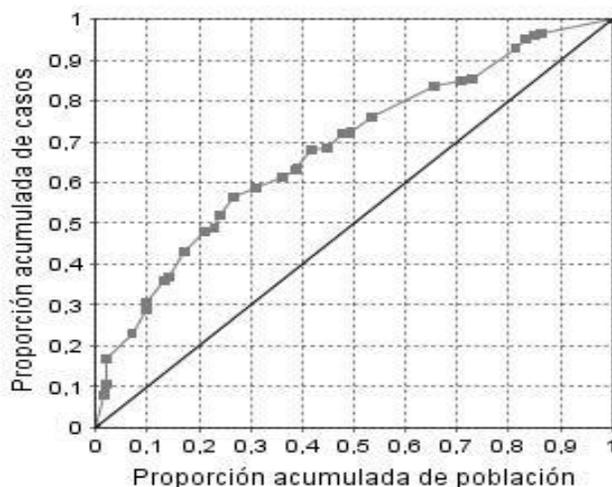


Figura 18. Curva de concentración, mortalidad por EDA en menores de cinco años relacionado con porcentaje de población con servicios inadecuados*. Colombia, 2010

Fuente: Tomado del Análisis de situación por regiones, elaborado a partir de los datos del DANE dispuestos en el Cubo de indicadores-SISPRO y Necesidades Básicas Insatisfechas - NBI, por Total, Cabecera y Resto, según Departamento y Nacional a 30 Junio de 2012. DANE

Tabla 9. Morbilidad Sentida. Colombia, 1965 - 2007

Estudio	Hombres	Mujeres	General
Investigación Nacional de Morbilidad 1965-66	36,3	41,0	38,7
Estudio Nacional de Salud 1977-80	37,8	44,3	41,1
Encuesta CAPS 1986-1989	21,3	26,2	23,9
Encuesta de calidad de vida 2003			11,5
Encuesta Nacional de salud 2007	29,5	35,4	32,6

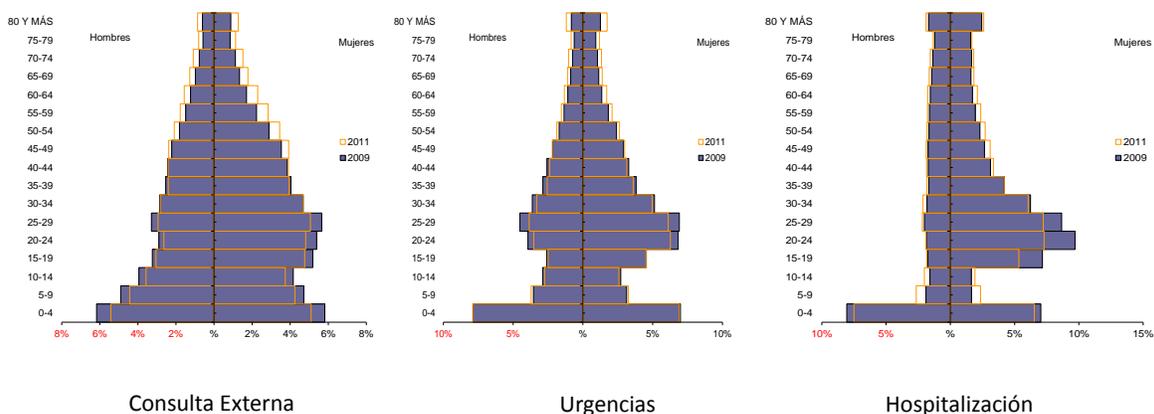


Figura 19. Distribución de atenciones por tipo de servicio, edad y sexo, Colombia, 2009 y 2011

Fuente: Elaboración a partir de los datos de morbilidad del Cubo RIPS-SISPRO Consultado enero de 2013.

Tabla 10. Diez primeras causas registradas en el servicio de consulta externa por sexo. Colombia, 2011

CIE X	Diagnóstico	Femenino		Masculino	
		Personas Atendidas	Porcentaje	Personas Atendidas	Porcentaje
I10X	Hipertensión esencial (primaria)	1060327	11,2	592324	8,7
K021	Caries de la dentina	811265	8,5	590319	8,7
J00X	Rinofaringitis aguda (resfriado comun)	584078	6,1	455037	6,7
A09X	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	363190	3,8	328356	4,8
N390	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	538377	5,7	149543	2,2
M545	Lumbago no especificado	357837	3,8	269562	4,0
K051	Gingivitis crónica	359941	3,8	265758	3,9
R51X	Cefalea	436616	4,6	172692	2,5
R104	Otros dolores abdominales y los no especificados	369355	3,9	185807	2,7
B829	Parasitosis intestinal, sin otra especificación	244955	2,6	216173	3,2
Total consultas		9500025	100	6810146	100

Fuente: Elaboración a partir de los datos de morbilidad del Cubo RIPS-SISPRO Consultado enero de 2013.



Tabla 11. Diez primeras causas registradas en el servicio de urgencias por sexo. Colombia, 2011

CIE X	Diagnóstico	Femenino		Masculino	
		Personas Atendidas	Porcentaje	Personas Atendidas	Porcentaje
A09X	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	67715	6,2	63233	7,4
R104	Otros dolores abdominales y los no especificados	75592	6,9	41852	4,9
R509	Fiebre, no especificada	50870	4,6	51903	6,1
J00X	Rinofaringitis aguda (resfriado comun)	42173	3,8	38505	4,5
R51X	Cefalea	50522	4,6	21504	2,5
N390	Infeccion de vias urinarias, sitio no especificado	50794	4,6	14570	1,7
J039	Amigdalitis aguda, no especificada	27049	2,5	26083	3,1
M545	Lumbago no especificado	21862	2,0	21859	2,6
R101	Dolor abdominal localizado en parte superior	26014	2,4	14373	1,7
R11X	Nausea y vomito	21362	1,9	16643	2,0
Total urgencias		1100626	100	851938	100

Fuente: Elaboración a partir de los datos de morbilidad del Cubo RIPS-SISPRO Consultado enero de 2013.

Tabla 12. Diez primeras causas de morbilidad registrada por egreso hospitalario según sexo. Colombia, 2011

CIE X	Diagnóstico	Femenino		Masculino	
		Personas Atendidas	Porcentaje	Personas Atendidas	Porcentaje
N390	Infeccion de vias urinarias, sitio no especificado	25769	4,4	8836	2,5
A09X	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	16666	2,9	15026	4,3
R104	Otros dolores abdominales y los no especificados	11751	2,0	6394	1,8
R509	Fiebre, no especificada	8089	1,4	8146	2,3
J00X	Rinofaringitis aguda (resfriado comun)	8547	1,5	7195	2,1
K359	Apendicitis aguda, no especificada	8009	1,4	7622	2,2
J180	Bronconeumonia, no especificada	7625	1,3	7944	2,3
J189	Neumonia, no especificada	6594	1,1	6626	1,9
J219	Bronquiolitis aguda, no especificada	5280	0,9	6690	1,9
R51X	Cefalea	6777	1,2	2853	0,8
Total hospitalizacion		582747	100	350812	100

Fuente: Elaboración a partir de los datos de morbilidad del Cubo RIPS-SISPRO Consultado enero de 2013.

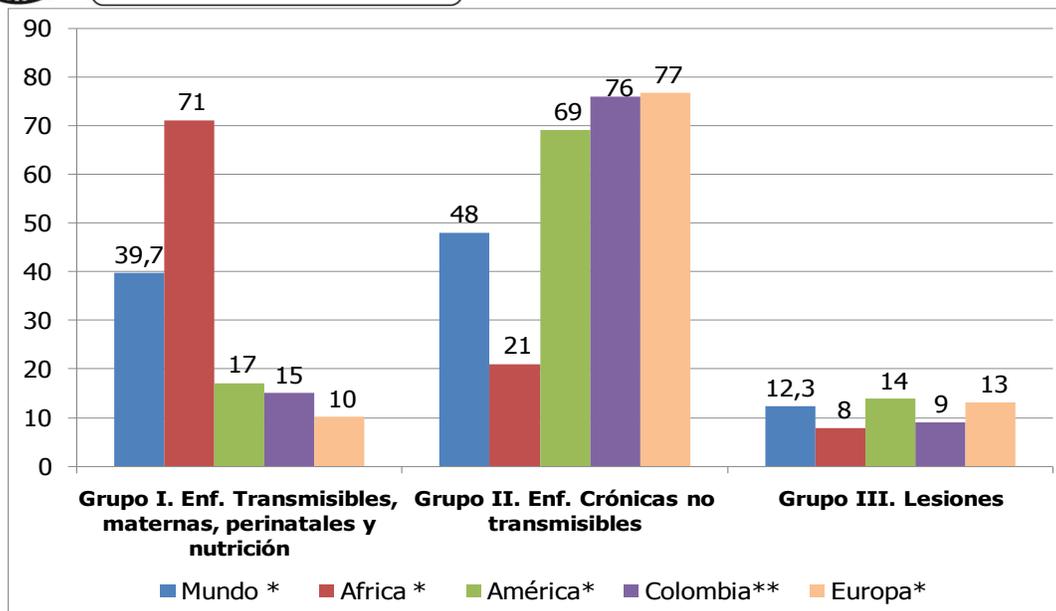


Figura 20. Perfil de Enfermedad por grandes grupos de causas

Fuente: * Global Burden of Disease, OMS 2004 / Colombia

Tabla 13. Veinte primeras causas según AVISAS (x 1000 personas) en ambos sexos de todas las edades, Carga de Enfermedad Colombia 2005

Orden	Causa	AVISAS Totales	AVISAS Discapacidad	AVISAS Mortalidad
1	Cardiopatía hipertensiva	53,521	52,627	0,895
2	Depresión mayor unipolar	47,304	47,302	0,001
3	Caries dental	26,277	26,277	-
4	Asfixia y trauma al nacer	15,506	12,219	3,287
5	Agresiones	14,795	0,082	14,713
6	Bajo peso al nacer	11,218	11,055	0,162
7	Enfermedad pulmonar	9,812	8,469	1,344
8	Asma	9,223	9,041	0,182
9	Glaucoma	7,001	7,001	-
10	Cardiopatía isquémica	6,008	0,350	5,659
11	Trastornos Bipolares	5,422	5,422	-
12	Accidentes de tránsito	3,786	0,064	3,722
13	Edentulismo	3,573	3,573	-
14	Cirrosis Hepática	3,246	2,619	0,628
15	Enfermedad cerebrovascular	3,123	0,235	2,889
16	Infecciones de vías	2,786	0,408	2,378
17	Esquizofrenia	2,651	2,650	0,001



Orden	Causa	AVISAS Totales	AVISAS Discapacidad	AVISAS Mortalidad
18	Otras afecciones perinatales	2,571	-	2,571
19	Epilepsia	2,073	1,671	0,402
20	Otras lesiones no intencionales	2,027	-	2,027

Fuente: Ministerio de Salud, Cendex-Pontificia Universidad Javeriana, 2005

Tabla 14. Prevalencia de Diabetes e Hipertensión Arterial en personas de 18-69 años por regiones 2007

Región	Diabetes Mellitus			Hipertensión arterial		
	Valor estimado	Intervalo de confianza del 95%		Valor estimado	Intervalo de confianza del 95%	
Atlántica	2,9	2,2	3,6	21,1	19,4	22,8
Oriental	2,7	1,8	3,6	22,5	20,2	24,8
Central	2,9	2,1	3,7	21,9	19,9	23,9
Pacífica	2,2	1,4	3,0	28,0	25,4	30,6
Bogotá	1,8	0,7	2,9	22,2	19,1	25,3
Orinoquía-Amazonía	3,3	1,5	5,0	14,6	11,4	17,9
COLOMBIA	2,6	2,2	3,0	22,8	21,8	23,8

Fuente: MPS-PUJ-SEI-COLCIENCIAS. ENCUESTA NACIONAL DE SALUD ENS-2007

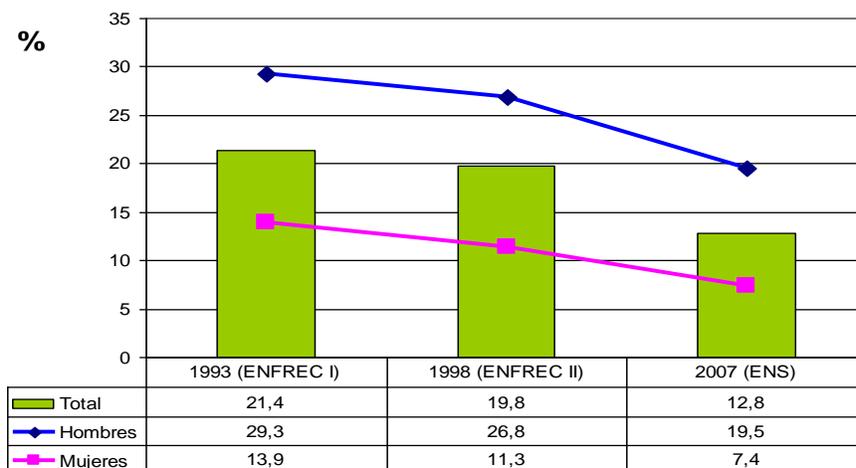


Figura 21. Prevalencia de uso en los últimos 30 días de Tabaquismo en Adultos, Colombia 1993-2007

Fuente: Ministerio de Salud. ENFREC I, II. MPS-PUJ-SEI-COLCIENCIAS. Encuesta Nacional de Salud ENS-2007

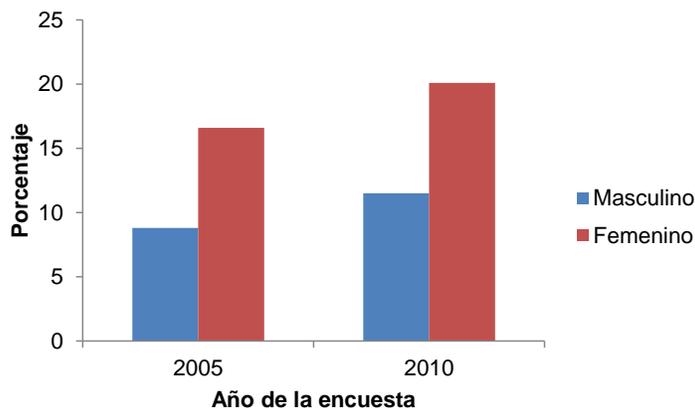


Figura 22. Porcentaje de obesidad en la población de 18 a 64 años, según sexo. Colombia, 2005-2010

Fuente: Elaborado a partir de los datos disponibles en la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia. 2010

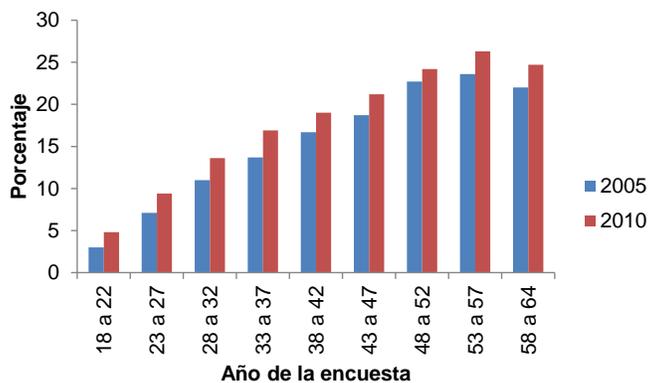


Figura 23. Porcentaje de obesidad en la población de 18 a 64 años, según edad. Colombia, 2005-2010

Fuente: Elaborado a partir de los datos disponibles en la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia. 2010

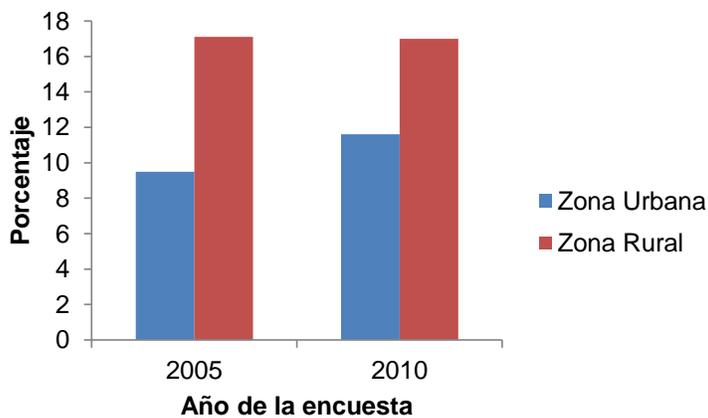


Figura 24. Desnutrición crónica en niños menores de cinco años, según área. Colombia, 2005-2010

Fuente: Elaborado a partir de los datos disponibles en la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia. 2010

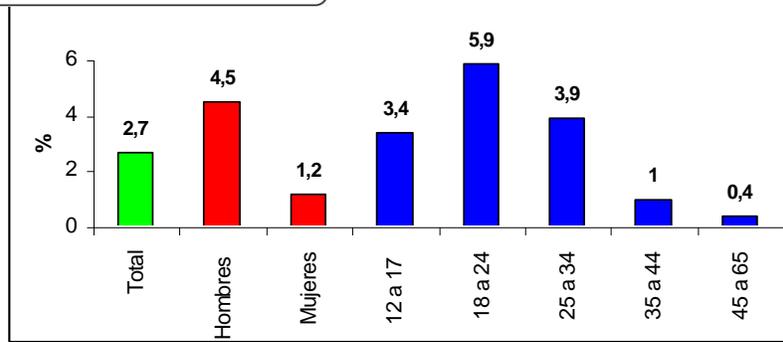


Figura 25. Prevalencia de consumo de cualquier droga ilícita. Colombia 2008

Fuente: Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Hogares. 2008.

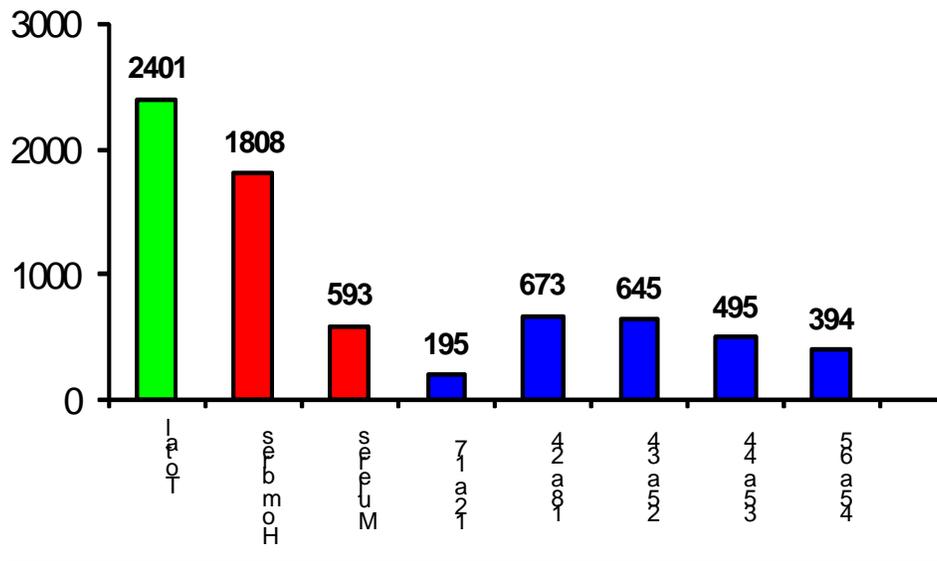


Figura 26. Número de personas con consumo problemático de alcohol. Colombia 2008

Fuente: Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Hogares. 2008.

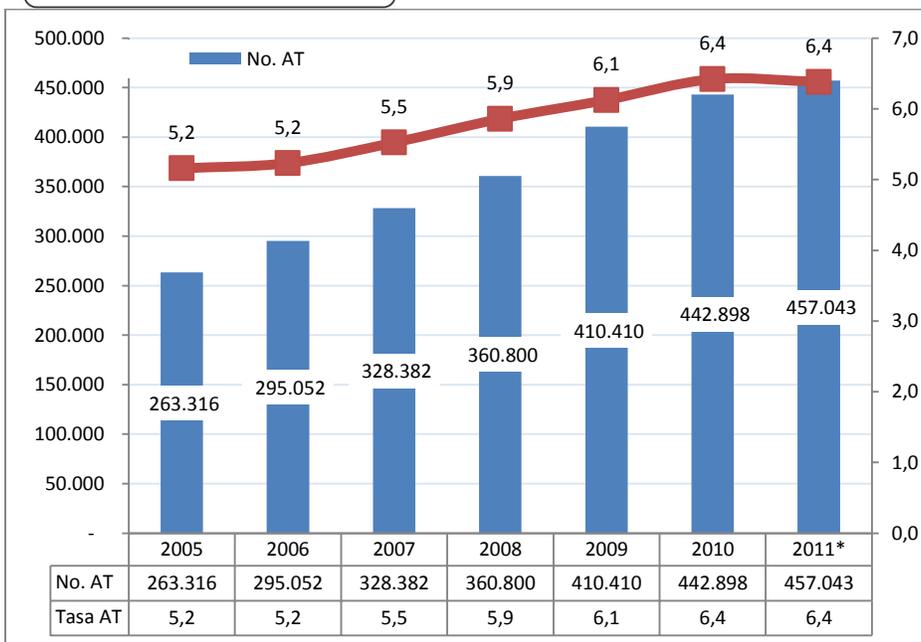


Figura 27. Accidentes de trabajo vs. Tasa accidentalidad 2005 – 2011*

*Cifras a mayo 2011 anualizadas

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Dirección de Riesgos Profesionales

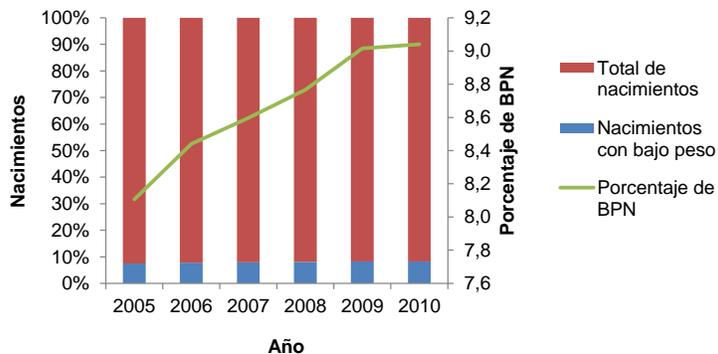


Figura 28. Porcentaje de bajo peso al nacer. Colombia, 2005-2010

Fuente: Elaborado a partir de los datos del DANE dispuestos en el Cubo de indicadores-SISPRO

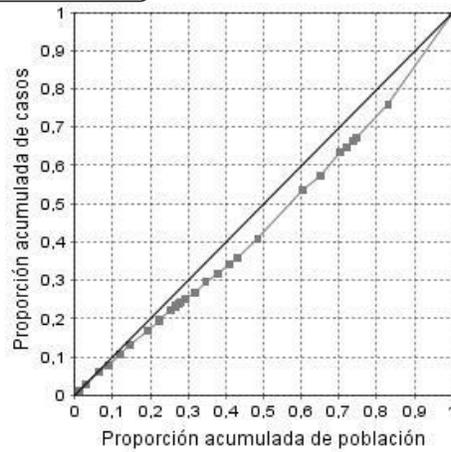


Figura 29. Curva de concentración, bajo peso al nacer relacionado con NBI. Colombia, 2010

Fuente: Elaborado a partir de los datos del DANE dispuestos en el Cubo de indicadores-SISPRO y Necesidades Básicas Insatisfechas - NBI, por Total, Cabecera y Resto, según Departamento y Nacional a 30 Junio de 2012. DANE

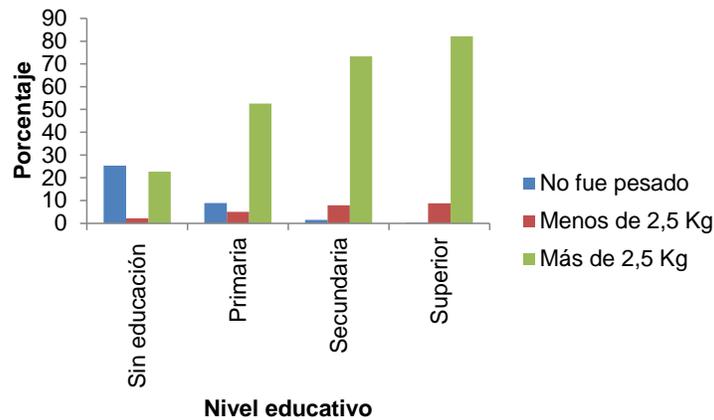


Figura 30. Porcentaje de bajo peso al nacer. Colombia, 2005-2010

Fuente: Elaborado a partir de los datos disponibles en la Encuesta de Demografía y Salud. 2010

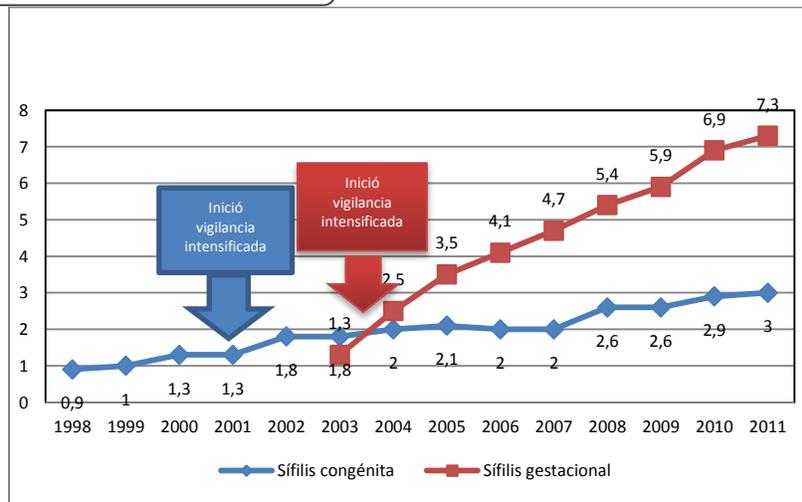


Figura 31. Razón de incidencia de Sífilis gestacional y congénita. Tasa por 1.000 NV. Colombia, 1998 - 2011

Fuente: INS – SIVIGILA

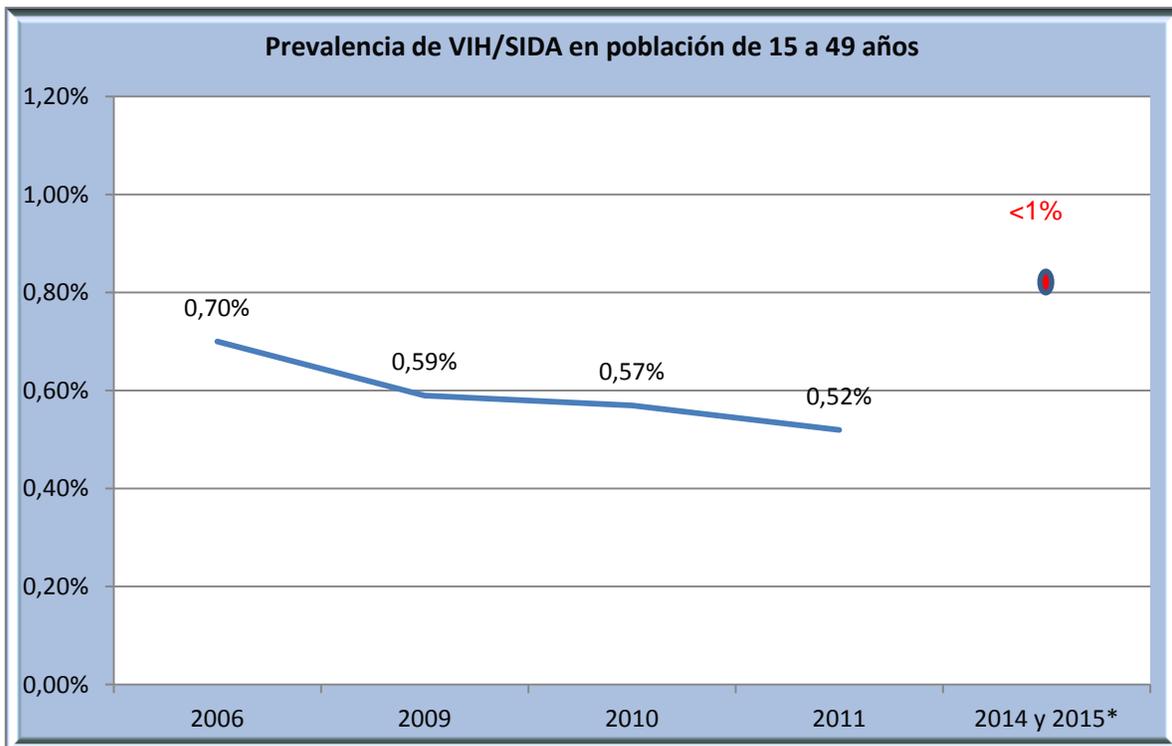


Figura 32. Prevalencia de VIH/SIDA en Población 15-49 años, Colombia 2006 - 2011

Fuente: Panorama del VIH/sida en Colombia 1983 – 2010. Un análisis de situación.

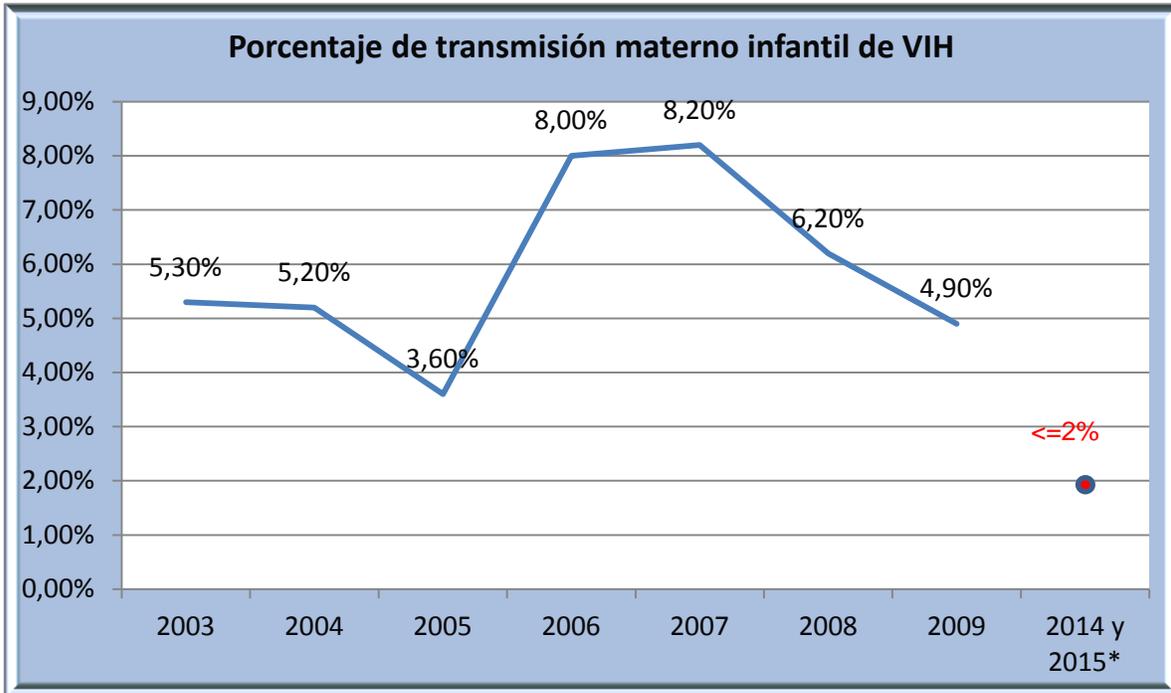


Figura 33. Transmisión materno- infantil de VIH, Colombia 2003 – 2009

Fuente: Informe transmisión Materno Infantil del VIH- Ministerio de Salud y Protección Social

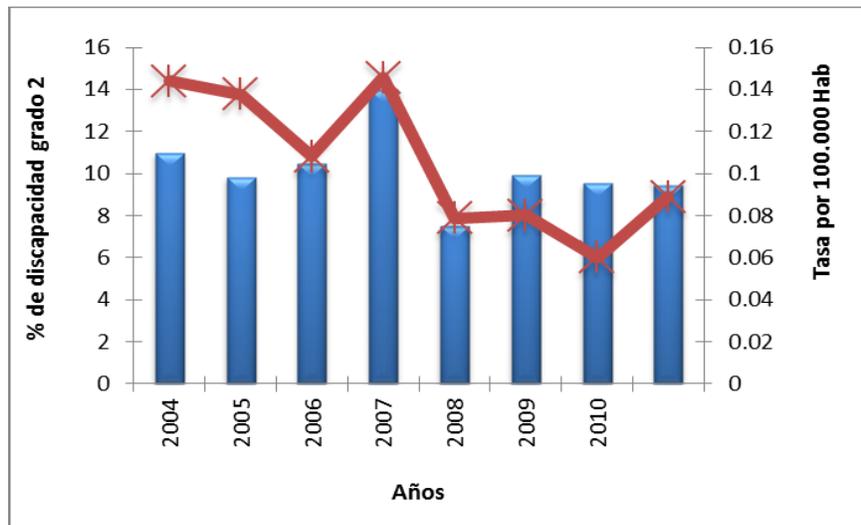
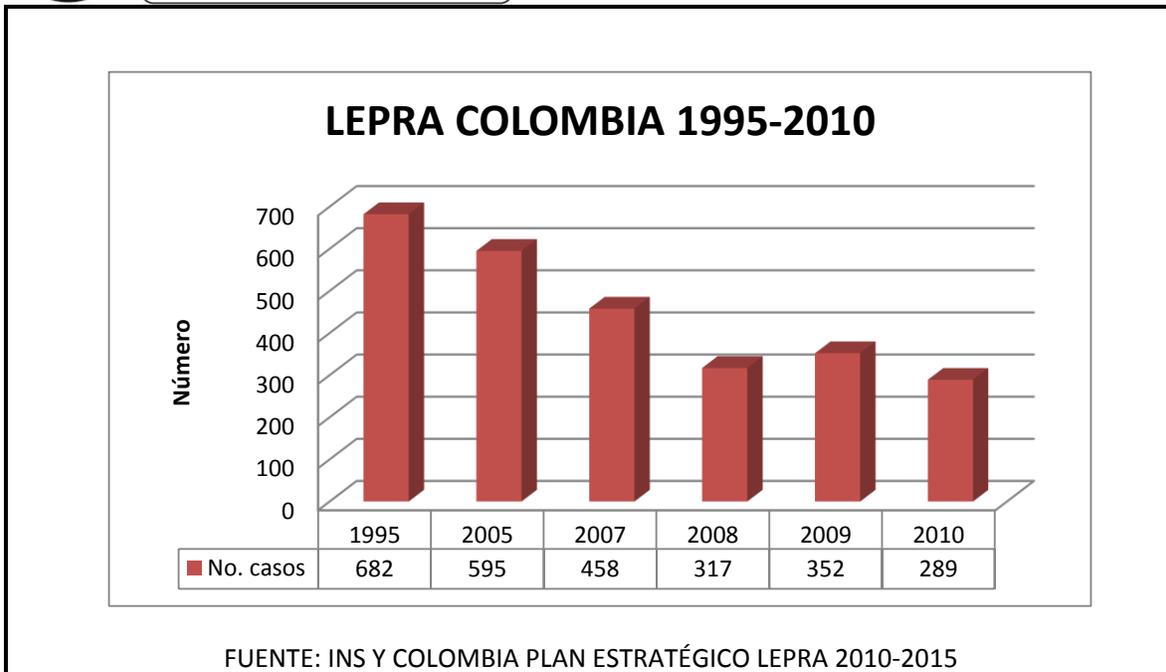


Figura 34. Diagnóstico de casos nuevos de lepra, Colombia 1995 a 2011

Fuente: MSPS- INS. Plan Estratégico de la Lepra



FUENTE: INS Y COLOMBIA PLAN ESTRATÉGICO LEPRA 2010-2015

Figura 35. Diagnóstico de casos nuevos de lepra, Colombia 1995 a 2011

Fuente: MSPS- INS. Plan Estratégico de la Lepra.

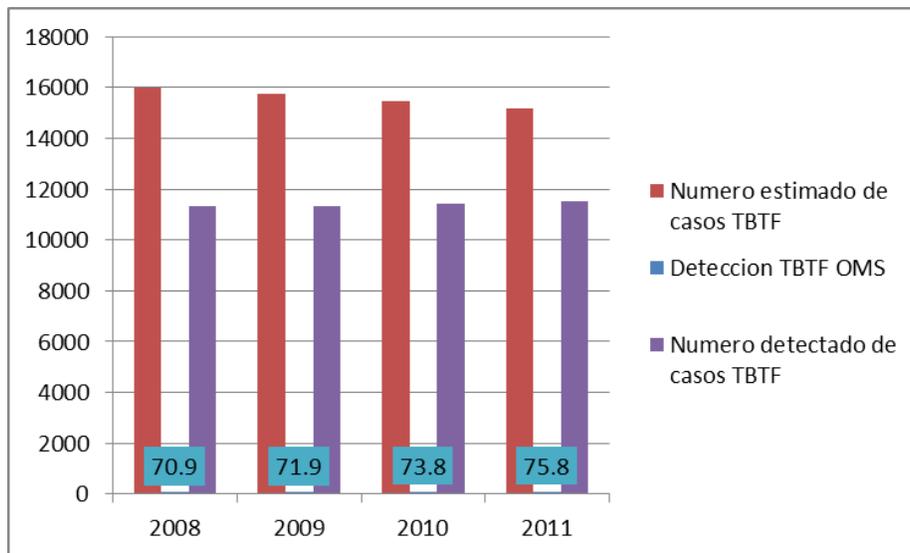


Figura 36. Casos de TB notificados y estimados Colombia 2008-2011

Fuente: Programa nacional de TB. Ministerio de Salud y Protección Social.

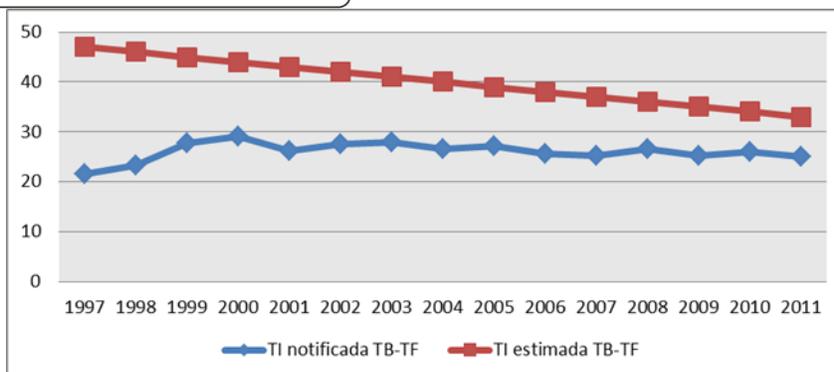


Figura 37. Tasa de incidencia de TB notificada y estimada 1997-2011

Fuente: Programa nacional de TB. Ministerio de Salud y Protección Social.

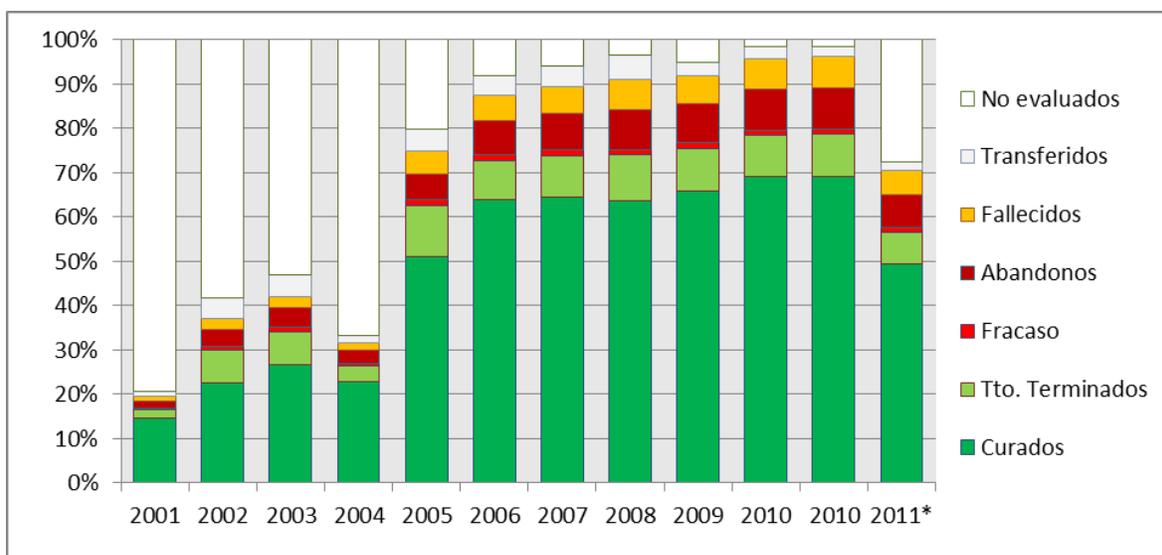


Figura 38. Resultados de tratamiento. Cohorte BK+ - Colombia 2001-2011

Fuente: Programa nacional de TB. Ministerio de Salud y Protección Social. Actualizado 22 de mayo de 2012

Tabla 11. Enfermedades transmitidas por vectores. Colombia, 2008-2010

Enfermedades transmitidas por vectores	2008	2009	2010	Comportamiento
Incidencia de malaria vivax (por 1.000 habitantes)	4,49	5,67	8,13	↗↗
Incidencia de malaria falciparum (por 1.000 habitantes)	1,63	2,13	3,21	↗↗
Mortalidad por malaria	0,20	0,10	0,21	↘↗
Incidencia de leishmaniasis cutanea (por 10.000 habitantes)	84,77	137,20	130,92	↗↘
Incidencia de leishmaniasis mucosa (por 10.000 habitantes)	0,75	0,97	1,46	↗↗
Incidencia de leishmaniasis visceral (por 10.000 habitantes)	0,30	0,48	0,30	↗↘
Incidencia de dengue (por 10.000 habitantes)	114,22	190,80	624,49	↗↗
Letalidad por dengue (por 100 habitantes)	0,52	0,71	2,26	↗↗

Fuente: Elaborado a partir de los datos de casos de malaria reportados al Sivigila, INS.

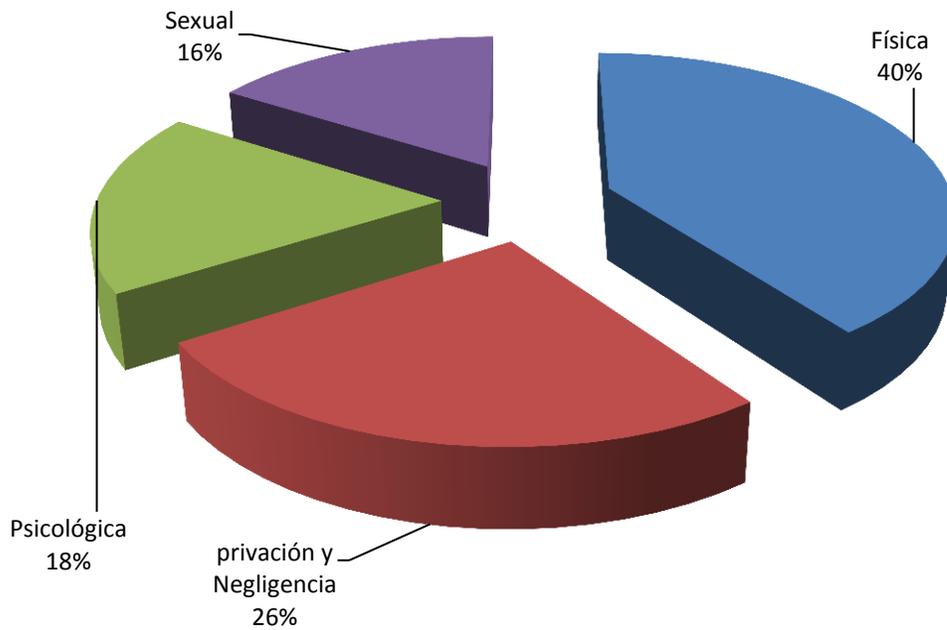


Figura 39. Porcentaje de casos de violencia intrafamiliar violencia sexual y contra la mujer. Colombia, 2012

Fuente: Sivigila, semana epidemiológica 52 de 2012. INS.

Tabla 16. Violencia interpersonal, tasas por 100.000 habitantes, Colombia, 2002- 2011

Año	Tasa
2002	259,84
2003	224,26
2004	204,11
2005	266,56
2006	274,38
2007	297,03
2008	285,41
2009	308,18
2010	319,02
2011	331,99
Tasa promedio* al 2010	268,49

Fuente: * Calculada con media geométrica Tasas calculadas con base en las estimaciones de población del DANE a 2012.

Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses / Grupo Centro de Referencia Nacional sobre Violencia / Sistema de Información para el Análisis de la Violencia y la Accidentalidad en Colombia / Sistema de Información Nacional de Estadísticas Indirectas



Figura 40. Violencia intrafamiliar, según año del hecho, Colombia, 2002-2011

Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses / Grupo Centro de Referencia Nacional sobre Violencia / Sistema de información para el Análisis de la Violencia y la Accidentalidad en Colombia / Sistema de Información Nacional de Estadísticas Indirectas

Tabla 17. Afiliación al SGSSS con corte a 2012

DEPARTAMENTO	AFILIADOS CARGADOS EN BDUA		Total general	DANE (Estimación y Proyección)	COBERTURA	Regiones
	Contributivo	Subsidiado				
PUTUMAYO	42.127	261.499	303.626	333.247	91,11%	Amazonía- Orinoquía
AMAZONAS	12.585	36.368	48.953	70.604	69,33%	Amazonía- Orinoquía
GUAINIA	3.604	19.358	22.962	28.454	80,70%	Amazonía- Orinoquía
GUAVIARE	11.297	63.547	74.844	106.386	70,35%	Amazonía- Orinoquía
VAUPES	2.596	21.334	23.930	41.141	58,17%	Amazonía- Orinoquía
BOGOTA D.C.	5.485.967	1.251.955	6.737.922	7.571.345	88,99%	Bogotá –Cundinamarca
CUNDINAMARCA	1.036.261	929.408	1.965.669	2.557.623	76,86%	Bogotá –Cundinamarca
ATLANTICO	1.065.292	1.271.435	2.336.727	2.373.550	98,45%	Caribe e insular
BOLIVAR	615.587	1.367.571	1.983.158	2.025.573	97,91%	Caribe e insular
CESAR	300.434	802.581	1.103.015	991.584	100,00%	Caribe e insular
CORDOBA	307.653	1.325.622	1.633.275	1.632.637	100,00%	Caribe e insular
LA GUAJIRA	154.211	683.883	838.094	874.532	95,83%	Caribe e insular
MAGDALENA	369.059	921.524	1.290.583	1.223.875	100,00%	Caribe e insular
SUCRE	157.816	784.375	942.191	826.780	100,00%	Caribe e insular
SAN ANDRES	34.179	21.279	55.458	74.541	74,40%	Caribe e insular
ANTIOQUIA	3.220.651	2.355.679	5.576.330	6.221.817	89,63%	Central
CALDAS	401.225	456.885	858.110	982.207	87,37%	Central
CAQUETA	66.901	292.424	359.325	459.515	78,20%	Central
HUILA	295.929	736.155	1.032.084	1.111.947	92,82%	Central
QUINDIO	222.991	247.189	470.180	555.836	84,59%	Central
RISARALDA	469.334	360.004	829.338	935.910	88,61%	Central
TOLIMA	445.987	733.335	1.179.322	1.396.038	84,48%	Central
BOYACA	408.631	694.735	1.103.366	1.271.133	86,80%	Oriental
META	392.206	394.398	786.604	906.805	86,74%	Oriental
NORTE DE SANTANDE	414.199	794.641	1.208.840	1.320.777	91,52%	Oriental
SANTANDER	1.010.707	852.531	1.863.238	2.030.775	91,75%	Oriental
ARAUCA	35.559	179.259	214.818	253.565	84,72%	Oriental
CASANARE	134.204	207.611	341.815	337.886	100,00%	Oriental
VICHADA	5.325	69.846	75.171	66.917	100,00%	Oriental
CAUCA	252.692	971.893	1.224.585	1.342.650	91,21%	Pacífica
CHOCO	49.940	398.341	448.281	485.543	92,33%	Pacífica
NARIÑO	252.032	1.141.921	1.393.953	1.680.795	82,93%	Pacífica
VALLE	2.280.491	1.832.296	4.112.787	4.474.369	91,92%	Pacífica
Total general	19.957.672	22.480.882	42.438.554	46.566.357		

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), estimaciones y proyección de población 2012 y http://www.dane.gov.co/index.php?option=com_content&view=article&id=75&Itemid=BDUA a diciembre de 2012

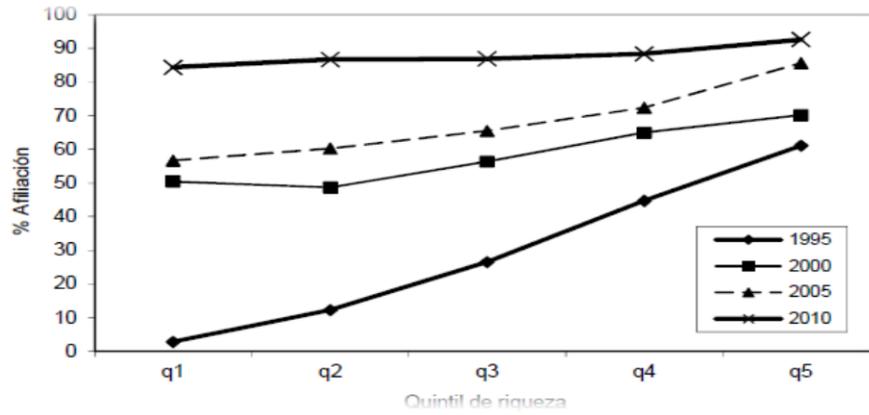


Figura 41. Cobertura de afiliación Colombia 1995 a 2010

Fuente: Camacho A. Flórez C. Diagnostico e Inequidades de la Salud en Colombia: 1990-2010. con base en DHS 1995-2010

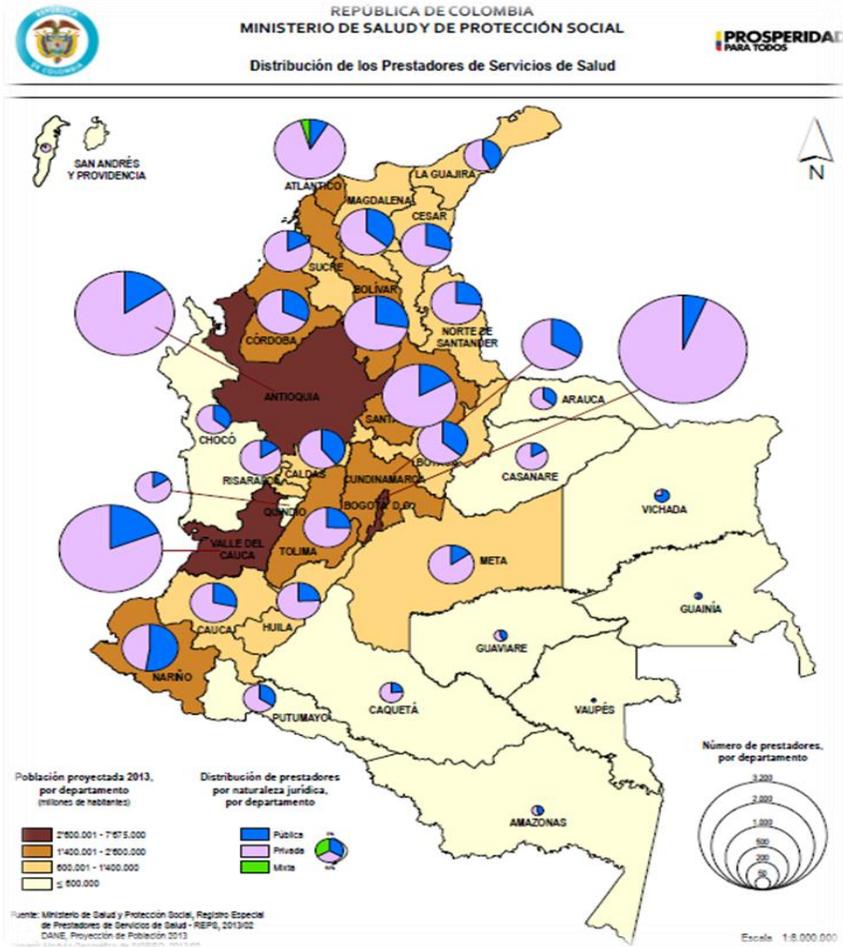




Figura 42. Red Prestadora de Servicios de Salud, Colombia 2012

Fuente: Registro Especial de Prestación de Servicios – REPSS – actualizado a Dic - 2012 - Prestación de servicios y atención Primaria.

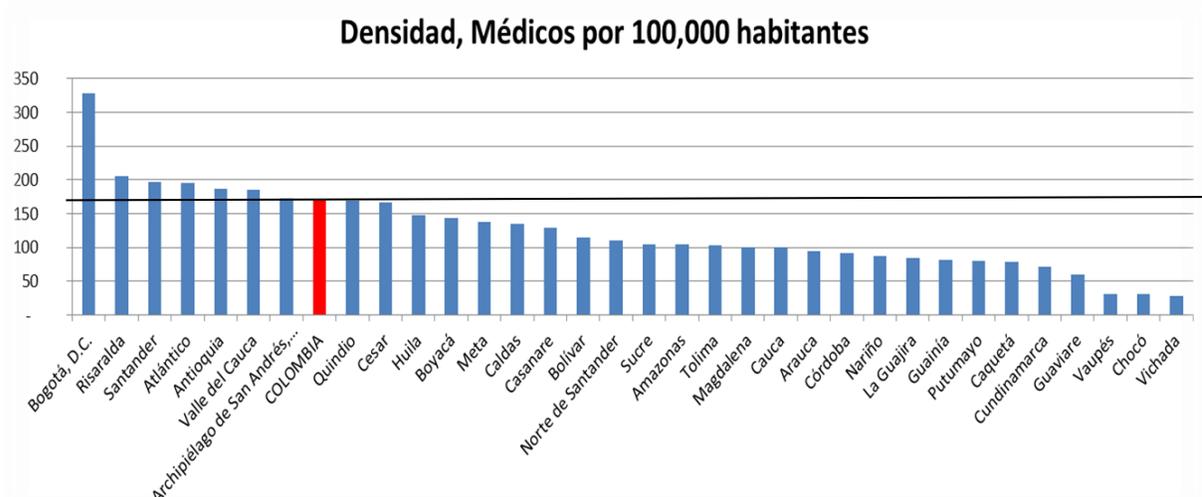


Figura 43. Concentración de los médicos por población Colombia 2012. Densidad por 100.000 habitantes

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Indicadores Básicos de salud, 2003 al 2010, valor de referencia el valor medio mundial reportado por el Banco Mundial en 121 en 1990.y Encuesta Continua de Hogares ECH, DANE, 2012.

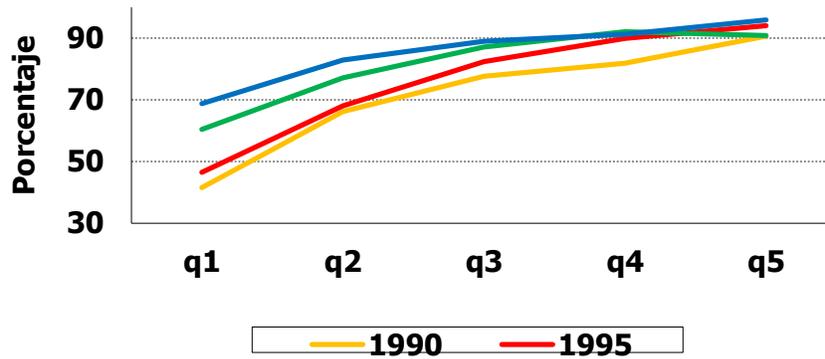


Figura 44. Evolución de la inequidad en el control prenatal, Colombia a, 1990 – 2005

Fuente: Estudio Fundación Corona, DNP – Flórez 2007. Encuestas DHS 1990, 2000, 2005

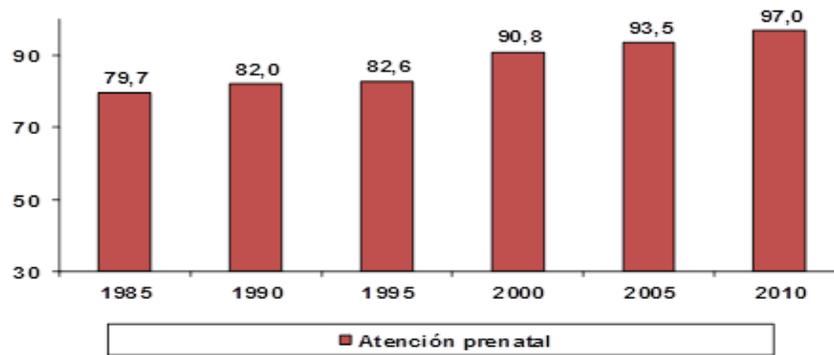


Figura 45. Acceso a los servicios de atención materna para el control prenatal, Colombia, 1985 - 2010

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Profamilia, Encuesta Nacional de Demografía y salud ENDS 2010

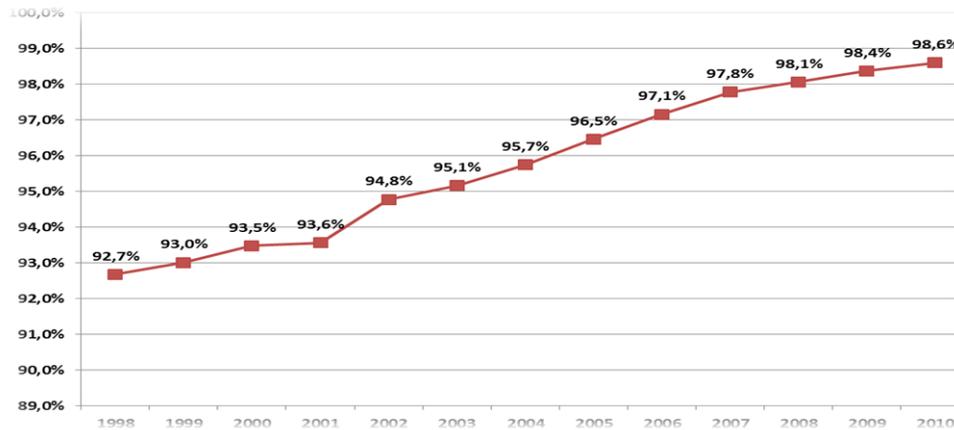


Figura 46. El porcentaje de parto institucional, Colombia 1998 a 2010

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), Ministerio de Salud y Protección Social/Indicadores Básicos de salud, 2003 a 2010.

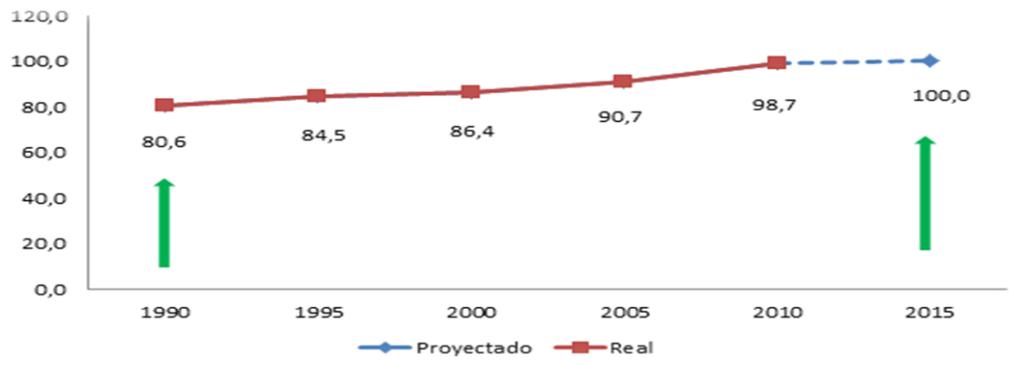


Figura 47: Proporción de embarazadas con parto atendido por personal entrenado, Colombia, 1990 - 2010

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), Ministerio de Salud y Protección Social/Indicadores Básicos de salud, 2003 a 2010.

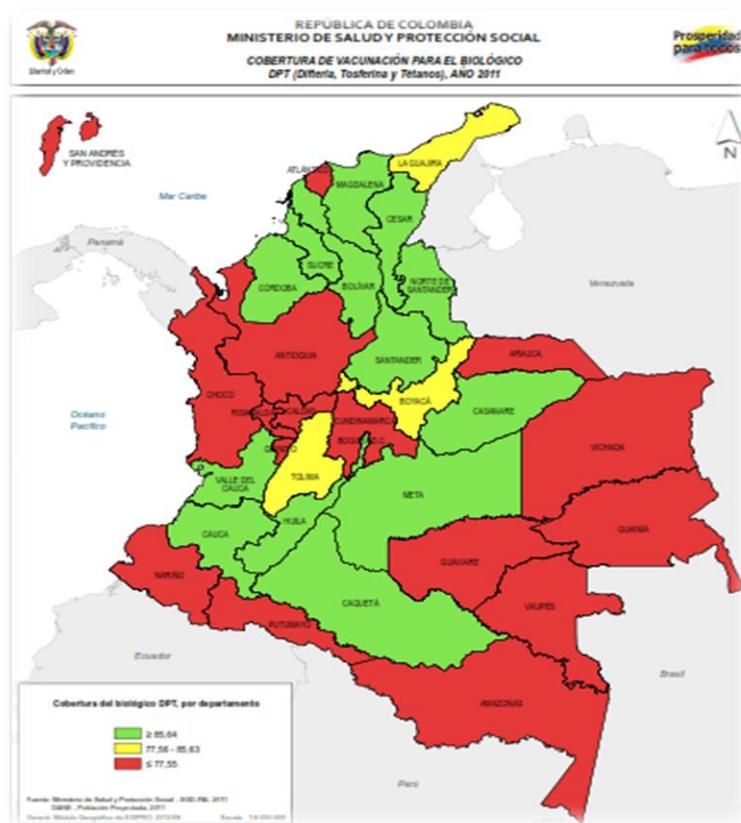


Figura 48. Coberturas de vacunación DPT Colombia 2011

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. SISPRO, Programa Ampliado de Inmunización, 2011

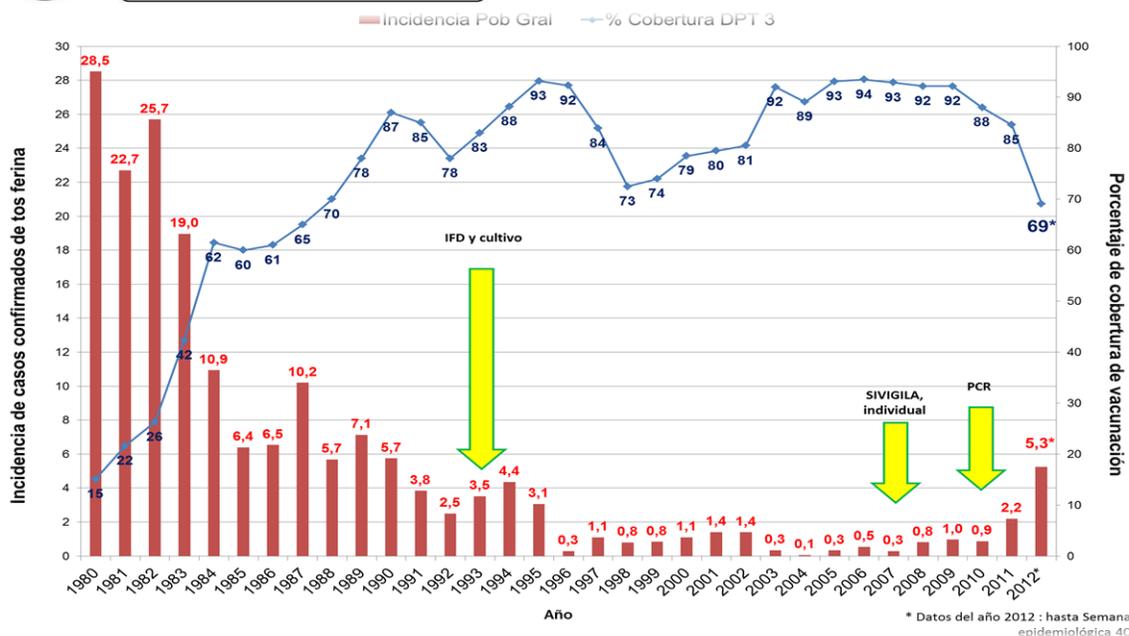


Figura 49. Número de casos confirmados de tos ferina y cobertura con DPT3 - Colombia, 1980-2012*

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social

*Datos del año 2012: hasta semana 40 epidemiológica. Datos DPT: para ese periodo se espera una cobertura de 71.3%