



La salud  
es de todos

Minsalud

# **Informe Avance Metas Plan Decenal de Salud Pública 2012 -2021 Informe Técnico Periodo 2012 - 2019**

Ministerio de Salud y Protección Social  
Dirección de Epidemiología y Demografía  
Grupo de Planeación de la Salud Pública  
Octubre de 2020

Coordinación y elaboración  
Dirección de Epidemiología y Demografía  
*Grupo de Planeación en Salud*

Luz Stella Ríos Marín

*Coordinadora*

Laura Plata

Ibeth Cristina Manrique

Aportes técnicos

Equipo Técnico Dirección de Epidemiología y  
Demografía

*Grupo de Planeación en Salud*

Laura Plata

Ibeth Cristina Manrique

Equipo Técnico Dirección de Promoción y  
Prevención

*Grupo de curso de vida*

Lía Marcela Güiza

*Grupo de convivencia social y ciudadanía*

Ana M. Peñuela

Diana Fonseca

Camilo Martínez

Gloria Puertas

Alejandro Marín

Jhon Bohórquez

*Grupo de sexualidad y derechos sexuales y  
reproductivos*

Gloria del P. Cardona

Sidia Caicedo

Cielo Ríos

Diego Quiroga

Germán Gallego

Ricardo Luque

*Grupo de gestión para la promoción y la  
prevención*

Elizabeth Daza

Maria Belen Jaimes

*Grupo de gestión integrada de enfermedades  
inmunoprevenibles*

Clara L. Bocanegra

Juanita Corral

*Grupo de gestión integrada de enfermedades  
emergentes, reemergentes y desatendidas*

Luisa F. Moyano

Diana P. Gómez

Julián Trujillo

Oscar Cruz

Milton Cardozo

Sandra M. Corredor

Claudia M. Pérez

Marcela Rojas

Yesenia Castro

*Grupo de gestión integrada de enfermedades  
endemo-epidémicas*

Iván M. Cárdenas

Sara Gómez

Flavio Garzón

Fredy Lizarazo

John Echeverri

Diana Librado

Ángela Castro

Mauricio Vera

*Grupo de estilos, modos y condiciones de  
vida saludables*

Lorena V. Calderón

Catalina del P. Abaunza

Adriana Gómez

Marcela Galeano

*Grupo de gestión integrada de la salud  
cardiovascular, bucal, del cáncer y otras  
condiciones crónicas*

Heidy García

Sandra Tovar

Teresa Moreno

Andrea Pachón

Omaira Roldán

Blanca Cecilia

Ruth Isabel

Daniel Uribe

Ivonne Marcelo

*Grupo de gestión integrada para la salud  
mental*

Nubia E. Bautista

Andrea Rodríguez

Laura Múnera

*Subdirección de salud ambiental*

Jenny L. Erazo

Jairo Hernández

Andrea P. Soler

Ruth M. Avendaño

Liliana Rojas



La salud  
es de todos

Minsalud

Martha M. Contreras

Marcela Jiménez

Jennifer Dueñas

Arturo Díaz

Giovanny Rodríguez

Jasblehidy Lizarazo

Lina M. Guerrero

Diego Moreno

Paula A. Cárdenas

*Subdirección de salud nutricional, alimentos y  
bebidas*

Eduardo A. Avila

Claudia P. Moreno

Daniel A. Rubio

Juanita del P. Hernández

*Equipo Técnico Dirección de Regulación de la  
Operación del Aseguramiento en Salud,  
Riesgos Laborales y Pensiones  
Subdirección de Riesgos Laborales*

*Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y  
Desastres*

Nestor Gilberto Laverde Castillo

## Contenido

1.	INTRODUCCIÓN .....	7
2.	Metodología.....	8
2.1.	Revisión de metas, indicadores y fuentes de información.....	8
2.2.	Salidas de información.....	9
2.3.	Descripción técnica de avances.....	9
3.	Balance General De Avance De Metas Plan Decenal De Salud Pública 2012-2021.....	11
3.1.	Avance General del Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021 .....	12
2.1.1.	Avance de las metas de gestión .....	13
2.1.2.	Avance de las metas de resultado .....	14
3.2.	Avance Dimensiones Transversales y Prioritarias del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021.....	15
2.2.1.	Dimensiones Prioritarias .....	15
2.2.1.1.	Salud Ambiental .....	15
2.2.1.2.	Vida Saludable y Condiciones No Transmisibles .....	44
2.2.1.3.	Convivencia social y salud mental.....	89
2.2.1.4.	Seguridad Alimentaria y Nutricional.....	104
2.2.1.5.	Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos .....	124
2.2.1.6.	Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles .....	149
2.2.1.7.	Salud Pública en Emergencias y Desastres .....	172
2.2.1.8.	Salud y Ámbito Laboral .....	173
2.2.2.	Dimensiones Transversales .....	179
2.2.2.1.	Dimensión Transversal Gestión Diferencial de Poblaciones Vulnerables.....	179
2.2.2.2.	Dimensión fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la gestión en salud.....	185

## ÍNDICE DE TABLAS

---

<i>Tabla 1. Fuentes de información de indicadores de Gestión y Resultado. Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021.....</i>	<i>8</i>
<i>Tabla 2. Generación de los indicadores de gestión y resultado, Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021....</i>	<i>9</i>
<i>Tabla 3. SemafORIZACIÓN en el Sistema de monitoreo y evaluación del Plan Decenal Salud Pública 2012 – 2021.....</i>	<i>10</i>
<i>Tabla 4. Porcentaje según rango de avance y de número de metas de gestión por cada dimensión .....</i>	<i>14</i>
<i>Tabla 5. Porcentaje según rango de avance y de número de metas de resultado por cada dimensión.....</i>	<i>15</i>
<i>Tabla 6. Estimación de población de perros y gatos años 2008 – 2020 comparado con el número de perros gatos vacunados y la cobertura alcanzada para cada año.....</i>	<i>34</i>

**ÍNDICE DE GRÁFICAS**

Gráfica 1. Dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública PDSP 2012 – 2021 ..... 11

Gráfica 2. Distribución de Metas del Plan Decenal Salud Pública 2012 – 2021, según Dimensión. .... 12

Gráfica 3. Rango de avance general metas PDSP 2012-2021 ..... 13

Gráfica 4. Rango de avance metas de gestión PDSP 2012-2021 ..... 13

Gráfica 5. Rango de avance metas de resultado PDSP 2012-2021..... 14

Gráfica 6. Porcentaje de población con Necesidades Básicas Insatisfechas. Colombia 1973 – 2015 ..... 17

Gráfica 7. Cobertura nacional del servicio de acueducto. Colombia 2012 – 2019..... 20

Gráfica 8. Cobertura Nacional del servicio de alcantarillado, Colombia 2012 – 2019..... 23

Gráfica 9. Cobertura del servicio de alcantarillado en zonas urbanas, Colombia 2012 – 2019..... 24

Gráfica 10. Cobertura del servicio de alcantarillado en zonas rurales, Colombia 2012 – 2019..... 25

Gráfica 11. Tasa de incidencia de dengue. Colombia, 2008 -2019p. .... 27

Gráfica 12. Tasa de incidencia de Leptospirosis. Colombia 2007 -2018. .... 30

Gráfica 13. Tasa de incidencia de Chagas. Colombia, 2012 -2018. .... 32

Gráfica 14. Relación de población de perros y gatos, comparado con el número de animales vacunados para los años 2011-2019 ..... 35

Gráfica 15. Comportamiento de la rabia en animales de producción. Años 2005 – 2019 ..... 36

Gráfica 16 Tasa de incidencia de rabia en perros y gatos por 100.000 animales, Colombia, 2008-2020\*

Gráfica 17. Tasa de Mortalidad por Accidentes de Transporte Terrestre, Colombia 2005 -2018. .... 40

Gráfica 18. Edad media de inicio de consumo de alcohol en escolares. Colombia, 2011 – 2016..... 60

Gráfica 19. Prevalencia de hipertensión arterial, Colombia, 2012 -2019. .... 68

Gráfica 20. Porcentaje de personas en estadio 1 y 2 sobre el total de personas con Enfermedad Renal Crónicas. Colombia 2016-2019..... 71

Gráfica 21. Porcentaje de personas en estadio 1 y 2 sobre el total de personas con Enfermedad Renal Crónica. Colombia 2016-2019 ..... 71

Gráfica 22. Tasa de Mortalidad por Diabetes Mellitus, Colombia 2005 - 2018. .... 72

Gráfica 23. Prevalencia de niños de 1, 3 y 5 años sin caries cavitacional y prevalencia de niños sin caries cavitacional y no cavitacional, en dentición temporal. ENSAB Colombia, 2013 – 2014. .... 72

Gráfica 24. Número de aplicaciones tópicas de barniz de flúor en Colombia durante los meses de enero a agosto del año 2019. .... 73

Gráfica 25. Cobertura de población con esquema completo de aplicación de barniz de flúor. Colombia..... 74

Gráfica 26. Cobertura de población con control de placa. Colombia ..... 74

Gráfica 27. Prevalencia de personas entre 12 y 79 años, sin caries cavitacional y prevalencia sin caries cavitacional y no cavitacional, en dentición permanente. ENSAB Colombia, 2013 – 2014

Gráfica 28. Cobertura de población con control de placa. Colombia ..... 76

Gráfica 29. Prevalencia de personas sin pedida dental. ENSAB Colombia, 2013 – 2014..... 77

Gráfica 30. Tasa de mortalidad por cáncer de la mama de la mujer (por 100.000 mujeres de 30 a 70 años) 2005-2018. .... 78

Gráfica 31. Tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino (por 100.000 mujeres de 30 a 70 años) 2005-2018..... 81

Gráfica 32. Tasa de mortalidad por cáncer de próstata (por 100.000 de 30 a 70 años) 2005-2018..... 83

Gráfica 33, Tasa de mortalidad por tumor maligno de estómago (por 100.000 de 30 a 70 años) Colombia 2007-2018. .... 84

Gráfica 34. Tasa de mortalidad prematura de las ENT (Neoplasias, Enfermedad Cardiocerebrovascular, Diabetes Mellitus y Enfermedad de las vías respiratorias inferiores) en personas entre 30 a 70 años. .... 87

Gráfica 35. Tasa de mortalidad por ENT desagregada por las cuatro patologías (Enfermedades del Sistema circulatorio, Neoplasias, Diabetes Mellitus y las enfermedades respiratorias de las vías inferiores. Colombia 2005-2018 ..... 88

Gráfica 36. Tasa de mortalidad por lesiones autoinfligidas intencionalmente (Suicidios). Colombia, 2005-2018..... 90

Gráfica 37. Tasa de AVPP por trastornos mentales y del comportamiento. Colombia 2005 - 2018. .... 91

Gráfica 38. Prevalencia de trastornos mentales y del comportamiento asociado al consumo de alcohol. Colombia, 2015. .... 93

Gráfica 39. Prevalencia de consumo de marihuana en el último año en personas de 12 a 65 años. Colombia, 2008-2013. .... 96

Gráfica 40. Prevalencia de consumo de drogas ilícitas en edad escolar, Colombia 2011 ..... 96

Gráfica 41. Tasa de Mortalidad por Agresiones (Homicidios). Colombia, 2005-2018..... 97

Gráfica 42. Tasa de violencias contra las mujeres..... 99

Gráfica 43. Tasa de incidencia de violencia intrafamiliar 2012 - 2015..... 100

Gráfica 44. Tasa de incidencia de violencia intrafamiliar (Niños, niñas y adolescentes, adulto mayor y otros familiares). Colombia, 2010 - 2018..... 100

Gráfica 45 Mediana de la duración de lactancia materna exclusiva, 2005-2010..... 105

Gráfica 46. Tasa de Mortalidad por Deficiencias Nutricionales y Anemias Nutricionales. Colombia 2005 - 2018..... 107

Gráfica 47. Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer. Colombia, 2005 - 2018. .... 109

Gráfica 48. Prevalencia de desnutrición global en menores de 5 años. Colombia, 2005 – 2015. .... 110

Gráfica 49. Prevalencia de desnutrición crónica. Colombia, 2005 – 2015. .... 111

Gráfica 50. Prevalencia de obesidad abdominal. Colombia, 2010. .... 113

Gráfica 51. Prevalencia de exceso de peso en población de 18 a 64 años. .... 116

Gráfica 52. Prevalencia de exceso de peso por sexo población de 18 a 64 años..... 116

Gráfica 53. Prevalencia de exceso de peso en mujeres de 13 – 49 años. Colombia 2010 – 2015. 116

Gráfica 54. Prevalencia de anemia en mujeres de 13 a 49 años sin embarazo ..... 119

Gráfica 55. Prevalencia de anemia en personas de 5 a 12 años. Colombia, 2010. .... 120

Gráfica 56. Prevalencia de anemia en personas 6 a 59 meses, Colombia, 2010. .... 121

Gráfica 57. Comportamiento de la Vigilancia de Enfermedades Transmitidas por alimentos (ETA) ..... 122

Gráfica 58. Tasa específica de fecundidad en mujeres de 15 a 19 años, Colombia, 2005-2019. .... 125

Gráfica 59. Porcentaje de mujeres unidas con uso actual de métodos modernos de anticoncepción (15 – 49 años): Colombia 2010 – 2015. .... 126

Gráfica 60. Prevalencia de usos de métodos anticonceptivos modernos en todas las adolescentes. Colombia, 2010 - 2015..... 127

Gráfica 61. Razón de mortalidad materna a 42 días. Colombia 2005-2018..... 128

Gráfica 62. Porcentaje de Nacidos vivos con cuatro o más consultas de control prenatal ..... 129

Gráfica 63. Porcentaje de gestantes que tuvieron el primer control prenatal antes del 4 mes de embarazo. Colombia, 2010 - 2015..... 130

Gráfica 64. Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años alguna vez embarazadas. Colombia, 2005-2010-2015. 131

Gráfica 65. Prevalencia de VIH/SIDA. Colombia 2012 - 2019. .... 136

Gráfica 66. Prevalencia de VIH en adultos en Colombia ..... 137

Gráfica 67. Porcentaje de transmisión materno infantil –TMI del VIH en menores de 2 años Colombia 2012 – 2018\* (dato preliminar con corte 10/07/2020)..... 138

Gráfica 68. Incidencia de sífilis congénita por 1.000 nacidos vivos incluyendo los mortinatos Colombia, 2010 – 2018..... 141

Gráfica 69. Cobertura de Tratamiento Antirretroviral. Colombia, 2012-2019. .... 143

Gráfica 70. Cascada del Continuo de la Atención, Colombia 2018. Avance a cada una de las Metas. .... 145

Gráfica 71. Porcentaje de Gestantes con Tamizaje para Hepatitis B en la Atención Prenatal. Colombia 2014 - 2018. 146

Gráfica 72. Tasa de positividad VIH por 100.000 donantes 2014 – 2018 ..... 148

Gráfica 73. Tasa de mortalidad por enfermedades infecciosas intestinales (A00-A09). Colombia, 2005 - 2018. .... 151

Gráfica 74. Tasa de Mortalidad por Tuberculosis – TB. Colombia 2005 - 2018..... 153

Gráfica 75. Cobertura de vacunación con BCG en nacidos vivos. Colombia, 2005 – 2019. .... 155

Gráfica 76. Porcentaje de cobertura de vacunación con DPT tres dosis en menores de 1 años. Colombia, 2005 – 2019..... 155

Gráfica 77 Porcentaje de cobertura de vacunación contra triple viral en niños y niñas de 1 años. Colombia, 2005- 2019..... 156



Gráfica 78. Letalidad por Tosferina. Colombia, 2007-2018. ....	157
Gráfica 79. Letalidad por Dengue. Colombia, 2008-2019p. ....	161
Gráfica 80. Letalidad por dengue grave. Colombia, 2008 – 2019p. ....	162
Gráfica 81. Tasa de mortalidad por malaria. Colombia, 2007-2018. ....	165
Gráfica 82. Tasa de mortalidad por letalidad de Chagas Agudo. Colombia, 2007 - 2018. ....	167
Gráfica 83. Tasa de mortalidad por rabia humana. Colombia, 2003- junio 2020. ....	171
Gráfica 84. Tasa de mortalidad exposición a fuerzas de la naturaleza. Colombia, 2005-2018. ....	173
Gráfica 85. Comportamiento de la afiliación de Trabajadores al Sistema General de Riesgos Laborales. Colombia, 2010 - 2019. ....	174
Gráfica 86. Porcentaje de Cobertura Sistema General de Riesgos Laborales frente a la Población Ocupada. Colombia 2010-2019. ....	174
Gráfica 87. Porcentaje de acciones de difusión acerca de la actualización normativa para la afiliación de trabajadores al Sistema General de Riesgos Laborales ejecutadas en el territorio. Colombia 2012-2019. ...	175
Gráfica 88. Tasa de accidente de trabajo calificados como Laborales x 100 afiliados al Sistema General de Riesgos Laborales. Colombia 2010-2019. ....	177
Gráfica 89. Enfermedades calificadas como de origen laboral (Tasa X 100,000 trabajadores afiliados al SGRL). ....	178
Gráfica 90. Tasa de mortalidad neonatal. Colombia, 2005 - 2017. ....	180
Gráfica 91. Tasa de mortalidad infantil (ajustada). Colombia, 2005 – 2017. ....	184
Gráfica 92. Tasa de mortalidad en menores de cinco años (estimada). Colombia, 2005 - 2016. ....	185

## 1. INTRODUCCIÓN

En cumplimiento de lo establecido en el artículo 6° de la Ley 1438 de 2011, el Ministerio de Salud y Protección Social formuló el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 (PDSP), el cual fue adoptado mediante la Resolución 1841 de 2013. Este plan es la hoja de ruta del sector salud en la cual se definen las metas y estrategias para avanzar hacia el logro de la equidad en salud y al mejoramiento de las condiciones de vida y salud de la población.

Como parte del diseño estratégico, el Plan se despliega mediante objetivos, metas y estrategias alrededor de ocho (8) dimensiones prioritarias y dos (2) dimensiones transversales que incluyen aspectos fundamentales deseables de lograr para la salud y bienestar de todo individuo, sin distinción de género, etnia, ciclo de vida, nivel socioeconómico o cualquier otro aspecto fundamental (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012).

Así mismo, con base en lo establecido en la Ley 1122 de 2007 (Art. 2), en la Ley 1438 de 2011 (Art. 2) y en la Resolución 1536 de 2015 (art. 44), en lo relacionado con el monitoreo y evaluación del Plan Decenal de Salud Pública 2012–2021, el Ministerio de Salud y Protección Social ha avanzado en el seguimiento de las metas de las dimensiones prioritarias y transversales del Plan en mención, con el fin de establecer su rango de cumplimiento e identificar elementos clave para la toma de decisiones en salud, potenciar y mantener los logros alcanzados y reorientar los aspectos que requieran alguna acción de mejora.

En este sentido, el Ministerio de Salud y Protección Social realiza el informe de avances de las metas y recomendaciones técnicas dadas por los referentes de cada una de las dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública 2012–2021. En el presente documento se presentan los avances obtenidos en el periodo 2012-2019.

En la primera parte del documento, se describen los aspectos generales de la metodología para la elaboración del informe, en segundo lugar se presenta el balance de avance de las metas del Plan Decenal, desagregadas según su categorización en metas de resultado y de gestión. Finalmente, se presenta el avance de las metas de gestión y resultado por cada dimensión del PDSP, incluyendo para las metas de resultado, la tendencia de los indicadores asociados a cada meta, así como las acciones adelantadas por cada área técnica con sus principales conclusiones y recomendaciones.

## 2. Metodología

Conservando la metodología de elaboración del informe del periodo 2012-2018, el presente documento se elaboró en cuatro grandes momentos, así:

### 2.1. Revisión de metas, indicadores y fuentes de información.

Con el fin de estandarizar el reporte y generar las acciones de mejora que permitan fortalecer el sistema de monitoreo y evaluación del PDSP, se realizó el contraste de lo reportado en informes previos de seguimiento de metas, así como con lo establecido en la Resolución 1841 de 2013 y con lo reportado en la base de datos del Portal Web de gestión del PDSP.

La revisión tuvo como eje central lo consignado en la Resolución 1841 de 2013 y su anexo técnico, como fuente oficial del marco estratégico definido para las dimensiones prioritarias y transversales en términos de objetivos, metas e indicadores, que propenden por el mejoramiento de las condiciones de vida y salud de la población colombiana en el periodo 2012-2021.

Para el reconocimiento de las fuentes de información se tomó como referente lo consolidado en el informe del periodo 2012-2018, teniendo en cuenta la categoría de los indicadores (gestión y resultado), tal como se presenta en la siguiente tabla:

**Tabla 1. Fuentes de información de indicadores de Gestión y Resultado. Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021.**

Tipo de indicador	Tipología del dato	Registro o Fuente de información	Disponibilidad de los datos
De Resultado	Mortalidad	Estadísticas Vitales	2005 - 2017
	Vacunación	Programa Ampliado de Inmunizaciones – PAI	2005 - 2018
	Letalidades	Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública - SIVIGILA / Estadísticas Vitales EEVV	2007 - 2017
	Incidencias	Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública - SIVIGILA	2008 - 2017
		International Agency for Research on Cancer	2008 - 2018
	Eventos de alto costo	Cuenta de alto costo	2012 - 2017
	Encuestas	DANE - Censo 2005	1973 – 1985 – 1993 - 2005
		DANE - Encuesta Nacional de Calidad de Vida 2017	2012 – 2018
		Encuesta Nacional de Salud Mental 2015	2015
		Estudio Nacional de consumo de sustancias psicoactivas 2013	2013
Estudio Nacional de consumo de sustancias psicoactivas en escolares 2011		2011; 2016	
Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010, 2015.		2010; 2015	
	Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia 2010 , 2015	2010; 2015	
De Gestión	Reportes del equipo técnico	Ficha explicativa del avance en las metas del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021.	2011 - 2018

## 2.2. Salidas de información

De acuerdo con el tipo de indicador (gestión o resultado), las salidas de información se obtuvieron de las siguientes fuentes:

- **Indicadores de resultado:** Las salidas de los indicadores que tienen rutinas de análisis y son reportados en SISPRO, fueron generadas por el grupo de gestión del conocimiento y fuentes de información de la Dirección de Epidemiología y Demografía. Los datos de los indicadores que no se encuentran disponibles en SISPRO, fueron aportados por los referentes técnicos de las áreas del Ministerio.
- **Indicadores de Gestión:** Los datos del reporte de avance de los indicadores de gestión fueron exportados en un archivo en formato Excel desde el Portal Web de gestión del PDSP. De igual forma, se contó con las fichas explicativas del avance en las metas por cada una de las dimensiones, reportadas por cada área técnica del Ministerio.

A continuación, se presentan las características de los indicadores en mención:

**Tabla 2. Generación de los indicadores de gestión y resultado, Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021.**

Característica	Indicador	
	Gestión	Resultado
Tipología del dato	Acciones técnicas, gestiones administrativas.	Datos de morbilidad y mortalidad, determinantes sociales de la salud.
Generador del dato	Técnicos designados en el MSPS por las áreas a cargo de las dimensiones del PDSP.	Instituciones de Salud, DANE, ICBF, otras.
Instrumento	Ficha explicativa del avance en las metas del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021.	Registros secundarios: *Administrativos *Sanitarios *Encuestas
Salidas de información	Portal Web de gestión del PDSP (descarga de ficha y monitoreo al cargue) <a href="https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/epidemiologia/Paginas/cargue-planes-territoriales-de-salud.aspx">https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/epidemiologia/Paginas/cargue-planes-territoriales-de-salud.aspx</a>	*SISPRO – indicadores PDPS *Cuenta de alto costo *Encuestas *SIVIGILA
Tipo de salida	Porcentaje de avance de la meta y del cargue de información.	Indicadores

Fuente: Informe seguimiento de metas 2012-2018

## 2.3. Descripción técnica de avances

Para efectos del presente informe, la categorización de las metas (resultado y gestión) corresponde a la categoría de los indicadores que tiene asociada cada una de ellas. Así, las metas de gestión corresponden a las que tienen asociados indicadores de gestión y las metas de resultado las que tienen asociados indicadores con dicha categoría. En los casos en los cuales la meta tiene asociados indicadores de resultado y de gestión, su reporte se hace como meta de resultado con el fin de evitar la duplicidad en su conteo.

Con este panorama, se presenta inicialmente el balance general del plan y posteriormente se presenta la descripción técnica de los avances de las metas para cada una de las dimensiones del PDSP, así:

- **Metas:** Se presenta el dato cuantitativo de la totalidad de metas de resultado y de gestión asociadas a cada dimensión.
- **Avance general:** Se presenta el reporte en términos cuantitativos de los rangos de avance de las metas tanto de resultado como de gestión, teniendo en cuenta los rangos definidos en el sistema de monitoreo y de evaluación del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021:

Tabla 3. Semaforización en el Sistema de monitoreo y evaluación del Plan Decenal Salud Pública 2012 – 2021.

Rango de avance	Descripción
> 75 %	<b>Muy bueno:</b> La meta y el comportamiento de los indicadores se acercan a lo programado, según tiempo establecido para su cumplimiento.
> 50 % <= 75 %	<b>Bueno:</b> El valor alcanzado por la meta y el indicador es menor que lo programado, pero se mantiene dentro del rango de avance establecido para el periodo de avance del Plan Decenal de Salud Pública.
> 25 % <= 50 %	<b>En riesgo.</b> El valor alcanzado por la meta y el indicador se encuentra en un rango medio por debajo de lo programado.
>= 0 % <= 25%	<b>Crítico.</b> El valor alcanzado de la meta está por debajo de lo programado, corriendo el riesgo de no cumplimiento
Sin ejecutar / Sin programar/Sin medición	<b>Dificultades metodológicas o técnicas.</b> Hace referencia a las dificultades técnicas o metodológicas que limitan o impiden el avance de lo planeado, su ejecución, el establecimiento del indicador asociado a la meta, el establecimiento del valor esperado para el decenio o su medición cuantitativa.
Sin Información	<b>Sin reporte técnico.</b> No existe reporte técnico que permita establecer el estado de la meta y el indicador.

Fuente: Adaptación de Informe de seguimiento PDSP 2012-2018

- Avance de las metas de gestión: Se presenta el avance cuantitativo acumulado para el periodo 2012-2019, obtenido de la información suministrada por cada área técnica del Ministerio y cargada al Portal Web de Gestión del PDSP. Para el caso de las metas que tienen asociado más de un indicador, se promediaron los porcentajes de cumplimiento de los indicadores para el reporte del avance de la meta. Los avances cualitativos pueden ser consultados en la ficha técnica de cada indicador en el portal web de gestión del Plan Decenal de Salud Pública.
- Avance de las metas de resultado: Se presenta inicialmente el avance cuantitativo de acuerdo con los rangos de cumplimiento señalados anteriormente (tabla 3). De manera general las fórmulas para el cálculo del porcentaje de avance de las metas son las siguientes: a) Para las metas de incremento y de cobertura:  $(\text{Valor logrado}/\text{valor esperado}) * 100$ . b) Para las metas de reducción:  $(\text{Valor esperado}/\text{Valor logrado}) * 100$ . En algunos casos, cuando la tendencia del indicador es contraria a la esperada, para la medición de metas de reducción, se utiliza la siguiente fórmula:  $((\text{Valor esperado} - \text{Valor logrado}) / \text{Valor esperado}) * 100$ , con el fin de procurar un análisis más acertado del indicador.

Para el caso de los porcentajes que superan el 100% de cumplimiento, este valor se aproxima a 100% para efectos de la presentación del informe. Así mismo, los porcentajes de cumplimiento que fuesen "negativos", se reportan en "Cero".

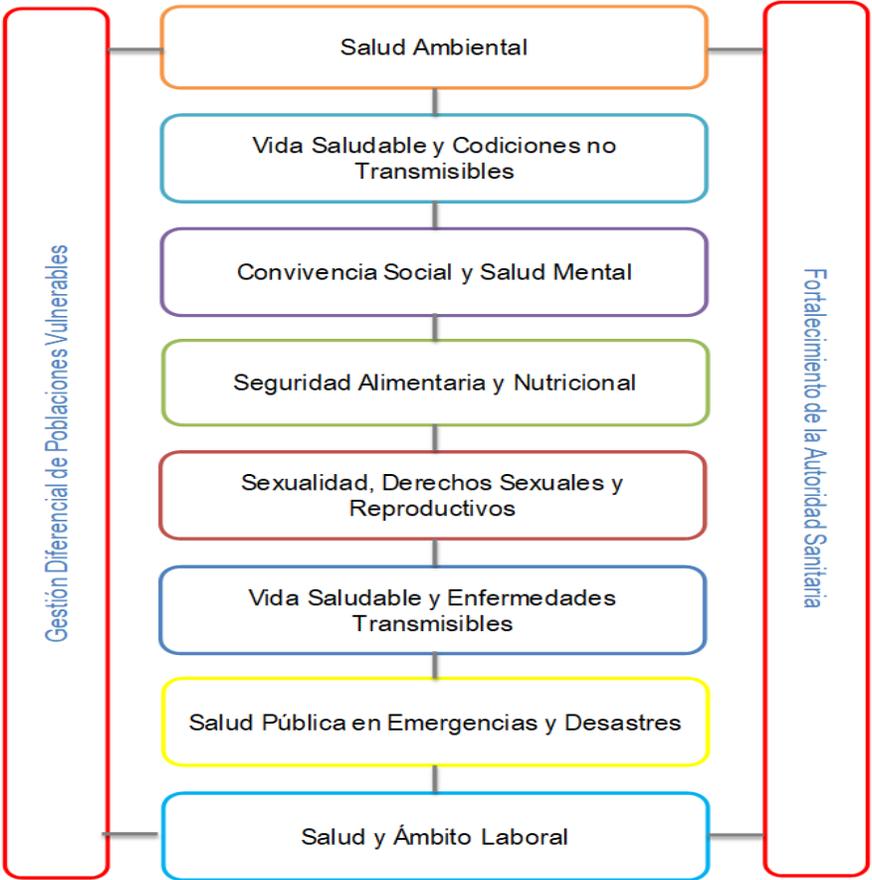
Finalmente, de acuerdo con la información suministrada por los referentes temáticos, se presenta la tendencia de los indicadores asociados a cada meta, así como las acciones adelantadas por cada área técnica con sus principales conclusiones y recomendaciones.

### 3. Balance General De Avance De Metas Plan Decenal De Salud Pública 2012-2021

El Plan Decenal de Salud Pública 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; orientando su acción en tres grandes objetivos estratégicos: avanzar hacia la garantía del goce efectivo del derecho a la salud; mejorar las condiciones de vida y salud de los habitantes y mantener cero tolerancias con la mortalidad y discapacidad evitable (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012).

Como parte del diseño estratégico, además de la visión, meta central y de los objetivos estratégicos, se configuran un conjunto de acciones para ocho (8) dimensiones prioritarias que están cruzadas por dos (2) dimensiones transversales: una que da cuenta de los desarrollos diferenciales en sujetos y colectivos específicos, bajo los principios del respeto y el reconocimiento del derecho a las diferencias poblacionales y de las mayores vulnerabilidades; y otra relacionada con los desarrollos orientados al fortalecimiento institucional y de los servicios de salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012)

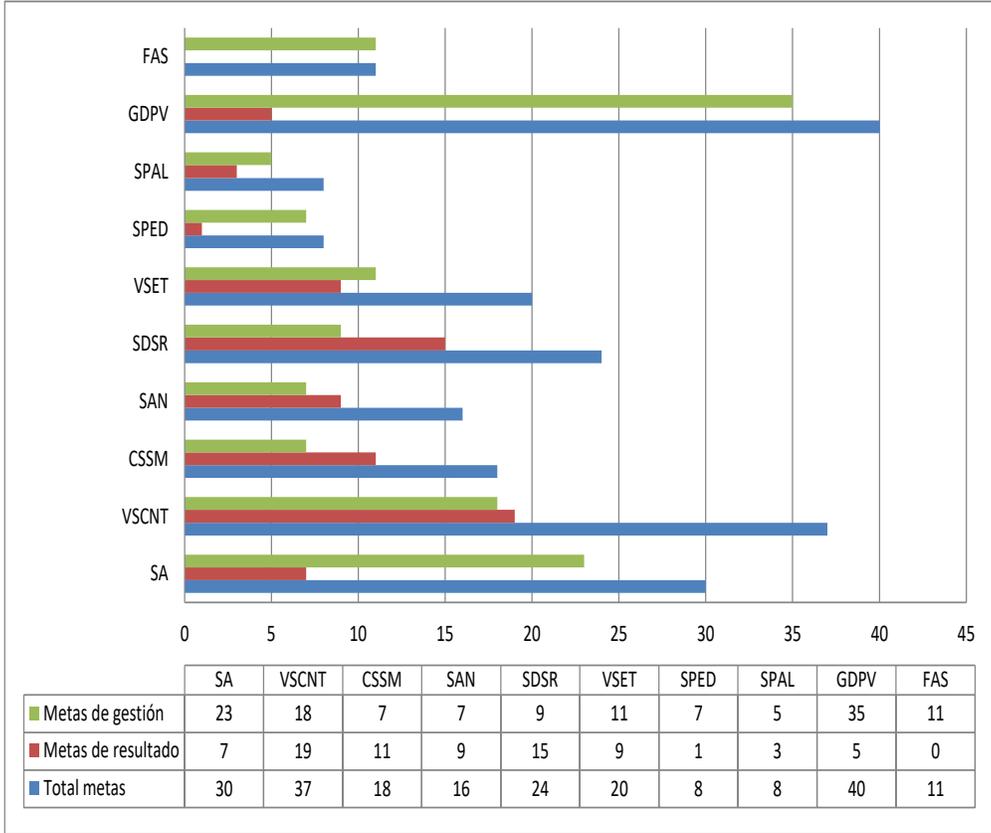
Gráfica 1. Dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública PDSP 2012 – 2021



Fuente: Informe de seguimiento PDSP 2012-2018

Cada dimensión tiene asociadas objetivos, metas y estrategias que contribuyen con el cumplimiento de los objetivos estratégicos del Plan Decenal. Así, el Plan planteó un total de 212 metas, de las cuales 79 (37.26%) son de resultado y 133 (62.74%) de gestión, tal como se presenta en la gráfica 2.

Gráfica 2. Distribución de Metas del Plan Decenal Salud Pública 2012 – 2021, según Dimensión.



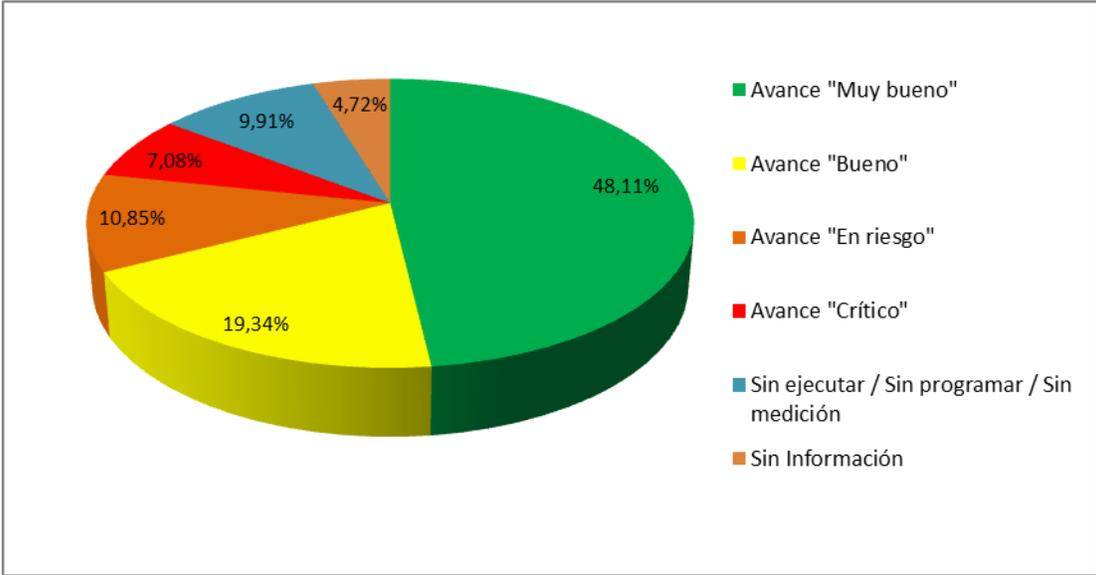
Fuente: Elaboración propia

\*SA: Salud ambiental / VSCNT: Vida saludable y condiciones no transmisibles / CSSM: Convivencia social y salud mental / SAN: Seguridad alimentaria y nutricional / SDSR: Sexualidad y derechos sexuales y reproductivos / VSET: Vida saludable y enfermedades transmisibles / SPED: Salud pública en emergencias y desastres / SPAL: Salud pública y ámbito laboral / GDPV: Gestión diferencial de poblaciones vulnerables / FAS: Fortalecimiento de la autoridad sanitaria.

### 3.1. Avance General del Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021

En cuanto al avance del cumplimiento de metas del PDSP se observa que el 48.11% (102 metas) se encuentra en un rango de avance "Muy bueno", el 19.34% (41 metas) reporta un avance "Bueno", el 10.85% (23 metas) un avance "En riesgo", el 7.08% (15 metas) reporta un avance crítico y el 14.62% restante, no cuenta con medición (21 metas) o no cuenta con reporte técnico (10 metas), tal como se presenta en la gráfica tres.

Gráfica 3. Rango de avance general metas PDSP 2012-2021

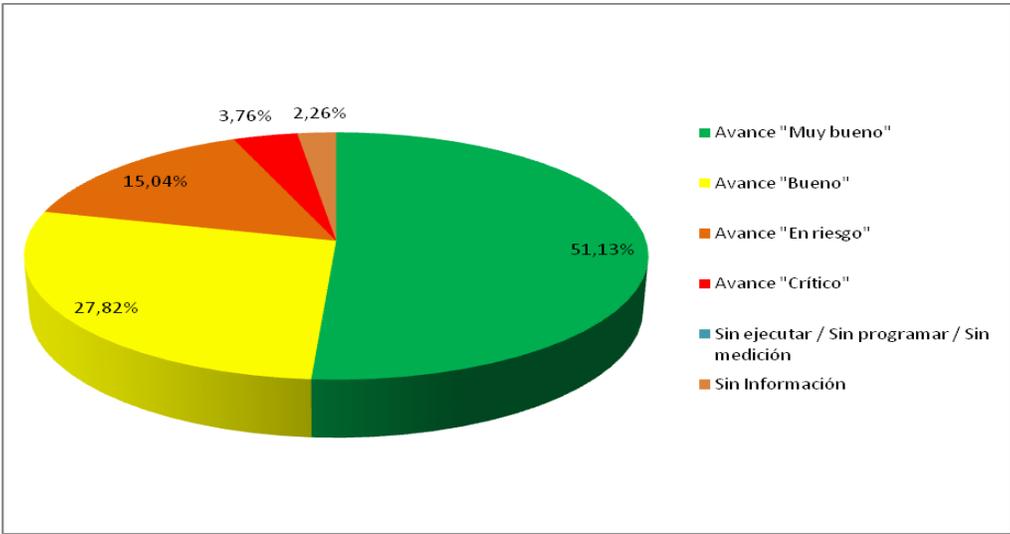


Fuente: Elaboración propia

2.1.1. Avance de las metas de gestión

De acuerdo con la información reportada en el Portal Web de gestión del PDSP por los referentes técnicos, el 51.13% del total de metas de gestión (68 metas) alcanzó un rango de avance "Muy bueno", el 27.82% (37 metas) un avance "Bueno", el 15.04% (20 metas) un avance "En riesgo" y el 6.02% restante incluye metas en avance crítico (5) y sin reporte técnico (3 metas), como se evidencia en la gráfica 4.

Gráfica 4. Rango de avance metas de gestión PDSP 2012-2021



Fuente: Elaboración propia

Al analizar el comportamiento por dimensiones, se encuentra que las dimensiones que tienen mayor proporción de avance de metas en el rango "Muy bueno" y "Bueno", son las dimensiones de seguridad

alimentaria y nutricional, salud pública y ámbito laboral y vida saludable y condiciones no transmisibles. A su vez, las que reportan un mayor número de metas con avance "Crítico" son las dimensiones de gestión diferencial de poblaciones vulnerables y sexualidad y derechos sexuales y reproductivos. Los porcentajes correspondientes se pueden visualizar en la tabla 4.

Tabla 4. Porcentaje según rango de avance y de número de metas de gestión por cada dimensión

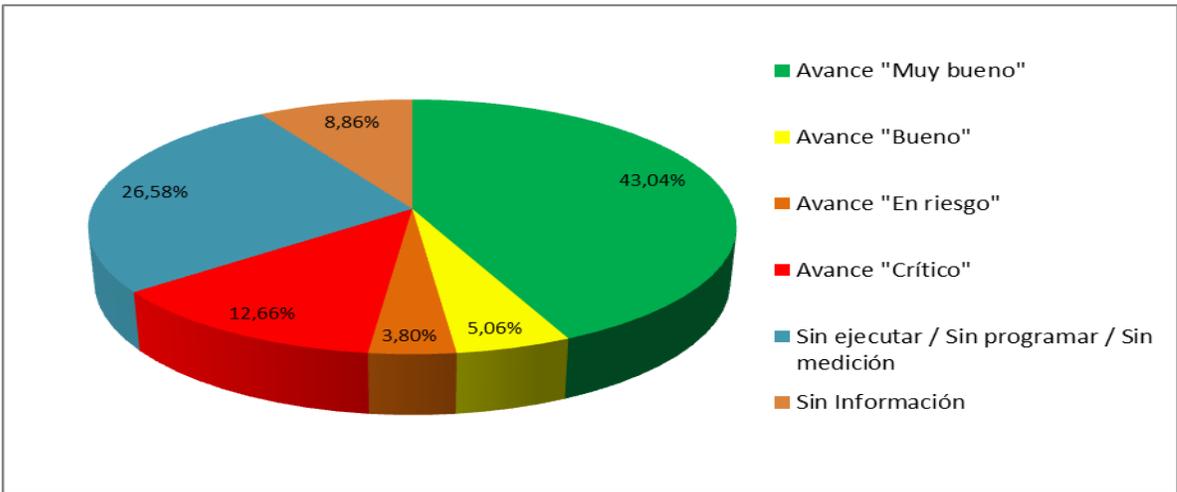
Rango de avance	% de avance según número de metas de la dimensión										% con respecto al total de metas de gestión
	SA	VSCNT	CSSM	SAN	SDSR	VSET	SPED	SPAL	GDPV	FAS	
"Muy bueno"	34,78	72,22	42,86	100,00	44,44	63,64	42,86	100,00	42,86	27,27	51,13
"Bueno"	39,13	22,22	42,86	0,00	22,22	27,27	42,86	0,00	22,86	45,45	27,82
"En riesgo"	26,09	5,56	14,29	0,00	22,22	9,09	14,29	0,00	20,00	9,09	15,04
"Crítico"	0,00	0,00	0,00	0,00	11,11	0,00	0,00	0,00	11,43	0,00	3,76
Sin ejecutar / Sin programar / Sin medición	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Sin Información	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,86	18,18	2,26
<b>Total</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>

Fuente: Elaboración propia

2.1.2. Avance de las metas de resultado

El avance de cumplimiento de las metas de resultado muestra que el 48.10% (38 metas) se encuentra en un rango "Muy bueno" y bueno, 16.46% (13 metas) en un rango "En riesgo" y "Crítico" y el restante 35.44% no cuenta con medición (21 metas) o no cuenta con reporte técnico (7 metas). A continuación, se presenta lo mencionado.

Gráfica 5. Rango de avance metas de resultado PDSP 2012-2021



Fuente: Elaboración propia

Al analizar el comportamiento por dimensiones, se encuentra que las que tienen mayor proporción de avance de metas en el rango "Muy bueno" y "Bueno", son las dimensiones de salud pública y ámbito laboral, seguridad alimentaria y nutricional y salud ambiental. A su vez, la que reporta un mayor número de metas con avance "Crítico" es la dimensión de vida saludable y enfermedades transmisibles. Las dimensiones con mayor proporción de metas sin información y/o sin medición son las dimensiones de salud pública en emergencias y desastres y gestión diferencial de poblaciones vulnerables. Los porcentajes correspondientes se pueden visualizar en la tabla 5.

**Tabla 5. Porcentaje según rango de avance y de número de metas de resultado por cada dimensión**

Rango de avance	% de avance según número de metas de la dimensión										% con respecto al total de metas de resultado
	SA	VSCNT	CSSM	SAN	SDSR	VSET	SPED	SPAL	GDPV	FAS	
<b>"Muy bueno"</b>	71,43	21,05	9,09	66,67	53,33	55,56	0,00	100,00	40,00	0,00	43,04
<b>"Bueno"</b>	0,00	0,00	18,18	11,11	6,67	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	5,06
<b>"En riesgo"</b>	14,29	0,00	0,00	0,00	13,33	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3,80
<b>"Crítico"</b>	14,29	15,79	9,09	22,22	0,00	33,33	0,00	0,00	0,00	0,00	12,66
<b>Sin ejecutar / Sin programar / Sin medición</b>	0,00	63,19	27,27	0,00	13,33	11,11	0,00	0,00	60,00	0,00	20,25
<b>Sin Información</b>	0,00	0,00	36,36	0,00	13,33	0,00	100,00	0,00	0,00	0,00	15,19
<b>Total</b>	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	0,00	100,00

Fuente: Elaboración propia

En el siguiente apartado se presentan los avances reportados por cada área técnica que soportan el reporte cuantitativo presentado hasta este punto.

### 3.2. Avance Dimensiones Transversales y Prioritarias del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021.

El avance que se presenta en este apartado se desagrega para cada dimensión del PDSP, iniciando con una breve descripción de las generalidades de esta, sus metas asociadas y lo avances de las metas de gestión y de resultado, tomando como insumo la información técnica remitida por cada área del Ministerio.

#### 2.2.1. Dimensiones Prioritarias

##### 2.2.1.1. Salud Ambiental

El Plan Decenal de Salud Pública definió 30 metas para la dimensión de salud ambiental, de las cuales 7 fueron categorizadas como metas de resultado y 23 como metas de gestión, lo cual corresponde al 23.33% y al 76.67% respectivamente. A su vez, las 30 metas tienen asociados 41 indicadores.

**Avance general de las metas de la dimensión:** En cuanto al avance del cumplimiento de metas se observa que el 43.33% (13 metas) se encuentran en un rango de avance "Muy bueno", el 30% (9 metas) reporta un avance "Bueno", el 23.33% (7 metas) un avance "En riesgo" y el 3.33% (1 meta) reporta un avance crítico.

**Avance de las metas de gestión:** De acuerdo a la información reportada en el portal web de gestión del PDSP, el 34.78% del total de metas de gestión alcanzó un rango de avance muy bueno, el 39.13% bueno y el 26.09% restante en riesgo. Es de anotar, que dado que las 23 metas reportadas tienen asociados 28 indicadores, para el cálculo del avance de las mismas, se promedió el valor reportado de los indicadores asociados con el fin de evitar la duplicidad en el reporte del cumplimiento de las metas (Anexo 1).

Se aclara que dado que la meta relacionada con que "A 2015 se habrá formulado y estará en desarrollo la estrategia de gestión integrada de las zoonosis de interés en salud pública, en el 100% de las Direcciones Territoriales de Salud", tiene asociados dos indicadores de resultado y dos de gestión, su avance se reporta como meta de resultado y la tendencia de los indicadores se describe más adelante.

**Avance de las metas de resultado:** El avance de cumplimiento de las metas de resultado muestra que el 71.43% (5 metas) se encuentra en un rango "Muy bueno", el 14.29% (1 meta) en "Crítico" y el restante 14.29% (1 meta) en riesgo (Anexo 2).

Con este panorama, a continuación se presenta la tendencia de los indicadores asociados a las metas de resultado, las acciones adelantadas para contribuir con el cumplimiento de las mismas, así como las principales conclusiones y recomendaciones técnicas derivadas del proceso de análisis.

**Meta 1: A 2021 disminuir la proporción de población con viviendas y servicios inadecuados, medidos según el Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas NBI.**

### **Indicador Porcentaje de Población con Necesidades Básicas Insatisfechas**

La metodología de NBI busca determinar, con ayuda de algunos indicadores simples, si las necesidades básicas de la población se encuentran cubiertas. Los grupos que no alcancen un umbral mínimo fijado, son clasificados como pobres. Los indicadores simples seleccionados, son: Viviendas inadecuadas, Viviendas con hacinamiento crítico, Viviendas con servicios inadecuados, Viviendas con alta dependencia económica, Viviendas con niños en edad escolar que no asisten a la escuela.<sup>1</sup>

1. Viviendas inadecuadas: Este indicador expresa las características físicas de viviendas consideradas impropias para el alojamiento humano. Viviendas móviles, o ubicadas en refugios naturales o bajo puentes, o sin paredes o con paredes de tela o de materiales de desecho o con pisos de tierra (en zona rural el piso de tierra debe estar asociado a paredes de material semipermanente o perecedero). En el año 2018, de acuerdo con el Censo Nacional de Población y Vivienda (CNPV) el 5.31%<sup>2</sup> de la población vive en viviendas consideradas impropias, según el Censo para el año 2005 es el 10,4%<sup>3</sup> de la población y para el año 1993 es 11.6%<sup>4</sup>.
2. Servicios inadecuados Zona Urbana. Este indicador expresa en forma más directa el no acceso a condiciones vitales y sanitarias mínimas. En las cabeceras, comprende las viviendas sin sanitario o que careciendo de acueducto se provean de agua en río, nacimiento, carrotanque o de la lluvia. En el resto, dadas las condiciones del medio rural, se incluyen las viviendas que carezcan de sanitario y acueducto y que se aprovisionen de agua en río, nacimiento o de la lluvia. En el año 2018, de acuerdo con el Censo

---

<sup>1</sup> Boletín Censo General 2005 Necesidades Básicas Insatisfechas.

[https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/censo/Bol\\_nbi\\_censo\\_2005.pdf](https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/censo/Bol_nbi_censo_2005.pdf)

Presentación Necesidades Básicas Insatisfechas. [https://www.dane.gov.co/files/censos/resultados/prest\\_NBI\\_100708.pdf](https://www.dane.gov.co/files/censos/resultados/prest_NBI_100708.pdf)

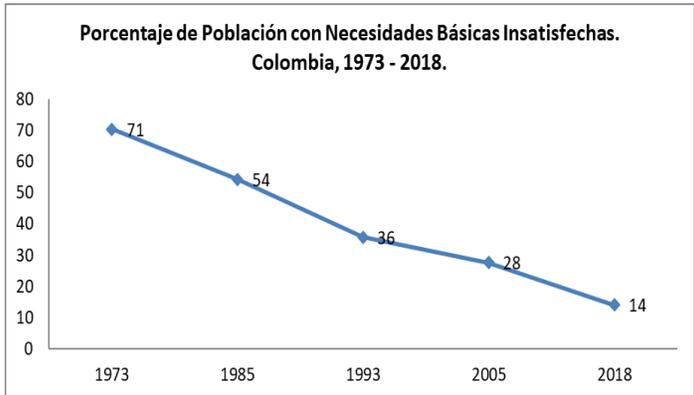
<sup>2</sup> <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/pobreza-y-condiciones-de-vida/necesidades-basicas-insatisfechas-nbi>

<sup>3</sup> [https://www.dane.gov.co/files/censos/resultados/prest\\_NBI\\_100708.pdf](https://www.dane.gov.co/files/censos/resultados/prest_NBI_100708.pdf)

<sup>4</sup> [https://www.dane.gov.co/files/censos/resultados/prest\\_NBI\\_100708.pdf](https://www.dane.gov.co/files/censos/resultados/prest_NBI_100708.pdf)

- Nacional de Población y Vivienda (CNPV) el 3.58%<sup>5</sup> de la población vive en viviendas con servicios inadecuados, para el año 2005 es el 7,4%<sup>6</sup> de la población y para el año 1993 es 10.5%<sup>7</sup>.
3. Hacinamiento crítico: Con este indicador se busca captar los niveles críticos de ocupación de los recursos de la vivienda por el grupo que la habita. Se consideran en esta situación los hogares con más de tres personas por cuarto (excluyendo cocina, baño y garaje). En el año 2018, de acuerdo con el Censo Nacional de Población y Vivienda (CNPV) el 4.06%<sup>8</sup> de la población vive en viviendas con hacinamiento crítico, para el año 2005 es el 11.1%<sup>9</sup> de la población y para el año 1993 es 15.4%<sup>10</sup>.
  4. Inasistencia escolar: Mide la satisfacción de necesidades educativas mínimas para la población infantil. Considera los hogares donde uno o más niños entre 7 y 11 años, parientes del jefe que no asisten a un centro de educación formal. En el año 2018, de acuerdo con el Censo Nacional de Población y Vivienda (CNPV) el 1.91%<sup>11</sup> de las personas viven en hogares donde niños entre 7 y 11 años no asisten a un centro de educación formal, para el año 2005 es el 3.6%<sup>12</sup> de la población y para el año 1993 es 8.0%<sup>13</sup>.
  5. Alta dependencia económica: Personas que pertenecen a hogares con más de tres personas por miembro ocupado y cuyo jefe ha aprobado, como máximo, dos años de educación primaria. En el año 2018, de acuerdo con el Censo Nacional de Población y Vivienda (CNPV) el 4.37%<sup>14</sup> de las personas presenta una alta dependencia económica, para el año 2005 es el 11.2%<sup>15</sup> de la población y para el año 1993 es 12.8%<sup>16</sup>.

Gráfica 6. Porcentaje de población con Necesidades Básicas Insatisfechas. Colombia 1973 – 2015



Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE, Consultado en: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/pobreza-y-condiciones-de-vida/necesidades-basicas-insatisfechas-nbi>.

### Acciones

#### Sectoriales

**2018:** Se han desarrollado o fortalecido capacidades a los funcionarios de las Direcciones Territoriales de Salud, a través de asistencias técnicas presenciales y virtuales, con el objetivo de: i) Identificar los avances, dificultades y resultados de la gestión e implementación técnica de la estrategia, que permita establecer y desarrollar acciones de mejoramiento y ii) Desarrollar capacidades en el talento humano para la efectiva

<sup>5</sup> <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/pobreza-y-condiciones-de-vida/necesidades-basicas-insatisfechas-nbi>  
<sup>6</sup> [https://www.dane.gov.co/files/censos/resultados/prest\\_NBI\\_100708.pdf](https://www.dane.gov.co/files/censos/resultados/prest_NBI_100708.pdf)  
<sup>7</sup> [https://www.dane.gov.co/files/censos/resultados/prest\\_NBI\\_100708.pdf](https://www.dane.gov.co/files/censos/resultados/prest_NBI_100708.pdf)  
<sup>8</sup> <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/pobreza-y-condiciones-de-vida/necesidades-basicas-insatisfechas-nbi>  
<sup>9</sup> [https://www.dane.gov.co/files/censos/resultados/prest\\_NBI\\_100708.pdf](https://www.dane.gov.co/files/censos/resultados/prest_NBI_100708.pdf)  
<sup>10</sup> [https://www.dane.gov.co/files/censos/resultados/prest\\_NBI\\_100708.pdf](https://www.dane.gov.co/files/censos/resultados/prest_NBI_100708.pdf)  
<sup>11</sup> <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/pobreza-y-condiciones-de-vida/necesidades-basicas-insatisfechas-nbi>  
<sup>12</sup> [https://www.dane.gov.co/files/censos/resultados/prest\\_NBI\\_100708.pdf](https://www.dane.gov.co/files/censos/resultados/prest_NBI_100708.pdf)  
<sup>13</sup> [https://www.dane.gov.co/files/censos/resultados/prest\\_NBI\\_100708.pdf](https://www.dane.gov.co/files/censos/resultados/prest_NBI_100708.pdf)  
<sup>14</sup> <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/pobreza-y-condiciones-de-vida/necesidades-basicas-insatisfechas-nbi>  
<sup>15</sup> [https://www.dane.gov.co/files/censos/resultados/prest\\_NBI\\_100708.pdf](https://www.dane.gov.co/files/censos/resultados/prest_NBI_100708.pdf)  
<sup>16</sup> [https://www.dane.gov.co/files/censos/resultados/prest\\_NBI\\_100708.pdf](https://www.dane.gov.co/files/censos/resultados/prest_NBI_100708.pdf)

formulación, implementación, seguimiento y evaluación de la estrategia de entornos saludables, que aportarán en el desarrollo de viviendas adecuadas.

Igualmente, se han desarrollado espacios de fortalecimiento de capacidades como: VII Encuentro Nacional de Entornos Saludables, Cumbre Regional sobre Sistemas de Reciclaje Inclusivo en América Latina y El Caribe – 2018, Talleres TANDAS – 2018, Reunión Nacional de Salud Ambiental – RNSA

**2019:** Se han desarrollado o fortalecido capacidades a los funcionarios de las Secretarías de Salud, a través de asistencias técnicas presenciales y virtuales, con el objetivo de: i) Socializar la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud, el Lineamiento Nacional de Entornos Saludables y las Estrategias de Entornos Hogar, Educativo, Comunitario y Laboral con Énfasis en Informalidad; ii) Desarrollar capacidades en el talento humano en la formulación de intervenciones colectivas.

Igualmente, se han desarrollado espacios de fortalecimiento de capacidades como la Reunión Nacional de Salud Ambiental – RNSA

### **Intersectoriales**

Desde la estrategia Entornos Saludables, se aporta al mejoramiento de condiciones en las viviendas a través de la promoción de prácticas y hábitos que transforman las condiciones físicas, ambientales y sanitarias, en la vivienda y su entorno, al igual que mitigar condiciones de hacinamiento y promover tecnologías alternativas de agua y saneamiento. Desde la estrategia se busca también generar alianzas con sectores de ambiente, vivienda y agricultura para complementar con acciones educativas, los programas de mejoramiento de vivienda y acceso a servicios.

Es así como se aporta al cumplimiento de esta meta en el marco de las acciones de gestión intersectorial realizadas en la Mesa Técnica de Entornos Saludables, de acuerdo con el alcance del plan de acción para el año 2018, se ha obtenido:

- ✓ Documento de articulación, armonización e integralidad de políticas, planes, programas, proyectos y estrategias de las entidades o sectores que integran la Mesa Técnica, con los lineamientos de Entornos Saludables. A través de esta identificación de programas y proyectos se busca la inclusión y articulación intersectorial de la estrategia de entornos saludables, para aportar en el desarrollo de viviendas adecuadas, viviendas sin hacinamiento, viviendas con servicios públicos.
- ✓ Plan de trabajo para establecer mecanismos de coordinación con otras mesas técnicas de la CONASA para implementación de los lineamientos de Entornos Saludables a nivel nacional y territorial (COTSA). Socialización del lineamiento Entornos Saludables en las Mesas Técnicas de Aire y Salud y Cambio Climático. Se realizó con Mesa de Aire y Salud el día 13 de noviembre 2018. Intercambio de planes de acción 2018 con Mesa Técnica de Agua. Se avanza con Mesa de Agua en formulación de agenda interministerial con Min Vivienda.
- ✓ Documento que contiene los mecanismos de cooperación a nivel internacional, nacional y territorial para la implementación de los LES.
- ✓ En el desarrollo del proceso de coordinación intersectorial a través de la Mesa Técnica de Entornos Saludables de la CONASA, se participa en el Comité Técnico del Sistema Nacional de Acompañamiento e Infraestructura Social al Programa de Vivienda Gratuita – SNAIS, en cuyo plan de acción para 2017, se establece como actividad: Capacitar al Grupo de Acompañamiento Social para el Programa de Vivienda Gratuita de Prosperidad Social en la Estrategia de Entornos Saludables, con el fin de difundirla en las Mesas Territoriales de Acompañamiento Social a los Proyectos de Vivienda Gratuita, la cual se cumple mediante el desarrollo del taller los días 15 y 16 de noviembre de 2017, cuyo con el objetivo de Desarrollar capacidades a los Asesores Nacionales de Prosperidad Social, para crear, construir y fortalecer capacidades, habilidades, actitudes, valores, aptitudes, conocimiento en el personal que asesora y coordina en el territorio el proyecto de vivienda 100% subsidiadas, para orientar a los beneficiarios en la apropiación y adopción del

mismo. Con lo que se espera, que los asesores nacionales que participaron sean multiplicadores en el territorio.

Se aporta al cumplimiento de esta meta en el marco de las acciones de gestión intersectorial realizadas en la Mesa Técnica de Entornos Saludables, de acuerdo con el alcance del plan de acción para el año 2019, se ha obtenido:

- ✓ Desarrollo de capacidades a los integrantes de las Mesas Técnicas Territoriales de Entornos Saludables de los COTSA de Arauca, Bogotá D.C., Boyacá, Caquetá, Casanare, Cundinamarca, Huila, Tolima, Vaupés, Ibagué, Soacha, Atlántico, Barranquilla, Cartagena, Magdalena, Guajira, San Andrés, Sucre, Cesar, Cali, Valle del Cauca, Nariño, Santander, Amazonas, Antioquia, Buenaventura, Quindío, Choco, Vichada y Armenia, mediante asistencias técnicas conjuntas entre las entidades que integran la Mesa Técnica Nacional de Entornos Saludables de la CONASA, para fortalecer la planeación territorial en el marco de los procesos de articulación de las políticas favorecedoras de Entornos Saludables.
- ✓ Gestión para realizar acuerdos intersectoriales en el marco de las políticas favorecedoras de entornos, logrando: i) con Ministerio de Educación Nacional, avances del documento de articulación de la Política Nacional de Educación Ambiental y la Estrategia Entornos Saludables, en los entornos educativos formales; ii) con el SENA, se acuerda abordar tres temas: ampliación de la oferta de capacitación de entornos saludables desde la formación de instructores en entornos saludables, actualización de currículos virtuales y desarrollo de Norma de Competencias Laborales en Entornos Laborales Saludables; iii) con el ICBF, se aborda las posibilidades de articulación en el marco de la Política de Primera Infancia, proponiendo iniciar trabajo conjunto para la definición de una guía de articulación en la modalidad de Hogares Comunitarios (de manera inicial).; iv) con la Escuela Superior de Administración Pública – ESAP, con el objetivo de definir líneas de trabajo, frente a las nuevas administraciones departamentales y distritales, identificando tres posibilidades: generar material para la caja de herramientas del curso Yo Elijo Saber, gestionar espacio con la Escuela de Alto Gobierno, e iniciar el proceso de formulación de un programa de formación en Entornos Saludables y CERS.

### **Conclusión y Recomendaciones**

Es importante continuar con el proceso de fortalecimiento de los espacios intersectoriales nacional y territoriales, con el fin de articular las políticas, planes, programas, estrategias sectoriales y de los otros sectores, que contribuya a mejorar las condiciones de infraestructura y sanitarias de las viviendas, de abastecimiento de agua y saneamiento básico.

Continuar con el proceso de desarrollo de capacidades a los funcionarios de las Direcciones Territoriales de salud en la implementación de las estrategias de entornos saludables en el territorio, en el marco de la articulación intersectorial.

Generar un mecanismo que permita recoger la información de las acciones realizadas por cada sector competente para dar respuesta a esta Meta y se posibilite medir la gestión, resultados e impactos de las acciones de promoción en salud ambiental en los diferentes entornos.

El indicador de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), utiliza indicadores directamente relacionados con cuatro áreas de necesidades básicas de las personas (vivienda, servicios sanitarios, educación básica e ingreso mínimo), y la Meta establecida en el PDSP, está relacionada con la proporción de población con viviendas y servicios inadecuados, lo cual para lograr su disminución requiere del desarrollo de programas, proyectos, estrategias propios de sectores diferentes al sector salud y al cual desde salud se aporta a través de la implementación de acciones de promoción de la salud y de procesos de gestión de la salud pública. Por otra parte, es un indicador que se ha medido en Colombia con la Información del Censo nacional de

población y vivienda, es decir en los años 1985, 1993, 2005 y 2018, que hace que su seguimiento no sea oportuno para la toma de decisiones. Es así, que se sugiere no incluirlo en el próximo PDSP.

## **Meta 2: A 2021 se tendrá una cobertura del servicio de acueducto del 99% en áreas urbanas.**

El Programa Conjunto de Monitoreo (PCM) define agua potable como<sup>17</sup>, el agua utilizada para los fines domésticos y la higiene personal, así como para beber y cocinar, se tiene acceso al agua potable si la fuente de esta se encuentra a menos de 1 kilómetro de distancia del lugar de utilización y si uno puede obtener de manera fiable al menos 20 litros diarios para cada miembro de la familia.

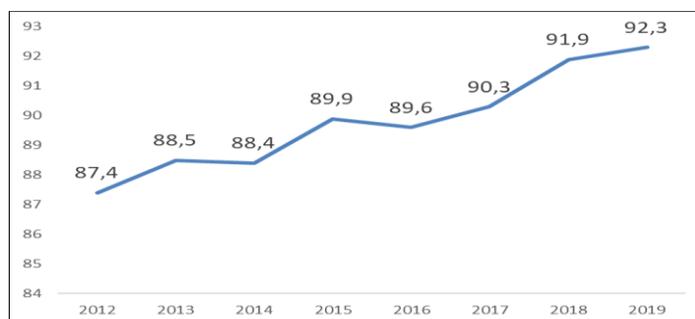
Agua potable salubre es el agua cuyas características microbianas, químicas y físicas cumplen con las pautas de la OMS o los patrones nacionales sobre la calidad del agua potable, que para el caso colombiano es el Decreto 1575 de 2007 y su resolución 2115 de 2007; Por acceso de la población al agua potable salubre se entiende el porcentaje de personas que utilizan las mejores fuentes de agua potable, a saber: conexión domiciliaria; fuente pública; pozo de sondeo; pozo excavado protegido; surgente protegida; aguas pluviales.

### **Indicador Cobertura del Servicios de Acueducto**

En 2014, la Organización Mundial de la Salud estimó que la carga por diarrea representa el 1,5% de la carga mundial de la enfermedad y que el 53% de las diarreas son producto de una cobertura de abastecimiento de agua insalubre y de un saneamiento e higiene deficientes. La OMS advierte que la diarrea puede prevenirse mejorando las condiciones de agua, saneamiento e higiene.<sup>18</sup>

Según datos para el año 2015, el 91% de la población mundial utiliza una fuente mejorada de agua potable. En América Latina y el Caribe, ese porcentaje es superado en un 4% para un 95%, mientras que en Colombia el porcentaje es igual al mundial (91%)<sup>19</sup>. Comparando estos resultados con cifras del año 1990, el acceso a fuentes mejoradas de agua potable ha aumentado, pese a que 663 millones de personas en el mundo aún carecen de fuentes mejoradas de agua potable.

**Gráfica 7. Cobertura nacional del servicio de acueducto. Colombia 2012 – 2019.**



Fuente: GIH (DANE).

Tras la expedición de la Constitución política de 1991 y la promulgación de la Ley 142 de 1994, Colombia presentó avances en los indicadores de cobertura, calidad y continuidad para la prestación de los servicios públicos domiciliarios de acueducto y alcantarillado, especialmente en la zona urbana; no obstante, dichos avances no se dieron en igual proporción en el área rural, generando importantes brechas de cobertura entre

<sup>17</sup> [https://www.who.int/water\\_sanitation\\_health/mdg1/es/](https://www.who.int/water_sanitation_health/mdg1/es/)

<sup>18</sup> Organización Mundial de la Salud. Preventing diarrhea through better water, sanitation and hygiene: exposures and impacts in low- and middle-income countries. ; 2014

<sup>19</sup> Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Organización Mundial de la Salud. Progresos en materia de saneamiento y agua potable: informe de actualización 2015 y evaluación del ODM. Nueva York: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Organización Mundial de la Salud. ; 2015.

áreas. Asimismo, aún persisten problemas en la calidad del agua suministrada a los usuarios en diferentes regiones del país, y en la continuidad en el servicio de acueducto

Se toman los datos de la GEIH (DANE), por ser la fuente oficial de los datos usada por el sector Vivienda, Ciudad y Territorio, para la formulación de políticas y seguimiento al indicador, para cumplimiento de las metas nacionales e internacionales<sup>20</sup> en este sentido no se tuvo en cuenta la Encuesta Nacional de Calidad de Vida 2017.

## Acciones

### **Sectoriales**

Conforme a lo establecido en el decreto 3571 de 2010 y el Decreto Único Reglamentario 1077 de 2015, el Ministerio de Vivienda, Ciudad y Territorio – Ministerio de Vivienda, es la entidad encargada de formular, adoptar, dirigir, coordinar y ejecutar la política pública, planes, proyectos y regulación para el acceso de la población al agua potable y el saneamiento básico en la prestación del servicio público. Por tanto, el Ministerio de Vivienda, adelanta programas establecidos para el fortalecimiento de la prestación del servicio de acueducto, alcantarillado y aseo del país.

El Programa Agua y Saneamiento para la Prosperidad Planes Departamentales para el Manejo Empresarial de los Servicios de Agua y Saneamiento (PAP-PDA) es el conjunto de estrategias de planeación y coordinación interinstitucional formuladas y ejecutadas con el objeto de lograr la armonización integral de los recursos y la implementación de esquemas eficientes y sostenibles en la prestación de los servicios públicos domiciliarios de agua potable y saneamiento básico, teniendo en cuenta las características locales, la capacidad institucional de las entidades territoriales y personas prestadoras de los servicios públicos y la implementación efectiva de esquemas de regionalización.

Para el año 2018, se tiene un total de 96 proyectos terminados para los sistemas de acueductos municipales del país, por un valor de \$387.607.502.278; del total de proyectos, 69 vinculan a 75 municipios en la zona urbana y 27 proyectos en la zona rural con igual número de municipios vinculados, estos proyectos están formulados como: a) estudios y diseños, b) proyectos para la ampliación de coberturas, c) optimizaciones de sistemas de acueducto, d) Planes Maestros de acueducto y/o, incluyen proyectos que pueden incluir uno o varios componentes del servicio de acueducto, proyectos locales y regionales.<sup>21</sup>

Adicionalmente el sector de Vivienda, ciudad y territorio adelanta el programa cultura del agua 2017 Es un programa técnico pedagógico orientado a la construcción de una nueva cultura del cuidado, protección y uso racional del recurso hídrico, que se basa en el desarrollo de procesos educativos de carácter permanente, tanto a nivel formal como no formal, a través de los cuales las comunidades usuarias de los servicios de acueducto, alcantarillado y aseo, tienen la posibilidad de reflexionar sobre su realidad local, analizar las consecuencias de sus comportamientos y prácticas individuales y colectivas sobre el entorno y de fortalecer su capacidad para tomar decisiones orientadas a transformar dichos comportamientos en la búsqueda de un desarrollo humano sostenible.

Por otra parte el Programa de Conexiones Intradomiciliarias de Acueducto y Alcantarillado tiene el objetivo de “Fomentar el acceso a los servicios públicos domiciliarios de acueducto y alcantarillado, mediante la construcción o mejoramiento de las conexiones intradomiciliarias y domiciliarias cuando técnicamente se requieran, de los servicios de acueducto y alcantarillado, por medio de aportes presupuestales de la Nación y/o de las entidades territoriales en calidad de contrapartida que cubran sus costos, en los inmuebles objeto del programa”.

<sup>20</sup> MVCT - Plan director agua y saneamiento básico visión estratégica 2018 – 2030,

<sup>21</sup> MSPS, MVCT; INS Y SSPD - INCA, 2018

## Intersectoriales

Existen diferentes instancias de coordinación de carácter intersectorial, interinstitucional y de concertación, para el seguimiento de políticas y la articulación de acciones nacionales y regionales; esas instancias son el Consejo Nacional del Agua, la Comisión Técnica Nacional Intersectorial para la Salud Ambiental – CONASA, los Consejos Territoriales de Salud Ambiental (COTSA), el Consejo Nacional Ambiental, el Consejo Ambiental Regional, las Comisiones Conjuntas, el Consejo Seccional de Desarrollo Agropecuario, Pesquero, Forestal comercial y de desarrollo rural (CONSEA) y los Consejos Municipales de Desarrollo Rural (CMDR).

Para aportar a los impactos positivos en el agua potable y saneamiento básico como uno de los determinantes estructurales de la salud, el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, estableció la meta No. 11 del componente de hábitat saludable, dimensión de Salud Ambiental, la cual indica que “a 2015 se habrá diseñado y estará en desarrollo el programa orientado al suministro del agua apta para consumo humano al 100% de la población, articulando las políticas nacionales, tales como la Política Nacional de Agua y Saneamiento para las Zonas Rurales, la Política Nacional para la Gestión Integral del Recurso Hídrico y estrategias, tales como la de Producción más Limpia, Educación en Salud Ambiental y Vigilancia Sanitaria, entre otras”

Desde el año 2015, el MSPS asumió el liderazgo de la orientación conceptual, y desarrollo intersectorial del Programa Nacional de Agua Potable – PNAP, el cual fue diseñado de forma participativa e intersectorial con entidades nacionales y territoriales, entre ellas las Direcciones Territoriales de Salud.- DTS incluyendo las políticas nacionales, tales como la Política Nacional de Agua y Saneamiento para las Zonas Rurales, la Política Nacional para la Gestión Integral del Recurso Hídrico y estrategias, como la de Producción más Limpia, Educación en Salud Ambiental y Vigilancia Sanitaria, y las herramientas necesarias para ejecutar las acciones del nivel nacional y el territorial, para avanzar en las metas propuestas y reducir el riesgo a la salud por el consumo de agua con deficiente calidad.

Respecto al acceso de agua en zona rural. el Ministerio de Salud y Protección Social participó en la elaboración de la Política de Agua Potable y Saneamiento Rural, CONPES 3810 de 2014, elaborada de forma intersectorial con el DNP, Ministerio de Vivienda , Ciudad y Territorio, Superintendencia de Servicios Públicos y Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible, teniendo en cuenta que la interpretación de las competencias del sector en zona rural no puede restringirse a los servicios de acueducto y alcantarillado, cuando el acceso en áreas rurales puede ser garantizado también mediante soluciones individuales o alternativas (acueductos veredales) y mejorando la gestión de los servicios.

De esta manera se aportó para la ampliación de un contexto normativo que permita la implementación de soluciones tecnológicas apropiadas para zonas rurales. En el marco de esta política el MSPS participó en la expedición del Decreto 1898 de 2016, mediante el cual se definen las disposiciones especiales para el acceso a agua potable y saneamiento básico en las zonas rurales del país y se busca cerrar las brechas en el acceso, calidad y continuidad del agua en zona rural.

Durante los años 2018 y 2019 se elaboró de forma conjunta con el Ministerio de Vivienda, Ciudad y Territorio el proyecto de resolución “Por la cual se adopta el protocolo de inspección, vigilancia y control de la calidad del agua para consumo humano suministrada por personas prestadoras del servicio público domiciliario de acueducto en zona rural”, mediante la cual se brindan herramientas para la elaboración de planes de cumplimiento de la calidad de la agua en el área rural de manera que se avance en los estándares de prestación del servicio.

## Conclusión y Recomendaciones

Los impactos positivos en la salud del aumento de coberturas en acueducto en la salud son ampliamente reconocidos y están relacionados con la mejora en las condiciones de higiene y nutrición de las personas en los hogares intervenidos.

Las personas que cuentan con agua en cantidad y calidad suficiente, se lavan las manos con una mayor frecuencia antes de preparar los alimentos o después de salir del baño y mantienen buenos hábitos de higiene, por lo cual presentan menos probabilidad de contraer enfermedades relacionadas con el agua como la diarrea. Para los niños menores de 5 años se encuentra una disminución del 33% en la probabilidad de padecer diarrea. Adicionalmente, en los jóvenes de entre 12 y 17 años esta probabilidad se reduce en un 1,5%. Se impacta positivamente interviniendo los factores que causan la transmisión de EDA (Enfermedades Diarreicas Agudas) a través de acciones concretas como el acceso al agua, su buena calidad y buenas prácticas del almacenamiento del agua al interior del hogar.

### **Meta 3: A 2021 se tendrá una cobertura del servicio de alcantarillado del 99% en las zonas urbanas.**

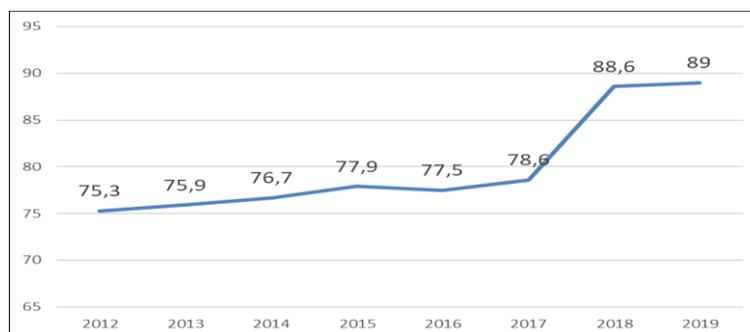
Respecto a la fuente del indicador Fuente: DANE - Encuesta Nacional de Calidad de Vida 2018, se debe modificar por Fuente: GIH (DANE).

El Programa Conjunto de Monitoreo (PCM) define el Saneamiento básico como<sup>22</sup>, la tecnología de más bajo costo que permite eliminar higiénicamente las excretas y aguas residuales y tener un medio ambiente limpio y sano tanto en la vivienda como en las proximidades de los usuarios. El acceso al saneamiento básico comprende seguridad y privacidad en el uso de estos servicios. La cobertura se refiere al porcentaje de personas que utilizan mejores servicios de saneamiento, a saber: conexión al alcantarillado público; conexión a sistemas sépticos; letrina de sifón; letrina de pozo sencilla; letrina de pozo con ventilación mejorada. En Colombia se tienen en cuenta para las zonas urbanas la conexión al alcantarillado público y en las zonas rurales se incluye en el cálculo de coberturas, las soluciones alternativas.

### **Indicador de cobertura de alcantarillado**

Se toman los datos de la GEIH (DANE), por ser la fuente oficial de los datos usada por el sector de Vivienda, Ciudad y Territorio, para la formulación de políticas y seguimiento al indicador, para cumplimiento de las metas nacionales e internacionales<sup>23</sup> en este sentido no se tuvo en cuenta la Encuesta Nacional de Calidad de Vida 2017.

**Gráfica 8. Cobertura Nacional del servicio de alcantarillado, Colombia 2012 – 2019.**



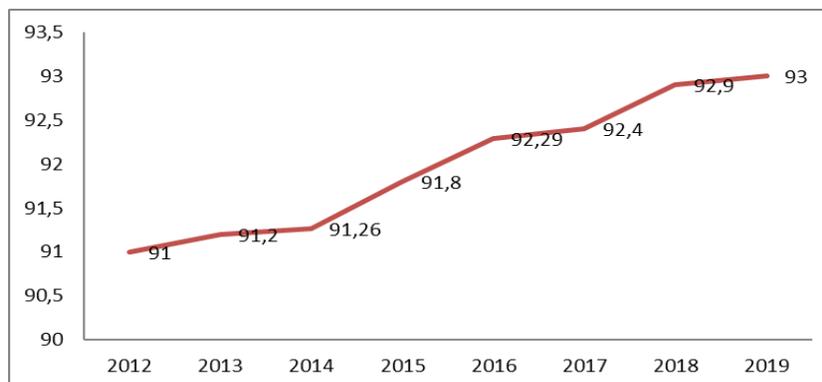
Fuente: GEIH (DANE).

<sup>22</sup> [https://www.who.int/water\\_sanitation\\_health/mdg1/es/](https://www.who.int/water_sanitation_health/mdg1/es/)

<sup>23</sup> MVCT y DNP - Plan director agua y saneamiento básico visión estratégica 2018 – 2030

Para el año 2018, en Colombia, la cobertura del servicio público domiciliario de alcantarillado a nivel nacional fue de 88,6%, para el año 2019 de 89%.

**Gráfica 9. Cobertura del servicio de alcantarillado en zonas urbanas, Colombia 2012 – 2019.**



Fuente: Fuente: GEIH (DANE). Cálculos DDU/DNP

En la zona urbana o cabeceras municipales, para el año 2018 la cobertura del servicio público domiciliario de alcantarillado a nivel fue de 92,9 %, para el año 2019 de 93 %.

Como se indicó anteriormente la fuente para calcular el avance de la meta es la GEIH. Cabe precisar que la periodicidad de dicha fuente es anual con un rezago de 180 días, por ende, los resultados del año inmediatamente anterior estarán disponibles en Julio del siguiente año.

## Acciones

### Sectoriales

Como se mencionó para los indicadores de cobertura de Acueducto, es el ministerio de Vivienda Ciudad y Territorio el competente para establecer los lineamientos de la inversión de las características y requisitos para realizar proyectos de infraestructura para el aumento de las coberturas de acueducto y de alcantarillado.

El Programa Agua y Saneamiento para la Prosperidad Planes Departamentales para el Manejo Empresarial de los Servicios de Agua y Saneamiento (PAP-PDA) es el conjunto de estrategias de planeación y coordinación interinstitucional formuladas y ejecutadas con el objeto de lograr la armonización integral de los recursos y la implementación de esquemas eficientes y sostenibles en la prestación de los servicios públicos domiciliarios de agua potable y saneamiento básico ( para el caso colombiano comprenden el alcantarillado y aseo domiciliario)

### Intersectoriales

Desde el año 2015 se realizó la gestión intersectorial para la elaboración de la propuesta del programa nacional de agua potable a través del convenio No.519 de 2015, realizado entre la OPS/MSPS y finalizado en junio de 2016. Como producto se tiene el Documento “Propuesta para el Diseño Conceptual, Metodológico e Instrumental del Programa Nacional de Agua Potable – PNAP” y sus 5 instrumentos de implementación, en los cuales se incluyen actividades de saneamiento básico considerando el concepto de economía circular del agua.

## Conclusión y Recomendaciones

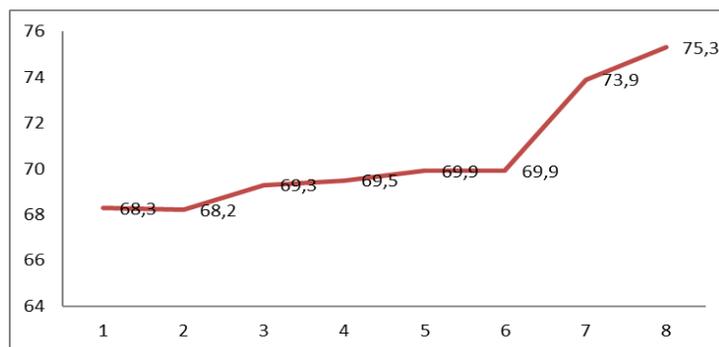
La combinación de un abastecimiento de agua potable y saneamiento básico es una condición previa para obtener resultados satisfactorios en la lucha contra la pobreza y el hambre, que beneficia a los grupos poblacionales más vulnerables (niños y adultos mayores) y permite el goce de otros derechos como la salud y la educación. Especialmente el aumento de coberturas de saneamiento básico protege la vida y la salud de las mujeres garantizando la igualdad de género y la autonomía de la mujer, la salud materna, también está asociado a la sostenibilidad del medio ambiente.

**Meta 4: A 2021 se tendrá una cobertura de saneamiento básico del 76% en las zonas rurales.**

### *Indicador Cobertura de saneamiento básico en zonas rurales*

La cobertura de saneamiento incluye la conexión de la vivienda al servicio de alcantarillado, así como soluciones alternativas como inodoro conectado a pozo séptico y letrina.

**Gráfica 10. Cobertura del servicio de alcantarillado en zonas rurales, Colombia 2012 – 2019.**



Fuente: Fuente: GEIH (DANE). Cálculos DDU/DNP incluye tecnologías alternativas

Al comparar las coberturas urbanas y rurales de alcantarillado, se tienen observan brechas de más de 20 puntos porcentuales, presentándose menores coberturas en el servicio de alcantarillado, las cuales se evidencian en regiones Caribe y Pacífica, así como en los municipios de categoría 4, 5 y 6.

## Acciones

### Sectoriales

Para el desarrollo de la Reforma Rural Integral – RRI, la cual busca revertir los efectos del conflicto, garantizar la sostenibilidad de la paz, aumentar el bienestar de los habitantes rurales e impulsar la integración de las regiones, el desarrollo social y económico, en el CONPES 3932 de 2018 se le otorgó al Ministerio de Vivienda, Ciudad y Territorio la responsabilidad de ejecutar el Plan Nacional de Suministro de Agua Potable y Saneamiento Básico Rural.

Desde la estrategia Entornos Saludables, se aporta al mejoramiento de condiciones en las viviendas a través de la promoción de prácticas y hábitos que transforman las condiciones físicas, ambientales y sanitarias, en la vivienda y su entorno, al igual que promover tecnologías alternativas de agua y saneamiento. Desde la estrategia se busca también generar alianzas con sectores de ambiente, vivienda y agricultura para complementar con acciones educativas, los programas de mejoramiento de vivienda y acceso a servicios.

Esta Estrategia se considera una política pública ya que el proceso contempla la comprensión de necesidades, la definición de prioridades y la gestión de soluciones en pro del desarrollo colectivo y de la protección de los ciudadanos, donde se requiere de participación por parte de las autoridades gubernamentales para la toma de decisiones y de intervención comunitaria para la definición de problemáticas

### **Intersectoriales**

EL MSPS participó en la expedición del CONPES 3810 de 2014, mediante el cual se fijan los lineamientos de política para el suministro de agua potable y saneamiento básico en las áreas rurales de Colombia, en cumplimiento a lo dispuesto por el Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2010 -2014, Prosperidad para Todos. En este CONPES se incluyó 3.2. Promover la investigación y desarrollo, en aspectos relacionados con el suministro de agua potable y saneamiento básico para la zona rural.

### **Conclusión y Recomendaciones**

Los esfuerzos para aumentar el acceso al agua potable y al saneamiento básico, bien pueden ser la intervención más eficaz, que por sí sola, permite mejorar la salud humana y prevenir las enfermedades y la muerte.<sup>24</sup> Sin embargo en Colombia persiste la brecha de coberturas de alcantarillado en zonas rurales respecto a las zonas urbanas.

Para el cumplimiento de las metas en área rural se requiere trabajar en el fortalecimiento de acciones intersectoriales, para la solución de las problemáticas asociadas al saneamiento básico, estas acciones requieren compartir recursos, responsabilidades y acciones entre las entidades con competencias como el sector ambiental, vivienda y educación. También se requiere la conformación de estructuras organizacionales o procesos formales que habiliten a todas las partes a influir sobre la definición de los problemas y la planificación de las soluciones, como planes elaborados participativamente entre todos los actores implicados en las acciones intersectoriales; donde la participación ciudadana puede crear capacidades integradoras en las comunidades para actuar sobre sus condiciones de vida.

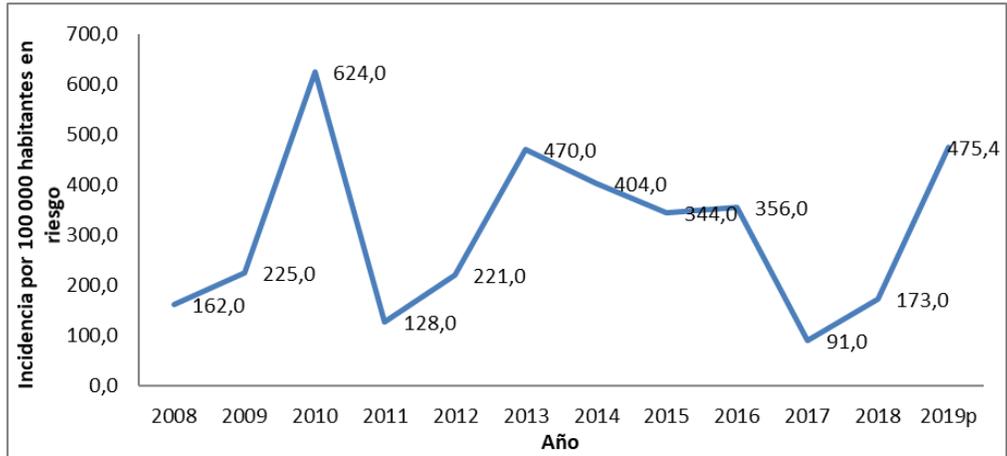
### ***Indicador Tasa de incidencia de dengue (Rural – Urbana)***

La incidencia promedio anual de dengue es de 306 casos por 100 000 habitantes en riesgo desde el año 2008. Se pueden observar picos epidémicos cada tres años, 2010, 2013, 2016 y 2019 y una tendencia al decremento en la endemidad desde el año 2013; sin embargo, el pico epidémico de 2019, que, aunque por poco, fue superior a lo observado para 2016 y similar al comportamiento presentado en toda la región de las Américas.

---

<sup>24</sup> Organización Mundial de la Salud. Salud en las Américas. Medio Ambiente y Seguridad Humana. Edición 2012

Gráfica 11. Tasa de incidencia de dengue. Colombia, 2008 -2019p.



Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública -SIVIGILA, Consultado en <http://rssvr2.sispro.gov.co/reportesis2/>

## Acciones

### Sectoriales

Generación del Plan estratégico nacional de Arbovirosis 2018-2022, con seis líneas prioritarias: Posicionamiento político, entornos saludables, vigilancia integral de Salud Pública, Atención de casos, gestión del programa y atención de contingencias.

Acciones de promoción, prevención y control con base en priorización y focalización de las áreas endémicas para Arbovirosis, enfocadas en Estrategias de prevención mediante métodos de barrera, biológicos, físicos o de saneamiento del medio; y las acciones de control realizadas según escenarios de: casos graves, muertes y brotes.

Fortalecimiento de capacidades de respuesta territoriales a través del mecanismo de asistencia técnica, evaluación de la gestión general del programa ETV a nivel territorial y reuniones regionales de programa nacional de Promoción, Prevención y Control de ETV (dos al año), contempladas en políticas, planes, estrategias y proyectos que apoyan el funcionamiento del subprograma de Arbovirosis de iniciativa nacional y regional y dirigidas a las direcciones territoriales de Salud.

Generación de material de comunicaciones dirigido a diferentes públicos: tomadores de decisiones, población general y profesionales de salud. Para promoción, prevención y control de dengue.

Generación de lineamientos técnicos para el fortalecimiento de acciones de prevención, promoción, y control, vigilancia en salud público, dentro de los cuales se encuentran los lineamientos para la semana de acción contra el mosquito “Semana D”, las orientaciones para la realización de acciones de lavado y cepillado de tanques, implementación de toldillos para población de alto riesgo y en este 2020 las orientaciones para la operación del subprograma de Arbovirosis en el marco de la pandemia por COVID-19.

Activación de planes de respuesta ante las contingencias presentadas en los años 2010, 2013, 2016 y 2019-2020; esta última bajo la campaña “Córtale las alas al dengue”, vigente, con participación del grupo funcional y participación de la Superintendencia Nacional de Salud para las acciones de inspección, vigilancia y control.

Con la experiencia que se tiene se han estructurado las líneas del plan de contingencia, que se ajustan conforme a las necesidades territoriales y a las políticas públicas actuales, con un seguimiento periódico a las direcciones territoriales sobre su implementación hasta el nivel de municipio.

Se realiza el apoyo a las direcciones territoriales a través de la compra, distribución y gestión de insumos para el control de vectores, que incluyen acciones de evaluación, redistribución y conceptos técnicos para su adquisición desde los territorios.

Se cuenta con el acompañamiento y orientación de la Organización Panamericana de la Salud y su representación en Colombia, con el objeto de avanzar en el marco de las estrategias internacionales que le permiten al país un avance coordinado con otros países de la región, así como los aportes que se pueden hacer desde la experticia del país.

### **Intersectoriales**

Conformación del equipo funcional nacional operativo con plan de trabajo anual y participación del Instituto Nacional de Salud, Superintendencia Nacional de Salud, Organización Panamericana de la Salud, como los principales, e invitación a espacios técnicos de discusión a Ministerio de Ambiente, Ministerio de ciencia tecnología e innovación, Instituto de evaluación de Nuevas tecnologías, INVIMA, Sociedad Colombiana de Salud Pública, Sociedad Colombiana de Epidemiología, entre otros, dependiendo el abordaje requerido para las estrategias de promoción, prevención y control de enfermedades transmitidas por vectores con énfasis en arbovirosis.

Desarrollo de acciones intersectoriales establecidas en los planes de contingencia para ETV en el marco del sistema nacional de gestión del riesgo de desastres, que incluyen participación del sector ambiente, servicios públicos, salud ambiental, entre otros.

Apoyo intersectorial a través del espacio de la CONASA ETV, donde se adelantó la estrategia “Escuelas + limpias + saludables libres de Aedes” en asocio con UNICEF, Talleres de Promoción de salud con UNICEF, alianza estratégica con ONG ante la contingencia por otras arbovirosis en el año 2016, anualmente la celebración de la semana antimosquitos y día “D”, con el apoyo de OPS, la generación del tablero de problemas, análisis de involucrados y propuesta de plan de acción con recomendaciones para otros sectores desde este Ministerio.

Se genera un Boletín mensual de clima y salud, entre el IDEAM, Instituto Nacional de Salud y este Ministerio, en donde a partir de las predicciones de variables climáticas se generan alertas de posibles efectos sobre las enfermedades transmitidas por vectores a nivel de regiones geográficas y departamentos como marcadores de alerta temprana para la preparación y respuesta

### **Conclusión y Recomendaciones**

Es importante mencionar que esta enfermedad ha sido de rápida propagación en la región de las Américas y en el planeta, constituyéndose como la arbovirosis más importante transmitida por artrópodos a nivel mundial, en términos de morbilidad, mortalidad e impacto económico, con una dinámica de endemidad similar entre países de la región de las Américas.

Según la información nacional, la incidencia de dengue presentó una tendencia al decremento; sin embargo se ve influenciada por los ciclos Inter epidémicos presentados en Colombia y en toda la región de las Américas cada tres años, 2010-2013, 2016 y 2019, lo que refleja una mejora en las acciones de promoción, prevención, control en todo el territorio nacional, según la estrategia de focalización y fortalecimiento de las

estrategias de intervención en los diferentes entornos, así como el fortalecimiento de capacidades en el nivel territorial a través de las actuales políticas en salud para la organización y realización de acciones colectivas por diferentes entornos; así como el avance en la Estrategia de Gestión Integral de las Enfermedades Transmitidas por vectores - EGI ETV con una visión un poco más holística.

Desde el punto de vista de la persistencia de la endemidad es importante mencionar que los macro-determinantes sociales, ambientales y económicos tienen una influencia importante en esa persistencia, donde hacemos mención a algunos de los principales: los ambientales dentro de los cuales se encuentra la variabilidad climática que ha favorecido la presencia del vector transmisor de la enfermedad y las prácticas de almacenamiento de agua en áreas con bajas coberturas de servicios públicos, también están los procesos de urbanización no planificada que genera cinturones de pobreza y por ende favorece la presentación e incremento de factores de riesgo de la enfermedad; las concepciones culturales sobre la enfermedad, ya que la población ha convivido con ella por muchos años y su percepción del riesgo varía y las conductas de autocuidado; por lo que las acciones que se realicen desde el sector salud requieren del apoyo, trabajo y compromiso de otros sectores. Y es en este sentido donde se requiere que el espacio de la CONASA nacional avance en el plan de trabajo propuesto, así como también se requiere la activación y funcionamiento de los Consejos territoriales de salud ambiental- COTSA.

Pese a estos escenarios de trabajo intersectorial que fueron mencionados, se tienen dificultades para dar cumplimiento a los planes de trabajo propuestos a otros sectores y Ministerios según las necesidades identificadas desde el sector salud sin injerencia para la generación de diferentes políticas, algunos de los casos incluyen el sector de vivienda con estrategias para implementar especificaciones técnicas para la construcción de viviendas de interés social que garanticen una vivienda libre de vectores en zonas endémicas de las ETV, (Ej.: los tanques altos y bajos con tapas, con anecho en las ventanas y zonas donde preparan alimentos), priorizar los subsidios de mejoramiento de vivienda en zonas endémicas de ETV y acorde a las especificaciones técnicas, realizar acciones para el fortalecimiento y mejoramiento al acceso del servicio de agua y saneamiento básico permanente; el sector educación se incluye la adaptación de los contenidos curriculares de las facultades de ciencias de la salud, instituto de formación técnica y tecnológica los temas prioritarios de Salud Pública entre ellos las ETV, así como los convenios intersectoriales y de cooperación para articulación de programa educativo con acciones de promoción, prevención y control de las ETV, estos dentro de los más importantes.

Los micro determinantes también juegan un papel importante en dicha endemidad, pero en estos es un poco más difícil el abordaje, para dengue se tiene por ejemplo la circulación simultánea de los cuatro serotipos de la enfermedad, y en donde ninguno de estos serotipos genera inmunidad permanente para los otros, favoreciendo la presentación de brotes y la persistencia de los mismos, también influye en la susceptibilidad de la población, sobre todo los menores de 15 quienes van a ser aquellos que tengan menor contacto con el virus, para el caso de la población adulta esta circulación simultánea genera un mayor riesgo de casos complicados e incluso puede llevar a la muerte dado a la respuesta inmunológica que es más severa cuando ya se ha tenido infección por otro serotipo del virus.

Pese a que se observa un aparente mejoramiento en la disponibilidad de servicios públicos, se debe trabajar desde el área social y con la comunidad con el objeto de cambiar las conductas que se tienen de almacenamiento de agua, como principal factor de riesgo en las viviendas.

Uno de los grandes retos es el trabajo y las estrategias de información, educación y comunicación dirigidas a la población, con el objeto de que se logren apropiar y aplicar las conductas de prevención en los diferentes entornos. Este es uno de los componentes de la estrategia de prevención y control, no solo para dengue sino para otras enfermedades transmisibles; sin embargo, consideramos que su implementación debe ser

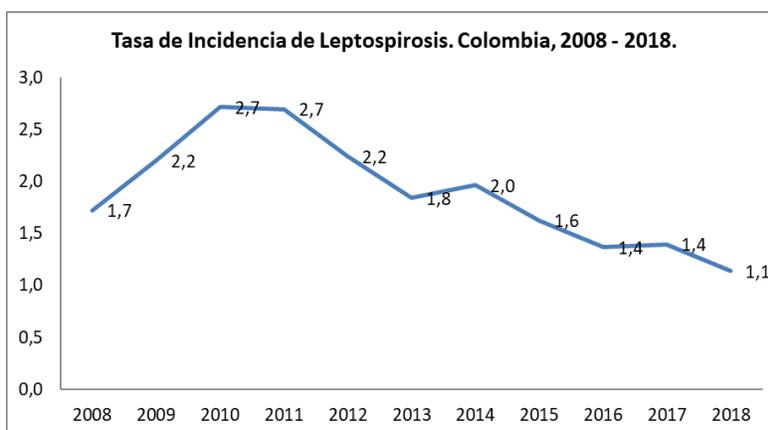
evaluada en el corto y mediano con el objeto de ver su avance y ajustando su estrategia, y sobre todo en largo plazo, entendiendo que su impacto se puede tomar muchos años.

**Meta 5: A 2015 se habrá formulado y estará en desarrollo la estrategia de gestión integrada de las zoonosis de interés en salud pública, en el 100% de las direcciones territoriales de salud.**

**Indicador Tasa de incidencia de Leptospirosis**

En el periodo del PDSP se observa reducción de 50% de la tasa de incidencia por leptospirosis, sin embargo la fuente Sivigila está limitada por el algoritmo de diagnóstico que requiere confirmación en el laboratorio nacional de referencia, además del subregistro por síndrome febril inespecífico y dengue.

Gráfica 12. Tasa de incidencia de Leptospirosis. Colombia 2007 -2018.



Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública -SIVIGILA, Consultado en <http://rsvr2.sispro.gov.co/reportesasis2/>

**Acciones**

**Sectoriales**

Lineamiento para la gestión del evento: Dentro del “Lineamiento para la gestión y operación del programa de enfermedades transmitidas por vectores y zoonosis y otras consideraciones para la ejecución de sus transferencias nacionales de funcionamiento, 2020”, se establecen las acciones a seguir para el abordaje de los eventos zoonóticos, incluyendo control de roedores y vigilancia de entornos, actividades transversales para leptospirosis.

Atención de brotes: Se hace de manera oportuna dada la comunicación constante con las Direcciones territoriales de Salud, a las cuales se les brinda asistencia técnica en desarrollo de capacidades y apropiación de conocimiento para un diagnóstico oportuno y atención temprana de los casos en los diferentes municipios, lo cual se reflejará directamente en la disminución de la letalidad de leptospirosis.

Atención integral de casos: Se elaboró la revisión sistemática para orientar la atención clínica y se encuentra en proceso la construcción del lineamiento.

Desde 2018 se inició el proceso de capacitación regular a los coordinadores de zoonosis y a los médicos de apoyo, en la epidemiología, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los casos de leptospirosis, con el fin de que se replique la información con el personal médico y asistencial de las E.S.E. e IPS de los departamentos. Lo anterior hace parte de la cofinanciación del Ministerio a 22 DTS, incorporándolo en sus correspondientes lineamientos de trasferencias de funcionamiento del programa de ETV y Zoonosis.

## Intersectoriales

En el marco de la Comisión Técnica Nacional Intersectorial para la Salud Ambiental CONASA, se articulan los procesos, sectores, comisiones e instituciones involucradas, con miras a la creación del Sistema Nacional de Salud Ambiental.

En el marco de CONASA, se han logrado articular acciones con diferentes actores en sus mesas de agua potable que puede incidir en la reducción de incidencia del evento (Minas y Energía, vivienda, agricultura, trabajo, ICA,)

### **Conclusión y Recomendaciones**

Se concluye que se observa una reducción en la tasa de incidencia del evento, sin embargo esta se debe revisar dado el subregistro que se puede presentar.

Pese a los esfuerzos realizados, los factores de riesgo para leptospirosis como lo son la falta de acceso a agua potable (uso de aguas estancadas o de ríos como fuente de alimentación), labores agrícolas sin equipos de protección personal, pobre red de servicios de salud, entre otros, dificultan la toma de medidas de prevención, dado que es una zoonosis con un complejo ciclo de transmisión involucrando a distintas especies de animales domésticos y silvestres. Es necesaria una visión multidisciplinaria e intersectorial para su comprensión y acciones con mejor enfoque operativo.

Se recomienda avanzar en la construcción del plan estratégico para el evento en el marco del plan inter programático de las zoonosis y el desarrollo de la EGI ETV y Zoonosis.

Se recomiendan continuar avanzando en la construcción y su posterior implementación de los lineamientos de atención clínica integral para leptospirosis, ya que no se cuenta con una Guía de Práctica Clínica para el país. Lo anterior optimizando la fase de la revisión sistemática realizada.

Se debe mejorar la vigilancia del evento, lo que incluye el seguimiento a los casos. Pues aunque el número de eventos confirmados según se puede apreciar en la gráfica precedente muestra una incidencia promedio de 1,9 x 100 mil habitantes (generalmente se encuentren entre 500 y 600 anuales confirmados), en realidad, podría ser un número mayor. Según se puede constatar en los informes discriminados en el Boletín Epidemiológico Semanal del Instituto Nacional de Salud, como el del año 2016, se notificaron 2197 casos de leptospirosis, 529 confirmados por laboratorio y 33 por nexos epidemiológico, pero como sospechosos, se registraron 1635 casos. No es claro el seguimiento de los casos sospechosos. Se debe indagar si fueron tomadas las dos muestras de IgM necesarias para el diagnóstico, al igual que la Micro aglutinación (MAT). No se detallan estadísticas al respecto. Se puede presentar la situación de que un caso sospechoso sea descartado ante una IgM inicial negativa, aun cuando la conducta es solicitar la muestra pareada y confirmar con MAT. No hay datos sobre el número de muestras tomadas a dichos pacientes, por lo que el número real de casos podría ser mucho mayor, elevando la incidencia anual 4 veces, similar a la media mundial (5 casos por 100 mil habitantes).

Es importante, dado que hasta el 10% de los pacientes pueden cursar con enfermedad severa (Síndrome de Weil) y la mortalidad por dicho síndrome puede llegar hasta el 20%, se incluya dentro de las metas del PDSP el % de letalidad, ya que el evento no cuenta con meta propia dentro del plan, pues la meta está limitada a la EGI Zoonosis.

En los territorios se debe hacer seguimiento a la ejecución del PIC. No es claro si se ha hecho implementación de EGI Zoonosis en los territorios, tarea pendiente de ejecutar durante el año 2020.

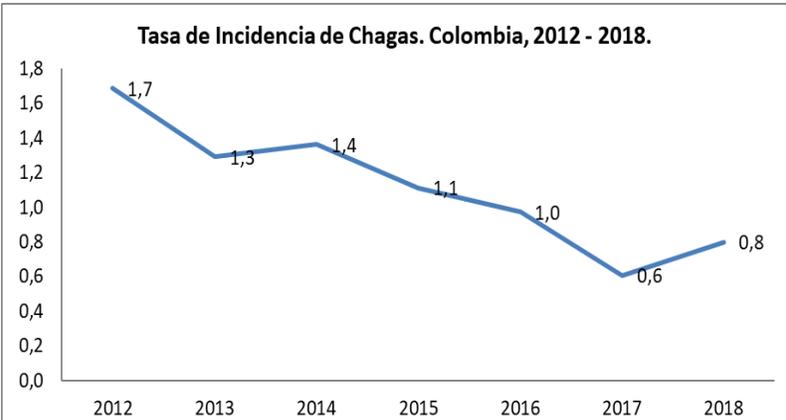
No se conoce en muchos casos, el papel del asegurador dentro del diagnóstico de leptospirosis y el seguimiento que hace a las muestras para estudio de laboratorio, pues pese a que la Guía para la Vigilancia por laboratorio de Leptospirosis es clara en establecer las responsabilidades por niveles, según un informe del laboratorio de referencia del INS, en 2017, se recibieron hasta un 25% de muestras No pareadas, lo que dificulta la confirmación de la enfermedad.

Los datos de la gráfica se podrían actualizar a 2019, ya que no corresponden a datos de estadísticas vitales (pueden tener hasta 12 meses de tiempo de ajuste), solo de notificación en SIVIGILA.

**Indicador Tasa de Incidencia de Chagas**

Se observa una reducción sostenida del 50% de la incidencia por enfermedad de Chagas desde el año 2012, sin embargo, se debe tener en cuenta que a partir del 2018 el Instituto Nacional de Salud retiró de la vigilancia la notificación de casos crónicos en mayores de 15 años, lo cual es incongruente con los resultados reportados por el proyecto piloto de reducción de barreras que se realiza en 5 municipios de Colombia, en el cual se observa un aumento de 130% de casos en ellos a partir del año 2017. El franco descenso evidencia el efecto en el grupo de menores de 15 años a partir del plan de interrupción de la transmisión vectorial por *T. Cruzi*.

Gráfica 13. Tasa de incidencia de Chagas. Colombia, 2012 -2018.



Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública -SIVIGILA, Consultado en <http://rsvr2.sispro.gov.co/reportesis2/>

**Acciones**

**Sectoriales**

Lineamiento para la gestión del evento: Dentro del “Lineamiento para la gestión y operación del programa de enfermedades transmitidas por vectores y zoonosis y otras consideraciones para la ejecución de sus transferencias nacionales de funcionamiento, 2020”, se establecen las acciones a seguir para el abordaje en focalización, gestión en salud pública e intervenciones del PIC de las ETV, entre ellas enfermedad de Chagas.

Plan de Interrupción: Entre el año 2013 y 2019, la Organización Panamericana de la Salud genera un concepto favorable de interrupción de la transmisión vectorial por *R. Prolixus* domiciliado en 66 municipios de los departamentos de Arauca, Boyacá, Cundinamarca, Casanare, Santander, Norte de Santander y Vichada, beneficiando a 686000 personas en los 67 municipios intervenidos (uno de ellos con concepto desfavorable). La transmisión vectorial es considerada como la forma que aporta principalmente en la incidencia de casos;



actualmente se continúa el proceso de interrupción en 42 municipios adicionales que incluye además los departamentos de Meta y Tolima.

Proyecto de reducción de barreras: En los municipios de Tame -Arauca-, Nuchía y Támara -Casanare-, Soata -Boyacá- y Mogotes -Santander- se desarrolló la validación de la RIAS para enfermedad de Chagas a través del piloto de reducción de barreras para la atención clínica de casos crónicos, lográndose el aumento de captación de casos en 130%, reducción de tiempos para el diagnóstico y tratamiento. Actualmente se está realizando escalonamiento en Moniquirá y Guateque -Boyacá-, y en Socorro y Suaita -Santander-.

Tamizaje de gestantes: En el marco del plan de interrupción de la transmisión vectorial y desde 2019 de la implementación de la ruta materno perinatal, se está realizando el tamizaje de gestantes en los municipios objeto del plan, cuya cobertura es superior al 90%. En 34 municipios entre 2018 y 2019 se tamizaron 8.075 gestantes.

Control transfusional: En Colombia desde el año 2005, se posee el tamizaje del 100% de unidades de Sangre con seropositividad oscilante entre 0,4 y 0,5%

### Intersectoriales

Se están desarrollando acciones de gestión para el mejoramiento de vivienda en el marco del plan de vivienda rural con el Ministerio de Vivienda Ciudad y Territorio. Así mismo en los municipios que hacen parte de la interrupción de la transmisión vectorial, las administraciones departamentales y municipales han desarrollado acciones de mejoramiento de vivienda Rural.

### **Conclusión y Recomendaciones**

Se observa una reducción de la incidencia, la cual es congruente con el plan de interrupción de la transmisión vectorial; sin embargo, como efecto de la implementación de la ruta materno perinatal y el escalonamiento del piloto de reducción de barreras para la atención de casos crónicos, se prevé un aumento de casos especialmente en mayores de 15 años.

Se recomienda reestablecer la vigilancia regular y sin barreras de casos crónicos. Así mismo, se requiere incorporar en la agenda de CONASA el mejoramiento de vivienda rural en el marco del plan de interrupción.

***Indicador Porcentaje de Direcciones Territoriales de Salud con formulación de la estrategia de gestión integrada de las zoonosis de interés en salud pública y Porcentaje de Direcciones Territoriales de Salud con desarrollo de la estrategia de gestión integrada de las zoonosis de interés en salud pública***

Estos indicadores de gestión son reportados en el portal web de gestión del PDSP. Para el periodo reportado tienen un avance del 75% y 38% respectivamente. El promedio de los dos indicadores para reportar el cumplimiento de la meta es de 56.50%.

### **Acciones**

- En el 2013, en el marco del Convenio de Cooperación Técnica 310/2013 entre el Ministerio de Salud y Protección Social y la Organización Panamericana de la Salud, se contrató: *la elaboración de una propuesta de acciones de prevención de las zoonosis, en el marco de las estrategias de: Atención Primaria en Salud, Atención Primaria en Salud Ambiental, Entornos Saludables y las Estrategias de Información, Educación y Comunicación y su articulación con la estructuración de la propuesta documental de la **Estrategia de Gestión Integrada de Zoonosis.***

- En el 2014, la OPS entregó LA PROPUESTA DEL PROGRAMA NACIONAL INTEGRAL E INTEGRADO DE ZONOSIS EN COLOMBIA, la cual fue trabajada sectorialmente. Por solicitud de la Dirección de PyP, los subdirectores de Transmisibles y de Salud Ambiental acordaron que el responsable de la formulación de la EGI sería la SET, y que la SSA se haría responsable de la formulación del programa nacional integral e integrado de zoonosis.
- En 2015, en el marco del Convenio de Cooperación Técnica 310/2013 entre el Ministerio de Salud y Protección Social y la Organización Panamericana de la Salud, se contrató la validación y armonización intersectorial de la propuesta del programa nacional integral e integrado de zoonosis, el cual fue entregado por la OPS/OMS.
- En 2016, se entregó a las DTS para su adopción territorial y se publicó en la página web del MSPS – RID.
- En 2017, la SET inició el proceso de armonización de la propuesta de EGI con el Programa nacional integral e integrado de zoonosis.
- En 2018, la SET inicio proceso de acompañamiento y asistencia técnica a las DTS para la formulación e implementación de EGI territorial, para lo cual algunas DTS departamentales cuentan con acto administrativo.
- Finalmente, en el 2019, desde la SSA se viene acompañando a las DTS en la gestión del programa Integral e Integrado de Zoonosis, haciendo seguimiento bimestral de la gestión, revisando y evaluando los informes enviados por las DTS (Promoción de la salud, Gestión integral del Riesgo, Vigilancia en salud pública, Vacunación antirrábica de perros y gatos).

**Meta 6: A 2021 mantener coberturas útiles de vacunación animal para las zoonosis inmunoprevenibles de interés en salud pública.**

**Indicador Coberturas útiles de vacunación para rabia en animales**

Teniendo en cuenta que la principal estrategia de prevención y control de la rabia es la vacunación antirrábica de perros y gatos, desde la Subdirección de Salud Ambiental se gestiona la adquisición y distribución del biológico antirrábico para estas especies animales, de igual forma, desde la Subdirección se adelanta el seguimiento a la gestión territorial en lo que respecta a, vacunación antirrábica, estimación de población de perros y gatos y fortalecimiento y la gestión de insumos.

En este sentido, las entidades territoriales pasaron en el 2008 de registrar una población estimada de perros y gatos en de 3.850.771 a 9.484.797 para el año 2020, es decir un crecimiento del 146% para este periodo de tiempo, de igual forma se pasó de vacunar 3.311.522 perros y gatos en el 2008 a vacunar 5.594.891 perros y gatos en el 2019, siendo el año de mayor número de perros y gatos vacunados para el periodo (2008-2019) alcanzado para 2019 una cobertura del 67%, siendo la meta de vacunación anual el 80%.

Es preciso señalar, que para el año 2019 el Ministerio de Salud y Protección Social adquirió 5.932.200 dosis, las que fueron distribuidas a las DTS, asegurándose las cantidades de biológico para alcanzar la meta de vacunación, sin embargo, secretarías de salud como Amazonas, Antioquia, Cali, Cauca Buenaventura, Chocó, Putumayo, Risaralda y Vaupés, tuvieron coberturas por debajo del 50% lo que afecto seriamente la meta nacional.

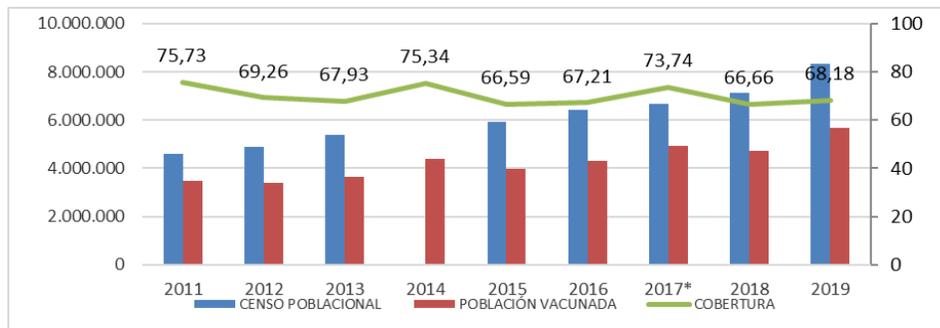
**Tabla 6. Estimación de población de perros y gatos años 2008 – 2020 comparado con el número de perros gatos vacunados y la cobertura alcanzada para cada año**

AÑO	CENSO POBLACIONAL	POBLACIÓN VACUNADA	COBERTURA
2008	3.850.771	3.311.522	86.00%

2009	4.263.076	3.223.623	75,62%
2010	4.497.189	3.216.779	71,53%
2011	4.613.810	3.493.817	75,73%
2012	5.187.852	3.679.298	70,92%
2013	5.429.058	3.634.906	66,95279
2014	5.871.459	4.285.314	72,99%
2015	6.191.272	4.366.056	70,52%
2016	6.430.569	4.321.895	67,21%
2017	6.844.685	5.047.601	73,74%
2018	6.987.646	4.756.090	68,06%
2019	8.341.961	5.594.891	67%
2020	9.484.797	101.657	1%*

\*Con corte al 30 de abril de 2020, y con el reporte de 20 DTS de las 38 que deben reportar  
Fuente: Informe bimestral de vacunación DTS, RID, página web MSPS

Gráfica 14. Relación de población de perros y gatos, comparado con el número de animales vacunados para los años 2011-2019



Fuente: MSPS SSA 2019

En relación con las coberturas de vacunación alcanzada por los departamentos, distritos y municipios se tiene la siguiente información, 641 municipios alcanzaron la meta de vacunación antirrábica de perros y gatos en 2019 (58%) y 17 departamentos es decir el 53% (Arauca, Bolívar, Boyacá, Caquetá, Casanare, Cundinamarca, Guainía, Guaviare, Huila, Magdalena Nariño, Norte de Santander, Quindío, San Andrés, Sucre, Tolima y Vichada)

### Acciones

#### Sectoriales:

Adquisición y distribución del biológico antirrábico para perros y gatos desde el Ministerio de Salud y Protección Social.

La SSA adelanta seguimiento a la gestión de las entidades territoriales de salud, mediante asistencia técnica presencial y virtual, que para el año 2019 y con corte a junio de 2020 se han realizado a los 32 departamentos y 6 distritos, en las que trabajaron temas relacionados con la vigilancia sanitaria a establecimientos veterinarios, orientaciones para la vacunación antirrábica y seguimiento a la gestión territorial; reunión nacional de zoonosis, desarrollando en la agenda vigilancia e salud pública de zoonosis, atención y notificación de reacciones adversas a la vacunación antirrábica de perros y gatos, vacuna segura y manejo del biológico antirrábico del programa integral e integrado de zoonosis la Ruta Integral de Atención de Rabia; y se consolidó el reporte bimestral de la gestión territorial que consta de cuatro archivos de Excel, vigilancia integrada de zoonosis, gestión integral de riesgo de zoonosis, promoción de la salud y vacunación.

De otra parte, en coordinación con la Subdirección de Enfermedades Transmisibles y el Programa Ampliado de Inmunizaciones PAI, se viene capacitando el talento humano responsable del manejo de biológico y la

aplicación del mismo, así como acompañando el proceso de fortalecimiento de la red de frío de almacenamiento y transporte del biológico del programa de zoonosis, para lo cual se concertó que la vacuna antirrábica para perros y gatos puede ser almacenada en la red de frío del PAI a nivel nacional, departamental, distrital y municipal, siempre y cuando se cuente con la capacidad, con lo que se espera mejorar la gestión del programa y contribuir la inmunización de los animales vacunados.

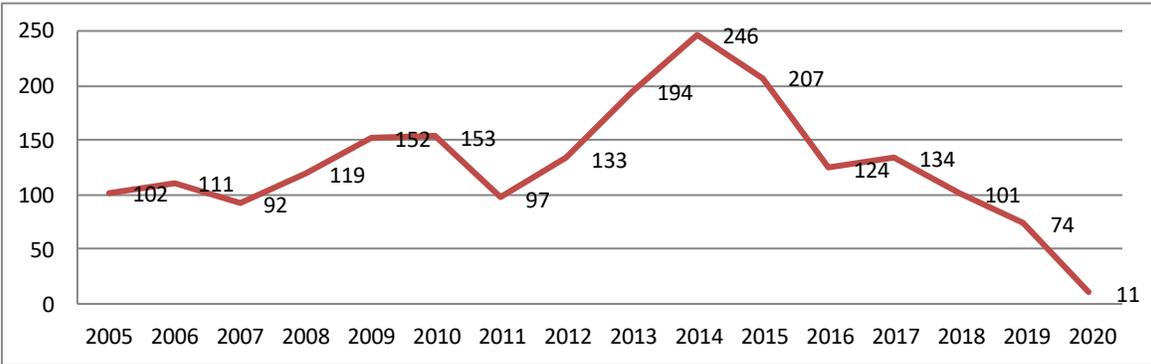
Lo anterior teniendo en cuenta que el programa integral e integrado de zoonosis desde el año 2012 formuló los lineamientos para el manejo, conservación, transporte y aplicación de la vacuna antirrábica para perros y gatos, adoptando los principios y políticas del Programa Ampliado de Inmunizaciones, lo que ha permitido mejorar la red de frío y la conservación del biológico.

En el 2019 se registraron 86 reacciones adversas lo que representó un incremento en el número de reportes, sin embargo la incidencia es baja teniendo en cuenta que el número de animales inmunizados fue de 5.594.891 (1.5 por cada 100.000 animales inmunizados), esto teniendo en cuenta que la vacunación antirrábica de perros debe ser adelantada o supervisada por médicos veterinarios o médicos veterinarios zootecnistas, de acuerdo con las orientaciones para la vacunación, que se pueden consultar en el siguiente link: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/orientaciones-pic-vacunacion-antirrabica.pdf>

**Intersectoriales**

El ICA priorizó los departamentos y municipios en los que se declaró la vacunación antirrábica de bovinos obligatoria, de acuerdo con el comportamiento de la rabia silvestre, gracias a lo cual se han disminuido el número de focos de rabia en animales de producción, como se muestra en la siguiente gráfica.

**Gráfica 15. Comportamiento de la rabia en animales de producción. Años 2005 – 2019**



Fuente: ICA, boletín epidemiológico semana epidemiología 10 de 2020

En relación con las Encefalitis Equinas, el ICA adelanta la vacunación antirrábica de los équidos en las zonas de riesgo (por debajo de 1.500 metros sobre el nivel del mar), no obstante, es necesario que el ICA reporte el censo o población de équidos en las zonas de riesgo por departamento y por municipio, así como el número de animales vacunados para conocer la cobertura.

En relación con la vacunación de bovinos, caprinos y ovinos contra Carbunco en La Guajira, está pendiente que el ICA reporte esta información.

De otra parte, con motivo de la celebración del día mundial de la lucha contra la rabia, se estableció una agenda de trabajo desde Organismo Andino de Salud (ORAS), contando con la participación de Chile, Bolivia, Ecuador y Perú, así como los integrantes del Consejo Nacional de Zoonosis el Consejo Profesional de Médicos Veterinarios y Zootecnistas de Colombia COMVEZCOL, con la asociación de Médicos Veterinarios

de Pequeños Animales VEPA, la Asociación Colombiana de Médicos Veterinarios y Zootecnistas –ACOVEZ, el Laboratorio de Productos Veterinarios de Colombia – Vecol, y las Secretarías de Salud departamentales y distritales, al igual que de las facultades de medicina veterinaria de las Universidades Nacional de Colombia, De La Salle y San Martín, presentando cada país los avances en el cumplimiento de la meta de eliminación de la rabia humana transmitida por perro.

Finalmente, la Reunión Internacional de Rabia de la Américas RITA2020, que reúne a los expertos mundiales de rabia el Comité internacional la cancelo, teniendo en cuenta las medidas de emergencia que han tenido que adoptar los países ante la pandemia de SARS Cov 2 (Covid19).

### Conclusiones y Recomendaciones

Se requiere continuar con el fortalecimiento de las capacidades del talento humano a nivel territorial en temas cadena de frío y vacunación segura a fin de garantizar la inmunización de los perros y gatos contra la rabia, lo que demanda el apoyo y acompañamiento del PAI nacional y territorial en este proceso a fin de dar mayor cobertura de asistencia técnica, acompañamiento y seguimiento al personal del programa integral e integrado de zoonosis.

#### Indicador Tasa de Incidencia de Rabia Animal

En la siguiente gráfica se observa la tasa de incidencia de perros y gatos confirmados para rabia animal entre los años 2008 a 2020, en la que se evidencia una tendencia a la baja de los casos, anotando además que en el 2017 se observa un pico del evento, aunque en todo caso con una cifra menor a la unidad, lo que hace pensar la necesidad de ajustar el factor multiplicador.

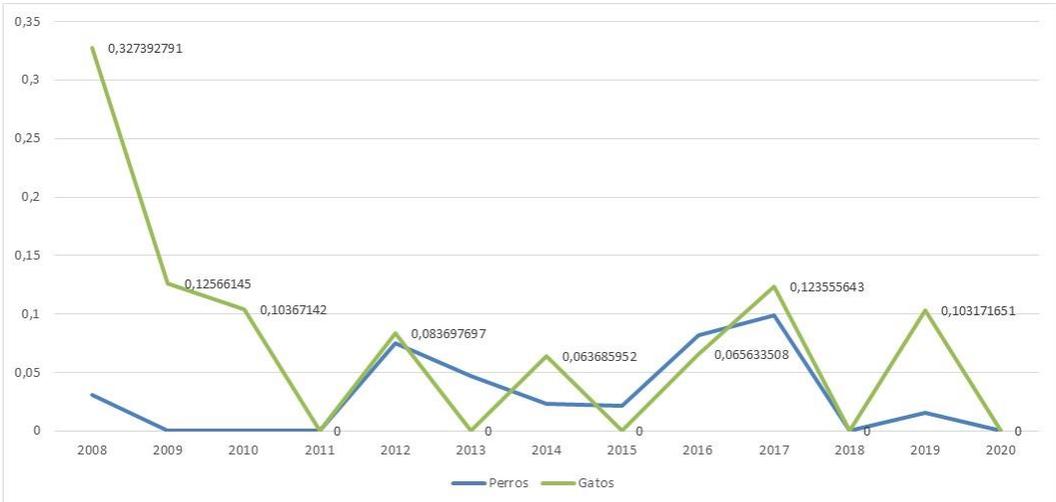
Gráfica 16 Tasa de incidencia de rabia en perros y gatos por 100.000 animales, Colombia, 2008-2020\*



Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública -SIVIGILA, consultado en informes de evento <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/Rabia%202011.pdf>

Si se separa la tasa de incidencia de los casos positivos a rabia por perros y gatos, se evidencia cómo la mayor parte de los casos los aporta la especie felina, con una cifra alta al comienzo del periodo informado, lo que se puede explicar en parte por la subestimación en la población de gatos en el año 2008, la cual al ser ajustada a través de los estudios poblacionales la cifra estimada para esta especie se cuadruplicó, mientras que en el caso de los perros simplemente se duplicó, lo que influye en la presentación de los resultados. Así mismo, se refleja el mayor riesgo de afectarse por virus rábico en el país, por los hábitos de los felinos que interactúan con las especies silvestres entre ellas los quirópteros, convirtiéndose en un eslabón importante

para la transmisión de la rabia al hombre, y explica cómo los últimos casos están ligados con esta especie para la transmisibilidad a los seres humanos. En Cualquier caso, la tendencia de la presentación del evento es a la baja a través de los años.



Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública -SIVIGILA, consultado en informes de evento <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/Rabia%202011.pdf>

### Acciones

#### Sectoriales

La principal estrategia para el cumplimiento de este indicador está puesta en la vacunación antirrábica de perros y gatos anualmente, acompañado de la coordinación y gestión intersectorial, para la intervención de los determinantes sociales, sanitarios y ambientales de la salud, a cargo en gran medida de los sectores pecuario (ICA) y ambiental.

En relación con la vigilancia de la rabia se tiene un consolidado de 315 muestras de quirópteros, 136 de gato y 390 de perros, para un total en el 2019 de 841 muestras; por su parte el ICA reportó la toma de 269 muestras y el desarrollo de 181 controles de quirópteros, y las autoridades ambientales la realización de 2 controles de quirópteros, todo esto sumado a la vacunación antirrábica de bovinos permitido disminuir los focos de rabia en animales de producción.

En relación con rabia humana transmitida por perro en Colombia, desde enero del año 2007 no se registran casos, es decir, Colombia lleva más de 161 meses sin casos de rabia humana transmitida por perro, cumpliendo con la Meta planteada por la OPS/OMS para las Américas; no obstante en lo que se refiere con el comportamiento de la rabia humana, en el departamento de Magdalena desde junio de 2012 se viene presentado un foco de rabia urbana, que ha involucrado 15 perros y 7 zorros para este periodo de tiempo (2012-2020\*), siendo la única entidad territorial del país en la que circula el virus linaje perro. Se resalta que en lo transcurrido del 2020 no se han reportado casos de rabia en perro, gato y zorro en el país, por ninguna variante genética.

#### Intersectoriales

Desde El Consejo Nacional de Zoonosis se viene coordinando la gestión intersectorial, realizando seguimiento a la gestión de cada sector. Se destaca el trabajo del ICA y sus Seccionales como se mencionó con la vacunación antirrábica de bovinos en las zonas de riesgo identificadas por dicho instituto, al igual que con el control de quirópteros y las acciones de educación para la salud con 518 sesiones en las que

participaron 10.761 personas, por su parte, la gestión de las autoridades ambientales regionales y urbanas, han reportado el desarrollo de 1200 talleres de educación en temas de prevención y control de zoonosis en fauna silvestre con la participación de 17.000 personas.

Teniendo en cuenta la baja respuesta de las autoridades ambientales en materia de vigilancia y control de zoonosis, desde el despacho del señor Viceministro de Salud y Prestación de Servicios de Salud se han enviado 6 comunicaciones al Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible solicitando el cumplimiento de los compromisos pactados con dicho sector sin que a la fecha de hayan adoptado acciones de vigilancia y control en el marco de sus competencias, como son la emisión de resoluciones indicando y orientando la gestión que deben adelantar las autoridades ambientales para la prevención, vigilancia y control de zoonosis priorizadas: Fiebre amarilla, Influenza, rabia, Encefalitis equinas.

Finalmente, en el año 2019 el Instituto Nacional de Salud en coordinación con el CDC de Atlanta y con la participación del Consejo Nacional de zoonosis se realizó un taller de priorización de zoonosis de interés en salud pública cuyos eventos identificados son RABIA, ENCEFALITIS EQUINAS, BRUCELOSIS, TUBERCULOSIS e INFLUENZA AVIAR, lo que requiere establecer un Plan de Acción intersectorial para la vigilancia, prevención y control de estos eventos.

### **Conclusión y Recomendaciones**

Es prioritario fortalecer la gestión intersectorial desde el Consejo Nacional de zoonosis –CNZ y los Consejos Departamentales de Zoonosis, para mantener la meta de cero casos de rabia humana transmitida por perro y el control de la rabia humana de origen silvestre.

Con el propósito de mejorar la gestión intersectorial y asegurar la participación de las autoridades ambientales del nivel nacional y territorial se requiere actualizar el decreto de zoonosis, el cual se está siendo formulado desde el CNZ; el texto fue ya revisado por el despacho del señor viceministro de Salud y prestación de servicios de salud y que se encuentra en revisión en la Dirección de Promoción y Prevención.

Finalmente, teniendo en cuenta la emergencia sanitaria decretada por el gobierno nacional ante la pandemia de SARS Cov2 (Covid19), desde el Consejo Nacional de Zoonosis se ha venido articulando acciones para la respuesta territorial y nacional para la mitigación del Covid19, así mismo se han expedido los protocolos de bioseguridad del sector, veterinario, pecuario, agrícola y para el ciclo de vacunación antiaftosa y desde la Subdirección de Salud Ambiental se está elaborando un diagnóstico de capacidades del sector pecuario y el sector médico veterinarios para el diagnóstico del Covid19 por PCR.

**Meta 7: A 2021, reducir en el 25% la mortalidad a causa de accidentes de tránsito.**

#### ***Indicador Tasa de Mortalidad por Accidentes de Transporte Terrestre***

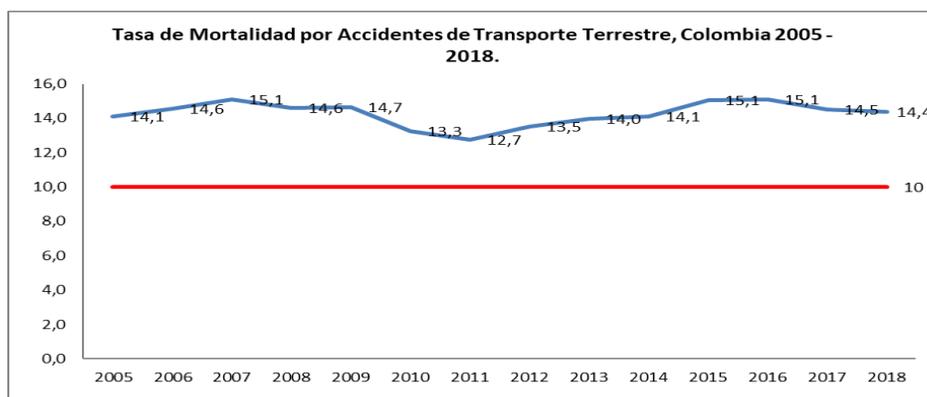
Teniendo en cuenta la serie que se presenta en la siguiente gráfica, entre 2005 y 2017 la Tasa de Mortalidad por Accidentes de Transporte Terrestre para Colombia ha estado entre 12,7 y 15,1. Tomando el año 2011 como línea base para el PDSP, entre dicho año y el 2018 se observa un incremento del 12,7% en la tasa de mortalidad, evidenciándose el pico más alto en el año 2016 con una tasa de 15,09. Ahora bien, al comparar esta cifra (del 2016) con el dato reportado para 2018, se puede observar una disminución en la tasa de mortalidad del 4,8%. Al comparar la última cifra reportada para el año 2018, esta sigue siendo inferior a la tasa reportada por la OMS a nivel global equivalente al 18,2%, y, a la región de las Américas, equivalente a 15,6<sup>25</sup>. Sin embargo, se observa que aún no se ha alcanzado la meta de reducción del 25%. Así mismo, se

<sup>25</sup> Fuente: Global Status Report on Road Safety, WHO, 2018.

debe fortalecer el análisis de los factores que han incidido en el incremento de la mortalidad por accidentes de tránsito, tales como exceso de velocidad, consumo de alcohol, el no uso de elementos de seguridad como el cinturón de seguridad, cascos certificados o dispositivos de retención infantil.

Es importante tener en cuenta que la fuente oficial en Colombia para el reporte de la tasa de mortalidad por accidentes de transporte terrestre es el DANE a través del registro de estadísticas vitales, el cual una vez culminada cada vigencia anual, inicia un proceso de validación y depuración de los datos y de la información suministrada a través de las bases de datos de otras entidades. Este proceso puede tardar varios meses, razón por la cual último dato registrado no necesariamente corresponderá al año inmediatamente anterior.

**Gráfica 17. Tasa de Mortalidad por Accidentes de Transporte Terrestre, Colombia 2005 -2018.**



Fuente: Estadísticas Vitales EEVV, Consultado en la bodega de datos del SISPRO, abril de 2020.

## Acciones

### Sectoriales

Desde el sector salud se han liderado diferentes procesos para el cumplimiento de la meta, articulando acciones desde los procesos de gestión de la salud pública con los diferentes pilares del Plan Nacional de Seguridad Vial - PNSV. En este sentido se destaca:

*Fortalecimiento de servicios asistenciales – Programa de Atención Pre hospitalaria (Atención y Rehabilitación a víctimas - Gestión institucional)*

- Elaboración y publicación de las “Guías Básicas de Atención Médica Pre hospitalaria” (Convenio del MSPS con Universidad de Antioquia, 2012) y entrega de este material a las Entidades Territoriales, desarrollando diferentes jornadas de socialización de las mismas. (2012).
- Evaluación de los Centros Reguladores de Urgencias y Emergencias del país para establecer un diagnóstico sobre su organización, operación y funcionamiento (Contrato 367 de 2012)
- Mediante Resolución 2003 de 2014 y posteriormente la Resolución 3100 de 2019 se reglamentó la habilitación del servicio de atención pre hospitalaria (2014 y 2019).
- Expedición de la Resolución 5596 de 2015 mediante la cual se definen los criterios técnicos para el Sistema de Selección y Clasificación de pacientes en los servicios de Urgencias "Triage" hospitalario. (2015)
- Revisión con expertos del país de la conveniencia de adopción del triage pre hospitalario dentro del cual se ha propuesto el Triage de trauma, que sería el específico para los eventos de accidentes de tránsito (2015)

- Elaboración de Protocolo de Lesiones de Causa Externa, para la vigilancia epidemiológica del evento Lesiones y Muerte por Accidente de Tránsito con énfasis en los pacientes politraumatizados que requirieron Unidad de Cuidados Intensivos para su tratamiento (2015)
- Expedición de la Resolución 3823 de 2016, por la cual se establece el mecanismo para el reporte de información de la atención en salud a víctimas de accidentes de tránsito. El Sistema de Información de Reporte de Atenciones en Salud a víctimas de accidentes de tránsito – SIRAS, fue modificado mediante Resolución 311 de 2020. (2016 y 2020)
- Elaboración del diagnóstico de la atención pre hospitalaria "*La atención pre hospitalaria y su desarrollo en Colombia*"(2017)
- Expedición de la Resolución 926 de 2017, modificada por la Resolución 1098 de 2018, para reglamentación sobre Sistema de Emergencias Médicas, en el cual se incluye la Atención Pre hospitalaria como componente del Sistema de Emergencias Médicas. En esta resolución, además, se incluye como función de las entidades territoriales la de adelantar los trámites necesarios para garantizar la articulación del CRUE con el NUSE para que el acceso al SEM por parte de la comunidad sea a través de la línea 123. (2017 - 2018).
- Estructuración con el SENA del mapa funcional en Atención Pre hospitalaria, se construyeron las normas de competencia laboral, se elabora Programa de Formación para el nivel tecnológico de la Atención Pre hospitalaria, el cual se pasó al Ministerio de Educación para el trámite de registro calificado en el año 2016. En agosto de 2017 paso a trámite en el Ministerio de Salud y obtuvo concepto favorable, con lo cual se aporta a la formación de talento humano calificado para realizar la Atención Pre hospitalaria (2017)
- Evaluación y ajuste de las condiciones y requisitos para la organización y funcionamiento de los CRUE como componente del Sistema de Emergencias Médicas (2018).
- Asistencia técnica permanente a todos los CRUE en el país (2012-2018)
- Expedición de la Resolución 3495 de 2019, en la cual se incluye en la Clasificación Única de Procedimientos en Salud – CUPS, códigos específicos de Atención Pre hospitalaria (2019).

#### **Fortalecimiento de la gestión de la salud pública (Gestión institucional – Comportamiento humano)**

- Elaboración documento de orientaciones técnicas para la promoción del transporte activo (2014).
- Elaboración de Anexo Técnico de acciones de Seguridad Vial hacia la Movilidad Saludable, Segura y Sostenible en Colombia (Convenio OPS 519 de 2015) (2015-2016)
- Metodología para implementar acciones de Seguridad Vial hacia una Movilidad Saludable, Segura y Sostenible en Colombia (Convenio OPS 519 de 2015) (2015-2016)
- Elaboración de propuesta de 4 proyectos regionales en el marco de los Planes Mesoamericanos de Seguridad Vial (2015)
- Diseño de Guía para la elaboración de planes estratégicos del consumo responsable de alcohol (2016)
- Elaboración de Documento Técnico Análisis en Salud de Movilidad Segura (2017)
- Elaboración de propuesta de intervención intersectorial de salud ambiental para la Movilidad Segura, en el marco de los entornos saludables (2017)
- Definición de incidentes de tránsito dentro de las 10 prioridades de salud pública. (2018)
- Definición de Proyecto Tipo de Movilidad Saludable, Segura y Sostenible, que sirva de referente para la gestión y orientación de acciones en las entidades territoriales. (2018)
- Realización de propuesta de cartilla técnica dirigida a las DTS para apoyo en la implementación de la Estrategia de Movilidad Saludable, Segura y Sostenible. (2018)
- Gestión con Groupe Renault Colombia para articulación de la estrategia de movilidad saludable, segura y sostenible. (2018)
- Elaboración Guía para la implementación de la estrategia de movilidad segura, saludable y sostenible (2019)
- Se realizó resumen de política sobre uso adecuado del casco – “que no le cueste la vida, Use casco certificado”. (2019)

- Gestión de cooperación técnica con la Fundación *Bloomberg*, logrando apoyo en las líneas de manejo y uso de datos en salud y análisis de resúmenes de política en movilidad segura. (2019)
- Inclusión en los planes de acción de MAITE el componente de movilidad en los 10 territorios priorizados. (2019)
- Se culminó el estudio de desigualdades en Salud asociados aspectos ambientales en los que incluyo los incidentes viales. (2019)
- Realización y participación en diferentes campañas y eventos para promover la seguridad vial, liderados por MSPS con apoyo intersectorial
  - Realización Campaña “Seguridad de los niños como pasajeros “ (2016)
  - Realización Campaña “Reducción de velocidad al conducir” (2017)
  - Foro de movilidad y género en la ciudad de Bogotá (2019)
  - Difusión de la estrategia de Movilidad SSS en el encuentro nacional de modos, condiciones y estilos de vida saludable (2019)
  - Realización del panel "Retos y perspectivas para disminuir la siniestralidad vial en el entorno laboral" con el apoyo de ANSV, Fasecolda y el SENA, dirigido a ARL.
- Asistencia técnica presencial y virtual a las DTS sobre desarrollo del componente de movilidad segura. (2012-2018)

### **Acciones Intersectoriales**

- Gestión intersectorial de la alianza entre el sector de la Movilidad y de Salud para trabajo coordinado. (2012-2018)
- Expedición por parte del Ministerio de Transporte del Plan Nacional de Seguridad Vial – PNSV (2012)
- Informe final sobre la reformulación del PNSV y elaboración de documento "Propuesta de Articulación del Plan Decenal de Salud Pública y el PNSV (2013)
- Reformulación intersectorial del Plan Nacional de Seguridad Vial, liderada por el Ministerio de Transporte (2014)
- Participación en coordinación Nacional de la Semana por la Movilidad Saludable, Segura y Sostenible, con la participación de alto nivel de cada entidad miembro de la mesa (Ministerio de Transporte, Ministerio de Salud, Ministerio de Ambiente, Agencia Nacional de Seguridad Vial, Coldeportes y Findeter). (2017 y 2018)
- Consolidación Mesa Intersectorial de Movilidad Saludable, Segura y Sostenible, (2018)
- Adopción a nivel territorial la estrategia nacional de MSSS en los territorios priorizados. (2018)
- Gestión Consejo Colombiano de Seguridad, para articulación de la estrategia de movilidad saludable, segura y sostenible. (2018)
- Definición comité mesa de Expertos de Movilidad Segura desde la mirada del sector salud. (2018)
- Vinculación del Ministerio de Salud al Comité Empresarial de Seguridad Vial con el fin de concertar esfuerzos entre entidades públicas y privadas, que contribuyan en la socialización y adopción de las políticas, planes, programas y proyectos que minimizan el riesgo de incidentes de tránsito en los territorios. (2019)
- Concertación plan intersectorial de movilidad segura en el marco de la Comisión Intersectorial de Salud Pública. (2019)
- Firma gran pacto por la movilidad segura entre (MT, ANSV, Comité empresarial de seguridad vial 100 empresas privadas de diferentes sectores, MSPS). (2019)
- Se suscribió el “Pacto por la seguridad vial de los niños, las niñas y los adolescentes en las vías de nuestro país” por parte de Ministerio de Transporte, Ministerio de Educación, Ministerio de Salud y Protección Social, DNP, con la participación de Naciones Unidas para la Seguridad Vial y Presidente de la Federación Internacional del Automóvil; Banco Interamericano de Desarrollo, Alianza Mundial de Organizaciones no Gubernamentales para la Seguridad Vial, y la Federación Nacional de Comerciantes. (2019)

- Se conformó Mesa Técnica Nacional Asesora para Análisis de Información en Seguridad Vial, en la cual participan 11 entidades (Ministerio de Salud y Protección Social, Ministerio de Transporte, Agencia Nacional de Seguridad Vial, Departamento Nacional de Estadística – DANE, Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Fiscalía General de la Nación, Instituto Nacional de Salud - Observatorio Nacional de Salud, Dirección de Tránsito de Transporte Policía Nacional, Federación de Aseguradores Colombianos (Fasecolda), Federación Colombiana de Municipios- Sistema integrado de información sobre multas y sanciones por infracciones de tránsito (SIMIT) y Secretaría Distrital de Movilidad Bogotá). (2019).
- Aprobación de la realización del proyecto regional de seguridad vial a desarrollarse en el en el marco del Sistema Mesoamericano de Salud Pública.(2019-2020)
- Participación en la Comisión de seguridad y salud en el trabajo - sector transporte (Mesa de trabajo: moto como herramienta de trabajo; y evento Seguridad en el trabajo) (2019)
- Se expidió circular conjunta (Ministerio de Salud, Ministerio de Transporte y ANSV) de directrices para disminuir riesgo de lesión o muerte por accidentes de tránsito en temporada decembrina e inicio de 2020. (2019)
- Se concertó plan de trabajo intersectorial con la Dirección de Comportamiento de la ANSV en los temas priorizados: seguridad vial infantil; capacitación personal sector salud, Planes Escolares de Movilidad; uso de Cascos; Campañas de comunicaciones. (2019-2020)
- Se creó la Comisión Interministerial para fortalecer la implementación a nivel nacional del Número Único de Seguridad y de Emergencias - NUSE 123, en la cual participa el Ministerio de Salud (2020).

### Conclusiones y recomendaciones

A pesar de los múltiples esfuerzos adelantados por el Ministerio de Salud y Protección Social, a través de las diferentes dependencias como la Oficina de Gestión Territorial Emergencias y Desastres, Dirección de Promoción y Prevención (Subdirección de Salud Ambiental, Subdirección de Enfermedades no Transmisibles, y Grupo de Convivencia), Dirección de Epidemiología y Demografía, y de la gestión intersectorial adelantada, en asocio con otras entidades como la Agencia Nacional de Seguridad Vial, Ministerio de Transporte, Superintendencia de Puertos y Transporte, Ministerio de Educación, no ha sido posible lograr el cumplimiento de la meta del PDSP “A 2021, reducir en el 25% la mortalidad a causa de accidentes de tránsito”, lo cual sitúa la tasa al año 2018 en 14,4 fallecidos por cada 100.000 habitantes. Situación que obedece en gran parte a un factor de comportamiento humano, razón por la cual este ha sido uno de los ejes que se ha abordado dentro de las intervenciones intersectoriales para alcanzar las metas propuestas.

Esta meta del PDSP se encuentra en consonancia con la propuesta por la OMS en el Plan Mundial para el Decenio de Acción para la Seguridad Vial 2011–2020, siendo una meta ambiciosa en comparación con la tendencia histórica que se ha presentado en el país y con las tasas de mortalidad que actualmente se registran por la OMS para otras regiones del mundo. Informes de la OMS señalan que no se cumplirá ni con la meta del Decenio, ni con la meta 3.6 de los Objetivos de desarrollo sostenible (reducir a la mitad las muertes y lesiones causadas por accidentes de tránsito).

Es importante mencionar que Colombia inició un proceso comprometido con la reducción de muertes y lesiones causadas por siniestros viales en el año 2014 con la creación de la Agencia Nacional de Seguridad Vial, como entidad rectora en el tema, avanzando en la articulación intersectorial, el reconocimiento del evento como un problema de salud pública; sin resultados contundentes en la disminución de muertes, entendiendo que es un proceso de desarrollo en cada uno de los pilares (Gestión institucional, Comportamiento Humano, Vehículos, Infraestructura y Atención a la víctima por accidentes de tránsito), que no corresponde exclusivamente al sector salud.

En este sentido, se requiere continuar avanzando en los procesos de coordinación intersectorial, a fin de fortalecer la gestión de la seguridad vial como un de las diez prioridades de salud pública, avanzando entre otros aspectos, en el fortalecimiento de los procesos de gestión de la información acerca de los eventos asociados al tránsito, para mejorar la identificación de los factores de riesgo y la caracterización del

fenómeno, al igual que para analizar las políticas públicas y las estrategias de promoción de salud y prevención de la enfermedad más pertinentes para alcanzar y superar la meta propuesta. Así mismo, es necesario fortalecer la gestión territorial para la prevención de siniestros viales.

De otro lado, teniendo en cuenta además que el indicador actual no es responsabilidad directa del sector salud y que su reporte está en cabeza del Ministerio de Transporte, para el nuevo plan decenal de salud pública se propone que el indicador para esta meta corresponda a un indicador gestión en términos del número o porcentaje de entidades territoriales que implementan o desarrollan la EMSSS.

### 2.2.1.2. Vida Saludable y Condiciones No Transmisibles

El Plan Decenal de Salud Pública definió 37 metas para la dimensión, de las cuales 19 (51.35%) fueron categorizadas como metas de resultado y 18 (4.65%) como metas de gestión. A su vez, las 37 metas tienen asociados 44 indicadores.

**Avance general de las metas de la dimensión:** En cuanto al avance del cumplimiento de metas se observa que el 45.95% (17 metas) se encuentran en un rango de avance "Muy bueno", el 10.81% (4 metas) en un avance "Bueno", el 2.70% (1 metas) con avance "En riesgo", el 8.11% (3 metas) reporta un avance crítico, y el 32.43% restante (12 metas) no cuenta con medición cuantitativa.

**Avance de las metas de gestión:** De acuerdo con la información reportada en el portal web de gestión del PDSP, el 72.22% (13 metas) de metas de gestión alcanzó un rango de avance "Muy bueno", el 22.22% (4 metas) un avance "Bueno" y el 5.56% restante (1 meta) un avance "En riesgo". Es de anotar, que las 18 metas reportadas tienen asociados el mismo número de indicadores (Anexo 3).

**Avance de las metas de resultado:** El avance de cumplimiento de las metas de resultado muestra que el 21.05% (4 metas) se encuentra en un rango de avance "Muy bueno", el 15.79% (3 meta) en un rango "Crítico", y el 63.16% restante (12 metas) sin medición cuantitativa (Anexo 4).

Con este panorama, a continuación se presenta la tendencia de los indicadores asociados a las metas de resultado, las acciones adelantadas para contribuir con el cumplimiento de las mismas, así como las principales conclusiones y recomendaciones técnicas derivadas del proceso de análisis.

#### **Meta 1. A 2021, reducir al 10% el tabaquismo en personas de 18 a 69 años.**

##### ***Indicador Prevalencia Consumo de Tabaco en Población Adulta (18 a 69 años).***

Según datos de la encuesta de calidad de vida, DANE 2018, la Prevalencia consumo de tabaco en población mayor a 18 años es del 8,7% en la población colombiana.

#### **Acciones**

##### **Sectoriales**

Las acciones sectoriales que se han llevado a cabo en el marco del PDSP para el cumplimiento de la presente meta están enmarcadas en la estrategia MPOWER, enfocada en el cumplimiento del Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT), las cuales se describen a continuación:

##### **Ambientes Libres de Humo de tabaco**

- Proceso de asistencias técnicas sobre fiscalización sanitaria de la Ley 1335 de 2009: 24 departamentos y el Bogotá D.C. capacitados.



- Diseño de la señalización de los ambientes libres de humo de tabaco (Grupo de comunicaciones Ministerio de Salud y Protección Social).
- Acompañamiento a las entidades territoriales en los procesos de implementación de los procesos de fiscalización sanitaria de Ley 1335 de 2009, (Ambientes libres de humo).

### **Advertencias Sanitarias de Productos de tabaco.**

- Se estandarizó e incluyó el procedimiento de Evaluación integral de empaquetado y etiquetado de productos de tabaco y derivados en el Sistema Integrado de Gestión (2015).
  - Actualmente el procedimiento se encuentra en su cuarta versión.
  - Se le ha aplicado hasta la fecha el procedimiento de evaluación integral de etiquetado y empaquetado de productos de tabaco y derivados a 3570 referencias.
  - En promedio al año se les aplica el procedimiento a 428 referencias de productos de tabaco y derivados.
- Hasta la fecha se han publicado 11 rondas de advertencias sanitarias. (con un total de 69 advertencias sanitarias)
  - A partir del año 2018 se incluyeron 3 advertencias adicionales diferenciales para productos de tabaco calentado
- Publicación de documentos informativos sobre los riesgos de los sistemas electrónicos de administración de nicotina enfocada a profesionales de la salud y población general.
- Campañas de comunicación masiva para advertir a la población de los riesgos del consumo de tabaco.
  - Generación más (dirigida a niños y jóvenes)
  - No fumo porque me quiero (dirigida a niños y jóvenes)
  - Señales de Humo
- Proceso de asistencias técnicas sobre fiscalización sanitaria de la Ley 1335 de 2009,
  - 24 departamentos y el Bogotá D.C. capacitados.
- Acompañamiento a las entidades territoriales en los procesos de implementación de los procesos de fiscalización sanitaria de Ley 1335 de 2009, relacionados con la verificación del cumplimiento del empaquetado y el etiquetado de productos de tabaco.

### **Publicidad y Promoción**

- Proceso de asistencias técnicas sobre fiscalización sanitaria de la Ley 1335 de 2009, 24 departamentos y el Bogotá D.C. capacitados.
- Acompañamiento a las entidades territoriales en los procesos de implementación de los procesos de fiscalización sanitaria de Ley 1335 de 2009, (Cumplimiento de la prohibición total de toda forma de publicidad, promoción y patrocinio).
- Remisión de quejas y denuncias sobre la prohibición de promoción, publicidad y patrocinio a las autoridades competentes.

### **Temas Transversales**

Conceptos técnicos sobre proyectos de Ley para la regulación de sistemas electrónicos de administración de nicotina dirigidos al Congreso de la República.

### **Intersectoriales**

Las acciones intersectoriales que se han llevado a cabo en el marco del PDSP para el cumplimiento de la presente meta están enmarcadas en la estrategia MPOWER, enfocada en el cumplimiento del Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT), las cuales se describen a continuación:

## Monitoreo:

Sistema Nacional de encuestas para medir prevalencia de consumo de tabaco, derivados y nuevos dispositivos:

- Inclusión de la pregunta de consumo actual de productos de tabaco en la encuesta nacional de calidad de vida del DANE desde el año 2016. Último dato ENCV 2108, 8,7% en población mayor a 18 años.–Actor: DANE.
- Encuesta nacional de tabaquismo en jóvenes 2016, Último dato 9% prevalencia de consumo de tabaco en población de 12 a 15 años, prevalencia de consumo de cigarrillos electrónicos 9% en población de 12 a 15 años. – Actores: MINSALUD y Universidad del Valle.
- Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en población escolar 2016, edad de inicio, último dato 12,9 años. – Actores: Ministerio de Justicia y del Derecho, Ministerio de Educación Nacional, Organización de Estados Americanos (OEA) y Observatorio de Drogas de Colombia.

Caso a favor de la inversión en la aplicación del convenio marco del control de tabaco de la OMS 2018 – Actores: OMS/OPS, PNUD, RTI internacional, Secretariado del CMCT y Ministerio de Salud y Protección Social.

- Metodología mediante la cual se presenta la atribución del consumo de tabaco en costos sanitarios, económicos y sociales.
  - 34.800 muertes atribuibles al consumo de tabaco.
  - 624.000 años de vida perdidos por consumo de tabaco.
  - 17 billones de pesos en pérdidas totales por consumo de tabaco (costos directos e indirectos).
  - 1,8 % del PIB perdido anualmente.

Este documento recomendó cuatro medidas clave para el control del tabaco en Colombia: Aumentar los impuestos a los productos de tabaco y sus derivados, fortalecer y hacer cumplir la Ley de tabaco, fortalecer la participación multisectorial en control de tabaco, adoptar medidas normativas para contrarrestar la interferencia de la industria tabacalera.

Piloto de investigación sobre usos y costumbres del uso de tabaco en población indígena y afrocolombiana – Autores: convenio OPS – Ministerio de Salud y Protección Social.

## Ambientes Libres de Humo de tabaco

- Construcción y validación del “acta de inspección y vigilancia” de la Ley 1335 de 2009 (2015), actores (Subdirección de Salud Ambiental, Subdirección de Enfermedades No Transmisibles y secretarías territoriales de salud)
- Trabajo intersectorial con Alcaldías y Policía Nacional para las acciones de control de la Ley 1335 de 2009, para la protección de los ambientes libres de humo de tabaco.

## Advertencias Sanitarias de Productos de tabaco.

- Alianza “Acción colectiva para el control del tabaco”, para el control social de la Ley 1335 de 2009. - Actores: Liga Colombiana Contra el Cáncer, Instituto Colombiano de cancerología, Sociedad Civil y Ministerio de Salud y Protección Social.
- Construcción y validación del “acta de inspección y vigilancia” de la Ley 1335 de 2009 (2015), - Actores: Subdirección de Salud Ambiental del MSPS, Subdirección de Enfermedades No Transmisibles del MSPS y secretarías territoriales de Salud. Para la verificación del cumplimiento del empaquetado y el etiquetado de productos de tabaco y sus derivados.

- Trabajo intersectorial con la SIC, Dian, Policía Fiscal y Aduanera y la Policía Nacional para las acciones de control de la Ley 1335 de 2009. Para la verificación del cumplimiento del empaquetado y el etiquetado de productos de tabaco y sus derivados.

### **Publicidad y Promoción**

- Construcción y validación del “acta de inspección y vigilancia” de la Ley 1335 de 2009 (2015), - Actores: Subdirección de Salud Ambiental del MSPS, Subdirección de Enfermedades No Transmisibles del MSPS y secretarías territoriales de Salud. Para el cumplimiento de la prohibición total de toda forma de publicidad, promoción y patrocinio.
- Trabajo intersectorial con la Superintendencia de Industria y Comercio SIC y la Policía Nacional para las acciones de control de la Ley 1335 de 2009, para el cumplimiento de la prohibición total de toda forma de publicidad, promoción y patrocinio.

### **Impuestos**

- Conceptos técnicos y abogacía ante el Ministerio de Hacienda y el Congreso de la República sobre la relevancia del aumento de los impuestos.
- Expedición de la Ley 1819 de 2016 “Reforma tributaria” en la cual se aumentó el impuesto a los productos de tabaco en 2.100 pesos.
- Elaboración del documento papeles en salud sobre impuestos al tabaco.
- Participación del Ministerio de Salud como asesor técnico en proyectos de cooperación internacional sobre impuestos al tabaco.

### **Temas Transversales**

- Creación y fortalecimiento del mecanismo de coordinación intersectorial para el cumplimiento del CMCT (Cancillería, Ministerio de Industria, Comercio y Turismo, Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural, Ministerio de Educación Nacional, Ministerio del Trabajo, Ministerio de Hacienda y Crédito Público, Ministerio de Salud y Protección Social, Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), Departamento Nacional de Planeación (DNP), Instituto Nacional de Cancerología, y Alta Consejería para el Sector Privado de la Presidencia de la República)
- Colombia a través del Ministerio de Salud y Protección Social es parte del proyecto de cooperación internacional FCTC 2030 financiado por los gobiernos del Reino Unido, Australia y Noruega, y promovido por el secretariado del CMCT.

### **Conclusión y Recomendaciones**

El éxito en el cumplimiento de esta meta, se basan en el trabajo intersectorial y el marco normativo generado por la Ley 1335 de 2009 y la Ley 1819 de 2016. Se recomienda para mejorar los resultados del indicador reforzar los siguientes aspectos:

- Mantener el incremento de los impuestos al tabaco incluidos en la Ley 1819 de 2016 e incluso procurar un incremento mayor, en caso de discutirse una nueva reforma tributaria.
- Regular los nuevos productos de tabaco como los Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina (SEAN), lo que requiere un ingente trabajo de abogacía al interior del congreso de la república
- Proteger las decisiones de política pública de la interferencia de la industria tabacalera, en cumplimiento con el numeral 3 del artículo 5 del CMCT
- Fortalecer los procesos de inspección, vigilancia y control de la Ley 1335 de 2009 relacionados con: Protección de ambientes libres de humo de tabaco, cumplimiento de la prohibición de venta al menudeo y venta a menores de edad, prohibición total a cualquier tipo de publicidad, promoción y patrocinio, cumplimiento sobre la normatividad sobre empaquetado y etiquetado de productos de tabaco, lucha contra el comercio ilícito de productos de tabaco.

- Procurar por la formalización del mecanismo de coordinación intersectorial de seguimiento a la implementación del CMCT.
- Hacer abogacía al interior del congreso para la ratificación del protocolo para la eliminación del comercio ilícito de productos de tabaco, instrumento jurídico del cual Colombia es signatario.

**Nota:** Los aspectos relacionados con el programa de cesación están discriminados en la meta de condiciones crónicas.

**Meta 2: A 2021, posponer la edad de inicio de consumo de tabaco en los adolescentes colombianos por encima de los 14 años.**

***Indicador Edad media de inicio de consumo de tabaco en personas de 12 a 65 años.***

Según datos del estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en población escolar (2016) del Ministerio de Justicia y del Derecho, Ministerio de Educación Nacional, OEA y Observatorio de Drogas de Colombia. La edad de inicio de consumo de tabaco es de 12,9 años.

## Acciones

### Sectoriales

Las acciones sectoriales que se han llevado a cabo en el marco del PDSP para el cumplimiento de la presente meta están enmarcadas en la estrategia MPOWER, enfocada en el cumplimiento del Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT), las cuales se describen a continuación:

#### **Ambientes Libres de Humo de tabaco**

- Proceso de asistencias técnicas sobre fiscalización sanitaria de la Ley 1335 de 2009, 24 departamentos y el Bogotá D.C. capacitados.
- Diseño de la señalización de los ambientes libres de humo de tabaco (Grupo de comunicaciones Ministerio de Salud y Protección Social).
- Acompañamiento a las entidades territoriales en los procesos de implementación de los procesos de fiscalización sanitaria de Ley 1335 de 2009, (Ambientes libres de humo).

#### **Advertencias Sanitarias de Productos de tabaco.**

- Se estandarizó e incluyó el procedimiento de Evaluación integral de empaquetado y etiquetado de productos de tabaco y derivados en el Sistema Integrado de Gestión (2015).
  - Actualmente el procedimiento se encuentra en su cuarta versión.
  - Se le ha aplicado hasta la fecha el procedimiento de evaluación integral de etiquetado y empaquetado de productos de tabaco y derivados a 3570 referencias.
  - En promedio al año se les aplica el procedimiento a 428 referencias de productos de tabaco y derivados.
- Hasta la fecha se han publicado 11 rondas de advertencias sanitarias. (con un total de 69 advertencias sanitarias)
  - A partir del año 2018 se incluyeron 3 advertencias adicionales diferenciales para productos de tabaco calentado
- Publicación de documentos informativos sobre los riesgos de los sistemas electrónicos de administración de nicotina enfocada a profesionales de la salud y población general.
- Campañas de comunicación masiva para advertir a la población de los riesgos del consumo de tabaco.
  - generación más (dirigida a niños y jóvenes)
  - No fumo porque me quiero (dirigida a niños y jóvenes)
  - Señales de Humo



- Proceso de asistencias técnicas sobre fiscalización sanitaria de la Ley 1335 de 2009, 24 departamentos y el Bogotá D.C. capacitados.
- Acompañamiento a las entidades territoriales en los procesos de implementación de los procesos de fiscalización sanitaria de Ley 1335 de 2009, relacionados con la verificación del cumplimiento del empaquetado y el etiquetado de productos de tabaco.

### **Publicidad y Promoción**

- Proceso de asistencias técnicas sobre fiscalización sanitaria de la Ley 1335 de 2009, 24 departamentos y el Bogotá D.C. capacitados.
- Acompañamiento a las entidades territoriales en los procesos de implementación de los procesos de fiscalización sanitaria de Ley 1335 de 2009, (Cumplimiento de la prohibición total de toda forma de publicidad, promoción y patrocinio).
- Remisión de quejas y denuncias sobre la prohibición de promoción, publicidad y patrocinio a las autoridades competentes.

### **Temas Transversales**

Conceptos técnicos sobre proyectos de Ley para la regulación de sistemas electrónicos de administración de nicotina dirigidos al Congreso de la República.

### **Intersectoriales**

Las acciones intersectoriales que se han llevado a cabo en el marco del PDSP para el cumplimiento de la presente meta están enmarcadas en la estrategia MPOWER, enfocada en el cumplimiento del Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT), las cuales se describen a continuación:

#### **Monitoreo:**

Sistema Nacional de encuestas para medir prevalencia de consumo de tabaco, derivados y nuevos dispositivos:

- Inclusión de la pregunta de consumo actual de productos de tabaco en la encuesta nacional de calidad de vida del DANE desde el año 2016. Último dato ENCV 2108, 8,7% en población mayor a 18 años. –Actor: DANE.
- Encuesta nacional de tabaquismo en jóvenes 2016, Último dato 9% prevalencia de consumo de tabaco en población de 12 a 15 años, prevalencia de consumo de cigarrillos electrónicos 9% en población de 12 a 15 años. – Actores: MINSALUD y Universidad del Valle.
- Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en población escolar 2016, edad de inicio, último dato 12,9 años. – Actores: Ministerio de Justicia y del Derecho, Ministerio de Educación Nacional, Organización de Estados Americanos (OEA) y Observatorio de Drogas de Colombia.

Caso a favor de la inversión en la aplicación del convenio marco del control de tabaco de la OMS 2018 – Actores: OMS/OPS, PNUD, RTI internacional, Secretariado del CMCT y Ministerio de Salud y Protección Social.

Metodología mediante la cual se presenta la atribución del consumo de tabaco en costos sanitarios, económicos y sociales.

- 34.800 muertes atribuibles al consumo de tabaco.
- 624.000 años de vida perdidos por consumo de tabaco.
- 17 billones de pesos en pérdidas totales por consumo de tabaco (costos directos e indirectos).
- 1,8 % del PIB perdido anualmente.

Esté documento recomendó cuatro medidas clave para el control del tabaco en Colombia:

- Aumentar los impuestos a los productos de tabaco y sus derivados
- Fortalecer y hacer cumplir la Ley de tabaco
- Fortalecer la participación multisectorial en control de tabaco
- Adoptar medidas normativas para contrarrestar la interferencia de la industria tabacalera.

Piloto de investigación sobre usos y costumbres del uso de tabaco en población indígena y afrocolombiana – Autores: convenio OPS – Ministerio de Salud y Protección Social.

#### **Ambientes Libres de Humo de tabaco**

- Construcción y validación del “acta de inspección y vigilancia” de la Ley 1335 de 2009 (2015), actores (Subdirección de Salud Ambiental, Subdirección de Enfermedades No Transmisibles y secretarías territoriales de salud)
- Trabajo intersectorial con Alcaldías y Policía Nacional para las acciones de control de la Ley 1335 de 2009, para la protección de los ambientes libres de humo de tabaco.

#### **Advertencias Sanitarias de Productos de tabaco.**

- Alianza “Acción colectiva para el control del tabaco”, para el control social de la Ley 1335 de 2009. - Actores: Liga Colombiana Contra el Cáncer, Instituto Colombiano de cancerología, Sociedad Civil y Ministerio de Salud y Protección Social.
- Construcción y validación del “acta de inspección y vigilancia” de la Ley 1335 de 2009 (2015), - Actores: Subdirección de Salud Ambiental del MSPS, Subdirección de Enfermedades No Transmisibles del MSPS y secretarías territoriales de Salud. Para la verificación del cumplimiento del empaquetado y el etiquetado de productos de tabaco y sus derivados.
- Trabajo intersectorial con la SIC, Dian, Policía Fiscal y Aduanera y la Policía Nacional para las acciones de control de la Ley 1335 de 2009. Para la verificación del cumplimiento del empaquetado y el etiquetado de productos de tabaco y sus derivados.

#### **Publicidad y Promoción**

- Construcción y validación del “acta de inspección y vigilancia” de la Ley 1335 de 2009 (2015), - Actores: Subdirección de Salud Ambiental del MSPS, Subdirección de Enfermedades No Transmisibles del MSPS y secretarías territoriales de Salud. Para el cumplimiento de la prohibición total de toda forma de publicidad, promoción y patrocinio.
- Trabajo intersectorial con la Superintendencia de Industria y Comercio SIC y la Policía Nacional para las acciones de control de la Ley 1335 de 2009, para el cumplimiento de la prohibición total de toda forma de publicidad, promoción y patrocinio.

#### **Impuestos**

- Conceptos técnicos y abogacía ante el Ministerio de Hacienda y el Congreso de la República sobre la relevancia del aumento de los impuestos.
- Expedición de la Ley 1819 de 2016 “Reforma tributaria” en la cual se aumentó el impuesto a los productos de tabaco en 2.100 pesos.
- Elaboración del documento papeles en salud sobre impuestos al tabaco.
- Participación del Ministerio de Salud como asesor técnico en proyectos de cooperación internacional sobre impuestos al tabaco.

#### **Temas Transversales.**

- Creación y fortalecimiento del mecanismo de coordinación intersectorial para el cumplimiento del CMCT (Cancillería, Ministerio de Industria, Comercio y Turismo, Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural,

Ministerio de Educación Nacional, Ministerio del Trabajo, Ministerio de Hacienda y Crédito Público, Ministerio de Salud y Protección Social, Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), Departamento Nacional de Planeación (DNP), Instituto Nacional de Cancerología, y Alta Consejería para el Sector Privado de la Presidencia de la República)

- Colombia a través del Ministerio de Salud y Protección Social es parte del proyecto de cooperación internacional FCTC 2030 financiado por los gobiernos del Reino Unido, Australia y Noruega, y promovido por el secretariado del CMCT.

### Conclusión y Recomendaciones

El éxito en el cumplimiento de esta meta, se basan en el trabajo intersectorial y el marco normativo generado por la Ley 1335 de 2009 y la Ley 1819 de 2016. Se recomienda para mejorar los resultados del indicador reforzar los siguientes aspectos:

- Mantener el incremento de los impuestos al tabaco incluidos en la Ley 1819 de 2016 e incluso procurar un incremento mayor, en caso de discutirse una nueva reforma tributaria.
- Regular los nuevos productos de tabaco como los Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina (SEAN), lo que requiere un ingente trabajo de abogacía al interior del congreso de la república
- Proteger las decisiones de política pública de la interferencia de la industria tabacalera, en cumplimiento con el numeral 3 del artículo 5 del CMCT
- Fortalecer los procesos de inspección, vigilancia y control de la Ley 1335 de 2009 relacionados con: Protección de ambientes libres de humo de tabaco, cumplimiento de la prohibición de venta al menudeo y venta a menores de edad, prohibición total a cualquier tipo de publicidad, promoción y patrocinio, cumplimiento sobre la normatividad sobre empaquetado y etiquetado de productos de tabaco, lucha contra el comercio ilícito de productos de tabaco.
- Procurar por la formalización del mecanismo de coordinación intersectorial de seguimiento a la implementación del CMCT.
- Hacer abogacía al interior del congreso para la ratificación del protocolo para la eliminación del comercio ilícito de productos de tabaco, instrumento jurídico del cual Colombia es signatario.

### **Meta 3. A 2021, incrementar el consumo diario de frutas y verduras en la población en general.**

#### ***Indicador Porcentaje de personas que consumen frutas diariamente.***

Según datos de la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia del 2010, el Consumo de Frutas Diariamente en la población colombiana es del 28,1%, corresponde a población de 5 a 64 años.

#### ***Indicador Porcentaje de personas que consumen verduras diariamente***

Según datos de la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia del 2010, el Consumo de verduras Diariamente en la población colombiana es del 21,7%, corresponde a población entre 5 y 64 años.

Aunque los datos de ENSIN 2015 no son comparables a los datos de ENSIN 2010 debido a que su metodología cambió, a menos que se aplique metodologías estadísticas como “ajustar las diferencias con modelos multivariados” como ya algunos expertos lo han hecho<sup>26</sup>, si son un referente interesante para

<sup>26</sup> Oscar F Herrán; Jhael N Bermúdez; María del Pilar Zea. Cambios alimentarios en Colombia. Salud UIS vol. 52(1), enero-marzo de 2020. Resultados de dos encuestas nacionales de nutrición, 2010-2015. Revista de la Universidad Industrial de Santander.

conocer lo que ocurrió en un lapso de cinco años con el consumo de alimentos como frutas y verduras, y otros alimentos que contienen nutrientes de interés en salud pública. De acuerdo con el estudio referido anteriormente, luego de aplicar modelos multivariados para el ajuste de las diferencias, el consumo de frutas y verduras habría disminuido.

A continuación, se muestran datos por algunos grupos de edad con respecto a la prevalencia de consumo: Grupo de 5 a 17 años: Verduras crudas: 69,9%; Verduras cocidas: 65,3%; Frutas enteras: 85,4%; Frutas en jugo: 89,8%. Grupo 18 a 64 años: Verduras crudas: 80,3%; Verduras cocidas: 72,4%; Frutas enteras: 75,9%; Frutas en jugo: 89,3%

## Acciones

### Sectoriales

- Elaboración del lineamiento técnico nacional para la promoción y consumo de frutas y verduras.
- Pilotaje 6 departamentos con planes de acción para la promoción del consumo de frutas y verduras (Tolima, Guaviare, Nariño, Valle del Cauca, Antioquia y San Andrés).
- Diseño, validación e implementación de ABC para la implementación de puntos de distribución de FYV en los entornos; ABC para el desarrollo de Alianzas Público-Privadas con el fin de implementar puntos de distribución de frutas y verduras; ABC para la promoción del consumo de frutas y verduras en los entornos: estos se configuraron como herramientas facilitadoras para el despliegue de la política.
- Socialización de instrumentos, a través de procesos de asistencia Técnica Virtual, en 19 departamentos que participaron (Valle del Cauca, Cali, Pereira, San Andrés, Barranquilla, Quindío, Guajira, Sucre, Bolívar, Casanare, Yopal, Huila, Manizales, Caldas, Tolima, Nariño, Santander, Medellín y Amazonas) y 1 territorio en Asistencia técnica presencial (Sogamoso Boyacá).
- Diseño y socialización de documento de Orientaciones Técnicas para la promoción del consumo de fruta y verduras en entornos priorizados: en éste se consolida la revisión de las principales intervenciones regionales y mundiales para la promoción del consumo de frutas y verduras en los diferentes entornos y se presenta a los territorios como insumo para orientar el desarrollo de estrategias locales. Se adelanta su socialización virtual en 19 territorios (Valle del Cauca, Cali, Pereira, San Andrés, Barranquilla, Quindío, Guajira, Sucre, Bolívar, Casanare, Yopal, Huila, Manizales, Caldas, Tolima, Nariño, Santander, Medellín y Amazonas) y 1 territorio en Asistencia técnica presencial (Sogamoso Boyacá).
- Acompañamiento a la formulación de planes, programas y proyectos para la promoción de la alimentación saludable en el marco de CERS, en 13 Deptos. y 22 municipios.
- Promoción de la alimentación saludable con énfasis en frutas y verduras en los instrumentos de planeación nacional y territorial, logrando su inclusión en: a. En planeación Nacional: la inclusión en el Plan Nacional de Desarrollo 2014–2018. b. En planeación territorial: Acompañamiento en la formulación concertada de un Plan a dos años para la gestión de los MCYEVS en 23 Depto. (Acompañamiento OIM). c. La inclusión de los MCYEVS en los Planes de Salud Territorial, acciones por los MCYEVS en los Deptos.: - Proyecto de Alimentación saludable en 9 Departamentos: Atlántico, Barranquilla, Caquetá, Cauca, Cesar, Choco, Guajira, Valle y Vichada. - Proyecto de Entornos saludables: en 16 Deptos. - Proyecto de CERS en 5 Deptos.: Boyacá, Huila, Amazonas, Sucre, Valle. d. La inclusión en los planes intersectoriales territoriales de intervenciones para la promoción de la alimentación saludable: - Agricultura: San Andrés, Santander, Caldas, Risaralda y Tolima. - Seguridad alimentaria: San Andrés, Tolima y Valle. - Desarrollo social: Tolima y S. Andrés.
- Socialización interna de lineamiento técnico para la promoción de la alimentación saludable en personas adultas mayores en el marco de la PAÍS que incluye la promoción del consumo de frutas y verduras.
- Consolidación escrita de intervenciones en el marco de las RIAS, iniciando con intervenciones poblacionales mediante CERS (RIAS Promoción y Mantenimiento), colectivas mediante los entornos como ordenador de estas y las individuales (RIAS de Riesgo y Entorno Institucional), en donde se incluye la promoción de consumo de frutas y verduras.

## **Intersectoriales**

- En Comisión intersectorial de salud pública liderado por DNP Y MSPS: se adelantó propuesta de gestión articulada de promoción del consumo en algunos departamentos, a través de la articulación de acciones claves de 11 ministerios, para su posterior legalización en plenaria de la CISP.
- Formulación de proyecto Nacional Intersectorial para la Promoción del Consumo de Frutas y Verduras: La formulación de este proyecto fue liderado por la SENT con el apoyo permanente de la subdirección de Competitividad del MINCIT, una vez finalizado esto, el proyecto fue socializado en dos instancias claves para el proceso: La Comisión Intersectorial de Salud Pública y la Comisión Intersectorial de Seguridad Alimentaria y Nutricional (CISAN). Al final por situaciones coyunturales el tema sale del radar de la Comisión Intersectorial de Salud Pública.
- Reactivación de la mesa de frutas y verduras en el marco de la CISAN y definición de plan para la promoción de frutas y verduras, el cual está orientado a: Reducción de pérdidas y desperdicios de alimentos, Biodiversidad y seguridad alimentaria y nutricional y promoción de alimentos sanos y frescos. Luego pasa a ser la mesa técnica para la promoción de alimentación saludable y sostenible en donde se incluye el tema de la promoción del consumo de frutas y verduras.
- La mesa para la promoción de frutas y verduras en el marco de la CISAN se transforma en la submesa o mesa técnica para la promoción de alimentación saludable y sostenible liderada por la subdirección de Nutrición Alimentos y bebidas con la colaboración de la SENT, entendiendo que el grupo de frutas y verduras no es el único que contiene alimentos saludables y que, con un consumo adecuado de otros grupos, estos también ofrecen beneficios a la salud como el grupo de los lácteos, las carnes y leguminosas, entre otros.
- En el marco de la submesa para la promoción de la alimentación saludable y sostenible se establece un plan de acción para continuar con la promoción del consumo de frutas y verduras en el marco de los nuevos PTS y PDT en la vigencia 2019 – 2023.

## **Conclusión y Recomendaciones**

En su conjunto con otras estrategias de promoción para la alimentación saludable, como la implementación de las Guías Alimentarias Basadas en Alimentos para la población colombiana, la promoción del consumo de frutas y verduras no ha logrado los resultados esperados, aunque las políticas públicas emergieron tanto sectorial como intersectorialmente, la asincronía entre la formulación de políticas públicas del nivel nacional y su implementación en el marco de los instrumentos de política pública territorial, la fluctuación del talento humano sobre todo en el nivel territorial, los mecanismos de asistencia técnica, la fragmentación de temas en las dimensiones planteadas en el PDSP 2012-2021, el aprendizaje de trabajo intersectorial, la duplicación de acciones y saturación en algunos territorios y la poca avanzada en otros, fueron algunos factores determinantes con respecto a que, a pesar de las acciones desarrolladas en este periodo de tiempo, no se obtuvieron los resultados esperados.

Este tema trasciende los límites del sector salud y sin resolver problemas estructurales a lo largo de toda la cadena hortofrutícola es complicado avanzar en el aumento del consumo final de frutas y verduras en la población en general, la adquisición de hábitos saludables implica acciones integrales e integradas al interior de todo el sector salud como afuera de este, las RIAS son un camino interesante para lograrlo y sin duda, allí hay elementos interesantes que pueden aportar a la formulación de un nuevo plan de salud pública pero no es suficiente a menos que se incluya un componente importante de intersectorialidad que plantee un relacionamiento horizontal con sectores claves para este tema como Agricultura, comercio, educación, ambiente, entre otros; en ese sentido se considera la valiosa oportunidad de consolidar el trabajo intersectorial de la actual mesa técnica para la promoción del consumo de alimentación saludable y sostenible de la Comisión Intersectorial de Seguridad Alimentaria y Nutricional, en la cual el Ministerio de Salud desde instrumentos de política pública como la Política de Atención Integral en Salud y como tal el actual PDSP en

el marco de sus dimensiones 2 y 4 ha hecho aportes importantes en la propuesta de una nueva mirada en este 2020.

Se sugiere el diseño de metas e indicadores de gestión y resultados medibles en el tiempo en donde no se involucren estrategias o programas particulares sino más bien la formulación, implementación, seguimiento y evaluación con elementos de estrategias como Ciudades, Entornos y Ruralidades Saludables, y con ordenadores como el curso de vida como se ha venido haciendo en el marco de la Política de Atención Integral en Salud.

Se sugiere tomar de línea base la ENSIN 2015 la cual se diseñó con el enfoque de determinantes sociales de la salud para la redacción de metas e indicadores en el escenario de un nuevo plan de salud pública no solo en metas de prevalencia de consumo diario sino también con respecto a la frecuencia en el día. Además de redefinir indicadores de gestión y resultados en términos de lo que es realmente medible en la dinámica territorial. También se sugiere una comunicación oportuna entre los actores involucrados en este proceso, no solo en el diseño sino en el seguimiento y evaluación de un nuevo plan decenal, su documentación y sistematización durante su implementación.

**Meta 4. A 2021, se logra incluir mínimo 300 minutos de actividad física a la semana en actividades asociadas a: caminar, realizar prácticas de senderismos, marchar, nadar recreativamente, practicar danza en todas sus modalidades, montar en bicicleta, patinar, y otras prácticas, que semanalmente se desarrollen en instituciones de formación de niños y jóvenes en la totalidad del sistema educativo.**

#### ***Indicador Horas escolares dedicadas a la actividad física***

#### **Acciones**

- Formulación de Documento Guía promoción del Transporte activo, con énfasis en el uso de la bicicleta: como insumo para orientar el despliegue de las estrategias en los territorios y entornos de vida.
- Formulación y socialización de Orientación técnica para la promoción de la actividad Física en los entornos en convenio con OPS: en éste se consolida la revisión de las principales intervenciones regionales y mundiales para la promoción de la actividad física en los diferentes entornos y se presenta a los territorios como insumo para orientar el desarrollo de estrategias locales.
- ABECÉ para la promoción de la actividad física.
- Se define y socializa Orientaciones técnicas para la promoción de la actividad física en actores del SGSSS. Se realizan acompañamiento territorial y asistencia técnicas en 32 ET para la formulación de planes para la promoción de la actividad física.
- Gestión y apoyo en el despliegue de la Ley y política “pro bici” a través de la mesa intersectorial de movilidad sostenible liderada por el Ministerio de transporte como estrategia para la promoción del transporte activo.
- Fortalecimiento de capacidades para la formulación de planes, programas y proyectos para la promoción de la actividad física en el marco de la acción de política de Ciudades, Entornos y Ruralidades Saludables (CERS), en 13 Deptos. y 22 municipios.
- Informe de gestión y resultados del apoyo prestado a la SENT en la promoción de actividad física en el marco de la CONIAF.
- Acompañamiento en el diseño y formulación de planes y proyectos en los territorios para la promoción de la actividad física.
- Seguimiento y evaluación de los proyectos relacionados con el incremento de la actividad física en el entorno educativo.

### Acciones Sectoriales

Fortalecimiento de capacidades y asistencia técnica a las entidades territoriales para el reconocimiento de la actividad física como factor protector de la salud, que requiere el diseño y despliegue de acciones estratégicas de carácter intersectorial y transectorial para la configuración de intervenciones poblacionales y colectivas. De igual manera se desarrollan capacidades para la promoción de la actividad física al interior de los servicios de salud ligadas a las rutas de atención integral

### Acciones Intersectoriales

- Gestión y diseño del plan de acción intersectorial a través de la alianza interinstitucional entre Ministerio de Salud y Ministerio del Deporte para diseñar e implementar la estrategia Colombia Vive Saludable “mejores hábitos de vida, un reto de todos” a través de la ruta operativa intersectorial territorial para la promoción de la actividad física y los estilos de vida saludable.
- Estrategia de entorno educativo saludable a través del apoyo técnico en el despliegue de la ruta de promoción de estilos de vida saludable con énfasis en promoción de la actividad física, la alimentación saludable y las prácticas de higiene, en instituciones educativas seleccionadas a través de la estrategia liderada por el Ministerio de Educación y UNICEF.

### Conclusiones y recomendaciones

La meta fue planteada en el anexo 5 del PDSP 2012-2021 como una meta de gestión. Existe el escenario propicio y relevante para el fortalecimiento de estrategias que mejoren el cumplimiento de las recomendaciones de actividad física en la población de menores de 18 años a través de acciones al interior de las instituciones educativas, ya que la evidencia reporta que hasta un 80% de estos cumplimientos para estos momentos del curso de vida se da en el entorno educativo. Es importante encontrar un indicador y una línea de basa que satisfaga los reportes que se requieren en este sentido, ya que no existe una forma para dar monitoreo y seguimiento específico al indicador como se encuentra planteado.

Existen antecedentes de revisión a la meta y al indicador a través de la Comisión Nacional Intersectorial para la coordinación y orientación superior del fomento, desarrollo y medición de impacto de la actividad física (CONIAF), sin embargo no se pudo llegar a un acuerdo y Ministerio de Educación evidencia que no existe dentro de sus bases de datos formas de reportar y seguir la meta de la manera en que fue propuesta

**Meta 5. A 2021, se incrementa la actividad física global en población de 13 a 64 años.**

***Indicador Prevalencia de Actividad Física en Población de 18 a 64 años<sup>27</sup>.***

La Prevalencia de cumplir con las recomendaciones de actividad física en población de 18 a 64 años tienen dos dominios. Uno que interroga la actividad física global y que tiene en cuenta la actividad física en tiempo libre + transporte que para la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia 2010 (ENSIN 2010) es del 53.5% y otra que interroga en el dominio solamente de actividad física en tiempo libre ENSIN 2010 que es del 19.9%

Para la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia 2015 (ENSIN 2015) la prevalencia de actividad física en población de 18 a 64 años en el dominio actividad física en tiempo libre + transporte es del 51.1% y en el dominio de actividad física en tiempo libre ENSIN 2015 es del 23.5%

### Acciones

La Prevalencia de cumplir con las recomendaciones de actividad física en población de 18 a 64 años tienen dos dominios. Uno que interroga la actividad física global y que tiene en cuenta la actividad física en tiempo libre + transporte que para la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia 2010 (ENSIN 2010)

---

<sup>27</sup> Se ajusta el rango de edad por ser este el que aparece en la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia

es del 53.5% y otra que interroga en el dominio solamente de actividad física en tiempo libre ENSIN 2010 que es del 19.9%

Para la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia 2015 (ENSIN 2015) la prevalencia de actividad física en población de 18 a 64 años en el dominio actividad física en tiempo libre + transporte es del 51.1% y en el dominio de actividad física en tiempo libre ENSIN 2015 es del 23.5%

### **Sectoriales**

Desarrollo de capacidades a los referentes de las entidades territoriales del país, mediante asistencias técnicas que permitan orientar intervenciones basadas en la evidencia para la promoción de la actividad física dentro y fuera de los actores del SGSSS.

Desarrollo de capacidades en los referentes territoriales de salud para la construcción de intervenciones poblacionales y colectivas que permitan la planeación conjunta y trasciendan el concepto de salud en todas las políticas a través de los instrumentos de planeación territorial como son los planes de desarrollo local, planes territoriales de salud y planes de ordenamiento territorial.

Desarrollo de capacidades en los referentes de las entidades territoriales de salud, EAPB, EPS e IPS para la promoción de actividad física en la intervención individual bajo la normatividad vigente de las atenciones que requieren las Rutas Integrales de Atención de Promoción y Mantenimiento, Alteraciones Nutricionales y Control del riesgo cardiovascular.

### **Intersectoriales**

El Convenio Interadministrativo número 749 de 2019 entre Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) y el Ministerio del Deporte, en el marco de la estrategia Colombia Vive Saludable, con el objetivo de aunar esfuerzos interministeriales para promover los hábitos y estilos de vida saludable con énfasis en la actividad física mediante incidencia en planeación conjunta territorial y expansión del espacio de acción

La Estrategia Colombia Vive Saludable busca mejorar la calidad de vida de los habitantes del territorio colombiano, mediante el fomento de los estilos de vida saludable con énfasis en la promoción de la actividad física a partir de la articulación de intervenciones intersectoriales, mediante el convenio suscrito con Ministerio del Deporte y con la participación y apoyo de otros ministerios como el Ministerio de Educación, Ministerio de Trabajo, el Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP) y el Departamento Nacional de Planeación (DNP).

Desarrollo de capacidades en referentes territoriales del sector recreación y deporte a Nivel Nacional, en el marco de la participación de los cursos anuales de Políticas y Programas para la Promoción de Hábitos y Estilos de Vida Saludable (HEVS), desarrollados por el Ministerio del Deporte. A través de esta participación se pudo cualificar al 83.4% del Equipo Colombia HEVS, conformado por gestores y monitores de todo el país, quienes fortalecieron competencias de promoción, con el fin de replicarlos a través de las diferentes estrategias que se desarrollan en territorios, representando el 93.7% de los departamentos del país.

Articulación de instancias nacionales y regionales, para el despliegue del plan piloto para implementar la ruta operativa conjunta entre el sector salud y deporte con territorios que conforman la Región Pacífica. Se divulgó la necesidad de articular el trabajo intersectorial con una conformación de mesas de trabajo, que desde el nivel nacional se escaló a nivel departamental y municipal, dando línea de trabajo conjunto, en las visitas técnicas que se realizaron, con el fin de fortalecer acciones para la promoción de HEVS.

Inclusión de la estrategia de Ciudades Entornos y Ruralidades Saludables como herramienta para el diseño, planeación y ejecución de intervenciones poblacionales para la promoción de actividad física, que determinan la calidad de vida, bienestar y salud en los territorios del país.

Desarrollo de capacidades en referentes del sector salud y deporte mediante asistencias técnicas conjuntas que permitan y propicien diálogos de saberes entre los dos sectores en el territorio y generen incidencia para la planeación conjunta entre los dos sectores para la promoción de EVS con énfasis en actividad física.

Participación de encuentros y mesas de trabajo intersectoriales para la promoción de la actividad física como factor protector y reductor de la carga de morbi-mortalidad por enfermedades no transmisibles, formulación de alianzas y planeación territorial intersectorial desde los determinantes sociales de la salud y análisis e interpretación de datos de Actividad Física de la ENSIN 2015, en conjunto con Ministerio del deporte, Ministerio de transporte, sociedades científicas, ICBF, Agencia Nacional de Seguridad Vial, academia y embajada del reino de países bajos.

Participación en la construcción del Report Card Colombia 2018 liderado por el centro EpiAndes de la Universidad de los Andes, en el que se detallan los avances y oportunidades de la promoción de actividad física en niños y Adolescentes Colombianos.

Alistamiento e implementación de intervenciones intersectoriales conjuntas con énfasis en los entornos laboral y educativo. Construcción de aportes técnicos en promoción de actividad física para el despliegue de la estrategia de promoción de estilos de vida saludable liderada por el Ministerio de Educación y UNICEF, para el despliegue e implementación de la estrategia en instituciones educativas seleccionadas a nivel nacional.

Emisión de conceptos técnicos para la promoción de actividad física en tiempos de COVID-19, definición de recomendaciones para el desarrollo de actividad física en casa, al aire libre y retorno al deporte recreativo y de rendimiento, como la construcción del protocolo para reapertura de gimnasios y centros de entrenamiento y acondicionamiento físico.

Trabajo de gestión y apoyo en la planificación de la celebración del día mundial de la actividad física, semana de estilos de vida saludable y semana por la movilidad saludable, segura y sostenible mediante la emisión de fichas técnicas para realizar la promoción de la actividad física durante estas celebraciones y que sirvan de línea técnica para las actividades realizadas en el territorio.

Construcción de insumos técnicos para la elaboración de piezas comunicativas relacionadas con la promoción de actividad física

Mesa para la construcción de contenidos técnicos para la promoción de actividad física en tiempos de COVID-19, con la participación de Ministerio del Deporte, Academia (Universidad de los Andes - EpiAndes), Asociación de Médicos del Deporte (AMEDCO) y Asociación Colombiana de Fisioterapia (ASCOFI).

Uso de tecnologías de información y comunicación para la promoción de la actividad física en tiempos de COVID-19: planeación e intervención conjunta para la promoción de actividad física para la celebración del día mundial en Actividad Física y desarrollo de contenidos y piezas comunicativas para la promoción de EVS en medios de comunicación (televisión y redes sociales).

### **Conclusión y Recomendaciones**

La meta fue planteada en un curso de vida que es interrogado tanto en la ENSIN 2010 como en la del 2015 por separado. La población se interroga en estas encuestas como cumplimiento de recomendaciones para actividad física en la población entre 13 y 17 años y entre los 18 y 64 años. Al formular la meta esto tiene que estar presente.

También debe tenerse en cuenta que la prevalencia de cumplimiento de recomendaciones para actividad física tiene varios dominios que no necesariamente responden de la misma manera a los procesos de gestión e implementación de estrategia; es así como se evidencia que la actividad física interrogada como tiempo libre + transporte disminuye entre la ENSIN 2010 y la ENSIN 2015, pero el cumplimiento a través de tiempo libre mejoró.

Teniendo en cuenta estos ajustes la meta puede continuar.

**Meta 6. A 2021, se incrementa por encima del 33,8% y el 5,6% respectivamente la actividad física caminando o montando bicicleta como medio de transporte.**

***Indicador Prevalencia de cumplir con las recomendaciones de actividad física montando en bicicleta como medio de transporte en personas de 18 a 64 años que residen en zonas urbanas.***

Según datos de la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia 2010 (ENSIN 2010), la Prevalencia de cumplir con las recomendaciones de actividad física montando bicicleta como medio de transporte en personas de 18 a 64 años en la población colombiana es del 5,6 %. Los datos reportados por la ENSIN 2015 son del 5.1%.

### **Acciones**

#### **Sectoriales**

Desarrollo de capacidades a los referentes de las entidades territoriales de salud en el país y a los actores del SGSSS para reconocer los diferentes dominios que tiene la promoción de la actividad física, en donde uno de ellos preponderante es el transporte activo y el cual requiere que sea reconocido como una actividad saludable inherente a las actividades de la vida cotidiana.

Desarrollo de asistencias técnicas a los equipos territoriales de salud para que reconozcan al transporte activo como un mecanismo para incrementar el cumplimiento de recomendaciones de actividad física por curso de vida y por ende resultados en salud pública y bienestar, pero que implican el diseño e implementación de planes de acción conjunta que aborden instrumentos como el plan de desarrollo local y el plan de ordenamiento territorial y que instauren toda una política por la movilidad saludable, segura y ambientalmente sostenible.

Despliegue de asistencias técnicas conjuntas a las entidades territoriales entre los equipos de la Subdirección de Salud Ambiental y la Subdirección de Enfermedades No Transmisibles que sensibilicen e incidan en el territorio para la planeación conjunta.

#### **Intersectoriales**

Participación de la Mesa de trabajo intersectorial para el despliegue nacional de la semana por la movilidad saludable, segura y ambientalmente sostenible.

Participación en la mesa de trabajo intersectorial para la planeación e implementación de la política en movilidad activa, con la participación de Ministerio de Transporte, Embajada de Países Bajos, Ministerio del Deporte, Ministerio de Ambiente, Findeter y DNP.

Participación en escenarios académicos para la promoción del transporte activo como mecanismo para reducción de gastos en salud y resultados en el control de enfermedades no transmisibles.

### **Conclusión y Recomendaciones**

La meta está en coherencia a la forma como la interroga la fuente de información. Se tiene también información sobre la prevalencia de actividad física caminando como medio de transporte que debería también tenerse en cuenta.

La formulación de la meta, su indicador y las circunstancias para su desarrollo están en total coherencia.

**Meta 7. A 2021, se mantienen por debajo de 12 % el consumo nocivo de alcohol (de riesgo y perjudicial) en la población general.**

#### ***Indicador Prevalencia de consumo perjudicial de alcohol en personas de 12 a 65 años.***

La Prevalencia de consumo perjudicial de alcohol en personas de 12 a 65 años en la población colombiana según datos del Estudio Nacional de consumo de sustancias psicoactivas 2013, es del 35,77%.



## Acciones

### Sectoriales

- Decreto 780 de 2016 decreto único del sector salud, en el cual se incluye lo establecido en el decreto 120 de 2010, relacionado con medidas para la reducción del consumo de alcohol, Comisión Intersectorial para el control del consumo nocivo de alcohol, Políticas para el control del consumo de bebidas alcohólicas, Leyendas, etiquetas y publicidad, Pactos por la Vida
- Adopción de la Guía de práctica Clínica para la detección temprana, diagnóstico y tratamiento de la fase aguda de intoxicación de pacientes con abuso o dependencia del alcohol, para la atención en el marco del sistema de sistema General de Seguridad Social en Salud – Colombia. [https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/GPC\\_Completa\\_OH.pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/GPC_Completa_OH.pdf)
- Adaptación de las 10 esferas de la estrategia mundial contra el uso nocivo de alcohol al contexto colombiano e inclusión de estas en el plan nacional de prevención y atención al consumo de sustancias psicoactivas y los planes departamentales de drogas 2016 – 2019.
- Adopción de la política integral para la prevención y atención al consumo de sustancias psicoactivas mediante resolución 089 de 2019.
- Realización de 2 conversatorios en el año 2018 y 2019 en torno a la política nacional de reducción del consumo de sustancias psicoactivas, cuyo objetivo central fue el fortalecimiento de los procesos de prevención y atención del consumo nocivo de alcohol y sustancias psicoactivas en los entornos familiar, educativo, comunitario e institucional, desde un diálogo de saberes que promueva intervenciones basadas en la evidencia científica, el respeto por los derechos humanos y el enfoque de salud pública, con una asistencia de 100 personas aproximadamente
- Construcción y socialización de documento de lineamiento de prevención del consumo de sustancias psicoactivas (incluyendo las bebidas alcohólicas) , en el cual acorde con la evidencia se establecen las orientaciones para que el desarrollo de proceso de prevención acorde con las necesidades y particularidades de las personas y los territorios <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/lineamiento-nal-prevencion-consumo-sustancias-psicoactivas.pdf>
- Diseño de cartilla, con orientaciones para la prevención del uso nocivo del alcohol <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/prevencion-consumo-nocivo-alcohol.pdf>
- Formación de 520 médicos generales, psiquiatras, enfermeras y psicólogos durante el año 2019, de 18 departamentos en MhGAP (Programa de acción para superar las brechas en salud mental y atención del consumo de sustancias psicoactivas), en el que se incluye lo relacionado con los trastornos por uso de sustancias psicoactiva
- 40 personas de equipos interdisciplinarios (médico, psiquiatra, psicólogo, enfermera y trabajador social) de las regionales Caribe (Atlántico, Magdalena y Bolívar), Centro (Cundinamarca, Boyacá y Bogotá) y Eje Cafetero (Antioquia, Risaralda, Caldas y Quindío), formadas en el año 2019 en el Curriculum Universal de Tratamiento para personas con consumo de sustancias psicoactivas y sus familias.
- Asistencia técnica a entidades territoriales para la implementación de acciones para la reducción del consumo de alcohol, relacionadas con identificación temprana, intervenciones breves y programa pactos por la vida.

### Intersectoriales

Adopción de documentos normativos tales como:

- **Decreto 1686 de 2012** Reglamento técnico de requisitos sanitarios para la fabricación, elaboración, hidratación, envase, almacenamiento, distribución, transporte, comercialización, expendio, exportación e importación de bebidas alcohólicas

- **Ley 1696 de 2013** disposiciones penales y administrativas para sancionar la conducción bajo el influjo del alcohol u otras sustancias psicoactivas
- **Ley 1816 de 2016** Programas de Prevención y tratamiento por consumo de bebidas alcohólicas

### Conclusión y Recomendaciones

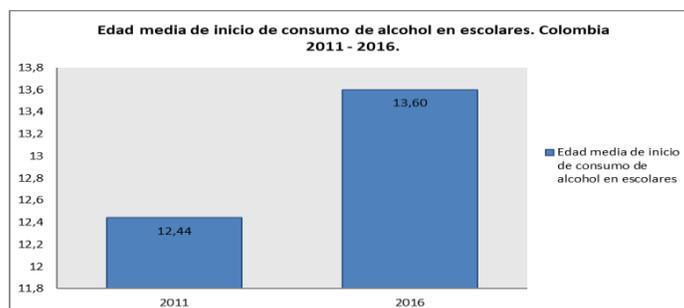
Se considera que la meta, se encuentra en el marco de los indicadores básicos de medición del consumo de sustancias psicoactivas con los que se cuentan en el país (estudio nacional de consumo en población escolar y estudio nacional de consumo en población escolar) por lo que se debería continuar con su planteamiento, sin embargo, esta debe ajustarse a la proyección acorde con los resultados de la actualización de estudio nacional de consumo de población general (en proceso) y consumo en población escolar (2016), y debe tener en cuenta la complejidad para alcanzar este tipo de metas, por lo que es importante y acorde con la evidencia, tener en cuenta el entramado cultural y social propio del consumo de bebidas alcohólicas, lo cual requeriría de procesos de transformación de prácticas culturales y sociales asociadas al consumo de esta sustancia que implicaran el trabajo sectorial, intersectorial y comunitario en aspectos tales como:

- Puesta en marcha de la Comisión Intersectorial para el control del consumo nocivo de alcohol como instancia para la definición, articulación y seguimiento técnico de las acciones en el tema a nivel nacional y territorial, a partir de la adaptación de las recomendaciones de la evidencia realizadas por la Organización Mundial de la Salud al respecto.
- Fortalecimiento de los procesos de desarrollo de capacidades de los actores del sistema de salud y a nivel intersectorial y comunitario, para la identificación temprana e intervenciones breves por consumo de alcohol, de tal manera que se pueda abordar los riesgos específicos de este consumo de manera rápida y se reduzca la posibilidad de progresión hacia consumo con dependencia.
- actualización de los instrumentos y estrategias construidas nivel nacional para orientar las acciones de reducción del consumo de alcohol, tales como la estrategia nacional de reducción del consumo de alcohol, programa pactos por la vida, estrategia 4x4.
- Implementación de estrategias educativas y comunicacionales orientadas al aumento de la percepción de riesgo frente al consumo de alcohol en la población
- Fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica del consumo de alcohol, los factores asociados y los problemas conexos, incluyendo lo relacionado con intoxicación etílica
- Implementación de orientaciones para la prevención, atención y seguimiento a las personas con trastornos del espectro alcohólico fetal.

**Meta 8. A 2021, se pospone la edad promedio de inicio de consumo de alcohol en adolescentes por encima de 14 años.**

#### **Indicador Edad Media de Inicio de Consumo de Alcohol en Escolares.**

Gráfica 18. Edad media de inicio de consumo de alcohol en escolares. Colombia, 2011 – 2016.



Fuente: Estudio Nacional de consumo de sustancias psicoactivas en escolares 2011.

## Acciones

### Sectoriales

- Diseño en el año 2016 de los contenidos técnicos de un minisite interactivo de prevención del consumo de sustancias psicoactivas, el cual estará alojado en la página web del Ministerio de Salud y Protección Social el cual está dirigido a diferentes públicos tales como niños, niñas, adolescentes, padres de familia y docentes, con contenidos claves sobre cómo fortalecer factores protectores y disminuir la influencia de los factores de riesgo frente al consumo de sustancias psicoactivas. <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/SMental/Paginas/Sustancias-psicoactivas.aspx>
- Producción en el año 2017 de 3 videos para la prevención del consumo de alcohol en adolescentes y jóvenes, en articulación con la oficina de comunicaciones del Ministerio de Salud y Protección Social <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/generacion-noticia.aspx>
- Se formaron en el año 2019, 215 personas en conceptos básicos de prevención e identificación temprana, frente a problemas y trastornos mental, incluyendo los asuntos relacionados con el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (sede nacional, regionales ICBF Bogotá y Cundinamarca y del SENA).

### Intersectoriales

Fortalecimiento de la implementación del programa familias fuertes amor y límites. El cual, de acuerdo con la evidencia, centra la prevención en un aspecto fundamental como es el involucramiento parental para la reducción de comportamientos problemáticos, tales como el consumo de sustancias psicoactivas, el embarazo en la adolescencia, la violencia de pares y la violencia intrafamiliar. Con la gestión de diferentes entidades del gobierno nacional (ministerio de Salud y Protección Social, Ministerio de Justicia y del derecho) y de entidades de cooperación internacional y entidades territoriales, este programa ha alcanzado en el periodo 2018 - 2020 una cobertura de 15.098 familias, con un acumulado total de 32.546 familias en 24 departamentos del país, con dos procesos de evaluación, uno de impacto y otro de eficacia, que han ratificado los efectos transformadores en dinámicas familiares, específicamente en las variables de demostración de afecto y cariño, actitudes hacia comportamientos de riesgo y establecimientos de metas.

## Conclusión y Recomendaciones

Se considera que la meta, se encuentra en el marco de los indicadores básicos de medición del consumo de sustancias psicoactivas con los que se cuentan en el país (estudio nacional de consumo en población escolar y estudio nacional de consumo en población escolar) por lo que se debería continuar con su planteamiento, sin embargo, esta debe ajustarse a la proyección acorde con los resultados de la actualización de estudio nacional de consumo de población general (en proceso) y consumo en población escolar (2016), y debe tener en cuenta la complejidad para alcanzar este tipo de metas, por lo que es importante y acorde con la evidencia, tener en cuenta el entramado cultural y social propio del consumo de bebidas alcohólicas, lo cual requeriría de procesos de transformación de prácticas culturales y sociales asociadas al consumo de esta sustancia que implicaran el trabajo sectorial, intersectorial y comunitario en aspectos tales como

- Puesta en marcha de la Comisión Intersectorial para el control del consumo nocivo de alcohol como instancia para la definición, articulación y seguimiento técnico de las acciones en el tema a nivel nacional y territorial, a partir de la adaptación de las recomendaciones de la evidencia realizadas por la Organización Mundial de la Salud al respecto,
- Fortalecimiento de los controles a la publicidad de bebidas alcohólicas en horarios familiares o de alta audiencia juvenil e infantil; en contextos educativos, deportivos y culturales; en eventos con alta presencia de público juvenil e infantil; al patrocinio de equipos deportivos y grupos artísticos o culturales

conformados por menores de edad; a la utilización de imágenes de adolescentes; y, en general, a la exposición de los menores de niños, niñas, jóvenes y adolescentes en cualquier tipo de publicidad de bebidas alcohólicas

- Fortalecimiento de la movilización social, ciudadana y comunitaria para prevenir la venta y el consumo de bebidas alcohólicas a niños, niñas, jóvenes y adolescentes, y para crear y apoyar ambientes sin alcohol en inmediaciones de establecimientos educativos y de instalaciones dedicadas a la recreación, el deporte y las expresiones artísticas y culturales juveniles.
- Fortalecimiento los procesos de desarrollo de capacidades de los actores del sistema de salud y a nivel intersectorial y comunitario, para la identificación temprana e intervenciones breves por consumo de alcohol, de tal manera que se pueda abordar los riesgos específicos de este consumo de manera rápida y se reduzca la posibilidad de progresión hacia consumo con dependencia.
- Actualización de los instrumentos y estrategias construidas nivel nacional para orientar las acciones de reducción del consumo de alcohol, tales como la estrategia nacional de reducción del consumo de alcohol, programa pactos por la vida, estrategia 4x4.
- Fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica del consumo de alcohol, los factores asociados y los problemas conexos.

**Meta 9. A 2021, incrementar en un 20% en el decenio las coberturas de prevención y detección temprana de las ENT, las alteraciones de la salud bucal, visual, auditiva y comunicativa y sus factores de riesgo, a partir de la línea de base que se defina en el 2014.**

***Indicador Cobertura de actividades de prevención y detección temprana de las ENT, las alteraciones de la salud bucal, visual, auditiva y comunicativa y sus factores de riesgo.***

Sin reporte técnico

**Meta 10. A 2021, aumentar la supervivencia de los menores de 18 años con Leucemias Agudas Pediátricas en el país, a partir de la línea base que se defina en el 2014.**

***Indicador Sobrevida por cáncer en menores de 18 años***

#### Acciones

##### Sectoriales

Dentro de las estrategias a nivel político y normativo que impactan en la supervivencia se destaca la reglamentación de la Ley 1388 de 2010, mediante la expedición de los siguientes actos administrativos:

- **Resolución 163 del 1 de febrero de 2012**, “Por la cual se reglamenta el Consejo Nacional y Departamentales de Cáncer Infantil”.
- **Resolución 2590 de agosto 31 de 2012**, “Por la cual se constituye el Sistema Integrado en Red y el Sistema Nacional de Información para el Monitoreo, Seguimiento y Control de la Atención del Cáncer en los menores de 18 años, integrando la base de datos para la agilidad de la atención del menor con cáncer, el Registro Nacional de Cáncer Infantil y el Número Único Nacional para los beneficiarios de la Ley 1388 de 2010”.
- **Resolución 4496 de diciembre 28 de 2012**, “Por la cual se organiza el sistema de información del cáncer y se crea el observatorio nacional de cáncer”.
- **Resolución 4331 del 21 de diciembre de 2012**, “Por medio de la cual se adiciona y modifica parcialmente la Resolución 3047 de 2008, modificada por la Resolución 416 de 2009. En su artículo 10 define que las autorizaciones asociadas a quimioterapia o radioterapia en pacientes con cáncer (niños y adultos) que sigan guías o protocolos se harán por una única vez incluyendo la totalidad del tratamiento



definido en la guía o protocolo. En aquellos casos de cáncer sin guía o protocolo, la autorización a expedir deberá cubrir al menos 6 meses”.

- **Resolución 1383 del 2 de mayo de 2013**, “Por la cual se adopta el Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia, 2012-2021”.
- **Resolución 1440 del 6 de mayo de 2013**, “Por la cual se reglamentan parcialmente los artículos 14 de la Ley 1384 de 2010
- y 13 de la Ley 1388 del mismo año (Se definen las condiciones bajo las cuales deben funcionar los hogares de paso)”.
- **Resolución 1442 del 6 de mayo de 2013**, “Por la cual se adoptan las Guías de práctica clínica –GPC para el manejo de las Leucemias y Linfomas en niños, niñas y adolescentes, cáncer de mama, cáncer de colon y recto, cáncer de próstata y se dictan otras disposiciones”.
- **Resolución 1552 del 14 de mayo de 2013**, “Por la cual se reglamentan parcialmente los artículos 123 y 124 del Decreto-Ley 019 del 2012 (Tiempos máximos en la asignación de citas de pacientes con cáncer)”.
- **Resolución 1604 del 17 de mayo de 2013**, “Por la cual se reglamenta el artículo 131 del Decreto-Ley 0019 de 2012 (Entrega de medicamentos)”.
- **Resolución 247 del 04 de febrero de 2014**, “Por la cual se establece el registro de pacientes con cáncer (Cuenta de Alto Cto)”.
- **Resolución 2003 del 28 de mayo del 2014**, “Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de servicios de salud”. Derogada por la actual **Resolución 3100 de 2019**.
- **Circular 4 del 17 de julio de 2014**, “Por la cual se imparten instrucciones respecto de la prestación de servicios de salud de personas con sospecha o diagnóstico confirmado de cáncer”.
- **Resolución 418 del 14 de febrero de 2014**. “Por la cual se adopta la ruta de atención para niños y niñas con presunción o diagnóstico de leucemia en Colombia”.
- **Resolución 1868 de 2015**, “Por la cual se establecen los criterios para la conformación de la Red virtual de las Unidades de Cáncer Infantil UACAI”.
- **Resolución 5283 de 2015**, “Por la cual se designan los representantes ante el Consejo Nacional Asesor de Cáncer Infantil”.
- **Resolución 1441 de 2016**, “[...] estándares y criterios y procedimientos para la habilitación de las Redes Integrales de Prestación de Servicios de salud”
- **Resolución 1477 de 2016**, “[...] habilitación de Unidades Funcionales para la Atención del Cáncer de Adulto y Unidades de Atención de Cáncer Infantil”.
- **Resolución 256 de 2016**, “Por la cual se dictan disposiciones en relación al Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo”.
- **Resolución 3280 de 2018**, “Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud [...] Se adoptan los procedimientos de obligatorio cumplimiento para la detección de cáncer de mama, cuello uterino, próstata y colon y recto”.
- **Resolución 1918 de 2019**, “Por la cual se nombran representantes ante el Consejo Nacional Asesor de Cáncer Infantil”.
- **Resolución 3339 de 2019**, “Por la cual se establece e Implementa el mecanismo de cálculo y distribución de los recursos de la UPC para las Empresas Promotoras de Salud - EPS de los Regímenes Contributivo y Subsidiado y demás Entidades Obligadas a Compensar - ECO, para los cánceres priorizados”.

Por otro lado, con la expedición de la Ley 1733 de 2014 “Ley Consuelo Davis Saavedra, mediante la cual se regulan los servicios de cuidados paliativos para el manejo integral de pacientes con enfermedades terminales, crónicas, degenerativas e irreversibles en cualquier fase de la enfermedad de alto impacto en la calidad de vida”, este Ministerio adelantó de forma colegiada con las entidades del sector, la sociedad científica y civil el proceso reglamentario, que a la fecha incluye la adopción de las siguientes normas:

- **Circular 022 de 2016**, Lineamientos y Directrices para la gestión del acceso a medicamentos opioides para el manejo del dolor.
- **Circular 023 de 2016**, Instrucciones respecto de la garantía de los derechos de los pacientes que requieran cuidados paliativos.
- **Resolución 1441 de 2016**, *“Por la cual se establecen los estándares, criterios y procedimientos para la habilitación de la Redes Integrales de Prestaciones de Servicios de Salud”*.
- **Resolución 1051 de 2016**, *“Por medio de la cual se reglamenta la Ley 1733 de 2014 en cuanto al derecho a suscribir el Documento de Voluntad Anticipada”*. Derogada.
- **Resolución 1416 de 2016**, *“Por la cual se adiciona el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud adoptado por la Resolución 2003 de 2014”*.
- **Resolución 2665 de 2018**, *“Por medio de la cual se reglamenta parcialmente la Ley 1733 de 2014 en cuanto al derecho a suscribir el Documento de Voluntad Anticipada. Deroga la Resolución 1051 de 2016”*.

Este robusto marco normativo ha sido difundido entre los actores del sistema; no obstante, aún se documentan situaciones de incumplimiento en el proceso de atención en este grupo de población. Por lo anterior, impera que las entidades competentes en acciones de Inspección, Vigilancia y Control (IVC), a saber, Superintendencia Nacional de Salud y Direcciones Territoriales de Salud, fortalezcan su quehacer, con el desarrollo de lo correspondiente en el cumplimiento de la normatividad en mención.

Por otro lado, en los últimos años, y dada la relevancia del cáncer en la salud pública colombiana, se han adoptado un conjunto de instrumentos de política pública en los cuales se posiciona el cáncer como una prioridad del Gobierno y se establecen metas, intervenciones y estrategias para avanzar en la reducción de la incidencia y mortalidad por esta causa. A la fecha se encuentra definidos los siguientes instrumentos que permiten fortalecer la gestión del cáncer infantil y las leucemias agudas pediátricas: Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia 2012-2021, Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021, Política Integral de Atención en Salud, Plan Nacional de Desarrollo 2018 – 2022, Pacto por Colombia – Pacto por la Equidad.

Estos instrumentos propenden por el abordaje integral de la enfermedad a partir del desarrollo de estrategias de prevención primaria; detección temprana; atención, rehabilitación y cuidados paliativos; gestión del conocimiento y tecnologías y formación del talento humano.

En relación con la prevención primaria, las estrategias se han enfocado en reducir la prevalencia de los principales factores de riesgo modificables asociados al desarrollo de este grupo de enfermedades a través de la promoción de modos, condiciones y estilos de vida saludables en los diferentes entornos.

De esta manera se promueve entre la población el consumo frutas y verduras, la disminución del consumo de grasas y alimentos con alto contenido de sustancias químicas, la realización de actividad física, cesación del tabaquismo y evitación de la exposición a humo de segunda mano, disminución del alcohol, protección contra la radiación solar UV y de la exposición a agentes carcinógenos laborales. Ejemplo de esta última es el programa de vacunación que incluye en el Plan Ampliado de Inmunización la vacuna contra virus el virus del papiloma humano VPH en niñas y adolescentes agente causal del cáncer de cuello uterino, y la vacunación contra el virus de la hepatitis b, relacionado con ciertos tipos de cáncer hepático.

De otra parte, también se desarrollan campañas de comunicación, buscando educar a la población frente a los signos y síntomas tempranos y en general para el fomento de los derechos y deberes de los niños con cáncer en Colombia. Igualmente, a nivel nacional y territorial cada año se realizan campañas de movilización social en el marco de la conmemoración del Día Mundial del Cáncer Infantil el día 15 de febrero y durante todo el año en diferentes eventos que mantienen este tema en la agenda pública nacional.

De otra parte, para garantizar el diagnóstico temprano y la atención oportuna de la leucemia en menores de 18 años, se han desarrollado diferentes herramientas técnicas dentro de las cuales se destacan:

- Desde el año 2014, el país cuenta con la Ruta Integral de Atención para niños con presunción o diagnóstico de Leucemia, que ha permitido organizar los procesos dentro de las instituciones (IPS y EAPB), agilizar los trámites administrativos para la autorización de los tratamientos de niños y niñas con leucemias y fortalecer la exigencia de derechos por parte de los usuarios y sus familias, entre otros aspectos.
- El Módulo de Cáncer en la niñez de la Estrategia AIEPI, el cual permite la incorporación de herramientas para el diagnóstico temprano de cáncer infantil a nivel del prestador primario, constituyendo a esta como un instrumento clave para las intervenciones de valoración integral y educación definidas en la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud.
- Las Guías de Práctica Clínica de leucemias linfocítica aguda, leucemia mieloide aguda, linfomas Hodgkin y no Hodgkin.

La implementación de estas herramientas técnicas y normativas han contribuido de manera significativa en la supervivencia de los niños con leucemias y requiere acciones continuas de entrenamiento a los profesionales de la salud, el desarrollo de actividades de movilización social y estrategias de información, educación y comunicación que permitan la sensibilización de la población y el fomento del uso de los servicios de salud para la detección oportuna, por lo que se ha avanzado en lo siguiente:

- Se dispone del Curso virtual de detección temprana del cáncer infantil en la página web del Instituto Nacional de Cancerología la cual permite el acceso a todos los actores del SGSSS.
- Trabajo conjunto con Fundaciones (Sanar, OICI) y Universidades, en el desarrollo de jornadas de capacitación en AIEPI dirigido a los profesionales de salud.
- Particularmente en el 2019 y 2020, se realizaron asistencias técnicas virtuales y presenciales conjunta con el Instituto Nacional de Salud, en 32 Departamentos y 5 Distritos, para fortalecer capacidades en herramientas técnicas y normativas, hacer seguimiento al SIVIGILA y a las alertas generadas por la estrategia de seguimiento a las Leucemias Agudas Pediátricas.

De otra parte, frente a la prestación servicios de salud, es importante destacar la Resolución 1477 de 2016<sup>28</sup> que adopta el Manual de Habilitación de Unidades Funcionales para la Atención Integral del Cáncer del Adulto (*en adelante* UFCA) y las Unidades de Atención del Cáncer Infantil – (*en adelante* UACAI).

La anterior regulación posibilita que las IPS con servicios oncológicos habilitados de alta complejidad pediátrica y adulta, puedan oficialmente convertirse en UACAI, UFCA o ambas, y acceder al incentivo de ser tenidos en cuenta como primera opción para la contratación por los aseguradores y demás Entidades Responsables de Pago.

En materia de Redes de Servicios de Salud, la antes citada Resolución 1419 de 2013, que regulaba los parámetros y condiciones para la organización y gestión integral de las Redes de Prestación de Servicios Oncológicos y de las UFCA, fue derogada por la hoy vigente Resolución 1441 de 2017<sup>29</sup>, que regula el procedimiento y gestión para la habilitación de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud – RIPS, dentro de las que se incluyen los servicios oncológicos y demás formas funcionales.

---

<sup>28</sup> Por la cual se define el procedimiento, los estándares y los criterios para la habilitación de las Unidades Funcionales para la Atención Integral de Cáncer del Adulto "UFCA" y de las Unidades de Atención de Cáncer Infantil "UACAI" y se dictan otras disposiciones

<sup>29</sup> Por la cual se establecen los estándares, criterios y procedimientos para la habilitación de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud y se dictan otras disposiciones.

En cuanto a la habilitación de servicios oncológicos, la Ley 1438 de 2011, otorgó al Gobierno Nacional la competencia de habilitar los servicios nuevos de oncología y el Decreto Ley 019 de 2012, definió que le correspondía al Ministerio de Salud y Protección Social ejercer esta obligación. Es así como entre los años 2012 y 2019 este Ministerio verificó y fueron habilitados 1.306 servicios oncológicos entre pediátricos y adultos. Posteriormente, el Decreto 2106 de 2019<sup>30</sup>, traslado esta competencia a las Entidades Territoriales de Salud. La verificación y habilitación de las Unidades Funcionales para la Atención Integral del Cáncer UFCA y UACAI sigue siendo competencia de este Ministerio en cumplimiento de las Leyes 1384 y 1388 de 2010.

A partir del año 2016 se desarrollaron planes de asistencia técnica con las Direcciones Territoriales de Salud, con el fin de fortalecer las capacidades de asistencia técnica con los prestadores de servicios de salud de cada jurisdicción y de verificación de habilitación con énfasis en el proceso de habilitación de las UFCA y UACAI.

En materia de verificación y habilitación de servicios de salud, la Resolución 3100 de 2019<sup>31</sup>, determina que los servicios oncológicos son prioritarios en el momento de definir el plan de visitas de verificación que deben realizar las Entidades Territoriales de Salud.

Actualmente, la Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria de este Ministerio, tiene definido un cronograma de trabajo para actualizar la Resolución 1477 de 2016, que, de acuerdo con el procedimiento interno para la actualización de la norma, contempla la participación de los actores involucrados en la habilitación de UFCA y UACAI. Se proyecta en la presente vigencia contar con una nueva resolución que regule la habilitación de unidades funcionales para la atención integral del cáncer ajustada a la realidad de las necesidades actuales del sistema de salud y sus actores.

Frente a la gestión del conocimiento, es importante destacar el desarrollo del Sistema Nacional de Información en Cáncer, en donde se han adelantado las siguientes acciones:

- De manera específica las Leucemias son un evento de notificación obligatoria en el subsistema de información del Sistema de Vigilancia en Salud Pública, SIVIGILA desde el año 2008 (inicialmente como un evento centinela y a partir de 2014 de notificación obligatoria semanal). A partir de este reporte el Minsalud adelanta desde el año 2013 el seguimiento a este evento de manera nominal. A través de la información suministrada por los cuidadores, este seguimiento permite identificar alertas tempranas de demoras por autorizaciones, viáticos y copagos y alertar a las Entidades Territoriales y EAPB para que den solución oportuna a las barreras identificadas.
- Con la intervención de la estrategia se han logrado contactar a 2.482 niños (equivalente al 72 % de los niños notificados por SIVIGILA desde el 2013 al primer semestre de 2019). En el periodo 2017 y 2018, se observó una disminución de las alertas identificadas, encontrándose en el caso de cobros de viáticos y copagos, una disminución de entre el 50 % y el 56 % respectivamente; y adicionalmente, se reportó un decremento en las barreras por autorizaciones del 34 % en comparación con el año 2017.

### **Intersectoriales**

Dentro de este grupo de acciones se destaca la conformación y operación del Consejo Nacional y Departamentales Asesores de Cáncer Infantil.

- De acuerdo con lo reglamentado en la Resolución 163 de 2012, a la fecha están en funcionamiento el Consejo nacional asesor de Cáncer Infantil y 18 Consejos Departamentales Asesores de Cáncer infantil

<sup>30</sup> Por el cual se dictan normas para simplificar, suprimir y reformar trámites, procesos y procedimientos innecesarios existentes en la administración pública

<sup>31</sup> "Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud"

(en adelante CODACAI), en los departamentos de Antioquia, Santander, Norte de Santander, Huila, Quindío, Cesar, Atlántico, Nariño, Caldas, Bolívar, Risaralda, Tolima, Valle del Cauca, Meta, Cundinamarca, Magdalena, Sucre y Bogotá D.C.

- Para el seguimiento y monitoreo del funcionamiento de los CODACAI, a partir del 2019, se desarrolló un formulario virtual de reporte semestral, con corte 30 de junio y 31 de diciembre de cada año, el cual permite verificar además de la información del funcionamiento, ver la conformación y el cumplimiento del Plan de Acción anual de los CODACAI.

### **Aulas pediátricas**

- A nivel nacional existen 46 Aulas Hospitalarias, que están distribuidas así: Bogotá con 33, Medellín con cinco, Manizales con dos, Pasto con dos, Ibagué con dos y Bucaramanga con una.
- Desde 2019 se viene trabajando de manera conjunta con el Ministerio de Salud y Educación, en la definición de un documento de Orientaciones técnicas, administrativas y pedagógicas para la atención de niños en condición de enfermedad.

### **Conclusión y Recomendaciones**

Aunque se cuenta con datos de alta calidad de los RBP, el cálculo actual de este indicador se basa únicamente en el RBP Cali, sin embargo, aún se requiere información relacionada con el resto de los registros disponibles en el país (Manizales, Pasto, Barranquilla, Bucaramanga). Esto permitiría tener una mejor aproximación a la realidad de la sobrevida del nivel nacional, para afinar la toma de decisiones frente a los instrumentos de política pública para el control del cáncer.

Dentro de las fuentes del Sistema de Información en cáncer también se encuentra la Cuenta de Alto Costo, de dónde será posible obtener resultados nacionales para el cálculo de las tasas de supervivencia en este grupo de patologías.

Aunque se ha visto una mejoría significativa de la supervivencia en los últimos años, existen disparidades identificadas entorno a los resultados de esta evidenciados por diferentes publicaciones del RBP de Cali. Estas están relacionadas con la pérdida de eficacia de los tratamientos de quimioterapia, lo cual tiene que ver principalmente por la intensidad de estos (dosis y tiempo). Esta intensidad del tratamiento se ve muy afectada por los retrasos en la colocación de los ciclos de quimioterapia, la baja adherencia y en su forma extrema el abandono del tratamiento.

Las causas que conllevan a esta pérdida de intensidad son multifactoriales y tienen que ver tanto con el paciente, las familias, como con los prestadores y la integralidad del sistema de salud de forma global. La otra causa general de pérdida de eficacia de estos tratamientos son las muertes atribuibles al tratamiento y no la enfermedad. De allí que la supervivencia sea dependiente de los retrasos en el acceso de los niños al diagnóstico preciso, oportuno y a la calidad de la atención en las unidades de oncología pediátrica.

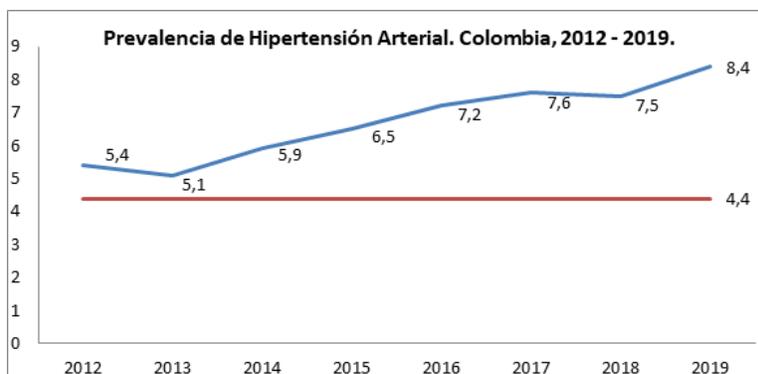
**Meta 11. A 2021, reducir en un 25% la hipertensión arterial en mayores de 25 años, a partir de la línea base definida en el año 2014.**

### ***Indicador Prevalencia de hipertensión arterial***

La prevalencia de hipertensión arterial en Colombia en el período comprendido entre el 2012 y 2019 muestra un incremento sostenido en el tiempo, evidenciando una prevalencia de 5.4 en 2012 y de 8.4 en 2019 con un incremento de 3 puntos porcentuales. Esto como resultado del inicio de la implementación de la Ruta Integral de Atención en Salud para personas con riesgo o presencia de hipertensión arterial, junto con sus herramientas operativas e instrumentos que la componen, teniendo en cuenta que una de las intervenciones

claves incluidas en dicha ruta, es la búsqueda activa de casos y captación temprana de pacientes con hipertensión.

**Gráfica 19. Prevalencia de hipertensión arterial, Colombia, 2012 -2019.**



### Acciones

1. Desarrollo, validación e implementación de la ruta integral de atención en salud para personas con riesgo o presencia de hipertensión arterial de acuerdo con la Guía de práctica clínica, la cual incluye la prevención, detección temprana, diagnóstico, tratamiento e identificación oportuna de lesión de órgano blanco.

2. Desarrollo, validación e implementación de la RIA de Promoción y Mantenimiento de la Salud, la cual incluye dentro de las intervenciones individuales de detección temprana de las alteraciones de la salud desde la juventud (18-28 años), la adultez (29-59 años) y la vejez (60 y más años), la valoración del riesgo cardiovascular y metabólico, así como la detección de estas afecciones mediante la aplicación de la herramienta “Conoce tu riesgo peso saludable”. A través de esta valoración se pretende identificar la probabilidad de que una persona tenga el riesgo de desarrollar una enfermedad cerebrovascular, infarto y diabetes, así como determinar la presencia de obesidad y sobrepeso, esto con la finalidad de controlar el riesgo oportunamente y evitar el desarrollo o progresión de estas enfermedades.

3. Elaboración y ajuste de instrumentos y documentos técnicos de apoyo para la gestión de las Enfermedades cardiovasculares y la diabetes, en su componente de detección temprana: instrumentos de identificación del riesgo cardiovascular, intervenciones según el riesgo identificado, ejercicios de práctica, ficha de resultados, mensajes para los usuarios tamizados, base formulada para el registro de tamizados con los instrumentos tablas de estratificación de riesgo cardiovascular de la OMS, Framingham y Finnish diabetes risk score, instructivo de toma correcta de las medidas antropométricas y tensión arterial y el documento técnico de detección temprana valoración del riesgo cardiovascular y metabólico.

4. Elaboración de herramientas para la gestión del riesgo en las rutas de HTA y DM:

Herramienta RECCETTA-A es el acrónimo que recuerda al clínico las principales intervenciones contenidas en las RIAs de HTA y DM para su adecuado control : Estratificación del riesgo cardiovascular y metabólico, prescripción de actividad física por parte del personal de salud, garantizar acceso a estatinas y protocolos de manejo de dislipidemias, garantizar acceso a consejería breve o prolongada para abandonar el consumo de tabaco, garantizar un adecuado control de las cifras de tensión arterial en los pacientes con diagnóstico de hipertensión y un adecuado control de las cifras de hemoglobina glicosilada en pacientes diabéticos, garantizar el acceso y disponibilidad a medicamentos (antihipertensivos, hipoglucemiantes), prescripción de ácido acetil salicílico a personas con alto riesgo

cardiovascular, consejería nutricional para informar a los pacientes sobre la composición de la dieta, y reducción de peso a través de cambios en el estilo de vida.

RECETTA-A hasta finales de 2019, se sigue implementado en las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) adscritas al seccional sur occidental del asegurador COOMEVA, en los municipios Buenaventura, Buga, Buga la Grande, Cali, Palmira, Pasto, Popayán y Tuluá. A partir de mayo de 2020 este componente de abordaje de la hipertensión, la diabetes y las dislipidemias a través de tratamiento no farmacológico de estas patologías (alimentación y actividad física), se ha difundido a todos los departamentos en jornadas de asistencia técnica virtual dirigido a las Direcciones Territoriales y las EAPB y su red de prestadores.

En el 2020 se han realizado jornadas de asistencia técnica en RECETTA -A componente alimentación saludable dirigida a las direcciones territoriales de salud y otros actores del sistema contando con la participación de 27 entidades territoriales, representantes de EPS 7 e IPS 21.

Elaboración y publicación de documentos técnicos dirigidos a los equipos de APS que manejan riesgo cardiovascular, incluyendo temas como sodio, grasas, azúcares, rotulado nutricional, así como un set de presentaciones acerca de nutrientes relevantes en la salud cardiovascular, iniciativas en salud pública para el control del consumo, e intervención como terapia no farmacológica.

Elaboración del documento y presentación del ABC de la actividad física en el marco de las enfermedades no transmisibles.

Herramienta Toma el Control, con la que se pretende orientar la Gestión del Riesgo para HTA y diabetes en el Sistema de Salud, a partir de intervenciones basadas en la evidencia científica, orientadas a complementar y optimizar el tratamiento de los pacientes hipertensos y diabéticos en el territorio Nacional.

Elaboración y ajustes del documento técnico de orientaciones para implementación de la herramienta Toma el Control para la gestión de las RIAS de Hipertensión Arterial y RIAS Diabetes.

La herramienta toma el Control se implementa en la Ciudad de Cali, y los departamentos de Risaralda, Boyacá y Santander con la participación de once (11) Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud: Cali: Hospital Carlos Holmes Trujillo y Clínica Oriente. Santander: Fundación Oftalmológica de Santander, E.S.E Hospital San Antonio - Municipio de Cerrito, E.S.E Hospital San Rafael - Municipio de Oiba, Clínica Girón E.S.E. Boyacá: ESE Salud Nobsa, E.S.E Salud Sogamoso, E.S.E Salud Tundama. Risaralda: Hospital San Pedro, San Pablo municipio de la Virginia. Hospital Santa Mónica municipio de Dos Quebradas, Hospital San José de Belén de Umbría, Hospital San Rafael Pueblo Rico. La estrategia ha permitido la identificación de 12.456 pacientes hipertensos nuevos incorporados en los programas de atención al paciente hipertenso y, el incremento del porcentaje de control (<140/90 mmHg) de pacientes hipertensos inscritos en los programas de las 11 IPS antes mencionadas, pasando de 62.63% en 2017 al 70% en 2018. Estos datos corresponden a los centros de entrenamiento que constituyeron la primera fase de implementación.

Actualmente mediante jornadas de asistencia técnica virtual dirigidas a cada una de las regiones del país, la herramienta de gestión de las RIAS de hipertensión y diabetes se está difundiendo a todo el territorio nacional. Se hará seguimiento de esta nueva etapa a través de los indicadores que se reportan en las fuentes oficiales del nivel nacional.

5. Desarrollo del flujograma, matriz de intervenciones de la ruta y diagrama de capas de la Ruta Integral de Atención en Salud de grupo de riesgo de Enfermedades cardio-metabólicas y avance en la construcción de los lineamientos operativos.

6. Avance en la construcción de los lineamientos operativos de la ruta de alteraciones nutricionales componente exceso de peso en adultos, matriz de intervenciones y diagrama de capas.

### **Conclusión y Recomendaciones**

Es necesario incrementar la gestión con las Entidades Territoriales para la implementación de las acciones de detección temprana a través de la aplicación de la herramienta conoce tu riesgo peso saludable, como parte de la Ruta de Atención Integral para la promoción y mantenimiento de la salud, para aumentar la cobertura, por parte de las EAPB y su red de prestadores, en los mayores de 18 años.

Se requiere que los equipos que gestionan el riesgo cardio-metabólico a nivel territorial se articulen con los equipos territoriales que aportan a la gestión colectiva del riesgo a través del control de los factores relacionados con la promoción de la alimentación sana, el control del consumo de tabaco y el consumo abusivo del alcohol.

Es prioritario que se consolide un trabajo articulado entre la entidad territorial y los aseguradores y su red de prestadores para implementar la detección temprana que permita captar las personas diabéticas e hipertensas en los primeros estadios de la enfermedad y gestionar de manera oportuna su control a través de las RIAS de Hipertensión arterial y Diabetes Mellitus.

Las entidades departamentales, municipales y distritales de salud deben generar y comunicar alertas en caso de incumplimiento de la implementación de las RIAS, particularmente en las intervenciones relacionadas con la detección temprana del riesgo cardio-metabólico en mayores de 18 años y la gestión oportuna del riesgo de las RIAS de hipertensión y diabetes.

Consolidación de alianzas para fortalecer el desarrollo de capacidades del talento humano, la gestión del conocimiento y la investigación de utilidad para la formulación de políticas.

**Meta 12. A 2021, lograr la reducción relativa del 20% de los niveles aumentados de colesterol total (mayor a 190 mg/dl), en personas de 18 años o más, a partir de la línea de base que se defina en el 2014.**

**Indicador: Sin reporte técnico**

**Meta 13. A 2021, aumentar el acceso a terapia farmacológica y asesoría para personas de 40 años o más con riesgo cardiovascular >30, a partir de la línea de base definida en el 2014.**

**Indicador: Sin reporte técnico**

**Meta 14. A 2021, mantener el 85% de las personas sin enfermedad renal o en estadio 1 y 2, a pesar de tener enfermedades precursoras (Hipertensión y diabetes).**

***Indicador Porcentaje de progreso de Enfermedad Renal Crónica.***

Se evidencia que del total personas con enfermedad renal crónica reportadas en la Cuenta de Alto Costo entre los años 2016 y 2019 hubo una disminución en el porcentaje de individuos en estadio 1 y 2, pasando del 47.6% en 2016 a 37.9% en 2019, lo que se interpreta como un aumento de las personas que han avanzado a los estadios 3, 4 y 5 de la enfermedad.

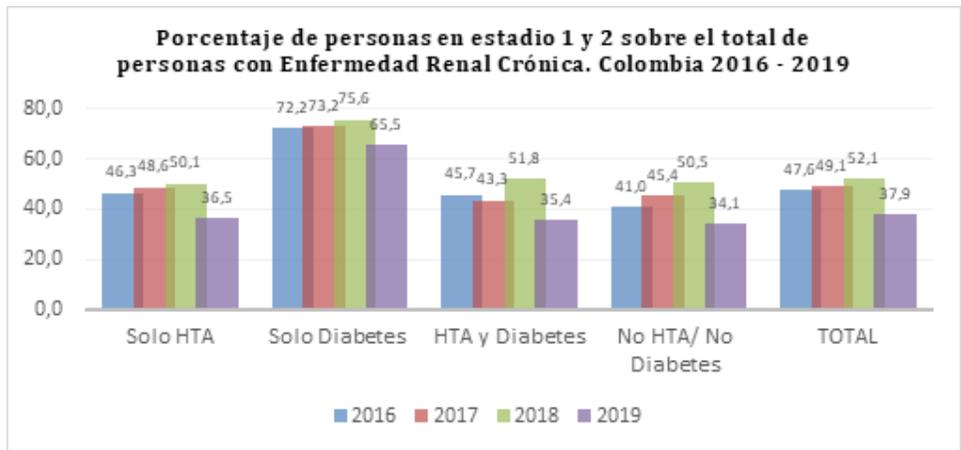
**Gráfica 20. Porcentaje de personas en estadio 1 y 2 sobre el total de personas con Enfermedad Renal Crónica. Colombia 2016-2019**



Fuente: Cuenta de alto costo 2016 – 2019

La gráfica a continuación muestra el porcentaje de personas que se encuentran en estadio 1 y 2 de enfermedad renal crónica, atribuido a las enfermedades precursoras como son la hipertensión arterial, diabetes, estas dos patologías combinadas y los no hipertensos y no diabéticos. Si se observa el comportamiento de las personas con hipertensión durante el período analizado, pasó del 50.1% en 2018 a 36.5% en 2019 se puede inferir que el control de la hipertensión arterial no está siendo el adecuado y permite la progresión hacia estadios más avanzados de la enfermedad renal. El comportamiento de los pacientes diabéticos sigue la misma tendencia en menor proporción pasando de 75,6% a 65,5%.

**Gráfica 21. Porcentaje de personas en estadio 1 y 2 sobre el total de personas con Enfermedad Renal Crónica. Colombia 2016-2019**



Fuente: Cuenta de alto costo 2016 – 2019

Se toma la información de las publicaciones de la Cuenta de alto Costo. Sin embargo, es necesario verificar los datos publicados de 2019, teniendo en cuenta que se evidencia una disminución abrupta del número de casos de personas en ERC, pasando de 1.479.733 en 2018 a 925.996 en 2019 lo anterior puede estar relacionado con una disminución en el reporte.

### Acciones

Las acciones desarrolladas en relación con este indicador son las mismas descritas para el indicador de tasa de prevalencia de hipertensión arterial, teniendo en cuenta que estas se relacionan con la detección temprana, gestión del riesgo cardiovascular y metabólico, prevención primaria y secundaria, diagnóstico y

tratamiento oportuno, seguimiento y paliación de las enfermedades cardiovasculares y la diabetes en su conjunto.

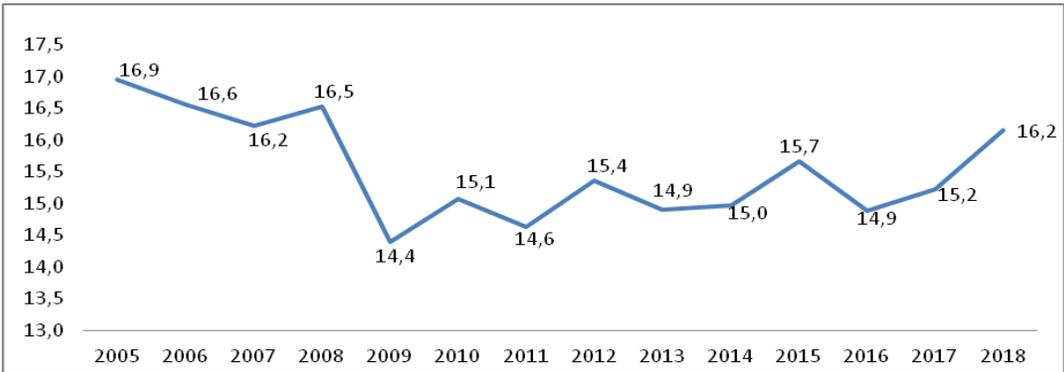
**Conclusión y Recomendaciones**

De acuerdo con lo explicado anteriormente, las conclusiones y recomendaciones fueron descritas en el indicador relacionado con la prevalencia de hipertensión arterial.

**Indicador Tasa de mortalidad por Diabetes Mellitus**

La tasa de mortalidad por diabetes mellitus presenta un ascenso en los últimos dos años. Aunque a lo largo de los años el comportamiento es muy fluctuante.

Gráfica 22. Tasa de Mortalidad por Diabetes Mellitus, Colombia 2005 - 2018.



Fuente: Estadísticas Vitales EEVV, Consultado en la bodega de datos del SISPRO, abril de 2020.

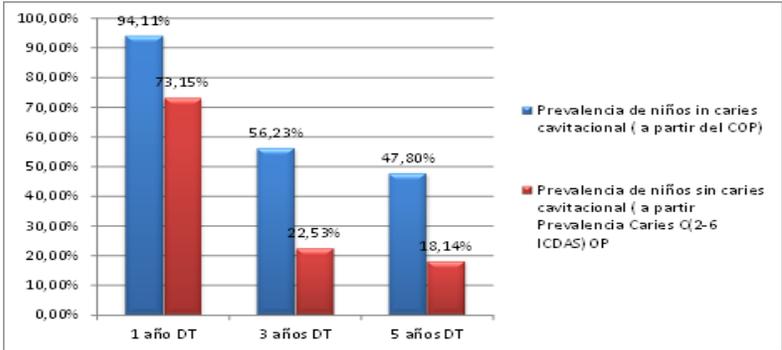
**Acciones**

Estas acciones, conclusiones y recomendaciones están descritas en el indicador de tasa de prevalencia de hipertensión arterial.

**Meta 15. A 2021, incrementar en el 20% la población del país sin caries, con énfasis en la primera infancia, niñez y adolescencia índice de caries dental (COP=0).**

**Indicador Porcentaje de la población sin caries en la dentición primaria**

Gráfica 23. Prevalencia de niños de 1, 3 y 5 años sin caries cavitacional y prevalencia de niños sin caries cavitacional y no cavitacional, en dentición temporal. ENSAB Colombia, 2013 – 2014.



Fuente: Cálculos a partir de los resultados del ENSAB IV

- El 66.16% de los niños de 1, 3 y 5 años no presenta caries cavitacional en la dentición temporal o primaria y el 38.08% de estos niños no presenta ni caries cavitacional ni caries no cavitacional (Prevalencia Caries C(2-6 ICDAS)OP ó COP Modificado).
- En los niños de 1 año la prevalencia de niños sin caries cavitacional es de 94.11%; siendo para los niños de 3 años de 56.23% y para los de 5 años de 47.80%.
- La prevalencia de niños sin caries cavitacional y sin caries no cavitacional fue de 73.15% al primer año, pero se reduce a 22.53% a los 3 años y a 18.14% a los 5 años.
- La información se calcula a partir de los datos de la línea de base dada por el ENSAB IV, dado que no se tiene fuente de información regular, por lo que no se puede hacer comparación de los datos.

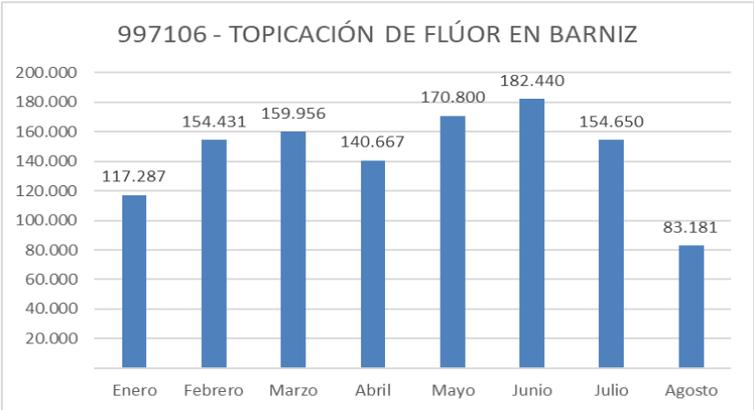
Nota: dado que aun en el sistema de información regular no se ha podido concretar el reporte de este indicador, no se cuenta con información actualizada.

### Acciones

#### Sectoriales

A fin de reducir la prevalencia de caries cavitacional y de controlar la progresión de la caries no cavitacional, desde 2015 se implementó la estrategia Soy Generación más Sonriente, promoviendo la realización de Jornadas Nacionales de aplicación de barniz de flúor en trabajo articulado con el PAI para su aplicación en la población de 1 a 17 años y promoviendo en los servicios regulares de odontología la pérdida de oportunidades perdidas para la aplicación de esta medida. En 2019 se realizaron cuatro Jornadas Nacionales en los meses de febrero, abril, julio y octubre, para lo cual se actualizaron y socializaron los respectivos lineamientos para las ET y EPS. Con la estrategia en 2019 se realizaron entre enero y agosto 1.163.412 aplicaciones de barniz.

**Gráfica 24. Número de aplicaciones tópicas de barniz de flúor en Colombia durante los meses de enero a agosto del año 2019.**



**Fuente:** RIPS-Cubos SISPRO- MSPS. Consulta 8 de noviembre de 2019. Código CUPS 997106. El sistema el día de la consulta sólo arrojó datos de los meses de enero a agosto.

Desde 2018 con la Resolución 3280, el control de placa y la aplicación de barniz de flúor se adoptó como medida de protección específica obligatoria, por lo que se han desplegado acciones para fortalecer en el marco de la implementación de la RIAPYMS el aumento de las coberturas de estas acciones.

Para hacer seguimiento a las atenciones que contribuyen a avanzar en la reducción del índice COP de la Meta del PDSP, se incluyó el monitoreo en la aplicación AiHospital Contigo.

Gráfica 25. Cobertura de población con esquema completo de aplicación de barniz de flúor. Colombia



Fuente: RIPS-AiHospital Contigo Consulta 1 de Julio de 2020.

Gráfica 26. Cobertura de población con control de placa. Colombia



Fuente: RIPS-AiHospital Contigo Consulta 1 de Julio de 2020.

A partir de esta fuente, se aprecia que aún se está distante de contar con coberturas útiles para estas acciones, por lo que se están fortaleciendo acciones con ET, EPS y Prestadores, pero la situación de emergencia sanitaria que se ha vivido en lo llevado de 2020 no ha facilitado esta labor y el incremento de las coberturas.

Gestión con ET para la incorporación de acciones de promoción de la alimentación saludable, del control del consumo de tabaco y alcohol y de intervenciones de gestión en salud pública que de forma integral contribuyen al control de las ENT y de la Salud Bucal.

Se ha avanzado finalmente, en la articulación de la salud bucal para las personas que presentan ENT.

**Intersectoriales**

Conformación de Alianza con la Asociación Colombiana de Facultades de Odontología y la Universidad El Bosque, para generar acciones con estudiantes que fortalezcan acciones para reducir el COP.

**Conclusión y Recomendaciones**

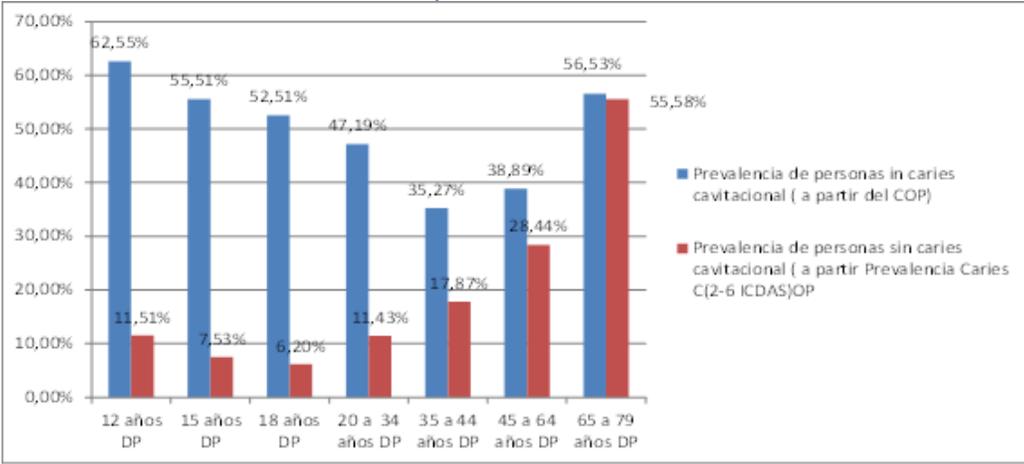
La reducción del índice COP depende de fortalecer acciones de protección específica y atención temprana, para lograr la mejora en el acceso, cobertura y adherencia a las acciones contenidas en la RIAPYMS.

Es necesario fortalecer por ende la implementación de las acciones de protección específica de la RIAPYMS, en coordinación con las EPS y los prestadores de salud.

Se considera necesario articular de mejor manera la participación de los equipos de salud bucal en trabajos intersectoriales para el control de los factores de riesgo que comparte con las ENT, que para la primera infancia se relaciona principalmente con la alimentación saludable.

***Indicador Porcentaje de la población sin caries en la dentición permanente primaria (aportar dato, gráfico y referir fuente de información)***

Gráfica 27. Prevalencia de personas entre 12 y 79 años, sin caries cavitacional y prevalencia sin caries cavitacional y no cavitacional, en dentición permanente. ENSAB Colombia, 2013 – 2014



El 44.18% de las personas con dentición permanente (entre 12 y 79 años) no presentan caries cavitacional y el 21,03% no presentan ni caries cavitacional ni caries no cavitacional.

A los 12 años, la prevalencia de no caries cavitacional en dentición permanente es de 62.55% pero se reduce a medida que incrementa la edad hasta que se tiene en las edades entre 35 y 44 años una prevalencia de no caries cavitacional de 35.27% y entre los 45 y 64 años de 38.89%. Para las personas de 65 a 79 años la prevalencia de no caries cavitacional se incrementa, pero debe tenerse presente que en esta edad se tiene una alta pérdida dental, lo cual genera este efecto.

Las bajas prevalencias de no caries cavitacional y no caries no cavitacional, dan cuenta de que, en la dentición permanente, hay mayor severidad de las lesiones (la mayoría ya se presentan como lesiones cavitacionales).

### Acciones

#### Sectoriales

Incorporación de acciones para adultos para reducir la velocidad de progresión de la caries dental en la RIAPYMS adoptada por la Resolución 3280 de 2018.

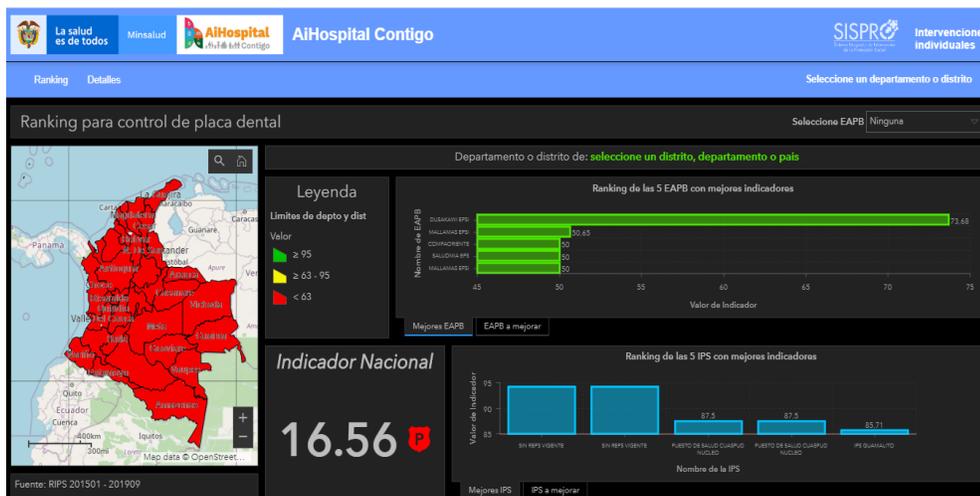
Gestión con ET, EPS, y Prestadores para identificar limitaciones y generar planes de mejoramiento para fortalecer la implementación de la RIAPYMS a fin de lograr el aumento de las coberturas de estas acciones.

Gestión con ET para la incorporación de acciones de promoción de la alimentación saludable, del control del consumo de tabaco y alcohol y de intervenciones de gestión en salud pública que de forma integral contribuyen al control de las ENT y de la Salud Bucal.

En el marco del convenio de Minamata; se trabaja en la mesa sectorial de mercurio para el control del uso de la amalgama dental con la difusión del “Lineamiento para el uso controlado de la amalgama dental, en los servicios de odontología. Orientaciones en el marco de los compromisos asumidos en el Convenio de Minamata”

Seguimiento de las acciones de control de placa a través del monitoreo de la aplicación AiHospital Contigo, que aplica para la población con dentición temporal y permanente, y con el cual la cobertura es tan solo del 16,56%.

Gráfica 28. Cobertura de población con control de placa. Colombia



Fuente: RIPS-AiHospital Contigo Consulta 1 de Julio de 2020.

#### Intersectoriales

Conformación de Alianza con la Asociación Colombiana de Facultades de Odontología y la Universidad El Bosque, para generar acciones con estudiantes que fortalezcan acciones para reducir el COP.

Se ha apoyado la implementación de intervenciones poblacionales y colectivas que favorecen la alimentación saludable, el control del consumo de tabaco y el control del consumo abusivo de alcohol en los entornos escolares, universitarios y laborales principalmente que contribuyen a controlar la progresión de la caries dental y otras enfermedades bucales.

**Conclusión y Recomendaciones**

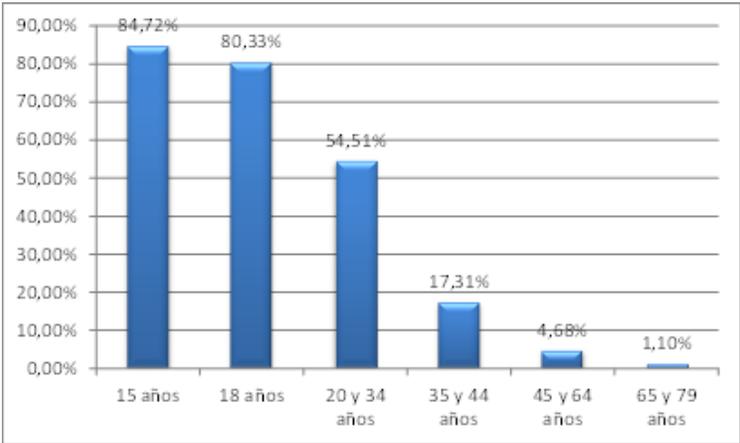
Es necesario incrementar las gestiones para la implementación de las acciones de protección específica para la salud bucal contenidas en la RIAPYMS y el incremento de coberturas en todo el curso de vida. Debe articularse de mejor manera la participación de los equipos de salud bucal en trabajos intersectoriales para el control de los factores de riesgo que comparte con las ENT, relacionados con alimentación saludable, control del consumo de tabaco y del consumo abusivo de alcohol en los entornos.

También la consolidación de alianzas para fortalecer el desarrollo de capacidades del talento humano, la gestión del conocimiento y la investigación de utilidad para la formulación de políticas.

**Meta 16. A 2021, incrementar en el 20% la población mayor de 18 años sin pérdida dental por enfermedad bucodental prevenible.**

**Indicador Porcentaje de la Población mayor de 18 años sin Pérdida Dental por Enfermedad Bucodental Prevenible.**

Gráfica 29. Prevalencia de personas sin pérdida dental. ENSAB Colombia, 2013 – 2014



El 29,57% del total de personas no ha tenido pérdidas dentales. A los 18 años, el 80.33% de los jóvenes presenta dentición completa con una importante pérdida dental cercana al 20% para esta edad tan temprana. La prevalencia de personas sin pérdida dental se reduce a medida que incrementa la edad, siendo muy baja en los adultos de 65 a 79 años (1.10%), pero siendo crítica a partir de los 35 años de edad.

**Acciones**

**Sectoriales**

Fortalecimiento de acciones con las Entidades Territoriales, EPS y prestadores para implementar la RIAPYMS.

Conformación de Alianza con la Asociación Colombiana de Facultades de Odontología para fortalecer el trabajo interdisciplinario para la atención de la salud bucal en pacientes con ENT, dada la interacción bidireccional de estas condiciones.

Gestión para generar planes de mejoramiento de las acciones de competencia de las EPS a fin de fortalecer acciones de protección específica y atención resolutive.

### **Intersectoriales**

Se ha apoyado la implementación de intervenciones poblacionales y colectivas que favorecen la alimentación saludable, el control del consumo de tabaco y el control del consumo abusivo de alcohol en los entornos escolares, universitarios y laborales principalmente que contribuyen a controlar la progresión de la caries dental y otras enfermedades bucales.

### **Conclusión y Recomendaciones**

Es necesario incrementar las gestiones para la implementación de las acciones de protección específica para la salud bucal contenidas en la RIAPYMS y el incremento de coberturas en todo el curso de vida.

Debe articularse de mejor manera la participación de los equipos de salud bucal en trabajos intersectoriales para el control de los factores de riesgo que comparte con las ENT, relacionados con alimentación saludable, control del consumo de tabaco y del consumo abusivo de alcohol en los entornos.

También la consolidación de alianzas para fortalecer el desarrollo de capacidades del talento humano, la gestión del conocimiento y la investigación de utilidad para la formulación de políticas.

**Meta 17. A 2021, identificar los defectos refractivos en niños entre 2 y 8 años y tratar al 100% de los niños identificados.**

**Indicador asociado: Sin reporte técnico**

**Meta 18. A 2021, aumentar como mínimo en un 20% la donación y trasplante de órganos y tejidos.**

**Sin reporte técnico**

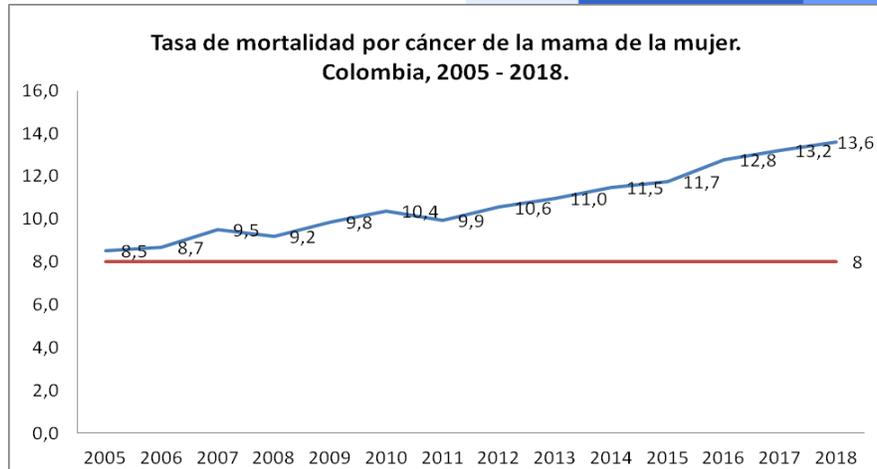
**Meta 19. A 2021, reducir la mortalidad prematura por entidad en un 25% en la población entre 30 y 70 años.**

### ***Indicador Tasa de mortalidad por cáncer de la mama de la mujer***

La tendencia del cáncer de mama de la mujer en Colombia se observa en ascenso, aunque en los dos últimos años se comporta como una tendencia sostenida. Se espera que, con todas las acciones de detección temprana y protección específica en el país, empiece a descender la mortalidad dado que están orientadas a detectar lesiones de cáncer de mama en estadios tempranos a través de la realización de pruebas de tamización de base poblacional ajustadas a la edad de la mujer (Figura 2).

Este incremento se explica por cambios en la pirámide poblacional, el nivel de ingreso, las capacidades diagnósticas, las calidades del registro y los cambios en los determinantes de la salud. Lo anterior hace parte del proceso de transición epidemiológica, que requerirá de mayores esfuerzos para aplanar o disminuir la mortalidad por esta causa en la próxima década.

**Gráfica 30. Tasa de mortalidad por cáncer de la mama de la mujer (por 100.000 mujeres de 30 a 70 años) 2005-2018.**



Fuente: Estadísticas Vitales EEVV, Consultado en la bodega de datos del SISPRO, abril de 2020.

## Acciones

### Sectoriales

- Dentro de las acciones políticas y normativas destacan las disposiciones conferidas por Ley 1384 de 2010 en donde se establecen ordenadores y acciones, para el desarrollo de la política pública en cáncer. De allí, el Ministerio de Salud y Protección Social, desarrolla el Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia 2012 – 2021 (PDCCC). Este plan define las bases para la mitigación de factores de riesgo (transversales a la mayoría de los cánceres), reducción de la mortalidad evitable por cáncer y mejora de la calidad de vida de los pacientes y sobrevivientes con esta enfermedad.
- Particularmente, la línea estratégica 2 del PDCCC, detección temprana de la enfermedad; incluye el componente prioritario de cáncer de mama. El PDCCC define acciones para disminuir las muertes evitables relacionadas con este cáncer. Esto a través del mejoramiento en la cobertura de mamografía y la calidad de esta, garantizando el acceso oportuno a confirmación diagnóstica y tratamiento, y desarrollando intervenciones sectoriales e intersectoriales en los ámbitos político normativo, comunitario y en los servicios de salud.
- Definición de la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud, Resolución 3280 de 2018, que incluye intervenciones para la promoción y detección temprana del cáncer de mama.
- La Resolución 3202 de 2016 adoptó la Ruta Integral de Atención en Salud (RIAS) para población en riesgo o con presencia de cáncer de mama. Esta RIAS evidencia las condiciones necesarias para garantizar la atención integral en salud, guiando la implementación de intervenciones poblacionales, colectivas e individuales que realizan los diferentes actores dentro de sus competencias para la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de esta enfermedad. Posteriormente, con la Resolución 3280 de 2018 de obligatorio cumplimiento, adoptó los lineamientos técnicos y operativos para la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud, con la cual se definen los procedimientos de obligatorio cumplimiento para la detección temprana del cáncer de mama.

### Intersectoriales

- Alianzas transectoriales para la promoción de modos, condiciones y estilos de vida saludable.
- Movilización social y corresponsabilidad de actores, sectores y comunidades hacia la promoción de los modos, condiciones y estilos de vida saludable
- Estrategias de información, educación y comunicación IEC que incentive la adopción de estilos de vida saludable, el reconocimiento de riesgos, y que aporte elementos que permitan responder de manera

asertiva a los retos de la vida diaria y que favorezca la cultura de la salud, el autocuidado y el desarrollo de habilidades en los diferentes ámbitos de la vida cotidiana.

- Fortalecimiento de las capacidades del recurso humano para la planeación, desarrollo, atención y evaluación de acciones e intervenciones en estilos de vida saludable, prevención y control de ENT en el marco de la estrategia de APS y gestión de riesgo.
- Fortalecimiento del trabajo intersectorial y sectorial, así como la participación y movilización social orientadas a la promoción de los estilos de vida saludables, la prevención de los factores de riesgo (sexuales y reproductivos) y el autocuidado.
- Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos, la cual tiene un enfoque de derechos de género y diferencial, que incluye actores intersectoriales como: educación, cultura, comunicaciones, recreación y deportes, protección, justicia, defensa, ambiente, hacienda, M. Público, Registraduría, DANE, Empresa Privada.

### **Conclusión y Recomendaciones**

El cáncer de mama es una patología que representa una importante carga de enfermedad para el país. Esta patología tiene una tendencia al incremento debido a los cambios en el nivel de ingresos de la población y de allí los modos condiciones y estilos de vida. No obstante, resaltan logros en la supervivencia de este cáncer, informados por el registro poblacional de Cali, ubicando la supervivencia entre el 77% y 80%.

A pesar de los esfuerzos en la reducción de inequidades para acceder al tratamiento del cáncer en Colombia, existe la necesidad de un dialogo regional permanente para la implementación de la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud, y la Ruta Integral de Atención en Salud para población en riesgo o con diagnóstico de cáncer de mama.

Adicionalmente, las estrategias de tamización, diagnóstico y tratamiento oportuno son elementos determinantes en la contención de la mortalidad. Del mismo modo, para la mitigación de la incidencia durante esta década se requerirá del despliegue de estrategias para la intervención de los determinantes relacionados con el incremento de la ocurrencia de este cáncer en el país.

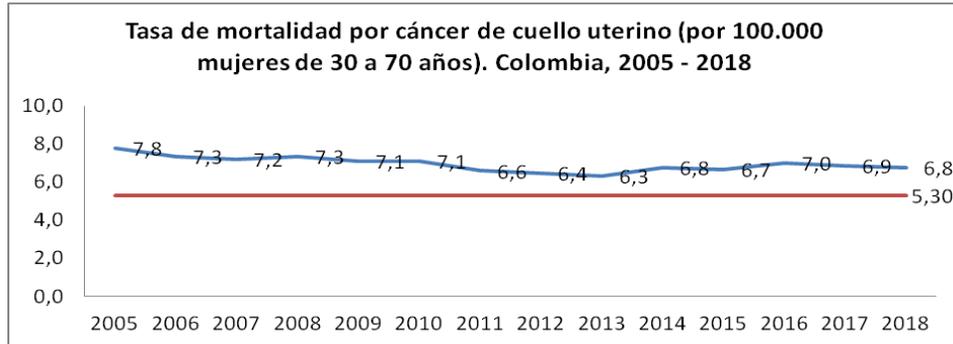
#### ***Indicador Tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino***

El cáncer de cuello uterino a partir del año 2016 muestra una tendencia sostenida de la mortalidad (Figura 5). Esta disminución se explica tanto por los cambios en la pirámide poblacional como por cambios en el nivel de ingreso (al ser un cáncer mayormente asociado a condiciones de pobreza, por su carácter predominantemente infeccioso) y aumento de las capacidades diagnósticas. Estos aspectos relacionados con la transición epidemiológica que vive el país, requerirán del continuo en los esfuerzos para mantener su tendencia a la baja. Finalmente, resalta que al considerar la tasa de mortalidad ajustada para el año 2019, esta fue la más baja de los últimos 14 años ubicándose en 6,38 por 100.000 habitantes.

El país cuenta con estrategias de detección temprana y protección específica mediante la tamización con citología, pruebas de ADN-VPH y las pruebas de inspección visual con ácido acético y lugol. Con estas pruebas tamiz en se espera que el diagnóstico sea oportuno al igual que el tratamiento y así poder alcanzar la meta propuesta a 2021.



Gráfica 31. Tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino (por 100.000 mujeres de 30 a 70 años) 2005-2018.



Fuente: Estadísticas Vitales EEVV, Consultado en la bodega de datos del SISPRO, abril de 2020.

## Acciones

### Sectoriales

- Definición de la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud, Resolución 3280 de 2018, que incluye intervenciones para la promoción y detección temprana del cáncer de cuello uterino.
- Definición de la Ruta Integral de Cáncer de Cuello Uterino, Resolución 3202 de 2016, que incluye además de acciones de promoción y prevención, intervenciones para el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación.
- Vacunación contra el Virus de Papiloma Humano en el marco del Programa Ampliado de Inmunizaciones para niñas escolarizadas y no escolarizadas de 9 a 18 años.
- Inclusión en el Plan de Beneficios de Salud de tres pruebas de tamización, a saber: 1. Citología cervicouterina, 2. Pruebas de ADN VPH y 3. Técnicas de inspección visual con ácido acético y lugol, el uso de estas tecnologías es dependiente de la edad de la mujer y su lugar de residencia, Resolución 3280 de 2018.
- Publicación de dos Guías de Práctica Clínica para cáncer de cuello uterino: "Atención integral para el manejo de lesiones precancerosas de cuello uterino" y "Atención integral del manejo de cáncer de cuello uterino".
- Definición de los procedimientos y condiciones que deben cumplir los prestadores de servicios de salud en los servicios de tamización en cáncer de cuello uterino, Resolución 3100 de 2019.

### Intersectoriales

- Estrategias relacionadas con acuerdos con el Ministerio de Educación Nacional, entorno al fortalecimiento de la vacunación contra el virus del papiloma humano, en el marco del ejercicio de una sexualidad responsable.
- Alianzas transectoriales para la promoción de modos, condiciones y estilos de vida saludable.
- Movilización social y corresponsabilidad de actores, sectores y comunidades hacia la promoción de los modos, condiciones y estilos de vida saludable
- Estrategias de información, educación y comunicación IEC que incentive la adopción de estilos de vida saludable, el reconocimiento de riesgos, y que aporte elementos que permitan responder de manera asertiva a los retos de la vida diaria y que favorezca la cultura de la salud, el autocuidado y el desarrollo de habilidades en los diferentes ámbitos de la vida cotidiana.
- Fortalecimiento de las capacidades del recurso humano para la planeación, desarrollo, atención y evaluación de acciones e intervenciones en estilos de vida saludable, prevención y control de ENT en el marco de la estrategia de APS y gestión de riesgo.

- Fortalecimiento del trabajo intersectorial y sectorial, así como la participación y movilización social orientadas a la promoción de los estilos de vida saludables, la prevención de los factores de riesgo (sexuales y reproductivos) y el autocuidado.
- Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos, la cual tiene un enfoque de derechos de género y diferencial, que incluye actores intersectoriales como: educación, cultura, comunicaciones, recreación y deportes, protección, justicia, defensa, ambiente, hacienda, M. Público, Registraduría, DANE, Empresa Privada.

## Conclusión y Recomendaciones

La región de la Orinoquía y la Amazonía reportan las mayores tasas de mortalidad en cáncer de cuello uterino, específicamente los departamentos del Meta, Arauca, Guainía, Guaviare y Vichada.

Estos territorios requerirán de esfuerzos sostenidos en la intervención de sus determinantes e igualmente en las capacidades de su red de servicios, en coberturas de vacunación contra el VPH, tamización y tratamiento del cáncer de cuello uterino.

Igualmente, es preciso continuar a nivel territorial con campañas para informar, educar y comunicar, la importancia de postergar el inicio del debut sexual, la disminución del número de contactos sexuales, la vacunación, el uso de métodos de barrera y en general el ejercicio de una sexualidad responsable.

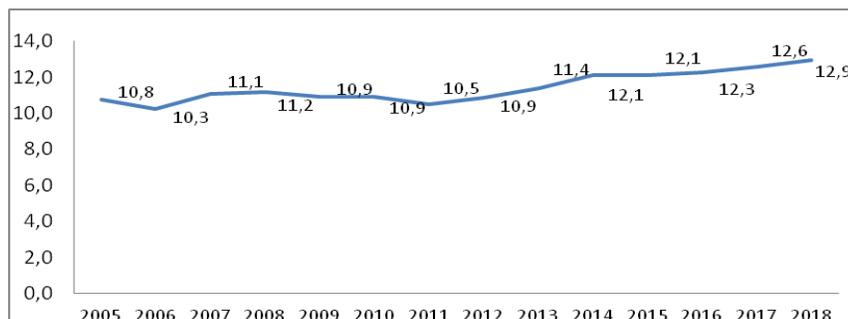
En este sentido, la divulgación de herramientas como la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud, al igual que la Ruta Integral de Atención en Salud para población en riesgo o con diagnóstico de cáncer de cuello uterino, se constituyen en sí mismos instrumentos valiosos para la contención de la incidencia y mortalidad por esta causa.

### ***Indicador Tasa de mortalidad por cáncer de próstata***

La tendencia en la tasa de mortalidad de cáncer de próstata muestra un comportamiento constante, con un incremento del 0,3% en los últimos tres años, aparentemente no es muy significativo el ascenso. Este aumento se explica tanto por los cambios en la pirámide poblacional como por los cambios en el nivel de ingreso, aumento de las capacidades diagnósticas y aumento de la sobrevivencia. Estos aspectos están relacionados con la transición epidemiológica que vive el país que requerirán del continuo de esfuerzos para disminuir la mortalidad por esta causa.

Es importante fortalecer las acciones de detección temprana y protección específica (PEDT), además del diagnóstico y tratamiento oportuno. Se espera que con la inclusión del tamizaje de oportunidad mediante la solicitud de antígeno prostático y tacto rectal en una frecuencia no inferior a cinco años en la resolución 276 del 2019 se logre hacer un diagnóstico y tratamiento oportunos viéndose finalmente reflejado en la disminución de la mortalidad prematura por cáncer de próstata.

Gráfica 32. Tasa de mortalidad por cáncer de próstata (por 100.000 de 30 a 70 años) 2005-2018.



Fuente: Estadísticas Vitales EEVV, Consultado en la bodega de datos del SISPRO, abril de 2020.

## Acciones

### Sectoriales

- Dentro de las acciones políticas y normativas destacan las disposiciones conferidas por Ley 1384 de 2010 en donde se establecen ordenadores y acciones, para el desarrollo de la política pública en cáncer. De allí, el Ministerio de Salud y Protección Social, desarrolla el Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia 2012 – 2021 (PDCCC). Este plan define las bases para la mitigación de factores de riesgo (transversales a la mayoría de los cánceres), reducción de la mortalidad evitable por cáncer y mejora de la calidad de vida de los pacientes y sobrevivientes con esta enfermedad.
- Particularmente, la línea estratégica 2 del PDCCC, detección temprana de la enfermedad; incluye el componente prioritario de cáncer de próstata. El PDCCC define acciones para disminuir las muertes evitables relacionadas con este cáncer. Esto a través del mejoramiento en la cobertura de tamización, garantizando el acceso oportuno a confirmación diagnóstica y tratamiento, y desarrollando intervenciones sectoriales e intersectoriales en los ámbitos político normativo, comunitario y en los servicios de salud.
- Definición de la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud, Resolución 3280 de 2018, que incluye intervenciones para la promoción y detección temprana del cáncer de próstata.
- La Resolución 3202 de 2016 adoptó la Ruta Integral de Atención en Salud (RIAS) para población en riesgo o con presencia de cáncer de próstata. Esta RIAS evidencia las condiciones necesarias para garantizar la atención integral en salud, guiando la implementación de intervenciones poblacionales, colectivas e individuales que realizan los diferentes actores dentro de sus competencias para la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de esta enfermedad. Posteriormente, con la Resolución 3280 de 2018 de obligatorio cumplimiento, adoptó los lineamientos técnicos y operativos para la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud, con la cual se definen los procedimientos de obligatorio cumplimiento para la detección temprana del cáncer de próstata.

### Intersectoriales

- Alianzas transectoriales para la promoción de modos, condiciones y estilos de vida saludable.
- Movilización social y corresponsabilidad de actores, sectores y comunidades hacia la promoción de los modos, condiciones y estilos de vida saludable
- Estrategias de información, educación y comunicación IEC que incentive la adopción de estilos de vida saludable, el reconocimiento de riesgos, y que aporte elementos que permitan responder de manera asertiva a los retos de la vida diaria y que favorezca la cultura de la salud, el autocuidado y el desarrollo de habilidades en los diferentes ámbitos de la vida cotidiana.
- Fortalecimiento de las capacidades del recurso humano para la planeación, desarrollo, atención y evaluación de acciones e intervenciones en estilos de vida saludable, prevención y control de ENT en el marco de la estrategia de APS y gestión de riesgo.

- Fortalecimiento del trabajo intersectorial y sectorial, así como la participación y movilización social orientadas a la promoción de los estilos de vida saludables, la prevención de los factores de riesgo (sexuales y reproductivos) y el autocuidado.
- Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos, la cual tiene un enfoque de derechos de género y diferencial, que incluye actores intersectoriales como: educación, cultura, comunicaciones, recreación y deportes, protección, justicia, defensa, ambiente, hacienda, M. Público, Registraduría, DANE, Empresa Privada.

### Conclusión y Recomendaciones

Los departamentos de San Andrés y Providencia, Atlántico, Bolívar, Cesar, Magdalena, Huila, Norte de Santander, Quindío, Risaralda, Arauca, Guainía, reportan las mayores tasas ajustadas de mortalidad por cáncer de próstata.

Estos territorios requerirán de esfuerzos sostenidos en la intervención de sus determinantes e igualmente en las capacidades de su red de servicios, tamización y tratamiento del cáncer de próstata.

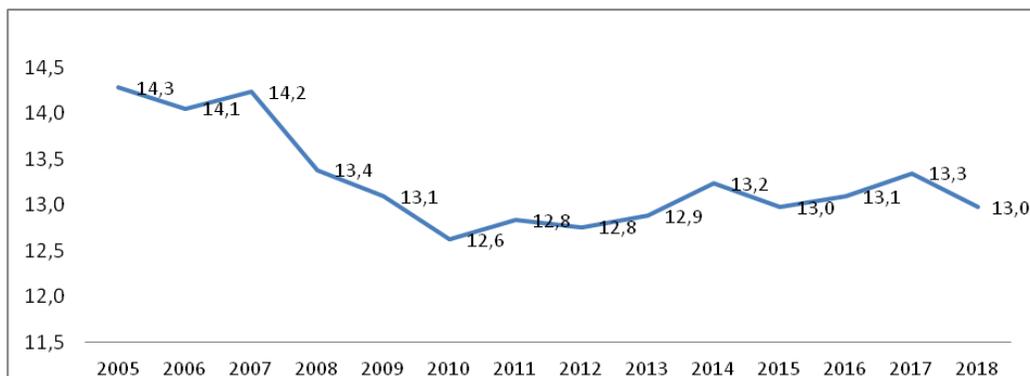
Las estrategias de tamización, diagnóstico y tratamiento oportunos son elementos clave en la contención de la mortalidad por este cáncer, al igual que estrategias para la intervención de los determinantes relacionados con el incremento de la mortalidad por este cáncer. Esta patología representa una de las mayores cargas por discapacidad en el país. De allí que su detección temprana y tratamiento sean un reto clínico y de salud pública.

La divulgación de herramientas como la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral para población en riesgo o con diagnóstico de cáncer de próstata, se constituyan como elementos valiosos en la contención de la mortalidad y discapacidad por esta causa.

#### **Indicador Tasa de mortalidad por tumor maligno de estómago (por 100.000 de 30 a 70 años).**

Los resultados presentados en la siguiente gráfica muestran un decremento en la tasa de mortalidad por cáncer de estómago, pasando de 14,3 fallecidos por 100.000 en 2005, a 13 fallecidos por 100.000 habitantes en 2018. Esta disminución se explica por los cambios en el nivel de ingreso, aumento de las capacidades diagnósticas, mejoras en la calidad de vida y saneamiento. Estos aspectos están relacionados con la transición epidemiológica que vive el país que requerirán del continuo de esfuerzos para disminuir la mortalidad por esta causa y en especial por los cánceres de comportamiento infeccioso.

**Gráfica 33, Tasa de mortalidad por tumor maligno de estómago (por 100.000 de 30 a 70 años) Colombia 2007-2018.**



Fuente: Estadísticas Vitales EEVV, Consultado en la bodega de datos del SISPRO, abril de 2020.

## Acciones

### Sectoriales

- Construcción, validación y socialización de la RIAS para población en riesgo o con diagnóstico de cáncer de estómago, la cual define intervenciones basadas en la evidencia, desde los entornos hasta el componente complementario. Esta RIAS busca traer mejoras en la oportunidad diagnóstica y de tratamiento, al igual que definir acciones de promoción y prevención dirigidas a mitigar la incidencia de este cáncer en nuestro país.
- Definición preliminar de la guía de práctica clínica para la detección de lesiones preneoplásicas del estómago, en desarrollo por el Instituto Nacional de Cancerología.

### Intersectoriales

- Alianzas transectoriales para la promoción de modos, condiciones y estilos de vida saludable.
- Movilización social y corresponsabilidad de actores, sectores y comunidades hacia la promoción de los modos, condiciones y estilos de vida saludable
- Estrategias de información, educación y comunicación IEC que incentive la adopción de estilos de vida saludable, el reconocimiento de riesgos, y que aporte elementos que permitan responder de manera asertiva a los retos de la vida diaria y que favorezca la cultura de la salud, el autocuidado y el desarrollo de habilidades en los diferentes ámbitos de la vida cotidiana.
- Fortalecimiento de las capacidades del recurso humano para la planeación, desarrollo, atención y evaluación de acciones e intervenciones en estilos de vida saludable, prevención y control de ENT en el marco de la estrategia de APS y gestión de riesgo.
- Fortalecimiento del trabajo intersectorial y sectorial, así como la participación y movilización social orientadas a la promoción de los estilos de vida saludables, la prevención de los factores de riesgo y el autocuidado.

### ***Mortalidad prematura por enfermedades cardiovasculares***

Como parte de las acciones adelantadas para dar respuesta a la disminución de la mortalidad prematura por enfermedades cardiovasculares, durante el período se trabajaron y difundieron las herramientas para la detección temprana y la gestión del riesgo cardiovascular y metabólico así:

1. Detección temprana del riesgo cardiometabólico a través de la herramienta “**Conoce tu riesgo, peso saludable**” está conformada por instrumentos de identificación, intervenciones, mensajes y otros insumos requeridos para la captación de individuos con riesgo.

Diseño de la calculadora de riesgo con esta herramienta los colombianos pueden consultar su riesgo de sufrir infarto, ataques cerebrovasculares o diabetes, se implementará en forma de APP que estará disponible para iOS y Android.

2. La gestión de las rutas de diabetes e hipertensión para el control de esta población a través de dos herramientas:

- **RECCETA A:** incluye las principales intervenciones contenidas en las RIAS de HTA y DM para su adecuado control e incluye intervenciones no farmacológicas y farmacológicas.
- **Toma el Control** con la que se pretende orientar la Gestión del Riesgo para HTA y diabetes en el Sistema de Salud, a partir de intervenciones basadas en la evidencia científica, orientadas a complementar y optimizar la captación y el tratamiento de los pacientes hipertensos y diabéticos en el territorio Nacional.

3. Como parte del proceso de implementación durante el período, se continuó realizado sensibilización y socialización de la detección temprana del riesgo cardiometabólico establecida en la Resolución 3280-18, la

gestión del riesgo detectado como también de los eventos precursores como son la diabetes e hipertensión a los actores claves de cada territorio, continuando con el entrenamiento a los funcionarios de las entidades territoriales, EAPB y demás instituciones definidas.

Dando respuesta a la meta, específicamente para mortalidad prematura causada por enfermedades crónicas de las vías respiratorias, se evidencia una disminución de 11,8 fallecidos por 100.000 en 2010, a 9,9 en 2019. Sin embargo, se espera un incremento de esta tasa explicado por cambios en la pirámide poblacional, incremento de las capacidades diagnósticas, mejoras en las calidades de los registros y cambios en los determinantes de la salud, incluyendo la exposición a agentes contaminantes tanto en ambientes exteriores como interiores. Estos aspectos hacen parte de la transición epidemiológica la cual requerirá de mayores esfuerzos para contener la aparición de estos eventos en la población.

En relación con las acciones adelantadas para dar respuesta a la meta (enfermedades respiratorias crónicas), se tienen:

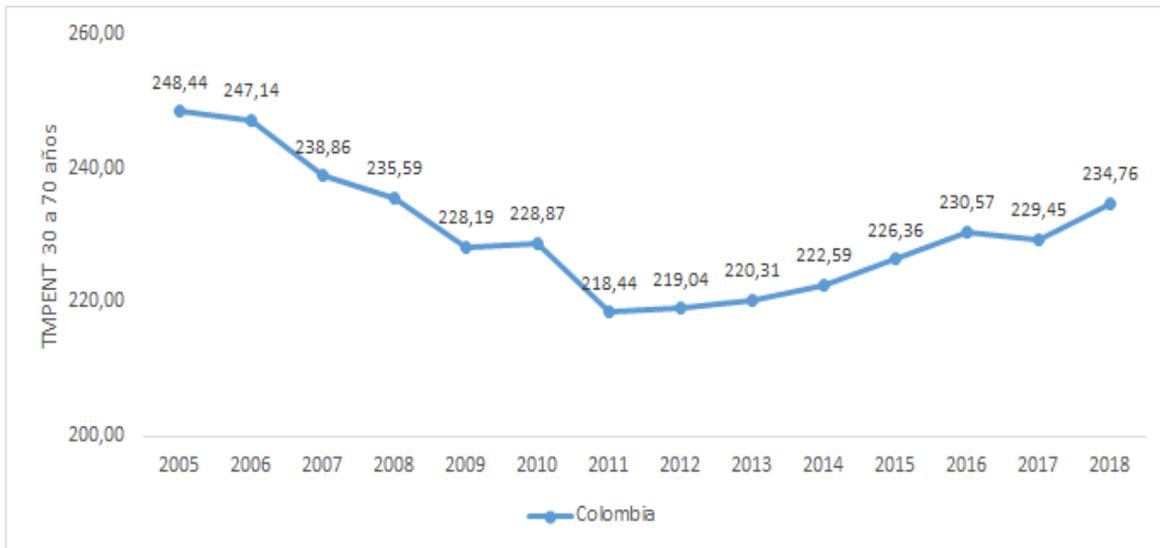
- Fortalecimiento de las capacidades del recurso humano en territorio para la planeación, desarrollo y evaluación de acciones e intervenciones en estilos de vida saludable, prevención y control de las Enfermedades Respiratorias crónicas de las vías inferiores, en el marco de la estrategia de APS y gestión de riesgo.
- Establecimiento de modelo de atención en salud mediante el desarrollo de las Rutas Integrales de Atención en Salud para las personas con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica y Asma, las cuales permiten la reorientación de los servicios para mejorar la cobertura, el acceso, oportunidad, integralidad y continuidad de la atención.
- Realización del proceso de validación interna y externa de las Rutas Integrales de Atención de con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica y Asma, en este participaron funcionarios del Ministerio de Salud y Protección Social, representantes de la sociedad científica, sociedad civil, EAPB, IPS, universidades y DTS. Así mismo, se dispuso de una herramienta virtual que recopiló aportes de los validadores. Con los aportes recibidos se adelantó el proceso de ajuste de las RIAS para obtener la versión final de las mismas, las cuales están publicadas en la página web institucional.
- Desarrollo del flujograma de atención de la Ruta Integral de Atención en Salud de grupo de riesgo de Enfermedades respiratorias crónicas de las vías inferiores.
- Socialización de las RIAS de EPOC y RIAS de Asma a 34 de 37 Entidades territoriales, incluidas algunas aseguradoras e IPS, mediante sesiones virtuales de asistencia técnica, en las cuales se trataron los siguientes temas: Generalidades de las ENT y las Enfermedades respiratorias crónicas, comportamiento epidemiológico de estas mismas, marco político y normativo actual, metas para la planeación territorial y herramientas operativas (RIAS). En total participaron 249 personas, de las cuales el 73,8% (184/249) hacen parte de las secretarías de salud departamentales/distritales y municipales, 18,8% (47/249) de IPS y 6% (15/249) de aseguradores. El 32,5% (81/249) de los participantes fueron de instituciones de Santander, el 23,7% (59/249) de Nariño, el 5,6% (14/249) de Boyacá, seguidos de Norte de Santander y Valle del Cauca con 3,6% (9/249) y 3,2% (8/249) respectivamente.
- Elaboración de piezas comunicativas con recomendaciones para la prevención, detección temprana y atención integral de las Enfermedades respiratorias crónicas de las vías inferiores y de documentos técnicos de apoyo para la gestión de las Enfermedades respiratorias crónicas de las vías inferiores.
- Construcción del protocolo de implementación del programa de cesación de tabaco y de insumos técnicos relacionados con el tabaquismo y el programa de Cesación del consumo de tabaco para ser utilizados durante la asistencia técnica dirigida a las Entidades territoriales y otros actores del SGSSS.
- Fortalecimiento de capacidades de los actores del sistema de salud en el proceso de implementación del programa de cesación de tabaco, incluyendo las fases de planeación, ejecución, seguimiento y contratación, en 27 Entidades territoriales, incluyendo 10 aseguradores, 40 IPS y otros sectores.

- Desarrollo de curso virtual de cesación del consumo de tabaco y atención del tabaquismo en plataforma del SENA, con el objetivo de contribuir al fortalecimiento de capacidades del recurso humano en salud.
- Conformación y puesta en marcha de la mesa de participación ciudadana cuyo alcance son las enfermedades cardiovasculares, metabólicas y respiratorias.

La divulgación de herramientas como la RIAS de Promoción y mantenimiento de la salud y las RIAS para población en riesgo o con EPOC y asma, se constituye como un elemento valioso en la contención de la mortalidad por estas causas, por lo cual se requiere continuar con la implementación sostenida y progresiva de estas, en coordinación con las Entidades Territoriales en Salud, Aseguradores y prestadores de servicios de salud. De igual forma es necesario continuar con la difusión e implementación del programa de cesación de tabaco, creando compromisos con las Direcciones Territoriales de Salud, aseguradores y su red prestadora de servicios de salud, para que brinden los programas de cesación a la población fumadora afiliada.

Teniendo como resultado una disminución de 11,8 fallecidos por 100.000 en 2010, a 9,9 en 2018, por estas enfermedades. Sin embargo, se espera un incremento de esta tasa explicado por cambios en la pirámide poblacional, incremento de las capacidades diagnósticas, mejoras en las calidades de los registros y cambios en los determinantes de la salud, incluyendo la exposición a agentes contaminantes tanto en ambientes exteriores como interiores. Estos aspectos hacen parte de la transición epidemiológica la cual requerirá de mayores esfuerzos para contener la aparición de estos eventos en la población.

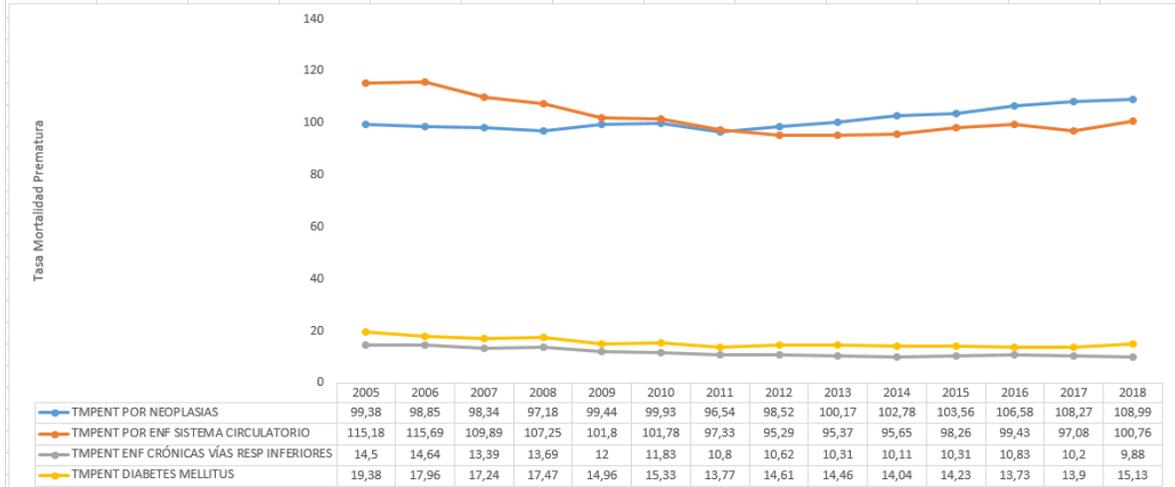
**Gráfica 34. Tasa de mortalidad prematura de las ENT (Neoplasias, Enfermedad Cardiocerebrovascular, Diabetes Mellitus y Enfermedad de las vías respiratorias inferiores) en personas entre 30 a 70 años.**



Fuente: Dirección de Epidemiología. SISPRO-EEVV 2005-2018

El comportamiento de la tasa de mortalidad prematura por ENT (30-70 años), desde el 2012 muestra un ascenso, mirando que el incremento ha sido en los últimos 7 años de 15,7 puntos porcentuales. Este ascenso está dado en primera instancia por las Neoplasias, seguidas de las del sistema circulatorio. La diabetes y enfermedad respiratoria de las vías inferiores a lo largo del período casi que se ha mantenido estable.

**Gráfica 35. Tasa de mortalidad por ENT desagregada por las cuatro patologías (Enfermedades del Sistema circulatorio, Neoplasias, Diabetes Mellitus y las enfermedades respiratorias de las vías inferiores. Colombia 2005-2018**



Fuente: Dirección de Epidemiología. SISPRO-EEVV 2005-2018

### Conclusión y Recomendaciones

Desde finales de la década de 1970 se ha descrito la relación entre altitud y mortalidad por cáncer gástrico en Colombia, identificando que en las regiones montañosas se encuentran las cifras más altas de mortalidad por esta enfermedad en el país. Se ha encontrado que las altas concentraciones de minerales como azufre y arsénico en las regiones montañosas de la cordillera de los Andes, es un cofactor que puede favorecer la génesis de este cáncer.

En razón de lo anterior, la alta concentración de estos componentes en los alimentos cultivados en estas regiones puede favorecer el inicio del proceso de carcinogénesis gástrica. Sumado a la asociación entre la infección por helicobacter pylori, considerado desde la década de 1990 como agente carcinogénico tipo I por la IARC.

El cambio en la mortalidad por este cáncer se debe a un incremento en sus capacidades de detección, así como también a mejoras en los determinantes de la salud de los individuos, mejoras en el saneamiento, y potabilización del agua entre otros.

Las estrategias de detección temprana (sintomáticos, dispepsia recurrente), diagnóstico y tratamiento oportuno, son elementos clave en la contención de la mortalidad por este cáncer, al igual que estrategias para la intervención de los determinantes relacionados con el incremento de la mortalidad por este cáncer.

La divulgación de herramientas como la RIAS para población en riesgo o con cáncer de próstata se constituye como un elemento valioso en la contención de la mortalidad por esta causa.

Es importante mencionar que en los reportes de seguimiento de los años anteriores (2012 a 2018) siempre se mostró el avance del indicador de Mortalidad Prematura por ENT incluyendo los cuatro eventos a intervenir (Neoplasias, Enfermedad Cardio-cerebrovascular, Diabetes Mellitus y Enfermedad de las vías respiratorias inferiores) en personas entre 30 a 70 años.

### 2.2.1.3. Convivencia social y salud mental

El Plan Decenal de Salud Pública definió 18 metas para la dimensión, de las cuales 11 (61.11%) fueron categorizadas como metas de resultado y 7 (38.89%) como metas de gestión. A su vez, las 18 metas tienen asociados 19 indicadores.

**Avance general de las metas de la dimensión:** En cuanto al avance del cumplimiento de metas se observa que el 22.22% (4 metas) se encuentran en un rango de avance "Muy bueno", el 27.78% (5 metas) reporta un avance "Bueno", el 5.56% (1 meta) un avance "En riesgo", el 5.56% (1 meta) reporta un avance crítico, el 16.67% (3 metas) no cuenta con medición y el 22.22% restante (4 metas) no cuentan con reporte técnico.

**Avance de las metas de gestión:** De acuerdo con la información reportada en el portal web de gestión del PDSP, el 42.86% de las metas de gestión (3 metas) alcanzó un rango de avance "Muy bueno", el 42.86% (3 metas) un avance "Bueno" y el porcentaje restante 14.29% (1 meta) un avance "En riesgo". Es de anotar, que las 7 metas reportadas tienen asociados el mismo número de indicadores (Anexo 5).

**Avance de las metas de resultado:** El avance de cumplimiento de las metas de resultado muestra que el 9.09% (1 meta) se encuentra en un rango "Muy bueno", el 18.18% (2 metas) en un avance "Bueno", el 9.09% (1 meta) "En riesgo", el 27.27% (3 metas) "En riesgo" y el 36.36% restante (4 metas) no cuenta con reporte (Anexo 6).

Con este panorama, a continuación se presenta la tendencia de los indicadores asociados a las metas de resultado, las acciones adelantadas para contribuir con el cumplimiento de las mismas, así como las principales conclusiones y recomendaciones técnicas derivadas del proceso de análisis.

**Meta 1: A 2021 aumentar en 10% el promedio de los niveles de resiliencia en la población general.**

**Indicador % de la población que asiste a programas de fomento de la resiliencia según características socioeconómicas (Sin reporte técnico)**

**Meta 2: A 2021 aumentar la percepción de apoyo social en un 30% en la población general.**

**Indicador Proporción de personas que conocen o participa en programas de asistencia social del Gobierno Nacional (Sin reporte técnico)**

**Meta 3: A 2021 el 100% de municipios y departamentos del país construyen, definen e implementan una agenda social concertada, que unifica la respuesta transectorial de Atención Integral a Víctimas del Conflicto**

**Indicador Porcentaje de municipios y departamentos con agenda social con participación de otros sectores con el fin de garantizar atención integral a víctimas del conflicto (sin reporte técnico)**

**Meta 4: A 2021, disminuir la tasa de mortalidad por suicidio y lesiones autoinfligidas a 4,7 por 100.000 habitantes.**

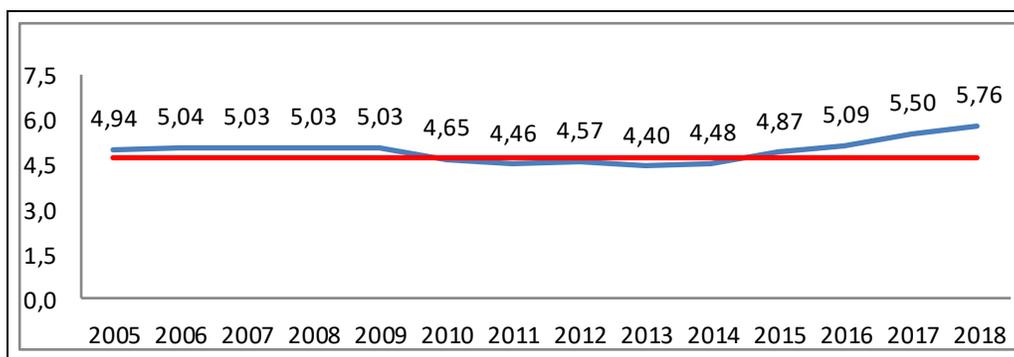
**Indicador Tasa de Mortalidad por Lesiones Autoinfligidas Intencionalmente (Suicidios).**

Este indicador presenta una tendencia al aumento desde el 2015, lo cual permite concluir que no se ha cumplido la meta. No obstante, es posible que, entre las causas de este incremento, se encuentre la mayor visualización de la problemática y por ende, es mayor el registro y notificación de los casos, teniendo en

consideración que la primera versión del Protocolo de Vigilancia en Salud Pública para Intento de Suicidio se dio en 2014.

Otros factores que pueden estar relacionados son las diferentes crisis por las que han pasado los colombianos en los últimos años, las cuales hacen referencia a la insatisfacción de necesidades humanas y los determinantes sociales. Además, del incremento de otros fenómenos asociados a la conducta suicida, como es el caso de las violencias y el consumo de sustancias psicoactivas.

**Gráfica 36. Tasa de mortalidad por lesiones autoinfligidas intencionalmente (Suicidios). Colombia, 2005-2018.**



Fuente: Estadísticas Vitales EEVV, Consultado en la bodega de datos del SISPRO, abril de 2020.

### Acciones

#### Sectoriales

- En el año 2017, se generó la versión 2 del Protocolo de Vigilancia en Salud Pública para el Intento de Suicidio y su correspondiente Ficha de Notificación.
- En el año 2017 se publicó la Guía de Práctica Clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la ideación y/o conducta suicida (Adopción).
- En el año 2018, se emitió la Política Nacional de Salud Mental, la cual establece estrategias a considerar para la prevención de la conducta suicida, desde el Eje 2.
- Se construyó un micro sitio al interior de la página web del Ministerio de Salud y Protección Social dedicado a la prevención del suicidio (<https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/SMental/Paginas/suicidio.aspx>)

#### Intersectoriales

- Se inició el trabajo para consolidar una estrategia para la promoción de la salud mental en Colombia desde el CONPES, en la cual se reconoce la conducta suicida como el peor desenlace en salud mental.
- Se llevaron a cabo diversos encuentros con algunas entidades, lo cual generó un “Documento borrador del plan para la prevención y atención integral de la conducta suicida 2018-2021”.

### Conclusiones y Recomendaciones

Tomando en consideración que la conducta suicida es un desenlace desafortunado en salud mental y que es multicausal, todas las acciones que impacten directa o indirectamente los factores de protección y los factores de riesgo en salud mental se verán reflejadas en los índices de ideación, plan, intento de suicidio y de suicidio consumado.

Al respecto, se debe continuar la socialización de las estrategias que se proponen desde la Política Nacional de Salud Mental y el acompañamiento de los diferentes actores en la ejecución de las acciones que se plantean desde el CONPES 3992 de 2020.

Además, se debe visibilizar la conducta suicida en la Ruta de Atención Integral en Salud Mental y en el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031. Por ello, con base en los antecedentes mencionados y en la campaña que se diseñó en 2019 para la conmemoración del Día Mundial de la Prevención del Suicidio, se está construyendo el Programa Nacional de Prevención de la Conducta Suicida, el cual plantea 4 estrategias multipropósito:

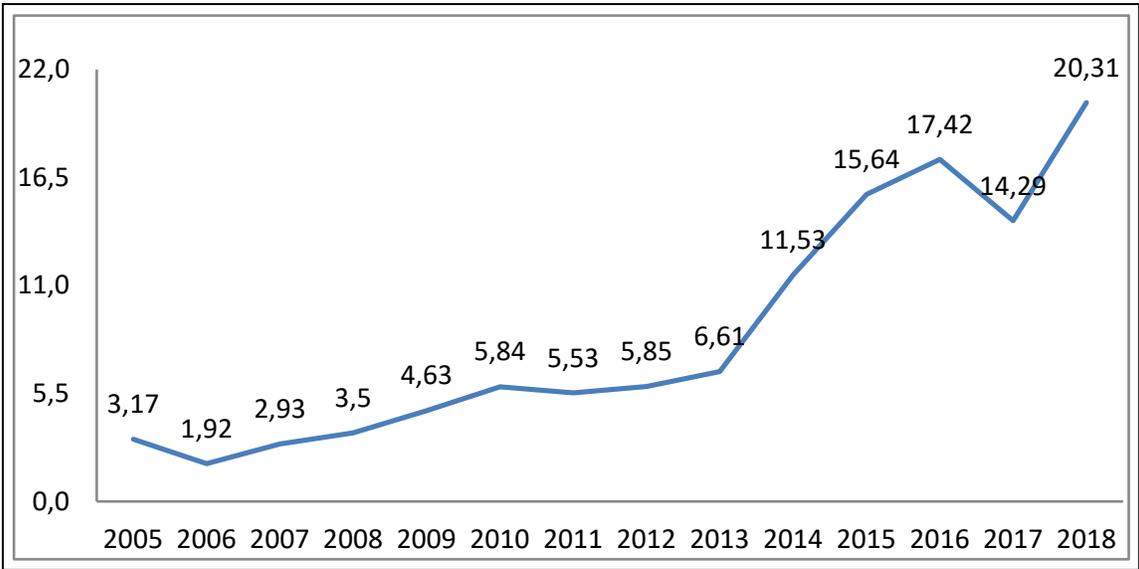
1. Satisfacción de necesidades humanas (en la que se incluyen las intervenciones para disminuir el acceso a medios letales satisfaciendo la necesidad de protección y seguridad).
2. Comunicación sin daño y habilidades socioemocionales.
3. Intervención en crisis de primera instancia por entornos (Detección de casos, primera ayuda emocional, canalización a servicios sociales y/o de salud).
4. Intervención en crisis de segunda instancia (Incluyendo la atención en salud a las personas con conducta suicida por nivel de riesgo, cuidado de la salud mental de las personas allegadas a quien muere por suicidio, y fortalecimiento de la vigilancia de la conducta suicida a través del Observatorio en salud mental).

**Meta 5: A 2021, reducir a 55 por 1.000 personas los Avisos perdidos por trastornos mentales y del comportamiento en población general de 15 a 65 años.**

**Indicador Tasa de AVPP por trastornos mentales y del comportamiento**

El comportamiento de este indicador, permite evidenciar un aumento sostenido a partir del 2010, con un aumento por año en promedio de 1,4 puntos porcentuales por año.

Gráfica 37. Tasa de AVPP por trastornos mentales y del comportamiento. Colombia 2005 - 2018.



Fuente.: Estadísticas Vitales - DANE, Consultado en la bodega de datos del SISPRO 3 de junio 2020

**Acciones**

**Sectoriales**

- Ajuste y socialización a nivel nacional del lineamiento nacional de prevención que define las orientaciones para el desarrollo de acciones basadas en prevención, el cual ha venido siendo incorporado a nivel territorial para la gestión de acciones en el tema. Construcción de 5 documentos en revisión para la orientación para el desarrollo de acciones de prevención por momentos del curso de vida y entorno.

- Fortalecimiento de la implementación del programa familias fuertes amor y límites. El cual, de acuerdo con la evidencia, centra la prevención en un aspecto fundamental como es el involucramiento parental para la reducción de comportamientos problemáticos, tales como el consumo de sustancias psicoactivas, el embarazo en la adolescencia, la violencia de pares y la violencia intrafamiliar. Con la gestión de diferentes entidades del gobierno nacional (Ministerio de Salud y Protección Social, Ministerio de Justicia y del derecho) y de entidades de cooperación internacional y entidades territoriales, este programa ha alcanzado en el periodo 2018 - 2020 una cobertura de 15.098 familias, con un acumulado total de 32.546 familias en 24 departamentos del país, con dos procesos de evaluación, uno de impacto y otro de eficacia, que han ratificado los efectos transformadores en dinámicas familiares, específicamente en las variables de demostración de afecto y cariño, actitudes hacia comportamientos de riesgo y establecimientos de metas.
- Implementación de las Zonas de Orientación Escolar (ZOE), las Zonas de Orientación Universitaria (ZOU) y los Centros de Escucha (CE). Estas estrategias, de base comunitaria, se han venido implementando, a partir del año 2007, desde las entidades territoriales para la prevención entornos educativos y comunitarios. Las mismas, se centran en la movilización y participación social de todos los actores, la identificación y dinamización de las redes y la exploración y aprovechamiento de los recursos locales para intervenir tempranamente el problema del consumo de drogas, a la vez que buscan proveer tratamiento, asesorar, prevenir recaídas, hacer seguimiento después del tratamiento, y facilitar la inclusión social de las personas consumidoras. Se encaminan a responder, integralmente, al problema del consumo y las formas de exclusión que este conlleva.
- Implementación de lineamiento para la Promoción de Modos, Condiciones y Estilos de Vida Saludable en Instituciones de educación superior, es otra apuesta del Ministerio el cual busca definir y gestionar un marco de actuación para la promoción de modos, condiciones y estilos de vida saludable, que oriente el trabajo conjunto entre la entidad territorial, la comunidad universitaria e Instituciones de Educación Superior, orientado a favorecer, en la comunidad educativa de educación superior, la elección y toma de decisiones responsables frente a la salud, la disminución de factores de riesgo, el desarrollo de servicios, bienes e infraestructuras que mantengan y protejan la salud. Al respecto se ha avanzado en procesos para la implementación de este lineamiento con la Universidad Simón Bolívar, Universidad Tecnológica de Pereira, Universidad Juan de Castellanos, Universidad Libre sede Valle, Universidad de la Guajira, Universidad de Bucaramanga, Universidad de Santander sede Cesar, Universidad de Caldas, SENA, Universidad de Cartagena, Universidad Rafael Núñez, Tecnológica de Comfenalco sede Cartagena, Universidad Católica, Universidad Abierta y a Distancia UNAD.

**Intersectoriales:** Construcción intersectorial del CONPES de Salud Mental.

### Conclusiones y Recomendaciones

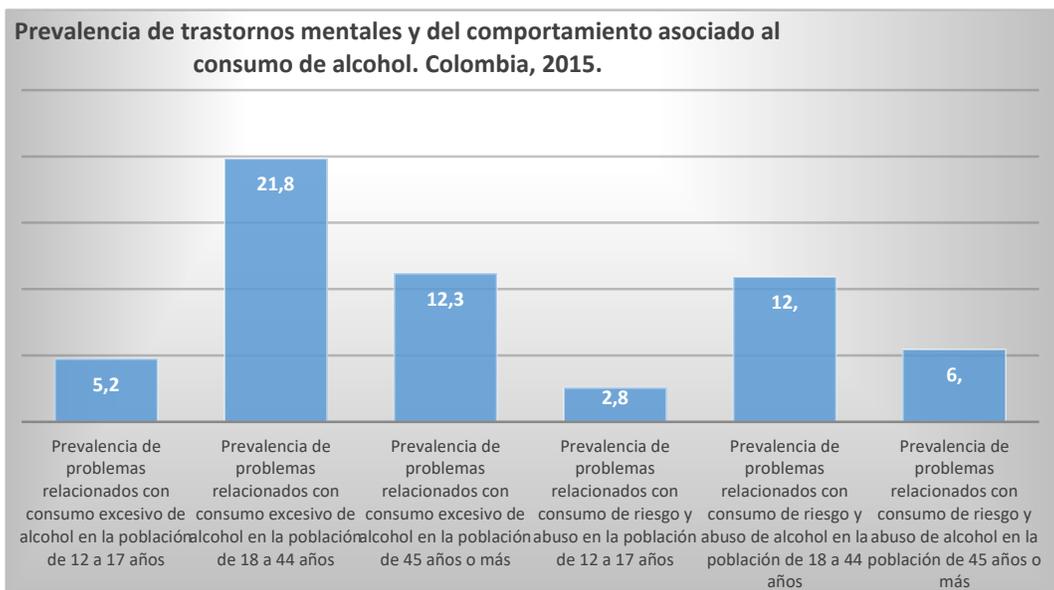
Fortalecer las acciones intersectoriales que permitan mayores acciones de promoción en salud mental, así como la identificación temprana de problemas y trastornos mentales, así mismo el desarrollo acciones sectoriales para el fortalecimiento de la atención desde el sistema de salud.

**Meta 6: A 2021, reducir a 3,4 por 1.000 habitantes los Avisas perdidos por trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de alcohol en población general.**

**Indicador Prevalencia de trastornos mentales y del comportamiento asociado al consumo de alcohol.**

De acuerdo a los datos de la Encuesta Nacional de Salud Mental, la mayor prevalencia se presenta en problemas relacionados con consumo excesivo de alcohol en población de 18 a 44 años (adulto joven), seguida por la población de 45 años y más.

Gráfica 38. Prevalencia de trastornos mentales y del comportamiento asociado al consumo de alcohol. Colombia, 2015.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud Mental 2015.

### Acciones

#### Sectoriales

- Adopción de la política integral para la prevención y atención al consumo de sustancias psicoactivas mediante resolución 089 de 2019.
- Realización de 2 conversatorios en el año 2018 y 2019 en torno a la política nacional de reducción del consumo de sustancias psicoactivas, cuyo objetivo central fue el fortalecimiento de los procesos de prevención y atención del consumo nocivo de alcohol y sustancias psicoactivas en los entornos familiar, educativo, comunitario e institucional, desde un diálogo de saberes que promueva intervenciones basadas en la evidencia científica, el respeto por los derechos humanos y el enfoque de salud pública.
- Construcción y socialización de documento de lineamiento de prevención del consumo de sustancias psicoactivas (incluyendo las bebidas alcohólicas) , disponible en <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/lineamiento-nal-prevencion-consumo-sustancias-psicoactivas.pdf>
- Diseño de cartilla, con orientaciones para la prevención del uso nocivo del alcohol <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/prevencion-consumo-nocivo-alcohol.pdf>
- Formación de 520 médicos generales, psiquiatras, enfermeras y psicólogos durante el año 2019, de 18 departamentos en MhGAP (Programa de acción para superar las brechas en salud mental y atención del consumo de sustancias psicoactivas), en el que se incluye lo relacionado con los trastornos por uso de sustancias psicoactiva
- 40 personas de equipos interdisciplinarios (médico, psiquiatra, psicólogo, enfermera y trabajador social) de las regionales Caribe (Atlántico, Magdalena y Bolívar), Centro (Cundinamarca, Boyacá y Bogotá) y Eje Cafetero (Antioquia, Risaralda, Caldas y Quindío), formadas en el año 2019 en el Currículo Universal de Tratamiento para personas con consumo de sustancias psicoactivas y sus familias.

- Asistencia técnica a entidades territoriales para la implementación de acciones para la reducción del consumo de alcohol, relacionadas con identificación temprana, intervenciones breves y programa pactos por la vida.
- Elaboración de boletín epidemiológico informativo cuidado para la salud: intoxicaciones con alcohol metílico (metanol), bebidas alcohólicas adulteradas, en el contexto de las acciones de Vigilancia debido a los cambios en el patrón de consumo de bebidas alcohólicas, y el riesgo de intoxicaciones con metanol, ejercicio articulado con el Instituto Nacional de Salud.

### Conclusiones y Recomendaciones

Es la sustancia más consumida en el país, con una gran cantidad de personas con consumo problemático y un impacto en la salud colectiva por lo que se requiere fortalecer las acciones orientadas a la prevención y atención del consumo de sustancias psicoactivas, su abordaje se ha incluido en la política integral adoptada mediante la resolución 089 de 2019 dentro de las recomendaciones se encuentra:

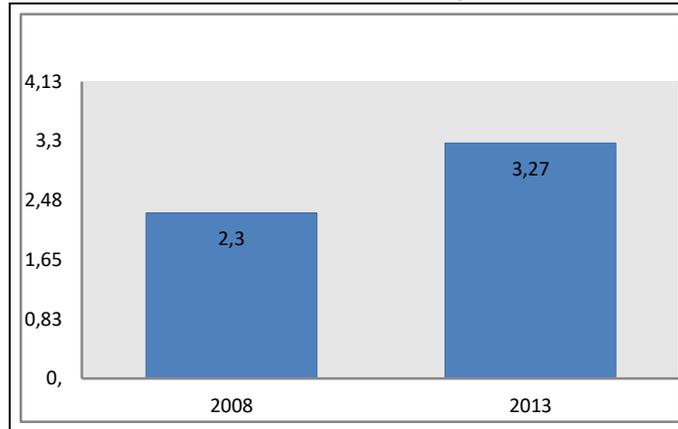
- Puesta en marcha de la Comisión Intersectorial para el control del consumo nocivo de alcohol como instancia para la definición, articulación y seguimiento técnico de las acciones en el tema a nivel nacional y territorial, a partir de la adaptación de las recomendaciones de la evidencia realizadas por la Organización Mundial de la Salud al respecto.
- Fortalecimiento de los procesos de desarrollo de capacidades de los actores del sistema de salud y a nivel intersectorial y comunitario, para la identificación temprana e intervenciones breves por consumo de alcohol, de tal manera que se pueda abordar los riesgos específicos de este consumo de manera rápida y se reduzca la posibilidad de progresión hacia consumo con dependencia.
- Actualización de los instrumentos y estrategias construidas nivel nacional para orientar las acciones de reducción del consumo de alcohol, tales como la estrategia nacional de reducción del consumo de alcohol, programa pactos por la vida, estrategia 4x4.
- Implementación de estrategias educativas y comunicacionales orientadas al aumento de la percepción de riesgo frente al consumo de alcohol en la población
- Fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica del consumo de alcohol, los factores asociados y los problemas conexos, incluyendo lo relacionado con intoxicación etílica
- Implementación de orientaciones para la prevención, atención y seguimiento a las personas con trastornos del aspecto alcohólico fetal.
- Fortalecer la articulación intersectorial en la vigilancia de las intoxicaciones por bebidas alcohólicas adulteradas, continuar la emisión trimestral de boletines informativos epidemiológicos para monitorear el tema y fortalecer la prevención.

**Meta 7: A 2021, mantener por debajo de 5,5% la prevalencia año del consumo de marihuana en la población escolar.**

***Indicador Prevalencia de consumo de marihuana en el último año en la población escolar de Colombia, entre los 12 y 18 años de edad.***

De acuerdo con las prevalencias reportadas por la encuesta poblacional de consumo de sustancias psicoactivas, entre 2011 y 2016, se observa un aumento de 2,75 puntos porcentuales, sugiriendo un mayor consumo.

Gráfica 39. Prevalencia de consumo de marihuana en el último año en personas de 12 a 65 años. Colombia, 2008-2013.



Fuente: Estudio Nacional de consumo de sustancias psicoactivas 2013.

### Acciones

#### Sectoriales

Existe un marco normativo para la prevención y el abordaje de las personas con consumo de sustancias psicoactivas incluida las ilícitas:

- Ley 1385 de 2010: Por medio de la cual se establecen acciones para prevenir el síndrome de alcoholismo fetal
- Ley 1566 de 2012: Por la cual se dictan normas para garantizar la atención integral a personas que consumen sustancias psicoactivas, en las que se incluye la atención integral al consumo de sustancias ilícitas.
- Ley 1696 de 2013: Por medio de la cual se dictan disposiciones penales y administrativas para sancionar la conducción bajo el influjo del alcohol u otras sustancias psicoactivas.
- Resolución 089 de 2019: Por medio del cual el Ministerio de Salud y protección Social adopta la política integral para la prevención y atención del consumo de sustancias psicoactivas.

#### Intersectoriales

Elaboración de alerta informativa sobre efectos en salud de algunas variedades de cannabis. En conjunto con el Observatorio de Drogas de Colombia y equipo técnico del Sistema de Alertas tempranas del cual hace parte este ministerio.

Emisión de boletín epidemiológico informativo dirigido al talento humano en salud y comunidad en general relacionado con el abordaje, signos de alarma y acciones de prevención relacionadas con el consumo de cannabis de alta potencia y otras variedades.

### Conclusiones y Recomendaciones

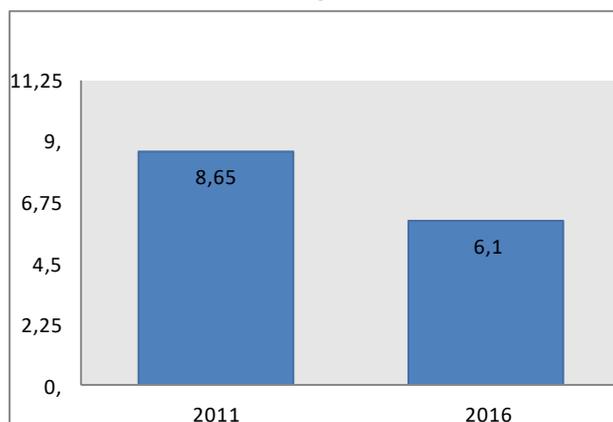
Dado la prevalencia de consumo va en aumento, se requiere fortalecer las acciones en los entornos de hogar, escolar y comunitario que fortalezcan factores protectores y desarrollo de habilidades para la vida, simultáneamente la identificación temprana de factores de riesgo en consumo de spa, con énfasis en las de mayor uso como es marihuana y alcohol.

**Meta 8: A 2021, aumentar a 15,5 años la edad promedio de inicio de consumo de drogas ilícitas.**

**Indicador Prevalencia de consumo de drogas ilícitas en edad escolar**

Teniendo en cuenta que este indicador mide de manera general el consumo en escolares, se ve una disminución posiblemente por la sumatoria de las de mayor consumo con las de menor consumo. No obstante es importante focalizar el tipo de consumo de una o varias sustancias, así como el desplazamiento de tipos de sustancias consumidas.

**Gráfica 40. Prevalencia de consumo de drogas ilícitas en edad escolar, Colombia 2011**



Fuente: Estudio Nacional de consumo de sustancias psicoactivas en escolares 2011, 2016.

**Acciones**

**Sectoriales**

- Ajuste y socialización a nivel nacional del lineamiento nacional de prevención que define las orientaciones para el desarrollo de acciones basadas en prevención, el cual ha venido siendo incorporado a nivel territorial para la gestión de acciones en el tema. Construcción de 5 documentos de orientación para el desarrollo de acciones de prevención por momentos del curso de vida y entorno (en revisión).
- Fortalecimiento de la implementación del programa familias fuertes amor y límites. El cual, de acuerdo con la evidencia, centra la prevención en un aspecto fundamental como es el involucramiento parental para la reducción de comportamientos problemáticos, tales como el consumo de sustancias psicoactivas, el embarazo en la adolescencia, la violencia de pares y la violencia intrafamiliar. Con la gestión de diferentes entidades del gobierno nacional (Ministerio de Salud y Protección Social, Ministerio de Justicia y del derecho) y de entidades de cooperación internacional y entidades territoriales, este programa ha alcanzado en el periodo 2018 - 2020 una cobertura de 15.098 familias, con un acumulado total de 32.546 familias en 24 departamentos del país, con dos procesos de evaluación, uno de impacto y otro de eficacia, que han ratificado los efectos transformadores en dinámicas familiares, específicamente en las variables de demostración de afecto y cariño, actitudes hacia comportamientos de riesgo y establecimientos de metas.
- Implementación de las Zonas de Orientación Escolar (ZOE), las Zonas de Orientación Universitaria (ZOU) y los Centros de Escucha (CE). Estas estrategias, de base comunitaria, se han venido implementando, a partir del año 2007, desde las entidades territoriales para la prevención entornos educativos y comunitarios. Las mismas, se centran en la movilización y participación social de todos los actores, la identificación y dinamización de las redes y la exploración y aprovechamiento de los recursos locales para intervenir tempranamente el problema del consumo de drogas, a la vez que buscan proveer tratamiento, asesorar, prevenir recaídas, hacer seguimiento después del tratamiento, y facilitar la inclusión social de las personas consumidoras. Se encaminan a responder, integralmente, al problema del consumo y las formas de exclusión que este conlleva.

- Implementación de lineamiento para la Promoción de Modos, Condiciones y Estilos de Vida Saludable en Instituciones de educación superior, es otra apuesta del Ministerio el cual busca definir y gestionar un marco de actuación para la promoción de modos, condiciones y estilos de vida saludable, que oriente el trabajo conjunto entre la entidad territorial, la comunidad universitaria e Instituciones de Educación Superior, orientado a favorecer, en la comunidad educativa de educación superior, la elección y toma de decisiones responsables frente a la salud, la disminución de factores de riesgo, el desarrollo de servicios, bienes e infraestructuras que mantengan y protejan la salud. Al respecto se ha avanzado en procesos para la implementación de este lineamiento con la Universidad Simón Bolívar, Universidad Tecnológica de Pereira, Universidad Juan de Castellanos, Universidad Libre sede Valle, Universidad de la Guajira, Universidad de Bucaramanga, Universidad de Santander sede Cesar, Universidad de Caldas, SENA, Universidad de Cartagena, Universidad Rafael Núñez, Tecnológica de Comfenalco sede Cartagena, Universidad Católica, Universidad Abierta y a Distancia UNAD.

**Intersectoriales:** Fortalecimiento del desarrollo de acciones de prevención en consumo con población de riesgo, propiciando el apoyo de los sectores en trabajo coordinado que fomente la protección.

### Conclusiones y Recomendaciones

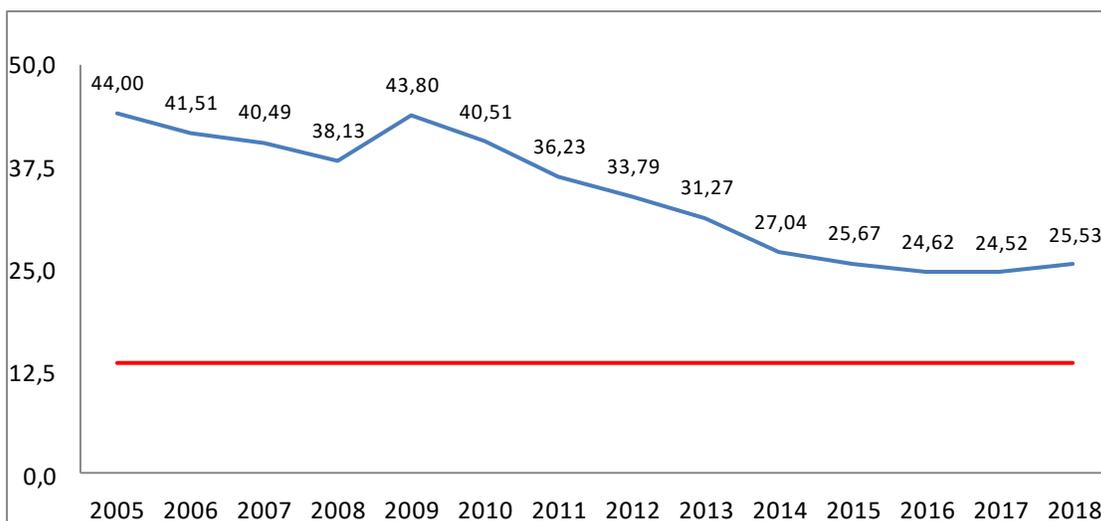
Fortalecer el desarrollo de acciones articuladas en el marco de instrumentos de política como el CONPES, para lograr una respuesta intersectorial de manera oportuna que logre llegar a la población con mayor riesgo aportando a la reducción de riesgo y daño en consumo.

**Meta 9: A 2021, reducir la tasa de mortalidad por agresiones (Homicidios) a 13,4 por 100.000 habitantes.**

#### Indicador Tasa de Mortalidad por Agresiones (Homicidios)

De acuerdo con el comportamiento de la tasa de mortalidad por agresiones (Homicidios) se puede observar que para el año 2018 la tasa es de 25.5 por 100,000 personas. Desde el Año 2008 que la tasa fue de 38.1 se ha presentado una reducción de 12.6 puntos hasta el año 2018. Para el cumplimiento de la Meta a 13.5 por 100.000 para el año 2021, falta todavía 12.1 puntos menos, teniendo en cuenta que durante el año 2012 al 2020 la reducción ha sido de 10.7.

Gráfica 41. Tasa de Mortalidad por Agresiones (Homicidios). Colombia, 2005-2018.



Fuente: Estadísticas Vitales EEVV, Consultado en la bodega de datos del SISPRO, abril de 2020.

## Acciones

### Sectoriales

Durante el año 2019 se realizó la convocatoria para la presentación de proyectos de promoción de la convivencia y prevención de violencias, vigencia 2019, con recursos del impuesto social a municiones y explosivos. Este proceso se generó a partir de la actualización de los lineamientos que orientan el diseño de los proyectos, en los cuales, para dicha vigencia, se definieron tres líneas de trabajo así: cuidado, vínculo y crianza en el desarrollo humano integral e igualitario; habilidades psicosociales para la vida; y, construcción de masculinidades y feminidades en la adolescencia. Luego del acompañamiento y orientación en el ajuste de los proyectos enviados por las entidades territoriales, se seleccionaron 11 proyectos que actualmente se encuentran en ejecución en los siguientes departamentos y municipios: Cauca; Meta; Cesar; Valparaiso, Morelia, Cartagena del Chairá y Belén de los Andaquíes (Caquetá); Riosucio (Caldas), Sonsón (Antioquia); Tibú (Norte de Santander); y Santiago (Putumayo).

### Intersectoriales

Durante el año 2019, se ha participado en la Mesa Técnica del Comité Nacional de Convivencia Escolar, con el fin de continuar la implementación de la Ley 1620 de 2013, la cual establece como herramientas del Sistema Nacional de Convivencia Escolar y formación para los Derechos Humanos, la educación para la sexualidad y la prevención y mitigación de la violencia escolar avanzar en la consolidación del Sistema de Información Unificado de Convivencia Escolar y la Ruta de Atención Integral para la Convivencia Escolar y sus protocolos de atención.

Por otra parte, en 2019 se participó en sesiones del Comité Técnico de los Componentes de Promotores/as Comunitarios de Paz y Convivencia, y de Apoyo a la Actividad de Denuncia, del Programa Integral de Seguridad y Protección para las Comunidades y Organizaciones en los Territorios (Decreto 660 de 2018 de Ministerio del Interior) para la priorización territorial de la implementación de acciones derivadas del comité, y la definición del reglamento del mismo.

Finalmente, se ha participado en la construcción del Plan de Acción del Decreto 1581 de 2017, en que se adopta la Política Pública de Prevención de Violaciones a los Derechos a la vida, integridad, libertad y seguridad de personas, grupos y comunidades.

## Conclusión y Recomendaciones

La disminución de la tasa de mortalidad en el tiempo sugiere continuar con las acciones que se viene desarrollando, y potencializar los procesos de información, signos de alerta, rutas de atención para detección temprana y atención oportuna, así mismo a largo plazo procesos de empoderamiento frente al respeto por la vida y la restitución de derechos.

**Meta 10: A 2021 el 100% de los municipios del país implementan y operan el sistema de vigilancia en salud pública de la violencia intrafamiliar.**

Dentro de la Dimensión de Salud Mental y Convivencia Social se llevó a cabo la inclusión de la meta de implementar el 100% del Sistema De Vigilancia en Salud Pública de las Violencias de Género y Violencia Intrafamiliar, con el fin de monitorear las violencias contra las mujeres y las violencias que ocurren en el ámbito familiar especialmente hacia niños, niñas y adolescentes y personas mayores.

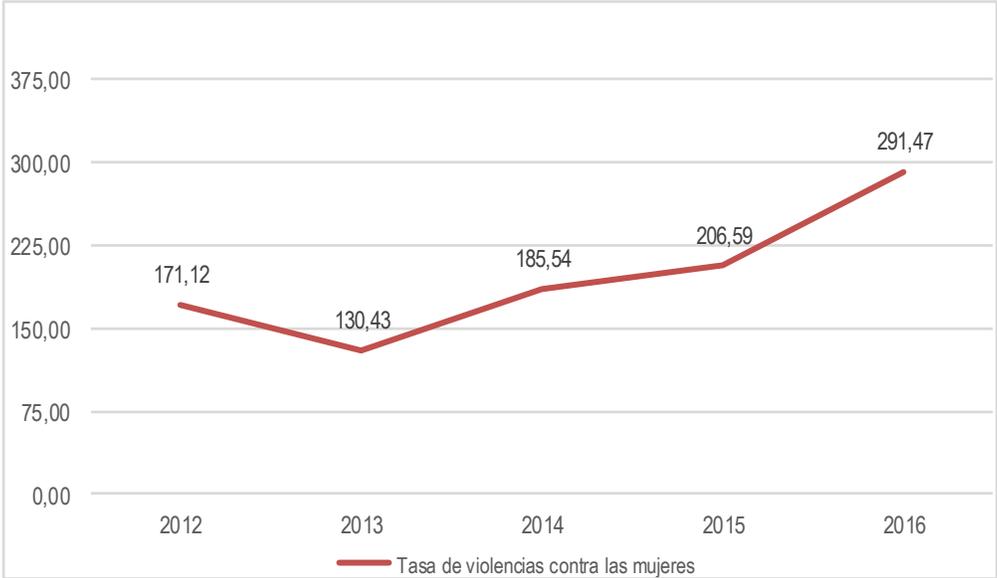
Actualmente el Sistema De Vigilancia en Salud Pública cuenta con 4.986 Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD), 7.011 Unidades Informadoras, 53 Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), 1.117 municipios, 32 departamentos, 5 Distritos y el reporte de las Fuerzas Militares.

A continuación, se describen los resultados de los indicadores de Impacto relacionados con Convivencia Social en relación con las violencias contra las mujeres y la violencia en el entorno familiar.

Desde que se comenzó a realizar la implementación del Sistema De Vigilancia en Salud Pública de las Violencias de Género y Violencia Intrafamiliar, el número de notificaciones por parte de las UPGD se ha incrementado cada año. Para el 2012 la tasa por 100.000 mujeres fue de 171.12 y para el año 2016 la tasa fue de 291.47 por 100 mujeres. Se incrementó en un 120.35 puntos desde el año 2012.

**Indicador Tasa de incidencia de violencia contra la mujer 2012 – 2016**

Gráfica 42. Tasa de violencias contra las mujeres

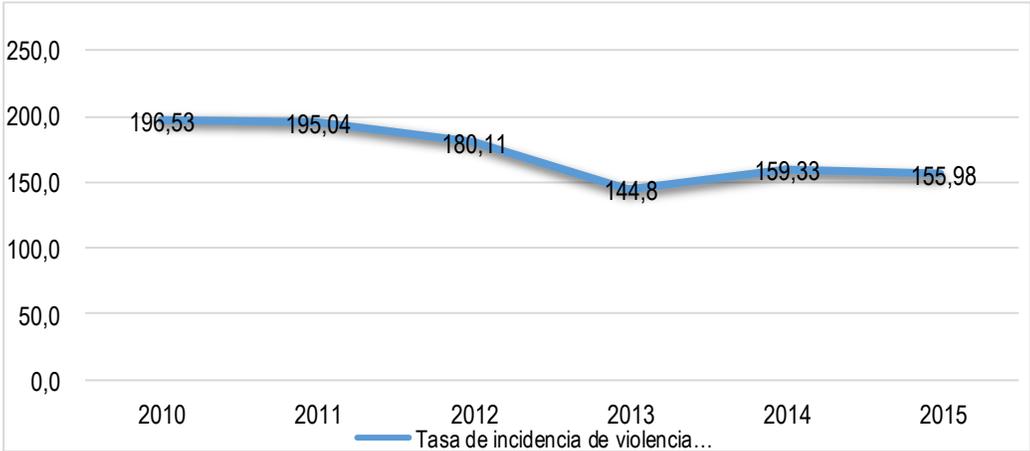


Fuente: publicado en el enlace <http://rsvr2.sispro.gov.co/reportesAsis2/>. Consultado 03/06/2020.

En cuanto al reporte de la Violencia Intrafamiliar, se puede observar que desde el año 2010 al 2015 se redujo en 40,5 puntos, pasó de una tasa de 195.5 por 100.000 personas a una tasa de 156.0 Por 100.000. Es importante aclarar que este indicador se mide cuando se establece las violencias en las que los agresores tiene un vínculo familiar con las víctimas, se incluyen las violencias contra niñas, niños y adolescentes, contra personas mayores y las que se registran entre otros familiares entre las edades de 19 a 65 años.

**Indicador Tasa de incidencia de violencia intrafamiliar**

**Gráfica 43. Tasa de incidencia de violencia intrafamiliar 2012 - 2015**

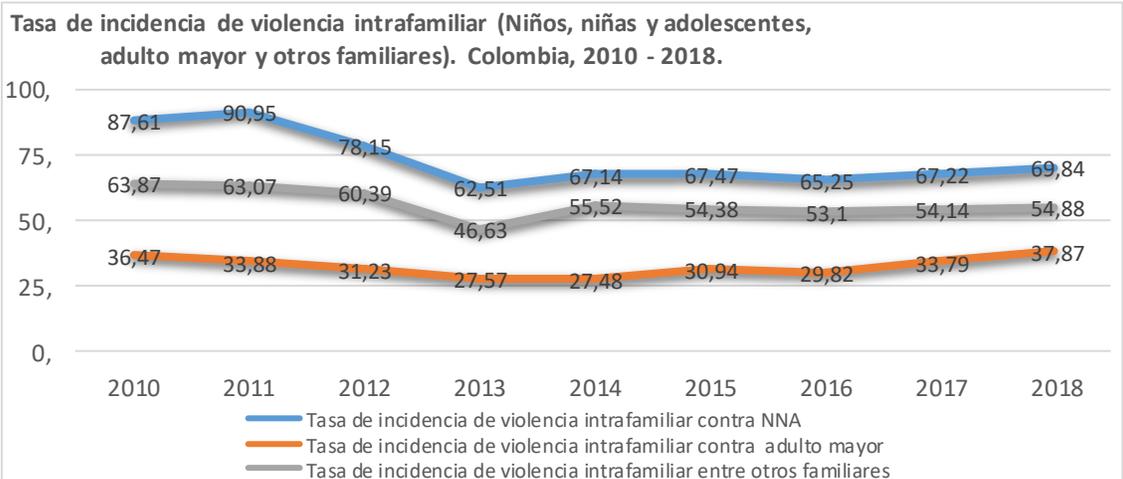


Fuente: publicado en el enlace <http://rssvr2.sispro.gov.co/reportesAsis2/>

Se realizó el análisis de las violencias intrafamiliares por cada uno de los grupos poblacionales de acuerdo a la edad, se realizó entre el año 2010 – 2018. La tasa de Incidencia de violencias contra niñas y niños y personas mayores. La violencia contra niñas y niños en el año 2010, reportó una tasa de 87,61 por 100 .000 niños y niñas para el año 2018 la tasa se reportó en 69,84 por 100.000. Se redujo en ocho años 17,77 puntos.

En cuanto a la violencia de personas mayores, para el año 2010 la tasa por 100.000 personas fue de 63,87, para el año 2018 la tasa se reportó en 54,88 por 100.000 personas con una reducción de 8,99 puntos en ocho años. Para las violencias por otros familiares que se reportan en personas de 19 a 65 años, en el 2010 se reportó una tasa de 36,47 por 100.000 personas a diferencia de las otras tasas por población, este tipo de violencias tuvo un incremento para el año 2018 de 1.4 puntos, aunque para el año anterior se registró una tasa de 33.79 por 100.000.

**Gráfica 44. Tasa de incidencia de violencia intrafamiliar (Niños, niñas y adolescentes, adulto mayor y otros familiares). Colombia, 2010 - 2018.**



Fuente: Forensis - datos para la vida, Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses disponible en <https://www.medicinalegal.gov.co/cifras-estadisticas/forensis>

## Acciones

### Sectoriales

#### **Observatorio Nacional de Violencias de Género**

- 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.
- Creación y puesta en funcionamiento del sistema integrado de información de violencias de género (SIVIGE) permite que a la fecha se pueda contar con información sobre las dinámicas de las violencias de género y la atención para las víctimas desde el sector salud. Se ha realizado la integración a partir de cuatro (4) fuentes de información interoperadas como el registro único de víctimas, el sistema de vigilancia en salud pública de violencias de género, el registro individual de prestación de servicios de salud y el registro de afiliados al sistema integral de seguridad social, Estadísticas vitales y la información e Medicina Legal y Ciencias Forenses.
- Fortalecimiento del Sistema Integrado de Información de violencias de Género -SIVIGE opera dentro del Observatorio Nacional de Violencias de Género coordinado por Ministerio de Salud y Protección Social con el apoyo y asesoría de la Consejería para la Equidad de la Mujer, el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, el Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas DANE y el Ministerio de Justicia y Derecho mediante la mesa técnica coordinadora del SIVIGE.
- Para este mismo año, se integraron en la Bodega de Datos de SISPRO (SGD) las fuentes de información para violencias de género: SIVIGILA (Instituto Nacional de Salud), CICLICO (Medicina Legal), RUV (Unidad de Víctimas) y Registro Único de Prestación de Servicios de Salud (RIPS). A través de la Bodega de Datos de SISPRO se gestiona la información del Sector permitiendo la integración de fuentes provenientes de diferentes actores e instituciones, permitiendo que todos consulten y analicen sobre la misma versión de la información.
- Actualización de la información al año 2019 del Observatorio Nacional de Violencias – Línea de violencias de Género. Para el mes de septiembre quedó oficializado el Observatorio Nacional de Violencias con la URL: <http://onviolenciasgenero.minsalud.gov.co>, donde está el SIVIGE.
- Se entregaron los resultados de la encuesta Nacional de Bienestar y Salud de Niños, Niñas y Adolescentes (VACS) la cual permitió identificar las diferentes violencias para niños, niñas y adolescentes; jóvenes hasta los 26 años.
- Indicadores de violencias de género de acuerdo a su forma, se encuentran en proceso de incorporación y publicación en el SIVIGE en el Observatorio Nacional de Violencias de Género, desagregado Sexo, departamento, Municipio y zona; por cada uno de las formas y ámbitos de las violencias.
- Para el año 2019. Sistema Integrado de Información de Violencias de Género - SIVIGE. Producción del primer boletín de Respuesta Institucional para el Abordaje integral de las Violencias por razones de Género contra niñas, niños, adolescentes y el segundo boletín de violencias contra las mujeres, durante el Aislamiento Preventivo Obligatorio 25 de marzo al 25 de Junio. Se dispuso en el Observatorio Nacional de Violencias de Género por medio del SIVIGE la información sobre violencias de género y COVID del Instituto Nacional de Salud.

#### **Gestión Articulada de las políticas públicas**

Para el año 2019, desde el Comité de prevención del Mecanismo Articulador para el Abordaje Integral de las Violencias por razones de género, se avanzó en una propuesta de Lineamientos Intersectoriales para la prevención de las violencias por razones de género, como herramienta técnica que permitirá orientar a los diferentes sectores, del orden nacional y territorial, en el desarrollo de estrategias para la promoción de la igualdad de género y la garantía de una vida libre de violencias en los diferentes entornos, teniendo en cuenta el curso de vida, desde los enfoque de derechos, género e interseccional.se realiza.

**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.** Actualización del protocolo en atención en salud para víctimas de violencia sexual, al cual se le incluyó las recomendaciones realizadas por la comisión nacional de mujeres indígenas.

**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.**

- Desarrollo de capacidades a referentes de violencias de género de las Direcciones Territoriales de Salud, del orden departamental, distrital y de municipios capitales, para el abordaje integral de las violencias de género durante la emergencia sanitaria por COVID19; ciento noventa (190) profesionales capacitados en temas como: a) Contextualización de las violencias en el aislamiento preventivo obligatorio; b) Prevención de violencias de género durante el aislamiento social; c) Atención integral en salud de las violencias de género, d) Acceso a la atención en salud de las personas LGBTI o con identidades o expresiones de género diversas, e) Rol coordinador del sector salud del Mecanismo Articulador territorial; f) Medidas de Atención a víctimas de violencias; g) Seguimiento y monitoreo de las violencias.
- Formación a profesionales de la Salud en identificación, detección y atención de las violencias por las diferentes tecnologías en salud disponibles para la atención de la población en general. a) Identificar y detectar el riesgo, b) Informar sobre los canales de ayuda, c) Hacer seguimiento a situaciones de riesgo.
- Desarrollo de capacidades a referentes de violencias de género de Direcciones Territoriales de Salud del orden departamental, distrital y municipios capitales, para fortalecer las acciones de gestión de la salud pública y las intervenciones colectivas –PIC, para la prevención de las violencias por razones de género, en el marco de los Planes de Acción en Salud- PAS. Se capacito en temas como: Marco conceptual de las violencias por razones de género, enfoques de abordaje, líneas de acción e intervenciones colectivas para la promoción de la igualdad de género y prevención de las violencias por razones de género, acciones de gestión de la salud pública para el fortalecimiento de la prevención.
- Desarrollo de capacidades al Talento humano de Direcciones Territoriales de Salud e EPS en implementación de estrategias de información y comunicación para la difusión de líneas de orientación, servicios de atención en salud, así como la prevención de las violencias de género, en el marco de la emergencia sanitaria.
- Desarrollo de capacidades para las entidades territoriales de acuerdo con cada necesidad en Violencias de género: Mutilación Genital Femenina, Violencia Sexual, Violencias y Migración y violencia con abordaje étnico.
- Los profesionales en salud que atienden víctimas de violencia sexual de las DTS, EPS e IPS con certificación de formación en atención integral en salud a víctimas de violencia sexual; 187 profesionales de salud de 14 departamentos en inclusión del enfoque psicosocial en la atención en salud a víctimas de violencia sexual dentro y fuera del conflicto armado, y 2.008 personas con acceso al curso virtual de autoformación para el abordaje intersectorial en la atención integral a las víctimas de violencias de género, con énfasis en violencias sexuales, dirigido a servidoras y servidores públicos de los sectores de salud, justicia, protección y educación.

**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.**

- Orientaciones para el fortalecimiento de la línea de violencias de género, en la Dimensión de Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos del Plan Territorial de Salud 202-2023. Se orientó técnicamente a las Direcciones Territoriales de Salud, con propuestas de objetivos, metas y estrategias (de resultado y de

producto) para su inclusión en los Planes Territoriales de Salud-PTS 2020-2023, dirigidas a Promover la igualdad de género y mejorar la atención integral en salud a las Víctimas de Violencias de Género con énfasis en violencias sexuales, desde los enfoques de derechos, género e interseccional; E igualmente, se orientó técnicamente para la inclusión de acciones de gestión de la salud pública y actividades PIC, en los Planes de Acción en Salud-PAS, para la prevención de las violencias por razones de género y la atención integral en salud a las víctimas de violencia sexual en el marco del conflicto armado.

- Elaboración de lineamientos y orientaciones técnicas para la prevención y atención de las violencias de género, en el marco de la emergencia sanitaria por COVID19.
- Fortalecimiento de la Línea 192 – Opción 4, Tele orientación en Salud Mental, para que ante un caso de violencias de género se active la ruta de atención integral en salud, así como el seguimiento a los casos. Actualmente en el país hay 24 líneas territoriales de salud mental, el tercer motivo de llamada son las violencias.
  - a) Estas llamadas permiten la activación de ruta por servicios presenciales
  - b) Apoyo para rutas de Escape para las víctimas
  - c) Evaluación del riesgo a la vida de ellas y las personas que pueden estar con el agresor.
  - d) Información sobre los servicios disponibles para la atención, orientación y denuncia de las violencias.
- Orientación a actores del Sistema de Salud para la continuidad en la atención en salud: atención presencial por servicios urgencias, especialmente a los casos de violencias física y sexual, seguimiento al plan de cuidado y orientaciones para la protección de la Salud Mental durante la pandemia del COVID 19 por medio de la telemedicina: Valoración médica y entrega del Kit post-exposición, activación de rutas intersectoriales, seguimiento a casos con riesgo a la salud

### Intersectoriales

Mecanismos Articuladores en Violencias de Género.

- Fortalecimiento del mecanismo articulador para el abordaje integral de las violencias de género con la participación de la Fiscalía General de la Nación, Policía Nacional, Medicina Legal, Comisarias de Familia, Sector Salud y secretaria de la Mujer. Actualmente, el país cuenta en todos los departamentos con un espacio de articulación intersectorial, con 6 comités distritales y 795 comités municipales, los cuales tienen como reto continuar con su operación en un escenario de nuevos gobiernos territoriales, y frente a los desafíos que impone la pandemia por COVID-19.
- Reactivación y fortalecimiento del Comité de prevención del Mecanismo articulador, con la participación de Ministerio de Justicia y del derecho, Ministerio del Interior, Ministerio de Educación, Ministerio del Trabajo, Ministerio de Salud y Protección Social, ICBF, Agencia Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer, ICBF, Policía Nacional, Agencia para la Reincorporación y la Normalización, Secretaría de la Mujer de Bogotá y ONU Mujeres.
- Asistencias técnicas territoriales por regiones a mecanismos o comités territoriales para el abordaje integral de las violencias por razones de género en:
  - a) Prestación y tecnologías en salud para el abordaje integral de las violencias de género.
  - b) Rutas de atención Integral e intersectorial para el abordaje integral de las violencias de género a los y las funcionarias de las diferentes entidades de salud, justicia y protección con el fin de poder establecer barreras de acceso y realizar seguimiento a casos de violencia prioritarios: violencias sexuales, niños, niñas y adolescentes, mujeres y población especial.

- c) Fortalecimiento de las líneas de orientación mediante el desarrollo de capacidades para la atención, detección, seguimiento y control de las violencias.

### Conclusiones y Recomendaciones

- Las violencias de género deben ser abordadas desde modelos ecológicos y sistémicos que permitan entender que para poder incidir sobre ellas es importante abordar estructuras culturales, formas de relacionarnos y roles y estereotipos que naturalizan y normalizan las violencias de género.
- Las violencias de género desde la salud pública requieren acciones y estrategias de la gestión de la salud pública que conlleven al fortalecimiento de la respuesta interinstitucional que permita la garantía de los derechos de las víctimas a la verdad, justicia y reparación.
- Las violencias de género conlleva hacer abordadas desde otras perspectivas en salud, porque la atención integral requiere de ser abordadas desde un enfoque de género, derecho, intersectorial y diferenciado.
- La prevención de las violencias de género comienza en el abordaje de la promoción de los derechos humanos y los derechos sexuales y reproductivos, las violencias de género es una violación a estos derechos y por ende debe abordarse sobre la importancia de la dignidad humana.
- Las Violencias de género son un evento de interés en salud pública, actualmente el Instituto Nacional de Salud reporta un promedio anual de 72.000 casos anuales en el país.
- Se debe continuar con el fortalecimiento de capacidades de los profesionales de la salud para la detección oportuna, atención integral y seguimiento de las víctimas desde servicios de salud basados en el principio de la acción del daño.
- Las violencias de género se llevan a cabo en diferentes entornos de pareja, familia, escolar, laboral y comunitario por eso las acciones en prevención de las violencias de género deben abordar estos contextos.
- Se debe continuar con las asistencias técnicas territoriales para que los departamentos, distritos y Municipios cuenten con estrategias de intervención que se adapten a las estructuras culturales, políticas y administrativas de sus territorios y puedan abordar las violencias de género desde la intersectoriales y de acuerdo con esa respuesta institucional.
- EL país cuenta con el Observatorio Nacional de Violencias de Género y el Sistema integrado de información de violencias de género como dos herramientas fundamentales de la gestión del conocimiento que permite dar a conocer el panorama de las violencias de género en el país.

**Meta 11: A 2021 aumentar la frecuencia de uso de servicios en salud mental en cinco puntos porcentuales según trastorno.**

***Indicador Frecuencia de uso de servicios en salud mental (Sin reporte técnico)***

#### 2.2.1.4. Seguridad Alimentaria y Nutricional

El Plan Decenal de Salud Pública definió 16 metas para la dimensión, de las cuales 9 (56.25%) fueron categorizadas como metas de resultado y 7 (43.75%) como metas de gestión. Las 16 metas tienen asociados 17 indicadores.

**Avance general de las metas de la dimensión:** En cuanto al avance del cumplimiento de metas se observa que el 81.25% (13 metas) se encuentran en un rango de avance "Muy bueno", el 6.25% (1 meta) en avance "Bueno" y el 12.50% (2 metas) reporta un avance crítico.

**Avance de las metas de gestión:** De acuerdo con la información reportada en el portal web de gestión del PDSP, el 100% del total de metas de gestión alcanzó un rango de avance "Muy bueno". Es de anotar, que las 7 metas reportadas tienen asociados el mismo número de indicadores (Anexo 7).

**Avance de las metas de resultado:** El avance de cumplimiento de las metas de resultado muestra que el 66.67% (6 metas) se encuentra en un rango "Muy bueno", el 11.11% (1 meta) en un rango de avance "Bueno" y el restante 22.22% (2 metas) en un rango crítico (Anexo 8).

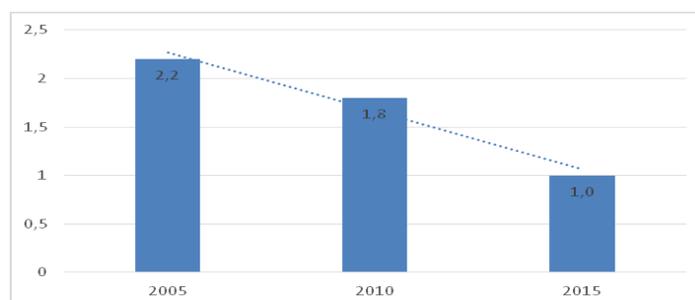
Con este panorama, a continuación, se presenta la tendencia de los indicadores asociados a las metas de resultado, las acciones adelantadas para contribuir con el cumplimiento de las mismas, así como las principales conclusiones y recomendaciones técnicas derivadas del proceso de análisis.

**Meta 1: A 2015, incrementar en 2 meses la duración media de la lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses.**

**Indicador Duración de la Lactancia Materna Exclusiva en Menores de 3 Años (mediana en meses) – Duración de la lactancia materna exclusiva**

Como se observa en la gráfica, de acuerdo a la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia 2015 (ENSIN) la mediana de la duración de la lactancia materna exclusiva, tiene un comportamiento descendente, pasando de 2.2 meses en el 2005, a 1 mes en el 2015, es decir que el país ha tenido un retroceso del 54.5% en la edad mediana en relación al 2005. Esta situación genera grandes retos, a nivel sectorial e intersectorial que posibiliten la modificación de la tendencia evidenciada en los últimos diez años, y permitan acercarnos a la recomendación de la OMS, de seis meses de duración de lactancia materna exclusiva. Se debe trabajar en los motivos que influyen para suspender la lactancia materna aspectos socioculturales, que incluyen desde el ingreso temprano a las actividades laborales de la madre, hasta falsas creencias relacionadas con la saciedad del bebe al momento de alimentarse, como la deformación de los senos y desarrollo de estrías.

**Gráfica 45 Mediana de la duración de lactancia materna exclusiva, 2005-2010.**



Fuente: Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia 2005 -2015.

## Acciones

### Sectoriales

- Fortalecimiento de Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia Integral, como una estrategia de gestión para la atención integral de la población materna e infantil en las instituciones de salud que se articula con la comunidad a través de la conformación de redes comunitarias, específicamente en el paso 10 de dicha estrategia. A la fecha se cuenta con 525 IPS en el país en proceso de implementación y 124 certificadas a nivel nacional.

Expedición de la Ley 1823 de 2017 y su reglamentación mediante la Resolución 2423 del 2018 que busca apoyar a las madres trabajadoras en periodo de lactancia, para que cuenten con un espacio adecuado y digno para extraer, conservar la leche materna y continuar con la práctica de la lactancia materna en su sitio de trabajo. Según los datos de las secretarías de salud se cuenta con 190 salas amigas de la familia lactante en el territorio nacional. Se ha realizado acompañamiento técnico para la implementación en las

empresas; se resalta el trabajo realizado con UNICEF del cual se obtuvo como producto una cartilla y un curso como herramientas educativas para la implementación de la estrategia.

- Implementación de 15 bancos de leche humana en el territorio nacional, de los cuales 13 se encuentran en funcionamiento y 2 en fase de alistamiento. En 2018 se tenía un reporte de 11.244 madres donantes de leche humana, el cual aumento a 19.307 en el 2019, así mismo el número de niños receptores que se beneficiaron también aumento de 12.514 (2018) a 20.990 (2019). En el año 2019 se actualizaron los lineamientos técnicos de la estrategia.
- Se está realizando el proceso de actualización del Curso de Consejería en alimentación del lactante, en conjunto con el SENA, con el fin de ofertarlo a las entidades territoriales y aumentar la formación de consejeros en lactancia materna y alimentación complementaria.
- El decreto 1397 de 1992, por el cual se promueve la lactancia materna y reglamenta la comercialización y publicidad de los alimentos de fórmula para lactantes y complementarios de la leche materna Colombia, se encuentra en proceso de actualización en el marco del análisis de impacto normativo.

**Intersectoriales:** Desde diciembre de 2017 el Ministerio de Salud y Protección Social junto con Presidencia de la Republica lideraron un proceso intersectorial con el fin de dinamizar las acciones de lactancia materna y alimentación complementaria. Se consolidó el plan de trabajo en el 2018 y al finalizar el 2019 se obtuvieron los siguientes productos: consolidado de la oferta institucional en torno a lactancia materna y alimentación complementaria de las instituciones participantes, línea de base para estrategias de comunicación que desarrollan las instituciones participantes, propuesta de gestión territorial y propuesta de consejería en lactancia materna y alimentación complementaria

### Conclusión y Recomendaciones

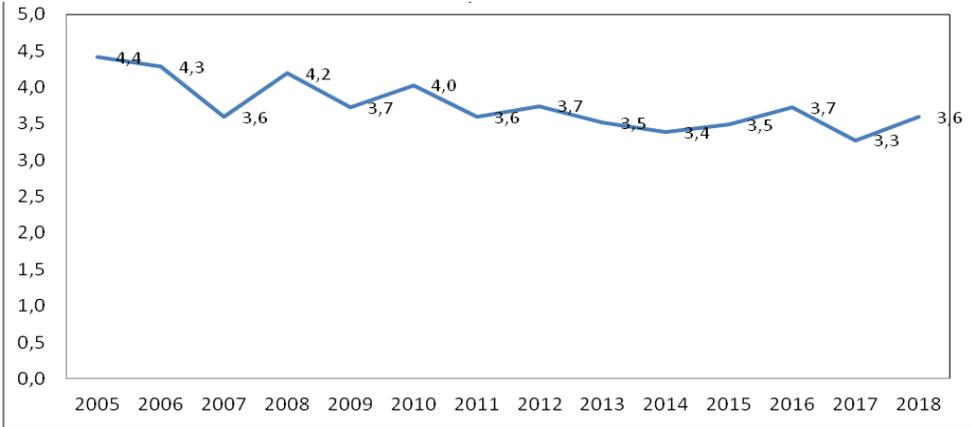
- Realizar seguimiento a las aseguradoras y a las instituciones de salud para garantizar las atenciones de promoción, protección y apoyo a la lactancia materna contempladas en la Resolución 3280. Desarrollo y seguimiento de las acciones intersectoriales para la promoción de la lactancia materna con la articulación de la Comisión Intersectorial de Primera Infancia -CIPI.
- Continuar con la asistencia técnica en las entidades territoriales para aumentar la implementación de la estrategia Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia IAMI, fortaleciendo el paso 10 y las redes comunitarias en torno a nutrición infantil con énfasis en lactancia materna y alimentación complementaria.
- Actualizar la normatividad relacionada con las Salas Amigas de la Familia lactante y fortalecer las acciones de inspección, vigilancia y control con las entidades territoriales, con el fin de fortalecer el seguimiento a la implementación y funcionamiento de esta estrategia.
- Se debe expedir el Decreto de componentes anatómicos por parte de la Dirección de medicamentos y tecnologías en salud, el cual incluye a la leche humana pasteurizada, una vez este paso se permitirá reglamentar los Bancos de Leche Humana a nivel nacional.
- Fortalecer los procesos de formación de talento humano que labora en los BLH, en el procesamiento y control de calidad de la leche humana, así como en el acompañamiento y apoyo a las familias donantes, garantizando el adecuado desarrollo del BLH. Para esto se debe contar con un programa de capacitación y cualificación continua del talento humano.
- Continuar con las acciones intersectoriales contempladas en el Plan Decenal de Lactancia materna que se vean reflejadas en un plan operativo implementado, que guíe al territorio sobre las acciones a desarrollar.

**Meta 2: Reducir la mortalidad infantil evitable por desnutrición en forma progresiva: el 30% en el 2013, el 50% en el 2015 y el 100% en 2020.**

***Indicador Proporción de muertes infantiles registradas por causas asociadas a la desnutrición con relación al periodo anterior – Tasa de mortalidad por deficiencias nutricionales y anemias nutricional.***

Como se evidencia en la gráfica, la mortalidad en niños y niñas menores de cinco años por deficiencias y anemias nutricionales presenta una tendencia a la disminución, pasando de una tasa de 4.41 en el 2005 a 3.27 en el 2017, es decir una disminución del 25.9%. Aunque no se ha logrado alcanzar la meta propuesta, se evidencian avances importantes en la reducción de la mortalidad por deficiencias nutricionales, que han contribuido a mantener una tendencia descendente en este indicador en los últimos quince años, con la consolidación del Lineamiento de manejo integral de la desnutrición aguda en menores de cinco años, así como con la definición de la desnutrición aguda en menores de cinco años como un evento de interés en salud pública.

**Gráfica 46. Tasa de Mortalidad por Deficiencias Nutricionales y Anemias Nutricionales. Colombia 2005 - 2018.**



Fuente: Estadísticas Vitales EEVV, Consultado en la bodega de datos del SISPRO. Abril de 2020.

### Acciones

#### Sectoriales

- Implementación del lineamiento para el manejo integrado de la desnutrición aguda en menores de 5 años.
- Continuidad en el funcionamiento de la línea de atención a la desnutrición, se ajustaron las características y condiciones del servicio, para mejorar su operación y poder realizar seguimiento a los casos notificados en el SIMIGILA.
- Se definió mecanismo de coordinación con Superintendencia de Salud, identificando la metodología de cruce de información y casos específicos para el seguimiento de los casos de niños menores de 5 años con desnutrición aguda desde la identificación hasta la recuperación.
- Desarrollo y acompañamiento al curso virtual de tratamiento a la desnutrición dirigido a los profesionales de la salud responsables de la atención de niños y niñas menores de 5 años. Se certificaron 4159 profesionales de salud, (médicos enfermeras y nutricionistas) en el curso virtual de atención a la desnutrición.
- Se modifican los numerales 3 y 5 del artículo 12 de las Resoluciones 1885 y 2438 de 2018, lo cual implica que: ante la prescripción del producto de soporte nutricional “Fórmula Terapéutica Lista para Consumir - FTLC”, no se requerirá el análisis y la aprobación por la Junta de Profesionales de la Salud, siempre y cuando cumpla con los siguientes criterios: 1. Para pacientes menores de cinco (5) años; 2. Con diagnósticos de la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10 (E43 Desnutrición Proteico-Calórica Severa, no Especificada o E440 Desnutrición Proteico-Calórica Moderada).
- Se recibió donación por parte de UNICEF de Fórmula Terapéutica Lista para el Consumo (FTLC) de 1342 cajas y de F75 un total de 720 cajas, las cuales se distribuyeron en todo el territorio nacional con énfasis en los departamentos priorizados con mayores indicadores de desnutrición, con seguimiento de uso continuo desde el Ministerio de Salud y Protección Social.

- Se reciben en donación 60 equipos antropométricos por UNICEF los cuales fueron entregados a los departamentos de Cesar, Chocó, Guainía, La Guajira, Norte Santander, Risaralda, Vichada.

### Intersectoriales

- Se realizó el Curso Frontline Nutrición 2019 por parte del INS, dirigido a equipos técnicos territoriales del ICBF y profesionales nacionales del MSPS.
- Se realizó la instalación y capacitación de la plataforma de SIVIGILA de Unidad informadora en los Centros de recuperación nutricional, por parte del INS. En total se cuenta con 14 CRN notificando como Unidades Informadoras del SIVIGILA – (310 niños y niñas).
- El Ministerio de Salud y Protección Social en articulación con el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar – ICBF, y el Instituto Nacional de Salud – INS, diseñaron el Plan de Trabajo Contra la Desnutrición Ni1+, en el marco de la Gran Alianza por la Nutrición como respuesta al aumento de la tasa de mortalidad infantil por y asociada a desnutrición en los niños y niñas menores de 5 años en el 2018.
- Estas instituciones han establecido acuerdos operativos para identificar oportunamente los niños y niñas menores de 5 años con desnutrición aguda moderada y severa, asegurar su atención en salud, realizar seguimiento a su recuperación nutricional, realizar acompañamiento a las familias durante el tratamiento terapéutico cuando cuentan con servicios institucionales y garantizar el acceso a la oferta disponible en el territorio, buscando evitar recaídas.
- El Plan en mención inició en 2019 en 7 departamentos priorizados por tener las tasas más altas de mortalidad en el país (Cesar, Chocó, Guainía, La Guajira, Norte de Santander, Risaralda y Vichada), a partir del mes de octubre de ese mismo año se amplió la priorización a 11 departamentos con la inclusión de Arauca, Magdalena, Meta y Nariño. Sin embargo, todas las actividades que comprenden el Plan de trabajo son transversales y aplicables a cualquier lugar en el territorio nacional.
- De acuerdo a lo anterior, el territorio debe desarrollar acciones en torno a las siguientes líneas de acción: Fortalecer la identificación y captación de niños y niñas con desnutrición aguda, fortalecer la atención oportuna de niños y niñas con desnutrición aguda, acompañar el seguimiento a casos, apoyar la recuperación y evitar recaídas, apoyar y fomentar el desarrollo de capacidades en la identificación, atención y seguimiento de niños y niñas con desnutrición aguda, realizar acuerdos intersectoriales y de cooperación con el fin de fortalecer las acciones propuestas e incidir en otros determinantes de la situación nutricional.
- Este Plan está acorde con las metas del Plan Nacional de Desarrollo 2018 – 2022 que en el Pacto Estructural III, línea D establece “Alianza por la seguridad alimentaria y la nutrición: ciudadanos con mentes y cuerpos sanos”, y aporta de manera especial al cumplimiento del Objetivo de Desarrollo Sostenible número 2 – Hambre Cero.

### **Conclusión y Recomendaciones**

El Ministerio de Salud y Protección Social en el marco de su misionalidad ha realizado un proceso continuo de seguimiento al comportamiento de mortalidad por desnutrición aguda moderada y severa en menores de 5 años, buscando articular acciones intersectoriales que permitan abordar los determinantes sociales de la seguridad alimentaria y evitar recaídas de los niños atendidos y recuperados dando cumplimiento a la resolución 5406 de 2015. Sin embargo, cuando los niños retornan a su entorno continúan las dificultades de acceso, disponibilidad a los alimentos. Por lo anterior es importante continuar con la implementación y compromiso de los otros sectores para garantizar el mejoramiento de las condiciones de la población.

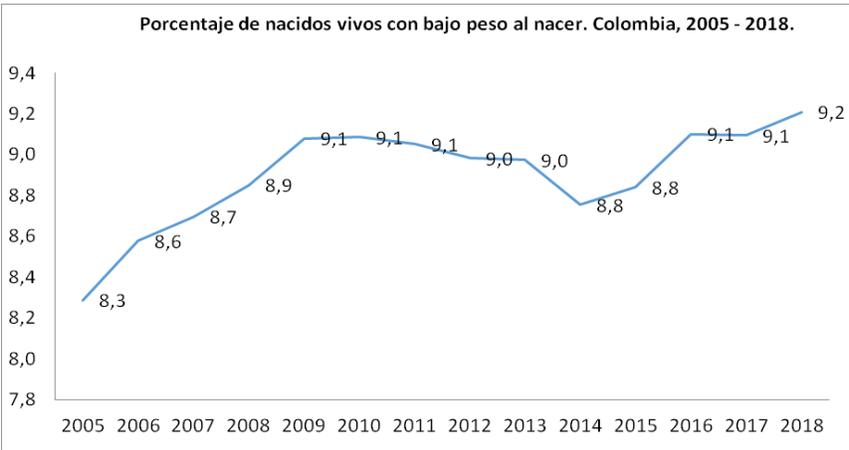
**Meta 3: A 2021, mantener en < 10% la proporción de bajo peso al nacer.**

***Indicador Porcentaje de Nacidos Vivos con Bajo Peso al Nacer***

En Colombia, para el 2018 nacieron 59.312 niñas y niños con peso menor a 2.500 gramos, lo que equivale al 9.2 % de todos los nacimientos, condición que aumenta el riesgo de morir durante los primeros meses y años de vida. El porcentaje de bajo peso al nacer en el país ha tenido una tendencia plana, sin embargo, es de anotar que el mayor porcentaje se presenta en las áreas urbanas y para el 2018, se evidencia un aumento importante en las niñas y niños cuyos padres se reconocen como Rom.

A pesar de estar cumpliendo con la meta propuesta, Bogotá, Cundinamarca, Choco, Boyacá y Nariño presentan porcentajes mayores al promedio nacional para el 2018. Siendo el Distrito Capital la entidad con mayor porcentaje de bajo peso al nacer con 13,4%.

**Gráfica 47. Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer. Colombia, 2005 - 2018.**



Fuente: Estadísticas Vitales - DANE, Consultado en la bodega de datos del SISPRO 3 de junio 2020.

**Acciones**

El país dispone desde el año 2012 de un sistema de vigilancia en salud pública del bajo peso al nacer a término que hace parte de la implementación del modelo de vigilancia del estado nutricional para la población colombiana. A través de la vigilancia las acciones se han orientado a identificar este evento de interés en salud pública, mejorar el reporte, analizar las condiciones de la situación y generar alertas para la acción específica con los agentes del sistema general de seguridad social en salud.

Desde 2019 se está implementado el Sistema de Alerta Temprana para eventos No Transmisibles (SAT-NT) de Bajo Peso al Nacer el cual emite semanalmente a las entidades territoriales, departamentos y distritos, y a las empresas administradoras de planes de beneficio - EAPB para los casos con un peso por debajo de 2 000 g., cuyo propósito es disminuir el riesgo de de morir de los recién nacidos.

La vigilancia de Bajo Peso al Nacer a Término ha permitido:

1. El seguimiento del cumplimiento de la meta mundial de reducir el bajo peso al nacer en un 30 % al año 2025 y de no aumentar la incidencia en Colombia del 10%, para mitigar el riesgo de morir en la infancia.
2. Fortalecimiento de la notificación en los 8 años de vigilancia de este evento.
3. El comportamiento nacional de la tasa de incidencia ha sido estable en los últimos años. Los departamentos con mayor tasa son Cundinamarca, Vichada, Boyacá, La Guajira y el distrito de Bogotá a semana 10 de 2020.
4. La tasa de BPNT en población no asegurada es alta con relación a las demás poblaciones, así mismo la mayor frecuencia está en los estratos 1,2 y 3.
5. El grupo de edad con mayor tasa de incidencia fue el de mujeres de 40 a 44 años.

## Conclusiones y recomendaciones

Fortalecer los mecanismos de gestión y coordinación intersectorial garantizando respuestas integrales que potencian las acciones y recursos para el cumplimiento de las metas y los resultados trazados para la disminución del bajo peso al nacer, alrededor de los objetivos comunes pactados, a fin de superar la duplicidad y desarticulación de las acciones y mejorar la eficacia de las intervenciones.

En el marco de la normatividad vigente, garantizar las Redes Integradas de Prestación de Servicios de Salud (RIPSS) con niveles de baja complejidad resolutivos y niveles de media y alta complejidad que apoye con servicios de salud especializados, garantizando el acceso efectivo y oportuno a las atenciones definidas en la Resolución 3280 de 2018.

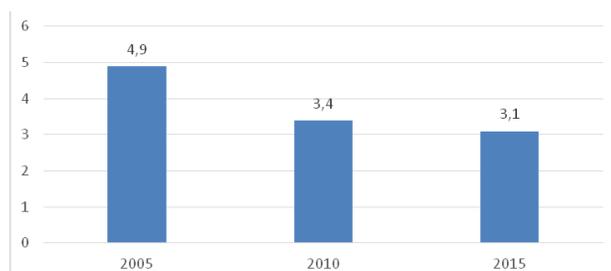
Continuar el proceso de implementación en todo el territorio nacional la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la salud en el curso de la vida y la Ruta Integral de Atención en Salud Materno – Perinatal, en el marco de las estrategias que fundamentan la Política de Atención Integral de Atención en Salud: i) Atención Primaria en Salud – APS con enfoque de salud familiar y comunitaria, ii) Gestión Integral del Riesgo en Salud, iii) enfoque de cuidado y diferencial.

**Meta 4: A 2021, 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.**

### ***Indicador Prevalencia de Desnutrición Global (bajo peso para la edad) en Menores de 5 años – Prevalencia de Desnutrición Global***

La desnutrición global en menores de 5 años ha presentado una tendencia descendente, desde el 2005, pasando de una prevalencia de 4,9 en a 3.1, es decir una disminución de 1,7 puntos porcentuales, presentando una variación del 36.7% entre el año 2005 y el 2015. Es de mencionar que la desnutrición global es la suma de los desequilibrios nutricionales y de salud pasados y recientes en un niño, ya que es un indicador nutricional que refleja alteraciones tanto del peso como de la talla, lo cual nos hace suponer, que las acciones adelantadas a la fecha han propiciado ambientes con mejores condiciones en salud para los niños y niñas en primera infancia.

**Gráfica 48. Prevalencia de desnutrición global en menores de 5 años. Colombia, 2005 – 2015.**



Fuente: Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia 2010, 2015.

## Acciones

### **Sectoriales**

- Implementación de la ruta de mantenimiento y promoción de la salud, la cual incluye acciones integrales en la promoción de alimentación saludable, fortificación casera con micronutrientes y suplementación con micronutrientes en niños y niñas menores de cinco años.
- Desarrollo de asistencias técnicas en los territorios sobre las Guías Alimentarias Basadas en Alimentos – GABAs.

- Fortalecimiento de las acciones sectoriales para la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna que se enmarquen en la Resolución 3280 de 2018 y el seguimiento a las aseguradoras y prestadores para garantizar la atención en salud.

### **Intersectoriales.**

- Desarrollo de la mesa de alimentación saludable y sostenible de la Comisión Intersectorial de Seguridad Alimentaria y Nutricional – CISAN, en la que se ha trabajado en el seguimiento a la implementación de las Guías Alimentarias Basadas en Alimentos para la población colombiana, socialización del trabajo de la mesa de nutrición infantil y del lineamiento de adquisición de alimentos saludables para los programas de apoyo alimentario a cargo del Estado.
- Seguimiento al plan contra la desnutrición y avances en el seguimiento nominal (niño a niño) de desnutrición aguda desde la CIPI.

## **Conclusión y Recomendaciones**

Los niños que tienen un bajo peso para la edad pueden tener bajo peso por dos razones diferentes. En primer lugar, pueden ser muy delgados, lo que resultaría en tener un bajo peso para la edad. Pero, en segundo lugar, pueden ser pequeños o tener retraso en el crecimiento, lo que a su vez resultaría en que tengan bajo peso para la edad. Lo cual es pertinente mencionar que las acciones realizadas en la atención a prevención de la desnutrición aguda y desnutrición crónica se articulan para abordar los indicadores de desnutrición global.

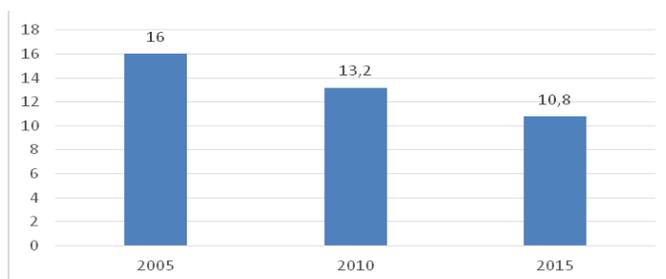
Fortalecer la visibilización de la desnutrición infantil como una enfermedad, que requiere un tratamiento médico interdisciplinario.

### ***Indicador Prevalencia de desnutrición crónica (retraso en talla para la edad) en menores de 5 años – Prevalencia de desnutrición crónica***

La desnutrición crónica o retraso en talla es el resultado de una inadecuada nutrición en los primeros años de vida acompañada de infecciones a repetición, que genera consecuencias en el desarrollo físico y cognitivo de los niños y niñas, limitando su desarrollo y potencialidad, por lo que es tenido en cuenta como un indicador de pobreza y desarrollo de los países.

En Colombia, el retraso en talla para la edad ha tenido una tendencia a la disminución desde el 2005, lo que resultado alentador para el país, es decir que ha presentado una variación del 32.5% en los últimos diez años. Según la ENSISN 2015, la prevalencia de desnutrición crónica es mayor en los niños (12,1%) que en las niñas (9,5%), según los quintiles de riqueza, la mayor prevalencia de retraso en talla se encontró en los hogares más pobres (14,2 %), así mismo, se concentra más en la zona resto (15,4%) que en las cabeceras (9,0%). A 2030, se puede suponer, se logrará cumplir la meta para este indicador.

**Gráfica 49.** Prevalencia de desnutrición crónica. Colombia, 2005 – 2015.



**Fuente:** Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia 2010, 2015.

## Acciones

### Sectoriales

Inclusión en Resolución 3280 de 2018 con las acciones de promoción y mantenimiento de la salud dirigida a la población colombiana, con la implementación de acciones poblacionales, colectivas e individuales como:

Fortalecimiento de acciones poblacionales con el desarrollo de acciones dirigidas a incidir en los procesos sociales, económicos y ambientales de la población en un territorio:

- Proceso de análisis de impacto normativo de la fortificación alimentos consumo masivo: arroz-harina trigo y maíz con el aporte de zinc, hierro, vitamina A, complejo B, y en la Sal la reducción de Yodo-y mantenimiento de Flúor.
- Promoción alimentación saludable: Guías alimentarias basadas en alimentos para gestantes, lactantes y menores de 2 años- mayores de 2 años.
- Fortalecimiento de acciones colectivas dirigidas a menores de 2 años en las cuales la lactancia materna se reitera como una de las prácticas preventivas más relevantes para patologías como IRA, EDA y desnutrición en los niños y las niñas, por lo cual se establece: Implementación de 15 Bancos de leche humana (15), fortalecimiento de salas de extracción, Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia-IAMI, acompañamiento a la implementación de Salas de la familia lactante y el proceso de análisis de impacto normativo de la Regulación sucedáneos.

Fortalecimiento de acciones individuales:

- Cuidado preconcepcional: Valoración del estado nutricional, suplementación ácido fólico, promoción de la alimentación saludable.
- Gestación: Valoración del estado nutricional, preparación para la lactancia materna y suplementación con hierro, calcio y ácido fólico.
- Parto y puerperio: Pinzamiento oportuno del cordón umbilical, contacto piel a piel, inicio temprano de la lactancia materna, consejería en lactancia materna para el egreso.
- Recién Nacido: Valoración peso, talla y perímetro cefálico, suplementación hierro, orientación alimentación madre/hijo
- Consulta de nutrición para la atención para la promoción de la alimentación y nutrición con el fin de orientar a la gestante para garantizar una alimentación y nutrición adecuada para la madre y el feto.
- Fortificación micronutrientes en polvo en niños de 6 -23 meses de edad.
- Suplementación con hierro en menores de 6 meses de edad que presenten factores de riesgo.

### Intersectoriales

Entendiendo que la desnutrición crónica es de origen estructural es importante mencionar que requiere de intervenciones importantes no solo de asistencia alimentaria sino también acciones de educación alimentaria y nutricional, vigilancia activa del estado nutricional y mejoramiento de las condiciones sociales, económicas y ambientales de la población, establecidas entre otras en los escenarios de:

- Desarrollo y seguimiento de las acciones intersectoriales para la promoción de la nutrición infantil en articulación de la Comisión Intersectorial de Primera Infancia -CIPi.
- En el marco de la mesa de nutrición de la CIPi se deben identificar e incluir las acciones para el abordaje intersectorial de la desnutrición crónica en menores de 5 años

## Conclusión y Recomendaciones

Es necesario continuar con el desarrollo de acciones intersectoriales que impliquen: garantizar acceso a alcantarillado y adecuado manejo de residuos, asegurar el acceso a agua potable, mejorar ingresos a nivel

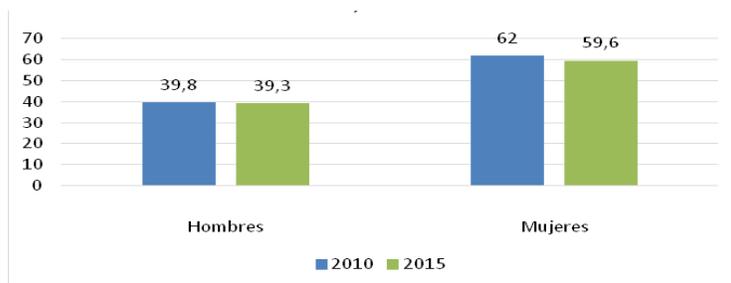
familiar, que puedan impactar en el acceso de alimentos, mejorar vías de transporte terrestre, que permitan un adecuado transporte de alimentos a menores costos, asegurar apoyo alimentario a población vulnerable, y en riesgo.

**Meta 5: A 2015, disminuir a 35,9% la prevalencia de sobrepeso y obesidad en hombres de 18 a 64 años; a 44,6% en mujeres de 18 a 64 años, y a 30,2% en mujeres de 13 a 49 años.**

#### ***Indicador Prevalencia de Obesidad – Prevalencia de Obesidad Abdominal***

La obesidad abdominal, como marcador de adiposidad visceral aumentada, influye en el desarrollo de enfermedades cardiovasculares y metabólicas. En Colombia, la prevalencia de obesidad abdominal en hombres pasó de 39,8 a 39,3 en 2015 mientras en mujeres pasó de 62 en 2010 a 59,6 en 2015, se muestra un mayor avance de este indicador en el grupo de mujeres, sin embargo, se deben realizar esfuerzos intersectoriales que permitan generar cambios significativos en este indicador para la población adulta.

**Gráfica 50. Prevalencia de obesidad abdominal. Colombia, 2010.**



Fuente: Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia 2010, 2015.

### **Acciones**

#### **Sectoriales**

En el marco de los entornos de vida cotidiana como uno de los ordenadores de las RIAS, se han hecho las siguientes acciones en el último año, las cuales se espera generen resultados para el grupo poblacional mencionado al inicio:

- Construcción de modelo de atención para las personas con riesgo cardiovascular en el entorno laboral, con acompañamiento de ASCUN y REDCUPS.
- Propuesta metodológica para la intervención de los factores de riesgo psicosocial en el entorno laboral.
- Guía de buenas prácticas para el entorno laboral.

Con respecto a los factores protectores como alimentación y actividad física también se han desarrollado acciones específicas:

- Asistencia técnica a entidades territoriales.
- Desarrollo de documentos técnicos, manuales y guías para la implementación de acciones para promover estos factores protectores en los entornos.
- En la práctica cotidiana, se ha hecho es un proceso de adaptación y adopción por parte de las entidades territoriales de estos documentos para su implementación en coherencia con el enfoque territorial. En este proceso, tanto el Ministerio de Salud y Protección como otros sectores han venido haciendo asistencia técnica con el fin de desarrollar capacidades en territorio, tanto desde cada sector como de manera coordinada en espacios intersectoriales como la CISAN (Comisión de Seguridad Alimentaria y Nutricional) y las acciones formuladas como en CONIAF (Comisión Nacional Intersectorial para la coordinación y orientación superior del fomento, desarrollo y medición de impacto de la actividad física).

- También, desde que se promulgó la ley 1355 de 2009, se celebra la Semana de los Estilos de Vida Saludable en septiembre de cada año con actividades de divulgación tanto en el nivel nacional como en el nivel territorial. Desde el nivel nacional se envían directrices no solo desde el sector salud sino de otros sectores como deportes, entre otros.
- Construcción del documento de análisis de impacto normativo en la temática de etiquetado nutricional y frontal, el cual finalizó con 2 consultas públicas; la primera en el mes de abril 2019, en cuanto a la definición del problema y la segunda en el mes de marzo de 2020, con el informe final. Este documento analizó la problemática frente a la información nutricional presentada en los alimentos envasados en Colombia, se establecieron 3 alternativas de solución, de las cuales la que tuvo mejor relación costo-beneficio para el país, fue la regulación, lo cual dio soporte para la construcción de la normativa.
- Formulación de la actualización de la Resolución 333 de 2011, en cuanto a la revisión de los parámetros técnicos, tales como: declaraciones de propiedades nutricionales y de salud, perfil de nutrientes para establecer el etiquetado frontal, rangos de fortificación para los diferentes micronutrientes, tamaño y forma de la tabla nutricional.
- Finalización y publicación del informe final del análisis de impacto normativo que soporta la formulación del proyecto por el cual se definen los contenidos máximos de sodio en alimentos priorizados, el cual se puede consultar en el siguiente link: <https://www.minsalud.gov.co/Normativa/Paginas/analisis-de-impacto-normativo.aspx>.
- Recepción, análisis y construcción de respuestas de la consulta pública internacional del proyecto normativo por el cual se definen los contenidos máximos de sodio en alimentos priorizados, la cual se desarrolló desde el 26 de julio hasta el 1 de noviembre de 2019, se recibieron 284 comentarios de 22 entidades. Una vez analizados los comentarios, se realizó ajuste al proyecto normativo, el cual se encuentra actualmente en trámite de abogacía de la competencia en la Superintendencia de Industria y Comercio.
- Socialización del policy brief sobre “obesidad infantil: una amenaza silenciosa”, en el espacio de diálogos en salud del 5 de junio de 2019. Este documento analizó la problemática de la obesidad infantil en Colombia y propuso 2 opciones de política: la regulación de la publicidad para menores de edad y la generación de impuestos para los alimentos con altos contenidos de sodio, grasas y azúcares añadidos. Se encuentra en el siguiente link: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PES/resumen-politica-obesidad-infantil-amenaza-silenciosa.pdf>
- Construcción del documento de definición del problema del análisis de impacto normativo en la temática de grasas trans, la cual pretende soportar el ajuste a la Resolución 2508 de 2012, por la cual se definen los requisitos que deben cumplir los alimentos con grasas trans y grasas saturadas.

### **Intersectoriales**

- Lineamiento Operativo para la promoción de un entorno laboral formal saludable.  
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/entorno-laboral-saludable-2018.pdf>
- Se trabajó en la consolidación del Lineamiento Operativo para la promoción de un entorno laboral formal saludable, este proceso se desarrolló de manera conjunta con el Ministerio del Trabajo y Función Pública. Este lineamiento se ha piloteado en ocho Entidades Territoriales, en donde se incluyen organizaciones como gobernaciones, el Ministerio de Salud y Protección Social, entre otras.
- Este lineamiento incluye intervenciones para la promoción de alimentación saludable y la práctica de la actividad física como factores protectores en prevención de sobrepeso y la obesidad y las condiciones crónicas no transmisibles.
- Gestión y desarrollo de la submesa de alimentación saludable y sostenible de la CISAN, la cual ha tenido 7 sesiones, desde septiembre de 2019 a junio 2020. Como resultado de esta submesa, se cuenta con documento con objetivos, alcance y consolidación de acciones de alimentación saludable de todas las

entidades que participan de la submesa. Para inicios del 2020, se construyó el plan de acción para el año en curso. Hasta el momento, se ha trabajado en el seguimiento a la implementación de las Guías Alimentarias Basadas en Alimentos para la población colombiana, socialización del modelo de rentabilidad de tienda escolar saludable, socialización del trabajo de la mesa de nutrición infantil y del lineamiento de adquisición de alimentos saludables para los programas de apoyo alimentario a cargo del Estado.

- Participación en el comité técnico de la estrategia de estilos de vida saludable, en la cual participa: Ministerio de Educación Nacional, Unicef, Red Papaz y Ministerio del Deporte, la cual trabaja en instituciones educativas de territorios con altas prevalencias de exceso de peso y se desarrollan acciones en 3 ejes: alimentación saludable, actividad física e higiene. En este comité se ha actualizado la caja de herramientas, la cual contiene material didáctico para la comunidad educativa, en cuanto a los 3 ejes de la estrategia y se ha propuesto una hoja de ruta para dar continuidad a la estrategia en otros territorios.

### **Conclusión y Recomendaciones**

Se recomienda incluir indicadores de gestión y resultados, mucho más precisos con respecto a las acciones intersectoriales sin enunciar programas específicos sino acciones macro que trasciendan la coyuntura política con metas e indicadores más cercanos a la realidad de lo que se puede hacer sobre todo con otros sectores. Falta de reconocimiento del sobrepeso y la obesidad como una condición multicausal que requiere de un paquete de intervenciones integrales que propendan a crear entornos saludables a fin de que el individuo pueda ejercer su derecho a la alimentación saludable y a la práctica de actividad física.

Se recomienda un análisis a profundidad de los resultados de la Encuesta de la Situación Alimentaria y Nutricional – 2015, a fin de revisar la ingesta de alimentos procesados vs los alimentos naturales y frescos, su relación con los nutrientes de interés en salud pública que se relacionan con el exceso de peso y las enfermedades no transmisibles.

Se recomienda dar continuidad a la formulación e implementación de políticas en torno a la regulación de etiquetado frontal, tiendas escolares saludables, impuestos saludables y regulación de la publicidad como un paquete de medidas de prevención y de generación de un entorno saludable, en aras de mejorar el acceso a los alimentos naturales y a mejorar la información que se le brinda al consumidor sobre los alimentos procesados y sus respectivos contenidos de nutrientes de interés en salud pública (sodio, azúcares libres, grasas saturadas y trans).

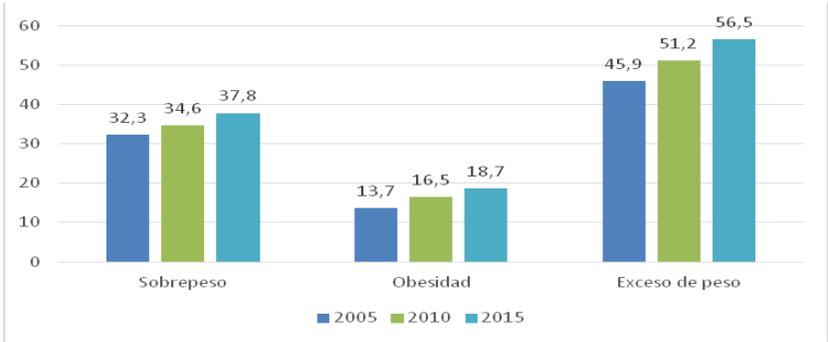
Continuar con la implementación de la estrategia nacional de reducción de consumo de sal/sodio y al plan de eliminación de grasas trans y reducción de consumo de grasas saturadas en Colombia.

Mejorar la implementación de las Guías Alimentarias Basadas en Alimentos para la población colombiana a nivel territorial, con la inclusión de nuevas estrategias de información y comunicación, dando alcance a las costumbres y visiones de cada territorio.

Es importante prevenir y realizar actividades de promoción desde edades tempranas, para disminuir el exceso de peso en los adultos.

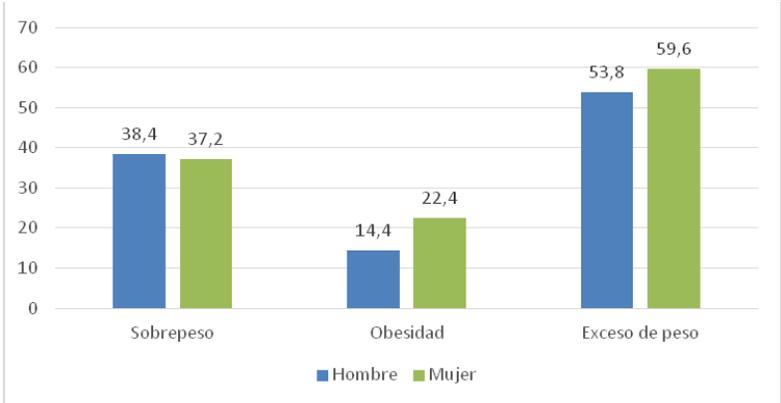
En el PDSP, se cuenta con una meta que es la reducción del exceso de peso en los adultos, no es indicador de esta meta la obesidad abdominal. En este sentido, se sugiere que para este apartado se tomen en cuenta las siguientes gráficas, de los resultados generales ENSIN 2015 para el grupo poblacional entre los 18 y 64 años como lo sugiere la meta enunciada arriba.

**Gráfica 51. Prevalencia de exceso de peso en población de 18 a 64 años.**



Fuente: Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia 2005, 2010, 2015.

**Gráfica 52. Prevalencia de exceso de peso por sexo población de 18 a 64 años**

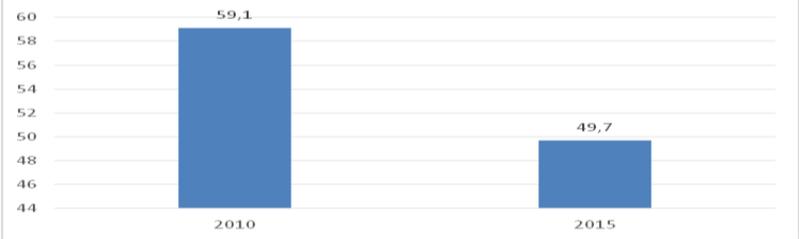


Fuente: Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia 2005, 2010, 2015.

**Indicador Prevalencia de Obesidad y Sobrepeso en Mujeres de 13 a 49 años.**

La prevalencia de exceso de peso en mujeres entre los 13 a 49 años, presenta una tendencia descendente, observándose una prevalencia de exceso de peso en el 2015 de 49,7%, 9,4 p.p por debajo de lo reportado en el 2010. Es de mencionar que, de todos los grupos de edad analizados por los indicadores antropométricos, fue el único que mostró una reducción significativa en el exceso de peso.

**Gráfica 53. Prevalencia de exceso de peso en mujeres de 13 – 49 años. Colombia 2010 – 2015.**



Fuente: Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia 2010, 2015.

**Acciones**

**Sectoriales**

- Desarrollo de capacidades a EPS e IPS para realizar la detección temprana del riesgo cardiovascular y metabólico, a partir de la cual se detecta entre otros el índice de masa corporal de la población mayor de

18 años y se gestiona el riesgo individual a partir del riesgo encontrado, de acuerdo a lo establecido en la RIA de promoción y mantenimiento de la salud

- Desarrollo del aplicativo APP conoce tu riesgo peso saludable, a partir de la cual se detecta entre otros el índice de masa corporal de la población mayor de 18 años y se gestiona el riesgo individual a partir del riesgo encontrado.
- Construcción del documento de análisis de impacto normativo en la temática de etiquetado nutricional y frontal, el cual finalizó con 2 consultas públicas; la primera en el mes de abril 2019, en cuanto a la definición del problema y la segunda en el mes de marzo de 2020, con el informe final. Este documento analizó la problemática frente a la información nutricional presentada en los alimentos envasados en Colombia, se establecieron 3 alternativas de solución, de las cuales la que tuvo mejor relación costo-beneficio para el país, fue la regulación, lo cual dio soporte para la construcción de la normativa.
- Formulación de la actualización de la Resolución 333 de 2011, en cuanto a la revisión de los parámetros técnicos, tales como: declaraciones de propiedades nutricionales y de salud, perfil de nutrientes para establecer el etiquetado frontal, rangos de fortificación para los diferentes micronutrientes, tamaño y forma de la tabla nutricional.
- Finalización y publicación del informe final del análisis de impacto normativo que soporta la formulación del proyecto por el cual se definen los contenidos máximos de sodio en alimentos priorizados, el cual se puede consultar en el siguiente link: <https://www.minsalud.gov.co/Normativa/Paginas/analisis-de-impacto-normativo.aspx>.
- Recepción, análisis y construcción de respuestas de la consulta pública internacional del proyecto normativo por el cual se definen los contenidos máximos de sodio en alimentos priorizados, la cual se desarrolló desde el 26 de julio hasta el 1 de noviembre de 2019, se recibieron 284 comentarios de 22 entidades. Una vez analizados los comentarios, se realizó ajuste al proyecto normativo, el cual se encuentra actualmente en trámite de abogacía de la competencia en la Superintendencia de Industria y Comercio.
- Socialización del policy brief sobre “obesidad infantil: una amenaza silenciosa”, en el espacio de diálogos en salud del 5 de junio de 2019. Este documento analizó la problemática de la obesidad infantil en Colombia y propuso 2 opciones de política: la regulación de la publicidad para menores de edad y la generación de impuestos para los alimentos con altos contenidos de sodio, grasas y azúcares añadidos. Se encuentra en el siguiente link: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PES/resumen-politica-obesidad-infantil-amenaza-silenciosa.pdf>
- Construcción del documento de definición del problema del análisis de impacto normativo en la temática de grasas trans, la cual pretende soportar el ajuste a la Resolución 2508 de 2012, por la cual se definen los requisitos que deben cumplir los alimentos con grasas trans y grasas saturadas.

### **Intersectoriales**

- Sector gastronómico: se formuló y validó de la propuesta operativa para la promoción de la alimentación saludable en el sector gastronómico. Se cuenta con la herramienta de promoción de la alimentación saludable en el sector, incluyendo cada una de las fases de compra y preparación de alimentos, con actividades direccionadas a producir comidas saludables. Cada etapa cuenta con una semaforización de los procesos de tal manera que quien administre el restaurante pueda aplicarla y establecer que procesos realiza de manera correcta, cuales se compromete ajustar y aquellos que debe empezar a implementar.
- Gestión y desarrollo de la submesa de alimentación saludable y sostenible de la CISAN, la cual ha tenido 7 sesiones, desde septiembre de 2019 a junio 2020. Como resultado de esta submesa, se cuenta con documento con objetivos, alcance y consolidación de acciones de alimentación saludable de todas las entidades que participan de la submesa. Para inicios del 2020, se construyó el plan de acción para el año en curso. Hasta el momento, se ha trabajado en el seguimiento a la implementación de las Guías Alimentarias Basadas en Alimentos para la población colombiana, socialización del modelo de rentabilidad

de tienda escolar saludable, socialización del trabajo de la mesa de nutrición infantil y del lineamiento de adquisición de alimentos saludables para los programas de apoyo alimentario a cargo del Estado.

- Participación en el comité técnico de la estrategia de estilos de vida saludable, en la cual participa: Ministerio de Educación Nacional, Unicef, Red Papaz y Ministerio del Deporte, la cual trabaja en instituciones educativas de territorios con altas prevalencias de exceso de peso y se desarrollan acciones en 3 ejes: alimentación saludable, actividad física e higiene. En este comité se ha actualizado la caja de herramientas, la cual contiene material didáctico para la comunidad educativa, en cuanto a los 3 ejes de la estrategia y se ha propuesto una hoja de ruta para dar continuidad a la estrategia en otros territorios.

### Conclusión y Recomendaciones

Incrementar la detección temprana del riesgo cardiovascular y metabólico mediante la implementación de la RIA de promoción y mantenimiento de la salud en los mayores de 18 años desde los servicios de salud.

Incrementar la identificación de los factores de riesgo comportamental y promover los factores protectores como la alimentación sana, control del consumo de tabaco y el consumo abusivo del alcohol desde los servicios de salud.

Coordinar entre la entidad territorial y los aseguradores y su red de prestadores para mejorar la detección temprana que permita captar las personas mayores de 18 años con exceso de peso y gestionar de manera oportuna el riesgo individual y colectivo para evitar estadios más avanzados de la enfermedad.

Las entidades departamentales, municipales y distritales de salud deben generar y comunicar alertas en caso de incumplimiento de las RIAS para el caso detección temprana del riesgo cardiometabólico en mayores de 18 años y de la aplicación de la gestión oportuna del riesgo a las personas tamizadas.

Desarrollar capacidades del talento humano, la gestión del conocimiento y la investigación de utilidad para la formulación, implementación y seguimiento a las políticas.

Falta de reconocimiento del sobrepeso y la obesidad como una condición multicausal que requiere de un paquete de intervenciones integrales que propendan a crear entornos saludables a fin de que el individuo pueda ejercer su derecho a la alimentación saludable y a la práctica de actividad física.

Se recomienda un análisis a profundidad de los resultados de la Encuesta de la Situación Alimentaria y Nutricional – 2015, a fin de revisar la ingesta de alimentos procesados vs los alimentos naturales y frescos, su relación con los nutrientes de interés en salud pública que se relacionan con el exceso de peso y las enfermedades no transmisibles.

Se recomienda dar continuidad a la formulación e implementación de políticas en torno a la regulación de etiquetado frontal, tiendas escolares saludables, impuestos saludables y regulación de la publicidad como un paquete de medidas de prevención y de generación de un entorno saludable, en aras de mejorar el acceso a los alimentos naturales y a mejorar la información que se le brinda al consumidor sobre los alimentos procesados y sus respectivos contenidos de nutrientes de interés en salud pública (sodio, azúcares libres, grasas saturadas y trans).

Continuar con la implementación de la estrategia nacional de reducción de consumo de sal/sodio y al plan de eliminación de grasas trans y reducción de consumo de grasas saturadas en Colombia.

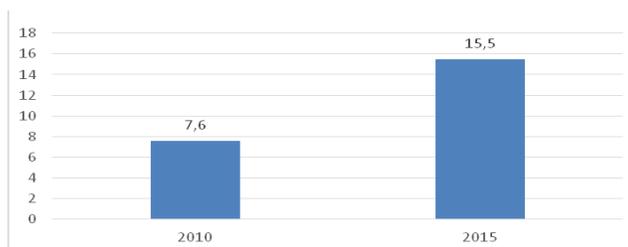
Mejorar la implementación de las Guías Alimentarias Basadas en Alimentos para la población colombiana a nivel territorial, con la inclusión de nuevas estrategias de información y comunicación, dando alcance a las costumbres y visiones de cada territorio.

**Meta 6:** A 2015, reducir a 20% la anemia en mujeres de 13 a 49 años, en las áreas urbanas y rurales.

#### **Indicador Prevalencia de Anemia – Prevalencia de Anemia en Mujeres de 13 a 49 años sin Embarazo**

Como se observa en la gráfica, la prevalencia de anemia en mujeres en edad fértil aumentó considerablemente, respecto al año 2010. Si bien, estamos por debajo de la meta esperada, en cerca de 5 puntos porcentuales, es necesario continuar adelantando acciones que permitan disminuir la prevalencia de anemia en mujeres en edad fértil.

Gráfica 54. Prevalencia de anemia en mujeres de 13 a 49 años sin embarazo



Fuente: Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia 2010, 2015.

### Acciones

**Sectoriales:** Socialización de las Guías alimentarias para la población colombiana como instrumento de educación en alimentación saludable, que incluyen temas como la importancia del consumo de alimentos fuente de hierro con el fin de prevenir la anemia

**Intersectoriales:** Seguimiento a la implementación de las GABAS por parte de cada una de las instituciones de la mesa de alimentación saludable y sostenible de la CISAN.

### Conclusión y Recomendaciones

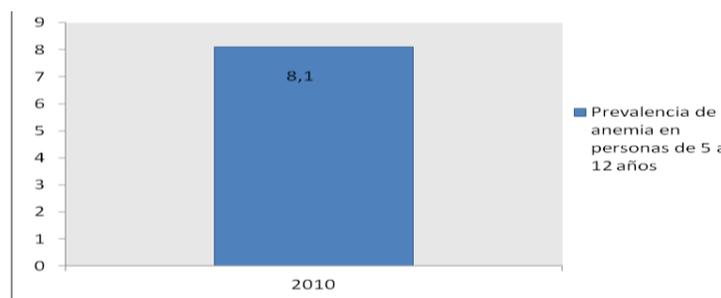
- Estimular el consumo de alimentos ricos en hierro mediante la educación nutricional en las instituciones de salud, teniendo en cuenta como guía y soporte las Guías Alimentarias para la población colombiana
- Fortalecer en las asistencias técnicas a las entidades territoriales de medidas como: la garantía a agua segura, saneamiento básico, promoción del lavado de manos con el fin de contribuir a la prevención de las infestaciones parasitarias.
- Fortalecer con los aseguradores y las IPS el tratamiento de la anemia en mujeres de 13 a 40 años sin embarazo.
- Fortalecer las acciones sectoriales enmarcadas en la Resolución 3280 de 2018 y realizar seguimiento a las aseguradoras y a las instituciones de salud para garantizar las atenciones en nutrición a las mujeres de 13 a 40 años sin embarazo.
- Activar y desarrollar efectivamente las acciones contempladas en la estrategia nacional para la prevención y control de las Deficiencias de micronutrientes en Colombia 2014-2021, enfocada en diversificación de la alimentación, fortificación y biofortificación

**Meta 7: Reducir el promedio de escolares entre 5 y 12 años con anemia nutricional; a 32 % en 2012 y a 23,9 % en 2015.**

#### **Indicador Prevalencia de Anemia – Prevalencia de Anemia en Personas de 5 a 12 Años.**

En la grafica, se observa una variación significativa en la prevelancia de anemia de niños y niñas de 5 a 12 años, sin embargo, es de mencionar que al revisar las prevalencias por edades simples, se evidencia que los niños y niñas de 5 años tienen una prevalencia de 15,5%, que es aproximadamente 3 veces mayor que los niños y niñas de 10, 11 y 12 años, que es de 5,2%, 4,5% y 4,9% respectivamente.

Gráfica 55. Prevalencia de anemia en personas de 5 a 12 años. Colombia, 2010.



Fuente: Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia 2010, 2015.

### Acciones

#### Sectoriales

- Acompañamiento técnico al programa de alimentación PAE, para evaluar procesos de adquisición y preparación de alimentos saludables.
- Socialización de las Guías Alimentarias para la población colombiana y asistencia técnica virtual en Boyacá, Huila, Cauca, Chocó, Nariño, Valle, Bolívar, Atlántico y Cundinamarca.
- Acompañamiento técnico a la implementación territorial de las Guías Alimentarias para la población colombiana que tuvo como producto la adecuación diferencial en Guapi – Cauca.

#### Intersectoriales

Gestión y desarrollo de la submesa de alimentación saludable y sostenible de la CISAN, la cual ha tenido 7 sesiones, desde septiembre de 2019 a junio 2020. Como resultado de esta submesa, se cuenta con documento con objetivos, alcance y consolidación de acciones de alimentación saludable de todas las entidades que participan de la submesa. Para inicios del 2020, se construyó el plan de acción para el año en curso. Hasta el momento, se ha trabajado en el seguimiento a la implementación de las Guías Alimentarias Basadas en Alimentos para la población colombiana, socialización del modelo de rentabilidad de tienda escolar saludable y del lineamiento de adquisición de alimentos saludables para los programas de apoyo alimentario a cargo del Estado.

### Conclusión y Recomendaciones

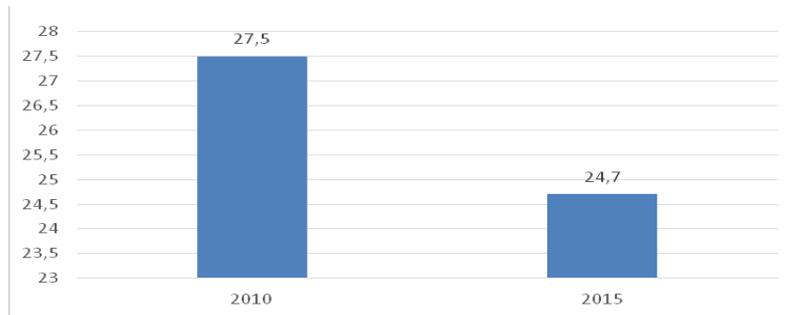
- En el marco de la mesa de alimentación saludable y sostenida de la CISAN y la mesa de nutrición de la CIPI se deben identificar y fortalecer las capacidades para el trabajo intersectorial y las alianzas estratégicas, así como el posicionamiento y empoderamiento por parte de los actores para el abordaje intersectorial de la anemia nutricional en niños de 5 a 12 años.
- Fortalecer las acciones de identificación y tratamiento de la anemia nutricional en niños de 5 a 12 años enmarcadas en la Resolución 3280 de 2018 y realizar seguimiento a las aseguradoras y a las instituciones de salud para garantizar las atenciones en nutrición.
- Fortalecer en las asistencias técnicas a las entidades territoriales de medidas como la garantía el agua segura, saneamiento básico, promoción del lavado de manos con el fin de contribuir a la prevención de las infestaciones parasitarias.
- Reactivar las reuniones y acciones intersectoriales y sectoriales contempladas en estrategia nacional para la prevención y control de las Deficiencias de micronutrientes en Colombia 2014-2021, enfocada en diversificación de la alimentación, fortificación, biofortificación y desparasitación para el cumplimiento de la meta de reducir el promedio de escolares entre 5 y 12 años con anemia nutricional

**Meta 8: A 2015, reducir a 20 % la anemia en niños y niñas menores de cinco años.**

**Indicador Prevalencia de anemia – Prevalencia de anemia en personas de 6 a 59 meses.**

En relación a la prevalencia de anemia en niños menores de cinco años, se evidencia una disminución de cerca de 3 puntos porcentuales, entre el 2010 y el 2015, sin embargo, se observa que no se alcanzó la meta propuesta.

**Gráfica 56. Prevalencia de anemia en personas 6 a 59 meses, Colombia, 2010.**



Fuente: Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia 2010, 2015.

## Acciones

### Sectoriales

- Fortalecimiento de la Estrategia Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia Integral especialmente en las acciones de fortalecimiento de la práctica de la lactancia materna y el adecuado inicio de la alimentación complementaria. A la fecha de cuenta con 525 IPS en el país en proceso de implementación y 124 certificadas a nivel nacional.
- Proceso de actualización del Curso de Consejería en alimentación del lactante y construcción con el SENA de este curso en el cual se fortalecen de forma práctica y presencial temas relacionados con inicio, calidad, cantidad, textura de los alimentos para el adecuado inicio de la alimentación complementaria.
- Socialización y seguimiento a la implementación las Guías alimentarias para la población colombiana para gestantes y menores de 2 años como instrumento de educación en alimentación saludable.
- Fortalecimiento de las acciones enmarcadas en la Resolución 3280 de 2017, que incluyen los micronutrientes en polvo.
- Construcción de las orientaciones técnicas dirigidas a las Entidades territoriales, Entidades Administradoras de Planes de Beneficio, Entidades Obligadas a Compensar, los Regímenes de excepción, los Regímenes Especiales, las Instituciones Prestadoras de Salud, para la implementación de la Ruta Integral de Atención para población con riesgo o presencia de alteraciones nutricionales.

**Intersectoriales:** Articulación intersectorial con la Gran Alianza por la nutrición de presidencia de la república para el desarrollo de acciones para la prevención de la anemia en la primera infancia, donde se proyecta que el Ministerio de Salud y Protección Social apoyará técnicamente en desarrollo de un curso virtual con el SENA para la prevención de la anemia nutricional en menores de 5 años.

## Conclusión y Recomendaciones

- Fortalecer las acciones sectoriales que se enmarquen en la Resolución 3280 de 2017 y realizar seguimiento a las aseguradoras y a las instituciones de salud para garantizar la atención en salud para las atenciones como la entrega de micronutrientes en polvo.
- Desarrollo y seguimiento de las acciones intersectoriales para la promoción de la nutrición infantil en articulación de la Comisión Intersectorial de Primera Infancia -CIPI.

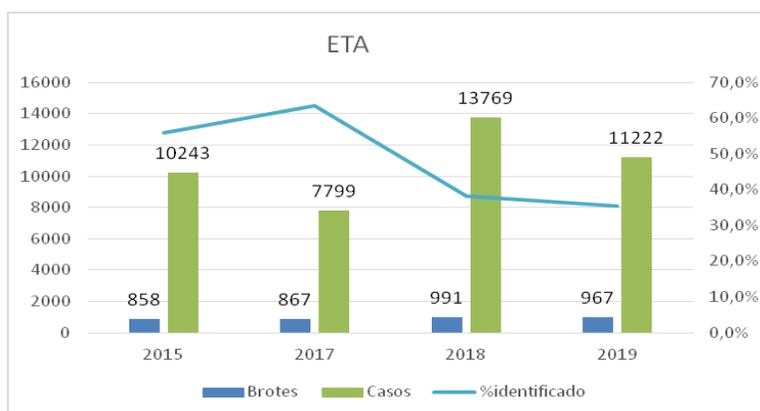
- En el marco de la mesa de nutrición de la CIPI se deben identificar e incluir las acciones para el abordaje intersectorial de la anemia nutricional en menores de 5 años
- Hacer acompañamiento técnico y seguimiento a las entidades territoriales, aseguradoras e instituciones prestadoras de servicios de salud en la implementación de la ruta integral de atención de alteraciones nutricionales.
- Fortalecer las acciones intersectoriales y sectoriales contempladas en estrategia nacional para la prevención y control de las Deficiencias de micronutrientes en Colombia 2014-2021, enfocada en diversificación de la alimentación y micronutrientes en polvo.

**Meta 9: A 2021, lograr el 75% de notificación inmediata al Sivigila, con agente etiológico identificado en alimentos de mayor consumo, para los brotes de enfermedades transmitidas por alimentos ETA.**

**Indicador Porcentaje de brotes de ETA con identificación de agentes patógenos en muestra biológicas, alimentos y superficies / ambientales.**

Desde el 2015, el comportamiento de brotes y casos de enfermedades transmitidas por alimentos (ETA) ha variado, siendo en 2018 el año en que se han presentado más casos. Se debe continuar con la identificación del agente patógeno porque se presenta una disminución desde el 2017, esto es importante para poder determinar la cadena de transmisión.

**Gráfica 57. Comportamiento de la Vigilancia de Enfermedades Transmitidas por alimentos (ETA)**



Fuente: Informes finales de evento INS – 2015, 2017-2019.

## Acciones

### Sectoriales

- Acciones de Inspección, vigilancia y control del Invima y las Entidades Territoriales de Salud: Informe trimestral sobre las acciones de inspección, vigilancia y control de alimentos y bebidas – grupo técnico de vigilancia epidemiológica – Dirección de alimentos y bebidas.
- Activación del grupo funcional de ETA del Ministerio de Salud y Protección Social: En atención a que el seguimiento a las enfermedades transmitidas por alimentos es realizado por diferentes áreas del Ministerio de Salud y Protección Social y que en el año 2019 hubo vinculación de personal de carrera administrativa en algunas de estas áreas, se vio la necesidad de coordinar todos los esfuerzos e información para definir acciones que conlleven a la mejora de la eficacia del sistema de notificación, así como a determinar acciones de prevención y control en el marco del plan de IVC.

Las actividades adelantadas entre enero y marzo de 2020 fueron: Revisión del proceso de notificación de ETA para determinar opciones de mejora, revisión de informes de notificación de ETA para identificación

de falencias, revisión del lineamiento técnico para la gestión integrada de las Enfermedades Transmitidas por Alimentos-ETA.

- Seguimiento a brote de hepatitis A.
- Actividades día de la inocuidad: Con motivo del día mundial de la inocuidad celebrado el 7 pasado de junio, Colombia se vinculó a las actividades promovidas por el Codex Alimentarius, con información que divulgó el Invima a través de redes sociales y una serie de webinars organizados por el Ministerio de Salud y Protección Social en los siguientes temas:

**Buenas Prácticas Agrícolas y su contribución con la calidad e inocuidad de los alimentos.** Organización de la Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. Joao Intini, Oficial de Políticas de la Regional de FAO, para América Latina y el Caribe FAORLC.

**Panel en Inocuidad: Así trabaja la industria para que los alimentos lleguen seguros a tu hogar.** Asociación Nacional de Empresarios de Colombia (ANDI). Dr. Camilo Montes, director de la Cámara de Alimentos.

**Venta de animales en plazas de mercado.** Organización Panamericana de la Salud, Dra. Margarita Corrales, Especialista en Seguridad Alimentaria y Laboratorio de Alimentos.

**La gestión de la inocuidad con enfoque de cadena.** Estrategias articuladoras sustentables. Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura. Dra. Ana María Cordero, directora del Programa de Sanidad Agropecuaria e Inocuidad de Alimentos.

El objetivo de estas webinars, además de apoyar la celebración del Día de la Inocuidad de los Alimentos, fue fomentar la confianza en la inocuidad del suministro de alimentos, ya que fue un evento abierto al público, y promover una mayor conciencia y comprensión de las cuestiones de inocuidad de los alimentos.

### Intersectoriales

**Trabajo intersectorial con Ministerio de Educación en el marco del Plan de Alimentación Escolar (PAE):** Durante el segundo semestre del 2019 se consolidó la construcción de la circular conjunta con el Ministerio de Educación, a fin de definir las directrices para la articulación y coordinación de las actividades de ambos sectores en cada etapa del desarrollo del Programa de Alimentación Escolar, según las competencias. De igual forma, se desarrolló un Manual para la prevención y manejo de los brotes de ETA en el PAE que involucra a todos los actores de interés, definiendo acciones concretas para la prevención y la reacción inmediata en caso de llegar a presentarse. Ambos documentos se encuentran en revisión por parte de la Unidad Administrativa Especial de Alimentación Escolar: Alimentos para Aprender.

**Diagnóstico Participativo de la Contraloría General de la Nación:** Se participó en la mesa de diálogo nacional que vinculó a diferentes sectores de interés en el desarrollo, gestión y vigilancia de los dineros públicos y los procesos de administración pública del Programa de Educación Escolar (PAE). El Ministerio de Salud y Protección Social realizó los aportes correspondientes en el eje de Calidad e inocuidad, a partir del diagnóstico realizado por la Contraloría General, la Universidad Nacional y la RedUVA que permitió identificar algunas causas estructurales que se manifiestan como Enfermedades Transmitidas por Alimentos en el (PAE), asociadas principalmente a las deficiencias de infraestructura y equipamiento de los restaurantes escolares y la dificultad de ejercer control sobre los operadores.

**Definición de la Política Pública de Alimentación Escolar Ministerio de Educación Nacional y Programa Mundial de Alimentos:** Se participó en el taller sobre escenarios de articulación del PAE en el marco de la construcción de la Política Pública de Alimentación Escolar, durante el cual se realizaron aportes en el eje de calidad e inocuidad desde la perspectiva de las regiones. Se espera continuar participando en las siguientes fases de la definición de esta política cuando el MEN las convoque.

**Actividades para ETA en establecimientos para Población Privada de la Libertad:** Participación en el taller local “Criterios para estándares técnicos en infraestructuras penitenciarias”, con funcionarios del Ministerio de Justicia y Derecho, INPEC, USPEC y del Comité Internacional de la Cruz Roja CICR, para definir criterios de gestión técnicos para el diseño de los sectores funcionales de salud y rancho.

**Acción adelantada con el IICA:** Gestión con el Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura – IICA, para el desarrollo de un Focus Forward del proceso de elaboración del Plan de Inspección, Vigilancia y Control de los riesgos del consumo de alimentos.

## Conclusión y Recomendaciones

De acuerdo con la revisión de los informes de notificación de ETA enviados por los entes territoriales de salud, se evidencia la necesidad de establecer mecanismos de apoyo y desarrollo de capacidades para los funcionarios que los diligencian, con el fin de unificar criterios y poder obtener un mayor beneficio para el sistema de información de las ETA con esta herramienta.

Aunque se mantiene una comunicación fluida con el Ministerio de Salud en torno al seguimiento de los eventos de ETA en el marco del PAE, de acuerdo con el diagnóstico realizado por la Contraloría, el 35% de las falencias de este programa corresponden al eje de Calidad e inocuidad, asociadas principalmente a los problemas de infraestructura y equipamiento de los colegios para poder prestar adecuadamente el servicio, y a los problemas de control de los operadores para el suministro de raciones de acuerdo con las cantidades y requisitos nutricionales y de inocuidad establecidos en las minutas. Se recomienda trabajar en alternativas de articulación con el MEN en torno a los temas causales identificados a partir del diagnóstico.

Una vez sean aprobados la circular conjunta y el manual de prevención para las ETA en el Plan de Alimentación Escolar, se deben generar las estrategias de divulgación, implementación y seguimiento en ambos sectores.

### 2.2.1.5. Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos

El Plan Decenal de Salud Pública definió 24 metas para la dimensión, de las cuales 15 (62.5%) fueron categorizadas como metas de resultado y 9 (37.5%) como metas de gestión. Las 24 metas tienen asociados el mismo número de indicadores.

**Avance general de las metas de la dimensión:** En cuanto al avance del cumplimiento de metas se observa que el 70.83% (17 metas) se encuentran en un rango de avance "Muy bueno", el 4.17% (1 meta) reporta un avance "Bueno", el 8.33% (2 metas) un avance "En riesgo" y el 16.66% (4 metas) no reportan información o no cuentan con medición cuantitativa.

**Avance de las metas de gestión:** De acuerdo a la información reportada en el portal web de gestión del PDSP, el 44.44% de las metas de gestión (4 metas) alcanzó un rango de avance "Muy bueno", el 22.22% (2 metas) un avance "Bueno", el 22.22% (2 metas) un avance "En riesgo" y el 11.11% restante (1 meta) un avance "Crítico" Anexo 9).

**Avance de las metas de resultado:** El avance de cumplimiento de las metas de resultado muestra que el 53.33% (8 metas) se encuentra en un rango "Muy bueno", el 6.67% (1 meta) reporta un avance "Bueno", el 13.33% (2 metas) un avance "En riesgo" y el restante 26.67% (4 meta) no reportan avance o no cuentan con medición (Anexo 10).

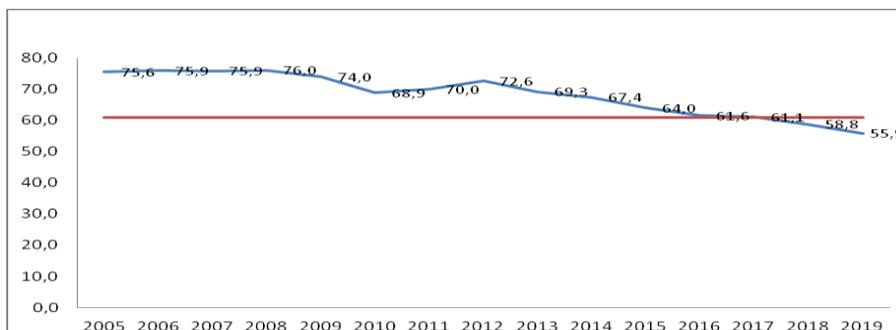
Con este panorama, a continuación se presenta la tendencia de los indicadores asociados a las metas de resultado, las acciones adelantadas para contribuir con el cumplimiento de las mismas, así como las principales conclusiones y recomendaciones técnicas derivadas del proceso de análisis.

**Meta 1: A 2021, disminuir a 61 por 1.000 la tasa específica de fecundidad en mujeres adolescentes de 15 a 19 años.**

**Indicador Tasa específica de fecundidad en mujeres de 15 a 19 años.**

Entre el año 2012 y 2019 en Colombia se han registrado 1.084.063 nacimientos en mujeres de 15 a 19 años. La Tasa de fecundidad en adolescentes de 15 a 19 años que se encontraba en el 2012 en 70 nacimientos por cada 1000 mujeres, pasó en el año 2019 a 55.9 nacimientos por cada 1000 mujeres de este grupo de edad, con una tendencia hacia el descenso.

**Gráfica 58. Tasa específica de fecundidad en mujeres de 15 a 19 años, Colombia, 2005-2019.**



Fuente: Estadísticas Vitales. Bodega de datos de SISPRO. Fecha de consulta: abril de 2020.

**Acciones**

**Sectoriales**

- Se logró desarrollar capacidades en el talento humano para la atención integral y de calidad a adolescentes y jóvenes, a través de la implementación de las rutas integrales de atención en salud (Res.3280 de 2018), especialmente la ruta de promoción y mantenimiento de la salud y la ruta materno perinatal. También se capacito en los estándares globales de la OMS para mejorar la calidad de los servicios de salud para adolescentes.
- Se fortaleció la oferta y acceso efectivo a los servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes con enfoque de derechos, de género y diferencial, a través del posicionamiento de la estrategia de servicios de salud amigables para adolescentes, y de la implementación de proyectos de fortalecimiento a los servicios de atención primaria en salud.

**Intersectoriales:** De manera intersectorial se estableció fortalecer las acciones a avanzar en dos frentes: una estrategia de prevención de embarazo en niñas y mujeres adolescentes con enfoque de ruralidad y a otra estrategia focalizada en la prevención del matrimonio infantil y las uniones tempranas en adolescentes.

**Conclusión y Recomendaciones**

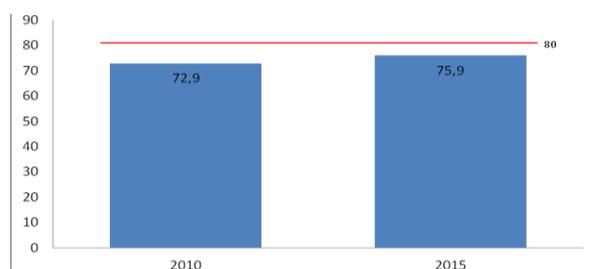
Se ha logrado superar la meta nacional a través de acciones sectoriales e intersectoriales, se presentan algunas dificultades en el descenso de la fecundidad por regiones, en la región Caribe persisten tasas de fecundidad altas: en departamentos como Cesar y en grandes ciudades como Barranquilla. Actualmente se desarrolla una estrategia de seguimiento territorial en el marco del Decreto 028 de 2008, buscando fortalecer el seguimiento local a la fecundidad adolescente desde los planes de salud, considerando que esta acción permitirá reducir las brechas regionales.

**Meta 2: A 2021, aumentar a 80% el uso de métodos modernos de anticonceptivos en mujeres en edad fértil (de 15 a 49 años).**

**Indicador Porcentaje de mujeres unidas con uso actual de métodos modernos de anticoncepción (15 – 49 años).**

Al comparar entre la ENDS 2010 y la 2015, se encontró que el aumento en los porcentajes reportados de uso actual para las mujeres unidas de 15 a 49 años es estadísticamente significativo con un 95 por ciento de confianza para algún método anticonceptivo moderno (72.9 a 75.9%). De igual manera, entre las mujeres sexualmente activas de 15 a 49 años, el aumento reportado en uso actual algún método anticonceptivo moderno (75.1 a 77.7%) también es significativo. Se espera el resultado de la ENDS 2020.

**Gráfica 59. Porcentaje de mujeres unidas con uso actual de métodos modernos de anticoncepción (15 – 49 años): Colombia 2010 – 2015.**



Fuente: Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010,2015.

## Acciones

### Sectoriales

El incremento en el acceso efectivo a métodos anticonceptivos modernos en Colombia está relacionado con la gestión para tener una amplia oferta disponible y financiada con recursos a la UPC<sup>32</sup>, y las acciones de promoción en el acceso impulsadas desde las entidades territoriales de salud, aseguradores en salud y su red de prestación de servicios. Entre la amplia gama de métodos anticonceptivos se encuentran:

1. Implantes subdérmicos de Levonorgestrel de 75 miligramos (mujeres).
2. Dispositivo intrauterino TCU 380<sup>a</sup> (mujeres)
3. Levonorgestrel. Todas las formas y concentraciones farmacéuticas del principio activo.
4. Levonorgestrel + etinilestradiol. Todas las formas y concentraciones farmacéuticas del principio activo.
5. Noretindrona + etinilestradiol. Todas las formas y concentraciones farmacéuticas del principio activo.
6. Medroxiprogesterona Todas las formas y concentraciones farmacéuticas del principio activo.
7. Medroxiprogesterona+ etinilestradiol. Todas las formas y concentraciones farmacéuticas del principio activo de
8. Condón masculino de látex con doble propósito de anticoncepción y prevención ITS.
9. Anticoncepción definitiva para mayores de 18 años: tubectomía (mujeres) y vasectomía (hombres).

**Intersectoriales:** Dentro de las acciones intersectoriales se destaca el trabajo colaborativo con las agencias de cooperación, especialmente el Fondo de Población de las Naciones Unidas y la Organización Panamericana de la Salud, quienes a través de un trabajo desde el proyecto de salud para la paz se ha

<sup>32</sup>. Resolución 3512 de 2019. Disponible en <https://achc.org.co/wp-content/uploads/2019/12/Resolucion-No.-3512-de-2019-Actualizaci%C3%B3n-coberturas-UPC-2020.pdf>



promovido y entregado métodos anticonceptivos de larga duración a mujeres con demanda y necesidad en situación de vulnerabilidad.

### Conclusión y Recomendaciones

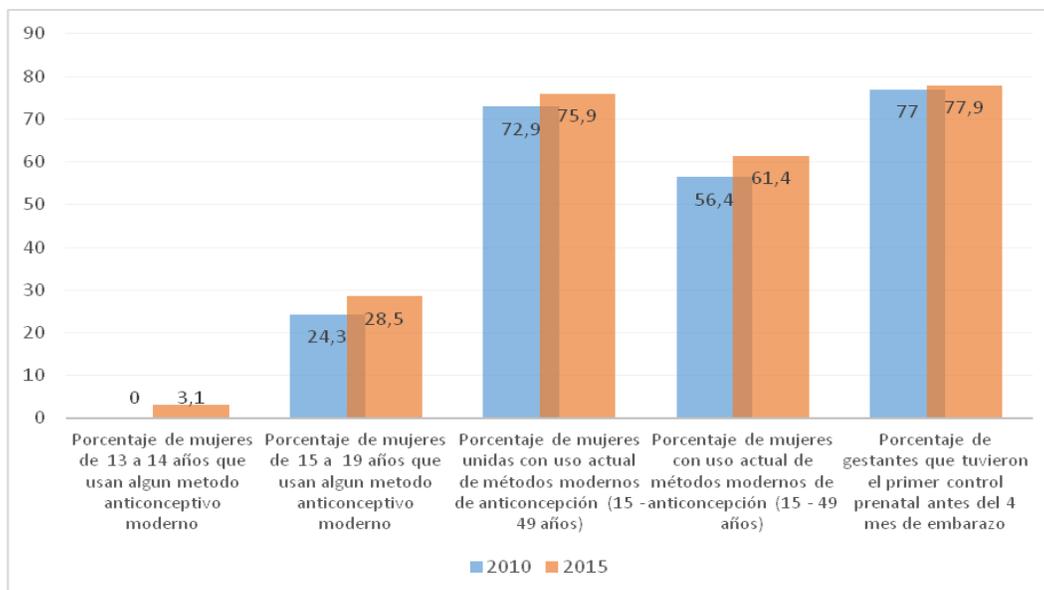
Es probable que se alcance la meta. Si bien persisten necesidades insatisfechas en anticoncepción, las acciones impulsadas desde el Ministerio de Salud y Protección Social se orientan a incrementar la prevalencia de métodos de larga duración y las asesorías y suministros en un marco de derechos y acorde a los criterios médicos de elegibilidad anticonceptiva vigente de la OMS.

**Meta 3: A 2021, aumentar al 80% la prevalencia del uso de métodos anticonceptivos moderno en todas las adolescentes de 15 a 19 años sexualmente activas.**

#### *Indicador Prevalencia de usos de métodos anticonceptivos modernos en todas las adolescentes.*

La meta de los ODM era de 65 por ciento para las adolescentes sexualmente activas tanto unidas como no unidas (DPN, 2014), y se observa que en la ENDS 2015 la prevalencia fue de 72 por ciento, es probable que se estemos cerca de alcanzar la meta, la medición de la ENDS 2020, permitirá evidenciar el avance.

Gráfica 60. Prevalencia de usos de métodos anticonceptivos modernos en todas las adolescentes. Colombia, 2010 - 2015.



Fuente: Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010, 2015.

### Acciones

**Sectoriales:** El país ha logrado incrementar la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos. Se destacan las acciones desarrolladas a partir de estrategias de información y educación, y a las acciones para el desarrollo de capacidades en los prestadores de servicios de salud en la asesoría, entrega y suministro de métodos anticonceptivos modernos, con énfasis en métodos de larga duración

**Intersectoriales:** En conjunto con el ICBF se han desarrollado capacidades en los operadores a cargo de esta institución para mejorar los procesos de información y asesoría sobre el acceso a métodos anticonceptivos modernos a adolescentes y jóvenes.

### Conclusión y Recomendaciones

Si bien, persisten algunos retos como reducir las necesidades insatisfechas en anticoncepción en el grupo de adolescentes y jóvenes, estos se están abordando desde la promoción de la salud y la gestión del riesgo con los integrantes del sistema de salud en Colombia, y a través del mejoramiento en la calidad de la prestación de los servicios de salud, fortaleciendo las acciones para garantizar una atención en salud diferenciada y amigable para los adolescentes y jóvenes.

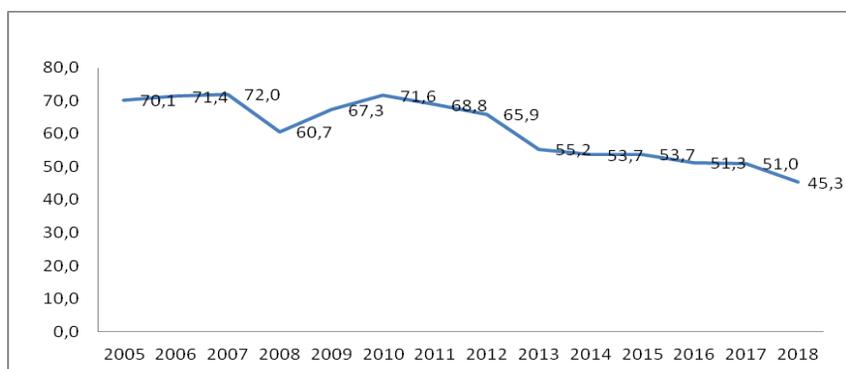
**Meta 4: Para el año 2021, la mortalidad materna evitable será inferior a 150 muertes anuales en el país.**

#### Indicador Razón de Mortalidad Materna a 42 Días.

La razón de mortalidad materna (RMM) a 2018, disminuyó a 45 muertes por 100.000 nv bajando desde el 2017, 6 puntos de la tasa que corresponden al 11.7%. A pesar de la no disponibilidad de datos oficiales para el año 2019, en los informes publicados por el Instituto Nacional de Salud, se aprecia un aumento de muertes para este año de un 6.5%.

Este aumento se centró según informes preliminares en cascos urbanos de los departamentos de Cesar, La Guajira, Cundinamarca y Tolima.

Gráfica 61. Razón de mortalidad materna a 42 días. Colombia 2005-2018.



Fuente: Estadísticas Vitales EEVV, Consultado en la bodega de datos del SISPRO, abril 2020

### Acciones

Dentro de los avances se cuentan el despliegue territorial de un plan de choque para el ajuste de los territorios que se encontraron desviados en los análisis. Este plan fue desarrollado en conjunto con El Instituto Nacional de Salud, la superintendencia Nacional de Salud, con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud.

### Conclusión y Recomendaciones

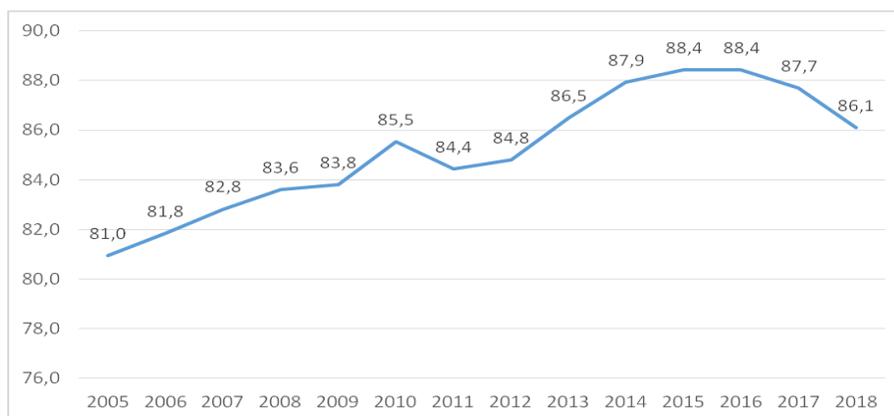
Si bien se tiene una noción de un aumento de casos, para el 2019, no se puede confirmar su existencia ya que los datos oficiales del DANE para el año 2019 no han sido publicados. Los retos son hacer seguimiento a los territorios sobre la implementación de la RIAMP en el marco de la emergencia por COVID 19, además modificar el sistema de información para poder hacer seguimiento a los indicadores de la RIAMP y avanzar para reducción de la mortalidad materna por sepsis obstétrica y no obstétrica.

**Meta 5: A 2021, el 95% de las mujeres gestantes tendrán 4 o más controles prenatales en el 94% de las Entidades Territoriales**

**Indicador Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más consultas de control prenatal**

Para el año 2018 se evidencia una reducción en la proporción de control prenatal a 86.1%. Es de aclarar que en este indicador se cuentan todos los Recién nacidos en el territorio nacional independiente de la nacionalidad de los padres. Esto es importante si se tienen cuenta que para el año 2018 se estima que nacieron más de 20.000 Rn de madres migrantes irregulares, que dentro del sistema de general de Seguridad social en salud, no tienen acceso a los servicios esenciales de SSR. Cuando la nacionalidad es colombiana las coberturas se mantuvieron por encima del 88%.

**Gráfica 62. Porcentaje de Nacidos vivos con cuatro o más consultas de control prenatal**



Fuente: Estadísticas Vitales - DANE, Consultado en la bodega de datos del SISPRO 3 de junio 2020.

**Acciones**

Dentro de los avances se cuentan el despliegue territorial de un plan de choque para el ajuste de los territorios que se encontraron desviados en los análisis. Este plan fue desarrollado en conjunto con El Instituto Nacional de Salud, la superintendencia Nacional de Salud, con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud.

Así mismo se evidencia un esfuerzo sostenido por dar continuidad a la implementación de la Ruta integral de atención en salud materno perinatal.

Se hizo el despliegue del proyecto del fondo Colombia en Paz que abarca el acompañamiento para la gestión de salud materna en 30 municipios

**Conclusión y Recomendaciones**

El indicador no corresponde con la meta propuesta por lo que son esta información es imposible saber si se va a lograr la meta propuesta. Hay una disminución de la cobertura de controles prenatales a costa específicamente del fenómeno migratorio.

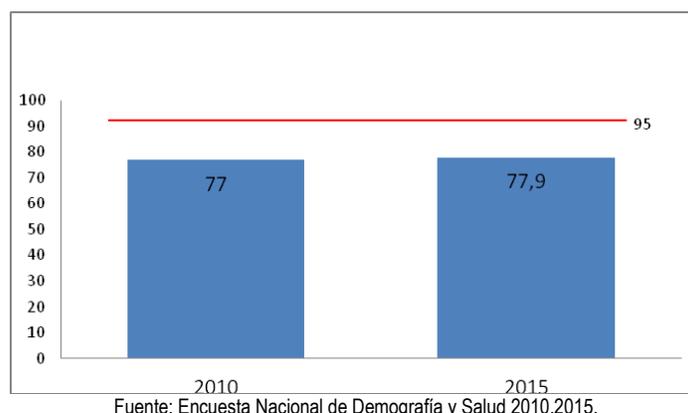
**Meta 6. A 2021, el 80% de las mujeres gestantes, ingresarán al control prenatal antes de la semana 12 de edad gestacional.**

**Indicador Porcentaje de mujeres gestantes que ingresan al control prenatal antes de la semana 12 de edad gestacional**

**Indicador Porcentaje de gestantes que tuvieron el primer control prenatal antes del 4 mes de embarazo.**

Hoy no se cuenta con una fuente confiable que permita hacer seguimiento de este indicador bajo las condiciones que define el Plan Decenal de Salud Pública (anual y con desagregación territorial), la Encuesta Nacional de Demografía y Salud – ENDS- presenta Coeficientes de variación estimados que no han sido reportados para indicadores como este (además del sesgo de memoria para un indicador tan técnico como el acceso antes de la semana 12 de embarazo como lo plantea el PDSP. Por otro lado se evidencia una incongruencia entre este indicador y la meta.

**Gráfica 63. Porcentaje de gestantes que tuvieron el primer control prenatal antes del 4 mes de embarazo. Colombia, 2010 - 2015.**



Fuente: Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010,2015.

### Acciones

Dentro de los avances se cuentan el despliegue territorial de un plan de choque para el ajuste de los territorios que se encontraron desviados en los análisis. Este plan fue desarrollado en conjunto con El Instituto Nacional de Salud, la superintendencia Nacional de Salud, con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud.

Así mismo se evidencia un esfuerzo sostenido por dar continuidad a la implementación de la Ruta integral de atención en salud materno perinatal.

Se hizo el despliegue del proyecto del fondo Colombia en Paz que abarca el acompañamiento para la gestión de salud materna en 30 municipios

### Conclusión y Recomendaciones

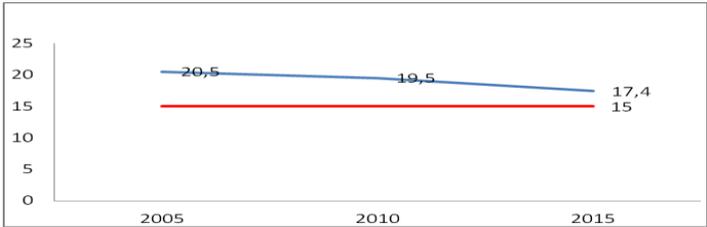
Hoy no se cuenta con una fuente confiable que permita hacer seguimiento de este indicador bajo las condiciones que define el Plan Decenal de Salud Pública (anual y con desagregación territorial), la Encuesta de Demografía y Salud presenta Coeficientes de variación estimados que no han sido reportados para indicadores como este (además del sesgo de memoria para un indicador tan técnico como el acceso antes de la semana 12 de embarazo como lo plantea el PDSP. Por otro lado, se evidencia una incongruencia entre este indicador y la meta.

**Meta 7: A 2021, disminuir la proporción de adolescentes alguna vez embarazadas al 15%.**

**Indicador Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años alguna vez embarazadas**

Colombia ha logrado disminuir el porcentaje de adolescentes, de 15 a 19 años, madres o embarazadas del primer hijo e hija, al pasar en el año 2010 de un 19.5 por ciento a un 17.4 por ciento en el 2015. Es probable que en la medición de la ENDS 2020 se evidencie el alcance en la meta propuesta igual o menor a un 15 por ciento.

Gráfica 64. Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años alguna vez embarazadas. Colombia, 2005-2010-2015.



Fuente: Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005, 2010, 2015.

**Acciones**

**Sectoriales:** Se orientó a los aseguradores y prestadores de servicios de salud a ampliar la red de servicios amigables para jóvenes y adolescentes, lo cual ha facilitado el reconocimiento y acceso de los jóvenes a los servicios de salud.

**Intersectoriales:** Se desarrolló la semana andina de prevención como espacio de reflexión y movilización social para concientizar cada año, a los tomadores de decisiones locales sobre la importancia de incluir en las agendas locales de gobierno estrategias y acciones orientadas a la prevención del embarazo en la infancia y adolescencia

**Conclusión y Recomendaciones**

Es probable que se alcance la meta propuesta a nivel nacional para el año 2021. Persisten algunas diferencias entre el embarazo adolescente en el área urbana y rural, siendo necesario focalizar las intervenciones en las áreas rurales para acelerar su descenso. En el actual gobierno se ha priorizado fortalecer las acciones intersectoriales para la prevención del embarazo adolescente en la ruralidad.

**Meta 8: A 2021, incrementar como mínimo en quince puntos el porcentaje de mujeres que solicitan ayuda ante alguna institución competente para la atención a violencia de género y violencias sexuales.**

**Indicador Proporción de mujeres que solicitan ayuda para la atención a víctimas de violencia de género y violencias sexuales.**



Fuente: Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2015

La búsqueda de ayuda en mujeres víctimas de violencias de género es la oportunidad para la garantía a su derecho a la verdad, justicia y reparación. Desde el año 2000 al año 2015 se redujo en 14 puntos porcentuales la búsqueda de esta ayuda. Para el año 2015 el 76,4% de las Mujeres que fueron víctimas en el país no lo hicieron y al no buscar ayuda están expuestas a múltiples formas de violencia, a la exposición a prácticas y las consecuencias a su salud física y mental.

Para el año 2015, las mujeres víctimas de violencias que buscaron ayuda con una persona cercana fue de 43,6%, en las personas que más se apoyaron fueron: el 50% Madre o padre, otra persona pariente suya en un 35,6%, amigo o vecino 25%, otra persona pariente del marido 7,2% y otras personas cercanas menos del 3,2%. En cuanto a las mujeres que buscaron ayuda en instituciones, lo hicieron en la comisaría de Familia en un 8,1%, la Fiscalía en un 7,1%, las inspecciones de policía en un 6,1%, las instituciones de salud en 1,1%.

En cuanto al reporte realizado por el Instituto Nacional de Salud entre el año 2012 al 2019, se han notificado un total de 602.184 casos de violencias de género e intrafamiliares en el país, con un promedio anual de 75,273 casos, de los cuales el 77,4% re reportaron en mujeres y el 22,6% en hombres, en cuanto a las violencias reportadas, el 50,7% se reportaron en violencia física, el 25,1% violencia sexual, el 16,4% fueron Negligencias y Abandonos y el 7,8% violencia psicológica.

## Acciones

### Sectoriales

#### **Observatorio Nacional de Violencias de Género**

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.

- Creación y puesta en funcionamiento del sistema integrado de información de violencias de género (SIVIGE) permite que a la fecha se pueda contar con información sobre las dinámicas de las violencias de género y la atención para las víctimas desde el sector salud. Se ha realizado la integración a partir de cuatro (4) fuentes de información interoperadas como el registro único de víctimas, el sistema de vigilancia en salud pública de violencias de género, el registro individual de prestación de servicios de salud y el registro de afiliados al sistema integral de seguridad social, Estadísticas vitales y la información e Medicina Legal y Ciencias Forenses.
- Fortalecimiento del Sistema Integrado de Información de violencias de Género -SIVIGE opera dentro del Observatorio Nacional de Violencias de Género coordinado por Ministerio de Salud y Protección Social con el apoyo y asesoría de la Consejería para la Equidad de la Mujer, el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, el Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas DANE y el Ministerio de Justicia y Derecho mediante la mesa técnica coordinadora del SIVIGE.

Para este mismo año, se integraron en la Bodega de Datos de SISPRO (SGD) las fuentes de información para violencias de género: SIVIGILA (Instituto Nacional de Salud), CICLICO (Medicina Legal), RUV (Unidad de Víctimas) y Registro Único de Prestación de Servicios de Salud (RIPS). A través de la Bodega de Datos de SISPRO se gestiona la información del Sector permitiendo la integración de fuentes provenientes de diferentes actores e instituciones, permitiendo que todos consulten y analicen sobre la misma versión de la información.

- Actualización de la información al año 2019 del Observatorio Nacional de Violencias – Línea de violencias de Género. Para el mes de septiembre quedó oficializado el Observatorio Nacional de Violencias con la URL: <http://onviolenciasgenero.minsalud.gov.co>, donde está el SIVIGE.

- Se entregaron los resultados de la encuesta Nacional de Bienestar y Salud de Niños, Niñas y Adolescentes (VACS) la cual permitió identificar las diferentes violencias para niños, niñas y adolescentes; jóvenes hasta los 26 años.
- Indicadores de violencias de género de acuerdo con su forma, se encuentran en proceso de incorporación y publicación en el SIVIGE en el Observatorio Nacional de Violencias de Género, desagregado Sexo, departamento, Municipio y zona; por cada uno de las formas y ámbitos de las violencias.
- Para el año 2019. Sistema Integrado de Información de Violencias de Género - SIVIGE. Producción del primer boletín de Respuesta Institucional para el Abordaje integral de las Violencias por razones de Género contra niñas, niños, adolescentes y el segundo boletín de violencias contra las mujeres, durante el Aislamiento Preventivo Obligatorio 25 de marzo al 25 de Junio. Se dispuso en el Observatorio Nacional de Violencias de Género por medio del SIVIGE la información sobre violencias de género y COVID del Instituto Nacional de Salud.

### **Gestión Articulada de las políticas públicas**

Para el año 2019, desde el Comité de prevención del Mecanismo Articulador para el Abordaje Integral de las Violencias por razones de género, se avanzó en una propuesta de Lineamientos Intersectoriales para la prevención de las violencias por razones de género, como herramienta técnica que permitirá orientar a los diferentes sectores, del orden nacional y territorial, en el desarrollo de estrategias para la promoción de la igualdad de género y la garantía de una vida libre de violencias en los diferentes entornos, teniendo en cuenta el curso de vida, desde los enfoque de derechos, género e interseccional. se realiza.

**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.** Actualización del protocolo en atención en salud para víctimas de violencias sexual, al cual se le incluyó las recomendaciones realizadas por la comisión nacional de mujeres indígenas.

### **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.**

- Desarrollo de capacidades a referentes de violencias de género de las Direcciones Territoriales de Salud, del orden departamental, distrital y de municipios capitales, para el abordaje integral de las violencias de género durante la emergencia sanitaria por COVID19; ciento noventa (190) profesionales capacitados en temas como: a) Contextualización de las violencias en el aislamiento preventivo obligatorio; b) Prevención de violencias de género durante el aislamiento social; c) Atención integral en salud de las violencias de género, d) Acceso a la atención en salud de las personas LGBTI o con identidades o expresiones de género diversas, e) Rol coordinador del sector salud del Mecanismo Articulador territorial; f) Medidas de Atención a víctimas de violencias; g) Seguimiento y monitoreo de las violencias.
- Formación a profesionales de la Salud en identificación, detección y atención de las violencias por las diferentes tecnologías en salud disponibles para la atención de la población en general.
  - a) Identificar y detectar el riesgo
  - b) Informar sobre los canales de ayuda
  - c) Hacer seguimiento a situaciones de riesgo
- Desarrollo de capacidades a referentes de violencias de género de Direcciones Territoriales de Salud del orden departamental, distrital y municipios capitales, para fortalecer las acciones de gestión de la

salud pública y las intervenciones colectivas –PIC, para la prevención de las violencias por razones de género, en el marco de los Planes de Acción en Salud- PAS. Se capacito en temas como:

- a) Marco conceptual de las violencias por razones de género
  - b) Enfoques de abordaje
  - c) Líneas de acción e intervenciones colectivas para la promoción de la igualdad de género y prevención de las violencias por razones de género
  - d) Acciones de gestión de la salud pública para el fortalecimiento de la prevención
- Desarrollo de capacidades al Talento humano de Direcciones Territoriales de Salud e EPS en implementación de estrategias de información y comunicación para la difusión de líneas de orientación, servicios de atención en salud, así como la prevención de las violencias de género, en el marco de la emergencia sanitaria.
  - Desarrollo de capacidades para las entidades territoriales de acuerdo con cada necesidad en Violencias de género: Mutilación Genital Femenina, Violencia Sexual, Violencias y Migración y violencia con abordaje étnico.
  - Los profesionales en salud que atienden víctimas de violencia sexual de las DTS, EPS e IPS con certificación de formación en atención integral en salud a víctimas de violencia sexual; 187 profesionales de salud de 14 departamentos en inclusión del enfoque psicosocial en la atención en salud a víctimas de violencia sexual dentro y fuera del conflicto armado, y 2.008 personas con acceso al curso virtual de autoformación para el abordaje intersectorial en la atención integral a las víctimas de violencias de género, con énfasis en violencias sexuales, dirigido a servidoras y servidores públicos de los sectores de salud, justicia, protección y educación.

**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.**

- Orientaciones para el fortalecimiento de la línea de violencias de género, en la Dimensión de Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos del Plan Territorial de Salud 202-2023. Se orientó técnicamente a las Direcciones Territoriales de Salud, con propuestas de objetivos, metas y estrategias (de resultado y de producto) para su inclusión en los Planes Territoriales de Salud-PTS 2020-2023, dirigidas a Promover la igualdad de género y mejorar la atención integral en salud a las Víctimas de Violencias de Género con énfasis en violencias sexuales, desde los enfoques de derechos, género e interseccional; e igualmente, se orientó técnicamente para la inclusión de acciones de gestión de la salud pública y actividades PIC, en los Planes de Acción en Salud-PAS, para la prevención de las violencias por razones de género y la atención integral en salud a las víctimas de violencia sexual en el marco del conflicto armado.
- Elaboración de lineamientos y orientaciones técnicas para la prevención y atención de las violencias de género, en el marco de la emergencia sanitaria por COVID19.
- Fortalecimiento de la Línea 192 – Opción 4, Tele orientación en Salud Mental, para que ante un caso de violencias de género se active la ruta de atención integral en salud, así como el seguimiento a los casos. Actualmente en el país hay 24 líneas territoriales de salud mental, el tercer motivo de llamada son las violencias.
  - a) Estas llamadas permiten la activación de ruta por servicios presenciales
  - b) Apoyo para rutas de Escape para las víctimas
  - c) Evaluación del riesgo a la vida de ellas y las personas que pueden estar con el agresor.
  - d) Información sobre los servicios disponibles para la atención, orientación y denuncia de las violencias.
- Orientación a actores del Sistema de Salud para la continuidad en la atención en salud: atención presencial por servicios urgencias, especialmente a los casos de violencias física y sexual,



seguimiento al plan de cuidado y orientaciones para la protección de la Salud Mental durante la pandemia del COVID 19 por medio de la telemedicina:

- a) Valoración médica y entrega del Kit pos exposición.
- b) Activación de rutas intersectoriales
- c) Seguimiento a casos con riesgo a la salud

### **Intersectoriales**

Mecanismos Articuladores en Violencias de Género.

- Fortalecimiento del mecanismo articulador para el abordaje integral de las violencias de género con la participación de la Fiscalía General de la Nación, Policía Nacional, Medicina Legal, Comisarias de Familia, Sector Salud y secretaria de la Mujer. Actualmente, el país cuenta en todos los departamentos con un espacio de articulación intersectorial, con 6 comités distritales y 795 comités municipales, los cuales tienen como reto continuar con su operación en un escenario de nuevos gobiernos territoriales, y frente a los desafíos que impone la pandemia por COVID-19.
- Reactivación y fortalecimiento del Comité de prevención del Mecanismo articulador, con la participación de Ministerio de Justicia y del derecho, Ministerio del Interior, Ministerio de Educación, Ministerio del Trabajo, Ministerio de Salud y Protección Social, ICBF, Agencia Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer, ICBF, Policía Nacional, Agencia para la Reincorporación y la Normalización, Secretaría de la Mujer de Bogotá y ONU Mujeres.
- Asistencias técnicas territoriales por regiones a mecanismos o comités territoriales para el abordaje integral de las violencias por razones de género en:
  - a) Prestación y tecnologías en salud para el abordaje integral de las violencias de género.
  - b) Rutas de atención Integral e intersectorial para el abordaje integral de las violencias de género a los y las funcionarias de las diferentes entidades de salud, justicia y protección con el fin de poder establecer barreras de acceso y realizar seguimiento a casos de violencia prioritarios: violencias sexuales, niños, niñas y adolescentes, mujeres y población especial.
  - c) Fortalecimiento de las líneas de orientación mediante el desarrollo de capacidades para la atención, detección, seguimiento y control de las violencias.

### **Conclusión y Recomendaciones**

- Las violencias de género deben ser abordadas desde modelos ecológicos y sistémicos que permitan entender que para poder incidir sobre ellas es importante abordar estructuras culturales, formas de relacionarnos y roles y estereotipos que naturalizan y normalizan las violencias de género.
- Las violencias de género desde la salud pública requieren acciones y estrategias de la gestión de la salud pública que conlleven al fortalecimiento de la respuesta interinstitucional que permita la garantía de los derechos de las víctimas a la verdad, justicia y reparación.
- Las violencias género conlleva hacer abordadas desde otras perspectivas en salud, porque la atención integral requiere de ser abordadas desde un enfoque de género, derecho, intersectorial y diferenciado.
- La prevención de las violencias de género comienza en el abordaje de la promoción de los derechos humanos y los derechos sexuales y reproductivos, las violencias de género es una violación a estos derechos y por ende debe abordarse sobre la importancia de la dignidad humana.
- Las Violencias de género son un evento de interés en salud pública, actualmente el Instituto Nacional de Salud reporta un promedio anual de 72.000 casos anuales en el país.
- Se debe continuar con el fortalecimiento de capacidades de los profesionales de la salud para la detección oportuna, atención integral y seguimiento de las víctimas desde servicios de salud basados en el principio de la acción del daño.

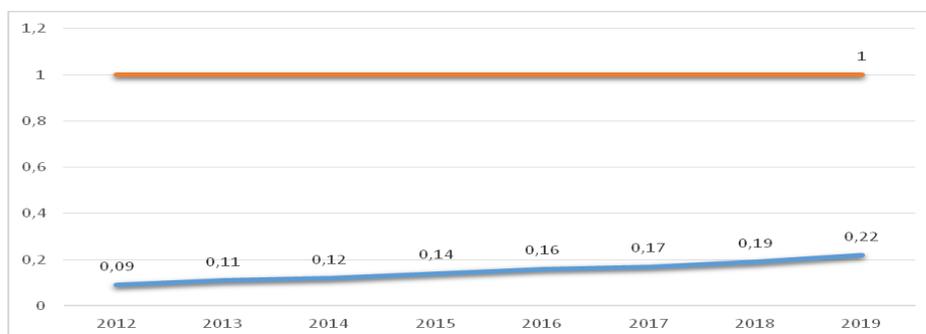
- Las violencias de género se llevan a cabo en diferentes entornos de pareja, familia, escolar, laboral y comunitario por eso las acciones en prevención de las violencias de género deben abordar estos contextos.
- Se debe continuar con las asistencias técnicas territoriales para que los departamentos, distritos y Municipios cuenten con estrategias de intervención que se adapten a las estructuras culturales, políticas y administrativas de sus territorios y puedan abordar las violencias de género desde la intersectoriales y de acuerdo con esa respuesta institucional.
- El país cuenta con el Observatorio Nacional de Violencias de Género y el Sistema integrado de información de violencias de género como dos herramientas fundamentales de la gestión del conocimiento que permite dar a conocer el panorama de las violencias de género en el país.

**Meta 9: Al año 2021, mantener la prevalencia de infección por VIH en menores de 1% en población de 15 a 49 años.**

### **Indicador Prevalencia de VIH/SIDA**

La fuente de información utilizada para este indicador no es Cuenta de Alto Costo, por tanto no se analiza la gráfica. Ver conclusión y recomendaciones de este indicador.

**Gráfica 65. Prevalencia de VIH/SIDA. Colombia 2012 - 2019.**



Fuente: Cuenta de alto costo. Consultado 03/06/2020.

## **Acciones**

### **Sectoriales**

- Coordinación sectorial, transectorial y comunitaria para la formulación y expedición de la Política de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos en el año 2014.
- Información educación y comunicación para la reducción del estigma y la discriminación hacia personas que viven con VIH/SIDA. Conmemoraciones del día mundial de respuesta al VIH, de respuesta a las hepatitis virales.
- Expedición de la resolución 518 de 2015, por la cual se dictan disposiciones en relación con la Gestión de la Salud Pública y se establecen directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas – PIC. Se incluye posibilidad de adquirir preservativos por parte de las diferentes entidades territoriales en salud con financiación a través del PIC.
- Expedición de la Resolución 3212 de 2018, mediante la cual modifica el Manual de Normas Técnicas, Administrativas y de Procedimientos para Bancos de Sangre, el cual se adoptó en la Resolución 901 de 1996.

## Prevención Combinada

- Se acompaña al Sistema de Naciones Unidas (PNUD, OPS, UNFPA, ONUMUJERES) en el proyecto de Prevención Combinada y en los estudios de implementación de la Profilaxis PreExposición (PrEP), como medida de comprobada eficacia preventiva, recomendada por la OMS.
- Formulación del Plan Nacional de respuesta a las ITS- VIH / Sida, coinfección TB / VIH y Hepatitis B y C. 2018-2021 y acompañamiento a entidades territoriales de salud para la formulación de planes territoriales sobre la base del mismo.
- Implementación de la Estrategia ETMI-Plus, para la prevención de la transmisión materno-infantil de la sífilis congénita y del VIH, las Hepatitis B y C y la enfermedad de Chagas.
- Formulación con el Fondo de Población de las Naciones Unidas de la Guía práctica para la implementación del Paquete Inicial Mínimo de Servicios para la Salud Sexual y reproductiva en situaciones de crisis humanitarias -PIMS- Colombia.
- Vigilancia epidemiológica y seguimiento a indicadores programáticos. Realización anual de Reportes al Global AIDS Monitoring (GAM), de ONU sida.

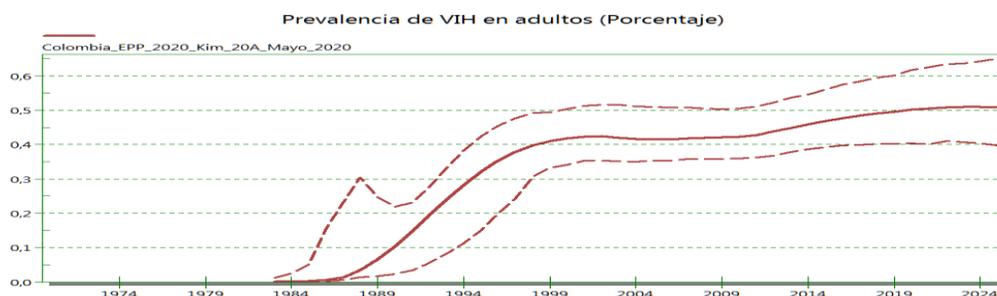
**Intersectoriales:** Articulación sectorial, transectorial y comunitaria a través del Mecanismo Coordinador de País, como instancia intersectorial, para la reducción de condiciones de vulnerabilidad y prevención de la transmisión de Infección de Transmisión Sexual por VIH/SIDA en poblaciones mayormente afectadas o en contextos de vulnerabilidad; para inclusión social y prevención del estigma y la 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).

## Conclusión y Recomendaciones

Si bien se definió como fuente de medición del indicador la Cuenta de Alto Costo, las prevalencias de infección arrojadas por esta fuente, tienen como numerador el número de pacientes activos reportados a la Cuenta de Alto Costo y no el número total de personas infectadas por VIH que se estima existen en la población, muchos de los cuales pueden NO haber accedido al diagnóstico. La estimación del número de infectados y de la prevalencia subsecuente se hace a través de una herramienta estadística denominada SPECTRUM, que es sugerida y ajustada anualmente por ONUSIDA en conjunto con los países y que se emplea a nivel mundial para el cálculo de las prevalencias de infección por VIH.

En el ejercicio realizado para el año 2019, La prevalencia del VIH en adultos en Colombia, es decir, prevalencia de 15 a 49 años, se estimó en 0.5%, en la siguiente grafica se presenta suevolución.

Gráfica 66. Prevalencia de VIH en adultos en Colombia



Se sugiere ampliamente, hacia futuro emplear este cálculo de estimación (Spectrum) dado que sobre este cálculo de prevalencia se realizan igualmente las estimaciones de las metas 90-90-90, de tratamiento.

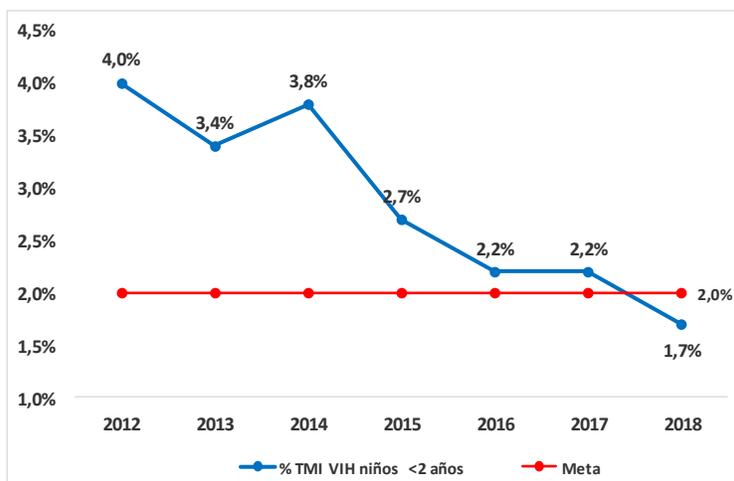
**Meta 10: Para el año 2021, alcanzar y mantener el porcentaje de transmisión materno-infantil del VIH, sobre el número de niños expuestos, en el 2% o menos.**

**Indicador Porcentaje de transmisión materno infantil -TMI- del VIH en menores de 2 años.**

Se define el porcentaje de transmisión materno infantil (TMI) del VIH como el porcentaje de niñas y niños menores de dos años que adquirieron el VIH por vía materno infantil con respecto al total de niñas y niños expuestos, es decir, las hijas e hijos de mujeres con diagnóstico de VIH antes o durante la gestación, el parto o la lactancia materna, nacidos en un período determinado.

Entre 2012 y 2018 Colombia presentó una disminución del porcentaje de transmisión materno infantil del VIH del 58% al pasar del 4,0% al 1,7% en los niños expuestos al VIH, reportados a la estrategia nacional; de igual manera el promedio nacional de los binomios madre hijo en los que se cumplieron la totalidad de las intervenciones clave para la prevención de la transmisión materno infantil del VIH en el 2018 (corte preliminar 10/07/2020) fue del 84%, teniendo un aumento de 3 puntos porcentuales por encima del año 2017 (81%), estas se agrupan así: tratamiento antirretroviral a la madre en el anteparto, profilaxis antirretroviral a la madre en el intraparto, parto por cesárea o parto vaginal, si está indicado, de acuerdo con el resultado de la carga viral realizada antes de la atención del parto (semana 36), profilaxis antirretroviral con Zidovudina de la niña o niño expuesto por 42 días, administración exclusiva de fórmula láctea al recién nacido, desde el momento de su nacimiento hasta los 6 meses de edad.

**Gráfica 67. Porcentaje de transmisión materno infantil –TMI del VIH en menores de 2 años Colombia 2012 – 2018\* (dato preliminar con corte 10/07/2020).**



Fuente: Registro nominal de la Estrategia de Eliminación de la TMI del VIH. Dato preliminar 2018 al corte 10/07/2020.

### Acciones

#### Sectoriales

- Actualización de la guía de práctica clínica (2014) basada en la evidencia científica para la atención de la infección por VIH/Sida en adolescentes (con 13 años o más de edad) y adultos (incluidas las gestantes); de igual manera la socialización a los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

- Emisión de la guía de práctica clínica (2014) basada en la evidencia científica para la atención de la infección por VIH en niñas y niños menores de 13 años de edad y la respectiva socialización a los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Emisión de la Resolución 2338 de 2013, entrenamiento en pruebas rápidas para VIH, sífilis y otras Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).
- Emisión de la Circular 13 de 2019 que contempla acciones de salud pública para la prevención, diagnóstico, manejo, control y vigilancia del VIH, coinfección TB/VIH, sífilis gestacional, sífilis congénita hepatitis B y hepatitis C.
- Emisión de la Resolución 273 de 2019, por la cual se establecen disposiciones para el reporte de información relacionada con la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana - VIH y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida - SIDA con destino a la Cuenta de Alto Costo y su implementación desde la publicación.
- Emisión de la Resolución 3280 de 2019 la cual contempla el lineamiento técnico y operativo de la Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal, estos lineamientos han sido socializados al talento humano en salud, a través de procesos de capacitación para la generación de capacidades.
- Difusión de las acciones establecidas en el Plan Nacional de Respuesta ante las ITS, el VIH, la Coinfección TB/VIH y las Hepatitis B y C, Colombia, 2018-2021, las cuales contemplan la estrategia para la eliminación de la Transmisión Materno Infantil del VIH.
- Difusión de la Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social en el 2014.
- Fortalecimiento de los servicios amigables para adolescentes y jóvenes con enfoque diferencial para evitar embarazos en adolescentes y fortalecer la prevención de las Infecciones de Transmisión Sexual.
- Emisión de recomendaciones para la continuidad en la atención a las personas que viven con VIH y hepatitis durante la pandemia de Covid-19 Colombia 2020; en estas recomendaciones está el componente de transmisión materno infantil.

### **Intersectorial**

- Realización del Consejo Nacional de Sida – CONASIDA en el cual tiene asiento varias instituciones como: Ministerio de Educación, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Defensoría del Pueblo, Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos- INVIMA entre otros.
- Fortalecimiento por parte del Ministerio de Educación de las acciones establecidas en el programa de Educación para la Sexualidad y Construcción de Ciudadanía, el cual busca generar practicas pedagógicas que propicien el desarrollo de competencias en los estudiantes para que puedan incorporar en su cotidianidad el ejercicio de los derechos humanos, sexuales y reproductivos.

### **Conclusión y Recomendaciones**

Todos los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud se deben comprometer con el logro y sostenimiento de la meta de eliminación de la transmisión materno infantil del VIH; implementar estrategias para la captación de las gestantes antes de la semana 10 de gestación; eliminar las barreras para la implementación del algoritmo diagnóstico; suministrar la terapia antirretroviral en el anteparto e intraparto; realizar la atención del parto de manera programada por cesárea o por vía vaginal, de acuerdo con la indicación de cada gestante; garantizar el suministro farmacológico de la inhibición de la lactancia materna; realizar la profilaxis antirretroviral al niño o niña y suministrar la fórmula láctea de replazo a todas las niñas y niños expuestos al VIH. La aplicación de estas intervenciones impactará de manera positiva el indicador de eliminación de la TMI.

Las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios deben promover y contratar con sus instituciones prestadoras de servicios de salud la utilización de pruebas rápidas, lo cual contribuiría a aumentar

aceleradamente la cobertura del tamizaje, facilitar el diagnóstico eficaz y el tratamiento oportuno, fortalecer el seguimiento nominal a cada binomio madre hija o hijo, para verificar el cumplimiento de las intervenciones establecidas en la estrategia por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud; de igual manera se debe canalizar a las gestantes al programa de planificación familiar para que desde el embarazo reciban asesoría sobre el control de su fecundidad, educación sobre la lactancia materna, la utilización y entrega de condones durante la gestación y posterior a esta y garantizar la atención, oportunidad y continuidad en el tratamiento antirretroviral de estas mujeres una vez concluida la gestación.

Es esencial garantizar que la estrategia de prevención de la transmisión materno infantil del VIH se implemente de manera integrada con la prevención de la sífilis congénita, la hepatitis B y la enfermedad de Chagas, y que su desempeño se evalúe de manera conjunta para evitar la pérdida de oportunidades en el mejoramiento de la salud de los binomios madre hijo y sus familias.

El porcentaje de tamizaje para VIH en gestantes reportadas por la Cuenta de Alto Costo en VIH fue de 78,9%, 85,5%, 89,0% y 91,2% para las cohortes 2014, 2015, 2016 y 2017, respectivamente, se debe alcanzar el tamizaje de gestantes en el 95% o más para la sostenibilidad de la meta de eliminación de la TMI.

**Meta 11: Para el año 2021, alcanzar y mantener la incidencia de Sífilis Congénita en 0,5 casos o menos, incluidos los mortinatos, por cada 1.000 nacidos vivos.**

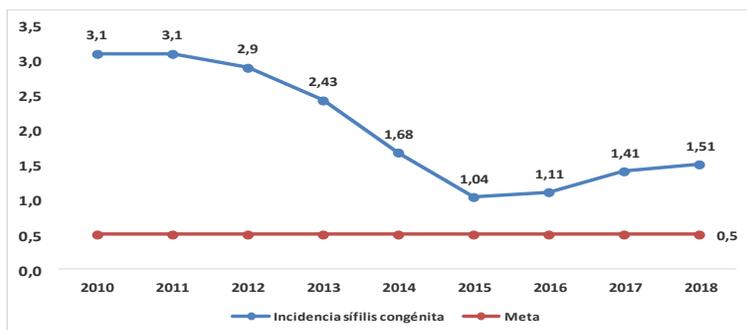
#### ***Indicador Tasa de incidencia de sífilis congénita***

La sífilis gestacional y congénita es un importante problema de salud pública en nuestro país ya que puede precipitar el padecimiento de una condición crónica con consecuencias graves y un alto costo humano, social y económico para los pacientes. Además de las consecuencias en los casos de transmisión sexual, la sífilis congénita puede producir aborto espontáneo, muerte perinatal, bajo peso al nacer, infección neonatal y otros trastornos, como sordera, déficit neurológico, retraso del crecimiento y deformidades óseas.

Teniendo en cuenta que la sífilis congénita es una patología prevenible y el compromiso de Colombia a nivel internacional desde 1994, es alcanzar una incidencia de sífilis congénita de 0,5 casos o menos por 1.000 nacidos vivos, incluyendo mortinatos.

Colombia ha presentado un descenso en la incidencia de la sífilis congénita del 3,1 a 1,04 del 2010 al 2015 respectivamente y observándose a partir del 2016 un incremento de este indicador; si bien es cierto el aumento de casos, tanto de sífilis gestacional como congénita, puede estar influenciado por el mejor cumplimiento del protocolo de vigilancia epidemiológica, mejora en la calidad del dato reportado de estos eventos y cumplimiento de la GPC Minsalud 2014 para el diagnóstico y manejo; sin embargo, preocupa que el aumento significativo de casos pueda deberse no tan solo a una mejor gestión y es necesario considerar que se está presentando un real incremento de casos al interior de la población de gestantes, por lo cual se debe intensificar la búsqueda y diagnóstico de la sífilis en población general unido a un mejor conocimiento del talento humano en salud para diagnosticar y tratar y de igual manera la utilización de las tecnologías disponibles como las pruebas rápidas treponémicas en el sitio de atención de las personas. reforzar las campañas de IEC (información, educación, comunicación) frente a la mitigación del efecto de ambos eventos de interés en salud pública.

Gráfica 68. Incidencia de sífilis congénita por 1.000 nacidos vivos incluyendo los mortinatos Colombia, 2010 – 2018



Fuente: Instituto Nacional de Salud - Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública -Sivigila

## Acciones

### Sectoriales

- Realización y publicación del estudio “Comparación de la eficacia de la prueba rápida individual y la prueba rápida dual para el diagnóstico de la sífilis y la infección por el VIH en los servicios de atención prenatal en Colombia”.
- Realización y publicación del estudio “Introducción de pruebas rápidas para sífilis y VIH en el control prenatal en Colombia: análisis cualitativo”.
- Emisión de la Resolución 3280 de 2019 la cual contempla el lineamiento técnico y operativo de la Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal, estos lineamientos han sido socializados al talento humano en salud, a través de procesos de capacitación para la generación de capacidades.
- Emisión de la Resolución 2338 de 2013, entrenamiento en pruebas rápidas para VIH, sífilis y otras Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).
- Emisión de la Circular 13 de 2019 que contempla acciones de salud pública para la prevención, diagnóstico, manejo, control y vigilancia del VIH, coinfección TB/VIH, sífilis gestacional, sífilis congénita hepatitis B y hepatitis C.
- Actualización de la guía de práctica clínica (2014) basada en la evidencia para la atención integral de la sífilis gestacional y congénita, en cual se contemplan todas las tecnologías para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de una gestante con sífilis independientemente su nivel de aseguramiento al Sistema General de Seguridad Social en Salud; de igual manera esta guía asegura todas las intervenciones necesarias para la prevención de la transmisión de la sífilis, establece los algoritmos diagnósticos; así como la realización y periodicidad de todos los paraclínicos necesarios para el control de la gestante y su o sus contactos sexuales y posteriormente su hijo o hija expuesto.
- A través del Plan de Beneficios se tiene todas las tecnologías necesarias para garantizar la oferta de tamizaje y diagnóstico de sífilis a una gestante como a su hijo expuesto de igual manera la aplicación del tratamiento y demás insumos necesarios para eliminar la probabilidad de transmisión materno infantil de la sífilis congénita.
- Difusión de las acciones establecidas en el Plan Nacional de Respuesta ante las ITS, el VIH, la Coinfección TB/VIH y las Hepatitis B y C, Colombia, 2018-2021, las cuales contemplan la estrategia para la eliminación de la transmisión materno infantil de la sífilis gestacional y congénita.
- Emisión de recomendaciones para la continuidad en la atención a las personas que viven con VIH y hepatitis durante la pandemia de Covid-19 Colombia 2020; en estas recomendaciones está el componente de sífilis gestacional y se hace énfasis en la aplicación de tratamiento a los contactos sexuales de las mujeres gestantes.
- Diseño de una caja de herramientas para la difusión de la ETMI-Plus (contempla los eventos por vía materno infantil de: VIH, sífilis gestacional y congénita, hepatitis B y la enfermedad de Chagas), para

apoyar las acciones de promoción y prevención dirigidas a la comunidad y material científico para el talento humano en salud.

### **Intersectorial**

- Fortalecimiento por parte del Ministerio de Educación de las acciones establecidas en el programa de Educación para la Sexualidad y Construcción de Ciudadanía, el cual busca generar practicas pedagógicas que propicien el desarrollo de competencias en los estudiantes para que puedan incorporar en su cotidianidad el ejercicio de los derechos humanos, sexuales y reproductivos.
- Realización del Consejo Nacional de Sida – CONASIDA en el cual tiene asiento varias instituciones como: Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Defensoría del Pueblo, el Ministerio de Educación, Las fuerzas militares y el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos- INVIMA entre otros.

### **Conclusión y Recomendaciones**

Las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios deben contratar con su red de instituciones prestadoras de servicios de salud la captación temprana de la gestante antes de la semana 10 de gestación y su respectivo ingreso a la atención prenatal y cumplimiento de los tamizajes para sífilis como está dispuesto en la Resolución 3280 de 2019, garantizar el seguimiento de la gestante para identificar factores de riesgo que puedan llevar a reinfecciones y por la captación y tratamiento del contacto o de los contactos de acuerdo a lo establecido en la GPC la cual refiere “el tratamiento del contacto superan los costos de la diseminación de la sífilis por falta de control sobre la cadena epidemiológica de transmisión de la enfermedad en la comunidad. Este costo debe ser cubierto por la aseguradora (EPS) que cubre la atención de la gestante”.

Los prestadores de servicios de salud deben de fortalecer los procesos de tamizaje para sífilis implementando el uso de pruebas rápidas y la aplicación del tratamiento para sífilis gestacional en el sitio de atención de la gestante de acuerdo con la Guía de Práctica Clínica para sífilis gestacional y congénita del 2014 del Minsalud y generar procesos de información dirigidos a la gestante y su o sus contactos sexuales para fortalecer el uso consistente y regular del condón.

De igual manera se debe fortalecer el tamizaje para sífilis en población general implementando el uso de pruebas rápidas en el sitio de atención de las personas que consultan o las que se detecten en actividades extramurales y entrega de preservativos de forma individual por parte de los prestadores de servicios de salud, tal como se dispone en la Resolución 5857 de 2018.

Las direcciones territoriales de salud deben realizar adquisición y distribución de preservativos para acciones colectivas, tal como se dispone en la Resolución 3280 de 2018 y fortalecer los procesos de asistencia técnica a todos los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud para la socialización de la Guía de práctica clínica de sífilis gestacional y congénita, la Resolución 3280 de 2018, la Circular 13 de 2019 y todas aquellas normas que sean relevantes para impactar en este indicador.

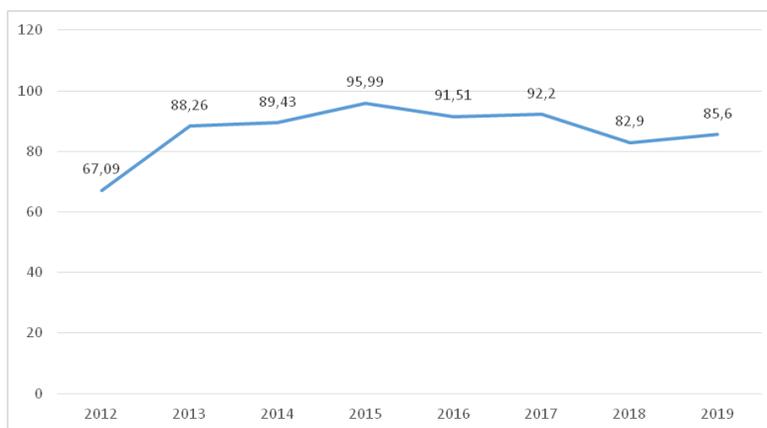
La Sífilis Congénita es una patología prevenible y el compromiso de Colombia a nivel internacional desde 1994, es alcanzar una incidencia de sífilis congénita menor a 0,5 casos por 1000 nacidos vivos, incluyendo mortinatos.

**Meta 12: Para el año 2021, lograr el acceso universal a terapia antirretroviral ARV para todas las personas en necesidad de tratamiento.**

**Indicador Cobertura de Tratamiento Antirretroviral**

La fuente de información utilizada para este indicador no es Cuenta de Alto Costo, por tanto no se analiza la gráfica. Ver conclusión y recomendaciones de este indicador.

**Gráfica 69. Cobertura de Tratamiento Antirretroviral. Colombia, 2012-2019.**



Fuente: Cuenta de alto costo, consultado 03/06/2020.

**Acciones**

**Sectoriales**

- Expedición de la resolución 2338 de 2013, por la cual se establecen directrices para facilitar el acceso al diagnóstico de la infección por VIH y otras Infecciones de Transmisión Sexual - ITS y para el entrenamiento en pruebas rápidas de VIH, sífilis y otras ITS.
- Expedición de la resolución 518 de 2015, por la cual se dictan disposiciones en relación con la Gestión de la Salud Pública y se establecen directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas – PIC. Se incluye posibilidad de realizar pruebas de tamizaje para el VIH de manera extramural, para poblaciones vulnerables y con financiación a través del PIC.
- Expedición de la resolución 273 de 2019, por la cual se establecen disposiciones para el reporte de información relacionada con la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana - VIH y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida - SIDA con destino a la Cuenta de Alto Costo.
- Expedición de la circular 13 de 2019, para implementar acciones de salud pública para la prevención, diagnóstico, manejo, control y vigilancia del VIH, coinfección TB / VIH, Sífilis gestacional y Congénita, hepatitis B y Hepatitis C.
- Actualización, difusión e implementación de las guías de práctica Clínica basadas en la evidencia científica para la atención de la infección por VIH / Sida en i) adolescentes (con 13 años o más de edad) y adultos y ii) en niñas y niños menores de 13 años de edad. Año 2014.
- Actualización, difusión e implementación de las guías de práctica Clínica basadas en la evidencia científica para la atención integral de sífilis gestacional y congénita.
- Elaboración de recomendaciones para profilaxis Post Exposición ocupacional y no ocupacional.
- Formulación e implementación de los planes nacionales de respuesta a las ITS – VIH / SIDA, coinfección TB / VIH, hepatitis B y Hepatitis C, para los periodos 2012-2017 y 2018-2021.

- Promoción de la demanda y ampliación de la oferta de asesoría y prueba voluntaria de Infección de Transmisión Sexual por VIH/SIDA, mediante la oferta de pruebas rápidas en los servicios comunitarios, con énfasis en poblaciones vulnerables, para su canalización al diagnóstico en los servicios de salud. (Elaboración e implementación de propuestas para el abordaje de poblaciones clave o más afectadas por el VIH en 7 ciudades del país. Subvenciones financiadas por el Fondo Mundial de lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria).

### **Intersectoriales**

Articulación sectorial, transectorial y comunitaria a través del Mecanismo Coordinador de País, como instancia intersectorial, para la reducción de condiciones de vulnerabilidad y prevención de la transmisión de Infección de Transmisión Sexual por VIH/SIDA en poblaciones mayormente afectadas o en contextos de vulnerabilidad; para inclusión social y prevención del estigma y la 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).

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.

### **Conclusión y Recomendaciones**

A pesar de que la fuente establecida para la medición de este indicador es la Cuenta de Alto Costo, los datos de acceso aparecerían sesgados por la determinación del denominador. Para la Cuenta de Alto Costo el porcentaje se mide teniendo como denominador el número de pacientes ya diagnosticadas y que están ligados a la atención, mientras que la medición internacional para el seguimiento de las metas 90-90-90 tiene como denominador el número estimado de personas que viven con el virus (que se calcula con base en un modelo estadístico propuesto por ONUSIDA conocido como “Programa Spectrum”, mediante el cual se estima la prevalencia total de personas infectadas así las mismas no hayan accedido al diagnóstico). Por otra parte, se tiene en cuenta el total de personas vivas que conocen su diagnóstico y que se obtiene de un cruce de datos entre diferentes fuentes de información como el SIVIGILA, la Cuenta de Alto Costo y la Mortalidad DANE.

Las cosas así, a continuación, se presentan los datos de lo que se conoce como cascada de la atención en VIH. Es importante saber que el tratamiento Antirretroviral al reducir la carga viral a niveles de supresión (<1.000 copias /ml<sup>3</sup>) o mejor aún de indetectabilidad (<50 copias / ml<sup>3</sup>), hace que las personas infectadas no transmitan el virus y se corte así la cadena de transmisión logrando efectos positivos en la población. Por lo mismo, se habla de “tratamiento como prevención”. Pero la medición necesariamente tiene como referencia el total de personas que se estima están infectadas (y no sólo las diagnosticadas) y los porcentajes de cumplimiento se presentan sobre la meta a alcanzar.

Existen múltiples barreras para garantizar la continuidad y adherencia al tratamiento Antirretroviral (ARV) por diversos factores, el estigma y la discriminación, la alta frecuencia las consultas para recibir los medicamentos, la falta de integralidad en la prestación de los servicios, dificultades de acceso geográfico, la concentración de la atención en servicios especializados, entre otros.

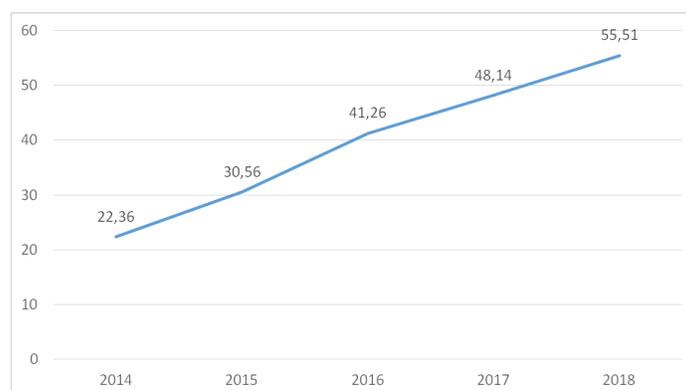
Por otra parte, los esfuerzos han de centrarse en ampliar el acceso al diagnóstico con la implementación de nuevas tecnologías como el Auto-test o test realizado por la propia persona, ampliar la base de servicios comunitarios y de atención primaria en capacidad de realizar la confirmación del diagnóstico de manera



con solo un 22,36% y, por tanto, no se alcanzara la meta planteada al año 2015, según la cual el 100% de las gestantes estarían siendo tamizadas a dicho año.

A pesar de esta situación, desde el inicio de la medición del indicador se ha observado un incremento anual importante, de forma que, al año 2018, se alcanzó un 55,51% de gestantes tamizadas para hepatitis B, lo que representa un incremento de 33 puntos porcentuales en un período de cuatro años.

**Gráfica 71. Porcentaje de Gestantes con Tamizaje para Hepatitis B en la Atención Prenatal. Colombia 2014 - 2018.**



Fuente: Protección Específica Detección Temprana -PEDT, Consultado en [http://rsvr2.sispro.gov.co/pedt\\_Seguimiento/](http://rsvr2.sispro.gov.co/pedt_Seguimiento/)

## Acciones

### Sectoriales

Las acciones llevadas a cabo desde el sector salud para el cumplimiento de esta meta han sido:

- Construcción de la Estrategia de Eliminación de la Transmisión Materno Infantil de la Hepatitis B, estrategia socializada con las entidades territoriales en el año 2017, en la cual se planteaba la necesidad del fortalecimiento del tamizaje y atenciones a las gestantes con hepatitis B y sus recién nacidos, la cual ha sido incluida en la Estrategia de Eliminación de la Transmisión Materno Infantil del VIH, Sífilis, Hepatitis B y Enfermedad de Chagas (ETMI Plus) en proceso de publicación.
- Inclusión del tamizaje a gestantes para hepatitis B en la ruta integral de atención materno perinatal expedida a través de la Resolución 3280 de 2018, la cual actualiza la norma técnica para la detección temprana de las alteraciones del embarazo, incluida en la Resolución 412 del 2000.
- Expedición de la resolución 518 de 2015, por la cual se dictan disposiciones en relación con la Gestión de la Salud Pública y se establecen directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas – PIC, en la cual se incluyó la posibilidad de realizar pruebas de tamizaje para la hepatitis B a poblaciones vulnerables con financiación a través del PIC.
- Expedición de la circular 13 de 2019, para implementar acciones de salud pública para la prevención, diagnóstico, manejo, control y vigilancia del VIH, coinfección TB / VIH, Sífilis gestacional y Congénita, hepatitis B y Hepatitis C.
- Expedición de la Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y tratamiento de Hepatitis B crónica, Adopción, 2016, la cual incluye recomendaciones generales para la prevención de la transmisión materno infantil de la hepatitis B.
- Formulación e implementación del Plan Nacional de Control de las Hepatitis Virales 2014-2017 y posteriormente el Plan Nacional de respuesta ante las ITS, el VIH, la coinfección TB / VIH y las hepatitis B y C 2018-2021, en el cual se contemplan las acciones de promoción, prevención y atención integral a estos eventos.



- Implementación del estudio “Caso de inversión de hepatitis B 2019” con el cual se determinó la costo-efectividad de los escenarios planteados para la eliminación de la hepatitis B al año 2030 y entre los cuales se incluyó la evaluación de las acciones de tamizaje y fortalecimiento de la prevención de la transmisión materno infantil de la hepatitis B.
- Conmemoración anual del día mundial contra las hepatitis desde el año 2014 en la cual se promueven las intervenciones requeridas para la eliminación de las hepatitis virales.
- Diseño y difusión de piezas comunicativas dirigidas tanto a la comunidad como a los profesionales de la salud para el fortalecimiento del tamizaje en gestantes y otras acciones requeridas para la eliminación de las hepatitis virales.
- Se encuentra en proceso de expedición la modificación de la Resolución 2338 de 2013, en la cual se incluyen las acciones de formación del talento humano en salud diferente a bacteriología para la realización de pruebas rápidas de hepatitis B y C.

**Intersectoriales:** El comité nacional de seguimiento a las acciones en hepatitis virales incluye en su conformación representantes sectoriales e intersectoriales, entre ellos organizaciones de la sociedad civil, a través de las cuales se promueve entre las comunidades el conocimiento y exigibilidad de sus derechos en salud para fortalecer la implementación de las acciones sectoriales.

### Conclusión y Recomendaciones

El tamizaje de gestantes para hepatitis B es la puerta de entrada a la eliminación de la transmisión materno infantil de la hepatitis B y de la hepatitis B crónica. 90% de los niños y niñas que se infectan al nacimiento desarrollan hepatitis B crónica. Si no hay tamizaje, es más difícil enfocar las acciones diferenciales de prevención de la hepatitis hacia los recién nacidos expuestos. De tal manera, es fundamental garantizar que por lo menos el 95% de las gestantes son tamizadas.

Sin embargo aún encontramos múltiples barreras en el avance de esta meta: la disponibilidad de las pruebas rápidas, el entrenamiento de talento humano diferente a bacteriología para la realización de las pruebas, las dificultades de acceso geográfico a los servicios de salud en las entidades territoriales con mayor prevalencia de hepatitis B, la oferta de servicios a las poblaciones indígenas y afrocolombianas quienes históricamente presentan las mayores prevalencias (en particular a las gestantes), la disponibilidad de servicios complementarios requeridos posterior a un tamizaje positivo, entre otros.

Los mayores esfuerzos han de concentrarse en la implementación de las acciones contempladas en la ruta integral de atención materno perinatal por parte de todas las EPS y prestadores de servicios de salud del país, para lo cual requerimos ampliar el acceso a pruebas rápidas de calidad, expandir el perfil y cantidad de talento humano que puede realizar las pruebas; fortalecer la oferta y oportunidad de las pruebas complementarias e incrementar el acceso a la atención integral de las gestantes con diagnóstico de hepatitis B y sus recién nacidos, acciones que se espera fortalecer a través de la implementación de la ETMI Plus y la emisión de la ruta de atención integral en ITS- VIH /Sida, Coinfección TB/ VIH y Hepatitis B y C.

**Meta 15. Para el año 2021, disminuir la tasa de VIH en donantes de sangre en un 50%.**

#### ***Indicador Porcentaje de Donantes VIH (+)***

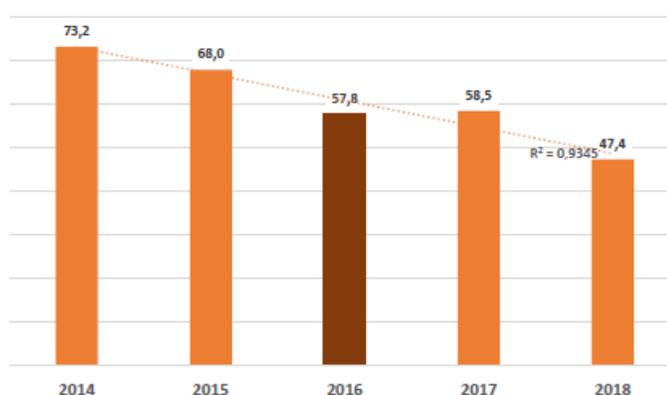
El funcionamiento de los establecimientos dedicados a la extracción, procesamiento, conservación y transporte de sangre total o de sus hemoderivados fue regulado en el país a partir del Decreto 1571 de 1993 y en el mismo quedó incluido el tamizaje para obligatorio para sífilis, VIH, hepatitis B y hepatitis C para todas las unidades de sangre donadas. En el año 1994, el porcentaje de donantes con serología para VIH alcanzaba el 72% con una prevalencia de 0,34% y en el año 1995 se logró el 100% de tamizaje para este evento con una

prevalencia de 0,3% (Información suministrada por Dras. M. García y M.M. Santacruz. Publicada en Boletín epidemiológico / OPS, Vol 18, No. 1 (1997). Situación de los bancos de sangre en la Región de las Américas 1994-1995)

Al momento de la construcción del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 se planteó como meta al año 2021 “Disminuir la tasa de VIH en donantes de sangre en un 50%” estableciéndose como línea de base en el año 2014 una tasa de 73,2 x 100.000 donantes, lo que implica que al año 2021 se espera reducir dicha tasa al 36,6 x 100.000 donantes.

La medición del indicador a partir del año 2014 y hasta el año 2018 ha mostrado una reducción gradual en la tasa VIH en donantes, alcanzando hasta dicho año un valor de 47,4 x 100.000 donantes.

Gráfica 72. Tasa de positividad VIH por 100.000 donantes 2014 – 2018



Fuente: Presentación Seguimiento indicadores Plan Decenal de Salud Pública – Metas y retos.  
Dra. María Isabel Bermúdez Forero – Instituto Nacional de Salud –  
Reunión Nacional de Bancos de Sangre, 2019

## Acciones

### Sectoriales

Las acciones llevadas a cabo desde el sector salud para el cumplimiento de esta meta han sido:

- Promoción de la donación habitual repetitiva alcanzando entre el año 2008 al año 2018 una reducción del 80,8% en la donación por reposición y un incremento en la donación habitual del 60%.
- Implementación en el año 2018 del Sistema de Hemovigilancia - SIHEVI-INS®, aplicativo desarrollado por el Instituto Nacional de Salud, y que permite que todos los actores que conforman la Red Nacional (81 bancos de Sangre, 588 Servicios de Transfusión, 32 coordinaciones departamentales), puedan estar en constante comunicación, haciendo énfasis especial en la mejora de la selección de donantes, y en el seguimiento de las Reacciones Adversas a la Transfusión (RAT). En dicho sistema los bancos de sangre pueden consultar desde cualquier parte del país y en tipo real, el histórico de donaciones, así como antecedentes registrados en la base del sistema de información en Salud Pública SIVIGILA y que sean de interés para minimizar riesgos de transmisión de infecciones vía transfusional.
- De otro lado, consecuentes con la Política de Seguridad del Paciente, y las metas previstas en el Plan Decenal de Salud Pública, relacionadas con la Red de Sangre, SIHEVI-INS®, permite que cualquier IPS del país pueda consultar antecedentes de RAT para un paciente candidato a ser transfundido, con lo que se pueden realizar acciones preventivas para mitigar su ocurrencia. Este desarrollo, permite monitorear el movimiento de la sangre y sus hemocomponentes para identificar satisfacción a la demanda, así como manejo de inventarios en todo el territorio nacional. Todo esto con miras a fortalecer la selección de donantes y reducir el riesgo de infecciones transmitidas por transfusión.

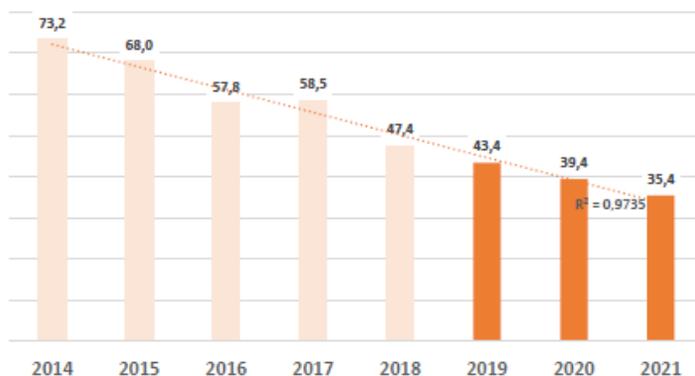
- Actualización en el año 2017 del Anexo técnico 2 de la circular 82 de 2011, a través del cual se realizan ajustes al proceso de confirmación, asesoría, canalización a los servicios de salud y reporte al sistema de vigilancia epidemiológica, de donantes de sangre con pruebas tamiz doblemente reactivas para marcadores infecciosos en bancos de sangre de Colombia.
- Expedición de la resolución 3212 de 2018, por medio de la cual se modifican unos numerales del Manual de Normas Técnicas, Administrativas y Procedimientos para Bancos de Sangre, adoptado mediante Resolución 901 de 1996 y se dictan otras disposiciones. En esta resolución se ajustan los criterios para diferir la donación de sangre, los criterios de autoexclusión para donantes de sangre y las variaciones técnicas de la norma para casos de emergencia, desastre y calamidad pública.
- La difusión de estas directrices se ha fortalecido a través de las reuniones nacionales de bancos de sangre.
- 

### Conclusión y Recomendaciones

Se han implementado medidas para el fortalecimiento en la selección de donantes que repercutan en la reducción del riesgo residual de transmisión de VIH originado por donaciones que se llevan a cabo en período de ventana y se ha dado continuidad al tamizaje para VIH de toda unidad de sangre donada con una reducción progresiva en la tasa de donantes con resultado VIH positivo.

De acuerdo con el avance observado en el indicador, se espera que al año 2021 se alcance una tasa de positividad para VIH de 35,4 x 100.000 donantes, con la cual se alcanzaría la meta planteada de 36,6 x 100.000 donantes.

**Proyección comportamiento Tasa de positividad VIH por 100,000 donantes a 2021**



Fuente: Presentación Seguimiento indicadores Plan Decenal de Salud Pública – Metas y retos.  
 Dra. María Isabel Bermúdez Forero – Instituto Nacional de Salud –  
 Reunión Nacional de Bancos de Sangre, 2019

#### 2.2.1.6. Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles

El Plan Decenal de Salud Pública definió 20 metas para la dimensión, de las cuales 9 (45%) fueron categorizadas como metas de resultado y 11 (55%) como metas de gestión. Las 20 metas tienen asociados 23 indicadores.

**Avance general de las metas de la dimensión:** En cuanto al avance del cumplimiento de metas se observa que el 60% (12 metas) se encuentran en un rango de avance "Muy bueno", el 15% (3 metas) reporta un avance "Bueno", el 5% (1 meta) en un avance "En riesgo", el 15% (3 meta) reporta un avance crítico y el 5% restante (1 meta) no cuenta con medición.

**Avance de las metas de gestión:** De acuerdo a la información reportada en el portal web de gestión del PDSP, el 63.64% de las metas de gestión (7 metas) alcanzó un rango de avance "Muy bueno", el 27.27% (3 metas) un avance bueno y el 9.03%(1 meta) restante alcanzó un rango de avance "En riesgo" (Anexo 11).

Se aclara, que dado que las metas relacionadas con que "A 2021, se logra la 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 con el perfil epidemiológico local, en las 36 entidades territoriales" y "A 2021, se logra la reducción progresiva a menos de 1,59 casos por 100.000 habitantes de la mortalidad por Tuberculosis TB en todo el territorio nacional", tienen asociados indicadores de resultado y de gestión, su avance se reporta como meta de resultado y la tendencia de los indicadores de gestión se describe más adelante.

**Avance de las metas de resultado:** El avance de cumplimiento de las metas de resultado muestra que el 55.56% (5 metas) se encuentra en un rango "Muy bueno", el 33.33% (3 metas) en un rango "Crítico" y el restante 11.11% (1 meta) no cuenta con medición cuantitativa (Anexo 12).

Con este panorama, a continuación se presenta la tendencia de los indicadores asociados a las metas de resultado, las acciones adelantadas para contribuir con el cumplimiento de las mismas, así como las principales conclusiones y recomendaciones técnicas derivadas del proceso de análisis.

**Meta 1: A 2021, se logra la 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 con el perfil epidemiológico local, en las 36 entidades territoriales.**

#### **Indicador Mortalidad por enfermedades infecciosas intestinales (A00 – A09)**

Este indicador de resultado se relaciona con el indicador de gestión "Plan integral e inter-programático para la prevención, control y eliminación de las Enfermedades Infecciosas Desatendidas". Con relación a este último, durante la vigencia 2019 se gestionó la donación de 2.733.000 tabletas de albendazol para población en edad escolar y de 484.000 tabletas de mebendazol para preescolares, esto con el apoyo del donante y de la Organización Panamericana de la Salud.

En la vigencia 2019 se desparasitaron 1.772.497 personas. En primera ronda se desparasitaron 1.293.520, la cobertura con albendazol en edad escolar fue de 54.77%. En una segunda ronda se desparasitaron 478.977 personas, la cobertura con albendazol en edad escolar fue de 44,97%.

De las 37 DTS, 35 (95%) han realizado actividades de desparasitación antihelmíntica masiva y cuentan con actividades del programa en el Plan de Acción en Salud (PAS) departamental en la vigencia 2019.

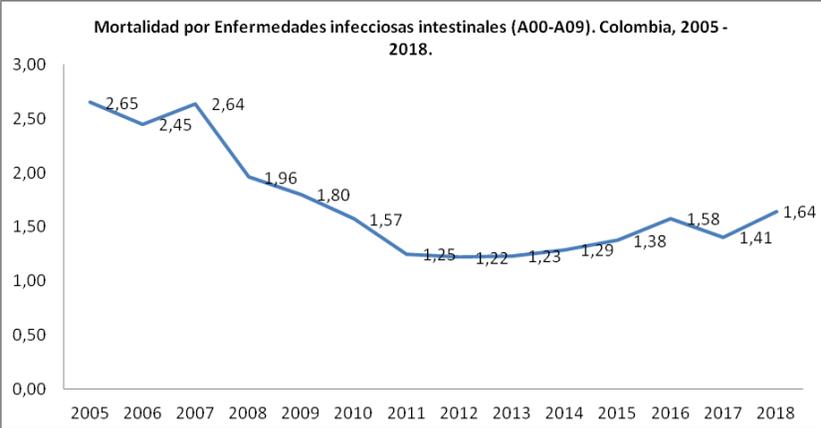
Se inicia la construcción del nuevo plan para las EID quedando priorizadas las siguientes: 1. Enfermedades Infecciosas Desatendidas en camino hacia la eliminación: Tracoma causante de ceguera, Teniasis y cisticercosis humana (la cual no se aborda en el plan ya que tiene uno propio), formas severas de tungiasis y pian. 2. Enfermedades Infecciosas Desatendidas con potencial de control: geohelmintiasis, escabiosis, pediculosis y larva migrans cutánea. 3. Enfermedades Infecciosas Desatendidas en vigilancia pos eliminación: Oncocercosis.

La mortalidad por enfermedades infecciosas intestinales venía mostrando una tendencia a la disminución desde hace más de una década, a partir de enero de 2009 se introdujo al PAI la vacuna monovalente contra rotavirus para menores de 5 años, lo que pudo afectar positivamente la mortalidad dado que cerca del 20% de

las muertes por EDA son atribuidas a Rotavirus; sin embargo, para el año 2018 se observa un incremento en la tasa, por encima de los últimos 8 años, lo cual podría deberse al incremento de mortalidad por EDA que ocurrió en la población de niños y niñas menores de 5 años, pasando de 129 casos en 2017 (tasa 2.97 por 100.000 menores de 5 años) a 177 muertes en 2018 ( tasa 4,09 por 100.000 menores de 5 años).

Por otro lado, es necesario tener en cuenta los fenómenos migratorios, los cuales pueden incidir en la mortalidad infantil dada la baja cobertura de vacunación de la población migrante y las bajas condiciones higiénicas sanitarias a las cuales se enfrenta esta población.

**Gráfica 73. Tasa de mortalidad por enfermedades infecciosas intestinales (A00-A09). Colombia, 2005 - 2018.**



Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública -SIVIGILA / Estadísticas Vitales EEVV, Consultado en la bodega de datos del SISPRO, abril de 2020.

### Acciones

#### Sectoriales

- Se cuenta con la Guía de Práctica Clínica (GPC) para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años, 2013.
- Desde el año 2017 se están integrando las estrategias de prevención, manejo y control de la EDA a lo establecido para IRA en menores de 5 años.
- Anualmente se realizan más de 10 asistencia técnicas virtuales a las Entidades Territoriales con el abordaje de acciones en comunidad, intersectoriales e institucionales (GPC) con lo relacionado a infancia, específicamente el tema de IRA y EDA.
- En 2016 se construyó y validó la Ruta Integral de Atención para IRA y EDA en menores de 5 años, actualmente se está actualizando a la normativa de gobierno, lineamientos de entornos saludables, entre otros.
- En el año 2019 se construyeron, validaron y difundieron los 3 mensajes clave de EDA: ¿Cómo evitar enfermarse de EDA?, ¿Cómo cuidar en casa una EDA?, ¿Cuáles son los signos de alarma de una EDA?
- Se cuenta con top 5 de las GPC para generar capacidades en talento humano en salud para IRA y EDA.
- Anualmente se realiza reunión nacional de Programa de prevención, manejo y control de la IRA/EDA, espacio en el cual se tienen sesiones para el fortalecimiento de capacidades a nivel de intervenciones individuales, colectivas y poblacionales.

### Intersectoriales

- Durante el año 2018 y en el marco de Proyecto salud para la Paz, se brindó la dotación, capacitación técnica y acompañamiento para la implementación de 26 Unidades de Atención Integral Comunitaria para la atención de IRA, EDA y Desnutrición en zonas rurales.
- Se encuentra actualmente en validación el documento de Lineamientos de las Unidades de Atención Integral Comunitarias con el cual se busca generar una atención oportuna en comunidad, propiciando escenarios de educación en salud a las familias y comunidades desde los diferentes entornos.
- Se está realizando un trabajo articulado con el Programa Nacional de Agua Potable, a través de una priorización de al menos 200 municipios para brindar alternativas de potabilización del agua y ejercicios de educación en salud.
- Se realiza anualmente la jornada de lavatón de manos (Estrategia institucional e intersectorial de lavado de manos) en coordinación con la Secretaría de Salud de Bogotá bajo instrumentos consolidados con el Distrito y replicados a los demás territorios
- A través de DPS se entregaron 700 volantes construidos e impresos por el Ministerio Salud para ser distribuidos a familias caracterizadas del departamento de Córdoba y Nariño.

### **Conclusión y Recomendaciones**

- Es importante garantizar esquemas de vacunación completos a los niños y niñas menores de 6 años.
- Se deben implementar las estrategias del Programa Nacional de Prevención, Manejo y Control de la IRA y EDA (institucional, comunitaria e intersectorial)
- Implementar y hacer seguimiento de las Unidades de Atención Integral Comunitarias en zonas rurales y rurales dispersas.
- A nivel territorial se debe garantizar el acceso a agua con niveles de calidad óptimos para consumo y uso en alimentación.
- Promover acciones sostenibles en comunidad sobre prácticas saludables: lavado de manos, lactancia materna, tenencia adecuada de mascotas, inocuidad de los alimentos, disposición de excretas dirigidas a cada uno de los entornos.
- Es necesario que con los datos epidemiológicos logremos reconocer cómo es el comportamiento de este evento en la población migrante, para evidenciar si la mortalidad de individuos procedentes de otros países (en particular de Venezuela) puede estar afectando el indicador Nacional. De tal forma que logremos describir la relación entre el fenómeno migratorio y el comportamiento de la EDA en esta población con fin de establecer medidas que propendan por la prevención y manejo oportuno de esta patología en los territorios con mayor concentración de este evento.
- Realizar búsqueda activa y vacunación con rotavirus en población migrante menor de 5 años.

**Meta 2: A 2021, se logra la reducción progresiva a menos de 1,59 casos por 100000 habitantes de la mortalidad por Tuberculosis TB en todo el territorio nacional.**

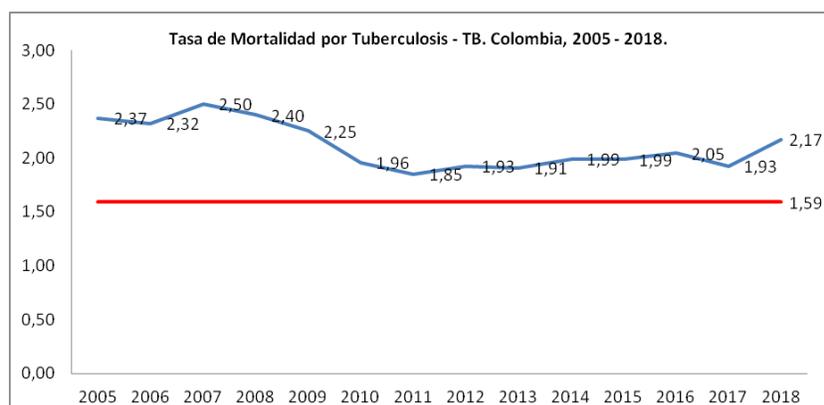
#### ***Indicador Tasa de mortalidad por tuberculosis***

Este indicador de resultado se relaciona con los siguientes indicadores de gestión: Porcentaje de personas curadas de tuberculosis pulmonar y porcentaje de éxito de tratamiento (curados + tratamientos terminados). Los dos indicadores de gestión para el año 2019 presentan información preliminar, esto se debe a que el dato de cierre de 2019 solamente es posible obtenerlo hacia los meses de agosto-septiembre de 2020, teniendo en cuenta la duración del tratamiento de la TB, donde se hace una evaluación retrospectiva de usuarios que ingresaron a tratamiento entre 9 a 12 meses anteriores. El valor mínimo esperado para estos indicadores es del 90% de pacientes curados, actualmente se registra un 62% (dato preliminar)

Frente al comportamiento de la tasa de mortalidad a razón de la TB por cada 100mil habitantes en el país, se observa que en el periodo comprendido del año 2005 al 2010 existió una tendencia a la disminución no obstante, en el periodo comprendido del 2011 al 2017 se mantiene un comportamiento estable y en el comparativo de los años 2017 y 2018 se observa un incremento de la tasa pasando de 1,93 casos a 2.17 casos de mortalidad por TB por cada 100 mil habitantes; se destaca que la información del año 2018 corresponde a datos preliminares provenientes de la fuente oficial de información la cual son los registros de Estadísticas Vitales del DANE.

En torno al avance en el cumplimiento de la meta, se observa que no se ha logrado disminuir la tasa de mortalidad a menos de 1,59 casos por cada 100 mil habitantes según lo establecido en el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, lo anterior, generado por limitantes para alcanzar un diagnóstico y tratamiento oportuno de los casos en el país de manera especial en aquellos grupos de riesgo como las personas viviendo con VIH, menores de 14 años, mayores de 65 años, poblaciones en contextos de vulnerabilidad social y que presentan barreras de acceso a la atención primaria en salud.

**Gráfica 74. Tasa de Mortalidad por Tuberculosis – TB. Colombia 2005 - 2018.**



Fuente: Estadísticas Vitales EEVV, Consultado en la bodega de datos del SISPRO, abril de 2020.

## Acciones

### Sectoriales

- Se formuló el Plan Estratégico Nacional hacia el Fin de la TB en Colombia 2016-2025, adoptando las metas de reducción de incidencia, mortalidad y costos catastróficos a razón de la TB, acorde a la estrategia mundial fin de la TB;
- Desde el Ministerio de Salud y Protección Social se realiza anualmente la compra centralizada de los medicamentos para casos de TB sensible y farmacorresistente, así como para tratar la infección latente, lo que disminuye las barreras de acceso al tratamiento, al ser un evento prioritario en la salud pública;
- Giro anual de recursos financieros de transferencias nacionales a las entidades departamentales y distritales de salud, para cofinanciar las acciones de gestión de la salud pública en el seguimiento de casos y contactos definidas por el Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis – PNPCT;
- Actualización integral de los lineamientos técnicos y operativos del PNPCT, mediante la expedición de la Resolución N° 227 del 20 de febrero de 2020, acogiendo las últimas directrices internacionales de la OMS y la evidencia científica disponible en la atención de casos.

**Intersectoriales:** Con la promulgación de la Resolución 227 de 2020, se definen acciones de articulación intersectorial de las entidades departamentales y distritales de salud, con sectores claves como vivienda,

educación, justicia, protección social entre otros, que permitan intervenir los determinantes causantes de la TB y mejorar el soporte requerido para la adherencia al tratamiento en las personas afectadas. Se ha avanzado en la conformación de redes y la participación de actores de la Sociedad Civil Organizada, para afianzar el reconocimiento de los derechos y deberes de las personas afectadas por TB, así como la articulación con programas nutricionales, empleo, educación especialmente dirigidos a personas con TB en contextos de vulnerabilidad social.

### **Conclusión y Recomendaciones**

Se observa que el país ha implementado acciones que permiten incrementar el diagnóstico de casos de TB, su seguimiento y éxito en el tratamiento, a pesar de esto, no se ha logrado cumplir con la meta propuesta de reducción de la mortalidad indicada en el PDSP 2012-2021, lo cual indica la necesidad de avanzar hacia incrementar el diagnóstico rápido molecular ya existente en el país, el fomento de esquemas de tratamiento orales en casos de TB sensibles y resistentes, así como implementar nuevos enfoques y estrategias transversales que ya fueron definidas en los lineamientos técnico operativos del PNPCT (Resolución 227 de 2020).

De igual manera, con la actualización de los lineamientos se generaron nuevas responsabilidades a los diferentes agentes del sistema de salud especialmente a las EAPB y las IPS en términos del cumplimiento de la captación de casos y contactos, se generaron nuevos algoritmos de diagnóstico, nuevos esquemas de tratamiento, entre otras acciones que competen a la gestión integral del riesgo. También, se generaron nuevas responsabilidades a las entidades territoriales en el seguimiento técnico a las redes prestadoras de servicios de salud y aseguradoras para el fortalecimiento de capacidades y de rectoría en el marco de las actividades de gestión de la salud pública y de las intervenciones colectivas.

Se recomienda incluir en el nuevo Plan de Salud Pública Nacional, la meta de reducción de la mortalidad y el incremento en el éxito en el tratamiento, que permita afianzar la gestión de los agentes del sistema en la mejora de la atención de las personas afectadas por la TB, así como el monitoreo y evaluación de los indicadores de impacto y resultados de las estrategias e intervenciones definidas en la normatividad.

**Meta 3: A 2021, alcanzar el 95% o más de cobertura en todos los biológicos que hacen parte del esquema nacional, en las poblaciones objeto del programa.**

#### ***Indicador Cobertura de vacunación con BCG en nacidos vivos***

El Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), tiene como meta lograr coberturas de vacunación con cada uno de los biológicos, iguales o superiores al 95%, en los diferentes niveles territoriales; para este cálculo utilizó como denominador hasta el año 2011 las proyecciones de población por edad simple estimadas a partir del censo del Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE) realizado en el año 2005.

En los años 2012 y 2013, se estableció la meta programática del PAI para la población menor de 6 años conforme a Circular Externa 039 del 30 de octubre de 2013, la cual se ha ido ajustando año a año hasta tanto se contara con las proyecciones de población establecidas en un siguiente censo nacional. Para la vigencia 2020, el PAI toma como denominador la estimación de las proyecciones de población calculadas con base en los resultados del Censo Nacional de Población y Vivienda (CNPV) 2018.

Los resultados alcanzados a nivel nacional para BCG, con corte a diciembre de 2019 fue de 90%, superior a los reportados en 2018, se observa que a partir del 2015 hasta 2019 las coberturas alcanzadas han mostrado un comportamiento similar, con una diferencia de uno o dos puntos entre las diferentes vigencias mencionadas. Para esto las entidades territoriales realizan un seguimiento permanente a la vacunación del

recién nacido en las diferentes IPS que atienden partos, el cual es registrado en RUAF y en PAI WEB, lo que garantiza el seguimiento a la cohorte de nacido vivo, para iniciar, continuar y completar los esquemas de vacunación en la población menor de un año de un año y de cinco años.

Este ministerio ha realizado esfuerzos importantes, como es el envío oportuno de los biológicos e insumos con el fin de que los departamentos y municipios mantengan las vacunas e insumos y evitemos las oportunidades perdidas en vacunación.

Las coberturas de vacunación alcanzadas con corte a mayo 2020 con biológicos trazadores son del 30.6% para BCG, Es importante mencionar que a mayo el cumplimiento debería estar en 39,5%, estando por debajo de la meta esperada, y encontrándose por debajo de las alcanzadas en mayo de 2019, consecuencia de la pandemia por COVID-19, y el nuevo denominador poblacional que para esta vigencia son las proyecciones del censo DANE 2020 y que comparadas con el año inmediata anterior el denominador se encuentra incrementado para la mayoría de municipios del país.

**Gráfica 75. Cobertura de vacunación con BCG en nacidos vivos. Colombia, 2005 – 2019.**

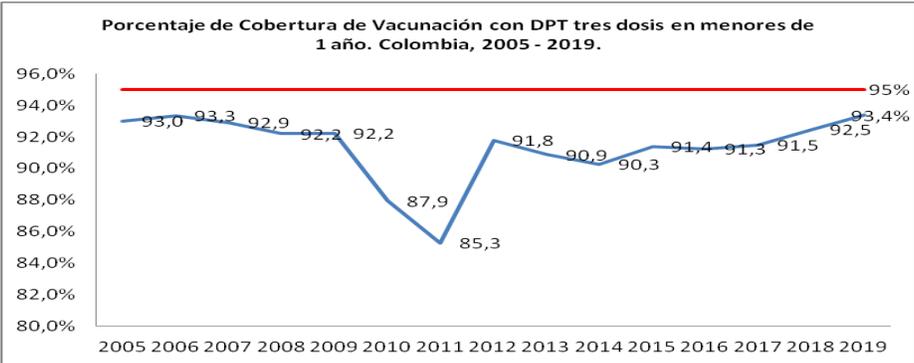


Fuente: Programa Ampliado de Inmunizaciones – PAI, Consultado en la bodega de datos del SISPRO, abril de 2020.

**Indicador Cobertura de vacunación con DPT tres dosis en menores de 1 año**

La siguiente gráfica muestra que las coberturas con terceras dosis de pentavalente en población menor de un año muestra un comportamiento superior al 90% durante los años 2012 a 2019 alcanzando en el 2019 coberturas del 93,4%, muy cerca de meta esperada la cual es el 95%, estos resultados se alcanzaron gracias a la gestión y seguimiento desde el nivel nacional departamental y municipal, se continua trabajando de manera articulada con las entidades territoriales, EAPB y demás actores en alcanzar coberturas útiles de vacunación del 95% en cada uno de los municipios del país.

**Gráfica 76. Porcentaje de cobertura de vacunación con DPT tres dosis en menores de 1 años. Colombia, 2005 – 2019.**

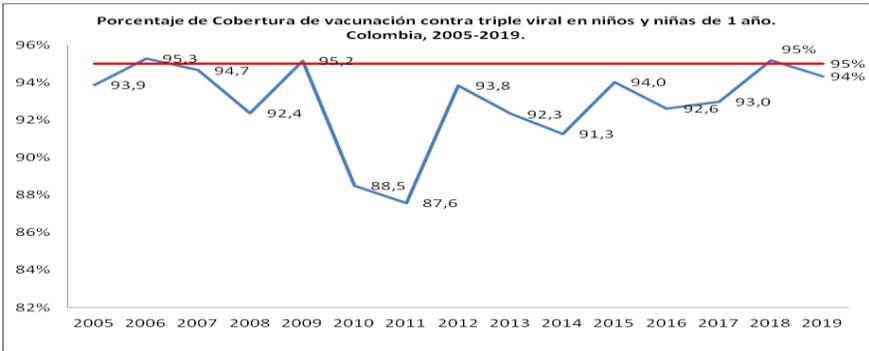


Fuente: Programa Ampliado de Inmunizaciones – PAI, Consultado en la bodega de datos del SISPRO, abril de 2020.

**Indicador Cobertura de vacunación con triple viral en niños y niñas de 1 año.**

Como puede verse en el siguiente gráfico, las coberturas con triple viral (SRP) en población de un año de edad, muestra un comportamiento superior al 90% durante los años 2013 a 2019, y en los años 2017 y 2018 se lograron coberturas del 95%, estos resultados se alcanzaron gracias a la gestión y seguimiento desde el nivel nacional departamental y municipal, se continua trabajando de manera articulada con las entidades territoriales EAPB y demás actores en alcanzar coberturas útiles de vacunación del 95% en cada uno de los municipios del país, resultado que se ve reflejado en que los casos de sarampión presentado en los años 2018 y 2019 con 208 y 244 respectivamente, los cuales fueron controlados gracias a la gestión realizada desde el nivel nacional y territorial en el logro de las metas propuestas.

**Gráfica 77 Porcentaje de cobertura de vacunación contra triple viral en niños y niñas de 1 años. Colombia, 2005- 2019.**



Fuente: Programa Ampliado de Inmunizaciones – PAI, Consultado en la bodega de datos del SISPRO, abril de 2020.

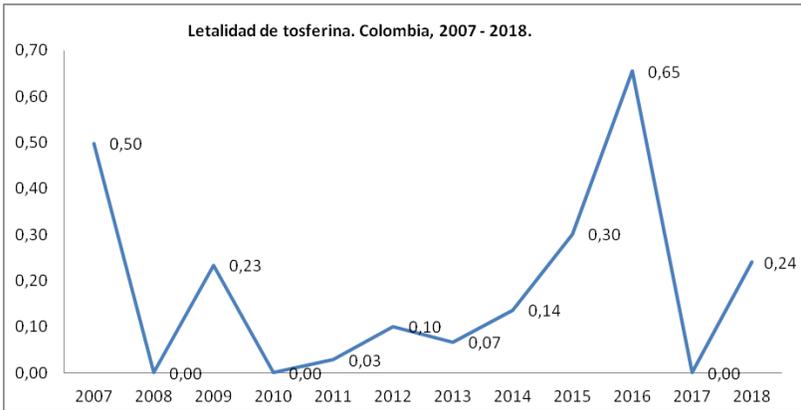
**Meta 4: A 2021, mantener en todo el territorio nacional la erradicación de la poliomielitis, y consolidar la eliminación del Sarampión, la Rubeola, el Síndrome de Rubeola Congénita y el Tétanos Neonatal, y controlar la incidencia de casos de Fiebre Amarilla, Difteria, Tuberculosis Meningea, Hepatitis A y B, Neumococo, Haemophilus Influenzae tipo B, Diarreas por Rotavirus, Tos Ferina, Parotiditis e Influenza.**

**Indicador Letalidad por Tosferina**

En Colombia, dada la situación epidemiológica de los años 2011 y 2012, el Comité Nacional de Prácticas en Inmunizaciones (CNPI) hace la recomendación al país de mejorar las coberturas de vacunación con DPT, fortalecer la vigilancia epidemiológica, y, como estrategia complementaria, vacunar a todas las mujeres embarazadas, con el objeto de disminuir la mortalidad en lactantes menores de seis meses, por lo cual el PAI realiza en 2013 la Introducción de la Vacuna TdaP (Tétanos - Difteria - Tos ferina acelular) en el Esquema del Programa Ampliado de Inmunizaciones –PAI para mujeres gestantes. Para el 2016 se observó un mejoramiento importante del indicador, no obstante, en 2018 se observa nuevamente un incremento en la letalidad por toserina.

Con corte a mayo de 2020, la Cobertura de vacunación con TdaP en gestantes se encuentran en 25,7%, teniendo en cuenta que la cobertura esperada para el periodo es del 39,5%, se encuentra por debajo de la meta esperada, por lo que se requiere el fortalecimiento de la gestión y seguimiento desde el nivel departamental y municipal y se continua trabajando de manera articulada con las entidades territoriales EAPB y demás actores en alcanzar coberturas útiles de vacunación del 95% en cada uno de los municipios del país.

**Gráfica 78. Letalidad por Tosferina. Colombia, 2007-2018.**



**Fuente:** Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública -SIVIGILA / Estadísticas Vitales EEVV, Consultado en la bodega de datos del SISPRO, abril de 2020.

Colombia cuenta con el plan de erradicación mundial de la poliomielitis, fase final 2013- 2018, orientado a detectar e interrumpir la transmisión de los virus de la poliomielitis; fortalecer los programas de inmunización, retirar la vacuna oral trivalente, que inicio con el retiro del componente tipo 2, mediante el cambio de la vacuna trivalente oral (serotipos 1, 2 y 3) por la bivalente oral (serotipos 1 y 3) en mayo de 2016, logrando con éxito el cambio sincronizado en todo el territorio nacional; a contener los virus de la poliomielitis existentes en los laboratorios, a certificar la interrupción de su transmisión; y a planificar el aprovechamiento del legado de la lucha contra la poliomielitis.

En 2015 se declaró la erradicación del poliovirus salvaje (WPV) de tipo 2, con el WPV de tipo 3 se declaró su erradicación el 17 de octubre de 2019 y, aunque todavía no se ha podido detener del todo el WPV tipo1, a nivel mundial, su incidencia se ha reducido en más del 90% desde 2014.

Colombia, en cumplimiento al plan de erradicación mundial de la poliomielitis, ha venido realizando la introducción de la VIP en el esquema nacional de vacunación así: la primera dosis en 2015, la segunda dosis en noviembre de 2018 y la tercera dosis el 01 de abril de 2020 y de esta manera avanzar con el retiro gradual de las vacunas orales contra la polio.

**Acciones**

**Sectoriales**

Desde el nivel nacional se realizan acciones en el marco del Programa Ampliado de Inmunizaciones, mostrando avances importantes. Con un presupuesto para biológicos e insumos de 332.000.000.000 para la vigencia del 2020 para garantizar los esquemas completos de vacunación en la población objeto del programa en todo el territorio nacional y que tiene como finalidad disminuir la mortalidad y morbilidad evitable.

El Programa Ampliado de Inmunizaciones, se ha fortalecido tanto en cobertura como en el número de biológicos incorporados en el esquema de vacunación. Durante los últimos años se universalizó la vacuna contra el neumococo y se introdujeron las vacunas contra el virus del papiloma humano (VPH), la hepatitis A, la DPT acelular para gestantes (con el fin de disminuir la mortalidad por Tos Ferina en niños), la última en introducir fue la vacuna contra la varicela, alcanzando a junio del 2020 un total de 21 biológicos que protegen contra 26 enfermedades, trascendiendo la vacunación de los niños a la familia y la comunidad.

El esquema de vacunación gratuito para la población del territorio nacional ha sido reconocido como uno de los más completos y modernos de América Latina.

A continuación, se describen las acciones que se han realizados en el marco de los componentes del programa y de la respuesta al fenómeno migratorio.

- Estabilización de la oferta y aseguramiento de la calidad de los biológicos del PAI garantizando: i) Mantenimiento óptimo de los biológicos ii) Mejoría en el sistema de distribución y iii) Disponibilidad.
- Elaboración de lineamientos nacionales para la gestión y administración del PAI en cada vigencia, dirigido a las entidades territoriales, EAPB e IPS
- Introducción de la tercera dosis de Vacuna Inactivada contra la Poliomielitis (VIP) en el esquema nacional de vacunación. Colombia 2020.
- Introducción de dosis refuerzo de varicela en el esquema para la población de niños y niñas de 5 años. En la población nacida a partir del 1 de julio de 2014.
- Seguimiento a las EAPB en la actualización de los datos de vacunación en el sistema de información nominal del PAI en su versión WEB.
- Elaboración de lineamientos técnicos y operativos para el desarrollo de la jornada nacional de vacunación de búsqueda de población susceptible para fiebre amarilla 2020.
- Elaboración y publicación de los lineamientos técnicos para el desarrollo de las cuatro jornadas nacionales de vacunación en cada vigencia y lineamientos de vacunación contra influenza estacional cepa sur en cada vigencia.
- Ruta para manejo hospitalario de personas sospechosas de sarampión para disminuir riesgo de transmisión nosocomial 2020.
- Elaboración de los lineamientos generales para el programa ampliado de inmunizaciones (PAI) en el contexto de la pandemia de covid-19. Colombia 2020.
- Actualización de la normatividad de habilitación del servicio de vacunación según la Resolución 3100 de 2019 por medio de la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud.
- Coordinación con las Empresas Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB) del nivel nacional, regional y local para la articulación de estrategias y acciones que propendan al logro de los resultados del programa.
- Abogacía a los tomadores de decisiones (alcaldes, asamblea, concejos, gerentes de ESE e IPS y EAPB), para fortalecer la gestión territorial, así como apoyo técnico en la revisión de los Planes de Acción en Salud (PAS).
- Desarrollo de capacidades a los equipos de vacunación en todos los niveles para la gestión y operativización en cada uno de los componentes del programa.
- Asistencia técnica presencial y virtual a las entidades territoriales, para el acompañamiento técnico en el fortalecimiento a la gestión y el logro de los objetivos del programa.
- Desarrollo de reuniones nacionales con coordinadores PAI de departamentos y distritos para la evaluación de la gestión del programa 2019 y la socialización de los lineamientos 2020, previos a la declaratoria de emergencia por la pandemia por COVID- 19.
- En el marco del Plan Nacional de Prevención y Control para fiebre amarilla 2017 – 2022, se está desarrollando la jornada la búsqueda de la población susceptible de acuerdo con los lineamientos nacionales.
- Distribución de 22 refrigeradores solares combinados con congeladores adquiridos mediante la compra número 752 de 2018, para fortalecer la red de frío para las acciones de vacunación en las zonas rurales dispersas del país de las entidades territoriales priorizadas.

- Puesta en funcionamiento de los centros de acopio de vacunas de los departamentos de Boyacá, Bolívar y Cauca, los cuales fueron construidos con la cofinanciación de recursos de este Ministerio por un total de \$1.830.000.
- Se realizó la calificación de los cuartos fríos y la zona seca del Almacén del Ministerio de Salud y Protección Social donde se involucraron las etapas de: Calificación Operacional (OQ), de Desempeño (PQ) y de instalación (IQ) y la calificación de la zona seca de almacenamiento de los insumos del programa, Lo anterior conforme a la Resolución 1160 de 2016, expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social.
- Gestión para la adquisición de 10 refrigeradores y congeladores solares para fortalecer la red de frío de las zonas rurales dispersas del país.
- Los recursos para la vigencia 2020, asignados a la adquisición de insumos PAI son de \$332.000.000.000, los cuales garantizan la disponibilidad de insumos hasta el mes de abril de 2021. (Considerando stock de seguridad de 4 meses acorde con las recomendaciones de la OPS).
- Reingeniería del sistema de información nominal PAIWEB 2.0.
- Se fortalecieron las medidas de vacunación y vigilancia epidemiológica para dar una adecuada respuesta ante los brotes de sarampión presentados en el país, relacionados con la importación de casos desde el vecino país de Venezuela, 2018 con 208 casos, 2019 con 244 casos de sarampión en el país y 2020 1 caso importado de sarampión en el país.
- Vacunación a los deportistas de los Juegos Nacionales y Paranales.
- Colombia fue el país ganador de la distinción M&RI Champion Award 2019.
- Colombia recibe el premio de la 'Iniciativa contra el Sarampión y la Rubeola', en Naciones Unidas 2019.
- Mantenimiento del status como país libre del sarampión, rubeola y síndrome de rubeola congénita 2020.
- Contamos con campañas promocionales de vacunación con alto reconocimiento en la población.
- Articulación con el programa grupo curso de vida en la atención en salud de las niñas y los niños de primera infancia e infancia.
- Posicionamiento del Programa Ampliado de Inmunizaciones –PAI-, en medios de comunicación audiovisuales con las campañas del programa permanente “Busca ya las vacunas ¡Es gratis, hazlo de una!, promoción de la vacunación contra el VPH campaña “Hombro a Hombro” prevención de la Infección Respiratoria Aguda “Gripa a metros”.
- Rediseño e impresión de: cartillas “lo que debemos saber acerca de las vacunas” y esquemas de vacunación (afiche y ficha de bolsillo), plegables y afiches campaña “Gripa a metros”, plegables y afiches promocionales para prevención del cáncer cervicouterino – VPH, vacunación, Gestación.
- Pauta a través de medios masivos de comunicación en franjas AAA en canales nacionales como Caracol, RCN y Canal 1; televisión por cable en NAT GEO kids, Disney Chanel, Discovery kids y Tacho Pistacho; televisión regional Telecaribe, Tele pacífico, Canal TRO, Tele café, Tele Medellín, Tele país, Tele Antioquia; de igual manera, se difusión a través de emisoras de Fuerzas Militares y Policía, así como emisoras locales propias de los diferentes territorios del país, a través de las Gobernaciones, Alcaldías y Secretarías de Salud.
- Trasmisión radial a través de emisoras como Olímpica Estéreo, Tropicana, Radio 1, RCN Radio y Blu; asimismo, en medios masivos como Cine Colombia, Cinevisión Internacional y Cine Mark.
- Producción de piezas audiovisuales para las campañas del programa permanente “Busca ya las vacunas ¡Es gratis, hazlo de una!, vacunación contra VPH “Hombro a Hombro”, se mantiene el lema “Gripa a metros”, ahora liderado por la vaca cantante y su grupo musical y refuerzos de 18 meses y 5 años del esquema nacional de vacunación.
- Boletines de prensa, diseño de mensajes y piezas comunicacionales para redes, en para las jornadas de vacunación de los meses de julio y octubre de 2019, y enero y abril de 2020, esta última en conjunto con la celebración de la Semana de Vacunación de las Américas (SVA), las cuales fueron entregados al área de comunicaciones de las diferentes entidades territoriales a nivel nacional.

## Respuesta al fenómeno Migratorio

- Fortalecimos la respuesta al fenómeno migratorio procedente de Venezuela garantizando la vacunación de la población objeto migrante en todo el territorio nacional.
- Desde agosto de 2017 hasta mayo de 2020 se aplicaron **2.087.183** dosis de vacunas a población migrante venezolana, con una inversión cercana a los \$ 30.121 millones de pesos.
- Implementación de la Tarjeta Unificada de Vacunación (TUV) el 15 de octubre de 2019, en coordinación con 16 países de la región, con el fin de contar con un carné único para la población migrante que transita por la región de las Américas y de esta manera evitar la revacunación.
- Coordinación desde el clúster salud con la cooperación internacional para el fortalecimiento de las acciones de vacunación en los territorios priorizados.

## Intersectoriales

Trabajo articulado con otros sectores para fortalecer las acciones en vacunación y lograr el cumplimiento de metas.

- Gestión y coordinación interprogramática, intra e intersectorial, para mejorar la atención integral en salud de la población, contribuyendo con la disminución de brechas de acceso, trabajo articulado con actores aliados como: Procuraduría, Defensoría del Pueblo, Departamento para la Prosperidad Social (DPS), Personerías, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), Policía de Infancia, Secretarías de Educación, Registraduría, Comisarías de Familia, Iglesias, Pastoral Social, ONG's, y sociedades científicas y académicas, entre otros, promoviendo el desarrollo de capacidades comunitarias y el posicionamiento del programa en la agenda política.
- Mesas sectoriales con los diferentes ministerios y demás aliados para articulación en torno a la campaña de sarampión y programa permanente.
- Coordinación con Ministerio de Educación para realizar en el entorno educativo una estrategia integral para la atención de niños, niñas y adolescentes y de esta manera fortalecer la vacunación contra el VPH y el esquema en general.
- Desarrollo de las jornadas nacionales de vacunación establecidas para cada vigencia, articulando con aliados y demás actores para el desarrollo de las estrategias y tácticas, las cuales tienen un impacto positivo para el cumplimiento de las metas.
- Coordinación con INVIMA para la estandarización del procedimiento para el reporte y análisis de las pérdidas de cadena de frío de los biológicos e insumos del programa.
- Seguimiento nominal niño a niño de las cohortes 2010 -2020 con las ET, EAPB y Departamento de la Prosperidad Social (DPS) garantizando la custodia y seguridad de la información.
- Coordinación a través de la cooperación internacional con agencias, ONG, embajadas, organizaciones de naciones unidas entre otras, para el fortalecimiento de las acciones de vacunación dirigidas a la población migrante independiente de su condición migratoria en el territorio nacional.
- Con el departamento de la Prosperidad Social se viene trabajando de manera articulada creando alianzas para fortalecer las estrategias que generen impacto en las coberturas. Para esto DPS ha enviado mensajes de texto en articulación con el MSPS a la población de la estrategia UNIDOS, enviados 14.552 mensajes en mayo 2020.
- Trabajo articulado con ICBF, para la articulación de estrategias de vacunación a la población objeto del programa de las diferentes modalidades de atención a la población infantil como Centros de Desarrollo Infantil (CDI), hogares infantiles entre otros.
- Protocolo de acciones conjuntas entre el Ministerio de Salud y Protección Social y Prosperidad Social para la implementación del Programa Ampliado de Inmunizaciones – PAI.



### Conclusión y Recomendaciones

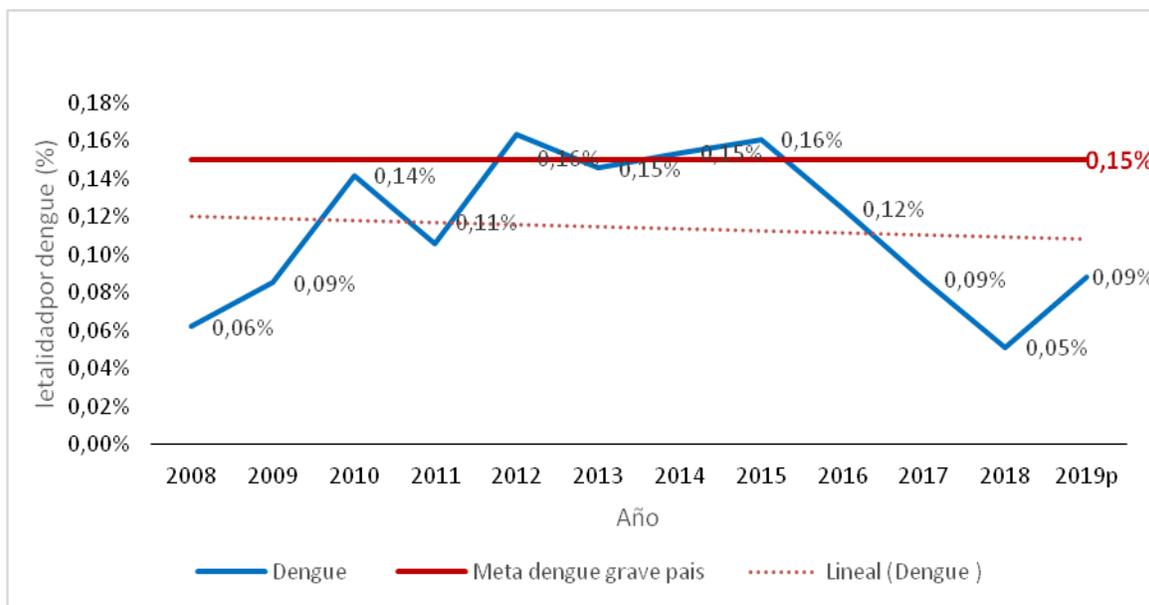
Importante mencionar que para el cumplimiento de metas del programa se cuenta con el sistema de información PAI WEB, sin embargo se recalca que para el año 2020 se cuenta con dos premisas importantes que afectarán los resultados en salud del programa como son: la pandemia Covid 19 y el denominador oficial DANE el cual se encuentra incrementado para la mayoría de municipios del país, para lo cual se realizara comparativo de análisis de coberturas, y se tendrán en cuenta el seguimiento a cohortes que realizan las entidades territoriales, los MRV y el comparativo de dosis aplicadas con años anteriores.

- Se requiere avanzar en la construcción de Indicadores de seguimiento a las EAPB.
- Frente al Sistema de Información, se debe continuar con los procesos que apuntan al mejoramiento de calidad del dato sistema PAI, así como a generar información para la bodega de datos, para consulta de usuarios externos.
- Desarrollar el componente de integración de los sistemas de información de vacunación del Ministerio de Salud y Protección Social - MSPS y la Secretaría de Salud de Bogotá – SDS.
- Desde las Direcciones Territoriales y EAPB se debe fortalecer el Seguimiento de los niños con bajo peso al nacer que deben recibir su dosis de BCG al cumplir los 2.000 GR y seguimiento al ingreso inmediato de la información de vacunación en el sistema de información nominal del PAI.

#### Meta 5: A 2021, se reduce o mantiene la letalidad por Dengue Grave a <2%, en la Nación, Departamentos, Distritos y Municipios.

Con relación al indicador de letalidad por dengue grave, se observa un decremento progresivo a partir del año 2017 y el pico máximo en los últimos años se contempla en el año 2015, que coincide con el final de la epidemia chikungunya y el ingreso de zika al país, por lo que lo años 2014 a 2016 corresponden a un ciclo epidémico de arbovirosis en todo el territorio nacional. Después de esta fase se observa una tendencia decreciente en la letalidad por dengue grave desde el año 2016.

Gráfica 79. Letalidad por Dengue. Colombia, 2008-2019p.

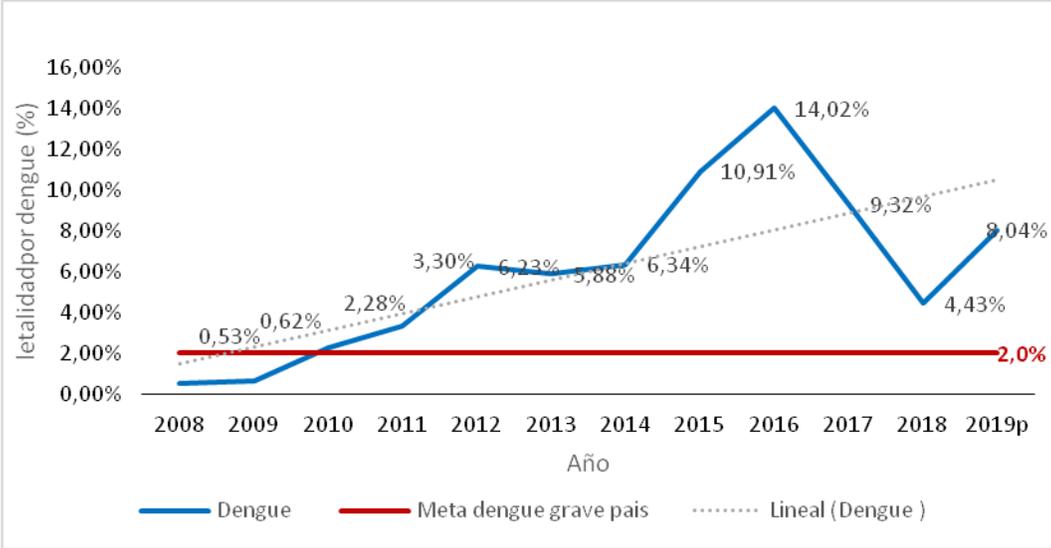


Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública -SIVIGILA

**Indicador Letalidad por Dengue Grave**

Según el análisis realizado con la información de estadísticas vitales, se observa un incremento considerable en la totalidad de dengue para los últimos cuatro años; sin embargo, se debe revisar la metodología de análisis y las fuentes de información.

**Gráfica 80. Letalidad por dengue grave. Colombia, 2008 – 2019p.**



Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública -SIVIGILA

**Tabla. Registro de casos de dengue grave, Colombia 2008-2019p**

Casos	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019p
Dengue grave	4348	7131	9776	1303	1412	3113	2619	1421	899	236	519	1406
Promedio casos dengue grave	5640			2141			765					
% casos dengue grave respecto a dengue total	10,5%	12,2%	5,9%	3,1%	2,6%	2,4%	2,4%	1,5%	0,9%	0,9%	1,1%	1,1%

Fuente: SISPRO, Sivigila, INS, 2008-2019p

**Acciones**

**Sectoriales**

- Generación del Plan estratégico nacional de arbovirosis 2018-2022, con seis líneas prioritarias: posicionamiento político, entornos saludables, vigilancia integral de Salud Pública, atención de casos, gestión del programa y atención de contingencias.
- Acciones de promoción, prevención y control con base en priorización y focalización de las áreas endémicas para arbovirosis, enfocadas en estrategias de prevención mediante métodos de barrera, biológicos, físicos o de saneamiento del medio; y las acciones de control realizadas según escenarios de: casos graves, muertes y brotes con orientaciones y seguimiento desde el nivel nacional en el marco de los lineamientos para la gestión y operación del programa de enfermedades transmitidas por vectores para la ejecución de sus transferencias nacionales de funcionamiento, que se emiten y actualizan de forma anual.
- Fortalecimiento de capacidades de respuesta territoriales a través del mecanismo de asistencia técnica, evaluación de la gestión general del programa ETV a nivel territorial y reuniones regionales de programa nacional de promoción, prevención y control de ETV (dos al año), contempladas en políticas, planes,

estrategias y proyectos que apoyan el funcionamiento del subprograma de arbovirosis de iniciativa nacional y regional y dirigidas a las direcciones territoriales de Salud.

- Generación de material de comunicaciones dirigido a diferentes públicos: tomadores de decisiones, población general y profesionales de salud. Para promoción, prevención y control de dengue.
- Avance y seguimiento al manejo de casos, conforme lo establece la guía clínica de manejo, con la evaluación de indicadores de hospitalización de dengue con signos de alarma y dengue grave, confirmación y letalidad, así como el análisis de manejo de casos con el apoyo de los médicos y otros profesionales del programa ETV en algunos territorios.
- Generación de lineamientos técnicos para el fortalecimiento de acciones de prevención, promoción, y control, vigilancia en salud pública, manejo; actualización de lineamientos y protocolo de vigilancia de dengue.
- Activación de planes de respuesta ante las contingencias presentadas en los años 2010, 2013, 2016 y 2019-2020; esta última bajo la campaña “Córtale las alas al dengue”, vigente, con participación del grupo funcional y participación de la Superintendencia Nacional de Salud para las acciones de inspección, vigilancia y control.
- Apoyo a las direcciones territoriales a través de la compra, distribución y gestión de insumos para el control de vectores, que incluyen acciones de evaluación, redistribución y conceptos técnicos para su adquisición desde los territorios.

### **Intersectoriales**

- Conformación del equipo funcional nacional operativo con plan de trabajo anual y participación del Instituto Nacional de Salud, Superintendencia Nacional de Salud, Organización Panamericana de la Salud, como los principales, e invitación a espacios técnicos de discusión a Ministerio de Ambiente, Ministerio de ciencia tecnología e innovación, Instituto de evaluación de Nuevas tecnologías, INVIMA, Sociedad Colombiana de Salud Pública, Sociedad Colombiana de Epidemiología, entre otros, dependiendo el abordaje requerido para las estrategias de promoción, prevención y control de enfermedades transmitidas por vectores con énfasis en arbovirosis.
- Desarrollo de acciones intersectoriales establecidas en los planes de contingencia para ETV en el marco del sistema nacional de gestión del riesgo de desastres, que incluyen participación del sector ambiente, servicios públicos, salud ambiental, entre otros.
- Apoyo intersectorial a través del espacio de la CONASA ETV. Se adelantó la estrategia “Escuelas + limpias + saludables libres de Aedes” en asocio con UNICEF, Talleres de Promoción de salud con UNICEF, alianza estratégica con ONG ante la contingencia por otras arbovirosis en el año 2016, celebración de la semana antimosquitos y día “D”, con el apoyo de OPS. Tablero de problemas, análisis de involucrados y propuesta de plan de acción.

### **Conclusión y Recomendaciones**

Para el cálculo de los indicadores de letalidad por dengue y dengue grave se tomó como fuente de información el sistema nacional de vigilancia epidemiológica, con la serie de casos disponibles desde 2008 a 2019 (preliminar). No se toma la información de registros de muerte por estadísticas vitales, entendiendo la limitación en el ajuste de casos y en que no se tomó en cuenta de forma inicial para el establecimiento de líneas de base dentro del grupo de enfermedades endemoepidémicas.

Para el análisis del progreso del programa de promoción, prevención y control se considera mejor realizar el análisis del indicador de letalidad de dengue, entendiendo que es el indicador utilizado a nivel de la región de las Américas, pese a que la meta se estableció para el indicador de letalidad por dengue grave, la cual tiene algunas limitaciones.

La letalidad por dengue a nivel nacional presenta una tendencia a la reducción desde el año 2016, lo que refleja una mejora en las acciones de promoción, prevención, control y vigilancia intensificada en todo el

territorio nacional, que obedecen a una estrategia de focalización y fortalecimiento de las estrategias de intervención en los diferentes entornos, así como el fortalecimiento de capacidades en el nivel asistencias de salud y operativo de los programas de enfermedades transmitidas por vectores y la implementación y operación de la Estrategia de gestión integrada -EGI ETV.

La letalidad por dengue grave presenta un incremento, que responde a la reducción progresiva del denominador, es decir, el número de casos de dengue grave presentados en Colombia durante los últimos ocho años, pasando de 5639 casos promedio entre 2008 y 2012; a 2141 casos promedio de 2013 a 2015 y, posteriormente, a 765 casos promedio entre 2016 y 2019. Esto se debe principalmente al ajuste en la definición de caso desde el año 2019 (que entra en vigencia desde 2010). A esto se suma el hecho de que se ha visto una reducción en las formas que progresan de dengue con signos de alarma a dengue grave, lo que deja ver el mejoramiento en los procesos de identificación, clasificación correcta y manejo clínico integral mejorado en el territorio nacional.

El indicador “letalidad por dengue grave” da cuenta del progreso del diagnóstico y manejo integral de los casos de dengue a nivel general y de las formas graves de la enfermedad, así como del manejo oportuno que indica una mejor percepción del riesgo en la población afectada y una sensibilización en el tema por parte de los profesionales de salud. Pese a esto, se requiere fortalecer la adherencia a los lineamientos clínicos emitidos, a través de estrategias en la educación formal y de educación continua.

A pesar de la generación de estrategias sectoriales y el trabajo intersectorial realizado, se requiere fortalecer el análisis desde el enfoque de los determinantes sociales, con el objeto de buscar estrategias viables de articulación con otros sectores (salud, vivienda, educación, ambiente, entre otros), con planes de trabajo en el corto, mediano y largo plazo.

Las muertes por dengue continúan representando una preocupación en todo el territorio nacional y este indicador da cuenta tanto de las acciones de promoción, prevención y control, así como del manejo integral de casos, por lo que se requiere también del trabajo articulado con las áreas de prestación de servicios y aseguramiento en quienes recaen estas competencias.

Se debe fortalecer el trabajo de comunicación del riesgo de tal forma que la población logre apropiarse y aplicar las conductas de prevención en los diferentes entornos, así como identificar oportunamente la enfermedad y acudir oportunamente a los servicios de salud, evitando conductas de automedicación.

Ya desde la perspectiva de la atención en salud, es importante continuar fortaleciendo las acciones de identificación oportuna, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de casos, así como es necesaria la actualización de guías clínicas de manejo de casos, teniendo en cuenta las nuevas evidencias científicas para orientar a los profesionales de salud desde las diferentes especialidades clínicas y niveles de atención.

La red de prestación de servicios puede representar un riesgo latente, sobre todo en regiones apartadas del país en donde no se cuenta con los niveles de complejidad para la atención y soporte de las formas graves de la enfermedad, por lo que es importante invitar y hacer partícipes a los tomadores de decisiones que tienen facultad para gestionar y organizar estas redes de prestación de servicios en conjunto con las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios.

Se tienen limitaciones con el cálculo del indicador de dengue en los siguientes aspectos: La meta de letalidad general establecida en la región de las Américas es de 0,5 %, frente a la nacional que es 0,15 %, un poco más ambiciosa. Sin embargo, se cumple desde el año 2016 y hasta el registro preliminar de 2019.

Se tienen limitaciones con el cálculo de este indicador de letalidad por dengue grave, teniendo en cuenta que:

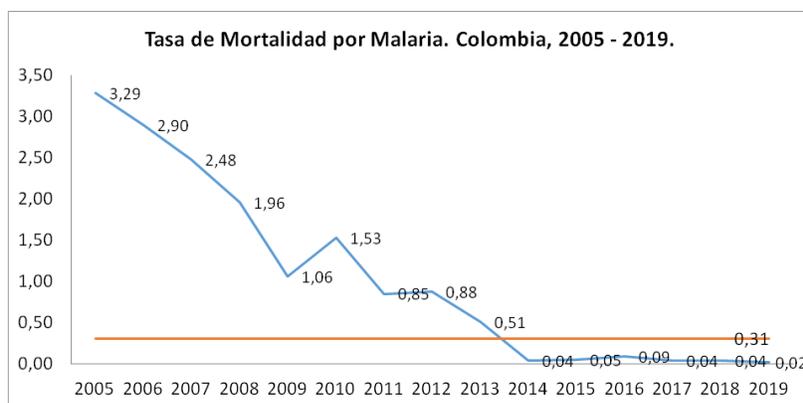
1. La fuente de información para tomar la línea base de este indicador fue la información registrada en el sistema nacional de vigilancia, SIVIGILA, y el cálculo actual incluye estadísticas vitales, por lo que se considera necesario realizar el ajuste a la ficha de dicho indicador, ya que este define que el denominador corresponde a los registros de estadísticas vitales del DANE.
2. La línea base para el cálculo y establecimiento de la meta de letalidad por dengue, tomó como denominador los casos de dengue hemorrágico, que a partir del cambio de las definiciones de caso en 2019 se subdividieron en dengue con signos de alarma y dengue grave, lo que representa una reducción considerable del denominador para el cálculo de dengue grave, que influye en el análisis de la serie de datos y en un comparativo estándar para medir el cumplimiento de este indicador de resultado. Por esto se sugiere evaluar la posibilidad de realizar el ajuste de la meta.

**Meta 6: a 2021, se reduce en un 80% la mortalidad por malaria en todas las entidades territoriales, de manera progresiva y sostenida.**

### **Indicador Tasa de mortalidad por malaria**

Este indicador tiene como meta una tasa de mortalidad por malaria menor a 0,31, lo cual se logró a partir del año 2014 y se ha mantenido hasta el año 2019 y en lo corrido del 2020, mostrando el trabajo integral del sector para cumplir con esta meta.

**Gráfica 81. Tasa de mortalidad por malaria. Colombia, 2007-2018.**



Fuente: Estadísticas Vitales EEVV, Consultado en la bodega de datos del SISPRO, abril de 2020.

## **Acciones**

### **Sectoriales**

- A nivel sectorial se cuenta con un plan estratégico para el evento, el cual se articula con el PDSP 2012 – 2021 y se renueva cada 4 años, actualmente se tiene la versión 2019 – 2023 de este plan estratégico.
- Adquisición de insumos químicos (insecticidas), toldillos, pruebas rápidas y medicamentos para la malaria, entre otros, con el fin de apoyar la respuesta a nivel territorial, además el Ministerio de Salud y Protección Social realiza transferencia de recursos de funcionamiento a las DTS con el fin de garantizar la sostenibilidad de las acciones necesarias para controlar y mitigar el evento en Colombia.
- Se han adelantado estudios y análisis sobre los tratamientos instaurados en la población como el estudio de eficacia de uso de antimaláricos en Colombia con apoyo de la OPS.
- Ante las contingencias que se presentan por ser un evento endemoepidémico, se construyen planes articulados con el plan estratégico nacional pero que responden a las necesidades específicas del territorio afectado, bajo el plan de contingencia para malaria.
- Se realiza seguimiento a epidemias de malaria y muertes, presentadas a nivel nacional.

- Se entiende que la estrategia es dinámica por lo cual debe ajustarse para lograr las metas establecidas, es así que actualmente se trabaja en la adaptación del manual de focalización y micro planificación con el fin de intensificar acciones en focos específicos de transmisión y tener un mayor impacto sobre el evento.
- Se están actualizando los lineamientos de atención clínica integral para malaria para dar alcance a las guías de 2010 que están desactualizadas.
- Comunicación constante, apoyo técnico y seguimiento a las Direcciones territoriales de Salud.
- Apoyo y participación en iniciativas que pretenden eliminar y reducir el evento como lo es la Iniciativa Regional para la Eliminación de la malaria en Mesoamérica.
- Participación en la estructuración de proyectos para análisis de tratamiento y diagnóstico de malaria.
- Se realizan jornadas de sensibilización de los tomadores de decisión y la población en general bajo el marco de la celebración del día mundial de la malaria.

### **Intersectoriales**

Las acciones intersectoriales se manejan desde el equipo funciona, el cual es un grupo multidisciplinario de profesionales con la participación de Ministerio de Salud y Protección Social, Subprograma malaria, Instituto Nacional de Salud en las áreas de Parasitología, Entomología y Vigilancia en Salud Pública y referente de la OPS/ OMS, sociedades científicas como la fundación Santa Fe, entre otros, en este espacio de trabajo se realiza seguimiento al evento y se proponen las estrategias, planes, programas y proyectos encaminados a fortalecer las acciones de promoción, prevención y control de la malaria en el país.

Además, se está fortaleciendo la mesa ETV en el marco de la CONASA con el fin de articular más acciones con Minas y Energía, vivienda, agricultura, trabajo, ICA, para lograr impactar en determinantes de salud que afectan la permanencia del evento y limitan la consecución de metas.

### **Conclusión y Recomendaciones**

Aunque el Ministerio de Salud y Protección Social ha realizado todos los esfuerzos necesarios durante estos últimos años, el comportamiento endémico del evento y la persistencia de determinantes de la transmisión como la minería ilegal, proyectos de piscicultura abandonados, cultivos ilícitos entre otros, perpetúan el evento a nivel nacional, por lo cual se debe fortalecer el actuar de otros sectores y sensibilizar a sus tomadores de decisión para que asuman la responsabilidad frente al tema salud.

En cuanto a lo sectorial es importante tener en cuenta:

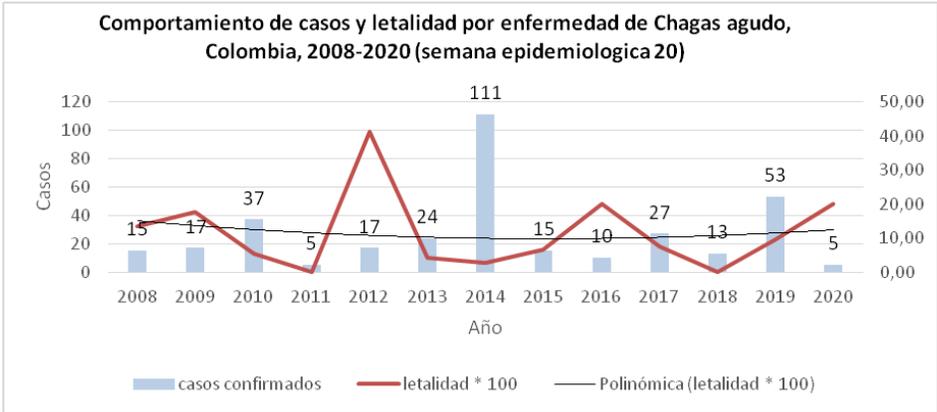
- PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD con enfoque en la necesidad territorial que es extramural. Garantizar en la nueva normatividad de habilitación que aseguradores y prestadores puedan contratar gestores comunitarios para atención extramural (gota gruesa y suministro de tratamiento en malaria)".
- ASEGURAMIENTO: que asuman la prestación de servicios en áreas rurales dispersas. No se ha avanzado para definir el rol del asegurador pues de la superintendencia no han definido quien se encarga directamente del tema.
- SALUD PUBLICA: a nivel territorial se presentan dificultades con a la ejecución del PIC y seguimiento al PAS, es necesario fortalecer la gestión a nivel municipal y departamental. PDR no está dentro de las obligaciones del ministerio y debe ser asumido por el asegurador en el marco de sus competencias".
- GOBERNANZA: Problemas en la ejecución de acciones a nivel territorial, seguimientos financieros y avances en la implementación de modelos de atención

**Meta 7: A 2021, se reduce en un 30% la letalidad por enfermedad de Chagas Agudo, en todas las entidades territoriales del país, de manera progresiva y sostenida.**

**Indicador Letalidad de Chagas Agudo**

En la vigencia del Plan Decenal de Salud Pública se observa una reducción de la letalidad por enfermedad de Chagas agudo de 62,2%, siendo esta del 5,2 % para el periodo mencionado en comparación con 2008 – 2012. La letalidad la aporta principalmente los brotes por transmisión oral los cuales no son erradicables por que se deben al ciclo enzootico de la enfermedad. La letalidad puede variar según el número de casos en cada brote, y el aumento observado en algunos de ellos obedece a nuevos escenarios de transmisión, por ejemplo, Atlántico, Sucre y Chocó.

**Gráfica 82. Tasa de mortalidad por letalidad de Chagas Agudo. Colombia, 2007 - 2018.**



Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública –SIVIGILA- Informes INS. Julio 11 de 2020.

LETALIDAD POR ENFERMEDAD DE CHAGAS AGUDO 2008 -2021				
PERIODO	CASOS CONFIRMADOS	MUERTES	LETALIDAD *100	REDUCCION 2008-2012 %
2008-2012	91	14	15,4	-
2013-2017	187	9	4,8	68.7
2018-2020	71	6	8,5	45.1
2013-2020	258	15	5,8	62,2

Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública –SIVIGILA- Informes INS. Julio 11 de 2020.

**Acciones**

**Sectoriales**

1. Lineamiento para la gestión del evento: Dentro del “Lineamiento para la gestión y operación del programa de enfermedades transmitidas por vectores y zoonosis y otras consideraciones para la ejecución de sus transferencias nacionales de funcionamiento, 2020”, se establecen las acciones a seguir para el abordaje en focalización, gestión en salud pública e intervenciones del PIC de las ETV, entre ellas enfermedad de Chagas. A nivel sectorial se cuenta con un plan estratégico para el evento el cual se articula con el PDSP 2014 – 2021, el cual actualmente se encuentra en actualización para el periodo 2020-2030 debidamente armonizado con los ODS y el plan de eliminación de enfermedades transmisibles de la OPS.
2. Gestión de medicamentos: Este Ministerio ha garantizado la adquisición de Benznidazol y la gestión para la donación de Nifurtimox de parte de OPS en cada uno de los años de la vigencia del PDSP. Así mismo, se ha realizado la desconcentración de los medicamentos para la totalidad de entidades territoriales y

estos a su vez a la red prestadora con mayor probabilidad de atención de casos, lo cual ha reducido los tiempos de inicio de tratamiento y por ende la letalidad.

3. Investigación oportuna de Brotes: Se ha generado capacidades en las entidades territoriales endémicas para enfermedad de Chagas para la investigación oportuna de brotes que ha permitido la identificación de casos y su canalización a los prestadores de servicios de salud reduciéndose las complicaciones y la letalidad. En los departamentos que presenta nuevos escenarios de transmisión el INS y este Ministerio han concurrido para la realización de la investigación.
4. Capacitación en áreas endémicas: En el marco del proyecto de reducción de barreras y de casos crónicos también se ha realizado capacitación al talento humano asistencial en la identificación clínica, diagnóstico por laboratorio y manejo de casos agudos, lo cual ha sensibilizado el sistema de vigilancia.
5. Capacidades para la atención clínica de casos agudos: Se encuentra en proceso la adopción de la guía de diagnóstico y tratamiento para enfermedad de Chagas de la OPS y simultáneamente la elaboración del correspondiente de atención clínica. Desde 2013 se inició el proceso de capacitación regular a los coordinadores de ETV y a los médicos de apoyo, en la epidemiología, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los casos de enfermedad de Chagas, con el fin de que se replique la información con el personal médico y asistencial de las ESEs e IPS de los departamentos. Lo anterior hace parte de la cofinanciación del Ministerio a 22 DTS, incorporándolo en sus correspondientes lineamientos de transferencias de funcionamiento del programa de ETV y Zoonosis.

**Intersectoriales :** Se ha realizado gestión con los gremios de agricultura (Palmicultura), Minería (Petróleo) y Trabajo (Ministerio de Trabajo y ARL) para la investigación y acciones de control en los brotes por transmisión oral.

### Conclusión y Recomendaciones

Se concluye que se observa un cumplimiento en la reducción de la letalidad por Chagas agudo que obedece a la implementación de las acciones realizadas especialmente en los departamentos endémicos, con fluctuaciones aportadas por nuevos escenarios de transmisión.

Se recomienda la generación de redes regionales para la atención de casos agudos con un nodo debidamente capacitado al cual concurran los otros integrantes de la red. Así mismo, se requiere generar capacidades de diagnóstico parasitológico y serológico en los departamentos que poseen nuevos escenarios de transmisión.

Se recomienda iniciar un plan de prevención de la transmisión oral relacionada con buenas prácticas de manipulación de alimentos y fortalecimiento de la Inspección Vigilancia en Control. Así mismo, incorporar en la agenda de CONASA el control de factores de riesgo en la política agrícola y minera del país.

**Meta 8: A 2021, se logra la reducción progresiva y sostenida del número de muertes por Leishmaniasis visceral en un 50% en todas las entidades territoriales.**

#### **Indicador Letalidad por Leishmaniasis Visceral**

En comportamiento observado en el periodo del PDSP es fluctuante, lo cual está relacionado con los procesos de fortalecimiento de la vigilancia e investigación de brotes. Se debe precisar que en el último par de años no se han notificado muertes. En general, se observa una reducción del 40% en la letalidad por leishmaniasis visceral.

Letalidad por leishmaniasis visceral periodo 2008-2021					
PERIODO	CASOS CONFIRMADOS	MUERTES	LETALIDAD *100	REDUCCIÓN RESPECTO A PERIODO 2008-2012	AUMENTO RESPECTO A PERIODO 2008-2012

2008-2012	106	1	0,94		
2013-2017	131	5	3,8		4 VECES
2018-2020	35	1	2,86		3 VECES
2013-2020	166	6	3,6		3,8 VECES

Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública -SIVIGILA /Consultado en la bodega de datos del SISPRO septiembre 08 de 2020.

## Acciones

### Sectoriales

1. Lineamiento para la gestión del evento: Dentro del *“Lineamiento para la gestión y operación del programa de enfermedades transmitidas por vectores y zoonosis y otras consideraciones para la ejecución de sus transferencias nacionales de funcionamiento, 2020”*, se establecen las acciones a seguir para el abordaje en focalización, gestión en salud pública e intervenciones del PIC de las ETV, entre ellas leishmaniasis. A nivel sectorial se cuenta con un plan estratégico para el evento el cual se articula con el PDSP 2014 – 2021, que actualmente se encuentra en actualización para el periodo 2020-2030 debidamente armonizado con los ODS y el plan de eliminación de enfermedades transmisibles de la OPS.
2. Atención de brotes: Se han definido los focos de leishmaniasis visceral, en Huila, Tolima y Montes de María, por lo que está trabajando en la priorización de estas zonas. Se hace de manera oportuna la atención de focos, dada la comunicación constante con las Direcciones Territoriales de Salud, a las cuales se les brinda asistencia técnica en desarrollo de capacidades y apropiación de conocimiento para un diagnóstico oportuno y atención temprana de los casos en los diferentes municipios, lo cual se reflejará directamente en la disminución de la letalidad de leishmaniasis.
3. Capacidades para la atención clínica de casos: En el año 2018, se desarrollaron lineamientos para la Atención Clínica de Leishmaniasis, con vigencia de 2 años, por lo que en el momento está en proceso de actualización. Desde 2013 se inició el proceso de capacitación regular a los coordinadores de ETV y a los médicos de apoyo, en la epidemiología, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los casos de leishmaniasis, con el fin de que se replique la información con el personal médico y asistencial de las ESE e IPS de los departamentos. Lo anterior hace parte de la cofinanciación del Ministerio a 22 DTS, incorporándolo en sus correspondientes lineamientos de transferencias de funcionamiento del programa de ETV y Zoonosis.
4. Gestión de insumos críticos: El Ministerio de Salud y Protección Social se ha encargado de definir las políticas, planes, programas y proyectos requeridos para el adecuado funcionamiento y operación del sistema de vigilancia para la leishmaniasis, según se ha contemplado en el Decreto 780 de 2016, Título 8 (Ministerio de Salud y Protección Social). Se ha gestionado la adquisición de insumos químicos (insecticidas), toldillos, pruebas rápidas y medicamentos para la leishmaniasis. Lo anterior también ha sido contemplado dentro del documento *“Lineamiento para la gestión y operación del programa de enfermedades transmitidas por vectores y zoonosis y otras consideraciones para la ejecución de sus transferencias nacionales de funcionamiento, 2020”*, se establecen las acciones a seguir para el abordaje de la leishmaniasis en los diferentes territorios, como lo son la definición de los focos e intervenciones por entornos. De los anteriores insumos se observa beneficios en la implementación de pruebas de diagnóstico rápido.

### Intersectoriales

Se hace acercamiento con los diferentes grupos de investigación con experiencia en leishmaniasis (CIDEIM, Universidad Nacional de Colombia, Instituto Colombiano de Medicina Tropical, PECET, etc.) para la implementación de lineamientos nacionales.

Desde el Ministerio se hace asesoría en diferentes proyectos de investigación, que incluyen tesis de maestría y/o especialización, tanto en ciencias básicas biomédicas como en ciencias clínicas.

### **Conclusión y Recomendaciones**

Pese a los esfuerzos realizados, en los focos de leishmaniasis para cualquiera de sus formas (L. visceral, cutánea y mucosa) por las características entomológicas de predominio selvático, se hace difícil implementar medidas de prevención, considerando además, que pese a ser una enfermedad transmitida por vectores, es igualmente una zoonosis con un complejo ciclo de transmisión en la cual se encuentran involucradas distintas especies de animales domésticos (perro) y silvestres (zarigüeya, armadillo, etc.). Por lo anterior, se han priorizado los focos con ciclo urbano del vector, sin dejar de lado las medidas de prevención en las zonas selváticas (uso de toldillos, repelentes, mejoramiento de vivienda, etc.).

Se podría considerar el ajuste del indicador como Meta, pues la línea base, tomando los años 2009, 2010, 2011, no revela letalidad. Se propone una meta con el siguiente indicador de resultado: "Para 2031, alcanzar 0% de letalidad por leishmaniasis visceral en todo el territorio nacional". Es importante precisar que el fortalecimiento de la detección de casos incidirá en el aumento de casos.

Se recomienda dar continuidad a la implementación de las RIAS para leishmaniasis en los 5 focos persistentes de su forma visceral, así como la masificación de las pruebas de diagnóstico rápido en el ámbito comunitario y las IPS de primer nivel, así mismo, incorporar en la agenda de CONASA el abordaje de los determinantes con el sector de agricultura.

Debe considerarse, que desde el año 2009 hasta el 2013, no se presentó mortalidad por leishmaniasis visceral. El INS solo tiene datos de mortalidad desde el año 2008, en donde se reporta un porcentaje de letalidad de 4,3 para 2008. A partir de una línea de base (año 2011) en 0 casos, lo ideal sería enunciar el indicador como "reducir la mortalidad o letalidad de la LV a 0 casos en todas las entidades territoriales.

Cuando se tiene un evento como la leishmaniasis visceral, cuya incidencia promedio anual es menor de 0.3 por 100.000 habitantes, y existen medios diagnósticos disponibles y tratamiento suministrado por el estado, lo esperado es que la mortalidad sea de 0, por lo que en consonancia con el comentario anterior, se debe evaluar el cambio a "reducir la letalidad a 0%".

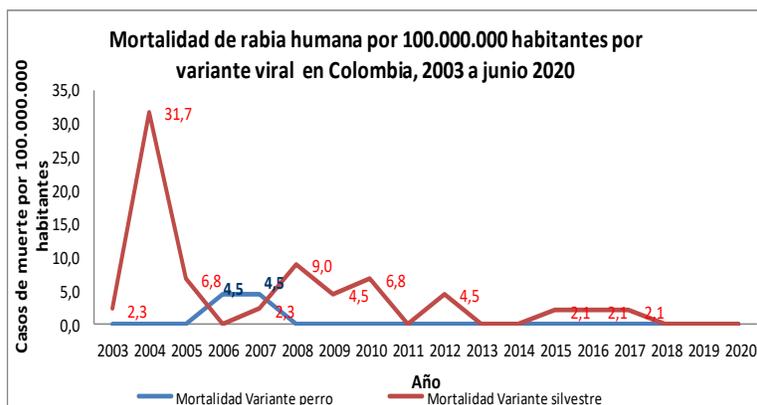
**Meta 9: A 2021, se logra eliminar la mortalidad por rabia por variantes 1 y 2, y disminuir en un 30% la mortalidad por especies silvestres.**

#### ***Indicador Tasa de mortalidad por rabia humana***

Se grafica la mortalidad por rabia por 100.000.000 habitantes desde el año 2003 a junio de 2020 (ver gráfica ). Desde el 2003 al 2012 se notificaron cuatro casos de muerte por rabia transmitida por perro para una tasa de mortalidad de 9 casos por 100.000.000 de habitantes. Para rabia silvestre en este mismo periodo de tiempo se notificó 30 casos generando una tasa de mortalidad de 67,9 casos por 100 millones de habitantes. Desde el año 2013 en que se implementa el PDSP se logra reducción de la tasa de mortalidad a cero para la rabia transmitida por perro y a 6,2 casos por 100 millones de habitantes para la rabia silvestre, presentándose en este periodo tres casos de muerte.

Ahora bien, es posible que para este último se presente subregistro dado que existe población que habita en zonas selváticas con circulación del virus en murciélagos y para el cual no existe vigilancia desde el sector ambiente.

Gráfica 83. Tasa de mortalidad por rabia humana. Colombia, 2003- junio 2020.



Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública -SIVIGILA, Instituto Nacional de Salud

## Acciones

### Sectoriales

1. Lineamiento para la gestión del evento: Dentro del “*Lineamiento para la gestión y operación del programa de enfermedades transmitidas por vectores y zoonosis y otras consideraciones para la ejecución de sus transferencias nacionales de funcionamiento, 2020*”, se establecen las acciones a seguir para el abordaje en focalización, gestión en salud pública e intervenciones del PIC de las zoonosis, entre ellas rabia.
2. Atención de brotes: Se hace de manera oportuna dada la comunicación constante con las Direcciones Territoriales de Salud, a las cuales se les brinda asistencia técnica en desarrollo de capacidades y apropiación de conocimiento para un diagnóstico oportuno y atención temprana de los casos en los diferentes municipios, lo cual se reflejará directamente en la disminución de la mortalidad por rabia. Se ha realizado acompañamiento en los brotes presentados en Cundinamarca, Tolima, la costa atlántica, Antioquia, Meta y Amazonas.
3. Capacidades para la atención clínica de casos: Actualmente se está finalizando la construcción del Lineamientos para la Atención Clínica de Rabia, y se generó el lineamiento para la vacunación pre exposición. Desde 2018 se inició el proceso de capacitación regular a los coordinadores de zoonosis y a los médicos de apoyo, en la epidemiología, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los casos de rabia, con el fin de que se replique la información con el personal médico y asistencial de las ESEs e IPS de los departamentos. Lo anterior hace parte de la cofinanciación del Ministerio a 22 DTS, incorporándolo en sus correspondientes lineamientos de transferencias de funcionamiento del programa de ETV y Zoonosis.
4. Gestión de insumos críticos: El Ministerio de Salud y Protección Social se ha encargado de definir las políticas, planes, programas y proyectos requeridos para el adecuado funcionamiento y operación del sistema de vigilancia para la rabia, según se ha contemplado en el Decreto 780 de 2016, Título 8 (Ministerio de Salud y Protección Social). Se ha gestionado la adquisición de vacunas y sueros humanos y vacuna para perros y gatos. Lo anterior también ha sido contemplado dentro del documento “*Lineamiento para la gestión y operación del programa de enfermedades transmitidas por vectores y zoonosis y otras consideraciones para la ejecución de sus transferencias nacionales de funcionamiento, 2020*”, se establecen las acciones a seguir para el abordaje de la rabia en los diferentes territorios, como lo son la definición de los focos e intervenciones por entornos.

### Intersectoriales

- Se tiene seguimiento de la rabia en animales de producción por el Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural, a través del Instituto Colombiano Agropecuario (ICA), y por el Ministerio de Medio Ambiente y

Desarrollo Sostenible, a través de la Corporaciones Autónomas Regionales (CAR). El ICA genera la intervención de los casos de animales de producción en articulación con ambiente y salud.

- Como estrategia intersectorial se cuenta con el Consejo Nacional de Zoonosis que sesiona con periodicidad, siendo el mecanismo de articulación intersectorial que permite la articulación y toma de decisiones, ante esta y otras zoonosis.

## Conclusión y Recomendaciones

Se observa una reducción de la incidencia de casos de rabia humana, la cual es fatal, esto debido a la cobertura de biológicos en humanos (inmunoglobulina y vacuna) y animales (vacuna) a nivel nacional para intervención de focos y de la vacunación pre exposición a población a riesgo de contraer la enfermedad.

Se recomienda mantener la articulación intersectorial en las Direcciones Territoriales de Salud, con acciones e intervenciones precisas de acuerdo con la responsabilidad de cada sector en el control de la rabia, con procesos de educación y comunicación que mejore la percepción del riesgo en la población general.

Se recomienda continuar con el proceso de implementación del lineamiento de atención clínica y establecer un plan de comunicación del lavado de herida.

### 2.2.1.7. Salud Pública en Emergencias y Desastres

El Plan Decenal de Salud Pública definió 8 metas para la dimensión de salud pública en emergencias y desastres, de las cuales 1 fue categorizada como meta de resultado y 7 como metas de gestión, lo cual corresponde al 12.5 y al 87.5% respectivamente. Las 8 metas tienen asociados el mismo número de indicadores.

**Avance general de las metas de la dimensión:** En cuanto al avance del cumplimiento de metas se observa que el 37.50% (3 metas) se encuentran en un rango de avance "Muy bueno", el 37.50% (3 metas) reporta un avance "Bueno", el 12.50% (1 meta) reporta un avance "En riesgo" y del 12.50% (1 meta) no se cuenta con información.

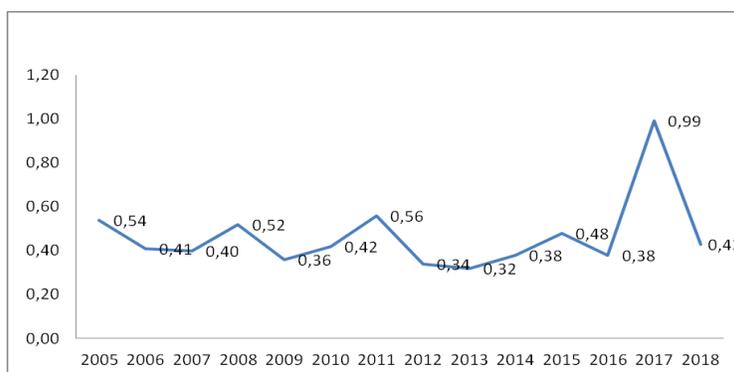
**Avance de las metas de gestión:** De acuerdo con la información reportada en el portal web de gestión del PDSP, el 42.86% del total de metas de gestión (3 metas) alcanzó un rango de avance "Muy bueno", el 42.86% (3 metas) un avance "Bueno" y el 14.29% restante (1 meta) un avance "En riesgo" (Anexo 13).

**Avance de las metas de resultado:** El avance de cumplimiento de las metas de resultado muestra que el 100% se encuentra en un rango "Muy bueno" (Anexo 14).

**Meta 1: A 2021, se logra que el 100% de las Entidades Territoriales respondan con eficacia y ante las emergencias y desastres que enfrenten.**

**Indicador Tasa de mortalidad exposición a fuerzas de la naturaleza**

Gráfica 84. Tasa de mortalidad exposición a fuerzas de la naturaleza. Colombia, 2005-2018.



Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública -SIVIGILA / Estadísticas Vitales EEVV, Consultado en la bodega de datos del SISPRO, abril de 2020.

### Acciones

Sin reporte técnico.

#### 2.2.1.8. Salud y Ámbito Laboral

El Plan Decenal de Salud Pública definió 8 metas para la dimensión de salud y ámbito laboral, de las cuales 3 fueron categorizadas como metas de resultado y 5 como metas de gestión, lo cual corresponde al 37.5 y al 62.5% respectivamente. A su vez, las 8 metas tienen asociados 11 indicadores.

**Avance general de las metas de la dimensión:** En cuanto al avance del cumplimiento de metas se observa que el 100% (8 metas) se encuentran en un rango de avance "Muy bueno".

**Avance de las metas de gestión:** De acuerdo con la información reportada en el portal web de gestión del PDSP, el rango de avance de las 5 metas de gestión (100%) alcanzó un rango de avance "Muy bueno". Es de anotar, que dado que las 5 metas reportadas tienen asociados 8 indicadores, para el cálculo del avance de las mismas, se promedió el valor reportado de los indicadores asociados con el fin de evitar la duplicidad en el reporte del cumplimiento de las metas (Anexo 15).

**Avance de las metas de resultado:** El avance de cumplimiento de las metas de resultado muestra que el 100% se encuentra en un rango "Muy bueno" (Anexo 16).

Con este panorama, a continuación, se presenta la tendencia de los indicadores asociados a las metas de resultado, las acciones adelantadas para contribuir con el cumplimiento de las mismas, así como las principales conclusiones y recomendaciones técnicas derivadas del proceso de análisis.

**Meta 1: A 2021, se amplía la cobertura del Sistema General de Riesgos Laborales, de conformidad con la Ley 1562 de 2012.**

#### **Indicador Cobertura de la población ocupada al Sistema General de Riesgos Laborales:**

Se evidencia un aumento en la cobertura al Sistema General de Riesgos Laborales-SGRL entre el año 2010 y el año 2019 pasando de 6.828.126 a 10.528.465 afiliados al Sistema siendo el aumento de 3.700.339.

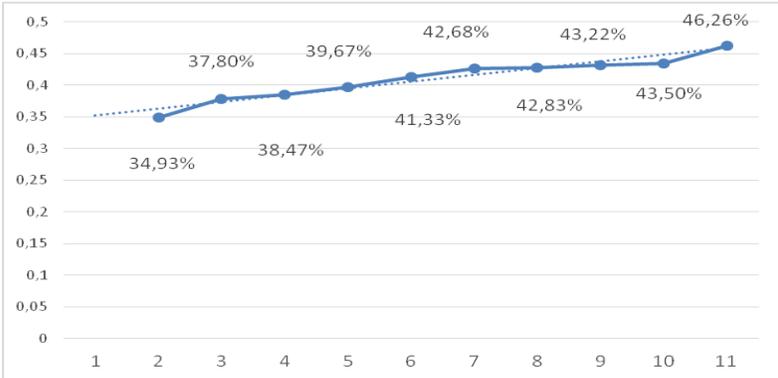
**Gráfica 85. Comportamiento de la afiliación de Trabajadores al Sistema General de Riesgos Laborales. Colombia, 2010 - 2019.**



Fuente: Indicadores sistema general de riesgos laborales. Subdirección de Riesgos Laborales. Ministerio de Salud y Protección Social. Consultado el 25/05/2020.

Ahora bien, el porcentaje de cobertura del SGRL frente a población ocupada paso de 34,93% en el 2010 al 46,26% en el 2019, como se puede ver en la siguiente gráfica.

**Gráfica 86. Porcentaje de Cobertura Sistema General de Riesgos Laborales frente a la Población Ocupada. Colombia 2010-2019.**



Fuente: Indicadores sistema general de riesgos laborales. Subdirección de Riesgos Laborales. Ministerio de Salud y Protección Social. Consultado el 25/05/2020.

### Acciones

#### Sectoriales

Dentro de los indicadores que se han proyectado en la Dimensión Prioritaria Salud y Ámbito Laboral en el marco del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 se encuentra el Indicador de Gestión: Porcentaje de Acciones de Difusión de la Actualización Normativa para la afiliación de trabajadores al Sistema General de Riesgos Laborales, en donde las Direcciones Territoriales Departamentales y Distritales de Salud han desarrollado actividades de difusión de la normatividad promoviendo así la afiliación de los trabajadores al Sistema General de Riesgos Laborales.

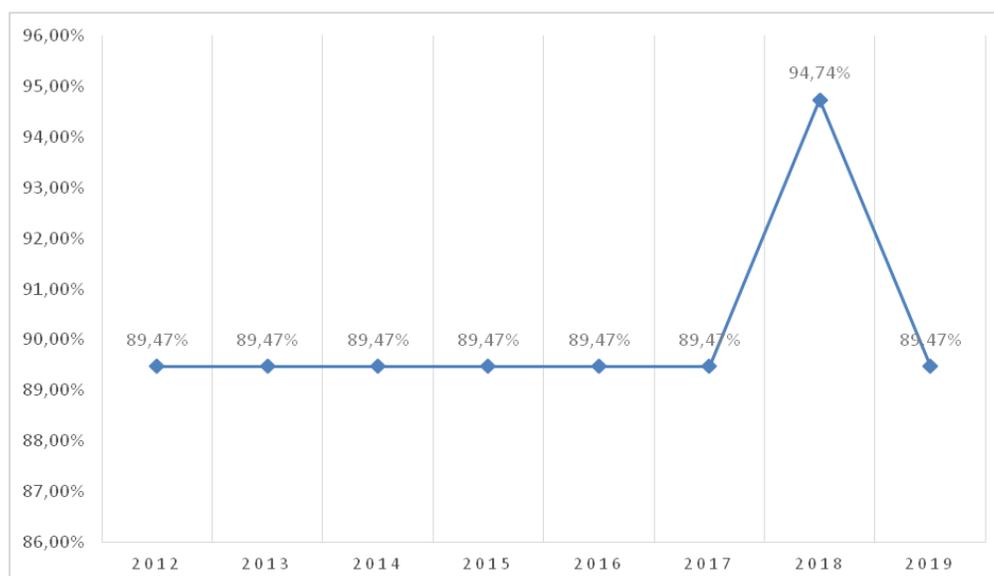
En ese sentido, entre los años 2012 a 2017 y en la vigencia 2019, este indicador fue reportado y ejecutado en un 89,5% de las Entidades Territoriales de Salud. En el año 2018 este indicador fue reportado y ejecutado en un 95% de las Entidades Territoriales de Salud.

La siguiente gráfica refleja el porcentaje de difusión acerca de la actualización normativa para la afiliación de trabajadores al SGRL ejecutadas en el territorio desde el año 2012 en el cual participaron 34 entes

territoriales que equivalen al 84.47% situación constante hasta el año 2017, en el año 2018 se logra la participación de 36 entes territoriales que equivalen al 94.74%, mientras que para el año 2019 reportan nuevamente 34 entes territoriales que equivalen al 84.47%.

Cabe precisar que de los 38 entes territoriales que debían realizar las acciones de difusión normativa durante el período analizado no han realizado reporte de información los entes territoriales de Atlántico, Riohacha mientras que Choco y Guajira solo lo hicieron en el año 2018.

**Gráfica 87. Porcentaje de acciones de difusión acerca de la actualización normativa para la afiliación de trabajadores al Sistema General de Riesgos Laborales ejecutadas en el territorio. Colombia 2012-2019.**



Fuente: Indicadores sistema general de riesgos laborales. Subdirección de Riesgos Laborales. Ministerio de Salud y Protección Social. Consultado el 25/05/2020.

### **Intersectoriales**

El Ministerio de Salud y Protección Social a través de la Subdirección de Riesgos Laborales ha venido realizado un trabajo conjunto con distintos sectores en especial con el Ministerio de Trabajo en el cual se busca el fortalecimiento de acciones que permitan aumentar la cobertura de los trabajadores en los distintos sectores de la economía, a continuación se relacionan algunas normas que se han expedido:

- **Decreto 0723 de 2013** “Por el cual se reglamenta la afiliación al Sistema General de Riesgos Laborales de las personas vinculadas a través de un contrato formal de prestación de servicios con entidades o instituciones públicas o privadas y de los trabajadores independientes que laboren en actividades de alto riesgo y se dictan otras disposiciones”. Decreto compilado en el Decreto 1072 de 2015 Sección 2 Afiliación, Cobertura y el pago de aportes de las personas vinculadas a través de contrato de prestación de servicios Capítulo 2 Afiliación al Sistema de Riesgos Laborales. Expedición conjunta entre los Ministerios de Hacienda y Crédito Público, Ministerio de Salud y Protección Social y Ministerio del Trabajo.
- **Decreto 1047 de 2014** “Por el cual se establecen normas para asegurar la afiliación al Sistema Integral de Seguridad Social de los conductores del servicio público de transporte terrestre automotor individual de pasajeros en vehículos taxi, se reglamentan algunos aspectos del servicio para su operatividad y se dictan otras disposiciones”. Decreto compilado en el Decreto 1072 de 2015 Sección 2 Afiliación, Cobertura y el pago de aportes de las personas vinculadas a través de contrato de prestación de servicios Capítulo 2 Afiliación al Sistema de Riesgos Laborales. Expedición conjunta entre los Ministerios de Salud y

Protección Social, Ministerio del Trabajo, Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones y Ministerio de Transporte.

- **Decreto 055 de 2015** “Por el cual se reglamenta la afiliación de estudiantes al Sistema General de Riesgos Laborales y se dictan otras disposiciones”. Decreto compilado en el Decreto 1072 de 2015 Sección 2 Afiliación, Cobertura y el pago de aportes de las personas vinculadas a través de contrato de prestación de servicios Capítulo 2 Afiliación al Sistema de Riesgos Laborales. Expedición conjunta entre los Ministerios de Hacienda y Crédito Público, Ministerio de Salud y Protección Social, Ministerio del Trabajo, Ministerio de Educación Nacional y Departamento Nacional de Planeación.
- **Decreto 1563 de 2016** “Por el cual se adiciona al capítulo 2 del título 4 de la parte 2 del libro 2 del Decreto 1072 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo, una sección 5 por medio de la cual se reglamenta la afiliación voluntaria al sistema general de riesgos laborales y se dictan otras disposiciones”. Expedición conjunta entre los Ministerios de Hacienda y Crédito Público, Ministerio de Salud y Protección Social y Ministerio del Trabajo.
- **Decreto 1669 de 2016** “Por el cual se adicionan unos artículos a la Sección 7 del Capítulo 1 del Título 6 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 1072 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo, que reglamenta la seguridad social de los estudiantes que hagan parte de los programas de incentivo para las prácticas laborales y judicatura en el sector público”. Expedición conjunta entre los Ministerios de Hacienda y Crédito Público, Ministerio de Salud y Protección Social y Ministerio del Trabajo.
- Circular 0034 de 2013 Garantía de la Afiliación a los Sistemas Generales de Seguridad Social en salud y Riesgos Laborales. Expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social.

### Conclusión y Recomendaciones

1. Frente al objetivo de la Dimensión Salud y Ámbito Laboral establecido en el Plan Decenal de Salud Pública relacionado con ampliar la cobertura en el Sistema General de Riesgos Laborales cuya meta es “A 2021, se amplía la cobertura del Sistema General de Riesgos Laborales, de conformidad con la Ley 1562 de 2012” se ha logrado ampliar la cobertura desde el año 2010 al año 2019 en un 11.33%.
2. Se logro que 34 de los 38 entes territoriales de salud realizaran acciones de difusión de la normatividad del SGRL, lo que conlleva a una participación del 89.47% de los mismos.
3. Se requiere continuar fortaleciendo la Dimensión Salud y Ámbito Laboral a nivel territorial y nacional a efectos de que población trabajadora no se enferme ni se se accidente por causa de su actividad laboral, ocupación u oficio y no impacten negativamente el sistema de salud ni afecten los ingresos familiares.

#### Recomendaciones

1. Continuar con el fortalecimiento de acciones de difusión de la normatividad relacionada con SGRL que permitan la afiliaciones de los trabajadores por parte de los entes territoriales de salud.
2. Mantener actualizada la caracterización de la población trabajadora informal en el territorio.
3. Continuar con actividades de promoción y prevención en el ámbito laboral en el territorio. Esto ha sido posible a través de las acciones sectoriales e intersectoriales orientadas a promover el conocimiento del sistema y sus bondades, permitiendo que cada vez más trabajadores se vean beneficiados por la cobertura del Sistema General de Riesgos Laborales.

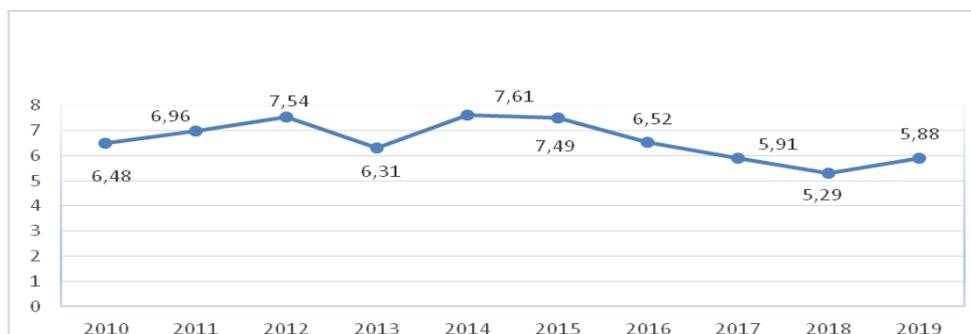
Así mismo, la expedición de actos administrativos ha permitido fortalecer los compromisos y acciones intersectoriales necesarios que permitan promover y facilitar la afiliación de los trabajadores al sistema ampliando cada vez más la cobertura de este.

**Meta 2: A 2021 se disminuye la tasa de accidentalidad en el trabajo en Colombia.**

**Indicador Tasa de accidentes calificadas como laborales:**

Tal como se refleja en la siguiente gráfica la fluctuación en la tasa de accidentes de trabajo calificados como de origen laboral desde el año 2010 hasta el año 2019 se presenta una tendencia decreciente al pasar de 6.48 al 5.88 en el año 2019.

**Gráfica 88. Tasa de accidente de trabajo calificados como Laborales x 100 afiliados al Sistema General de Riesgos Laborales. Colombia 2010-2019**



Fuente: Indicadores sistema general de riesgos laborales. Subdirección de Riesgos Laborales. Ministerio de Salud y Protección Social. Consultado el 25/05/2020.

**Acciones**

Para contribuir con el propósito de disminuir la tasa de accidentalidad este Ministerio viene trabajando con el Ministerio de Trabajo y demás sectores a través de:

1. Consejo Nacional de Riesgos Laborales.
2. Comité Nacional de Seguridad y salud en el trabajo.
3. Las distintas comisiones de seguridad y salud en el trabajo

Así mismo, en la construcción de distintos reglamentos de seguridad y salud en el trabajo expedidos para las distintas actividades económicas, al igual que las campañas de promoción y prevención desarrolladas para la población trabajadora realizadas por los entes territoriales de salud.

**Conclusión y Recomendaciones**

Como se puede observar, la tasa de accidentes calificados como laborales ha presentado un comportamiento variable, por lo cual es necesario redefinir la meta, ya que la variación del comportamiento del indicador puede deberse al sub-registro de los eventos ocupacionales reportados por las Administradoras de Riesgos Laborales.

Así mismo, no es competencia del sector salud la ejecución de acciones directas tendientes a disminuir la accidentalidad en el sector formal de la economía, por lo cual establecer la meta de “Disminuir la tasa de accidentalidad en el trabajo en Colombia” a cargo de la Subdirección de Riesgos Laborales del Ministerio de Salud y Protección Social es técnicamente inexacto.

Sin embargo, y para la Dimensión Prioritaria Salud y Ámbito Laboral es importante conocer la accidentalidad en el trabajo del sector informal de la economía, por lo cual es importante direccionar la meta hacia este sector, que si bien no es fácil determinar la tasa de accidentalidad laboral en ellos, se podría empezar por establecer una línea base derivada de la obligatoriedad del reporte de accidentes derivados de la ocupación u

oficio al momento en que una persona requiera ser atendido por una IPS ante un evento en salud ocasionado por el desarrollo de su ocupación u oficio.

Recomendación: Incluir un parámetro que permita monitorear, hacer seguimiento y medir la accidentalidad de la población trabajadora informal.

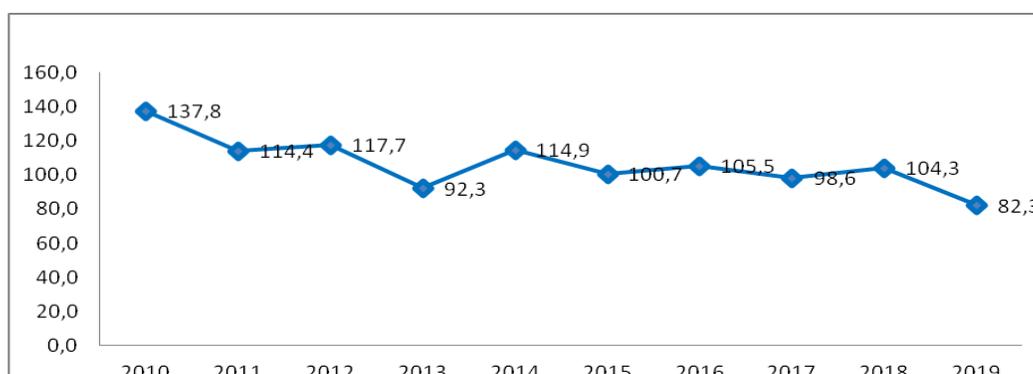
**Meta 3: A 2021 se establece la línea base de las enfermedades laborales, diagnosticadas por cada 100.000 trabajadores afiliados al Sistema General Riesgos Laborales, en periodos bienales.**

### **Indicador Tasa de enfermedades calificadas como laborales**

Tal como se refleja en la siguiente gráfica la fluctuación en la tasa de enfermedades laborales calificados como de origen ocupacional desde el año 2010 hasta el año 2019 si bien, la tendencia es decreciente al pasar de 137.8 a 82.3, se requiere seguir trabajando en la búsqueda activa de las enfermedades laborales para ello se requiere continuar con la búsqueda activa de enfermedades de origen ocupacional.

Con base en lo anterior, se esta trabando en el proyecto de Decreto para la disminución de tiempos, definición de procesos y procedimientos para determinar el origen de las enfermedades a través de las entidades del aseguramiento del Sistema de Seguridad Social Integral.

**Gráfica 89. Enfermedades calificadas como de origen laboral (Tasa X 100,000 trabajadores afiliados al SGRL).**



Fuente: Indicadores sistema general de riesgos laborales. Subdirección de Riesgos Laborales. Ministerio de Salud y Protección Social. Consultado el 25/05/2020.

### **Acciones**

Así como el indicador de accidentalidad laboral, el indicador de enfermedad laboral no depende directamente de las acciones que desde la Subdirección de Riesgos Laborales del Ministerio de Salud y Protección Social se lleven a cabo.

Sin embargo, las acciones que se determinaron para establecer la línea base de enfermedad laboral tienen que ver con el comportamiento de la tasa de enfermedad laboral del sector formal de la economía; información suministrada por las Administradoras de Riesgos Laborales.

En ese sentido, las acciones que se desarrollaron tienen que ver igualmente con el indicador de disminución de la tasa de accidentalidad laboral que se mencionaron en el correspondiente indicador.

### **Conclusión y Recomendaciones**

Es importante precisar que el indicador que se estableció el cual representa la variabilidad de la tasa de enfermedad laboral, no da cuenta de la Meta “Establecer la línea base de las enfermedades laborales,

diagnosticadas por cada 100.000 trabajadores afiliados al Sistema General Riesgos Laborales, en periodos bienales”, lo cual supone la necesidad de orientar la meta.

#### Recomendaciones

1. Incluir un parámetro que permita monitorear, hacer seguimiento y medir las enfermedades que se derivan de las ocupaciones, artes u oficios.
2. Lograr que los entes territoriales de salud se involucren de manera activa en la prevención de las enfermedades de origen ocupacional lo que permitiría impactar positivamente en el Sistema General de Seguridad Social de Salud disminuyendo la carga de la enfermedad.

### 2.2.2. Dimensiones Transversales

#### 2.2.2.1. Dimensión Transversal Gestión Diferencial de Poblaciones Vulnerables

El Plan Decenal de Salud Pública definió 40 metas para la dimensión, de las cuales 5 (12.5%) fueron categorizadas como metas de resultado y 35 (87.5%) como metas de gestión. Las 40 metas tienen asociados 42 indicadores.

**Avance general de las metas de la dimensión:** En cuanto al avance del cumplimiento de metas se observa que el 42.50% (17 metas) se encuentran en un rango de avance "Muy bueno", el 20% (8 metas) reporta un avance "Bueno", el 17.50% (7 metas) en un avance "En riesgo", el 10% (4 metas) reporta un avance crítico, el 7.50% (3 metas) no cuenta con medición y el 2.50% (1 meta) no cuenta con reporte técnico.

**Avance de las metas de gestión:** De acuerdo a la información reportada en el portal web de gestión del PDSP, el 42.86% del total de metas de gestión (15 metas) alcanzó un rango de avance "Muy bueno", el 22.86% (8 metas) un avance "Bueno", el 20% (7 metas) un avance "En riesgo" y del 2.86% restante (1 meta) no se cuenta con información (Anexo 17).

**Avance de las metas de resultado:** El avance de cumplimiento de las metas de resultado muestra que el 40% (2 metas) se encuentra en un rango "Muy bueno" y el 60% restante (3 metas) no cuentan con medición (Anexo 18).

Con este panorama, a continuación se presenta la tendencia de los indicadores asociados a las metas de resultado, las acciones adelantadas para contribuir con el cumplimiento de las mismas, así como las principales conclusiones y recomendaciones técnicas derivadas del proceso de análisis.

**Meta 1: En 2015 se tendrán metas diferenciales de mortalidad infantil por territorio y para el 2021 se tendrá una disminución del gradiente diferencial de esta mortalidad.**

Sin reporte técnico

**Meta 2: En 2015 se tendrán metas diferenciales de mortalidad en menores de 5 años por territorio; y para 2021 se tendrá una disminución del gradiente diferencial de esta mortalidad.**

Sin reporte técnico

**Meta 3: En 2015 se tendrán metas diferenciales de mortalidad neonatal por territorio; y para 2021 se tendrá una disminución del gradiente diferencial de esta mortalidad.**

**Indicador Tasa de mortalidad neonatal por causas**

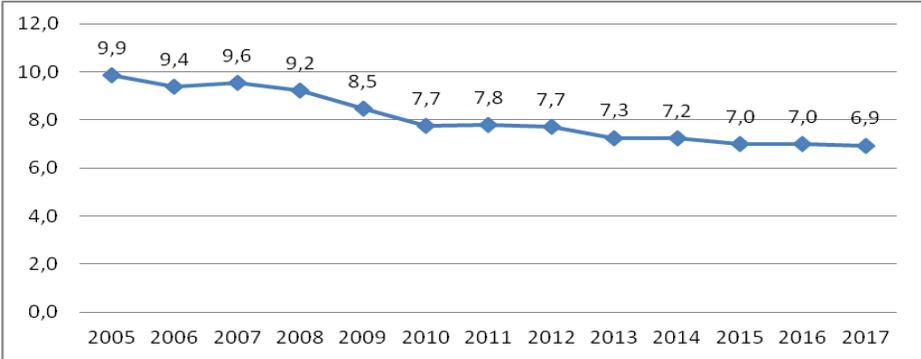
Durante el 2018, en Colombia nacieron 656.704 niñas y niños, de ellos fallecieron 4.520 antes de los 28 días de nacidos. Si bien se han presentado avances en la reducción de la mortalidad infantil y en la niñez en los últimos años, podemos apreciar que la mortalidad neonatal ha tenido una velocidad de reducción menor y constituye el 50.6 % de la mortalidad en niños menores de cinco años y el 61.6 % de la mortalidad infantil. Esto pone a la mortalidad neonatal como una prioridad política constante.

En los últimos años, el país ha mostrado importantes logros en materia de políticas públicas, particularmente relacionados con el desarrollo integral de las niñas y niños, donde la salud se convierte en uno de los estructurantes, lo que ha permitido que el país se aproxime al cumplimiento de las metas nacionales y de las metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

Las muertes neonatales ocurren con una tasa mayor en las áreas rurales dispersas (7,9 por mil nacidos vivos), las principales causas de mortalidad son: i) Sepsis bacteriana del recién nacido, no especificada, ii) Síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido, iii) Enterocolitis necrotizante del feto y del recién nacido, iv) Conducto arterioso permeable y v) Malformación congénita del corazón, no especificada.

A pesar de los esfuerzos para la reducción de la mortalidad neonatal, es necesario realizar acciones que cierren las brechas territoriales y poblacionales; las entidades territoriales con las mayores tasas de mortalidad neonatal en el 2018 fueron: i) Amazonas, Córdoba, Chocó, San Andrés, La Guajira, Vichada y Atlántico.

**Gráfica 90. Tasa de mortalidad neonatal. Colombia, 2005 - 2017**



Fuente: EEVV – DANE

**Acciones sectoriales e intersectoriales**

Dando continuidad a la directriz de la Resolución 3280 de 2018, frente a la implementación de la ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de salud y la ruta integral de atención en salud materno perinatal como el instrumento que contribuye a logro de los resultados en salud esperados en la población materno infantil, durante el segundo trimestre de 2019 y primer semestre de 2020 se realizó acompañamiento a los territorios, a través de mesas de trabajo virtuales con los referentes de infancia de los departamentos, a fin de reconocer el avance en la implementación de las acciones e intervenciones dirigidas a la primera infancia establecidas en la ruta e identificar las necesidades de asistencia técnica y acompañamiento, en el uso de instrumentos y herramientas para la valoración integral, precisiones frente al alcance las atenciones, frente a los perfiles a cargo de las mismas y las adecuaciones tecnológicas y de dotación necesarias para la implementación

En el marco del Plan Intersectorial del Acuerdo de Paz para la Atención Integral de la Primera Infancia, a mediados del mes de octubre en alianza con la consejería presencial de la niñez y adolescencia, se puso en marcha el plan de acción en salud, primeros mil días de vida, en 30 Municipios PDET (programas

de Desarrollo con Enfoque Territorial) priorizados. Este plan está dirigido al fortalecimiento de las capacidades institucionales y comunitaria para la gestión de la atención integral en salud de la población materno infantil que habita en estos territorios, a través de desarrollo de los siguientes procesos:

- Incidencia en la Formulación del Plan Territorial en Salud –PTS: consiste en la formulación de aportes y recomendación de las objetivos, metas, acciones e intervenciones dirigidas a la Salud de la población materno infantil
- Valoración de la calidad y humanización de los servicios de salud materno infantil: a través de la aplicación de instrumentos y la formulación de recomendaciones o acciones de mejora a considerar en el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, en las Empresas Sociales del Estado- ESE que operan en los 30 municipios
- Gestión de Gasto Público en salud: dirigido a Identificación de proyectos en salud materno infantil y gestión fuentes de financiamiento para garantizar su viabilidad
- Cualificación al talento humano a cargo de la atención materno infantil con énfasis en los siguientes ejes temáticos; I) prácticas que salvan vidas- PVS; ii) Ayudando a los bebés a respirar-ABR; iii) Valoración integral a la primera infancia con énfasis en la aplicación de escala abreviada del desarrollo EAD-V3 y iv) promoción de la lactancia materna y alimentación complementaria
- Cualificación Comunitaria y fortalecimiento de redes para el cuidado de la salud materno infantil: Dirigido a las redes comunitarias identificadas en dos veredas de cada uno de los 30 municipios priorizados con quienes se adelantaron los siguientes núcleos temáticos; i) Cuidado preconcepcional ii) Cuidados durante la gestación, iii) Cuidado en el puerperio y iv) cuidados de recién nacido y cuidados de las niñas y niños menores de 2 años de edad.
- Dotación Complementaria: consistió en el suministro y dotación de elementos complementarios necesarios para la atención integral en salud de población materna infantil a cada uno de los 30 municipios priorizados que se relacionan a continuación:
  - Un Kit Prácticas que salvan vidas
  - Un Kit Ayudando a los bebés a Respirar
  - 10 Kit Lactancia Materna y Alimentación complementaria
  - Un Kit de Valoración Integral a la Primera infancia que incluye kit EAD-V3

Lo anterior con el propósito de espera contribuir al mejoramiento de los indicadores que dan cuenta de la situación de salud esta población, este proyecto estuvo en operación hasta el mes de marzo de 2020 y fue suspendido dada las medidas establecidas por el gobierno nacional en el marco de la emergencia sanitaria derivada de la pandemia por coronavirus COVID -19

De otra parte, el Ministerio de Salud y Protección Social avanza en la implementación de la segunda fase del proyecto Salud para la Paz: Fortaleciendo comunidades, en asocio con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), gracias al apoyo financiero del Fondo Multidonante de las Naciones Unidas para el Sostenimiento de la Paz. Se desarrolla en 26 municipios PDET con el objetivo fortalecer las capacidades locales para mejorar el acceso a servicios integrales de atención primaria en salud, con énfasis en salud sexual y reproductiva, salud mental, prevención del consumo de sustancias psicoactivas, salud infantil y nutricional, acercando los servicios de salud a las zonas rurales e involucrando a las comunidades en la gestión de su propia salud, favoreciendo a las comunidades, a las familias y a las personas que habitan en las zonas más afectadas por el conflicto armado.

Se avanzó en la entrega de 10.000 implantes subdérmicos para mejorar el acceso a métodos anticonceptivos de larga duración de mujeres de zonas rurales, kits para la inserción del Dispositivo Intrauterino, 7.000 dosis de desparasitantes, 7.000 dosis de micronutrientes y fórmula terapéutica para la atención de la desnutrición

de 405 niños y niñas, además de los procesos de capacitación al talento humano en salud y a las comunidades en los temas prioritarios para el proyecto.

Durante el 2019, El MSPS ha orientado los esfuerzos a cinco procesos de cualificación: i) el entrenamiento a entrenadores para aplicar la escala abreviada del desarrollo (EAD-3), con un equipo de treinta profesionales de la salud para la atención integral a la primera infancia, con replica inicial en más de cien profesionales del Distrito; ii) el manejo integrado de la desnutrición aguda, dirigido a seis mil profesionales de salud (médicos, enfermeras y nutricionistas) certificados, a través de un curso virtual; iii) la capacitación en vigilancia en salud pública comunitaria a 237 agentes educativos; iv) la cualificación de quinientos trabajadores de la salud en guías y protocolos de atención para infección respiratoria aguda (IRA) (neumonía, bronquiolitis y tosferina) y enfermedad diarreica aguda, y v) la formación en la Guía de Intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada, en 18 territorios, a 540 profesionales de la salud y otros actores, con el fin de fortalecer sus capacidades para detectar y tratar problemas y trastornos mentales, entre los que se encuentran los trastornos prevalentes en la primera infancia.

Se desarrolló asistencia técnica a los departamentos del Caribe para la gestión e implementación de la estrategia Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia (IAMl), logrando que los veinte territorios implementaran la estrategia como herramienta para el fortalecimiento de la Ruta Integral de Atención en Salud.

El Ministerio de Salud y Protección Social capacitó a 237 agentes educativos en la identificación y reporte de casos de desnutrición aguda por medio de la salud pública comunitaria, para robustecer la notificación en zonas rurales y dispersas. Se realizó la certificación sobre el manejo integrado de la desnutrición aguda moderada y severa a 3.439 profesionales de la salud de las entidades territoriales en salud.

El Ministerio de Salud asistió e hizo acompañamiento técnico a las 37 entidades territoriales, para el manejo de todos los componentes del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), distribución de biológicos e insumos según solicitud, garantizando así la disposición oportuna de biológicos para la vacunación de la población objetivo del PAI, con seguimiento mensual al funcionamiento de los cuartos fríos de almacenamiento de vacunas, entre otras labores de tipo administrativo.

En el marco de la Política para el desarrollo integral de la primera infancia “De Cero a Siempre”, se realizó el seguimiento a las atenciones priorizando, logrando que el 92 % de las niñas y niños estén afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, aumentar a 55% el porcentaje de niñas y niños que asisten a la consulta de crecimiento y desarrollo.

## Conclusiones

A pesar del importante descenso que se ha logrado en la mortalidad en menores de cinco años, las tasas muestran de manera sistemática las brechas territoriales y poblacionales, la mortalidad de las niñas y niños indígenas es más alta con respecto al resto de la población; además se constata una situación de heterogeneidad en la mortalidad, según área de residencia, siendo mayor la tasa en áreas rurales dispersas.

Es evidente el esfuerzo que el sistema salud por mejorar los resultados esperados en el población materna infantil a través del desarrollo, de las recientes políticas, herramientas e iniciativas que buscan el fortalecimiento de la gestión para la atención integral en salud a cargo de los integrantes del sistema de salud, sin embargo se requiere de la comprensión homogénea de alcance de estos desarrollos, el acompañamiento permanente de ente rector así como el compromiso y trabajo colaborativo y complementario de los implicados en su operación a fin de lograr objetivos propuestos.

## Recomendaciones

Fortalecer los mecanismos de gestión y coordinación intersectorial garantizando respuestas integrales que potencian las acciones y recursos para el cumplimiento de las metas y los resultados trazados para la disminución de la mortalidad neonatal, infantil y en la niñez alrededor de los objetivos comunes pactados, a fin de superar la duplicidad y desarticulación de las acciones y mejorar la eficacia de las intervenciones.

En el marco de la normatividad vigente, garantizar las Redes Integradas de Prestación de Servicios de Salud (RIPSS) con niveles de baja complejidad resolutivos y niveles de media y alta complejidad que apoye con servicios de salud especializados, garantizando el acceso efectivo y oportuno a las atenciones definidas en la Resolución 3280 de 2018.

Continuar el proceso de implementación en todo el territorio nacional la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la salud en el curso de la vida y la Ruta Integral de Atención en Salud Materno – Perinatal, en el marco de las estrategias que fundamentan la Política de Atención Integral de Atención en Salud: i) Atención Primaria en Salud – APS con enfoque de salud familiar y comunitaria, ii) Gestión Integral del Riesgo en Salud, iii) enfoque de cuidado y diferencial.

Fortalecer la asistencia técnica dirigida a los integrantes del sistema (Direcciones territoriales, Empresas Administradoras de Planes de Beneficio y Prestadores de Salud públicos y privados) para la atención integral en salud de la población materno infantil, con énfasis en: Desarrollo de capacidades para el desarrollo de los procedimientos dirigidos a la población materno infantil, uso de herramientas e instrumentos para la valoración integral en salud, proceso de concertación y definición de compromisos entre los actores, proceso de contratación, seguimiento y monitoreo de las acciones dirigidas a la población materno infantil.

Desarrollar o fortalecer mecanismos de participación y el empoderamiento de la comunidad para el cuidado de la salud de las gestantes las niñas y niños en los entornos

**Meta 4: En 2021 habrá disminuido la mortalidad infantil nacional a menos de 15 por mil nacidos vivos.**

### ***Indicador Tasa de mortalidad infantil ajustada (DANE)***

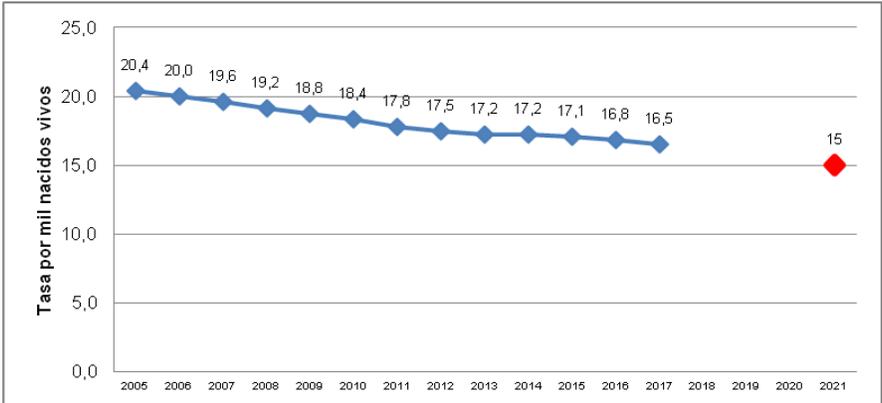
En Colombia la mortalidad infantil ha seguido una tendencia al descenso a través de los años. Entre 2005 y 2017 la tasa de mortalidad infantil ha disminuido en un 19 %, evitando la muerte de 4.412 niños y niñas menores de un año. De esta manera, la tasa de mortalidad para el 2017 es de 16.5 muertes por cada mil nacimientos. Sin embargo, en los últimos cinco años, mueren en promedio 7343 niñas y niños menores de un año cada año.

Entre las principales causas de mortalidad infantil se encuentran: i) los trastornos respiratorios y cardiovasculares específicos del periodo perinatal; ii) las malformaciones congénitas del sistema circulatorio; iii) las infecciones específicas del periodo perinatal; iv) los recién nacidos afectados por factores maternos y por complicaciones del embarazo, del trabajo de parto y del parto e v) influenza (gripe) y neumonía, de estas causas los principales diagnósticos en la serie 2005 – 2017 son en primer lugar el síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido y le sigue la sepsis bacteriana del recién nacido, no especificada.

Haciendo el análisis por área de residencia, la mortalidad de menores de un año se concentra en el área rural dispersa, en donde la tasa de mortalidad no ajustada asciende a 14.12 defunciones por cada mil nacidos vivos, registro que disminuye en las cabeceras municipales a 10.1 muertes por cada mil nacidos vivos.

A pesar de los avances en la reducción de la mortalidad infantil, las brechas territoriales marcan la necesidad de concentrar los esfuerzos en la implementación de acciones que propendan por el mejoramiento del indicador en los departamentos de Amazonas, Vaupés, Guainía, Chocó, Vichada, Guaviare y La Guajira. Los departamentos que presentan tasas de mortalidad infantil por debajo de la tasa nacional son Valle del Cauca, Bogotá, Quindío, Caldas, Santander, Risaralda Norte de Santander, Cundinamarca Antioquia Boyacá San Andrés Atlántico.

**Gráfica 91. Tasa de mortalidad infantil (ajustada). Colombia, 2005 – 2017**



Fuente: Estadísticas Vitales EEV

**Meta 5: A 2021, se habrá disminuido la mortalidad nacional en menores de 5 años a menos de 18 X 1.000 nacidos vivos.**

**Indicador Mortalidad en menores de cinco años (Tasa de mortalidad en la niñez ajustada -DANE)**

La tasa de mortalidad en la niñez (menores de un año) ha seguido una tendencia al descenso a través de los años. Entre 2005 y 2016 la tasa de mortalidad en lo menores de cinco años ha disminuido en un 28.6 %, evitando la muerte de 5.534 niños y niñas menores de cinco años. De esta manera, la tasa de mortalidad estimada para el 2016 es de 18.2 muertes por cada mil nacimientos. Sin embargo, en los últimos cinco años, mueren en promedio 8.918 niñas y niños menores de un año cada año.

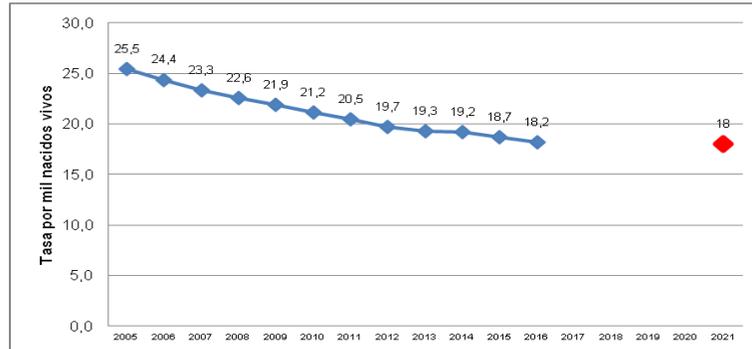
El 50 % de la mortalidad en menores de cinco años es atribuida a los siguientes subgrupos de causas: i) los trastornos respiratorios y cardiovasculares específicos del periodo perinatal; ii) las malformaciones congénitas del sistema circulatorio; iii) las infecciones específicas del periodo perinatal; iv) influenza y neumonía y v) feto y recién nacido afectados por factores maternos y por complicaciones del embarazo, del trabajo de parto y del parto.

Haciendo el análisis por área de residencia, la mortalidad en menores de cinco años se concentra en el área rural dispersa, en donde la tasa de mortalidad no ajustada asciende a 18.42 defunciones por cada mil nacidos vivos, registro que disminuye en las cabeceras municipales a 12.07 muertes por cada mil nacidos vivos.

A pesar de la reducción de la mortalidad en menores de cinco años, es necesario aunar esfuerzos y fortalecer la coordinación intersectorial que propendan por el mejoramiento del indicador en los departamentos de Vichada, Chocó, San Andrés, Guainía y La Guajira, dado que son departamentos con mayor presencia de grupos étnicos siendo los indígenas los que presentan la tasa más alta de mortalidad en la niñez (34.55).



Gráfica 92. Tasa de mortalidad en menores de cinco años (estimada). Colombia, 2005 - 2016



Fuente: EEV - DANE

### 2.2.2.2. Dimensión fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la gestión en salud

El Plan Decenal de Salud Pública definió 11 metas para la dimensión categorizadas como metas de gestión, las cuales tienen asociados 13 indicadores.

**Avance general de las metas de la dimensión:** En cuanto al avance del cumplimiento de metas se observa que el 27.27% (3 metas) se encuentran en un rango de avance "Muy bueno", el 45.45% (5 metas) reporta un avance "Bueno", el 9.09% (1 meta) un avance "En riesgo" y del 18.18% (2 metas) no se cuenta con información. Es de anotar, que dado que las 11 metas reportadas tienen asociados 13 indicadores, para el cálculo del avance de las mismas, se promedió el valor reportado de los indicadores asociados con el fin de evitar la duplicidad en el reporte del cumplimiento de las metas (anexo 19).