



DOCUMENTO-SEGUIMIENTO A LAS ACCIONES PROGRAMADAS EN EL NIVEL NACIONAL Y TERRITORIAL, PARA EL LOGRO DE LA MEGAMETA EN SALUD

Subdirección de Enfermedades No Transmisibles

Dirección de Promoción y Prevención

Julio 2017



MINSALUD

ALEJANDRO GAVIRIA URIBE

Ministro de Salud y Protección Social

LUIS FERNANDO CORREA SERNA

Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios (E)

CARMEN EUGENIA DÁVILA GUERRERO

Viceministra de Prestación Social

GERARDO BURGOS BERNAL

Secretario General

ELKIN DE JESÚS OSORIO SALDARRIAGA

Director de Promoción y Prevención

**Seguimiento a las acciones programadas en el nivel nacional y territorial,
para el logro de la MEGAMETA en salud.**

**Ministerio de Salud y Protección Social
Dirección de Promoción y Prevención
Subdirección de Enfermedades no transmisibles**

SUBDIRECCIÓN DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

José Fernando Valderrama Vergara
Subdirector de Enfermedades No Transmisibles (E)

Omaira Isabel Roldán Sánchez
Coordinadora Grupo Condiciones crónicas prevalentes

Lorenza Becerra Camargo
Coordinadora Grupo Modos, condiciones y estilos de vida saludable

Nubia Esperanza Bautista Bautista
Coordinadora Grupo Gestión Integrada para la Salud Mental

Equipo técnico - Elaboración

Teresa Moreno Chaves
Monitoreo y Seguimiento Territorial

Acrónimos y abreviaturas

ASIS	Análisis Situacional de Salud
CAC	Cuenta de Alto Costo
CERS	Ciudades, Ruralidad y Entornos para los Estilos de Vida Saludable
CIE 10	Clasificación Internacional de Enfermedades, décima versión
CCP	Condiciones Crónicas Prevalentes
COAI	Componente Operativo Anual de Inversión
CONIAF	Coordinación y Orientación Superior del Fomento, Desarrollo y Medición de Impacto de la Actividad Física
COLDEPORTES	Instituto Colombiano del Deporte
CRI	Cooperación y Relaciones Internacionales
CRUE	Centro Regulador de Urgencias y Emergencias
DANE	Departamento Administrativo Nacional de Estadística
DEA	Desfibrilador Externo Automático
DPS	Prosperidad Social
DTS	Direcciones Territoriales de Salud
ECV	Enfermedad Cardio Vascular
EEVV	Estadísticas Vitales
ENT	Enfermedades no Transmisibles
ENSIN	Encuesta Nacional de Situación Nutricional
EAPB	Entidades Administradoras de Planes de Beneficios
ERC	Enfermedad Renal Crónica
EVS	Estilos de Vida Saludable
EPS	Entidad Promotora de Salud
EPOC	Control de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
FAO	Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura
GABA	Guías Alimentarias Basadas en Alimentos
ICBF	Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
INC	Instituto Nacional de Cancerología
INS	Instituto Nacional de Salud
IETS	Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud
ISO	Organización Internacional de Normalización
IPS	Institución Prestadora de Servicios de Salud
IVC	Inspección, Vigilancia y Control
MIAS	Modelo Integral de Atención en Salud
M&E	Monitoreo y Evaluación

Acrónimos y abreviaturas

MCYEVS	Modos, Condiciones y Estilos de Vida Saludables
MSPS	Ministerio de Salud y Protección Social
NTC	Normas Técnicas Colombianas
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OIM	Organización Internacional para las Migraciones
OICA	Observatorio Internacional de Cáncer del Adulto
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONC	Observatorio Nacional de Cáncer
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PAS	Plan de Acción en Salud
PAIS	Política de Atención Integral en Salud
PEDT	Protección Específica y Detección Temprana
PDSP	Plan Decenal de Salud Pública
PND	Plan Nacional de Desarrollo
PTS	Plan Territorial de Salud
RIPS	Registros individuales de Prestación de Servicios de Salud
RIAS	Rutas Integrales de Atención en Salud
SAN	Seguridad Alimentaria y Nutricional
SENT	Subdirección de Enfermedades No Transmisibles
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud
SINERGIA	sistema Nacional de Evaluación y Gestión de Resultados
SISPRO	Sistema Integral de Información de la Protección Social
SIVIGILA	Sistema de Vigilancia en Salud Pública
TMPENT	Tasa de Mortalidad Prematura de las Enfermedades No Transmisibles
TO2ES	Todo es
UACAI	Unidades de Atención de Cáncer Infantil
UFCA	Unidades Funcionales para la Atención Integral de Cáncer del Adulto
UPC	Unidad de Pago por Capitación
VPH	Virus del Papiloma Humano

Tabla de CONTENIDO

7	INTRODUCCION
8	ANTECEDENTES
10	1. CONTEXTO GENERAL
10	1.1 Situación de las ENT en el mundo
11	1.2 Situación de las ENT en Colombia
11	1.2.1 Mortalidad prematura de las ENT en población de 30 a 70 años
32	1.2.2 Morbilidad por Enfermedades No Transmisibles en personas entre los 30 a 70 años.
39	1.2.3 Pronostico de la mortalidad prematura
41	2. SEGUIMIENTO A LA GESTIÓN DE LA MEGA META EN EL NIVEL NACIONAL
43	2.1 Políticas, planes y proyectos
44	2.1.1 Alimentación Saludable
45	2.1.2 Actividad Física
45	2.1.3 Tabaco
46	2.1.4 Alcohol
46	2.1.5 Cáncer
47	2.1.6 Enfermedades del sistema Circulatorio, la diabetes mellitus y la ERC
47	2.1.7 Enfermedades respiratorias crónicas
48	2.2. Estrategias (Intervenciones) para el control de las Enfermedades no transmisibles
49	2.2.1 Alimentación Saludable
51	2.2.2 Actividad Física
51	2.2.3 Tabaco
51	2.2.4 Alcohol
52	2.2.5 Cáncer
53	2.2.6 Enfermedades del sistema Circulatorio, la diabetes mellitus y la ERC
54	2.2.7 Enfermedades respiratorias crónicas
56	2.3 Monitoreo y seguimiento al cumplimiento de la Mega Meta
57	2.3.1 Seguimiento a las acciones desarrolladas respecto a los indicadores relacionados con la mega meta y que se tienen estipulado en el plan nacional de desarrollo (SINERGIA)
58	2.3.1.1 Estrategia de ciudades, ruralidad y entornos para los estilos de vida saludable
59	2.3.1.2 Disminuir la Tasa de mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles (por 100.000 habitantes de 30 a 70 años)
59	2.3.1.2.1 Cáncer
60	2.3.1.2.2 Enfermedad Renal Crónica (ERC) y Enfermedades Cardio-Vasculares (ECV)
61	2.3.1.2.3 Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)
61	2.3.1.3 Proporción de nuevos casos de cáncer de mama en estadios tempranos (I- IIA)
62	2.3.1.4 Oportunidad en la detección de cáncer de cuello uterino in situ
63	2.3.1.5 Porcentaje de mujeres con citología cervico uterina anormal que cumplen el estándar de 30 días para la toma de colposcopia
64	2.3.2 Componente político normativo
64	2.3.3 Seguimiento a la cooperación y relaciones internacionales
64	3. ACCIONES PROPUESTAS EN LAS DIRECCIONES TERRITORIALES DE SALUD (DTS) RELACIONADAS CON LA MEGA META
66	4. DISCUSIONES Y CONCLUSIONES
68	5. RECOMENDACIONES
69	6. BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCIÓN

Según el subdirector de Enfermedades No Transmisibles y salud mental de la Organización Mundial de la Salud (OMS), las enfermedades no transmisibles (ENT) representan uno de los mayores desafíos del siglo XXI para la salud y el desarrollo, tanto por el sufrimiento humano que provocan como por los perjuicios que ocasionan en el entramado socioeconómico de los países, sobre todo de los de ingresos bajos y medianos. Ningún gobierno puede permitirse pasar por alto el aumento de la carga de las ENT. Si no se adoptan medidas basadas en datos probatorios, el costo humano, social y económico de las ENT no cesará de crecer y superará la capacidad de los países para afrontarlo.

Colombia, en consonancia con la meta mundial 25x25* de la OMS, el Gobierno Nacional, y en particular el Ministerio de Salud y Protección Social, tomó la decisión de establecer como mega meta del sector salud la reducción de la mortalidad prematura por ENT en la población de 30 a 70 años, en un 8% a 2018. Es decir, salvar la vida de 14.000 mil colombianos en los próximos cuatro años.

Teniendo en cuenta la importancia de alcanzar esta meta en el país, el Ministerio de Salud y Protección Social en cabeza de la Subdirección de Enfermedades No Transmisibles implementó una serie de políticas planes, proyectos y estrategias orientadas a disminuir la mortalidad prematura de las Enfermedades No transmisibles; dichas acciones fueron gestionadas a nivel territorial con el fin de que tanto los departamentos como distritos apoyen al cumplimiento de la meta.

En este documento, encontrarán avances de formulación de políticas, implementación de estrategias, seguimiento a los indicadores del Plan Nacional de Desarrollo relacionados con la Mega Meta y monitoreo y seguimiento a los Planes Territoriales de Salud (PTS) y Planes de Acción en Salud (PAS) específicos de a dimensión vida saludable y condiciones no transmisibles relacionados con acciones que apunta a la disminución de la mortalidad prematura de las ENT en el marco de la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) y el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS).

Antecedentes

En la reunión de la Asamblea de Alto Nivel 2011 liderada por Naciones Unidas en New York en el año 2011, se adoptó por consenso la resolución titulada, «*Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles*», en donde el Secretario General de las Naciones Unidas, Dr. Ban Ki-Moon, se refirió así: «*La cumbre de septiembre en Nueva York representa nuestra oportunidad de obtener el compromiso internacional de que se asigne a las enfermedades no transmisibles la alta prioridad que les corresponde en el programa de desarrollo*»¹.

En esta Asamblea, reconocen que la carga y la amenaza mundial de las enfermedades no trasmisibles constituyen uno de los principales obstáculos para el desarrollo del siglo XXI, que socavan el desarrollo social y económico en todo el mundo y ponen en peligro la consecución de los objetivos de desarrollo convenidos internacionalmente; que recae en los gobiernos el papel y la responsabilidad primordiales de responder al reto que plantean las Enfermedades No Transmisibles, y que el compromiso de todos los sectores de la sociedad son esenciales para generar respuestas eficaces que fomenten la prevención y el control de las enfermedades no trasmisibles; reconocen también la urgente necesidad de intensificar las medidas adoptadas en el plano mundial, regional y nacional para prevenir y controlar las enfermedades no trasmisibles (ENT), con el fin de contribuir a la plena realización del derecho de toda persona al más alto nivel posible de salud física y mental.

En esta misma Asamblea, la OMS estimó que, de los 57 millones de muertos registrados en el mundo en 2008, 36 millones se debieron a ENT, principalmente enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedades respiratorias crónicas y diabetes. Esta cifra incluye cerca de 9 millones de personas fallecidas antes de los 60 años y que casi el 80% de estas muertes ocurrieron en países en desarrollo.

Reconocieron que la prevención y el control eficaces de las ENT, requieren enfoques rectores multisectoriales a nivel de gobierno, por ejemplo incluir la salud, según proceda en todas las políticas y enfoques de todo el gobierno, en sectores como los de salud, educación, energía, agricultura, deportes, transporte, comunicaciones, urbanismo, medio ambiente trabajo, empleo, industria y comercio, finanzas y desarrollo social y económico, por lo que los gobiernos se comprometieron a reducir los factores de riesgo y crear entornos que promuevan la salud mediante estrategias como la de la OMS sobre el régimen alimentario, actividad física y salud, entre otras cosas según proceda, introduciendo políticas y medidas encaminadas a promover dietas sanas y a aumentar la actividad física de toda la población, incluso en todos los aspectos de la vida cotidiana, por ejemplo dando prioridad a las clases de educación física en las escuelas, la planificación y reestructuración urbana para el transporte activo, el ofrecimiento de incentivos para que ejecuten programas sobre estilos de vida saludables en el lugar de trabajo y la mayor disponibilidad de entornos seguros en los parques y espacios de recreación públicos para alentar la actividad física, también la prohibición total de publicidad promoción y patrocinio y Advertencias sanitarias en el marco para el control de tabaco y reducción del uso nocivo de alcohol.

Las ENT afectan a todos los grupos de edad y a todas las regiones y países. Estas enfermedades se suelen asociar a los grupos de edad más avanzada, pero los datos muestran que más de 17 millones de las muertes atribuidas a las ENT se producen antes de los 70 años. El 87% de estas muertes “*prematargas*” ocurren en países de ingresos bajos y medianos.

1. NACIONES UNIDAS. Declaración Política de la reunión de alto nivel de la Asamblea General sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles. Proyecto de Resolución. 16 septiembre 2011.

Niños, adultos y ancianos son todos ellos vulnerables a los factores de riesgo que favorecen las ENT, como las dietas malsanas, la inactividad física, la exposición al humo del tabaco o el uso nocivo del alcohol.

Estas enfermedades se ven favorecidas por factores tales como la urbanización rápida y no planificada, la mundialización de modos de vida poco saludables o el envejecimiento de la población. Las dietas malsanas y la inactividad física pueden manifestarse en forma de tensión arterial elevada, aumento de la glucosa y los lípidos en la sangre, y obesidad. Son los llamados “factores de riesgo metabólicos”, que pueden dar lugar a enfermedades cardiovasculares, la principal ENT por lo que respecta a las muertes prematuras².

En Colombia, entre el 2005 y 2014 se produjeron 424.574 defunciones por neoplasias, enfermedades del sistema circulatorio, sistema respiratorio de vías inferiores y diabetes mellitus en personas con edades entre 30 a 70 años, con un promedio anual de 42.457 muertes (Fuente: Estadísticas vitales- Defunciones DANE. Código CIE 10- C00- D48. Consultado en Bodega de datos del SISPRO 12/08/2017).

La tasa de mortalidad prematura de las enfermedades no transmisibles (TMPENT) en Colombia, en el año 2014 fue de 222,6 x 100.000 habitantes. En este año se observa un leve incremento en la mortalidad prematura por neoplasias (102,8 x 100.000 hab), seguida de las enfermedades del sistema circulatorio (95,7 x 100.000 hab), la diabetes mellitus (14,0 x 100.000 hab) y la mortalidad por vías respiratorias superiores (10,1 x 100.000 hab). Para el análisis se tomaron los códigos CIE10; para neoplasias, los códigos C00-D48, Diabetes (E10-E14), Enfermedades del Sistema Circulatorio (I00-I99) y las enfermedades del sistema respiratorio (J40-J47).

En este contexto, y teniendo en cuenta los impactos negativos no sólo a nivel sanitario, sino también a nivel social y económico de las ENT, a nivel mundial y regional se ha avanzado sustancialmente en el desarrollo e implementación de políticas, planes y programas intersectoriales que buscan controlar y prevenir estas enfermedades y sus factores de riesgo.

En efecto, y teniendo en cuenta que para lograr el desarrollo sostenible es fundamental garantizar una vida saludable y promover el bienestar para todos a cualquier edad, se incluyó en el objetivo 3 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS): “Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”, la meta de reducir en un tercio, para 2030, la mortalidad prematura por ENT mediante la prevención y el tratamiento⁴.

A partir de la iniciativa “Estamos Cumpliendo” de la Presidencia de la República y del Consejo de Ministros que busca focalizar los resultados y destacar estos retos del sector salud como compromiso de país, se establece un pacto sectorial y presidencial: reducir en 8% la mortalidad por enfermedades prevenibles (cardiovasculares, respiratorias inferiores, neoplasias y diabetes mellitus) en la población de 30 a 70 años, lo que equivale a pasar de una tasa de mortalidad prematura de 229,50 a 204,78 por cada 100.000 habitantes, en este grupo de edad para 2018; o en otras palabras, salvar la vida de 14.000 colombianos entre el 2014 y el 2018. Con el propósito de lograr la mega meta propuesta la Subdirección de Enfermedades no Transmisibles del Ministerio de Salud y Protección Social, lidera la formulación y despliegue de proyectos estratégicos para fortalecer la capacidad de respuesta del sector e intervenir los principales factores de riesgo para este grupo de enfermedades.

Para ello es importante hacer un seguimiento a las actividades desarrolladas no solo en el nivel nacional sino en el territorial, ya que la suma de las acciones en los departamentos y municipios aportará al cumplimiento de la meta.

². <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/>

1.1 Situación de las Enfermedades No Transmisibles en el mundo

Las ENT afectan a todos los grupos de edad y a todas las regiones y países. Estas enfermedades se suelen asociar a los grupos de edad más avanzada, pero los datos muestran que las enfermedades no transmisibles (ENT) matan a 40 millones de personas cada año, lo que equivale al 70% de las muertes que se producen en el mundo. Cada año mueren por ENT 15 millones de personas de entre 30 y 69 años de edad; más del 80% de estas muertes “*prematuras*” ocurren en países de ingresos bajos y medianos.

Las enfermedades cardiovasculares constituyen la mayoría de las muertes por ENT (17,7 millones cada año), seguidas del cáncer (8,8 millones), las enfermedades respiratorias (3,9 millones) y la diabetes (1,6 millones). Estos cuatro grupos de enfermedades son responsables de más del 80% de todas las muertes prematuras por ENT.

Estas enfermedades se ven favorecidas por una suma de factores tales como la urbanización rápida y no planificada, la mundialización de modos de vida poco saludables o el envejecimiento de la población. Las dietas malsanas y la inactividad física pueden manifestarse en forma de tensión arterial elevada, aumento de la glucosa y los lípidos en la sangre, y obesidad. Son los llamados “*factores de riesgo metabólicos*”, que pueden dar lugar a enfermedades cardiovasculares, la principal ENT por lo que respecta a las muertes prematuras³.

La mortalidad prematura es una consideración importante al momento de evaluar el impacto de las ENT en una población determinada, en tanto que cerca del

42% de todas las muertes por ENT ocurren antes de los 70 años, es decir que, de los 38 millones de muertes, 16 millones ocurrieron antes de los 70 años de edad. La mayoría de las muertes prematuras suceden en los países de ingreso bajo y medio.

De nuevo, las enfermedades cardiovasculares, los cánceres y las enfermedades respiratorias crónicas son las responsables de la mayor proporción de esas muertes (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2014).

El consumo de tabaco, la inactividad física, el uso nocivo del alcohol y las dietas malsanas aumentan el riesgo de morir a causa de una de las ENT. El tabaco cobra 7,2 millones de vidas al año (si se incluyen los efectos de la exposición al humo ajeno), y se prevé que esa cifra aumente considerablemente en los próximos años; unos 4,1 millones de muertes anuales se atribuyen a una ingesta excesiva de sal/sodio; más de la mitad de los 3,3 millones de muertes anuales atribuibles al consumo de alcohol se deben a ENT, entre ellas el cáncer y unos 1,6 millones de muertes anuales pueden atribuirse a una actividad física insuficiente⁴.

Los factores de riesgo metabólicos contribuyen a cuatro cambios metabólicos fundamentales que aumentan el riesgo de ENT: el aumento de la tensión arterial, el sobrepeso y la obesidad, la hiperglucemia (concentraciones elevadas de glucosa en la sangre) y la hiperlipidemia (concentraciones elevadas de grasas en la sangre). En términos de muertes atribuibles, el principal factor de riesgo metabólico es el aumento de la presión arterial (al que se atribuyen el 19% de las muertes a nivel mundial),³ seguido por el sobrepeso y la obesidad y el aumento de la glucosa sanguínea.

3. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/>

4. GBD 2015 Risk Factors Collaborators. Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*, 2016; 388(10053):1659-1724. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/>

Es importante puntualizar que en los países de ingreso bajo y medio, ocurre cerca del 90% de la mortalidad por enfermedades respiratorias; también, más de las tres cuartas partes de las muertes por enfermedad cardiovascular y diabetes, y más de dos tercios de las muertes por cánceres ocurren en estos países (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2014).

Es pertinente mencionar, de igual manera, que el crecimiento de la población y el mejoramiento de la longevidad, están conduciendo al incremento de las proporciones de personas mayores en varias partes del mundo. Con esta realidad, de no realizarse las intervenciones pertinentes, se espera que las muertes por ENT se incrementen a 52 millones en 2030: se prevé que la mortalidad anual por enfermedad cardiovascular aumente de 17,5 millones en 2012 hasta 22,2 millones para el 2030, y las muertes por cáncer anuales, de 8,2 millones a 12,6 millones (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2014).

1.2 Situación de las Enfermedades No Transmisibles en Colombia

1.2.1 Mortalidad prematura de las Enfermedades No Transmisibles en población de 30 a 70 años

En Colombia, el 60,64% de la mortalidad prematura por ENT, está dada por las neoplasias, enfermedades del sistema circulatorio, del sistema respiratorio de vías inferiores y diabetes mellitus. Analizando la tendencia de los casos de mortalidad prematura de las 4 enfermedades no transmisibles contempladas en la mega meta, se observa un incremento a partir del año 2012, y pasa de 42.517 casos), a 45.041 casos en el 2014, con un incremento de 2.524 casos de mortalidad. (Figura 1)

Al calcular la tasa de mortalidad prematura de enfermedades no transmisibles (por estas mismas causas (Neoplasias, Diabetes Mellitus (E10-E14), Enfermedades Sistema Circulatorio, Sistema Respiratorio de vías inferiores (J40-J47)), muestran un descenso entre el año 2005 al 2009, entre el año 2009 y 2010 hay una tendencia sostenida y vuelve a descender en el 2011, pero a partir del año 2012 y en adelante hay un aumento progresivo hasta el año 2014, observándose un incremento de la tasa de mortalidad prematura en 3 puntos. (Figura 2)

Figura 1. Comportamiento en el número de casos de mortalidad prematura de las ENT (30 a 70 años) por causa básica. Neoplasias, Diabetes Mellitus (E10-E14), Enfermedades del Sistema Circulatorio y del Sistema Respiratorio de vías inferiores (J40-J47). Colombia 2005-2014

Estadísticas vitales- Defunciones DANE. Consultado en Bodega de datos del SISPRO 12/08/2017.

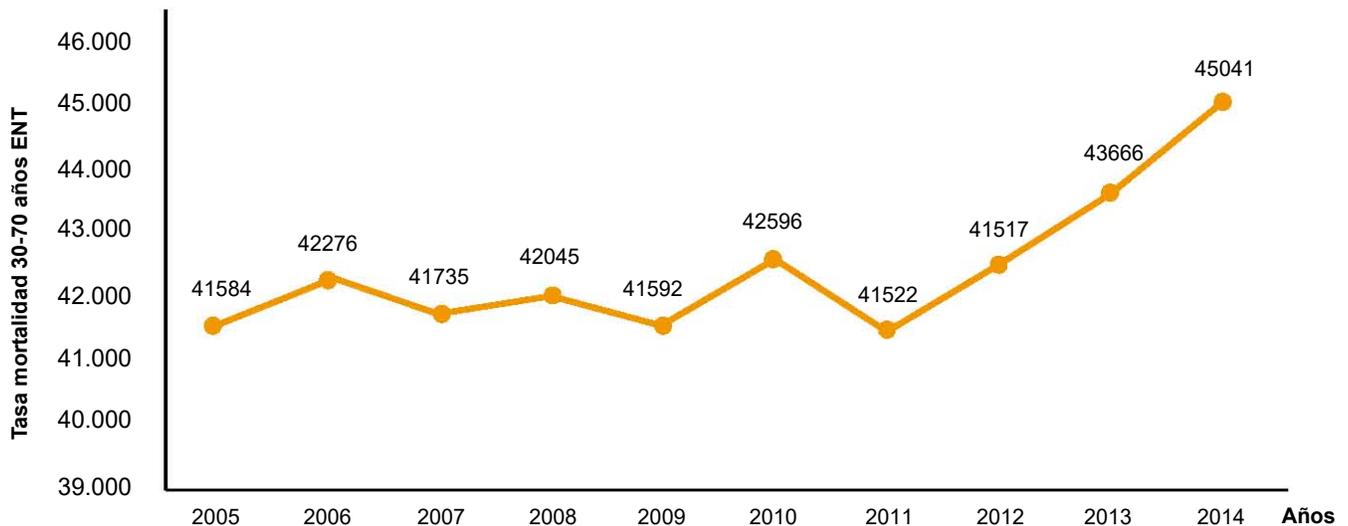
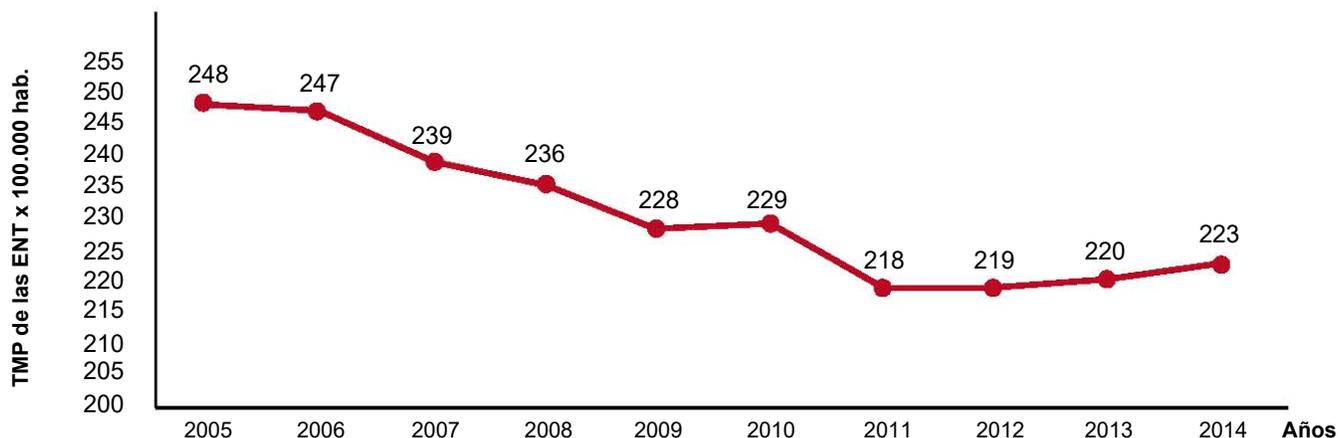


Figura 2. Tendencia de la tasa de mortalidad prematura por ENT de 30 a 70 años por 100.000 habitantes. Neoplasias, Diabetes Mellitus (E10-E14), Enfermedades del Sistema Circulatorio y Sistema Respiratorio de vías inferiores (J40-J47) Colombia 2005-2014

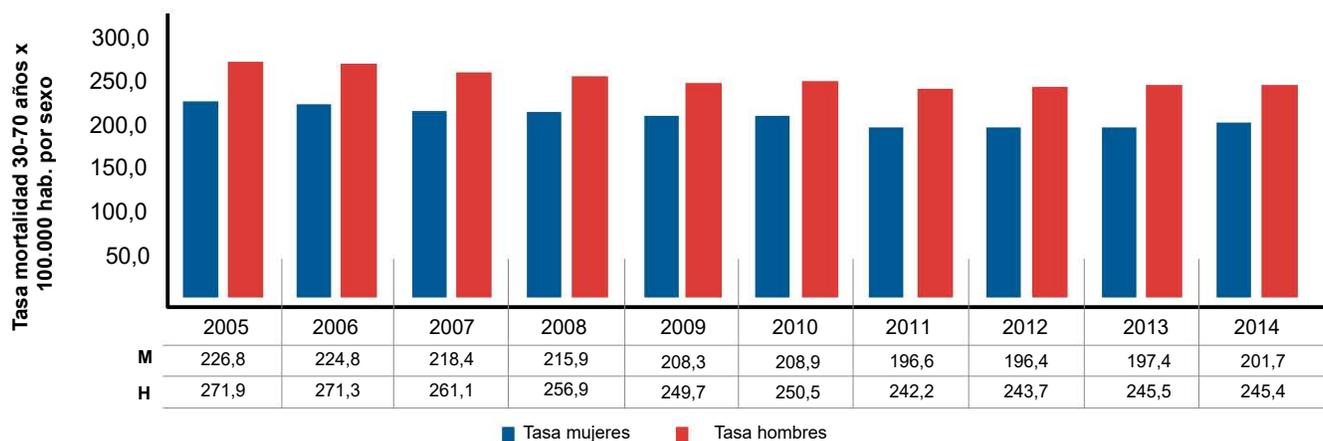
Fuente: Estadísticas vitales- Defunciones DANE. Consultado en Bodega de datos del SISPRO 12/08/2017



Respecto a la tasa de mortalidad prematura por ENT por sexo se puede observar que son más altas en hombres que en mujeres. Cuando se desagregan por nivel de diagnóstico, muestra similar comportamiento, los hombres aportan las tasas más altas de mortalidad prematura. (Figura 3)

Figura 3. Tasa de mortalidad prematura de las ENT por sexo x 100.000 Habitantes. Edad 30-70 años. Neoplasias, Diabetes Mellitus (E10-E14), Enfermedades del Sistema Circulatorio y Sistema Respiratorio de vías inferiores (J40-J47) Colombia años 2005-2014.

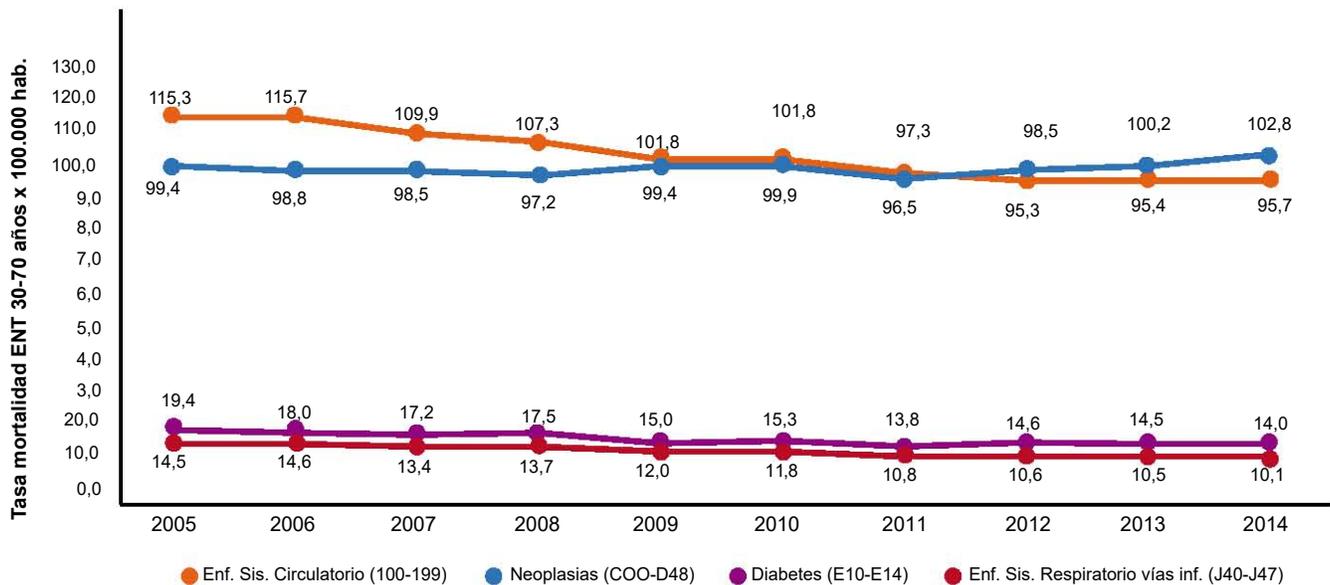
Fuente: Estadísticas vitales- Defunciones DANE. Consultado en Bodega de datos del SISPRO 12/08/2017



Al analizar los cuatro eventos relacionados con la mortalidad prematura de las ENT en personas de 30 a 70 años, se puede observar que las patologías que aportan la mayor tasa de mortalidad son las neoplasias y las enfermedades del sistema circulatorio. Las neoplasias en los dos últimos años muestran un incremento de 2,6 puntos, en cambio las muertes por causa de las enfermedades del sistema circulatorio tienden a mantenerse. La diabetes mellitus y las enfermedades del sistema respiratorio de las vías inferiores muestran una leve tendencia a disminuir. (Figura 4)

Figura 4. Comportamiento de la mortalidad prematura de 30 a 70 años de edad de las ENT desagregadas. Tasa por 100.000 habitantes. Colombia 2005-2014.

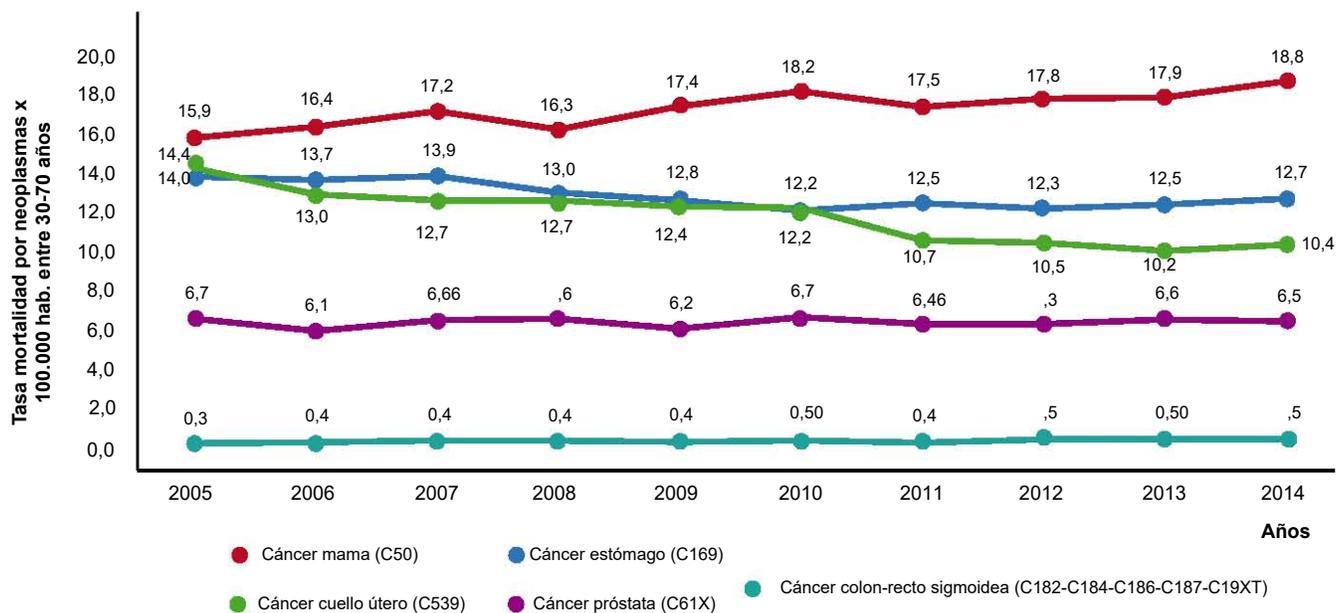
Fuente: Estadísticas vitales- Defunciones DANE. Consultado en Bodega de datos del SISPRO 12/08/2017



En Colombia en el grupo de las enfermedades del sistema circulatorio las que presentan la mayor tasa de mortalidad son las enfermedades isquémicas del corazón, 50,4 x 100.000 habitantes (10.190 muertes) de las muertes relacionadas a las enfermedades del sistema circulatorio en el año 2014; seguidas de las enfermedades cerebrovasculares 21,8 x 100.000 hab. (4.413), otras formas de enfermedades del corazón la enfermedad cardiopulmonar de la circulación pulmonar y aportaron 9,5 y 7,8 x 100.000 habitantes respectivamente. (Figura 5)

Figura 5. Tasa de Mortalidad prematura por enfermedades del sistema circulatorio x 100.000 habitantes. Colombia 2005-2014

Fuente: Cubos-SISPRO-EEVV. Elaboración propia. Consultada 12/08/17



Al analizar la mortalidad prematura por Enfermedades del Sistema Circulatorio por departamento, se puede establecer que los departamentos de Boyacá, Caldas, Norte de Santander, Santander, Quindío, Risaralda, Valle del Cauca y Tolima, en los últimos 10 años han mantenido tasas de mortalidad por encima de las del nivel nacional. (Tabla 1)

Los departamentos de Atlántico, Caquetá, Cauca, Cesar y Córdoba muestran para el año 2014, un incremento en la mortalidad prematura por Enfermedades del Sistema Circulatorio por encima de la tasa nacional. Casanare y Guainía, muestran un descenso en la tasa mortalidad en el año 2014. (Figura 6, Tabla 1).

Tabla 1. Tasa de mortalidad por Enfermedades del Sistema Circulatorio por departamento, x100.000 personas de 30 a 70 años. Años 2005-2014

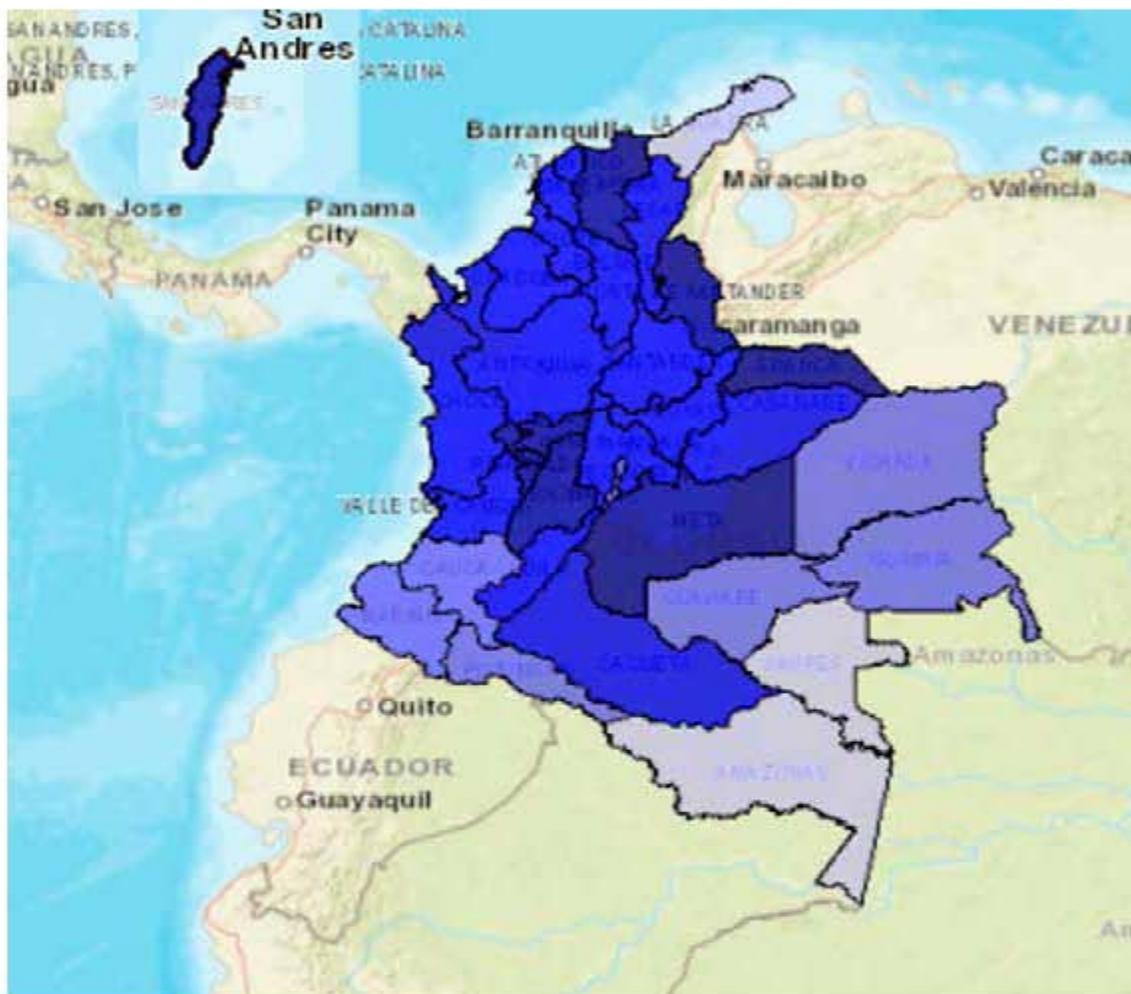
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, dispuestos en el cubo de EEVV, defunciones del MSPS por Enfermedades del Sistema Circulatorio por 100.000 personas de 30 a 70 años por departamento. 12/08/17

DEPARTAMENTO	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
05 - Antioquia	111,1	111,1	111,3	112,8	109,7	105,7	102,9	99,3	94,6	92,8
08 - Atlántico	113,2	110,2	100,2	101,4	95,3	85,7	82,4	92,1	95,1	95,8
11 - Bogotá, D.C.	92,7	90,5	92,1	87,8	78,1	78,1	77,1	76,0	73,2	73,6
13 - Bolívar	89,3	94,5	75,1	84,8	78,8	68,3	71,6	78,2	78,8	90,0
15 - Boyacá	113,8	118,1	111,8	118,1	121,2	121,4	118,3	111,1	101,1	87,8
17 - Caldas	114,7	113,2	109,8	112,7	118,7	118,9	117,8	117,8	118,9	119,7
18 - Caquetá	118,7	98,4	96,5	86,5	83,4	107,7	87,9	94,3	92,4	112,7
19 - Cauca	115,2	104,5	99,1	88,5	79,6	84,0	82,5	79,6	82,9	79,8
20 - Cesar	99,0	99,1	93,3	109,1	110,8	87,9	91,7	79,3	91,6	91,7
23 - Córdoba	91,0	96,5	93,2	85,1	80,5	85,2	91,9	94,2	91,4	98,0
25 - Cundinamarca	115,8	118,1	111,1	119,1	99,4	107,9	108,9	110,1	101,3	101,9
27 - Chocó	114,9	111,4	111,8	112,9	110,1	104,8	97,1	79,2	84,4	88,9
41 - Huila	121,2	111,2	111,9	104,1	108,8	100,9	100,8	95,1	90,8	87,8
44 - La Guajira	65,7	63,0	58,3	55,6	58,5	57,4	46,8	42,6	41,3	41,3
47 - Magdalena	114,2	106,8	109,7	107,0	111,1	107,7	95,1	110,1	112,3	110,8
50 - Meta	117,1	112,8	118,8	118,8	108,8	111,1	117,5	107,8	112,8	108,8
52 - Nariño	52,4	71,2	78,2	75,4	69,4	72,2	66,0	63,5	58,0	65,4
54 - Norte de Santander	118,9	117,7	121,2	117,8	119,8	105,1	111,1	112,9	118,8	121,1
63 - Quindío	100,3	114,1	113,4	110,7	111,8	108,8	111,1	111,1	117,3	111,1
66 - Risaralda	111,1	110,1	108,7	108,1	111,8	111,8	111,8	118,9	108,4	111,1
68 - Santander	118,1	119,7	111,8	111,1	111,7	117,8	108,4	99,1	111,1	108,8
70 - Sucre	93,9	96,0	107,3	100,8	95,4	108,8	97,2	104,3	111,1	111,8
73 - Tolima	116,1	111,8	117,8	110,7	111,1	112,1	112,1	111,1	116,1	110,7
76 - Valle del Cauca	111,1	111,1	111,1	111,1	111,1	111,1	111,1	111,1	111,1	111,1
81 - Arauca	111,9	111,1	107,8	106,1	108,8	111,1	108,8	98,1	108,8	111,1
85 - Casanare	96,9	85,2	90,6	86,8	86,8	100,1	96,9	87,1	100,1	90,4
86 - Putumayo	44,7	61,3	50,7	49,5	44,5	58,5	71,9	75,2	74,6	60,2
88 - Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	83,2	94,9	86,9	85,4	81,0	81,3	90,4	108,9	111,1	108,8
91 - Amazonas	36,5	66,6	35,4	80,8	59,2	48,8	19,3	57,1	65,8	37,0
94 - Guaviare	48,5	58,7	118,8	63,9	26,7	70,0	43,1	51,2	109,1	48,9
95 - Guaviare	84,1	72,9	91,1	94,1	93,6	95,6	79,9	111,1	93,0	66,0
97 - Vaupés	25,3	42,0	58,4	85,5	33,0	41,1	32,7	32,5	24,2	16,0
99 - Vichada	65,9	99,8	86,6	99,7	66,9	76,6	48,8	63,4	93,4	50,7
NACIONAL	115,2	115,7	109,9	107,3	101,8	101,8	97,3	95,3	95,4	95,7

■ <= 95,65
■ 95,66 a 115,17
■ >= 115,18

Figura 6. Tasa de mortalidad prematura por Enfermedades del Sistema Circulatorio. Colombia. Tasa por 100.000 personas de 30 a 70 años - Año 2005-2014.

Fuente: Cubos-SISPRO-EEVV. Visor Geográfico Sispro- Generó: Módulo Geográfico de SISPRO- Fecha:5/11/2017-



Los grupos de edad que más aportan a la mortalidad por Enfermedades del Sistema Circulatorio son los de 50 años y más. En el año 2014, el 60,4% de la mortalidad prematura por Enfermedades del Sistema Circulatorio se presenta en hombres (11.700) y el 39,6% (7.655) en mujeres. (Tabla 2)

Tabla 2. Porcentaje de defunciones por Enfermedades del Sistema Circulatorio en personas de 30 a 70 años, según departamento de residencia y sexo. AÑO 2014

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, dispuestos en el cubo de EEVV, defunciones del MSPS por Enfermedades del Sistema Circulatorio por 100.000 personas de 30 a 70 años por departamento. 12/08/17

DEPARTAMENTO	FEMENINO	%	MASCULINO	%	TOTAL
05 - Antioquia	1054	39,8	1591	60,2	2645
08 - Atlántico	403	38,4	647	61,6	1050
NO DEFINIDO	23	21,7	83	78,3	106
Bogotá, D.C.	1078	39,4	1656	60,6	2734
13 - Bolívar	291	39,5	445	60,5	736
15 - Boyacá	204	38,3	328	61,7	532
17 - Caldas	196	34,8	368	65,2	564
18 - Caquetá	77	44,8	95	55,2	172
19 - Cauca	184	43,8	236	56,2	420
20 - Cesar	135	37,1	229	62,9	364
23 - Córdoba	265	43,6	343	56,4	608
25 - Cundinamarca	445	39,2	691	60,8	1136
27 - Chocó	60	43,5	78	56,5	138
41 - Huila	204	47,1	229	52,9	433
44 - La Guajira	55	43,3	72	56,7	127
47 - Magdalena	201	39,4	309	60,6	510
50 - Meta	158	37,9	259	62,1	417
52 - Nariño	210	46,1	246	53,9	456
54 - Norte de Santander	256	38,5	409	61,5	665
63 - Quindío	130	38,5	208	61,5	338
66 - Risaralda	219	43,2	288	56,8	507
68 - Santander	336	34,9	627	65,1	963
70 - Sucre	130	39,5	199	60,5	329
73 - Tolima	300	37,5	501	62,5	801
76 - Valle del Cauca	885	40	1328	60	2213
81 - Arauca	40	35,1	74	64,9	114
85 - Casanare	51	42,5	69	57,5	120
86 - Putumayo	29	41,4	41	58,6	70
San Andrés, Providencia	16	42,1	22	57,9	38
91 - Amazonas	3	37,5	5	62,5	8
94 - Guainía	4	66,7	2	33,3	6
95 - Guaviare	10	43,5	13	56,5	23
97 - Vaupés	0	0	2	100	2
99 - Vichada	3	30	7	70	10
TOTAL	7655	39,6	11700	60,4	19355

Del total de fallecidos por Enfermedades del Sistema Circulatorio en personas de 30 a 70 años en el año 2014, el 54,0% pertenecían al régimen subsidiado (10.450 personas), 34,8% al régimen contributivo (6.740 personas), y el 2,9% al régimen de excepción (552 personas). El 8,2% no reporta tipo de régimen (1.578 personas) y 35 personas pertenecían al régimen especial. Llama la atención que en los departamentos de Vaupés y Guainía todos los casos de muertes prematuras que se presentaron por Enfermedades del Sistema Circulatorio en 2014 correspondieron a personas afiliadas al régimen subsidiado. (Tabla 3)

Tabla 3. Porcentaje de personas que fallecieron por Enfermedades del Sistema Circulatorio de 30 a 70 años por departamento y régimen de afiliación. Año 2014.

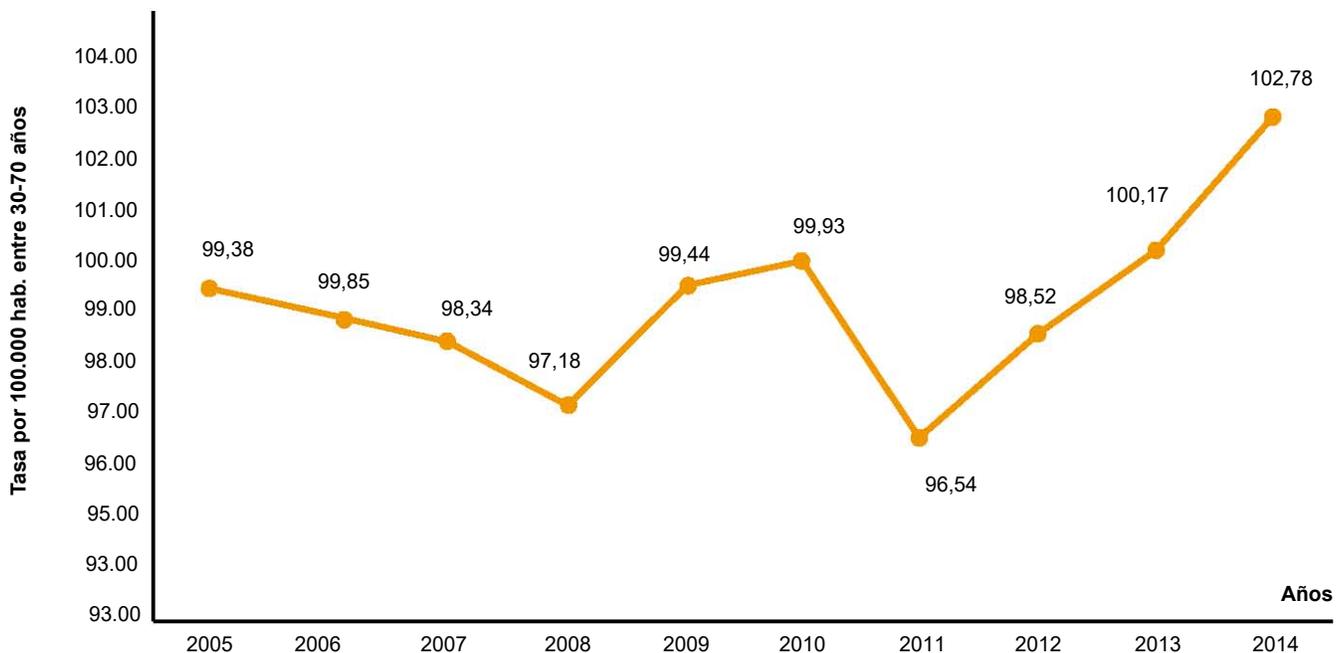
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, dispuestos en el cubo de EEVV, defunciones del MSPS por Enfermedades del Sistema Circulatorio por 100.000 personas de 30 a 70 años por departamento y régimen de afiliación. Datos procesados por la Dirección de Epidemiología y Demografía.

DEPARTAMENTO	CONTRIBUTIVO	%	E - EXCEPCION	%	NO REPORTADO	%	P - ESPECIAL	%	SUBSIDIADO	%	TOTAL
05 - Antioquia	1146	43,3	54	2	199	7,5	4	0,2	1242	47	2645
08 - Atlántico	324	30,9	24	2,3	60	5,7	6	0,6	636	60,6	1050
NO DEFINIDO	19	17,9	0	0	76	71,7	0	0	11	10,4	106
11 - Bogotá, D.C.	1475	54	96	3,5	303	11,1	4	0,1	856	31,3	2734
13 - Bolívar	169	23	29	3,9	42	5,7	0	0	496	67,4	736
15 - Boyacá	132	24,8	16	3	11	2,1	0	0	373	70,1	532
17 - Caldas	189	33,5	16	2,8	31	5,5	0	0	328	58,2	564
18 - Caquetá	23	13,4	5	2,9	8	4,7	1	0,6	135	78,5	172
19 - Cauca	94	22,4	8	1,9	13	3,1	1	0,2	304	72,4	420
20 - Cesar	81	22,3	3	0,8	17	4,7	1	0,3	262	72	364
23 - Córdoba	104	17,1	18	3	33	5,4	3	0,5	450	74	608
25 - Cundinamarca	428	37,7	21	1,8	56	4,9	0	0	631	55,5	1136
27 - Chocó	15	10,9	3	2,2	11	8	0	0	109	79	138
41 - Huila	112	25,9	28	6,5	14	3,2	2	0,5	277	64	433
44 - La Guajira	27	21,3	4	3,1	15	11,8	0	0	81	63,8	127
47 - Magdalena	127	24,9	12	2,4	31	6,1	1	0,2	339	66,5	510
50 - Meta	150	36	16	3,8	56	13,4	0	0	195	46,8	417
52 - Nariño	73	16	14	3,1	18	3,9	1	0,2	350	76,8	456
54 - Norte de Santander	165	24,8	25	3,8	82	12,3	1	0,2	392	58,9	665
63 - Quindio	119	35,2	10	3	30	8,9	2	0,6	177	52,4	338
66 - Risaralda	208	41	18	3,6	45	8,9	2	0,4	234	46,2	507
68 - Santander	356	37	42	4,4	67	7	3	0,3	495	51,4	963
70 - Sucre	62	18,8	9	2,7	16	4,9	0	0	242	73,6	329
73 - Tolima	241	30,1	28	3,5	63	7,9	1	0,1	468	58,4	801
76 - Valle del Cauca	813	36,7	49	2,2	261	11,8	2	0,1	1088	49,2	2213
81 - Arauca	20	17,5	2	1,8	4	3,5	0	0	88	77,2	114
85 - Casanare	33	27,5	0	0	5	4,2	0	0	82	68,3	120
86 - Putumayo	10	14,3	1	1,4	3	4,3	0	0	56	80	70
San Andrés, Providencia	17	44,7	1	2,6	2	5,3	0	0	18	47,4	38
91 - Amazonas	2	25	0	0	1	12,5	0	0	5	62,5	8
94 - Guainía	0	0	0	0	0	0	0	0	6	100	6
95 - Guaviare	3	13	0	0	4	17,4	0	0	16	69,6	23
97 - Vaupés	0	0	0	0	0	0	0	0	2	100	2
99 - Vichada	3	30	0	0	1	10	0	0	6	60	10
TOTAL	6740	34,8	552	2,9	1578	8,2	35	0,2	10450	54	19355

Al analizar el comportamiento de la mortalidad prematura por Neoplasias en Colombia entre el año 2005 y 2014, se puede observar un incremento de la tasa de mortalidad a partir del año 2012 (98,5 por 100.000 personas entre 30 a 70 años), alcanzando en el año 2014 una tasa de 102,7 por 100.000 personas entre 30 a 70 años. (Figura 7)

Figura 7. Tendencia de la mortalidad por Neoplasias. Tasa por 100.000 personas de 30 a 70 años. Colombia Año 2005-2014.

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, dispuestos en el cubo de EEVV, defunciones del MSPS por Neoplasias por 100.000 personas de 30 a 70 años por departamento. Datos procesados por la Dirección de Epidemiología y Demografía.



Los grupos de edad que más aportan a la mortalidad por Neoplasias son los de 50 y más años. En el año 2014, el 54,5% de la mortalidad prematura por Neoplasias se presenta en mujeres (11.331 mujeres) y el 45,5% (9.467) en hombres. Caso contrario ocurre en Vaupés, Vichada, Guainía, Amazonas, San Andrés y Providencia, donde la mayor mortalidad por Neoplasias se presenta en hombres. (Tabla 4)

Tabla 4. Porcentaje de defunciones por Neoplasias en personas de 30 a 70 años, según departamento de residencia y sexo. AÑO 2014

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, dispuestos en el cubo de EEVV, defunciones del MSPS por Neoplasias en personas de 30 a 70 años por departamento y sexo. Datos procesados por la Dirección de Epidemiología y Demografía.

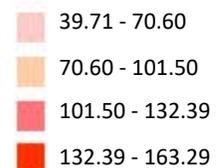
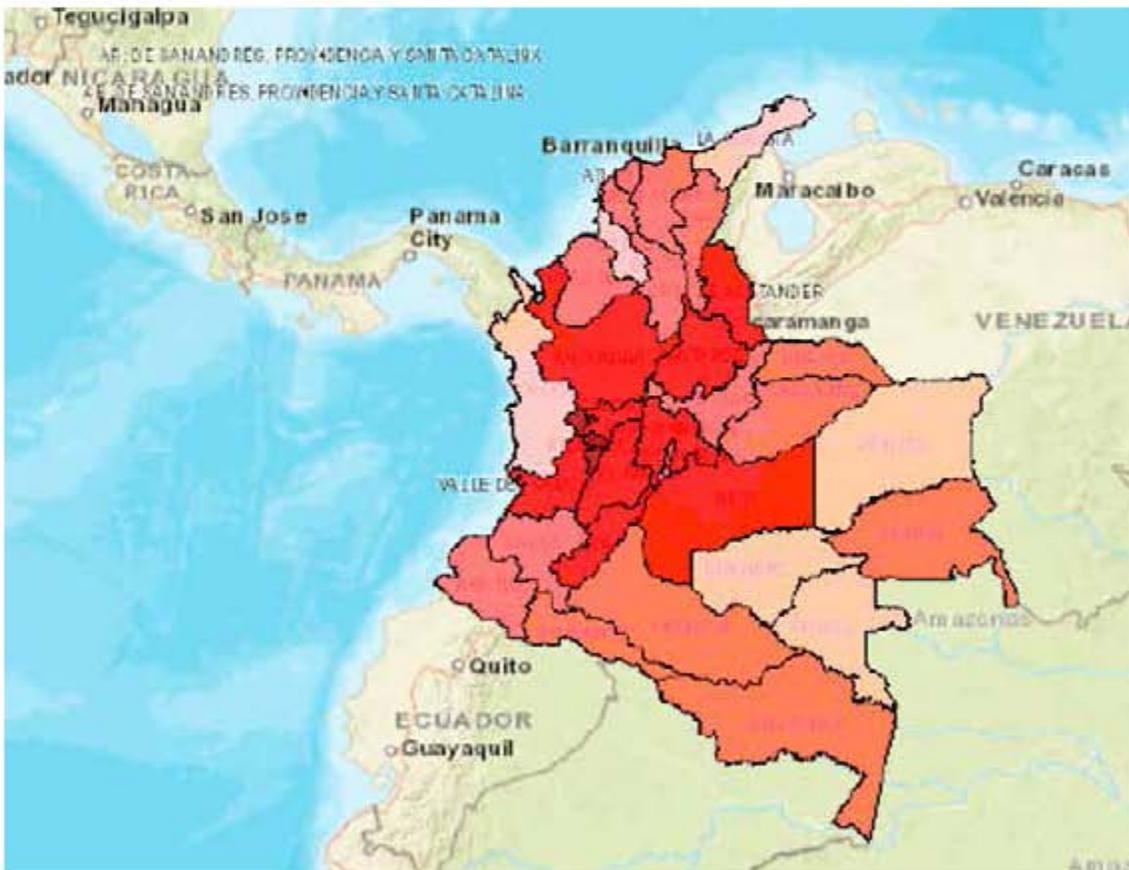
Departamento	2014				
	FEM	%	FEM	%	TOTAL
05 - Antioquia	1793	54,2	1516	45,8	3309
08 - Atlántico	582	56	458	44	1040
-1 - NO DEFINIDO	18	52,9	16	47,1	34
11 - Bogotá, D.C.	2073	55,9	1634	44,1	3707
13 - Bolívar	324	52,8	290	47,2	614
15 - Boyacá	268	49,7	271	50,3	539
17 - Caldas	283	51,2	270	48,8	553
18 - Caquetá	63	52,9	56	47,1	119
19 - Cauca	273	54,9	224	45,1	497
20 - Cesar	185	55,9	146	44,1	331
23 - Córdoba	282	57,8	206	42,2	488
25 - Cundinamarca	582	52,1	536	47,9	1118
27 - Chocó	44	50,6	43	49,4	87
41 - Huila	267	53,9	228	46,1	495
44 - La Guajira	64	52,5	58	47,5	122
47 - Magdalena	232	54,7	192	45,3	424
50 - Meta	235	52,6	212	47,4	447
52 - Nariño	321	55	263	45	584
54 - Norte de Santander	332	54,6	276	45,4	608
63 - Quindio	221	53,4	193	46,6	414
66 - Risaralda	330	50,8	320	49,2	650
68 - Santander	546	55,1	445	44,9	991
70 - Sucre	119	52,7	107	47,3	226
73 - Tolima	364	54,2	307	45,8	671
76 - Valle del Cauca	1353	56,8	1031	43,2	2384
81 - Arauca	40	55,6	32	44,4	72
85 - Casanare	55	50	55	50	110
86 - Putumayo	47	56,6	36	43,4	83
San Andrés, Providencia	5	27,8	13	72,2	18
91 - Amazonas	7	38,9	11	61,1	18
94 - Guainía	4	36,4	7	63,6	11
95 - Guaviare	14	70	6	30	20
97 - Vaupés	2	40	3	60	5
99 - Vichada	3	33,3	6	66,7	9
TOTAL	11331	54,5	9467	45,5	20798

Al analizar la mortalidad prematura 2005-2014 por Neoplasias y por departamento, se puede establecer que los departamentos de Antioquia, Caldas, Meta, Quindío, Risaralda, Tolima y Valle del Cauca en los últimos 10 años ha mantenido tasas de mortalidad por encima de las del nivel nacional. (Tabla 5, Figura 8)

Los departamentos de Atlántico (98,90 por 100.000 personas de 30 a 70 años), Bogotá (99,81) y Boyacá (99,12) muestran para el año 2014, un incremento en la mortalidad prematura por Neoplasias respecto al año anterior. Arauca, en el año 2014 disminuyó la tasa de mortalidad por debajo del nivel nacional, contrario a la tasa del año 2013, la cual se encontraba por encima de la del nivel nacional.

Figura 8. Tasa de mortalidad prematura por Neoplasias. Colombia. Tasa por 100.000 personas de 30 a 70 años - Año 2005-2014.

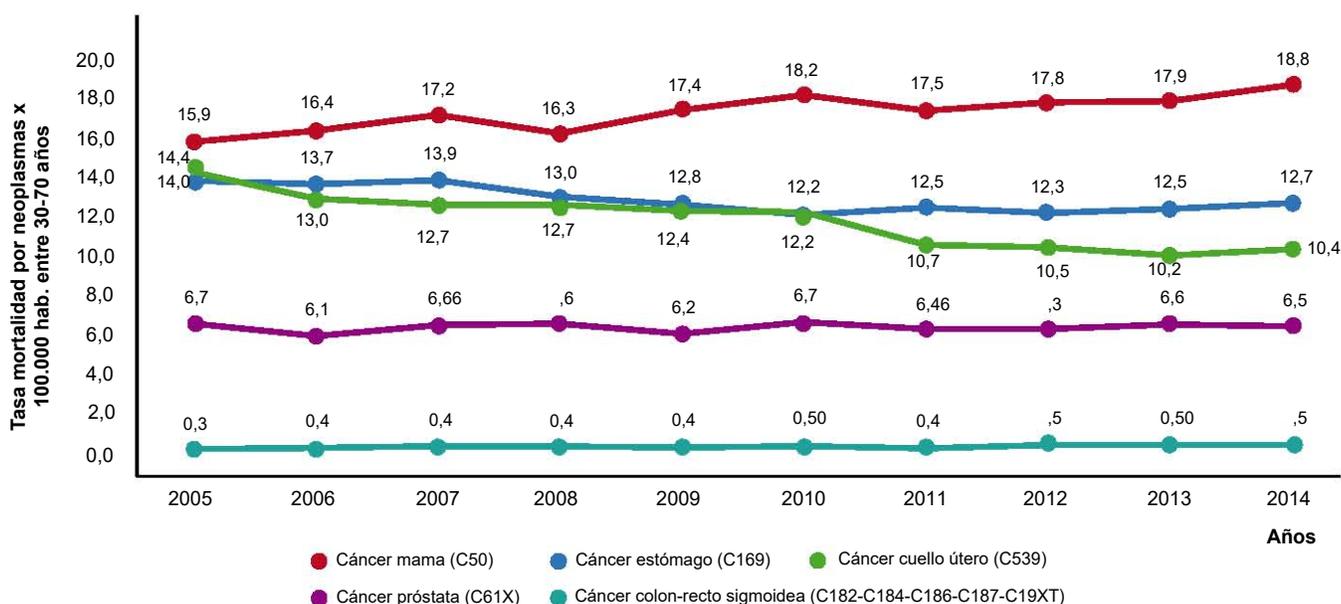
Cubos-SISPRO-EEVV. Visor Geográfico Sispro- Generó: Módulo Geográfico de SISPRO- Fecha:5/11/201



El cáncer de mama muestra un leve descenso en el año 2008 (16,3 x 100.000 personas 30-70 años), para luego ir incrementándose paulatinamente hasta alcanzar en el año 2014 una tasa de 18,8 x 100.000 personas. En su orden está el cáncer de estómago con una tendencia casi sostenida en los últimos cuatro años, llegando en el año 2014 a una tasa de 12,7. El cáncer de cuello uterino presenta un descenso importante en el año 2011 pero su tendencia es sostenida, aunque presentó un leve incremento en el año 2014. El cáncer de próstata y colon muestran una tendencia proseguida en los últimos tres años. (Figura 9)

Figura 9. Tendencia de la mortalidad por las Neoplasias más frecuentes. Tasa por 100.000 personas de 30 a 70 años - Colombia Año 2005-2014.

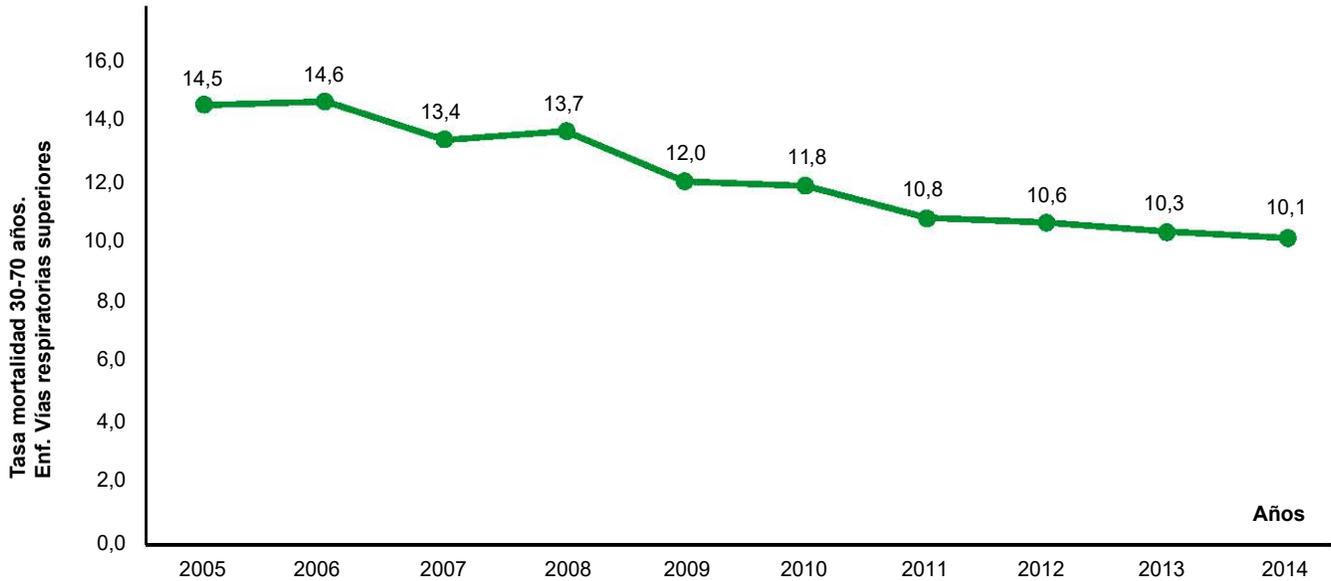
Fuente: Cubos-SISPRO-EEVV. Elaboración propia. Consultada 12/08/17



Respecto a la situación en Colombia de la mortalidad prematura por las enfermedades de vías respiratorias inferiores, se puede observar un descenso sostenido a partir del año 2012. (Figura 10)

Figura 10. Tasa de mortalidad prematura (30-70 años) por enfermedades de vías respiratorias inferiores. Colombia, 2005-2014

Fuente: Cubos-SISPRO-EEVV. Información procesada por Demografía y Epidemiología. Elaboración propia.



Del total de fallecidos por enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores en personas de 30 a 70 años en el año 2014, el 63,6% pertenecían al régimen subsidiado (1.302 personas), 29,3% al régimen contributivo (599 personas), y el 1,6% al régimen de excepción (32 personas). El 5,5% no reporta tipo de régimen (112 personas) y 1 personas pertenecía al régimen especial.

Al analizar la mortalidad prematura en el año 2014 por enfermedades de las vías respiratorias inferiores por departamento se puede observar que, Antioquia, Caldas, Quindío y Risaralda, tienen una tasa mayor a la nacional (10,1 x 100.000 personas 30-70 años), y su comportamiento se ha mantenido a lo largo de los 10 años analizados. El Archipiélago de San Andrés y Providencia, para el año 2014 ha presentado un incremento de la mortalidad por enfermedades crónicas de las vías respiratorias. En el año 2013 la tasa fue de 5,84 y para el 2014 de 20,10 por 100.000 personas entre 30 y 70 años.

Para el año 2014, los departamentos de Boyacá, Caquetá, Norte de Santander, Tolima, Valle del Cauca y Guaviare tienen unas tasas de mortalidad prematura por enfermedades de las vías respiratorias inferiores que no están lejos de la tasa nacional, es importante mantener en estos territorios planes de acción que apunten a intervenir los factores de riesgo que probablemente estén influyendo en este indicador. (Tabla 5 y Figura 11)

Tabla 5. Tasa de mortalidad Tasa de mortalidad prematura por 100.000 personas de 30 a 70 años, por Enfermedades de Vías Respiratorias inferiores. Colombia - Año 2005-2014.

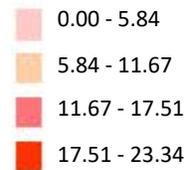
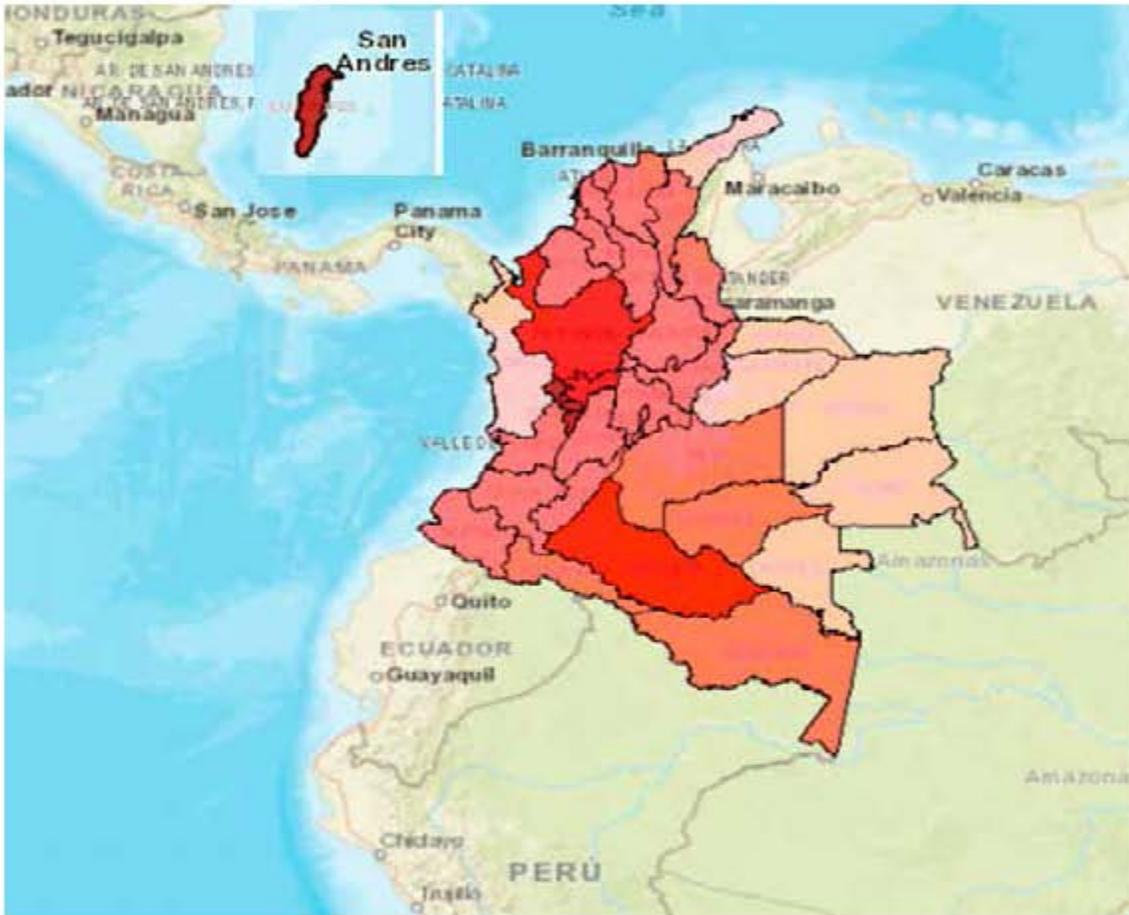
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, dispuestos en el cubo de EEVV, defunciones del MSPS por Enfermedades del Sistema Circulatorio por 100.000 personas de 30 a 70 años por departamento. 12/08/17

DEPARTAMENTO	"2005"	"2006"	"2007"	"2008"	"2009"	"2010"	"2011"	"2012"	"2013"	"2014"
05 - Antioquia	24,9	28,1	27,7	21,9	19,8	19,8	22,0	22,4	22,1	23,8
08 - Atlántico	12,7	13,4	10,8	9,6	7,7	8,2	6,6	8,9	11,1	9,2
11 - Bogotá, D.C.	9,4	8,1	7,9	7,9	6,5	7,3	8,1	7,2	6,3	6,7
13 - Bolívar	8,2	6,4	8,2	9,1	6,6	7,0	4,9	7,1	6,6	8,4
15 - Boyacá	14,9	12,4	12,7	13,7	13,1	14,1	11,2	10,1	10,0	10,2
17 - Caldas	20,5	26,5	23,0	23,8	20,2	13,2	15,1	18,0	22,6	20,2
18 - Caquetá	18,1	14,2	13,2	11,6	13,4	9,8	7,7	8,8	13,6	12,2
19 - Cauca	8,4	11,6	9,2	10,3	8,4	6,0	5,7	7,3	6,6	6,7
20 - Cesar	15,9	14,2	13,4	12,8	9,6	12,0	11,2	11,8	7,7	7,0
23 - Córdoba	7,7	7,3	8,1	7,4	4,4	5,4	8,1	8,3	6,5	10,1
25 - Casanamarca	13,6	13,6	12,1	14,5	10,2	10,5	11,1	12,0	9,2	10,4
27 - Chocó	10,6	14,5	13,1	12,6	14,9	14,9	4,6	3,7	7,2	4,2
41 - Huila	14,0	20,3	10,5	11,3	10,4	12,9	10,6	12,4	14,4	8,1
44 - La Guajira	6,1	5,4	7,3	3,3	8,3	4,9	3,7	3,2	2,0	4,9
47 - Magdalena	9,1	11,8	9,2	12,2	10,3	10,7	9,4	12,0	8,9	8,8
50 - Meta	10,6	12,6	13,4	13,7	13,6	11,7	15,7	13,3	10,8	7,8
52 - Nariño	5,4	8,8	8,9	7,7	5,4	8,4	8,2	6,9	7,2	6,5
54 - Norte de Santander	9,2	13,7	11,4	18,7	15,2	16,0	11,0	14,8	14,4	11,1
63 - Quindío	17,1	4,1	22,9	16,0	15,5	26,1	24,3	25,4	27,3	20,9
66 - Risaralda	16,7	14,2	11,3	13,2	20,3	21,0	20,1	14,3	22,2	19,0
68 - Santander	9,7	8,3	11,1	13,2	10,0	10,7	7,1	6,1	9,5	8,1
70 - Sucre	5,8	10,6	11,5	8,2	10,1	6,6	6,2	9,0	6,3	9,3
73 - Tolima	17,2	24,1	13,3	13,1	14,3	12,1	12,0	12,4	12,3	10,3
76 - Valle del Cauca	18,2	17,3	14,9	14,3	14,4	12,9	8,7	10,3	12,3	12,3
81 - Arauca	9,4	13,3	5,2	7,7	6,3	11,9	7,3	11,8	10,9	3,5
85 - Casanare	4,9	3,8	1,8	9,7	6,9	10,0	12,4	2,4	7,0	4,5
86 - Putumayo	2,1	2,1	9,1	6,9	8,7	9,4	6,5	9,0	10,4	9,5
88 - Archipiélago de San Andrés, F	0,0	6,5	12,9	12,7	3,1	12,3	6,0	8,9	9,4	10,2
91 - Amazonas	20,8	0,0	10,1	0,0	4,8	0,0	0,0	4,8	14,1	9,2
94 - Guaviare	9,7	0,0	0,0	9,1	8,9	26,2	8,6	6,0	0,0	0,0
95 - Guaviare	6,3	3,2	9,3	10,2	11,1	9,0	11,8	11,2	13,8	12,3
97 - Vaupés	10,9	18,3	0,0	8,5	0,0	8,2	0,0	8,1	0,0	0,0
99 - Vichada	0,0	0,0	0,0	5,5	5,6	0,0	5,4	0,0	10,5	0,0
NACIONAL	14,5	14,6	13,4	13,7	12,0	11,8	10,8	10,6	10,3	10,1

	7,09
	4,73
	16,19

Figura 11. Tasa de mortalidad prematura por 100.000 personas de 30 a 70 años, por Enfermedades de Vías Respiratorias inferiores. Colombia - Año 2005-2014.

Fuente: Cubos-SISPRO-EEVV. Visor Geográfico Sispro- Generó: Módulo Geográfico de SISPRO- Fecha:5/11/2017



Del total de fallecidos por enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores en personas de 30 a 70 años en el año 2014, el 63,6% pertenecían al régimen subsidiado (1.302 personas), 29,3% al régimen contributivo (599 personas), y el 1,6% al régimen de excepción (32 personas). El 5,5% no reporta tipo de régimen (112 personas) y 1 personas pertenecía al régimen especial. En los departamentos de Caquetá, Córdoba, Nariño, Sucre, Arauca y Putumayo, el mayor número de defunciones está dado por personas que se encontraban afiliadas al régimen subsidiado. (Tabla 6)

Tabla 6. Porcentaje de defunciones por Neoplasias en personas de 30 a 70 años, según departamento de residencia y sexo. AÑO 2014

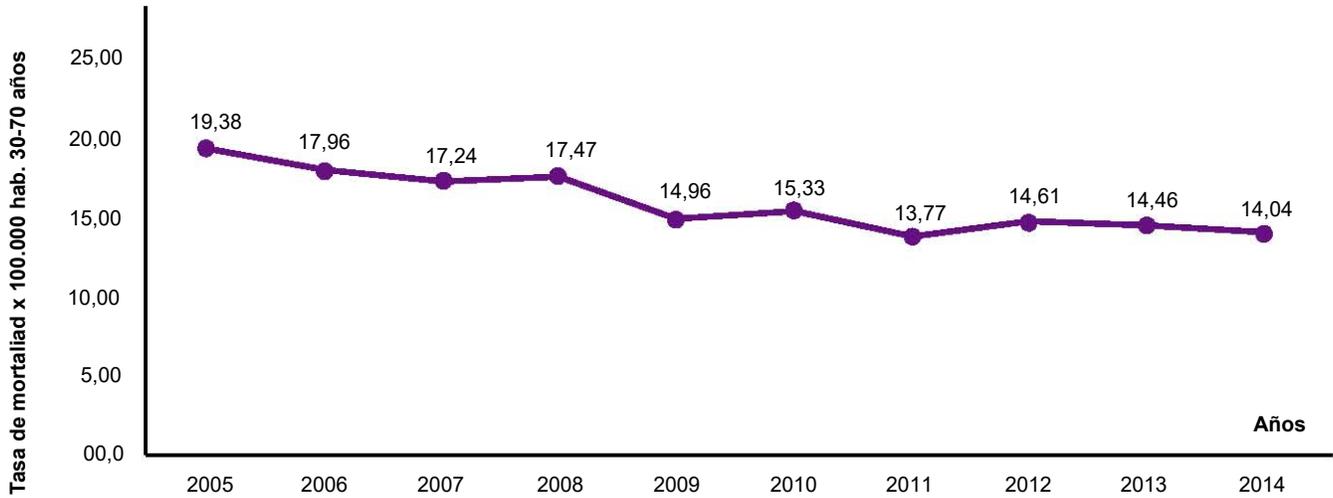
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, dispuestos en el cubo de EEVV, defunciones del MSPS por enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores por 100.000 personas de 30 a 70 años por departamento y régimen de afiliación. Datos procesados por la Dirección de Epidemiología y Demografía.

DEPARTAMENTO	CONTRIBUTIVO	%	EXCEPCION	%	NO REPORTADO	%	ESPECIAL	%	SUBSIDIADO	%	TOTAL
Antioquia	156	36,4	6	1,4	16	3,7	1	0,2	250	58,3	429
Atlántico	19	19,6	1	1,0	7	7,2	0	0,0	70	72,2	97
NO DEFINIDO	0	0,0	0	0,0	1	100,0		0,0	0	0,0	1
Bogotá, D.C.	116	46,4	6	2,4	21	8,4	0	0,0	107	42,8	250
Bolívar	14	20,3	1	1,4	6	8,7		0,0	48	69,6	69
Boyacá	14	24,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	44	75,9	58
Caldas	19	25,0	1	1,3	1	1,3	0	0,0	55	72,4	76
Caquetá	0	0,0	1	5,0	2	10,0		0,0	17	85,0	20
Cauca	8	22,2	0	0,0	1	2,8		0,0	27	75,0	36
Cesar	4	15,4	0	0,0	2	7,7	0	0,0	20	76,9	26
Córdoba	9	14,1	1	1,6	1	1,6	0	0,0	53	82,8	64
Cundinamarca	40	35,1	4	3,5	2	1,8	0	0,0	68	59,6	114
Chocó	1	16,7		0,0	0	0,0		0,0	5	83,3	6
Huila	8	22,2	1	2,8	1	2,8	0	0,0	26	72,2	36
La Guajira	4	26,7		0,0	0	0,0		0,0	11	73,3	15
Magdalena	6	15,0	1	2,5	2	5,0	0	0,0	31	77,5	40
Meta	8	27,6	1	3,4	5	17,2		0,0	15	51,7	29
Nariño	3	6,8	2	4,5	0	0,0	0	0,0	39	88,6	44
Norte de Santand	10	16,4	0	0,0	7	11,5	0	0,0	44	72,1	61
Quindío	13	22,8	0	0,0	3	5,3		0,0	41	71,9	57
Risaralda	29	35,4	1	1,2	7	8,5		0,0	45	54,9	82
Santander	26	35,1	1	1,4	2	2,7	0	0,0	45	60,8	74
Sucre	3	10,0	0	0,0	1	3,3	0	0,0	26	86,7	30
Tolima	12	18,8	2	3,1	1	1,6		0,0	49	76,6	64
Valle del Cauca	72	30,6	2	0,9	19	8,1		0,0	142	60,4	235
Arauca	0	0,0	0	0,0	0	0,0		0,0	3	100,0	3
Casanare	1	16,7	0	0,0	2	33,3		0,0	3	50,0	6
Putumayo	1	9,1	0	0,0	0	0,0		0,0	10	90,9	11
San Andrés y Prov	3	42,9	0	0,0	1	14,3		0,0	3	42,9	7
Amazonas	0	0,0	0	0,0	1	50,0		0,0	1	50,0	2
Guainía	0	0,0	0	0,0	0	0,0		0,0	0	0,0	0
Guaviare	0	0,0	0	0,0	0	0,0		0,0	4	100,0	4
Vaupés	0	0,0	0	0,0	0	0,0		0,0	0	0,0	0
Vichada	0	0,0	0	0,0	0	0,0		0,0	0	0,0	0
TOTAL	599	29,3	32	1,6	112	5,5	1	0,05	1302	63,6	2046

En cuanto a la mortalidad prematura por Diabetes Mellitus, se puede observar un decremento en el año 2013 y 2014, se espera que con las acciones de prevención que se vienen impulsando desde el Ministerio de Salud y Protección Social y el compromiso de los territorios la disminución de la mortalidad por Diabetes Mellitus sea mayor (Figura 12).

Figura 12. Tasa de mortalidad por Diabetes Mellitus. Colombia. Tasa por 100.000 personas de 30 a 70 años - Año 2005-2014.

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, dispuestos en el cubo de EEVV, defunciones del MSPS por Diabetes Mellitus por 100.000 personas de 30 a 70 años por departamento. Datos procesados por la Dirección de Epidemiología y Demografía.



Del total de fallecidos por Diabetes Mellitus en personas de 30 a 70 años en el año 2014, el 56,5% pertenecían al régimen subsidiado (1.607 personas), 35,7% al régimen contributivo (1.016 personas), y el 3,5% al régimen de excepción (100 personas). El 4,0% no reporta tipo de régimen (115 personas) y 4 personas pertenecían al régimen especial. (Figura 13 y Tabla 9)

Figura 13. Porcentaje de personas diagnosticadas con Diabetes Mellitus según régimen de afiliación. Colombia. Año 2014.

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, dispuestos en el cubo de EEVV, defunciones del MSPS por Diabetes Mellitus personas de 30 a 70 años por régimen de afiliación. Datos procesados por la Dirección de Epidemiología y Demografía.

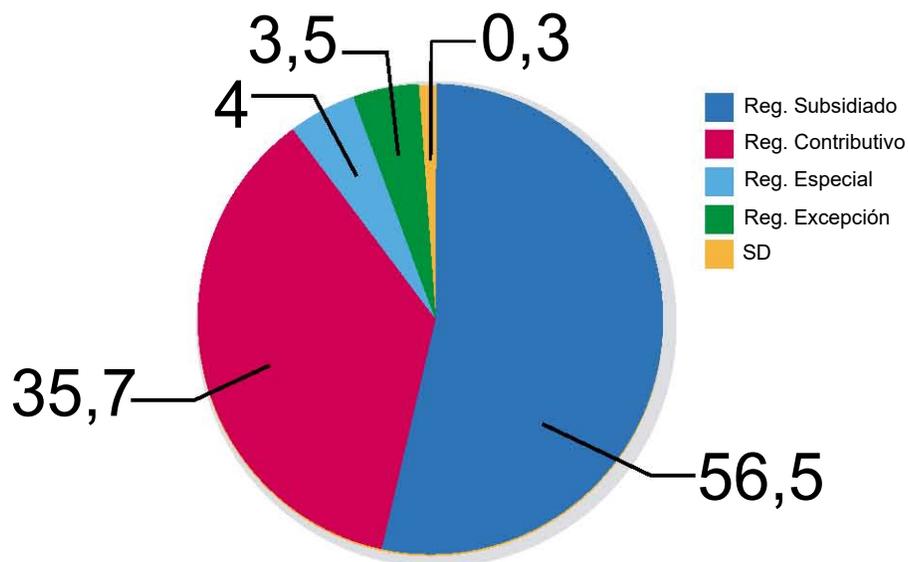


Tabla 7. Porcentaje de defunciones por Diabetes Mellitus en personas de 30 a 70 años, según departamento de residencia y sexo. AÑO 2014

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, dispuestos en el cubo de EEVV, defunciones del MSPS por Diabetes Mellitus en personas de 30 a 70 años por departamento y sexo. Datos procesados por la Dirección de Epidemiología y Demografía.

Departamento	FEMENINO	%	MASCULINO	%	TOTAL
05 - Antioquia	156	51,1	149	48,9	305
08 - Atlántico	92	54,4	77	45,6	169
-1 - NO DEFINIDO	0	0	7	100	7
11 - Bogotá, D.C.	125	40,2	186	59,8	311
13 - Bolívar	64	56,1	50	43,9	114
15 - Boyacá	30	47,6	33	52,4	63
17 - Caldas	45	53,6	39	46,4	84
18 - Caquetá	21	55,3	17	44,7	38
19 - Cauca	46	60,5	30	39,5	76
20 - Cesar	30	56,6	23	43,4	53
23 - Córdoba	74	61,7	46	38,3	120
25 - Cundinamarca	61	45,2	74	54,8	135
27 - Chocó	7	36,8	12	63,2	19
41 - Huila	38	50,7	37	49,3	75
44 - La Guajira	13	48,1	14	51,9	27
47 - Magdalena	41	51,9	38	48,1	79
50 - Meta	61	57,5	45	42,5	106
52 - Nariño	40	57,1	30	42,9	70
54 - Norte de Santander	79	55,6	63	44,4	142
63 - Quindío	21	61,8	13	38,2	34
66 - Risaralda	46	58,2	33	41,8	79
68 - Santander	67	45	82	55	149
70 - Sucre	43	65,2	23	34,8	66
73 - Tolima	48	52,2	44	47,8	92
76 - Valle del Cauca	180	51,3	171	48,7	351
81 - Arauca	7	38,9	11	61,1	18
85 - Casanare	10	50	10	50	20
86 - Putumayo	6	42,9	8	57,1	14
88 San Andrés, Providenc	3	50	3	50	6
91 - Amazonas	2	40	3	60	5
94 - Guainía	1	50	1	50	2
95 - Guaviare	5	100	0	0	5
97 - Vaupés	1	100	0	0	1
99 - Vichada	4	57,1	3	42,9	7
TOTAL	1467	51,6	1375	48,4	2842

Al analizar la mortalidad prematura por Diabetes Mellitus por departamento, se puede establecer que los departamentos de Norte de Santander, Meta, en los últimos 10 años (2005-2014), han mantenido tasas de mortalidad por encima de las del nivel nacional (14 x 100.000 personas 30-70 años. Año 2014), (26,34 y 27,67 por 100.000 personas de 30 a 70 años respectivamente).

Los departamentos de Caldas (19,32 por 100.000 personas de 30 a 70 años), Caquetá (22,92) y Córdoba (18,94) muestran para el año 2014, un incremento en la mortalidad prematura por diabetes Mellitus. Risaralda, aunque ha disminuido la tasa de mortalidad, aún se mantiene por encima de la tasa nacional, contrario comportamiento en los departamentos de Arauca, y Amazonas muestran un aumento en la mortalidad prematura por Diabetes Mellitus en los últimos 3 años (años 2012-2014).

Es importante resaltar la disminución de la mortalidad prematura por Diabetes Mellitus en el departamento del Quindío, teniendo en cuenta que del 2005 al 2011 las tasas de mortalidad prematura estuvieron por encima de la nacional, en los años 2012 y 2013 aunque disminuyeron, aún se consideran cifras elevadas, ya que están muy próximas a la nacional, sin embargo, en el año 2014, disminuyó en 4,49 puntos con respecto al año 2013. (Tabla 8 y Figura 14)

Tabla 8. Tasa de mortalidad Tasa de mortalidad prematura por 100.000 personas de 30 a 70 años, por Diabetes Mellitus. Colombia - Año 2005-2014.

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, dispuestos en el cubo de EEVV, defunciones del MSPS por Enfermedades del Sistema Circulatorio por 100.000 personas de 30 a 70 años por departamento. 12/08/17

DEPARTAMENTO	2005*	2006*	2007*	2008*	2009*	2010*	2011*	2012*	2013*	2014*
05 - Antioquia	13,2	10,4	19,0	15,3	11,5	9,7	9,9	11,6	10,4	10,7
08 - Atlántico	20,3	20,7	20,0	20,0	13,6	12,4	10,6	20,0	17,5	16,3
11 - Bogotá, D.C.	15,4	12,9	12,9	12,7	9,8	12,3	9,4	10,7	9,6	8,4
13 - Bolívar	14,3	17,0	13,2	15,9	14,0	10,5	11,1	12,2	12,4	13,9
15 - Boyacá	14,1	15,1	14,1	12,8	9,9	14,0	16,1	11,3	13,6	11,6
17 - Caldas	22,2	22,0	20,7	22,7	21,0	20,8	21,1	20,2	18,1	16,1
18 - Caquetá	17,3	19,8	12,5	18,1	21,6	19,0	19,1	13,4	17,6	19,9
19 - Cauca	13,1	15,1	13,7	13,2	9,5	9,9	13,2	12,2	11,9	18,1
20 - Cesar	11,7	16,3	23,0	21,8	12,8	14,1	18,1	14,3	18,3	14,0
23 - Córdoba	16,3	16,4	12,9	14,8	14,3	15,0	13,0	18,0	18,1	15,9
25 - Cundinamarca	11,8	16,5	13,8	13,5	15,1	19,4	13,1	12,8	12,9	12,3
27 - Chocó	17,9	9,7	11,0	15,0	10,1	13,8	7,6	12,0	12,5	13,6
41 - Huila	21,0	20,0	14,0	18,1	21,8	20,3	14,1	11,6	18,1	18,9
44 - La Guajira	9,8	12,1	11,6	8,1	11,9	9,7	7,7	6,0	10,8	8,8
47 - Magdalena	17,9	22,0	20,1	18,0	21,0	18,9	14,7	18,1	18,1	12,9
50 - Meta	22,9	22,9	25,9	23,0	22,8	26,9	20,0	21,1	20,1	20,0
52 - Nariño	5,3	7,6	14,1	10,5	11,6	12,6	10,7	10,4	8,1	10,0
54 - Norte de Santander	13,8	18,3	14,8	18,7	10,7	18,9	17,9	13,7	14,3	16,7
63 - Quindío	11,2	11,3	19,7	19,0	11,2	20,4	18,8	18,8	20,8	13,3
66 - Risaralda	11,2	18,0	13,1	18,1	19,8	20,1	20,8	14,0	19,3	18,9
68 - Santander	14,2	10,8	19,3	22,1	11,8	10,9	13,8	11,8	16,1	16,0
70 - Sucre	13,8	19,4	16,3	19,4	17,0	14,9	18,0	18,0	19,1	20,4
73 - Tolima	13,2	11,9	11,3	20,8	17,6	11,1	13,8	10,8	18,1	18,8
76 - Valle del Cauca	17,3	14,6	14,1	11,3	10,8	16,9	17,1	11,3	13,3	13,9
81 - Arauca	10,8	18,8	16,9	20,9	13,8	16,1	17,9	18,1	10,3	18,9
85 - Casanare	8,8	7,6	11,9	15,1	8,6	18,4	17,8	13,5	20,8	18,0
86 - Putumayo	3,2	9,2	8,1	8,9	7,7	13,2	13,8	10,2	11,4	12,0
88 - Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Fe	14,1	18,8	18,3	15,8	11,8	13,8	14,1	14,8	14,8	17,0
91 - Amazonas	0,0	15,4	15,7	9,1	18,0	9,8	18,1	13,8	18,8	19,1
94 - Guaviare	9,7	0,0	9,7	9,1	0,0	18,8	8,6	0,0	10,8	18,8
95 - Guaviare	6,5	6,3	12,4	15,2	11,1	11,9	5,9	5,9	11,8	14,4
97 - Vaupés	0,0	0,0	0,0	0,0	8,3	0,0	0,0	8,1	8,1	8,0
99 - Vichada	0,0	11,7	11,6	10,8	11,1	10,9	11,1	10,6	19,8	18,0
NACIONAL	19,4	18,0	17,2	17,5	15,0	15,3	13,8	14,6	14,5	14,0

Figura 14. Tasa de mortalidad prematura por Diabetes Mellitus. Tasa por 100.000 personas de 30 a 70 años. Colombia Año 2005-2014.

Fuente: Cubos-SISPRO-EEVV. Visor Geográfico Sispro- Generó: Módulo Geográfico de SISPRO- Fecha:5/11/2017

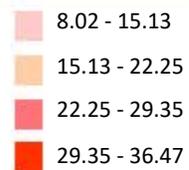
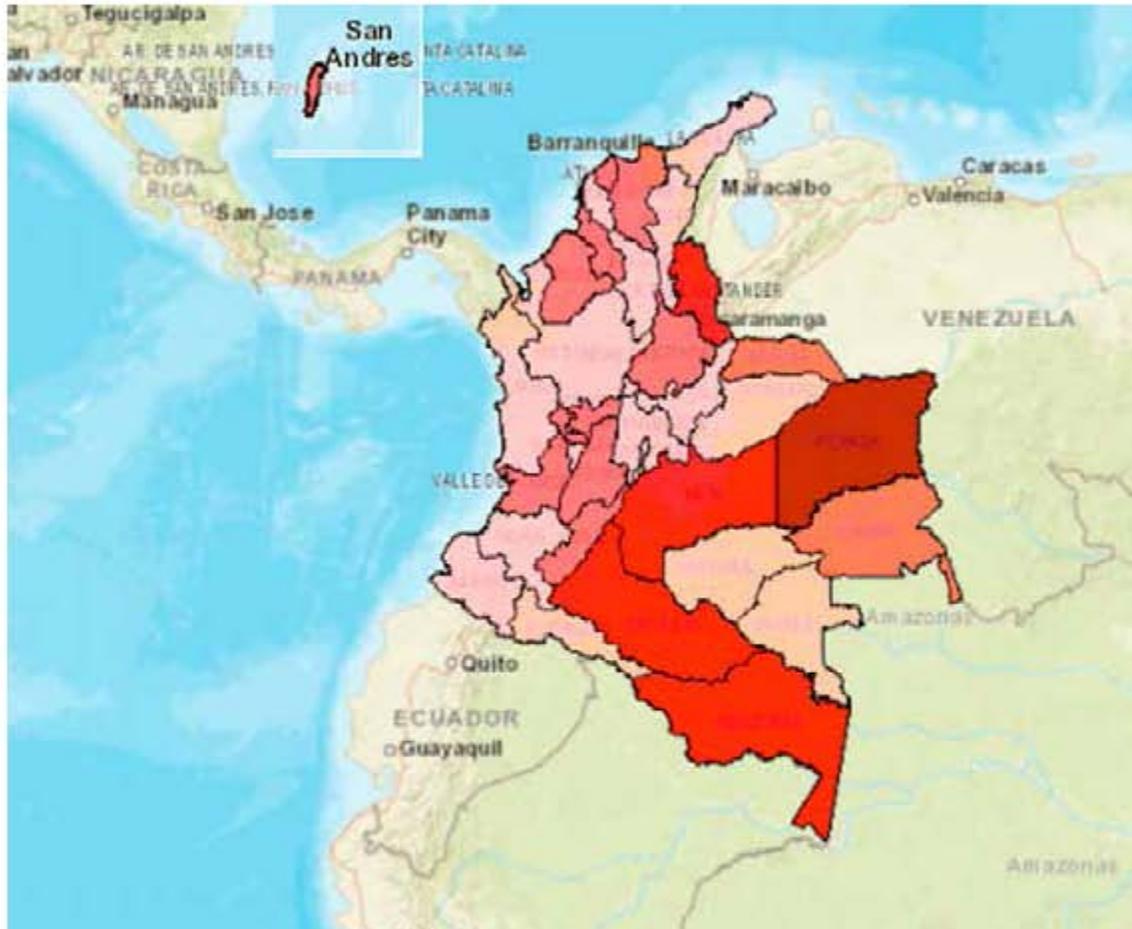


Tabla 9. Porcentaje de personas que fallecieron por Diabetes Mellitus de 30 a 70 años por departamento y régimen de afiliación. Año 2014.

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, dispuestos en el cubo de EEVV, defunciones del MSPS por Diabetes Mellitus por 100.000 personas de 30 a 70 años por departamento y régimen de afiliación. Datos procesados por la Dirección de Epidemiología y Demografía

DEPARTAMENTO	CONTRIBUTIVO	%	EXCEPCION	%	NO REPORTADO	%	ESPECIAL	%	SUBSIDIADO	%	TOTAL
05 - Antioquia	125	41	8	2,6	14	4,6	0	0	158	51,8	305
08 - Atlántico	57	33,7	0	0	8	4,7	0	0	104	61,5	169
-1 - NO DEFINIDO	1	14,3	0	0	3	42,9	0	0	3	42,9	7
11 - Bogotá, D.C.	160	51,4	16	5,1	18	5,8	0	0	117	37,6	311
13 - Bolívar	32	28,1	6	5,3	4	3,5	0	0	72	63,2	114
15 - Boyacá	21	33,3	4	6,3	0	0	1	1,6	37	58,7	63
17 - Caldas	28	33,3	2	2,4	2	2,4	0	0	52	61,9	84
18 - Caquetá	4	10,5	2	5,3	2	5,3	0	0	30	78,9	38
19 - Cauca	17	22,4	4	5,3	1	1,3	0	0	54	71,1	76
20 - Cesar	12	22,6	2	3,8	2	3,8	0	0	37	69,8	53
23 - Córdoba	22	18,3	8	6,7	7	5,8	0	0	83	69,2	120
25 - Cundinamarca	49	36,3	2	1,5	1	0,7	0	0	83	61,5	135
27 - Chocó	4	21,1	0	0	1	5,3	0	0	14	73,7	19
41 - Huila	27	36	3	4	0	0	0	0	45	60	75
44 - La Guajira	7	25,9	0	0	0	0	0	0	20	74,1	27
47 - Magdalena	25	31,6	3	3,8	2	2,5	0	0	49	62	79
50 - Meta	40	37,7	3	2,8	2	1,9	1	0,9	60	56,6	106
52 - Nariño	17	24,3	6	8,6	0	0	0	0	47	67,1	70
Norte de Santander	42	29,6	3	2,1	12	8,5	0	0	85	59,9	142
63 - Quindio	9	26,5	0	0	2	5,9	0	0	23	67,6	34
66 - Risaralda	29	36,7	3	3,8	4	5,1	0	0	43	54,4	79
68 - Santander	77	51,7	6	4	4	2,7	1	0,7	61	40,9	149
70 - Sucre	19	28,8	1	1,5	1	1,5	0	0	45	68,2	66
73 - Tolima	34	37	4	4,3	4	4,3	0	0	50	54,3	92
76 - Valle del Cauca	148	42,2	11	3,1	18	5,1	1	0,3	173	49,3	351
81 - Arauca	1	5,6	1	5,6	0	0	0	0	16	88,9	18
85 - Casanare	3	15	1	5	1	5	0	0	15	75	20
86 - Putumayo	3	21,4	0	0	2	14,3	0	0	9	64,3	14
San Andrés, Providencia	3	50	0	0	0	0	0	0	3	50	6
91 - Amazonas	0	0	1	20	0	0	0	0	4	80	5
94 - Guainía	0	0	0	0	0	0	0	0	2	100	2
95 - Guaviare	0	0	0	0	0	0	0	0	5	100	5
97 - Vaupés	0	0	0	0	0	0	0	0	1	100	1
99 - Vichada	0	0	0	0	0	0	0	0	7	100	7
TOTAL	1016	35,7	100	3,5	115	4	4	0,1	1607	56,5	2842

1.2.2 Morbilidad por Enfermedades No Transmisibles en personas entre los 30 a 70 años.

Con base en los Registros individuales de prestación de servicios de salud (RIPS), se analizó los diagnósticos relacionados con la Mega Meta en las edades entre 30 a 70 años para el año 2015.

En el año 2015 según los RIPS fueron atendidas 13.293.078 personas cuyo diagnóstico principal fue enfermedades del sistema respiratorio de vías inferiores, diabetes mellitus, neoplasias y enfermedades del sistema circulatorio.

Las personas atendidas por enfermedades del sistema respiratorio de vías inferiores, fue de 10.556.224 que equivale al 32,9% de las consultas por estas cuatro causas en el año 2015. Del total de personas atendidas el 60,5% fueron mujeres (6.387.874) y 39,5% fueron hombres (4.166.406).

El total de personas atendidas en el año 2015 por diabetes mellitus fue de 404.549 que equivale al 1,3% de las consultas por estas cuatro causas en el año 2015. Del total de personas atendidas el 58,8% fueron mujeres (237.682) y 41,2% fueron hombres (166.788).

El total de personas atendidas en el año 2015 por neoplasias fue de 459.277 que equivale al 1,4% de las consultas por estas cuatro causas en el año 2015. Del total de personas atendidas el 74,9% fueron mujeres (344.161) y 25,1% fueron hombres (115.014).

El total de personas atendidas en el año 2015 por enfermedades del sistema circulatorio fue de 1.873.028 que equivale al 5,8% de las consultas por estas cuatro causas en el año 2015. Del total de personas atendidas el 64,1% fueron mujeres (1.200.514) y 35,9% fueron hombres (672.209).

De las cuatro patologías que se están analizando, llama la atención la alta frecuencia de consulta por enfermedades de las vías respiratorias inferiores, si se da una mirada al comportamiento de la mortalidad por esta causa en personas de 30 a 70 años se podría mencionar que muy probablemente llegan a consultas tempranas y reciben tratamiento oportuno, lo que hace que no haya incremento en las mortalidades. (Fuente RIPS consultados en cubos-SISPRO el 13/08/2017).

En cuanto a los indicadores de Detección Temprana y Protección Específica (PEDT) relacionados con cáncer de mama y de cuello uterino, se pudo establecer que en el grupo de edad entre los 30 a 70 años, se les realizó acciones de detección temprana a 7.615 (58,5%) mujeres de 13.000 en todas las edades en el año 2014 y 7.907 (56,3%) de 14.020 en el año 2015, presentando una disminución del 2,2% entre el año 2014 y el 2015. Del total de actividades de PEDT, el 46,8% en el año 2014 fueron realizadas a población entre 30 a 70 años y para el año 2015 fue de 45,8%.

El 66,4% (596) de mujeres que tienen reportado resultado de Citología cérvico uterina con lesión intraepitelial escamosa (LEI) de alto grado (NIC II-III CA INSITU) (LEI AG) están entre los 30 a 70 años, 879 (61%) de las mujeres entre 30 a 70 años tienen reportado resultado de Citología cérvico uterina Lesión intraepitelial escamosa (LEI) de alto grado sospechosa de infiltración. El 56,9% (315) de las mujeres que tienen reportado Tamizaje para cáncer de cuello uterino con Técnica de inspección Visual están entre los 30 a 70 años y 43,9% (315) de mujeres entre 30 a 70 años, tienen reportado Tamizaje para cáncer de cuello uterino con citología cervico uterina.

En cuanto a la estimación de las actividades ex antes de PEDT por curso de vida se puede observar que la citología cervico uterina alcanza un porcentaje de cumplimiento superior al 50% en los 3 grupos de curso de vida, siendo el mayor porcentaje de cumplimiento en las mujeres mayores de 60 años; el porcentaje de cumplimiento más bajo en los tres grupos fue el de Colesterol baja densidad en adultos, de todas maneras, el resto de actividades no superan el 50% de cumplimiento. (Tabla 10).

Tabla 10. Porcentaje de cumplimiento de actividades Exantes de PEDT por curso de vida. Período acumulado Año 2016. Colombia

FUENTE: Bodega de Datos SISPRO (SGD), Actividades Exantes

Nombre Actividad	Población afiliada objeto de la actividad	Actividades a realizar por persona de toda la población objeto	Actividades realizadas por persona de toda la población	% cumplimiento
Citología cervicouterina	6.258.914	3.756.561	1.971.995	52,49
Colesterol alta densidad en adultos	550.508	555.155	197.599	35,59
Colesterol baja densidad en adultos	550.508	555.155	26.222	4,72
Colesterol total en adultos	550.508	555.155	50.775	9,15
Creatinina adultos	550.508	555.155	121.319	21,85
Glicemia basal en adultos	550.508	555.155	219.256	39,49
Parcial de orina en adultos	550.508	555.155	52.536	9,46
Triglicéridos en adultos	550.508	555.155	50.286	9,06

Nombre Actividad	Población afiliada objeto de la actividad	Actividades a realizar por persona de toda la población objeto	Actividades realizadas por persona de toda la población objeto	% cumplimiento
Citología cervicouterina	3.749.029	2.239.777	1.505.709	67,2
Colesterol alta densidad en adultos	1.018.690	1.022.117	421.210	41,2
Colesterol baja densidad en adultos	1.018.690	1.022.117	54.151	5,3
Colesterol total en adultos	1.018.690	1.022.117	108.487	10,6
Controles de placa bacteriana	7.091.320	7.062.072	1.848.369	26,2
Creatinina adultos	1.018.690	1.022.117	277.796	27,2
Glicemia basal en adultos	1.018.690	1.022.117	444.981	43,5
Mamografías	2.589.273	1.286.755	552.238	42,9
Parcial de orina en adultos	1.018.690	1.022.117	104.221	10,2

Nombre Actividad	Población afiliada objeto de la actividad	Actividades a realizar por persona de toda la población objeto	Actividades realizadas por persona de toda la población objeto	% cumplimiento
Citología cervicouterina	3.749.029	2.239.777	1.505.709	67,2
Colesterol alta densidad en adultos	1.018.690	1.022.117	421.210	41,2
Colesterol baja densidad en adultos	1.018.690	1.022.117	54.151	5,3
Colesterol total en adultos	1.018.690	1.022.117	108.487	10,6
Controles de placa bacteriana	7.091.320	7.062.072	1.848.369	26,2
Creatinina adultos	1.018.690	1.022.117	277.796	27,2
Glicemia basal en adultos	1.018.690	1.022.117	444.981	43,5
Mamografías	2.589.273	1.286.755	552.238	42,9
Parcial de orina en adultos	1.018.690	1.022.117	104.221	10,2

Para intervenir los factores de riesgo asociados a las ENT, se han aplicado una serie de estrategias para reducir los factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles las cuales tienen por objeto ofrecer y alentar opciones sanas para todos. Estas estrategias incluyen acciones multisectoriales que abarcan la elaboración de políticas y planes de alto nivel, así como programas relativos a promoción, movilización comunitaria, intervenciones ambientales, organización y prestación de servicios sanitarios, legislación y reglamentación⁵.

De acuerdo a la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia (ENSIN 2010), uno de cada 3 (33,2%) colombianos entre 5 y 64 años NO consume frutas diariamente. Las edades en las que se refiere menor frecuencia de consumo diario son los adultos de 31 a 64 años (38%). En población nivel 1 del SISBEN, este porcentaje es de 41,2%. Las mujeres tienen una frecuencia de consumo mayor de frutas que los hombres; la frecuencia diaria es mayor en el área urbana (urbana 69,5% vs rural 58,5%). Las regiones con menor consumo diario de frutas son Amazonia y Orinoquia y Región Central y cada cinco de siete (71,9%) colombianos entre 5 y 64 años, NO consumen hortalizas o verduras diariamente; este porcentaje poblacional es similar en todas las edades, pero con mayor énfasis en los menores de 18 años, en donde 3 de cada 4 NO consumen estos alimentos diariamente (cerca del 75%).

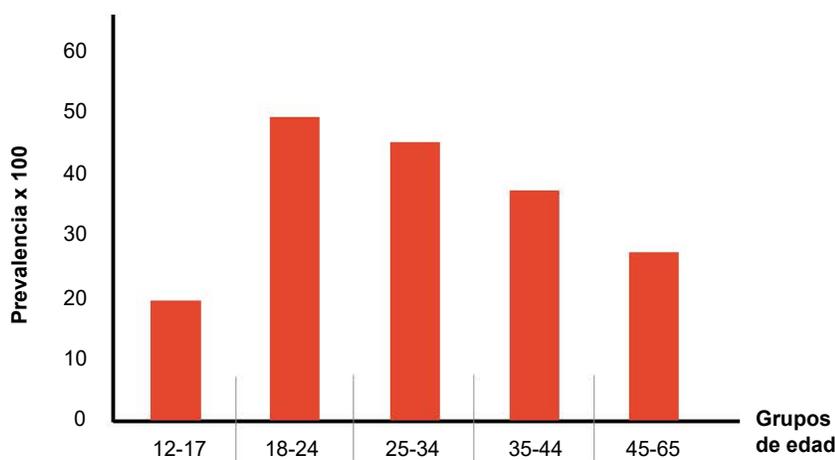
En Colombia, el estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas de 2011, realizado en población escolar encontró que “el consumo de sustancias en población escolar es un problema real, que viene en aumento y que en la amplia variedad de sustancias usadas se destacan no solo las drogas ilícitas, sino también el alcohol y el tabaco⁶; la edad promedio de inicio del consumo de alcohol es de 12 años. Dos de cada tres estudiantes declararon haber consumido alguna bebida alcohólica en su vida, y el 40% refirió haberlo hecho durante el último mes.

La prevalencia de consumo de alcohol en el último año en esta población fue de 56,71%. De acuerdo con el Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas, el 87,07% de los encuestados declaró haber consumido alcohol alguna vez en la vida, con una diferencia de 8 puntos porcentuales entre hombres y mujeres (91,11 y 83,27 respectivamente). El 35,77% (8.339.659) manifestó haber consumido alcohol en los últimos 30 días. El grupo de edad donde el consumo fue más fuerte fue el de 18 a 24 años 49,25% (1.965.912), seguido del de 25 s 34 años, con un 45,40% (2.276.562)⁷. (Figura 15)

La prevalencia de consumo de alcohol es más frecuente en los estratos altos. El 42,06% (1.218.171) de las personas en estratos 4, 5 y 6 lo hacen, lo cual representa 9,73 puntos porcentuales más que en el estrato 1.

Figura 15. Prevalencia del consumo de alcohol en el último mes por grupos de edad. Colombia 2013.

Fuente: ASIS 2015.



5. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Prevención y control de las enfermedades no transmisibles. Aplicación de la estrategia mundial. Informe de la Secretaría. Abril 2008.

6. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia. Colombia 2010.

7. MINISTERIO DE JUSTICIA, MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia. 2013.

El estudio nacional de Salud Mental de 2003 calculó una prevalencia de trastornos mentales relacionados con el abuso de alcohol de 6,70, indicando que se presentan 11,6 más eventos por cada 100 personas en los hombres que en las mujeres, obteniendo prevalencias de 13,20 y 1,60 respectivamente.

De acuerdo con el Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas, para el 2013 en Colombia, el 42,07% de los encuestados declaró haber consumido tabaco en algún momento de su vida, siendo mayor la prevalencia en hombres que en mujeres, con un 53,61% y 31,18%, respectivamente. Así mismo, la prevalencia mes de consumo fue mayor en hombres que en mujeres, con un 18,84% (2.131.594) y un 7,40% (887.875), respectivamente. Mientras que, por cada 100 personas, 2,84 hombres iniciaron el consumo durante el último año, solamente 1,25 mujeres lo hicieron. La edad de inicio de consumo de tabaco en promedio es a los 17 años, con diferencia de 1,48 años entre hombres y mujeres. Se evidencia que el consumo es mayor en las personas entre 18 y 34 años (1.435.853 personas encuestadas). (Figura 16)

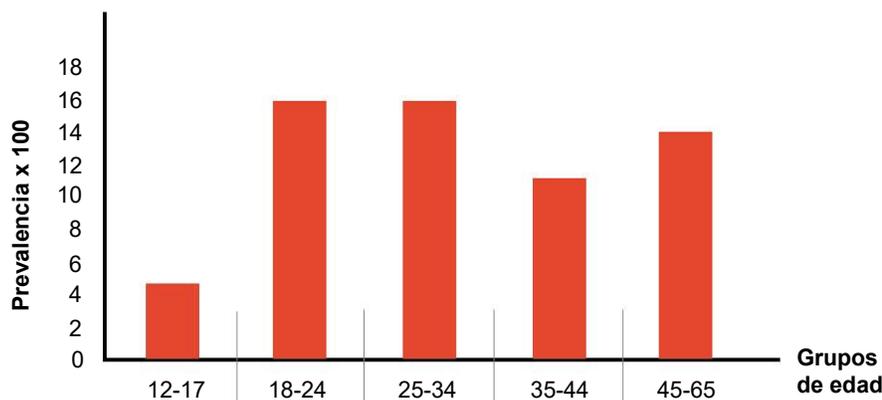
En población general, el consumo de tabaco no es diferente según estrato socioeconómico. Sin embargo, las prevalencias más altas están en los estratos 2 y 3, que representan el 67,37% (2.034.318) de los fumadores.

Respecto a la actividad física, de acuerdo con los datos de la ENSIN 2010, en Colombia el 53,50% de las personas entre 18 y 64 años que residen en zonas urbanas cumplen con las recomendaciones de actividad física. En hombres, la prevalencia es un 37% más alta que en las mujeres; por cada 100 personas, 17,4 hombres más cumplen las recomendaciones que las mujeres⁸.

Por encima del 50% de las personas de 18 a 64 años con primaria o más educación cumplen con las recomendaciones de actividad física; así mismo, el porcentaje de las personas que realizan actividad física es un 15% mayor en el nivel superior de educación que en los que no tienen ningún nivel educativo⁹. (Figura 17)

Figura 16. Prevalencia último mes de uso de tabaco según grupos de edad. Colombia 2013.

Fuente: ASIS 2015.

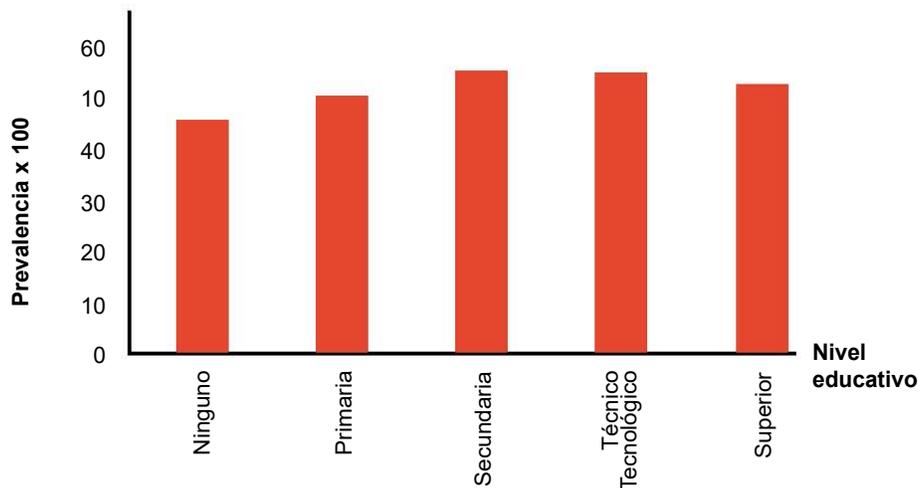


8. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia. Colombia 2010.

9. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia. Colombia 2010.

Figura 17. Porcentaje encuestados que dicen cumplir con las recomendaciones de actividad física en la población de 18 a 64 años según nivel educativo. Colombia 2010.

Fuente: ASIS 2015.



La ENSIN 2010, concluye que una de cada 3 personas cumple con las recomendaciones de Actividad Física (camina como medio de transporte); una de cada 5 personas cumple con las recomendaciones de Actividad Física en tiempo libre; una de cada 18 personas cumple con las recomendaciones de actividad física (monta en bicicleta).

En síntesis, se puede afirmar que Colombia actualmente es un país en proceso de envejecimiento con tendencia a la disminución en la natalidad y la fecundidad que debe cuidar a su población económicamente activa (30 a 70 años) promoviendo el envejecimiento activo saludable y el vivir con bienestar. Permitir que las personas envejeczan saludablemente se da a partir de una educación en la familia con alimentación saludable y la promoción de estilos de vida saludables, el desarrollo de políticas gubernamentales que facilitan la adopción de modos de vida más saludables y la prestación de servicios de salud equitativos.

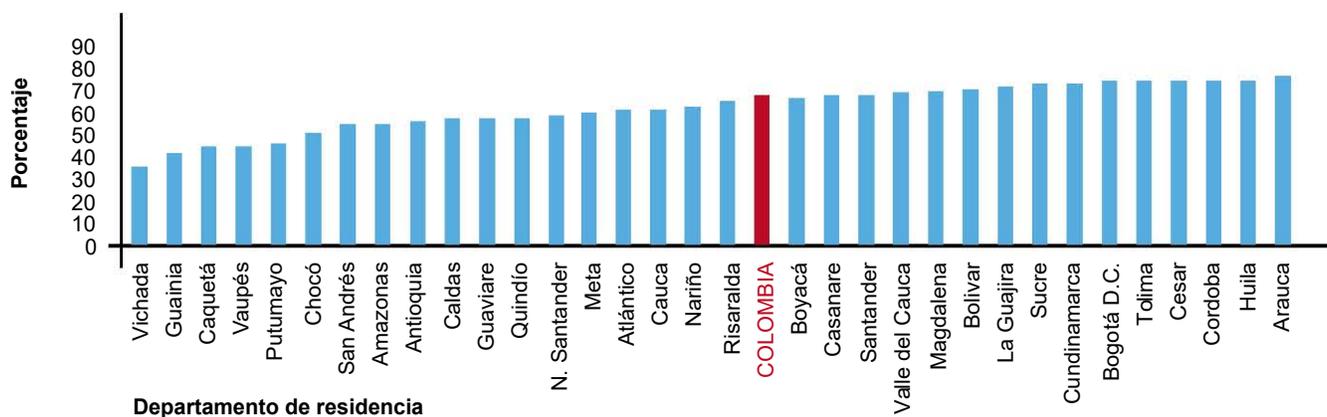
De acuerdo con lo anterior, el logro de esta meta requiere de un trabajo intersectorial, pues este grupo de enfermedades aumentan en la medida que se dan los procesos de globalización en la comercialización y el comercio, así como el rápido proceso de urbanización y el envejecimiento de la población, factores sobre los que un individuo por sí solo no tiene control y sobre los cuales el sector salud requiere del trabajo conjunto con los otros sectores.

Es clave reconocer la importancia de un abordaje integral bajo el cual se desarrollen e implementen acciones a todos los niveles de gobierno y desde los distintos sectores, con la participación armónica de las diferentes instancias gubernamentales, la academia, la industria, el comercio y la comunidad en general. Las acciones sectoriales e intersectoriales deben ser alineadas en busca del bienestar y calidad de vida de la población colombiana, para permitir resultados positivos y duraderos.

De acuerdo con la ENSIN 2010, en Arauca, Huila, Cesar, Córdoba, Tolima, Cundinamarca, Sucre, La Guajira y Bogotá D.C., el consumo de frutas es superior al 70%. Los departamentos de Chocó, Putumayo, Caquetá y Guainía tienen consumo de frutas diario del 50% o menos . (Figura 18)

Figura 18. Porcentaje de personas de 5 a 64 años que consumen frutas diariamente según departamento. Colombia 2010

Fuente: ASIS 2015.



El Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas de 2011 realizado en población escolar mostró que los departamentos con mayor consumo de alcohol en escolares son: Caldas, Risaralda, Antioquia y Bogotá, con prevalencias mes entre 48,56% y 45,57%; mientras que los departamentos con prevalencias más bajas son: Sucre, Magdalena y La Guajira, con cifras entre 24,12% y 25,25%¹⁰.

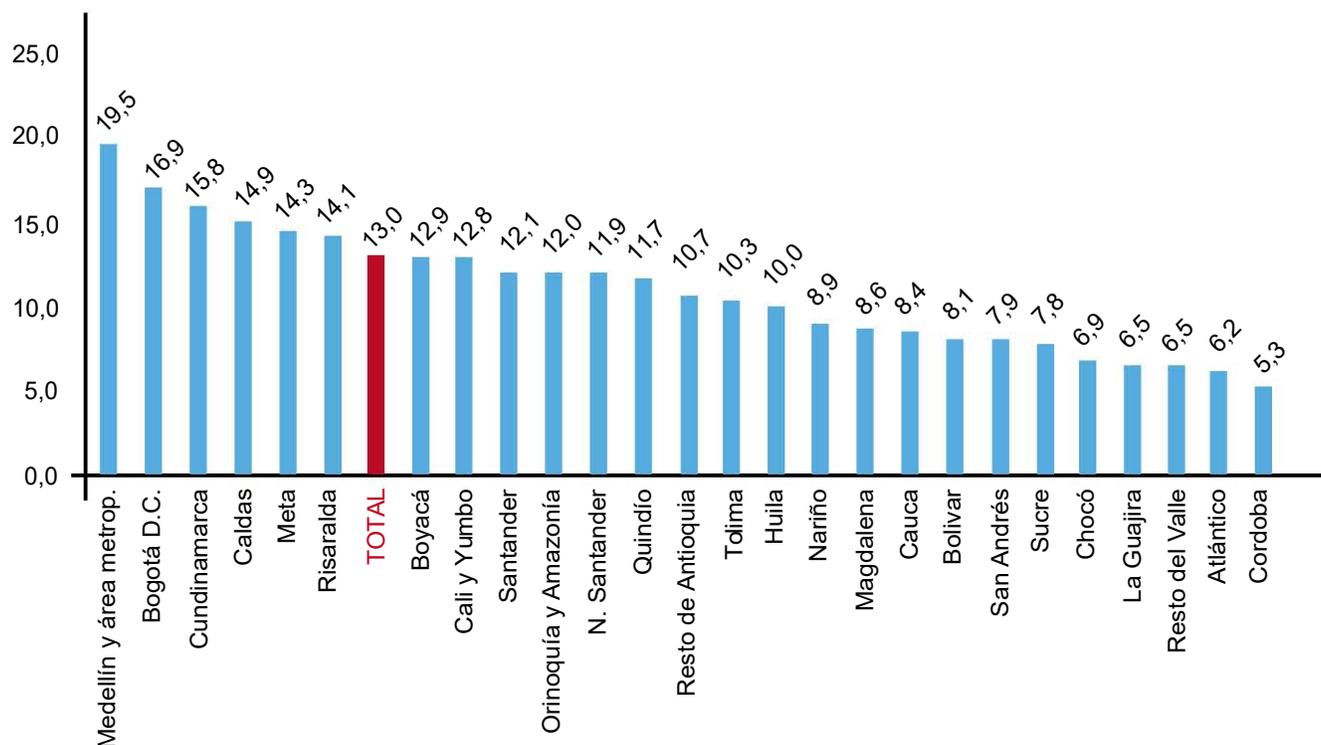
El consumo de tabaco en el distrito capital y el departamento de Cundinamarca es elevado, las prevalencias están en 16,89% y 15,81% respectivamente sin tener diferencias estadísticamente significativas. Solamente Cesar y Córdoba tienen prevalencias alrededor de un 60% más bajas que la nacional (13%), con un nivel de significancia del 95%. (Figura 19)

El Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia de 2013, señala que el departamento del Chocó tuvo la mayor prevalencia (44,6%) de consumo de alcohol durante el último mes, seguido de Boyacá y Bogotá, con cerca del 40%, aunque no mostró ser significativamente mayor a la nacional; mientras que en el Cauca la prevalencia es un 35% menor (23,42%) que la nacional (35,8%), con un nivel de confianza del 95%.

10. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en población escolar. Colombia 2011.

Figura 19. Prevalencias último mes de uso de tabaco según dominio departamental. Colombia 2013

Fuente: Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en población escolar. Colombia 2013



Conociendo el panorama de las ENT, se requiere un trabajo coordinado y con la participación intra e intersectorial para poder intervenir en las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo cuyo resultado será la disminución de la mortalidad prematura de las enfermedades no transmisibles.

Atendiendo las disposiciones de la Ley estatutaria de salud y de la Resolución 1536 del 2015 de planeación integral en salud, es preciso anotar que le corresponde al territorio no sólo coordinar una acción armónica intersectorial para impactar positivamente los determinantes de la salud sino además coordinar la acción intrasectorial con los aseguradores y prestadores de servicios de salud, para gestionar el riesgo y atender la carga de morbilidad.

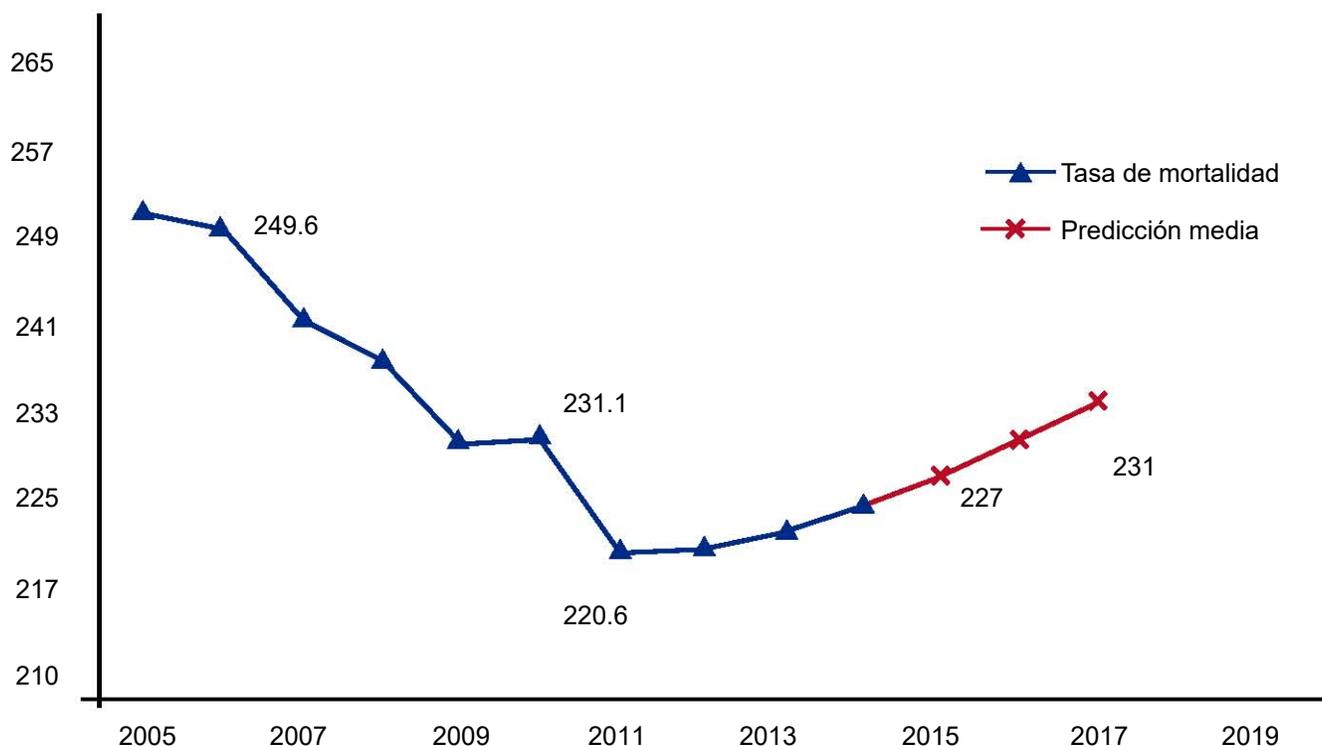
1.2.3 Pronóstico de la mortalidad prematura

En aras de hacer seguimiento a la mortalidad prematura por ENT, la dirección de Epidemiología y Demografía realizó un cálculo basado en series de tiempo, lo que permite predecir a corto plazo el comportamiento de la mortalidad de las ENT.

Se realizó una proyección de la tasa de mortalidad prematura por las causas consideradas, la serie anual, para los años 2015 a 2017. La metodología usada para la predicción fueron métodos clásicos de series de tiempo, la predicción de corto plazo, lo que establece que se continuará con un crecimiento, alcanzando en el 2016 la misma tasa de mortalidad que se presentó en 2013. (Figura 20)

Figura 20. Tasa de mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles. Colombia 2005-2014 y proyecciones a 2017

Fuente: Cálculo a partir de datos DANE. Proyección realizada por la dirección de Epidemiología y Demografía. MSPS 2017.



De otro lado, en el 2014, la tasa de mortalidad, se reportó en 224,9 casos por cada 100 mil habitantes, y en promedio en los últimos 3 años las muertes prematuras por enfermedades no transmisibles aumentaron en 1.100 casos, cada año. Para alcanzar la meta sectorial del Ministerio de Salud y Protección Social, en el 2018 deberíamos reportar una tasa de 216,9 muertes por cada 100 mil habitantes. Esto significaría que las muertes prematuras por las causas consideradas solo deberían aumentar en promedio en 500 muertes cada año. Sugiriendo el desarrollo de acciones de manera importante para cáncer y enfermedades del sistema circulatorio que permita alcanzar una reducción del 1.5% de los casos de muerte cada año.

2. Seguimiento a la gestión de la Mega Meta en el nivel nacional

Colombia es un país en proceso de envejecimiento con tendencia a la disminución en la natalidad y la fecundidad que debe cuidar a su población económicamente activa (30 a 70 años) promoviendo el envejecimiento activo saludable y el bienestar. Permitir que las personas envejecen saludablemente se da a partir de la promoción de estilos de vida sanos, el desarrollo de políticas gubernamentales que facilitan la adopción de modos de vida más saludables y la prestación de servicios de salud equitativos¹¹.

Según competencias otorgadas por la ley 715 de 2001, al MSPS le corresponde formular políticas, planes, programas y proyectos de interés nacional y para el sector salud y el sistema general de seguridad social en salud, y coordinar su ejecución, seguimiento y evaluación, en consonancia a este y entre otras surge el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 (PDSP) el cual busca la reducción de la inequidad en salud, planteando como objetivos: avanzar en la garantía del goce efectivo de los derechos a la salud, mejorar las condiciones de vida que modifican la situación de salud y disminuyen la carga de la enfermedad existente y mantener cero tolerancias a la mortalidad evitable. Por lo tanto, el PDSP, es la carta de navegación que plantea las líneas de trabajo para dar respuesta a los desafíos actuales en salud pública y para consolidar, en el marco de la protección social, las capacidades técnicas en los ámbitos nacional y territorial para la planeación, ejecución, seguimiento y evaluación de las intervenciones, de acuerdo con los ODS; así mismo plantea estrategias de intervención colectiva e individual, que involucra al sector salud como a otros sectores, dentro y fuera de los servicios de salud¹².

En consonancia con este mismo mandato, también nace la Política de Atención Integral en Salud, cuyo objetivo general es la de orientar el sistema hacia la generación de las mejores condiciones de salud de la población mediante la regulación de las condiciones de intervención de los agentes hacia el “acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la

preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud” (Ley 1751, Estatutaria de Salud), para así garantizar el derecho a la salud, es así como la política exige la interacción coordinada de las entidades territoriales a cargo de la salud pública, los aseguradores y los prestadores de servicios de salud. Esa coordinación implica la implementación y seguimiento a los planes territoriales de salud, los planes de desarrollo territoriales acorde con el PDSP, con los instrumentos derivados del Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018¹³.

La política recoge el marco de los determinantes sociales adoptado por el PDSP 2012-2021, bajo este contexto, el estado reconoce que los problemas de salud son generados o potenciados por las condiciones ambientales, sociales, culturales, políticas, económicas, educacionales, de hábitat y genéticos que afectan a las poblaciones en los diferentes ámbitos territoriales que conforman la nación. Los determinantes sociales consolidan tanto los factores protectores de las condiciones de salud como las causas primarias de la enfermedad.

Considerados los determinantes, hay tres estrategias centrales de la PAIS: la atención primaria en salud (APS) con enfoque familiar y comunitario, la gestión integral de riesgo en salud y el enfoque diferencial de territorios y poblaciones.

11. Mega Meta Sectorial. Mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles. Subdirección de ENT. Ministerio de Salud y Protección Social. Año 2016.

12. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. Ministerio de Salud y Protección Social. Colombia 2013. Pag 28.

13. Política de Atención Integral en Salud –PAIS-. Ministerio de Salud y Protección Social. 2016.

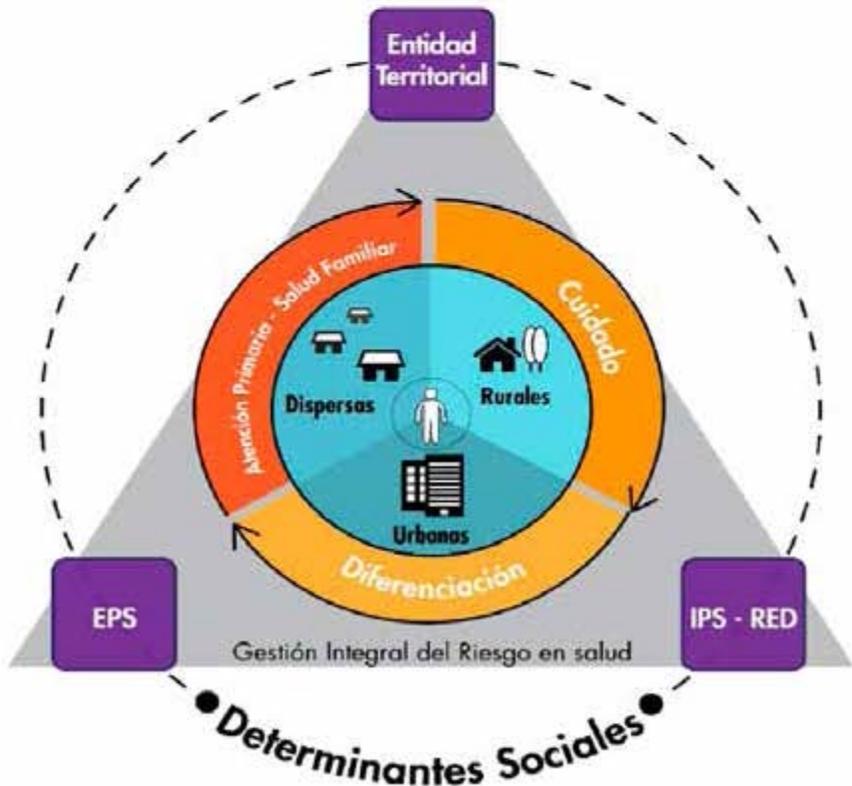
La atención primaria en salud, es la estrategia integradora entre las acciones intersectoriales/transectoriales por la salud, la participación social comunitaria y ciudadana y los servicios de salud, por lo que requiere de nuevas competencias del talento humano y equipos multidisciplinares para dar respuesta social dirigida hacia la persona, familia y la comunidad. Se preocupa de la salud de las personas antes que aparezca la enfermedad, se entrega herramientas para el autocuidado, la gestión y la promoción.

El cuidado, el cual debe ser entendido como el compromiso del individuo, la de su familia y comunidad y el medio ambiente que los rodea para que adopte prácticas que los protegen frente a los riesgos de salud. La gestión integral de riesgo en salud, como estrategia de articulación entre la salud pública, el aseguramiento y la prestación de servicios de salud cuya finalidad es minimizar el riesgo y el manejo de la enfermedad y el enfoque diferencial dada la diversidad presente en nuestro país. Su énfasis está en promover estilos de vida saludables, en fomentar la acción multisectorial y en fortalecer la responsabilidad de la familia y comunidad para mejorar las condiciones de salud.

La Política de Atención Integral de Salud cuenta con un modelo operacional denominado MIAS que, a partir de las estrategias definidas, adopta herramientas para garantizar la oportunidad, continuidad, integralidad, aceptabilidad y calidad en la atención en salud de la población cuyo propósito es la integralidad en el cuidado de la salud y el bienestar de la población y los territorios en que se desarrollan, para lo cual se requiere la armonización de los objetivos y estrategias del sistema alrededor del ciudadano como objetivo del mismo. El MIAS propone intervenciones que comprenden acciones de promoción de la salud, cuidado, protección específica, detección temprana, tratamiento, rehabilitación y paliación a lo largo del curso de vida, es por ello que incluye acciones orientadas a generar bienestar, como las dirigidas hacia el mantenimiento de la salud, la detección de riesgos y enfermedad, la curación de la enfermedad y la reducción de la discapacidad, de allí que el modelo enlaza las acciones intersectoriales y sectoriales, colectivas e individuales, incluyendo los procesos clínicos para mejorar la capacidad integral de atención. (Figura 21)

Figura 21. Política de Atención Integral en salud, PAIS.

Fuente: MSPS, 2015



Dentro de las funciones de la Subdirección de Enfermedades no Transmisibles (SENT), está la de proponer, orientar, formular, difundir, implementar y evaluar políticas planes, programas y proyectos entre otros para la promoción de modos, condiciones y estilos de vida saludables, como parte de las estrategias para la prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles, enmarcada en el MIAS en las acciones de promoción de la salud y la prevención de atención integral de las personas con cáncer, enfermedades cardiovasculares, metabólicas, respiratorias crónicas u otras condiciones crónicas no transmisibles, dentro de lo que describe el modelo que es el cuidado, la protección específica, la detección temprana, el tratamiento, la rehabilitación y paliación a lo largo del curso de vida. Y es aquí donde interviene la gestión integral del riesgo de salud, que comprende la coordinación, monitoreo y ajuste a todas las acciones intencionales y planificadas dentro del grupo de riesgo a partir de las Rutas de Atención Integral en Salud (RIAS), cuyo objetivo es la de contribuir al mejoramiento de los resultados en salud y reducir la carga de la enfermedad, mediante la definición de las condiciones necesarias para asegurar la integralidad en la atención en Salud para las personas, familias y comunidades. La Gestión Integral del Riesgo en Salud se estructura a partir de grupos de riesgo y se operativiza a través de las RIAS.

En este contexto se han venido construyendo y validando rutas integrales de atención en Salud, para las ENT, se cuenta con las RIAS de hipertensión, diabetes, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) y cáncer. Para el desarrollo de estas rutas se ha contemplado la implementación de las Guías de Práctica Clínica existentes: Cáncer de Próstata; Cáncer de Colon y Recto; Cáncer de Mama; Cáncer de Cuello Uterino, Hipertensión Arterial Primaria, Síndrome Coronario Agudo, Dislipidemia, Cáncer de piel (basal, escamosas, actínica queratosis), cáncer de pulmón, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) y Diabetes Mellitus.

Paralelo a esto, se viene apoyando en el despliegue del Modelo Integral de Atención en Salud y la Política de Atención Integral en Salud. El propósito del MIAS, es orientar la respuesta del sistema de salud, alinear su regulación a través de acuerdos institucionales, e integrar objetivos del sistema de salud con la seguridad social para lograr alcanzar el bienestar y salud de la po-

blación en su entorno, reconociendo las diferencias poblacionales y territoriales para alcanzar resultados positivos en salud. Para lograrlo se requiere de una serie de estrategias como la caracterización poblacional, la regulación de las RIAS, la implementación de la Gestión Integral del Riesgo en Salud, el funcionamiento de las redes integrales de prestadores de servicios de salud, la redefinición del rol del asegurador, del sistema de incentivos, los requerimientos y procesos del sistema de información, el fortalecimiento del talento humano en salud y el fortalecimiento de la investigación, innovación y apropiación del conocimiento.

Lo anterior es tan solo un preámbulo a todas las acciones que la SENT viene desarrollando para alcanzar la meta de disminuir la tasa de mortalidad prematura de las enfermedades no transmisibles (30 a 70 años) en el país. La dirección de Promoción y Prevención y bajo el liderazgo de la Subdirección de Enfermedades no Transmisibles y con la participación activa y comprometida de los grupos de estilos, modos y condiciones de vida saludables y el grupo de gestión integrada de la salud cardiovascular, bucal, del cáncer y otras condiciones crónicas y en armonía con la Política Integral de Atención en Salud y el Modelo de Atención Integral en Salud, han desarrollado una gestión importante en políticas, planes y proyectos, implementación de estrategias y monitoreo y seguimiento las cuales se describen a continuación.

2.1 Políticas, planes y proyectos

El Ministerio de Salud y Protección Social, en el marco del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012-2021 que establece, entre otras, la dimensión de Vida Saludable y Condiciones No Transmisibles, la cual se estructura a partir de dos componentes: a) Modos, condiciones y estilos de vida saludables; y b) Condiciones crónicas prevalentes. En estos componentes, se define una serie de metas e indicadores, en función de las prioridades del país, y tomando como referencia lo desarrollado en los lineamientos de política mundial, como el Plan Mundial de Acción para la prevención y el control de las ENT 2013-2020. Dentro de estas metas, se incluye la meta de reducir, a 2021, la mortalidad prematura por ENT en el 25% en población entre 30 a 70 años.

Esta realidad la recoge el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018, como parte del eje de movilidad social, haciendo énfasis en la importancia de reposicionar al sector de la salud como generador de bienestar, a partir de intervenciones poblacionales que modifican el contexto y generan espacios, bienes y servicios, favoreciendo y promoviendo una cultura que protege la salud. Para esto, se propone el desarrollo de las ciudades, la ruralidad y los entornos saludables por medio de instrumentos de política pública intersectorial vinculantes. Paralelamente, se trabaja en la denominada Estrategia 4x4, que implica abordar las principales ENT (cáncer, enfermedad cardiovascular, diabetes y enfermedades respiratorias de vías inferiores) y sus factores de riesgo comunes (inactividad física, uso nocivo de alcohol, consumo de tabaco y exposición al humo de tabaco, y alimentación no saludable). De igual manera, y en el marco de la Política y el Modelo de Atención Integral en Salud, se propende por el mejoramiento de la identificación, gestión y mitigación del riesgo.

Teniendo en cuenta el objetivo de la Ley 1751 de 2015 (Ley Estatutaria de la salud): garantizar el derecho a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección, se establece la obligación de prestar los servicios de salud de manera integral, para prevenir, paliar o curar la enfermedad con independencia del origen de la enfermedad o condición de salud. La Ley del Plan de Desarrollo 2014 – 2018 (Ley 1753 de 2015) retoma este marco, en el artículo 65, a facultar al Ministerio de Salud y Protección Social para definir la Política de Atención Integral en Salud como parte del desarrollo de esta obligación. Bajo este contexto el Ministerio de Salud y Protección Social avanza en la construcción de un modelo operacional que, a partir de las estrategias, adopte los mecanismos e instrumentos operativos y de gestión que orienten la intervención de los diferentes agentes del sistema.

A continuación, se describen los avances a la gestión realizada en la promoción prevención y la gestión del riesgo de las enfermedades no transmisibles.

2.1.1 Alimentación Saludable:

La política de seguridad alimentaria, formula valga la redundancia, la política de seguridad alimentaria y nutricional, que plantea objetivos y estrategias definiendo

herramientas para su implementación. Se expide el acto normativo Resolución 3803 – 16 por el cual se adoptan las recomendaciones de ingesta de energía y nutrientes para la población colombiana teniendo en cuenta la doble carga de enfermedad y en especial la prevalencia de las Enfermedades No Transmisibles

Se cuenta con el plan de reducción del consumo de grasas saturadas y grasas trans en Colombia, esta iniciativa tiene como objetivo contribuir a la disminución de la morbimortalidad atribuible a enfermedades no transmisibles (enfermedad cardiovascular), a través de acciones que propendan por la reducción de grasas trans y saturadas en los alimentos que consume la población colombiana. Tiene 4 líneas de acción: *Medidas regulatorias*: en la cual se establecen reglamentos que contribuyan a disminuir el contenido de grasas trans y saturadas en alimentos procesados y ultra procesados (actualización de rotulado, límites de contenido, rotulado frontal, entre otras). *Alimentos preparados*: esta línea acoge los restaurantes, comidas rápidas, panaderías y las escuelas de gastronomía, en las cuales se quiere diseñar, socializar, validar e implementar el buen uso de aceites y grasas. *Información, Educación y Comunicación* y la última línea es la *investigación*.

Se tiene planteado: modificar la Resolución 2508/2012, “Por la cual se establece el reglamento técnico de los alimentos envasados que contienen grasas trans y saturadas”, diseñar, socializar y validar el “Documento técnico del buen uso, manejo y disposición de aceites y grasas”, y estudiar a profundidad los resultados de ENSIN-2015 acerca de la ingesta de grasa saturada y trans en Colombia.

Mediante Decreto 2055 de 2009, se crea la comisión Intersectorial de Seguridad Alimentaria y Nutricional (CISAN). Es importante porque crea la institucionalidad que permite abordar la problemática de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN) en forma integral y articulada. Adicionalmente, define para dicha comisión, las funciones de coordinar, articular, elaborar e implementar el Plan Nacional de seguridad Alimentaria y Nutricional.

A través de la Resolución 2508 de 2012 se establece el reglamento técnico mediante el cual se señalan los requisitos que deben cumplir los alimentos que con-

tengan grasas trans y/o grasas saturadas, con destino al consumo humano, que se fabriquen, procesen, preparen, envasen, transporten, expendan, importen, exporten, almacenen y distribuyan en el territorio nacional, con el fin de proporcionar al consumidor información necesaria que presenten los alimentos envasados grasas trans y/o saturadas.

Se tiene el Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional 2012 – 2019, espacio donde se desarrolla un trabajo intersectorial entre Ministerios: Agricultura, Salud, Comercio, Ambiente, Vivienda, Departamento para la Prosperidad Social (DPS) y Departamento Nacional de Planeación. Es un instrumento para cumplir con los objetivos de la política de SAN, pretende servir de guía para la construcción e implementación de los planes territoriales de SAN. Brinda elementos para avanzar hacia la articulación y convergencia de todas las acciones que permitan mejorar las condiciones de seguridad alimentaria y nutricional de la población colombiana.

Se cuenta con un lineamiento Técnico Nacional para la promoción de frutas y verduras, siendo un trabajo intersectorial entre el MSPS y la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO). Define los puntos de partida y las estrategias orientadoras para todos los sectores involucrados en la cadena hortofrutícola nacional. Se encuentra articulado al Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, al Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional y a todos los instrumentos territoriales pertinentes. El lineamiento está dirigido a los actores sociales, políticos y técnicos involucrados en la cadena hortofrutícola nacional. En ese sentido, el documento desarrolla las bases normativas, estratégicas, conceptuales y operativas que facilitan la desagregación de actividades concretas en los escenarios locales; proporciona, además, las pautas básicas para la implementación de los procedimientos de monitoreo, seguimiento y evaluación en el país y en cada uno de los territorios.

Finalmente está en construcción el documento que contiene los diferentes sistemas de rotulado frontal de los alimentos y su respectiva base técnica y el documento con insumos técnicos para el ajuste de la norma de rotulado nutricional de los alimentos envasados para consumo humano.

2.1.2 Actividad Física

Se emite el Decreto 2771 de 2008. Comisión Nacional Intersectorial para la Coordinación y Orientación Superior del Fomento, Desarrollo y Medición de Impacto de la Actividad Física (CONIAF), trabajo intersectorial entre el MSPS y el Ministerio de Cultura y Coldeportes. Crea la Comisión Nacional Intersectorial para la coordinación y orientación superior del fomento, desarrollo y medición de impacto de la actividad física.

Se cuenta con una agenda interministerial para el desarrollo de estrategias de promoción de actividad física. Documento firmado por Coldeportes, Ministerio de Educación, Ministerio de Cultura y MSPS donde se acogen las recomendaciones de la “Estrategia Global de Dieta, Actividad Física y Salud de la OMS”. Se establece que la implementación de la agenda se hará a través de la comisión creada por el Decreto 2771 de 2008.

2.1.3 Tabaco

El Congreso de la República expide la Ley 1109 de 2006. Aprobación Convenio Marco de la OMS para el control del tabaco en Ginebra, el veintiuno (21) de mayo de dos mil tres (2003). El mismo expide el Decreto 2871 de 2008 donde promulga el Convenio Marco de la OMS para el control del tabaco.

La Ley 1335 de 2009. Ley de control del tabaco. Dentro de sus disposiciones refiere la prevención de los daños a la salud de los menores de edad, la población no fumadora y se estipulan políticas públicas para la prevención del consumo del tabaco y el abandono de la dependencia del tabaco del fumador y sus derivados en la población colombiana.

El Ministerio de Salud y Protección Social, expide la Resolución 3961 de 2009, “*Empaquetado y etiquetado del tabaco y sus derivados*”. Obliga la inclusión de advertencias y pictogramas.

El Ministerio de Salud y Protección Social, por medio de la Circular 038 de 2010 indica ciertas determinaciones e instrucciones referidas a los espacios libres de humo y de sustancias psicoactivas en las empresas. Aspectos técnicos y jurídicos dirigidos a las direcciones territoriales, ARP, trabajadores dependientes e independientes,

empleadores del sector público y privado, organizaciones de economía solidaria y del sector cooperativo, policía nacional con respecto a espacios libres de humo y de sustancias psicoactivas en las empresas.

Circular 41 de 2011 -MSPS. Operativos de inspección, vigilancia y control. Refiere las obligaciones de las Entidades Territoriales para garantizar el cumplimiento de las medidas y prohibiciones que ordena la Ley 1335 de 2009. Dirigida a gobernadores, alcaldes y directores territoriales de salud.

Resolución 1309 de 2012 –MSPS-. Comité de Empaquetado y Etiquetado de Productos de Tabaco. Se crea el Comité de Empaquetado y Etiquetado de productos de tabaco, cuyo objeto es asesorar a la Dirección de Promoción y Prevención del Ministerio de Salud y Protección Social en el trámite y aprobación o rechazo de las solicitudes de las simulaciones de productos de tabaco. Mediante la Ley 1819 de 2016, se aprobó un incremento progresivo del impuesto específico a los cigarrillos, y un incremento del IVA.

El MSPS incluyó metas específicas en instrumentos de políticas como el Plan Decenal de Salud Pública (2012-2021) y el Plan Decenal para el Control del Cáncer (2012-2021), y metas asociadas a las ENT como en el actual Plan Nacional de Desarrollo.

2.1.3 Alcohol

Ley 1503 de 2011. Seguridad vial. Tiene por objeto definir lineamientos generales en educación, responsabilidad social empresarial y acciones estatales y comunitarias para promover en las personas la formación de hábitos, comportamientos y conductas seguros en la vía y, en consecuencia, la formación de criterios autónomos, solidarios y prudentes para la toma de decisiones en situaciones de desplazamiento o de uso de la vía pública.

Decreto 780 de 2016: Medidas con relación al consumo de alcohol

Ley 1385 de 2010: Por medio del cual se establecen acciones para prevenir el síndrome de alcoholismo fetal en los bebés por el consumo de alcohol de las mujeres en estado de embarazo, y se dictan otras disposiciones.

2.1.5 Cáncer

El Congreso de la República expide la Ley 1384 de 2010 “*Acciones para la atención integral del cáncer*”. Establece acciones para el control integral del cáncer en la población colombiana, de manera que se reduzca la mortalidad y la morbilidad por cáncer adulto, así como para mejorar la calidad de vida de los pacientes oncológicos, a través de la garantía por parte del Estado y de los actores que intervienen en el Sistema General de Seguridad Social en Salud vigente, de la prestación de todos los servicios que se requieran para su prevención, detección temprana, tratamiento integral, rehabilitación y cuidado paliativo.

De igual forma expide Ley 1388 de 2010 “*Derecho a la vida de los niños con cáncer*”. Con esta ley se pretende disminuir de manera significativa, la tasa de mortalidad por cáncer en los niños y personas menores de 18 años, a través de la garantía por parte de los actores de la Seguridad Social en Salud, de todos los servicios que requieren para su detección temprana y tratamiento integral, aplicación de protocolos y guías de atención estandarizados y con la infraestructura, dotación, recurso humano y tecnología requerida, en Centros Especializados habilitados para tal fin.

El MSPS, expide la Resolución 163 de 2012, donde reglamenta el Consejo Nacional y Departamentales Asesor de Cáncer Infantil, de acuerdo con lo establecido en los artículos 14 y 15 de la Ley 1388 de 2010 y la Resolución 2225 de 2012: por la cual nombra los representantes de las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios, EAPB, Instituciones prestadoras de servicios de salud, IPS, Organizaciones sin Ánimo de Lucro y Fundaciones, a los padres de familia en el Consejo Nacional Asesor de Cáncer Infantil.

Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia: 2012 – 2021. El propósito del Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia es posicionar en la agenda pública el cáncer como un problema de salud pública y movilizar la acción del Estado, la acción intersectorial, la responsabilidad social empresarial y la corresponsabilidad individual para el control de esta enfermedad en Colombia y la Resolución 1383 de 2013.

Resolución 1419 de 2013. Redes de Prestación de Servicios Oncológicos y Unidades Funcionales para la atención integral del cáncer, por la cual fija parámetros y condiciones para la organización y gestión integral de las Redes de Prestación de Servicios Oncológicos.

Resolución 1440 de 2013 por la cual se reglamenta el artículo 14 de la Ley 1384 de 2010 y el artículo 13 de la Ley 1388 de 2010 donde se establecen condiciones bajo las cuales los hogares de paso brindarán su atención a los niños menores de 18 años con presunción o diagnóstico confirmado de cáncer.

Resolución 1442 de 2013 por la cual se adoptan las Guías de práctica clínica 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 1868 de 2015. Red virtual de las UACAI. Establece los criterios para la conformación de la Red Virtual de las Unidades de Atención de Cáncer Infantil (UACAI), que serán de obligatorio cumplimiento para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud habilitadas como UACAI o en proceso de habilitación como UACAI, el Instituto Nacional de Salud (INS), la Empresa Social del Estado Instituto Nacional de Cancerología (INC), el Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud (IETS) y la Cuenta de Alto Costo (CAC), en el ámbito de sus competencias y obligaciones.

Resolución 2475 de 2016, donde el Ministerio de Salud y Protección Social declara de interés público el medicamento Imatinib, por lo que le ordena a la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos fijar un nuevo precio al medicamento. Al fijar este nuevo precio a Glivec, nombre comercial de Imatinib, se busca preservar el ahorro en el sistema de salud, a través de una metodología alternativa que simule óptimas condiciones de competencia.

Resolución 1477 de 2016, 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.

2.1.6 Enfermedades del sistema Circulatorio, la diabetes mellitus y la Enfermedad Renal Crónica.

Acuerdo No. 395 de 2008, por medio del cual se incluyen servicios ambulatorios especializados en el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado para la atención de pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 e Hipertensión Arterial y se ajusta el valor de la UPC en el Régimen Subsidiado para el año 2008

Ley 1831 de 2017, por medio de la cual se regula Uso de desfibriladores Por medio de la cual se regula el uso del Desfibrilador Externo Automático (DEA) en transportes de asistencia, lugares de alta afluencia de público, y se dictan otras disposiciones.

Resolución 3442 de 2006 por la cual se adopta las Guías de práctica clínica basadas en evidencia para la prevención, diagnóstico y tratamiento de pacientes con Enfermedad Renal Crónica y la adopción de las Guías de práctica clínica de hipertensión y diabetes mellitus y las rutas de atención.

Circular conjunta 038 de 2016 entre el MSPS y la Superintendencia de Salud por medio de la cual se dan instrucciones respecto a la prestación del servicio de salud a pacientes con ERC en atención al acceso oportuno.

2.1.7 Enfermedades respiratorias crónicas

Resolución 2154 de 2010. Por la cual se ajusta el Protocolo para el Monitoreo y Seguimiento de la Calidad del Aire adoptado a través de la Resolución 650 de 2010 y se adoptan otras disposiciones.

Decreto 1076 de 2015. Decreto Único Reglamentario del Sector Ambiente y Desarrollo Sostenible y el PDSP donde se incluye metas generales para el Control de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC).

La Resolución 429 que incluye el grupo de riesgo de enfermedades respiratorias crónicas al cual se le debe desarrollar la ruta integral de atención en salud.

2.2 Estrategias para el control de las Enfermedades no transmisibles

En el marco del convenio MSPS y la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) del año 2015, se desarrollaron las siguientes herramientas técnicas:

- ◆ Manual de gestión territorial para la promoción de estilos de vida saludable y la prevención de condiciones crónicas.
- ◆ Documento guía para la elaboración e implementación de proyectos de inversión orientados a condiciones crónicas.
- ◆ Documento guía para la implementación de rutas de atención integral en el marco del modelo de atención integral en salud.
- ◆ Documento de desarrollo de Capacidades para la Implementación de las Estrategias de 4x4 Ampliada del Plan Nacional de Desarrollo: *a)* Promoción de Estilos de Vida Saludable; *b)* Control de las ENT, incluidas las alteraciones de la Salud Bucal, Visual y Auditiva, *c)* Gestión del Riesgo de la Salud Mental, en el Marco de las Áreas Demostrativas y los Proyectos Prioritarios.

De igual manera en el marco del convenio 519 de 2015 entre el MSPS y OPS, lograron desarrollar capacidad técnica de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, con la construcción de herramientas técnicas para la gestión de las enfermedades no transmisibles (cáncer, enfermedades cardiovasculares, diabetes y EPOC).

En Modos, Condiciones y Estilos de Vida Saludables, se conforman redes de apoyo social y comunitaria aplicando la estrategia “TO2ES por una Colombia Saludable” en Guaviare, Putumayo y se consolidan alianzas por los modos, condiciones y estilos de vida saludables mediante coordinación intersectoriales y Cooperación Internacional: con el Concejo Nacional de Investigaciones Agropecuarias y Forestales, la Comisión Intersectorial de Seguridad Alimentaria y Nutricional y la Comisión Intersectorial de salud pública. Con el Ministerio de Educación Nacional y Ministerio de Cultura se coordina la implementación de la estrategia ruta pedagógi-

ca por los estilos de vida saludable; con el Ministerio de Comercio- Agricultura y la asociación Hortifrutícola de Colombia se desarrollan alianzas público privadas y puntos de distribución de frutas y verduras; con el Ministerio de Transporte se promueve el transporte activo-uso de la bicicleta; con el Ministerio de Ambiente y Parques naturales: “*Salud naturalmente en los parques*”; con la Función Pública la promoción de los estilos de vida saludables en el entorno laboral saludable; con la asociación Colombiana de Universidades el acompañamiento en la implementación de la promoción de los estilos de vida saludables en el entorno universitario; con la Policía, Ministerios y entidad territorial se promueve los ambientes 100% libres de humo, al igual que con la OMS-OPS se trabaja en el marco de la Cooperación Sur- Sur para el control del tabaco y con la Cancillería se trabaja en un plan intersectorial para actividad física.

Se logra la inclusión en los planes intersectoriales de acciones por los estilos de vida saludables así: en los territorios temas de agricultura los departamentos de San Andrés, Santander, Caldas, Risaralda y Tolima; en seguridad alimentaria los departamentos de San Andrés, Tolima y Valle; en movilidad: San Andrés, Atlántico, Santander, Caldas, Risaralda, Tolima y Valle; en deportes y temas de recreación los departamentos de San Andrés, Atlántico, Santander, Caldas, Risaralda, Tolima y Valle; en infraestructura y desarrollo urbano: San Andrés, Atlántico, Risaralda; en desarrollo social: Tolima y San Andrés; en política de vivienda: San Andrés y Atlántico; en equipamientos: Santander, Caldas y en hábitat: Risaralda y Tolima.

Mediante gestión territorial se logra la inclusión en los PTS de 32 departamentos, acciones por los modos, condiciones y estilos de vida saludables:

- ◆ Proyecto de movilización social en 4 Departamentos: *Arauca, Barranquilla, Putumayo, Sucre.*
- ◆ Proyecto de alcohol en 10 departamentos: *Amazonas, Arauca, Atlántico, Caquetá, Choco, Guajira, Valle del Cauca, Vichada y Cesar.*
- ◆ Proyecto de tabaco en 14 departamentos: *Amazonas, Arauca, Atlántico, Caquetá, Cauca, Cesar, Choco, Guainía, Guajira, Nariño, Putumayo, Valle y Vichada.*

- ◆ Proyecto de Actividad física en 12 departamentos: *Atlántico, Barranquilla, Caquetá, Cauca, Cesar, Choco, Guainía, Guajira, Nariño, Putumayo, Valle y Vichada.*
- ◆ 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 departamentos: *Boyacá, Huila, Amazonas, Sucre, Valle.*

2.2.1 Alimentación Saludable

Se cuenta con la estrategia nacional para la reducción del consumo de sal/sodio en Colombia 2012-2021, dicha estrategia busca reducir el consumo de sodio de la población colombiana y para ello establece cuatro líneas de acción: **a)** Reducción de los niveles de sodio en alimentos industrializados y de restaurantes, **b)** Información, educación y comunicación, **c)** Proveeduría institucional y **d)** Investigación. De igual manera refiere indicadores de seguimiento.

En la primera línea se trabaja con la **Industria**: En la primera etapa se priorizaron los Snacks, galletería, cárnicos, panadería (industrializada), quesos y se avanza en un acto normativo el cual está en revisión jurídica, pendiente de consulta pública internacional. Se desarrollaron Mesas técnicas de discusión para II fase: alimentos priorizados: aderezos, embutidos de pollo, enlatados (atún sardinas), grasas, sopas, salsas comerciales proyecto normativo construido, pendiente consulta pública nacional e internacional. En el **Sector gastronómico**: Se cuenta con un plan piloto para la reducción del contenido de sodio en preparaciones priorizadas, el manual operativo del sector gastronómico que contiene las etapas de proceso de los alimentos y las prácticas para producir platos y preparaciones saludables; en construcción están las fichas técnicas que son infografías que destacan los tips saludables en cada proceso del alimento e igualmente se trabaja en la propuesta del sistema de monitoreo y evaluación de la estrategia nacional de reducción del consumo de sodio

En Línea de información, comunicación y educación, se tiene herramientas técnicas dirigidas (cartillas, documentos técnicos), construcción de boletín informativo dirigido a las entidades territoriales sobre los avances de la estrategia nacional de reducción del consumo de sodio y otros temas de alimentación saludable, construcción de la herramienta mi nevera saludable, ABC de las bebidas azucaradas, ABC de alimentos naturales y frescos y publicación en el repositorio institucional digital del Ministerio de Salud de la Caja Nacional de Herramientas en alimentación saludable.

En asistencia técnica se realiza fortalecimiento de capacidades a las direcciones territoriales en los temas de alimentación saludable (guías alimentarias, recomendaciones de ingesta de energía y nutrientes, estrategia nacional de reducción del consumo de sodio, estrategia de información educación y comunicación en seguridad alimentaria y nutricional) así:

- ◆ Presencial en los departamentos de *Risaralda, Antioquia, Boyacá.*
- ◆ Virtual a los departamentos: *Casanare, Guaviare, Nariño, Tolima, Antioquia, Atlántico, Valle y San Andrés.*
- ◆ Participación como ponentes en el Simposio de Estilos de Vida Saludable organizado por la Subdirección de Enfermedades no Transmisibles.
- ◆ Participación como ponentes en el encuentro internacional de innovación y prospectiva para el desarrollo del turismo en Colombia.

Investigación: Estudio cuantitativo descriptivo de los contenidos de sodio de alimentos priorizados etapa I y II. Estudio experimental aleatorio plan piloto sector gastronómico. Protocolo e instrumentos para hallar la línea de base del consumo de sodio.

Proveeduría institucional: Se construyó un lineamiento técnico para la adquisición compra, preparación de alimentos saludables en los programas de ayuda alimentaria. Establece directrices para la promoción de alimentación saludable en los programas de apoyo alimentario, pretende en primera instancia promover el consumo de alimentos frescos y naturales, a través del cumplimiento de la aplicación de las recomendaciones

de Ingesta de Energía y Nutrientes y las Guías Alimentarias Basadas en Alimentos GABA, y evitar o disminuir el consumo de alimentos procesados y ultra procesados. Este documento define límites de contenido de nutrientes críticos (energía, sodio, azúcares, grasas saturadas y trans) que sirvan como insumo para la selección de proveedores. Asimismo, establece pautas en el proceso de elaboración de alimentos desde la planificación, preparación (adobo, técnicas de cocción, buen uso de grasas y aceites) y distribución de alimentos. Actualmente el Ministerio de Educación formuló un plan para su implementación en el sector educativo.

Acerca del consumo de alimentos y bebidas en expendios de alimentos en el entorno educativo: se avanza con un trabajo intersectorial con el Ministerio de Educación Nacional, en la construcción del documento que apoyará desde salud la reglamentación por parte del sector educativo de las tiendas escolares.

Relativo al plan de reducción del consumo de grasas saturadas y grasas trans en Colombia: es una iniciativa que tiene como objetivo contribuir a la disminución de la morbilidad atribuible a enfermedades no transmisibles (enfermedad cardiovascular), a través de acciones que propendan por la reducción de grasas trans y saturadas en los alimentos que consume la población colombiana. Tiene 4 líneas de acción; **1.** Medidas regulatorias: en la cual se establecen reglamentos que contribuyan a disminuir el contenido de grasas trans y saturadas en alimentos procesados y ultra procesados (actualización de rotulado, límites de contenido, rotulado frontal, entre otras). **2.** Alimentos preparados: esta línea acoge los restaurantes, comidas rápidas, panaderías y las escuelas de gastronomía, en las cuales se quiere diseñar, socializar, validar e implementar el buen uso de aceites y grasas. **3.** Información, Educación y Comunicación, en ésta línea se desea implementar la estrategia de IEC en SAN en el tema de grasas y orientar herramientas pedagógicas en las direcciones territoriales. **4.** Investigación: esta línea propende por profundizar en los resultados de ENSIN 2015 para conocer las fuentes de éste tipo de grasas en Colombia, por otro lado, promover la articulación intersectorial para generar conocimiento en los contenidos, fuentes y sustitutos de grasas trans y saturadas con la academia. En la primera fase del plan (2017), se tiene planteado: modificar la Resolución 2508/2012, *“Por la cual se establece*

el reglamento técnico de los alimentos envasados que contienen grasas trans y saturadas”, diseñar, socializar y validar el *“Documento técnico del buen uso, manejo y disposición de aceites y grasas”*, y estudiar a profundidad los resultados de ENSIN-2015 acerca de la ingesta de grasa saturada y trans en Colombia.

Se avanza en la construcción de la **ruta de Atención Integral al sobrepeso y obesidad en adultos, niños y adolescentes**, de los lineamientos que orienten las intervenciones planteadas en la ruta integral de atención al sobrepeso y obesidad (en articulación con la subdirección de enfermedades no transmisibles) y se brinda apoyo técnico para la inclusión del tema de alimentación saludable y acciones de nutrición en la ruta de promoción y mantenimiento de la salud (en articulación con la subdirección de enfermedades no transmisibles).

También en articulación con el grupo de la inocuidad de los alimentos se trabaja en la construcción del **policy brief de bebidas energizantes:** en cumplimiento del 15 de mayo de 2014 consejero ponente Guillermo Vargas Ayala de la Sección Primera de la Sala de lo Contencioso administrativo del Honorable Consejo de Estado, construcción del documento Tiendas Escolares –revisión de normatividad y experiencias exitosas a nivel latinoamericano, construcción del documento Alimentación Saludable que plantea las líneas de acción: Formulación de políticas, estrategias, planes, marco regulatorio y programas para promover una alimentación sana, formulación de directrices nacionales, suministro de información correcta y equilibrada, generación de capacidades en alimentación saludable a los actores del SGSSS y otros sectores, vigilancia, seguimiento y evaluación, investigación e innovación revisión de la situación nutricional y alimentaria de los departamentos Casanare, Guaviare, Nariño, Tolima, Antioquia, Atlántico, Valle, San Andrés, Boyacá, Guainía y Vaupés.

Durante el 2016, se llevó a cabo el operativo de campo en las seis regiones del país, cuyo proceso finalizó en diciembre del 2016. Se recolectó información de 4.962 segmentos urbanos y rurales, visitando 44.082 hogares en donde se recolectó información de medidas antropométricas, tomas de muestra de sangre y orina, información relacionada con el consumo de alimentos, práctica de lactancia materna, datos relacionados con actividad física, patrones sedentarios y fuerza prensil,

así como, información clave de seguridad alimentaria en el hogar, prácticas protectoras y estrategias de afrontamiento de inseguridad alimentaria. Durante el 2017, se adelanta el proceso inicial de depuración de la base de datos y el cálculo de los factores básicos de expansión, que permiten hablar de resultados poblacionales.

Se formula plan de acción para el año 2017 en el marco de la Comisión Intersectorial de Seguridad Alimentaria y Nutricional con la participación de las siguientes entidades: Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural, Ministerio de Educación Nacional, Ministerio de Ambiente, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Departamento de la prosperidad Social, Ministerio de Salud y Protección Social, mesa técnica liderada por la Subdirección de Salud Nutricional Alimentos y Bebidas.

2.2.2 Actividad Física

Se elabora, valida y socializa orientaciones para la gestión y promoción territorial de la actividad física, con participación de la OPS, el Centro de estudios de búsqueda e investigación e ciudades saludables de Brasil, la academia, el Ministerios de transporte, las secretarías departamentales de salud, Coldeportes, entre otros.

Se reactiva trabajo intersectorial en el marco de la Comisión Intersectorial para la promoción de la actividad física, definiendo ruta de armonización y articulación de acción, plan intersectorial para la promoción de la Actividad Física y apoyo en el despliegue de la Ley y política "pro bici" al Ministerio de transporte como estrategia para la promoción del transporte activo.

Se define plan de acompañamiento para la formulación e implementación de planes, programas y proyectos en 30 entidades territoriales, para la promoción de la actividad física en el dominio de transporte y tiempo libre.

2.2.3 Tabaco

Se realiza evaluación integral del etiquetado y empaquetado de productos de tabaco y sus derivados. El Consejo de estado, máxima autoridad de la jurisdicción contenciosa administrativa, ratificó la competencia del MSPS frente a la evaluación previa e integral del etiquetado: elementos formales de la advertencia sanitaria (tamaño, rotación de imágenes y la ubicación de la advertencia). Se revisa el restante porcentaje de la cajeti-

lla para que no se incluyan elementos publicitarios.

Se realiza Trazabilidad del producto que es la conformación de productos importados para Colombia, se hace de manera previa antes que salga al mercado. Esto es un procedimiento incluido en el sistema de gestión de calidad del MSPS (2010-2017).

Colombia recibió el premio por el trabajo intersectorial de Ministerio de Salud y Protección Social, el Ministerio de Hacienda y a la Veeduría Ciudadana para el control de Tabaco en Colombia que llevó al Congreso a aprobar un incremento del 100% en el componente específico del impuesto al consumo de cigarrillos.

2.2.4 Alcohol

Se cuenta con la Estrategia Nacional y Mundial de Respuesta integral al consumo del Alcohol; que contempla las siguientes esferas:

- ◆ *Liderazgo, concientización y compromiso.*
- ◆ *Respuesta de los servicios de salud.*
- ◆ *Acción Comunitaria.*
- ◆ *Políticas y medidas contra la conducción bajo los efectos del Alcohol.*
- ◆ *Disponibilidad de alcohol.*
- ◆ *Mercadeo de las bebidas alcohólicas.*
- ◆ *Políticas de precios.*
- ◆ *Mitigación de las consecuencias negativas del consumo de alcohol y la intoxicación etílica.*
- ◆ *Reducción del impacto en la salud pública del alcohol ilícito y el alcohol de producción artesanal.*
- ◆ *Seguimiento y vigilancia.*

Para avanzar en la estrategia, se contempla la coordinación de la Comisión Intersectorial para el control del consumo nocivo de alcohol cuyo objetivo es el fortalecimiento de la coordinación intersectorial para la implementación de la normatividad para el control del consumo nocivo de alcohol, actualmente se tiene 6 acuerdos institucionales para la reducción del uso nocivo de alcohol:

- ◆ *Con OPS - Universidad John Hopkins de Salud Pública: Seminario Académico "Evidencia de las medidas más costo efectivas para la reducción del consumo nocivo de alcohol"*

- ◆ *Con la Oficina de Planeación y Estudios Sectoriales del MSPS:* Diseño de un resumen de política sobre si Colombia necesita modificar la regulación del mercado de las bebidas alcohólicas en pro de la reducción del consumo de los niños, niñas y adolescentes.
- ◆ *Una mesa sectorial de Seguridad Vial:* Articulación de las intervenciones de la Estrategia Nacional de reducción del uso nocivo de alcohol con las establecidas en el Plan Nacional de Seguridad Vial en coordinación con la Subdirección de Salud Ambiental y Agencia Nacional de Seguridad Vial.
- ◆ *Con el Ministerio de Educación Nacional y el ICBF:* Campaña de promoción y fortalecimiento del involucramiento parental como factor protector frente al consumo de sustancias psicoactivas.
- ◆ *Una comisión técnica nacional de reducción de la demanda:* Diseño de la matriz prevención del consumo de sustancias psicoactivas y alcohol en el marco del Plan Operativo del Plan nacional de promoción de la salud, prevención y atención al consumo de sustancias psicoactivas y alcohol.
- ◆ *Y Redpaz Webinar:* Intervenciones breves sobre el consumo de alcohol en el embarazo.

En la implementación territorial como complemento al fortalecimiento institucional, se brinda asistencia técnica para apoyar el despliegue, articulación y seguimiento de las estrategias departamentales de alcohol con los Planes Departamentales de Oferta y Consumo de Drogas, de forma presencial y virtual. Se orienta en la implementación del Programa Pactos por la Vida a través de la Resolución 6135 de 2016, dichas actividades se han desarrollado en Valledupar, el distrito de Riohacha, Santa Marta y Norte de Santander; Chocó, La Guajira y Sucre se ha brindado asistencia técnica mediante las mesas territoriales, a Boyacá, Casanare y Santander para la implementación de las intervenciones para la reducción del consumo nocivo de alcohol establecidas en el Plan Departamental de Drogas, específicamente en el marco del artículo 37 de la Ley 1816 de 2016 y se enviaron herramientas técnicas para tal fin.

Respecto a la articulación para cero tolerancias a la conducción bajo los efectos del alcohol en el marco del Plan

de Seguridad Vial se ha avanzado en acuerdos institucionales a través de la Mesa Sectorial de Seguridad Vial orientada a articular las intervenciones de la Estrategia Nacional de reducción del uso nocivo de alcohol con las establecidas en el Plan Nacional de Seguridad Vial en coordinación con la Subdirección de Salud Ambiental y la Agencia Nacional de Seguridad Vial.

También se brinda apoyo técnico para la prevención del consumo de alcohol en mujeres gestantes y lactantes mediante acuerdos institucionales para instaurar en los servicios, atenciones dirigidas a mujeres, mujeres gestantes y lactantes, las intervenciones para la reducción del consumo de alcohol para la prevención del consumo de alcohol y del síndrome de alcoholismo fetal incluidas en la RIAS de promoción y mantenimiento.

2.2.5 Cáncer

Se cuenta con el Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia 2012-2021, nace como respuesta ante la carga creciente del cáncer en el perfil de salud de los colombianos, por lo que busca movilizar la acción del Estado, la acción intersectorial, la responsabilidad social empresarial y la corresponsabilidad individual para el control del cáncer en Colombia. Frente a este, se dispone de la metodología e instrumentos de evaluación y de los resultados de la línea de base del Plan Decenal para el Control del Cáncer, y de los avances cada línea estratégica: control del riesgo, detección temprana, tratamiento, cuidados paliativos, vigilancia epidemiológica y gestión del talento humano.

Se tiene un documento con la propuesta de estrategia para la puesta en marcha de las rutas de atención en el componente detección temprana y de gestión de riesgo de los tipos de cáncer priorizados en el marco del Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia, 2012- 2021 (mama, cérvix, colon y recto, próstata, pulmón, piel no melanoma, gástrico, Leucemia y linfoma en adulto).

Se cuenta con Caja de herramientas para prevención del cáncer de piel, un rotafolio y un manual para la prevención y detección temprana de cáncer de piel no melanoma para profesionales de la salud, un manual para la prevención de cáncer de piel no melanoma dirigido entorno educativo (escolar y universitario) y laboral y

un video educativo para recomendaciones tendientes a fortalecer la cultura ciudadana en el uso de mecanismos de barrera contra la exposición a rayos ultra violetas.

En cuidado paliativo se cuenta con el Abecé y lineamientos de Cuidados Paliativos. Se cuenta con la Guía de Práctica Clínica de atención en Cuidados Paliativos (adoptada), la cual fue socializada. Se promulgaron circulares y resoluciones que complementan la reglamentación de la Ley 1733 y se socializó la reglamentación de Cuidados Paliativos en el escenario del encuentro regional por el control de Cáncer y se publicó la Resolución 1477 del 22 abril/ 2016, donde define habilitación de las Unidades Funcionales para la Atención Integral de Cáncer del Adulto y las Unidades de Atención de Cáncer Infantil.

En cuanto al control del riesgo y específicamente lo relacionado con la Infección del Virus del Papiloma Humano (VPH), el cual contribuye a la aparición de cáncer, la Subdirección de Enfermedades Trasmisibles participó en las mesas de trabajo para el relanzamiento de la Vacuna contra el VPH, además de participar en el Foro Vacuna contra el cáncer de cuello uterino organizado por la Academia Nacional de Medicina, en la cual se presentaron las siguientes ponencias por el Ministerio de Salud: Cáncer de cuello uterino, de la citología a los test VPH, Vacuna contra el cáncer de cuello uterino VPH, Políticas, perspectivas y futuro en Colombia, Políticas de vacunación contra el cáncer de cuello uterino. También el Ministerio de Salud y Protección Social está vinculado al Proyecto de investigación *“Hacia el desarrollo de programas nacionales de control del cáncer infantil en América Latina”* liderado por la Organización Panamericana de la Salud; por lo anterior, desde el mes de noviembre se dio inicio a la participación en dicho proyecto con la asistencia a reuniones virtuales y el diligenciamiento de instrumentos para la recolección de información propios del proyecto.

En cumplimiento de la Ley 1388, artículo 14, donde ordena crear el Consejo Nacional Asesor de Cáncer Infantil, bajo este marco se desarrollaron durante 2016, 4 sesiones virtuales que permitieron hacer el seguimiento a políticas y planes nacionales y al comportamiento epidemiológico del cáncer infantil y ya se cuenta con caracterización de los Consejos Departamentales Asesores de cáncer Infantil

Se actualizan las Guías de Práctica Clínica de cáncer de colon y recto y mama. Se construyen los procedimientos para la detección temprana del cáncer de mama, cuello uterino, colon- recto y próstata que se integrarán a los lineamientos de la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud.

Para fortalecer a los territorios se desarrollan acciones de acompañamiento y asistencia técnica presencial y virtual con Empresas Administradoras de Planes de Beneficios, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y las Direcciones Territoriales de salud para orientar la fase inicial de implementación de las RIAS de cáncer con énfasis en las intervenciones para la detección temprana.

Se diseñan acciones comunicativas y de sensibilización (Publicación de nota de prensa, información estadística para los actores, desarrollo y publicación de protectores de pantalla y piezas comunicativas), divulgación de piezas comunicativas para fomentar el uso de medidas de protección solar en la población en el marco del Día Mundial de Lucha contra el Cáncer.

Se brinda acompañamiento técnico al Proyecto Red Ladera operado en la ciudad de Cali para la detección temprana del cáncer de mama y se generan insumos técnicos para orientar y apoyar la Planeación Territorial en Salud con énfasis en las acciones para fortalecer la prevención y detección temprana del cáncer y se proporciona asesoría y acompañamiento técnico a las Direcciones Territorial de Salud e IPS para lo correspondiente al funcionamiento de los hogares de paso.

2.2.6 Enfermedades del sistema Circulatorio, la diabetes mellitus y la ERC

Se avanza en la implementación de la estrategia *“Conoce tu riesgo, peso saludable”*. A la fecha se han realizado 85.000 cálculos de riesgo cardiovascular y metabólico y se trabaja en la ciudad de Cali en el proyecto *“Estandarización del tratamiento de Hipertensión”*.

Para fortalecer la capacidad en el territorio y especialmente al talento humano, se realizó una reunión Nacional de Referentes de ENT, la cual tuvo como objetivo socializar la metodología y definir el proceso para la elaboración del Plan Operativo para la prevención y

control de las ENT durante el 2017, así como abordar los retos en la implementación y despliegue del Modelo Integral de Atención en Salud y las Rutas Integrales de Atención en Salud y se programó asistencia técnica presencial para la implementación de las Rutas Integrales de Atención del Grupo de Riesgo Cardiovascular en las Provincias de Sugamuxi y la Libertad en el departamento de Boyacá.

Además, se cuenta con:

- ◆ Documento técnico con la propuesta del programa nacional de capacitación de personal de salud para la atención en escenarios de urgencias y emergencias de los eventos agudos y complicaciones de enfermedades cardiovasculares y diabetes (infarto agudo de miocardio, accidente cerebrovascular, cetoacidosis diabética y coma hiperosmolar).
- ◆ Documento técnico con la propuesta de manual y de reglamentación y capacitación para la organización y la prestación de los servicios de salud en los programas de rehabilitación cardíaca en Colombia, para tal fin se llevó a cabo el proceso de validación con la participación de 48 Programas de Rehabilitación cardíaca y en total se realizaron nueve reuniones virtuales y dos reuniones presenciales de cierre.
- ◆ Documento con la propuesta de evaluación de la efectividad de la polipíldora para el tratamiento de la hipertensión arterial en población colombiana y recomendaciones para su eficiente producción con cobertura nacional.
- ◆ Documento con el diseño, desarrollo e implementación de las herramientas para mejorar las competencias del personal de equipos de salud de los servicios de baja complejidad (*"Conoce tu riesgo y peso saludable. Un millón de Corazones. El proyecto de estandarización del tratamiento de hipertensión"*). El plan cardiovascular y diabetes); en siete Entidades Territoriales (Bogotá, Cali, Villavicencio, Barranquilla, Bucaramanga, San Andrés y Manizales).
- ◆ Documento con la línea de base del sistema de seguimiento y evaluación para la atención a pacientes con enfermedades no transmisibles.

Se finalizó el proceso de elaboración de las Rutas Integrales de Atención que hacen parte del grupo de riesgo cardiovascular (Síndrome Coronario Agudo, Enfermedad Renal Crónica, Ataque cerebrovascular y sobrepeso y obesidad en adultos y niños).

Se desarrollaron sesiones de asistencia técnica de entrenamiento en el manejo de herramientas para la estratificación de riesgo cardiovascular en el marco de la implementación de la estrategia *"Conoce Tu Riesgo Peso Saludable"* para las siguientes universidades: Universidad Libre de Cali, Universidad Juan de Castellanos, Universidad Tecnológica de Pereira, Universidad de Caldas, Universidad de la Guajira, Universidad Nacional Autónoma de Bucaramanga, Universidad de Santander, Universidad Simón Bolívar, a la Secretaría Departamental de Salud de Putumayo y realización de 40 sesiones de asistencia técnica virtual para la implementación de las Rutas Integrales de Atención del Grupo de riesgo Cardiovascular a siete departamentos del país y con relación a la transferencia de conocimiento para la implementación de la estrategia *"Toma el Control"* se capacita a los profesionales que hacen parte de los programas de hipertensos en IPS ubicadas en los Departamentos de Risaralda y Boyacá y se ejecutan dos sesiones de seguimiento virtual a la estrategia *"Toma el Control"* que se implementa en la ciudad de Cali.

Finalmente, se continúa con el seguimiento a los avances en la implementación de los proyectos cofinanciados por World Diabetes Foundation: Generación Vida Nueva (en el distrito de Barranquilla), mi pie (en el departamento de Córdoba) y Te Veo y Ves (en el departamento de Córdoba).

2.2.7 Enfermedades respiratorias crónicas

En el marco del convenio 519/2015 entre MSPS/OMS-OPS se inició el desarrollo y validación con entidades territoriales, Entidades Promotoras de Salud, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y sociedad científica de la estrategia *"Tomate la vida con un segundo aire"* para la prevención y control de las Enfermedades Respiratorias Crónicas, el análisis de situación específica para este grupo de riesgo, las herramientas técnicas que apoyen a la gestión del riesgo de las enfermedades respiratorias crónicas principalmente la EPOC y asma.

A finales del año 2016 y en el año 2017, se inicia la socialización de la estrategia *“Tomate la vida con un segundo aire”* para la prevención y control de las Enfermedades Respiratorias Crónicas y herramientas técnicas para la gestión del riesgo de estas enfermedades a las Direcciones Territoriales de Salud departamentales, distritales, municipales, EPS e IPS mediante asistencia técnica virtual a Nariño, Risaralda, Meta, Huila, Caquetá, Valle, Manizales, Magdalena, Boyacá, Vaupés, Casanare, Arauca. Para el caso de la Secretaría de Salud del departamento del César se brinda asistencia técnica presencial a municipios, IPS y corporación autónoma regional del César y se apoya el proceso de articulación intersectorial para el control de los factores de riesgo ambiental relacionados con estas enfermedades, en el marco del COTSA en conjunto con la subdirección de Salud Ambiental y del Programa de Infección Respiratoria Aguda.

Se capacitó a gestores comunitarios de las Ligas Antituberculosas sobre la estrategia *“Tómame la vida con un segundo aire”* para la prevención y control de las enfermedades respiratorias crónicas y se orienta el apoyo que pueden brindar a la comunidad frente a este tema. Así mismo, se participó con la ponencia de la estrategia *“Tómame la vida con un segundo aire”* para la prevención y control de las enfermedades respiratorias crónicas en la sesión virtual organizado por el Ministerio de Medio Ambiente y Desarrollo Sostenible, con la finalidad de dar a conocer las intervenciones definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, para este grupo de riesgo y abogar por la necesidad de desarrollar intervenciones intersectoriales para el control de los factores de riesgo relacionados con estas enfermedades. De otro lado, se participó en el foro sobre calidad del aire y salud en la ciudad de Bogotá presentando la estrategia organizado por la Universidad de los Andes.

Se gestionó ante la Subdirección de Salud Ambiental, la inclusión y articulación de las intervenciones de las enfermedades respiratorias crónicas y sus factores de riesgos (principalmente EPOC y asma) en las estrategias, instrumentos de educación, e informes de análisis de carga de enfermedad por contaminantes ambientales relacionados con estas enfermedades.

Con respecto a la Ruta Integral de Atención para la EPOC en su expresión de Matriz de intervenciones, diagrama de capas y flujograma, se validó externamente en el marco del convenio con IETS y en el año 2017 se dio inicio a la construcción de la RIA de asma. Se definieron las intervenciones promocionales colectivas e individuales de protección específica y detección temprana de la EPOC, para incorporarlas en la ruta de promoción y mantenimiento de la salud.

También se desarrolló la propuesta del programa nacional para la cesación de consumo de tabaco y atención de la dependencia. En el año 2017, se fortalecerán las capacidades del talento humano y para ello se realizó la gestión técnica y administrativa ante OMS/OPS para el desarrollo de dos talleres que inducen a fortalecer las capacidades del talento humano de los servicios de salud de atención primaria para la aplicación de intervenciones de cesación del consumo de tabaco, en los cuales se contará con Entidades Promotoras de Salud del régimen contributivo (MEDIMAS, Salud Total, Sanitas, FAMISANAR, Nueva EPS); del régimen subsidiado (ASMEY SALUD y ECOOPSOS, EMSSANAR y MALLAMAS) y régimen de excepción (Sanidad Militar y Policía) y algunas Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

En el marco del taller del grupo de modos, condiciones y EVS dirigido a universidades se socializó el programa nacional para la cesación del consumo de como principal factor de riesgo de la EPOC y el asma.

Se cuenta con las normas NTC para el análisis de componentes del humo de tabaco en cigarrillos (NTC-ISO 10315, 4387, 10362-1, 3402 y 3308) como parte de la gestión necesaria para su aprobación del área jurídica y posterior consulta pública *“Por la cual se establece la información que debe ser presentada por los fabricantes e importadores de productos de tabaco al Ministerio de Salud y Protección Social sobre los ingredientes agregados al tabaco y los niveles de componentes de humo que corresponden a niveles de alquitrán, nicotina y monóxido de carbono de los productos de tabaco y sus derivados y se define el mecanismo de suministro de la misma”*.

Se promueve la articulación de las intervenciones para la cesación del consumo de tabaco en la Ruta de Promoción y Mantenimiento y se está trabajando para la inclusión de las intervenciones para la atención de la dependencia en la RIA de sustancias psicoactivas. Participación en el comité técnico del convenio Universidad Nacional de Colombia y el MSPS para el desarrollo y evaluación de las advertencias sanitarias como parte del principal factor de riesgo de la EPOC.

Se gestiona la carta acuerdo con la IPS Javesalud y Universidad Nacional a Distancia para la implementación del programa para la cesación del consumo de tabaco y apoyo en la construcción del curso virtual para la atención del tabaquismo.

A continuación, se describen los insumos desarrollados para apoyar el trabajo tanto a nivel nacional como territorial con miras a controlar las complicaciones y por ende disminución de la mortalidad prematura por enfermedades respiratorias crónicas:

- ◆ Guía de Práctica Clínica para la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y seguimiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. EPOC.
- ◆ Guía de Práctica Clínica para niños, niñas con diagnóstico de asma.
- ◆ Documento técnico que contiene la Estrategia “Tómame la vida con un segundo aire para la prevención y control de las Enfermedades Respiratorias Crónicas y sus factores de riesgo.
- ◆ Documento Programa Nacional de Cesación del consumo de tabaco y atención de la dependencia.
- ◆ Abecé Estrategia para la prevención y control de las enfermedades respiratorias crónicas
- ◆ Protocolo de medición de la caminata de seis minutos
- ◆ Anexo educativo para el uso e interpretación de la espirometría
- ◆ Anexo educativo para la interpretación de la oximetría de pulso

- ◆ Anexo educativo para el uso de inhaladores
- ◆ Anexo educativo para el uso de oxígeno
Cartilla sobre actividad física y enfermedad respiratoria crónica
- ◆ Folleto de la Salud Respiratoria
- ◆ Abecé de la Salud Respiratoria
- ◆ Animación sobre la enfermedad respiratoria más frecuente: La EPOC.
- ◆ Documento con la propuesta técnica para la gestión del tratamiento farmacológico para la EPOC con enfoque de atención integral en los componentes del orden nacional relacionados con disponibilidad, distribución, atención y uso. Incluyendo terapia de remplazo de nicotina.
- ◆ Abecé para la detección temprana de la EPOC.

2.3 Monitoreo y seguimiento al cumplimiento de la Mega Meta

Siendo el monitoreo, seguimiento y la evaluación de la gestión para el control de las ENT, un conjunto de acciones sistemáticas y estructuradas de acompañamiento, revisión y medición de procesos y resultados, realizadas a nivel nacional y territorial con los diferentes actores (equipos de salud pública, EAPB, otros sectores, comunidad), para la gestión de la promoción, prevención y atención integral de las Enfermedades no Transmisibles y teniendo en cuenta que la operación del sistema se realiza en consonancia con el sistema de monitoreo del PDSP a continuación se describe el avance al seguimiento de la gestión relacionada con la mega meta.

- ◆ Metas definidas a 10 años con estrategias definidas para cumplir e indicadores con fuentes definidas para seguimiento nacional y regional.
- ◆ Propuesta técnica para desarrollo de Vigilancia en Salud Pública de ENT.
- ◆ Revisión sistemática de intervenciones Poblacionales para orientar las acciones para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles.

- ◆ Construcción del observatorio de Cáncer y enfermedades cardiovasculares que incluye indicadores para monitorear la epidemia de ENT.
- ◆ Vigilancia en salud pública que está bajo la responsabilidad del Instituto Nacional de salud en donde se incluyó la vigilancia del cáncer de mama y cuello uterino, y la vigilancia del cáncer infantil en menores de 18 años.
- ◆ Pilotaje a la vigilancia de Factores de Riesgo de las ENT en el territorio, apoyado por el INS.
- ◆ Construcción de Protocolos en el componente de ENT para la Encuesta Nacional de Salud, Encuesta Nacional de Demografía, Encuesta Nacional de Salud Mental, Encuesta Nacional de consumo de Tabaco en Adulto, Encuesta Nacional de consumo de Tabaco en jóvenes, Encuesta Nacional de Salud Escolar, Encuesta Nacional de situación nutricional, cuidadores, envejecimiento y bienestar, consumo de sodio, yodo y flúor.
- ◆ Documento de monitoreo y seguimiento de Enfermedades no Transmisibles, en el componente normativo, político y económico (Modelo de Equilibrio General computable), y de morbi-mortalidad.
- ◆ Construcción de resúmenes de Política basada en la evidencia a partir de la metodología EVIPNET en temas prioritarios como son el Tabaco (cajetilla como vehículo de publicidad, interferencia de la industria tabacalera) y alimentación saludable (consumo de bebidas azucaradas, alimentación saludable para menores de 16 años) para responder a las ENT.
- ◆ Curso virtual básico e intermedio de epidemiología de enfermedades no transmisibles.

Observatorio de Seguridad Alimentaria y Nutricional, en la plataforma se encuentra la información de seguimiento, monitoreo y evaluación de intervenciones públicas que se hacen en seguridad alimentaria y nutricional en Colombia.

Se monitorizan las actividades propuestas en los planes de acción en salud de los territorios y su índice de eficacia operativa en la gestión de las ENT

y especialmente en las acciones desarrolladas que aportan al cumplimiento de la Mega Meta.

- ◆ Se cuenta con un instrumento “*Ficha epidemiológica*” que compila indicadores relacionados con las ENT, los cuales brindan apoyo a los temáticos en el seguimiento y monitoreo del cáncer, las enfermedades respiratorias de vías inferiores, las enfermedades cardiovasculares, la diabetes mellitus y la enfermedad renal crónica.

2.3.1 Seguimiento a las acciones desarrolladas respecto a los indicadores relacionados con la mega meta y que se tienen estipulado en el plan nacional de desarrollo (SINERGIA)

El Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018, contempla 11 metas relacionadas con la gestión en ENT, las cuales están contenidas en el capítulo IV “*Movilidad Social*” del Plan Nacional de Desarrollo, pero a través de SINERGIA y que están relacionadas con la Mega Meta, se hace seguimiento con periodicidad mensual a 5 indicadores que a continuación se mencionan:

a) A 2018, contar con 55 municipios que implementan la estrategia Ciudad, Entornos y Ruralidad Saludable (CERS).

b) A 2018, disminuir la tasa de mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles a 192 muertes por 100.000 habitantes de 30 a 70 años.

c) A 2018, aumentar a 50% la proporción de nuevos casos de cáncer de mama diagnosticados en estadios tempranos (I-IIA).

d) A 2018, aumentar a 70% la proporción de nuevos casos de cáncer de cuello uterino diagnosticados en estadios tempranos (NIC I, NIC II y NIC III o insitu). (5)

e) Porcentaje de mujeres con citología cervicouterina anormal que cumplen el estándar de 30 días para la toma de colposcopia. (Asignada en el mes de abril de 2017 a la SENT)

2.3.1.1 Estrategia de ciudades, entornos y ruralidad saludable:

La estrategia de ciudades, entornos y ruralidad saludable actualiza y armoniza lineamientos nacionales para los entornos escolar, universitario, laboral, hogar y comunitario; definen estrategias de despliegue y acompañamiento territorial de la política para la promoción de modos, condiciones y estilos de vida saludable. Se realiza reunión de construcción del nodo nacional de redes sociales y comunitarias *“TODOS por una Colombia Saludable”*, que promueven los estilos de vida saludable con los Ministerios de: Educación, Cultura, Ambiente, DPS, Agricultura, ICBF, Sena, entre otros. Validación interna del Lineamiento en los entornos de vivienda y espacio público. En el momento hay 12 ciudades en fase 2 de la implementación de la estrategia CERS.

Se cuenta con el Abecé para la implementación en el territorio de la estrategia de Ciudad, entorno y ruralidad saludable y se construye un plan para la implementación y despliegue en áreas demostrativas de los lineamientos técnicos para la promoción de los modos, condiciones y estilos de vida saludable en los entornos escolar, universitario, laboral, espacio público y vivienda y un modelo de autoevaluación institucional para los modos, condiciones y estilos de vida en los entornos de vida que incluye una herramienta virtual. También se genera una propuesta de *“Pacto para la promoción del consumo de frutas y verduras”* en los entornos para ser desplegada en el marco de las áreas demostrativas en el marco de la comisión intersectorial de salud y una estrategia para la promoción de los MCYEVS en los parques naturales desarrollada- MSPS- Min ambiente *“salud en los parques naturales”*, definida en el marco de los entornos de vida. Se elaboró orientaciones para la gestión territorial para la promoción de actividad física en tiempo libre; se diseñó un modelo de autoevaluación territorial para la promoción de los modos, condiciones y estilos de vida saludables y el desarrollo de un modelo de red de apoyo social *“TO2ES por una Colombia Saludable”*, además de un proyecto nacional intersectorial para promoción del consumo de frutas y verduras formulado y presentado a la Comisión Intersectorial para la Vigilancia de la Salud Pública y a la Comisión intersectorial de Seguridad Alimentaria y Nutricional.

Se desarrollaron 10 Talleres de capacitación a gestores nacionales y territoriales sobre lineamientos técnicos para promoción de los modos, condiciones y estilos de vida saludable en el marco de la estrategia de ciudades, entornos y ruralidades saludables, con apoyo de la Organización Panamericana de la Salud, Organización Internacional de Migraciones y la Universidad de Sao Pablo Brasil.

Se realizó propuesta de implementación y despliegue articulado con OPS Y OIM- Universidad de Sao Pablo Brasil, con prioridad en 7 áreas demostrativas (San Andrés, Atlántico, Santander, Caldas, Risaralda, Tolima, Valle del Cauca y Guainía.

Se tiene un análisis de la red de ciudades para establecer sobre cuales municipios se tendría un efecto de dispersión de la estrategia de ciudades saludables sobre las redes en mención. Se diseñó un índice de ciudades saludables que involucra los indicadores de las mejores intervenciones costo-efectivas, con el fin de realizar seguimiento a la estrategia. Se ha realizado 2 reuniones virtuales con la Universidad de Sao Paulo y la Organización Panamericana de la Salud, en las cuales se han discutido y ajustado el convenio para fortalecer la metodología en el acompañamiento técnico territorial por parte de la universidad para la implementación de la estrategia en el territorio.

Se inicia definición de línea base nacional y departamental del desarrollo institucional frente a los componentes operativos del lineamiento para la promoción de los modos y estilos de vida saludables. Acuerdo de voluntades con Asociación Colombiana de Universidades para desarrollo de pilotos de la estrategia de Universidades saludables: Atlántico, Guajira, Boyacá, Caldas, Valle, Risaralda. Plan de despliegue y acompañamiento e implementación de lineamientos técnicos para promoción de los MCYEVS en Atlántico, Santander, Caldas, Risaralda, Tolima, Valle y Guainía y en los ministerios de: Trabajo, Hacienda y Comercio y en las entidades probadas: Colgate- Palmolive, Municipio de La Cumbre y la unidad ejecutora de saneamiento del Valle del Cauca. Se define plan de implementación y despliegue para la estrategia CERS de ciudades, entorno y ruralidad saludable, y se desarrollaron 3 talleres de socialización para las áreas demostrativas en Barranquilla, Pereira y Cali.

Se adelanta implementación de lineamientos técnicos para la promoción de los MCYEVS en las áreas demostrativas: Atlántico, San Andrés, Santander, Tolima, Valle de Cauca, Guainía, Quindío y Caldas. Así mismo la implementación a nivel Nacional en Ministerios de Hacienda, Trabajo y Cultura con el apoyo de la Función pública. Se define modelo de caracterización de factores de riesgo con el INS para ser monitoreados a través del SIVIGILA e inicia implementación de plan de despliegue y acompañamiento de los lineamientos técnicos para la promoción de MCYEVS en el entorno Educativo en apoyo con OIM, en áreas demostrativas: Atlántico, Santander, Caldas, Risaralda, Tolima, Valle y Guainía. Se avanza en definición de propuesta de Red de Ciudades Saludables con el apoyo de OPS- CEPEDOC- Universidad de Sao Pablo Brasil. Producto de los talleres se logra comprometer a las autoridades de gobierno de los municipios de Cali, Popayán, Neiva, Pereira, San Andrés, Atlántico: Distrito- Barranquilla, Sabana Larga, Luruaco, Usiacurí, Polonuevo, Galapa, Tubará, Soledad y Puerto Colombia; en Boyacá: Paipa, Soata, Tunja y Topaga en la estrategia CERS; se adelanta la gestión con ellos para la emisión de la declaración como municipio saludable firmada por los alcaldes.

Se adelanta la implementación de la estrategia CERS en los departamentos del Huila con 4 ciudades: Garzón, Pitalito, La Plata, Baraya y Campo Alegre; en Boyacá se avanza en la socialización y caracterización en los municipios de Topaga y Soata; en Cauca se está desarrollando la actividad en Popayán; en Santander con el municipio de Guespa; Risaralda en Pereira, en Amazonas, Leticia y en Sucre, la ciudad de Sincelejo.

Se avanzó en la socialización e implementación de la estrategia CERS en los departamentos de Boyacá (Paipa, Topaga y Soata), Huila: (Pitalito, Garzón, la Plata y Baraya y Campo Alegre) y se definió un plan de acompañamiento para la implementación de orientaciones y guía para la promoción de CERS en 25 municipios, en los procesos de capacitación y definición de plan CERS y Se realiza socialización para acompañar la formulación del plan CERS en: Valle del Cauca: Cali, Jumbo, Palmira, Buenaventura, Buga; Santander: Bucaramanga, San Vicente del Chucuri, Pie de Cuesta, Málaga, Guespa; en Tolima: Ibagué, Cajamarca, Rovira, Valle del San Juan; Atlántico: Barranquilla, Galapa, Puerto Colombia, Luruaco, Sabana Larga, Soledad; en Guainía: Puerto Iní-

rida, Puerto Colombia, San Felipe, Cacahual y Caldas: Manizales, Villa María, Neira, Palestina.

Se socializa e implementa orientaciones técnicas para la promoción de Ciudades, Entornos y Ruralidades Saludables (CERS) y guía para su implementación, a través de taller de socialización regional concentrado en tres ciudades: Cali, Pereira y Barranquilla, con participación de autoridades locales de planeación, salud, deportes, educación, academia, alcaldes de 10 departamentos: San Andrés, Atlántico, Valle del cauca, Santander, Boyacá, Huila, Risaralda.

2.3.1.2 Disminuir la Tasa de mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles (por 100.000 habitantes de 30 a 70 años):

La SENT ha gestionado una serie de actividades relacionadas con los cuatro (4) eventos relacionados con la mortalidad prematura de las ENT.

2.3.1.2.1 Cáncer

Se cuenta con el Plan Decenal para el control del Cáncer en Colombia, y para el monitoreo y evaluación se dispone de un instrumento de evaluación de los resultados de la línea de base 2012-2021. (Convenio 519 de 2015). Para el día Mundial de Lucha contra el Cáncer, se desarrollan actividades de movilización social y difusión en medios, se brinda asistencia técnica a los entes territoriales en lo relacionado al Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) y Rutas de Atención de cáncer de mama y cuello uterino. En articulación con la Oficina de comunicaciones se adelantó la publicación de infografía y mensajes conmemorativos del Día Mundial de Lucha contra el cáncer de ovario.

Como parte del apoyo desde la SENT para la planeación territorial en salud, se adelantó sesión virtual de asesoría para el componente de cáncer con las Secretarías de Salud de Cali, Guaviare, y se retroalimentó a los departamentos de Norte de Santander, Guainía y Meta, en la gestión de las condiciones crónicas prevalentes incluyendo el cáncer, igualmente se realizó videoconferencia preparatoria de los eventos regionales por el control del cáncer, contando con la asistencia de Norte de Santander, Santander, Valle del Cauca, Atlántico y Antioquia.

Se adelantó sesión del Observatorio Nacional de Cáncer, contando con la participación de las entidades correspondientes. Para dicha sesión se adelantó el análisis de la mortalidad por cáncer de mama y la RIA. Actualmente se cuenta con guía metodológica actualizada, tablero de indicadores y propuesta de diseño de la página web. Se socializó la Ruta de atención de cáncer de cuello Uterino en el marco del MIAS durante el Congreso Anual del OICA. En el departamento de Santander a parte de la asistencia técnica que se brinda de forma periódica se capacitó a 87 médicos generales de los municipios de Santander en estrategias de detección temprana de cáncer.

En el marco del Convenio 519 de 2015 suscrito con la OPS y MSPS, se programaron mesas técnicas para concretar el desarrollo de los productos de la línea de cáncer para la construcción de herramientas técnicas para la implementación de las RIAS de cáncer, la evaluación del Plan Decenal para el control del cáncer en Colombia, la difusión de lineamientos para la detección temprana de cánceres priorizados, así como la evaluación de la Ruta de atención para menores de 18 años con leucemia y la caracterización de los servicios de apoyo para niños con cáncer y en el marco del convenio 547 de 2015 suscrito con la OIM y MSPS se adelantó la fase preparatoria para asistencia técnica en Santander y N. de Santander para planeación territorial en salud.

Se cuenta con las Guías de Práctica Clínica de Cáncer, con los lineamientos para la operación de las RIAS de cáncer de mama, cuello uterino, colon y recto y próstata, como producto del Convenio 519 de 2015. Se emitió concepto técnico del Proyecto de Ley N° 129 de 2016 Senado, *“por la cual se establecen normas para la protección, prevención y control de los efectos nocivos que para la salud tiene la exposición prolongada y sin la debida protección a la radiación solar”*.

En cuidado paliativo se cuenta con el Abecé y lineamientos de Cuidados Paliativos. Se cuenta con la Guía de Práctica Clínica de atención en Cuidados Paliativos (adoptada), la cual fue socializada. Se elaboró circulares y resoluciones que complementan la reglamentación de la ley 1733 y se socializó la reglamentación de Cuidados Paliativos en el escenario de Encuentro regional por el control de Cáncer.

Se publicó la de Res.1477 del 22 abril/ 2016, donde se define la habilitación de UFCA y UACAI y se desarrollaron dos sesiones del Consejo Nacional Asesor de Cáncer Infantil, los días 14 y 21 de diciembre.

2.3.1.2.2 Enfermedad Renal Crónica (ERC) y Enfermedades Cardio-Vasculares (ECV):

Se avanza en la implementación de la estrategia *“Conoce tu riesgo, peso saludable”*, a la fecha se han realizado 81.552 cálculos de riesgo cardiovascular y metabólico y se trabaja en la ciudad de Cali en el proyecto *“Estandarización del tratamiento de Hipertensión”*.

Se cuenta con los lineamientos para la conformación e implementación de programas de rehabilitación cardíaca en el país. Se adopta la Guía de Práctica Clínica para manejo de Enfermedad Renal Crónica.

Se cuenta con Rutas Integrales de Atención para la Prevención y tratamiento del Ataque Cerebrovascular, Síndrome Coronario Agudo, Enfermedad Renal Crónica, Sobrepeso y obesidad y se actualizaron las Guía de Práctica Clínica de Síndrome Coronario Agudo e Hipertensión arterial.

Se realiza seguimiento presencial y virtual al Programa CARDIECOL.

Se desarrolló la Reunión Nacional de Referentes de ENT, la cual tuvo como objetivo socializar la metodología y definir el proceso para la elaboración del Plan Operativo para la prevención y control de las ENT durante el 2017, así como abordar los retos en la implementación y despliegue del Modelo Integral de Atención en Salud y las Rutas Integrales de Atención en Salud.

Se brindó asistencia técnica presencial para la implementación de las Rutas Integrales de Atención del Grupo de Riesgo Cardiovascular en las Provincias de Sugamuxi y la Libertad en el departamento de Boyacá.

Se realizó entrenamiento para la implementación de la estrategia *“Conoce Tu Riesgo Peso Saludable”* en la Universidad Autónoma de Bucaramanga, la Universidad Juan de Castellanos de Tunja y la Universidad de Caldas. Todo lo anterior en el marco de la construcción de entornos universitarios saludables y a las EPS de los

departamentos de Cauca y Nariño, San Andrés, Atlántico, Santander, Caldas, Valle del Cauca, Cesar, Huila y Tolima.

Se socializaron las rutas integrales de atención para la prevención, control y tratamiento de la HTA y la DM, en el marco de la implementación del modelo de atención –MIAS y la inclusión del diagnóstico precoz de diabetes y obesidad mediante el proyecto Generación Vida Nueva.

se realizaron 10 sesiones virtuales a Santander, Boyacá, Risaralda, Caldas, Valle del Cauca y ciudad de Cali para implementar la estrategia de GestIRCV.

2.3.1.2.3 Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC):

Se trabaja en la construcción de programa para detección temprana de EPOC y para cesación de tabaquismo mediante el convenio 517/2015 OPS-MSPS. Se socializó la estrategia “*Tomate la vida con un segundo aire*” para la prevención de las Enfermedades Respiratorias Crónicas, se trabaja en el programa nacional de cesación para consumo de Tabaco y Guías de Práctica Clínica, además se cuenta con herramientas de IEC y gestión del riesgo de la EPOC.

Se validó la estrategia nacional para las enfermedades respiratorias crónicas y del programa para la atención de la EPOC, en la ciudad de Bogotá y Manizales, en donde participaron IPS, neumólogos, fisioterapeutas, Secretaria de Salud Distrital de Bogotá, Boyacá, Manizales, Caldas, Guainía y Pereira.

Se cuenta con las normas NTC para el análisis de componentes del humo de tabaco en cigarrillos (NTC-ISO 10315, 4387, 10362-1, 3402 y 3308) como parte de la gestión necesaria para su aprobación del área jurídica y posterior consulta pública “*Por la cual se establece la información que debe ser presentada por los fabricantes e importadores de productos de tabaco al Ministerio de Salud y Protección Social sobre los ingredientes agregados al tabaco y los niveles de componentes de humo que corresponden a niveles de alquitrán, nicotina y monóxido de carbono de los productos de tabaco y sus derivados y se define el mecanismo de suministro de la misma*”.

Se cuenta con la ruta integral de EPOC y ABC promoción de la salud respiratoria.

Se brindó asesoría y asistencia técnica virtual a Huila, Norte de Santander, Meta, Bogotá, Asmet Salud Cauca y La Guajira sobre la gestión del riesgo de las enfermedades respiratorias crónicas, principalmente EPOC y a Nariño, Meta, Huila, Risaralda, Guaviare, Caquetá, Valle, Amazonas, Manizales, Magdalena, Boyacá y Vaupés en la socialización de la estrategia “*Tomate la vida con un segundo aire*” para la prevención y control de las enfermedades respiratorias crónicas y está en construcción y consulta del flujograma de atención para la cesación del consumo de tabaco como principal factor de riesgo de las enfermedades de las vías respiratorias inferiores (EPOC y asma).

Se participa activamente en el comité de plantas aromáticas y tabaco Icontec para la adopción de normas ISO a NTC acerca de los componentes del humo de tabaco como factor de riesgo principal de la EPOC.

2.3.1.3 Proporción de nuevos casos de cáncer de mama en estadios tempranos (I - IIA):

Se desarrolló jornadas de asistencia técnica para la Socialización de los aspectos políticos-normativos para el control integral del cáncer de mama en Colombia, en el Departamento de San Andrés, donde participaron referentes de enfermedades no transmisibles de las DTS, EPS e IPS del Departamento y en el marco de los Encuentros Regionales por el Control del Cáncer en Colombia realizados en Bogotá, Cali, Bucaramanga, Barranquilla y Medellín, se adelantó la socialización de las estrategias de Detección Temprana del cáncer de mama, contando con la asistencia de aproximadamente 650 representantes de las DTS, EAPB, IPS, Sociedad civil y científica y academia.

Con ocasión del Día de Lucha contra el Cáncer de mama, se adelantó una jornada de asistencia técnica virtual con participación de 40 actores de las Direcciones Territoriales de Salud, EAPBS, e IPS.

Se cuenta con los lineamientos para la operación de la RIA de cáncer de mama, como producto del Convenio 519 de 2015 y con el ABC para detección temprana de esta enfermedad y se realizó acompañamiento técnico

en la ciudad de Cali, a la visita de reconocimiento de la experiencia de la Red Ladera que será implementada en Piedecuesta (Santander), con énfasis en acciones para la detección temprana del cáncer de mama.

2.3.1.4 Oportunidad en la detección de cáncer de cuello uterino in situ:

El INS inicio Vigilancia del Cáncer de cuello uterino, orientado a identificar casos confirmados para realizar seguimiento a la oportunidad en el proceso de atención. Matriz de atenciones de cáncer de cuello uterino definida y aprobada por Viceministerio de Salud Pública.

Se publica en la página web del Ministerio de Salud de las Guías de Práctica Clínica de Cáncer de Cuello Uterino y la Guía de Lesiones Precancerosas del Cuello Uterino (Versión en impresión). Se cuenta con la versión final de Ruta de atención de cáncer de cuello uterino.

Se realizó acompañamiento y asistencia técnica a la Secretaría Departamental de Salud de Santander, en el marco de la Agenda Metropolitana de Salud cuyo énfasis fue la socialización del Modelo Integral de Atención en Salud y las Rutas de Atención de Cáncer de mama y cuello uterino

Publicación por parte de la Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria de la Resolución 1477 del 22 de abril de 2016, 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.

Se adelantó jornada de asistencia técnica virtual para el Departamento del Guaviare, con énfasis en la Estrategia Ver y Tratar para la detección temprana del cáncer de cuello uterino, se socializó las estrategias de detección temprana del cáncer de cuello uterino dirigida a médicos de los 87 municipios de Santander.

En el marco de los Encuentros Regionales por el Control del Cáncer en Colombia realizados en Bogotá, Cali y Barranquilla, se adelantó la socialización de las estrategias de Detección Temprana del cáncer de cuello uterino, contando con la asistencia de aproximadamente

450 representantes de las DTS, EAPB, IPS, Sociedad civil y científica y academia, igual actividad se desarrolló en las regionales de Bucaramanga y Medellín con 200 participantes, también se adelantó jornada de asesoría y asistencia técnica presencial al Caquetá, cuyo fin fue socializar la PAIS-MIAS, la RIA de cáncer de cuello uterino y reactivar la implementación de la estrategia Ver y Tratar para la tamización de cáncer de cuello uterino, participaron representantes de la DTS, EAPB, IPS y profesionales de la salud del departamento, se adelantó sesión de asesoría y asistencia técnica con la Secretaría de Salud de Cundinamarca para orientar la incorporación de acciones para el control del cáncer de cuello uterino en el departamento; se adelantó jornada de asesoría y asistencia técnica presencial al Caquetá, cuyo fin fue socializar la PAIS-MIAS, la RIA de cáncer de cuello uterino y reactivar la implementación de la estrategia Ver y Tratar para la tamización de cáncer de cuello uterino. Por último, se cuenta con los lineamientos para la operación de la RIA de cáncer de cuello uterino, como producto del Convenio 519 de 2015.

En alianza con el Instituto Nacional de Cancerología, se desarrolló el curso de entrenamiento en la Estrategia VIA-VILI, en el cual fueron capacitadas 10 profesionales de enfermería de los departamentos de Vichada, La Guajira, Guaviare, Arauca y el municipio de Tumaco; igualmente se adelantó el Taller con Empresas Administradoras de Planes de Beneficio para favorecer la implementación de acciones de detección temprana del cáncer con énfasis en la Ruta Integral de Atención de Cáncer de Cuello Uterino; participaron 19 EAPB, para avanzar en la implementación de la mencionada RIA.

Se presentó propuesta técnica de resultados en salud esperados con la implementación de acciones de detección temprana del cáncer de cuello uterino, en el marco de la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud y se avanza en las reuniones técnicas con el Instituto Nacional de Salud e Instituto Nacional de Cancerología para la definición de los lineamientos para el control de la calidad de las pruebas de tamización del cáncer de cuello uterino y se adelantó la socialización de la ruta de atención de cáncer de cuello uterino, en el marco del MIAS, durante el Congreso Anual del OICA.

2.3.1.5 Porcentaje de mujeres con citología cervico uterina anormal que cumplen el estándar de 30 días para la toma de colposcopia:

Dentro de las actividades orientadas a monitorizar el cumplimiento al estándar de 30 días para la toma de colposcopia en mujeres con citología anormal, se desplegaron una serie de acciones como la participación permanente en la Mesa de Concertación de Cáncer de Cuello Uterino, liderada por la Liga Colombiana de Lucha contra el Cáncer, propiciando el posicionamiento del MIAS y la Ruta Integral de Cáncer de Cuello Uterino. En coordinación con la Secretaría Departamental de Salud de Cundinamarca se adelantó reunión técnica con la EAPB Convida, propiciando un plan para la implementación de las pruebas de tamización del cáncer de cuello uterino y en coordinación con el Instituto Nacional de Cancerología se adelantó el Taller con Empresas Administradoras de Planes de Beneficio para favorecer la implementación de acciones de detección temprana del cáncer con énfasis en la Ruta Integral de Atención de Cáncer de Cuello Uterino. Participaron 19 EAPB, quienes presentaron sus inquietudes, limitaciones y facilitadores para avanzar en la implementación de la mencionada RIA.

Se realizó propuesta técnica de resultados en salud esperados con la implementación de acciones de detección temprana del cáncer de cuello uterino, en el marco de la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud y se avanza en las reuniones técnicas con el Instituto Nacional de Salud e Instituto Nacional de Cancerología para la definición de los lineamientos para el control de calidad de las pruebas de tamización del cáncer de cuello uterino. (Tabla 11)

Tabla 11. Metas programadas y porcentaje de avance a las metas del Plan Nacional de Desarrollo

Fuente: Cubos-SISPRO-EEVV, Res 4505. Demografía y Epidemiología y Grupo MCEVS. Construcción propia.

NOMBRE DEL INDICADOR	META PROPUESTA	LÍNEA BASE	AVANCE META
Municipios con la estrategia de ciudades, ruralidad y entornos para los estilos de vida saludable	18 municipios	1 municipio año 2013	9 municipio (50%)
Tasa de mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles (por 100.000 habs. 30-70 años)	192 cuatrienio	221 (2011)	223 x 100.000 (año 2014)
Proporción de nuevos casos de cáncer de mama en estadios tempranos (I-IIA)	50% (2018)	40%, Piñeros y col (2008)	32,6% (2015)
Oportunidad en la detección de cáncer de cuello uterino in situ	72% cuatrienio	8% (Res 4505/1)	35,7% (2015)

2.3.2 Componente político normativo

- ◆ Avance en la elaboración del documento técnico sobre la aplicación de los resultados del proceso de seguimiento y análisis de políticas públicas para la dimensión de vida saludable y condiciones no transmisibles.
- ◆ Elaboración de propuesta metodológica para la realización de talleres de análisis de políticas públicas.
- ◆ Organización del primer encuentro intersectorial para el seguimiento al Convenio Marco para el Control de Tabaco.

2.3.3 Seguimiento a la cooperación y relaciones internacionales

- ◆ Avance en la elaboración del Documento técnico que contiene la gestión de la SENT en el desarrollo de iniciativas de cooperación internacional en ENT y promoción de EVS.
- ◆ Actualización de reportes de los Instrumentos de seguimiento a la gestión en cooperación y relaciones internacionales (CRI) (inventario de instrumentos internacionales, participación en escenarios internacionales, proyectos de cooperación internacional).

3. Acciones propuestas en las Direcciones Territoriales de Salud (DTS) relacionadas con la Mega Meta

La subdirección de Enfermedades no Transmisibles, realizó despliegue de la Mega Meta mediante asistencia técnica y gestión en el territorio. Esta actividad se apoyó mediante el convenio MSPS-OIM, con el fin de sensibilizar a los responsables de la salud en el territorio-secretarías de salud departamentales y distritales en la importancia de dejar en los Planes de Desarrollo Departamentales y en los PTS incluidos los proyectos relacionados con las ENT, los cuales una vez implementados aportan en la disminución de la mortalidad y morbilidad de las enfermedades no trasmisibles debido a que el trabajo está orientado a afectar factores de riesgo en salud.

El seguimiento al cumplimiento de los PTS, se realiza de forma anual mediante las acciones programadas en los PAS, relacionadas con Actividad física, consumo de frutas y verduras, Alcohol y Tabaco, además de las acciones relacionadas con Cáncer, Enfermedades Cardiovasculares (HTA, diabetes, IAM) y EPOC.

En el año 2017 y de la información disponible en el aplicativo PASE A LA EQUIDAD, y teniendo en cuenta las metas de producto propuestas por cada departamento y/o distrito para el año 2017, se describen a continuación las acciones relacionadas con la Mega Meta.

Los departamentos de Guaviare y Huila, aunque incluyen en los PTS acciones relacionadas con las ENT, en las metas de producto no se alcanzan a visibilizar. En 34 de los 37 entes territoriales incluyen mínimo un elemento de la estrategia 4 x 4, 12 de ellos incluyen la estrategia de forma explícita. Dentro de las actividades contemplan 8 de los 37 asistencia técnica para fortalecer el talento humano en la aplicación de las guías de práctica clínica, lineamientos y estrategias a implementar, tienen contemplado fortalecer las capacidades para mejorar la gestión del riesgo de las ECV, la hipertensión, la diabetes mellitus, el cáncer y la EPOC.

El departamento de Nariño programa acciones relacionadas con el Plan Decenal de Cáncer, cuentan con consejo asesor de cáncer y plantea acciones de Inspección, Vigilancia y Control a las IPS para verificar cumplimiento a las guías de atención en cáncer de mama, cuello uterino. En aspectos de Estilos de Vida saludables planean acciones de actividad física coordinada con los municipios.

La actividad física como estrategia para mejorar los estilos de vida saludables la incluyen en los PAS del distrito de Barranquilla, Guainía, Magdalena, Nariño, Tolima, Valle, Vichada, Casanare, Cesar, Atlántico y Amazonas. Los departamentos de Arauca, Atlántico, Boyacá, Amazonas, Casanare, Cesar, Cundinamarca, Barranquilla, Nariño, Santa Marta, Santander, Tolima, Valle del Cauca, Vaupés y Vichada incluyen actividades relacionadas con las enfermedades crónicas no transmisibles, la mayoría incluyen cáncer y enfermedades cardiovasculares, hipertensión y diabetes mellitus. Cuatro de ellos incluyen EPOC.

En modos, condiciones y estilos de vida saludables programan actividades relacionadas con el cumplimiento a los espacios libres de humo, actividades de prevención mediante actividades de IEC. Atlántico incluye la estrategia de reducción del consumo sal/sodio, implementa la estrategia de tabaco, consumo de frutas y verduras y actividad física, pero también contempla todos los temas relacionados con la gestión del riesgo (Cáncer, ECV, EPOC).

Se espera en un corto plazo poder evaluar los avances al cumplimiento de los PAS del año 2016. En el momento se tiene información de 11 departamentos, pero de estos solo seis reflejan algún tipo de cumplimiento, los restantes no ejecutaron las acciones programadas. Vaupés no incluyó acciones relacionadas con las enfermedades crónicas no transmisibles.

El departamento de Boyacá incluyó actividades como asistencias técnicas a Entidades Promotoras de Salud, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas en la implementación del Plan de Atención Integral y Cuidado de la Enfermedad Crónica (PAICEC) a través de la evaluación de los indicadores del programa alcanzó un cumplimiento del 37,3% de lo programado. Otra actividad programada fue la de alcanzar el 10% de

familias capacitadas en hábitos de vida saludable (Alimentación, actividad física y reducción del consumo de tabaco y alcohol), de 3 municipios. Este logró un cumplimiento del 100%.

Valle del Cauca programó la implementación en las 42 Entidades Territoriales municipales la política pública para promover los Estilos de Vida Saludables y prevención de la enfermedad crónica y cáncer donde incluyen actividades de capacitación, plan de medios, reproducción de material educativo y acciones de reforzamiento municipal para darle continuidad a la implementación de la estrategia del método trans teórico, la cual alcanzó un cumplimiento del 100%.

Casanare logró un cumplimiento del 94,7% en las asistencias técnicas programadas para implementación, evaluación y monitoreo de los planes nacionales para el Cáncer; salud cardio cerebro vascular y Diabetes; control de la EPOC; salud bucal, visual, auditiva y comunicativa; y del programa nacional de detección temprana de las ENT y sus factores de riesgo en los 19 municipios del departamento. Además programó 7 jornadas colectivas de promoción de modos, condiciones y estilos de vida saludable en municipios priorizados, incluye educación e información para la alimentación saludable, reducción de sodio, de azúcar y bebidas azucaradas, reducción de grasas trans y fomento de la actividad física, pero su cumplimiento fue de 0%.

Cundinamarca dentro de las actividades programadas y relacionadas con la Mega Meta está la de brindar asistencia técnica, vigilancia y seguimiento, a las acciones programadas y de concurrencia en promoción de EVS y prevención de ECNT, pero solo alcanzó el 8,6% de cumplimiento respecto a lo programado, en cambio las acciones de prevención relacionadas con tabaco y asistencia técnica en lo relacionado con cáncer alcanzó el 100% de cumplimiento.

El departamento del Meta programó implementar una estrategia de promoción, canalización y seguimiento a pacientes crónicos, realizar actividades de Información, Educación y Comunicación en 17 municipios del departamento, realizar la implementación de la estrategia conoce tu riesgo peso saludable en 15 Municipios del Departamento, (talleres 870); el departamento reporta un cumplimiento del 100%.

Finalmente se espera que todas las actividades orientadas a la promoción, prevención, protección específica y atención de las enfermedades crónicas no transmisibles, se vean reflejadas a mediano plazo en la reducción de la mortalidad prematura de las ENT en la población de 30 a 70 años en el país.

Discusiones y Conclusiones

Colombia es un país cuya población se encuentra en proceso de envejecimiento, con una marcada tendencia a la baja natalidad y fecundidad, lo cual hace visible la necesidad de proteger a la población económicamente activa (30 a 70 años). Como respuesta a este fenómeno, se deben promover condiciones que permitan el envejecimiento activo saludable y el vivir con bienestar; lo cual se logra a partir de procesos de educación familiar centrados en la promoción de la alimentación y estilos de vida saludable, de la mano de políticas que lo hagan posible y que garanticen un acceso equitativo a los servicios de salud.

En consonancia con la meta mundial 25x25* de la OMS, el Gobierno Nacional, y en particular el Ministerio de Salud y Protección Social, tomó la decisión de establecer como mega meta del sector salud la reducción de la mortalidad prematura por ENT en la población de 30 a 70 años, en un 8% a 2018. Es decir, salvar la vida de 14.000 mil colombianos en los próximos cuatro años.

Para alcanzar la meta, el Ministerio de Salud y Protección Social y como líder la Subdirección de Enfermedades No Transmisibles, implementó una serie de políticas planes, proyectos y estrategias orientadas a disminuir la mortalidad prematura de las Enfermedades No transmisibles.

Aunque el país ha implementado políticas, planes, proyectos y estrategias para la reducción de la mortalidad prematura de las enfermedades no transmisibles, la tendencia es al aumento, sobre toda la mortalidad por neoplasias y por enfermedades del sistema circulatorio.

Si bien la tendencia de la mortalidad por enfermedades del sistema de vías respiratorias inferiores ha disminuido, los departamentos de Antioquia, Caldas, Quindío y Risaralda, tienen una tasa mayor a la nacional, similar comportamiento muestra la diabetes mellitus y los departamentos que aportan con una tasa de mortalidad mayor a la nacional son Norte de Santander y Meta.

En el análisis que se realizó de morbilidad se vio que el mayor número de personas atendidas en las instituciones prestadoras de servicios de salud fueron a causa de las enfermedades del sistema respiratorio de vías inferiores, seguida de la diabetes mellitus y en menor frecuencia por neoplasias y enfermedades del sistema circulatorio.

En cuanto a las actividades de protección específica y detección temprana relacionadas con los indicadores de la mega meta en general no superan el cumplimiento del 68%, es importante fortalecer la gestión con las Empresas Promotoras de Salud quienes son las directas responsables del cumplimiento de estas actividades.

Respecto a factores de riesgo se pudo establecer que uno de cada 3 colombianos entre 5 y 64 años NO consume frutas diariamente. Las edades en las que se refiere menor frecuencia de consumo diario son los adultos de 31 a 64 años y cada cinco de siete colombianos entre 5 y 64 años, NO consumen hortalizas o verduras diariamente.

El alcohol y el tabaco según el estudio de consumo de sustancias psicoactivas del año 2013, son las de mayor consumo en el país.

Una de cada 3 personas cumple con las recomendaciones de Actividad Física (camina como medio de transporte). Una de cada 5 personas cumple con las recomendaciones de Actividad Física en tiempo libre. Una de cada 18 personas cumple con las recomendaciones de Actividad Física (monta en bicicleta).

La Política de Atención Integral en salud orientará la regulación de las condiciones de intervención de los agentes hacia el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. Es por esto que las acciones desarrolladas dirigidas a disminuir la mortalidad prematura de las ENT tienen la conjunción entre lo promocional, la prevención y protección específica y la gestión del riesgo.

La gestión integral de riesgo en salud, como estrategia de articulación entre la salud pública, el aseguramiento y la prestación de servicios de salud tiene como finalidad minimizar el riesgo y el manejo de la enfermedad y el enfoque diferencial dada la diversidad presente en nuestro país.

En el marco del MIAS la subdirección avanza en la construcción de las rutas integrales de atención en salud de las ENT, con el fin de garantizar la integralidad en la atención en salud a la población, familia e individuo, condiciones que favorecerán la atención oportuna y por ende la disminución de complicaciones y muerte.

El MSPS cuenta con políticas, planes y proyectos y es como en el PDSP, se contempló como una dimensión la vida saludable y condiciones no transmisibles con sus dos componentes: modos, condiciones y estilos de vida saludables y las condiciones crónicas prevalentes, don-

de se definen unas metas, en función de las prioridades del país. La estrategia 4 x 4 aborda los dos componentes que ayudarán al mejoramiento de la gestión del riesgo y la mitigación del mismo.

En el marco de la política de seguridad alimentaria se cuenta con un plan de reducción del consumo de grasas saturadas y grasas trans en el país cuyo objetivo es la de contribuir a disminuir la morbimortalidad atribuible a las ENT.

El país trabaja en la promoción de consumo de frutas y verduras, la actividad física y la reducción del consumo de tabaco y alcohol.

En el componente de condiciones crónicas prevalentes se han desarrollado guías de práctica clínica, RIAS y estrategias que orientan no solo la prevención en salud sino la protección específica y la gestión del riesgo en salud, con estos insumos mediante asistencia técnica se fortalece el talento humano en los territorios.

El monitoreo, seguimiento y evaluación de la gestión para el control de las ENT es fundamental ya que permite conocer los avances y los cambios que se van desarrollando de acuerdo al plan operativo propuesto tanto a nivel nacional como territorial.

Siendo la información dinámica en el tiempo, se espera más adelante contar con los resultados de la ENSIN 2015, que nos puede orientar al conocimiento de la evolución de los factores de riesgo que se indagan en ésta, como la actividad física que se espera haya aumentado, al igual que el consumo de frutas y verduras, la disminución de consumo de tabaco y alcohol, acciones fundamentales de prevención de la mortalidad prematura de las ENT y el avance de las metas propuestas en el PDSP 2012-2021 en lo concerniente a los modos, condiciones y estilos de vida saludable y las condiciones crónicas prevalentes.

Teniendo en cuenta el objetivo general de la Política de Atención Integral en Salud, la cual es orientar el Sistema hacia la generación de las mejores condiciones de la salud de la población mediante la regulación de las condiciones de intervención de los agentes hacia el *“acceso a los servicios de salud de forma oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud”* (Ley 1551, Estatutaria de Salud), para así garantizar el derecho a la salud de acuerdo a la ley estatutaria, es de suma importancia para el logro de la Mega Meta y desde el territorio fortalecer no solo la gestión desde la salud pública, sino con la participación directa de aseguradores y prestadores de servicios generar estrategias que garanticen la promoción de la salud, la detección temprana y protección específica del cáncer, las enfermedades cardiovasculares, la diabetes mellitus y las enfermedades del sistema de las vías respiratorias inferiores, el tratamiento oportuno y la rehabilitación de la población que padece estas patologías crónicas, garantizando una mejor calidad de vida en la población.

Otro aspecto importante a tener en cuenta es el fortalecimiento del talento humano mediante el desarrollo de capacidades. El país cuenta con guías de práctica clínica, lineamientos y rutas de atención integral en salud de las ENT, las cuales deben socializarse al interior de los territorios, EAPB e IPS, con el fin no solo de optimizar los recursos en salud, sino brindar una atención de calidad basada en la evidencia.

Dentro del territorio es importante y con el liderazgo de las autoridades de salud y en coordinación con las EAPB e IPS, en el marco de las redes integrales de salud, garantizar todas las condiciones necesarias para asegurar la integralidad en la atención de salud a partir de acciones orientadas a promover el bienestar y desarrollo de los individuos en los entornos en los cuales se desarrolla, así como las intervenciones para la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la discapacidad y la paliación, con el fin de garantizar el acceso y la atención oportuna, continua, integral, resolutive a la población; contando con los recursos humanos, técnicos, financieros y físicos para garantizar la gestión adecuada de la atención, así como resultados en salud. Es importante tener en cuenta que la red se define a partir de las necesidades de la población, la caracterización del riesgo por parte de las aseguradoras y los requerimientos de las RIAS y que se debe garantizar un componente primario y un complementario en el territorio.

Finalmente es importante que las EAPB como responsables de la gestión del riesgo individual, deben identificar y ponderar los riesgos existentes en cada ámbito territorial, la priorización de los grupos de riesgo, aspectos importantes para controlar los riesgos para la salud del individuo y así disminuir la discapacidad que pueden generar las ENT. Se busca que los riesgos no se materialicen o que sus consecuencias sean menos severas. La armonización de las intervenciones entre el ente territorial, las EAPB y las redes de IPS; cada una dentro de sus competencias será el éxito para garantizar unos resultados positivos en la salud del individuo, familia y comunidad y en última instancia alcanzar lo propuesto en la Mega Meta como es la disminución de la mortalidad prematura de las ENT en el país.



1. NACIONES UNIDAS. Declaración Política de la reunión de alto nivel de la Asamblea General sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles. Proyecto de Resolución. 16 septiembre 2011.
2. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL. Análisis de Situación en Salud. Colombia 2015.
3. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL. Documento ejecutivo. Mega Meta Sectorial. Mortalidad Prematura por enfermedades no trasmisibles. Subdirección de ENT. 2016
4. DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACION. Objetivos de desarrollo sostenible. (Por adoptar en septiembre 2015 en la asamblea general de la ONU). 2015
5. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Informe sobre la situación mundial de las Enfermedades no Trasmisibles. 2014
6. Ley 1355 de 2009. Por medio de la cual se define la obesidad y las enfermedades crónicas no trasmisibles asociadas a esta como una prioridad de salud pública y se adoptan medidas para su control, atención y prevención. Diario oficial No. 47502. Congreso de Colombia. (14 de octubre de 2009)
7. ORTEGA SÁNCHEZ, Manuel Alfredo; Osnaya Ortega, María Luisa; Rosas Barrientos, José Vicente. Leucemia Linfoblástica aguda. Medicina Interna. México, Volumen 23, Num. 1., enero-febrero 2007.
8. INSTITUTO NACIONAL DE SALUD. Informe final vigilancia leucemias en menores de 15 años. 2013
9. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia. Colombia 2010.
10. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Prevención y control de las enfermedades no trasmisibles. Aplicación de la estrategia mundial. Informe de la Secretaría. Abril 2008.
11. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en población escolar. Colombia 2011.
12. MINISTERIO DE JUSTICIA, MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia. 2013
13. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL. Análisis de Situación en Salud. Colombia 2015.
14. <http://www.cuentadealtocosto.org/Links/acerca.htm>). Consultado el 24 de julio 2016.

15. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/OT/FAQ-RIPS.pdf>. Consultado el 24 de julio 2016.
16. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 4505 del 28 de diciembre de 2012.
17. <http://www.dane.gov.co/index.php/poblacion-y-registros-vitales/nacimientos-y-defunciones/nacimientos-y-defunciones>). Consultado el 24 de julio 2016.
18. <http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/Paginas/no-transmisibles.aspx#.V5YipRLUW2Y>. Consultado el 24 de julio 2016.
19. <http://www.sispro.gov.co/Pages/Observatorios/cancer.aspx>. Consultado el 24 de julio 2016.