MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

PROSPERIDAD
PARA TODOS

10 PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA
COLOMBIA
2012
2021

Plan Decenal de Salud Pública

PDSP, 2012-2021

La salud en Colombia la construyes tú

10 PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA
COLOMBIA
2012
2021

MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

PROSPERIDAD
PARA TODOS

CONTENIDO

AGRADECIMIENTOS

INTRODUCCIÓN

1. ANTECEDENTES

2. METODOLOGÍA

2.1 Fase de aprestamiento
2.2 Fase de definición técnica
2.3 Fase de consulta
2.4 Fase de formulación
2.5 Fase de validación
2.6 Fase de reglamentación
2.7 Fase de presentación y divulgación
2.8 Fase de instauración

3. MARCO CONCEPTUAL

3.1 Enfoques y modelo conceptual
3.1.1 Enfoque de derechos
3.1.2 Enfoque diferencial
3.1.3 Enfoque de ciclo de vida
3.1.4 Enfoque de género
3.1.5 Enfoque étnico
3.1.6 Otros enfoques en lo diferencial
3.1.7 Enfoque poblacional
3.1.8 Modelo de los Determinantes Sociales de la Salud
3.2 Diseño estratégico
3.2.1 Abordaje por dimensiones prioritarias
3.2.2 Abordaje por dimensiones transversales
3.3 Líneas operativas
3.3.1 Línea de promoción de la salud

3.3.2 Línea de gestión del riesgo en salud
3.3.3 Línea de gestión de la salud pública

4. RESULTADOS DE LA CONSULTA CIUDADANA

4.1 El proceso de consulta

4.2 Los hallazgos de la consulta
4.2.1 Determinantes estructurales de la salud
4.2.2 Determinantes intermedios de la salud

4.3 Desafíos y voces
4.3.1 Voces ciudadanas
4.3.2 Voces de niños, niñas y adolescentes

4.4 Problemas y necesidades diferenciados por dimensiones y regiones
4.4.1 Salud ambiental
4.4.2 Sexualidad y derechos sexuales y reproductivos
4.4.3 Convivencia y salud mental
4.4.4 Seguridad alimentaria y nutricional
4.4.5 Vida saludable y condiciones no transmisibles
4.4.6 Vida saludable y enfermedades transmisibles
4.4.7 Salud pública en emergencias y desastres
4.4.8 Salud en el entorno laboral

4.5 Acciones transversales

4.6 Conclusión

5. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD EN COLOMBIA EN 2010

5.1 Perfil socio-demográfico: la población en el contexto de los Determinantes Sociales de la Salud
5.1.1 Evolución de la población colombiana
5.1.2 Características de la estructura de la población colombiana
5.1.3 Dinámica poblacional: fecundidad, mortalidad, envejecimiento y migración

5.2 Contexto socioeconómico

5.3 Perfil epidemiológico: una transición compleja y prolongada
5.3.1 Mortalidad

5.3.2 Morbilidad sentida
5.3.3 Morbilidad atendida o registrada
5.3.4 Accidentes de tránsito
5.3.5 Discapacidad
5.3.6 Desastres

5.4 Respuesta del Sistema de Salud a las condiciones de salud de la población colombiana
5.4.1 Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud
5.4.2 La red prestadora de servicios de salud
5.4.3 Demanda y acceso a la atención en salud
5.4.4 Recurso humano en salud
5.4.5 Coberturas de servicios de salud

5.5 Percepciones sobre el estado de salud

6. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS PDSP 2012-2021

6.1. Avanzar hacia la garantía del goce efectivo del derecho a la salud

6.2 Mejorar las condiciones de vida y salud de la población

6.3 Lograr cero tolerancia frente a la morbilidad, mortalidad y discapacidad evitables

7. DIMENSIONES PRIORITARIAS

7.1 Salud ambiental
7.1.1 Definición de la dimensión
7.1.2 Objetivos de la dimensión
7.1.3 Componentes
7.1.3.1 Hábitat saludable
7.1.3.1.1 Definición del componente
7.1.3.1.2 Objetivos del componente
7.1.3.1.3 Metas del componente
7.1.3.1.4 Estrategias del componente
7.1.3.2 Situaciones en salud relacionadas con condiciones ambientales
7.1.3.2.1 Definición del componente
7.1.3.2.2 Objetivos del componente
7.1.3.2.3 Metas del componente
7.1.3.2.4 Estrategias del componente

7.2 Dimensión vida saludable y condiciones no transmisibles
7.2.1 Definición de la dimensión
7.2.2 Objetivos de la dimensión
7.2.3 Componentes
7.2.3.1 Modos, condiciones y estilos de vida saludables
7.2.3.1.2 Definición del componente
7.2.3.1.2 Objetivos del componente
7.2.3.1.3 Metas del componente
7.2.3.1.4 Estrategias del componente
7.2.3.2 Condiciones crónicas prevalentes
7.2.3.2.1 Definición del componente
7.2.3.2.2 Objetivos del componente
7.2.3.2.3 Metas del componente
7.2.3.2.4 Estrategias del componente
7.3 Dimensión convivencia social y salud mental
7.3.1 Definición de la dimensión
7.3.2 Objetivos de la dimensión
7.3.3 Componentes
7.3.3.1 Promoción de la salud mental y la convivencia
7.3.3.1.1 Definición del componente
7.3.3.1.2 Objetivos del componente
7.3.3.1.3 Metas del componente
7.3.3.1.4 Estrategias del componente
7.3.3.2 Prevención y atención integral a problemas y trastornos mentales y a diferentes formas de violencia
7.3.3.2.1 Definición del componente
7.3.3.2.2 Objetivos del componente
7.3.3.2.3 Metas del componente
7.3.3.2.4 Estrategias del componente
7.4 Dimensión seguridad alimentaria y nutricional
7.4.1 Definición de la dimensión
7.4.2 Objetivo de la dimensión
7.4.3 Componentes
7.4.3.1 Disponibilidad y acceso a los alimentos
7.4.3.1.1 Definición del componente
7.4.3.1.2 Objetivos del componente

7.4.3.1.3 Metas del componente
7.4.3.1.4 Estrategias del componente
7.4.3.2 Consumo y aprovechamiento biológico de alimentos
7.4.3.2.1 Definición del componente
7.4.3.2.2 Objetivos del componente
7.4.3.2.3 Metas del componente
7.4.3.2.4 Estrategias del componente
7.4.3.3 Inocuidad y calidad de los alimentos
7.4.3.3.1 Definición del componente
7.4.3.3.2 Objetivos del componente
7.4.3.3.3 Metas del componente
7.4.3.3.4 Estrategias del componente
7.5 Dimensión sexualidad, derechos sexuales y reproductivos
7.5.1 Definición de la dimensión
7.5.2 Objetivo de la dimensión
7.5.3 Componentes
7.5.3.1 Promoción de los derechos sexuales y reproductivos y equidad de género
7.5.3.1.1 Definición del componente
7.5.3.1.2 Objetivos del componente
7.5.3.1.3 Metas del componente
7.5.3.1.4 Estrategias del componente
7.5.3.2 Prevención y atención integral en Salud Sexual y Reproductiva desde un enfoque de derechos
7.5.3.2.1 Definición del componente
7.5.3.2.2 Objetivos del componente
7.5.3.2.3 Metas del componente
7.5.3.2.4 Estrategias del componente
7.5.3.2.4.1 Abordaje integral de la mujer antes, durante y después del evento obstétrico
7.5.3.2.4.2 Salud Sexual y Reproductiva SSR de adolescentes y jóvenes
7.5.3.2.4.3 Abordaje integral de las violencias de género y violencias sexuales
7.5.3.2.4.4 Acceso universal a prevención y atención integral en ITS-VIH/SIDA con enfoque de vulnerabilidad
7.6 Dimensión vida saludable y enfermedades transmisibles

7.6.1 Definición de la dimensión
7.6.2 Objetivos de la dimensión
7.6.3 Metas de la dimensión
7.6.4 Componentes
7.6.4.1 Enfermedades emergentes, re-emergentes y desatendidas
7.6.4.1.1 Definición del componente
7.6.4.1.2 Objetivos del componente
7.6.4.1.3 Metas del componente
7.6.4.1.4 Estrategias del componente
7.6.4.2 Enfermedades inmunoprevenibles
7.6.4.2.1 Definición del componente
7.6.4.2.2 Objetivos del componente
7.6.4.2.3 Metas del componente
7.6.4.2.4 Estrategias del componente
7.6.4.3 Condiciones y situaciones endemo-epidémicas
7.6.4.3.1 Definición del componente
7.6.4.3.2 Objetivos del componente
7.6.4.3.3 Metas del componente
7.6.4.3.4 Estrategias del componente
7.6.4.3.5 Estrategias transversales a los componentes sobre enfermedades emergentes, re-emergentes y desatendidas, endemo-epidémicas e inmunoprevenibles
7.7 Dimensión salud pública en emergencias y desastres
7.7.1 Definición de la dimensión
7.7.2 Objetivo de la dimensión
7.7.3 Componentes
7.7.3.1 Gestión integral de riesgos en emergencias y desastres
7.7.3.1.1 Definición del componente
7.7.3.1.2 Objetivos del componente
7.7.3.1.3 Metas del componente
7.7.3.1.4 Estrategias del componente
7.7.3.2 Respuesta en salud ante situaciones de emergencias y desastres
7.7.3.2.1 Definición del componente
7.7.3.2.2 Objetivo del componente
7.7.3.2.3 Metas del componente
7.7.3.2.4 Estrategias del componente

7.8 Dimensión salud y ámbito laboral
7.8.1 Definición de la dimensión
7.8.2 Objetivos de la dimensión
7.8.3 Componentes
7.8.3.1 Seguridad y salud en el trabajo
7.8.3.1.1 Definición del componente
7.8.3.1.2 Objetivos del componente
7.8.3.1.3 Metas del componente
7.8.3.1.4 Estrategias del componente
7.8.3.2 Situaciones prevalentes de origen laboral
7.8.3.2.1 Definición del componente
7.8.3.2.2 Objetivos del componente
7.8.3.2.3 Metas del componente
7.8.3.2.4 Estrategias del componente

8. DIMENSIONES TRANSVERSALES

8.1 Dimensión transversal gestión diferencial de poblaciones vulnerables
8.1.1 Definición de la dimensión
8.1.2 Objetivos sanitarios de la dimensión
8.1.3 Metas de la dimensión
8.1.4 Componentes de la dimensión
8.1.4.1 Desarrollo integral de las niñas, niños y adolescentes
8.1.4.1.1 Definición del componente
8.1.4.1.2 Objetivos del componente
8.1.4.1.3 Metas del componente
8.1.4.1.4 Estrategias del componente
8.1.4.1.4.1 Gerencia de las políticas públicas de primera infancia, infancia y adolescencia
8.1.4.1.4.2 Estrategias de gestión territorial
8.1.4.1.4.3 Estrategias de gestión intersectorial
8.1.4.1.4.4 Estrategias de movilización social y participación de niñas, niños y adolescentes para la exigibilidad de sus derechos
8.1.4.1.4.5 Atención en salud en el marco de la atención integral a niñas, niños y adolescentes
8.1.4.1.4.5.1 Estrategias de calidad de la atención Integral
8.1.4.1.4.5.2 Estrategias de disminución de barreras de acceso a los servicios de salud

8.1.4.1.4.5.3 Estrategias de Tecnologías de la Información y la Comunicación al servicio de la salud de la primera infancia, infancia y adolescencia
8.1.4.1.4.6 Seguimiento y evaluación de la gestión para el desarrollo integral de niñas, niños y adolescentes
8.1.4.1.4.6.1 Estrategias de valoración del desarrollo de niñas y niños en la primera infancia
8.1.4.1.4.6.2 Estrategias de toma de decisiones basadas en la evidencia
8.1.4.1.4.6.3 Estrategias de seguimiento a los resultados en salud
8.1.4.1.4.6.4 Estrategias de fortalecimiento de la vigilancia en salud pública

8.1.4.2 Envejecimiento y vejez
8.1.4.2.1 Definición del componente
8.1.4.2.2 Objetivos del componente
8.1.4.2.3 Metas del componente
8.1.4.2.4 Estrategias del componente
8.1.4.2.4.1 Envejecimiento demográfico y dinámica poblacional para el desarrollo económico y social del país
8.1.4.2.4.2 Promoción del envejecimiento activo y fomento de una cultura positiva de la vejez
8.1.4.2.4.3 Adaptación y respuesta integral de la institucionalidad responsable de la protección y atención de la población mayor
8.1.4.2.4.4 Fortalecimiento de la institucionalidad para responder equitativamente al goce efectivo de derechos y a las necesidades y demandas de las personas mayores
8.1.4.2.4.5 Sistema de calidad para los servicios de protección y promoción social
8.1.4.3 Salud y género
8.1.4.3.1 Definición del componente
8.1.4.3.2 Objetivos del componente
8.1.4.3.3 Meta del componente
8.1.4.3.4 Estrategias del componente
8.1.4.3.4.1 Promoción de la equidad de género para la salud

8.1.4.3.4.2 Fortalecimiento de la institucionalidad para responder equitativamente al goce efectivo de derechos, necesidades y demandas
8.1.4.4 Salud en poblaciones étnicas
8.1.4.4.1 Definición del componente
8.1.4.4.2 Objetivos del componente
8.1.4.4.3 Metas del componente
8.1.4.4.4 Estrategias del componente
8.1.4.4.4.1 Planeación en salud con adecuación etnocultural
8.1.4.5 Discapacidad
8.1.4.5.1 Definición del componente
8.1.4.5.2 Objetivos del componente
8.1.4.5.3 Meta del componente
8.1.4.5.4 Estrategias del componente
8.1.4.5.4.1 Articulación y gestión intersectorial
8.1.4.5.4.2 Atención integral en salud para las personas con discapacidad bajo el enfoque diferencial
8.1.4.5.4.3 Movilización de voluntades políticas para desarrollar proyectos de inversión social
8.1.4.5.4.4 Promoción de trato digno hacia las personas con discapacidad
8.1.4.5.4.5 Educación y comunicación en salud
8.1.4.5.4.6 Gestión de la información y el conocimiento en discapacidad
8.1.4.6 Víctimas del conflicto armado interno
8.1.4.6.1 Definición del componente
8.1.4.6.2 Objetivos del componente
8.1.4.6.3 Metas del componente
8.1.4.6.4 Estrategias del componente
8.1.4.6.4.1 Planeación en salud
8.2 Dimensión fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria para la gestión de la salud
8.2.1 Definición de la dimensión
8.2.2 Objetivos de la dimensión
8.2.3 Metas de la dimensión
8.2.4 Componentes de la dimensión
8.2.4.1 Fortalecimiento de la autoridad sanitaria

8.2.4.1.1 Definición del componente
8.2.4.1.2 Objetivos del componente
8.2.4.1.3 Estrategias del componente
8.2.4.1.3.1 Fortalecimiento de la regulación
8.2.4.1.3.1.1 Plan de fortalecimiento de la rectoría nacional de la salud pública
8.2.4.1.3.1.2 Desarrollo del Sistema de Información en Salud SISPRO
8.2.4.1.3.1.3 Desarrollo del Sistema de Gestión del Conocimiento en Salud

8.2.4.1.3.1.4 Estrategia de articulación intersectorial y transectorial
8.2.4.1.3.1.5 Estrategia de armonización de la cooperación internacional para el Plan Decenal de Salud Pública PDSP
8.2.4.1.3.2 Estrategias para el fortalecimiento de la conducción
8.2.4.1.3.2.1 Análisis de Situación de Salud ASIS, con enfoque de determinantes sociales
8.2.4.1.3.2.2 Fortalecimiento de las capacidades locales de gestión de la salud pública
8.2.4.1.3.2.3 Fortalecimiento de medios y recursos territoriales
8.2.4.1.3.2.4 Normalización de las acciones colectivas para la salud pública

8.2.4.1.3.3 Estrategias para fortalecer la gestión administrativa y financiera

8.2.4.1.3.3.1 Control del exceso de demanda, exceso de frecuencias de uso y sobrecosto en los servicios de salud
8.2.4.1.3.3.2 Garantía de suficiencia del reconocimiento per cápita en el sistema
8.2.4.1.3.3.3 Plan de saneamiento fiscal y financiero
8.2.4.1.3.3.4 Desarrollo del Sistema de Evaluación de Costo-Beneficio / Efectividad de Tecnologías en Salud y los mecanismos de referenciación de mercado
8.2.4.1.3.4 Estrategias para el Fortalecimiento de la Vigilancia Epidemiológica y Sanitaria
8.2.4.1.3.4.1 Plan de recuperación de las capacidades básicas del sistema de vigilancia y respuesta en salud pública e IVC para la seguridad sanitaria

8.2.4.1.3.4.2 Proceso de actualización y modernización del Sistema Nacional de Vigilancia (SIVIGILA)
8.2.4.1.3.5 Estrategias para garantizar el aseguramiento y provisión adecuada de servicios de salud
8.2.4.1.3.5.1 Gestión de la oferta de servicios
8.2.4.1.3.5.2 Política Farmacéutica Nacional
8.2.4.1.3.5.3 Eliminación de barreras de acceso a servicios de salud
8.2.4.1.3.5.4 Modelo Atención Primaria en Salud
8.2.4.1.3.5.5 Política Nacional del Talento Humano en Salud
8.2.4.1.3.5.6 Estrategia para incrementar la resolutividad y disponibilidad de talento humano en salud
8.2.4.1.3.5.7 Implementación del Mecanismo de Evaluación de Actores del Sistema por Resultados en Salud

9. RESPONSABILIDADES DE LOS ACTORES DEL SECTOR SALUD EN EL PDSP, 2012-2021

9.1 De la nación

9.2 De la nación en la coordinación intersectorial

9.3 De los departamentos

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

9.4 De los municipios categoría 4, 5, y 6

9.5 De las Entidades Promotoras de Salud EPS

9.6 De las Instituciones Prestadoras de Salud IPS

9.7 De las Administradoras de Riesgos Laborales ARL

9.8 De la comunidad

10. FINANCIACIÓN DEL PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA PDSP, 2012-2012

11. MONITOREO Y EVALUACIÓN DEL PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA PDSP, 2012-2021

11.1 Definición

11.2 Objetivos

11.3 Fuentes de información
11.3.1 Observatorios
11.3.2 Sistemas de seguimiento
11.3.3 Registros
11.3.4 Sala Situacional
11.3.5 Otras fuentes de información de otros sectores

11.4 Mecanismo de monitoreo y evaluación

11.5 Características del sistema de monitoreo y evaluación

11.6 Producción de informes

11.7 Difusión y comunicación

BIBLIOGRAFÍA

GLOSARIO

LISTA DE SIGLAS

ANEXOS

ANEXO 1 Proceso técnico para la formulación del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021

Anexo 2 Registro de voces ciudadanas en la consulta regional

Anexo 3 Mapas regionales: desafíos y retos priorizados por los actores en la consulta ciudadana

Anexo 4 información de soporte. Análisis de la situación de salud en Colombia en 2010

Anexo 5 Cuadro de indicadores de monitoreo y evaluación Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021

INTRODUCCIÓN

En materia social, Colombia enfrenta el gran desafío de articular el desarrollo económico con el social; para lograrlo, el Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014 (Departamento Nacional de Planeación DNP, 2011) cimienta la *prosperidad para todos* en ocho grandes pilares: 1) convergencia y desarrollo regional; 2) crecimiento y competitividad; 3) igualdad de oportunidades; 4) consolidación de la paz; 5) innovación; 6) sostenibilidad ambiental; 7) buen gobierno; y 8) relevancia internacional. De acuerdo con el Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014, Colombia enfrenta grandes retos en el tema de salud pública, muchos de ellos originados en las grandes diferencias que existen entre regiones y entre grupos poblacionales:

> *[…] si bien la política de salud pública, y sus instrumentos, reconocen las diferencias territoriales, en muchos casos la gestión departamental y municipal evidencia debilidades en eficiencia, priorización y focalización de los recursos disponibles, lo que contribuye a la persistencia de disparidades entre regiones y entidades territoriales.* (Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014)

El Plan Decenal de Salud Pública PDSP 2012-2021 es una apuesta política por la *equidad en salud*, entendida como la "ausencia de diferencias en salud entre grupos sociales consideradas innecesarias, evitables e injustas" (Whitehead, 1992). Esto implica que la equidad en salud se logra cuando todas las personas alcanzan su potencial de salud independientemente de sus condiciones sociales, culturales y económicas.

El Plan Decenal de Salud Pública PDSP, 2012-2021, es producto del Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014, y busca la reducción de la inequidad en salud, planteando los siguientes objetivos: 1) avanzar hacia la garantía del goce efectivo del derecho a la salud; 2) mejorar las condiciones de vida que modifican la situación de salud y disminuyen la carga de enfermedad existente; 3) mantener cero tolerancia frente a la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad evitable. Uno de los mayores desafíos del Plan Decenal de Salud Pública PDSP, 2012-2021, es afianzar el concepto de salud como el resultado de la interacción armónica de las condiciones biológicas, mentales, sociales y culturales del individuo, así como con su entorno y con la sociedad, a fin de poder acceder a un mejor nivel de bienestar como

condición esencial para la vida.

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

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

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

entorno social enmarcado en el proceso de planeación territorial definido en la Ley 152 de 1994 (Congreso de la República de Colombia, 1994).

El Plan Decenal de Salud Pública PDSP, 2012-2021, se construye con base

en la mejor evidencia científica existente en la literatura nacional e internacional respecto a las intervenciones y estrategias que logran beneficios, y simultáneamente con el aporte obtenido de una amplia participación ciudadana y comunitaria nacional, sectorial e intersectorial.

El Plan Decenal de Salud Pública PDSP, 2012-2021, incorpora diferentes enfoques complementarios: 1) el enfoque de derechos; 2) el enfoque de perspectiva de género y ciclo de vida (persona mayor, adultez, juventud y niñez); 3) el enfoque diferencial (considerando las necesidades específicas de las poblaciones con discapacidad, de las víctimas de la violencia, y situaciones de desplazamiento, de la diversidad sexual, y de los grupos étnicos); y 4) el modelo de Determinantes Sociales de Salud DSS, dado que las inequidades en salud están determinadas por procesos que hacen referencia a las condiciones en las cuales las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, y han sido reconocidas como el problema de fondo, dominante en la situación de salud en las Américas, al cual no escapa Colombia.

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

La construcción del Plan Decenal de Salud Pública PDSP, 2012-2021, es un hito como ejercicio de movilización social sin precedentes en Colombia. En la consulta poblacional los ciudadanos y ciudadanas validaron el Plan Decenal de Salud Pública PDSP, 2012-2021, como la expresión concreta de la política de Estado que reconoce la salud como un derecho interdependiente y una dimensión central del desarrollo humano. Así

mismo, se resalta la participación articulada entre sectores, actores, comunidad e individuos responsables de la intervención efectiva y positiva de los procesos de salud-enfermedad, a través del abordaje de los Determinantes Sociales de la Salud DSS, con el fin de crear condiciones que garanticen el bienestar integral y la calidad de vida en Colombia.

1. ANTECEDENTES

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

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

En 2001, con la Ley 715 (Congreso de la República de Colombia, 2001), se definen la distribución de los recursos del Sistema General de Participaciones y las competencias de las entidades territoriales en educación y salud, entre otras, y se establece la obligatoriedad de la Nación y de las entidades territoriales para priorizar, a partir de la situación de salud en el territorio, las acciones, y elaborar un Plan de Atención Básica, con la participación de la comunidad y bajo la dirección del Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud. Posteriormente, el país, con base en los resultados acumulados en el Sistema, y mediante la Ley 1122 de 2007 (Congreso de la República de Colombia, 2007), señala que los

propósitos fundamentales en salud pública son: 1) mejorar la prestación de servicios de salud a los usuarios; 2) fortalecer los programas de salud pública; 3) fortalecer las funciones de inspección, vigilancia y control; 4) organizar el funcionamiento de las redes para la prestación de servicios de salud; 5) hacer reformas en aspectos de dirección, universalización, financiación y equilibrio entre los actores del sistema; y 6) establecer los mecanismos para la evaluación a través de indicadores de gestión y resultados en salud y bienestar de todos los actores del Sistema.

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

Dada la necesidad de adoptar la metodología para la elaboración, la ejecución, el seguimiento, la evaluación y el control del Plan de Salud Territorial y de las acciones que integran el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010 a las intervenciones colectivas a cargo de las entidades territoriales, el Ministerio de la Protección Social expide la Resolución 425 de 2008 (Ministerio de la Protección Social, 2008), la cual considera que el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010 debe estar integrado por seis ejes: 1) aseguramiento, prestación y desarrollo de servicios de salud; 2) salud pública; 3) promoción social; 4) prevención; 5) vigilancia y control de riesgos profesionales; y 6) emergencias y desastres.

El Congreso de la República expide la Ley 1438 de 2011 (Congreso de la República de Colombia, 2011),

por la cual se reforma el SGSSS y se dictan otras disposiciones. Esta ley

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

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

En este contexto, en el PDSP deben confluir políticas sectoriales e intersectoriales, concertadas y coordinadas, que permitan impactar

positivamente los determinantes sociales; aspectos contenidos en la Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de Salud de Río de Janeiro 2011 (OMS) y la Declaración de Adelaida sobre Salud en todas las Políticas (OMS, 2010), con el fin de mejorar la gobernanza en pro de la salud y el bienestar, en la nación y el territorio, la educación, la convivencia, la cultura, la justicia, el ingreso y el trabajo, la agricultura, la alimentación, el transporte, la infraestructura, la vivienda y el medio ambiente sostenible.

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

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

El PDSP también responde a las políticas de salud priorizadas, las cuales son soportadas en el Análisis de

la Situación de Salud, cuya formulación y puesta en marcha generan un gran impacto en los indicadores de salud. Dentro de dichas políticas se pueden señalar las estipuladas mediante la Ley 1616 de 2013 de Salud

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

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

Ley 48 de 1986	Estampilla pro dotación y funcionamiento CBA, modificada por la Ley 687 de 2001 y por la Ley 1276 de 2009 centros vida.
Ley 30 de 1986	Estatuto Nacional de Estupefacientes Decreto 3788 de 1986 reglamentario de la Ley 30 de 1986.
Decreto 2177 de 1989	Por el cual se desarrolla la Ley 82 de 1988, aprobatoria del Convenio No. 159, suscrito con la Organización Internacional del Trabajo, OIT, sobre

	readaptación profesional y el empleo para personas inválidas.
Decreto 2737 de 1989	Por el cual se expide el Código del Menor.
Ley 10 de 1990	Por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones.
Ley 21 de 1991	Por medio de la cual se aprueba el Convenio número 169 sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes, adoptado por la 76ª reunión de la Conferencia General de la OIT, en Ginebra, en 1989.
Ley 29 de 1992	Por medio de la cual se aprueba el Protocolo de Montreal relativo a las sustancias agotadoras de la capa de ozono, suscrito en Montreal el 16 de septiembre de 1987, con sus enmiendas adoptadas en Londres el 29 de junio de 1990 y en Nairobi el 21 de junio de 1991.
Del 9 de mayo de 1992	Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático.
Conpes 2793 de 1993	Lineamientos Política envejecimiento y vejez.
Resolución 5165 de 1994	Por medio de la cual se expiden los criterios, parámetros y procedimientos metodológicos para la elaboración y seguimiento de los planes sectoriales y de descentralización de la salud en los Departamentos y Distritos.
Ley 115 1994	Por la cual se expide la Ley General de Educación.
Ley 100 de 1993	Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones.
Ley 152 de 1994	Por la cual se establece la Ley Orgánica del Plan de Desarrollo.
Ley 124 de 1994	Por la cual se prohíbe el expendio de bebidas embriagantes a menores de edad y se dictan otras disposiciones.
Decreto 1108 de 1994	Por el cual se sistematizan, coordinan y reglamentan algunas disposiciones en relación con el porte y consumo de estupefacientes y sustancias psicotrópicas.
Decreto 1757 de 1994	Por el cual se organiza y se establecen las modalidades y formas de participación social en la prestación de servicios de salud, conforme a lo

	dispuesto en el numeral 1 del artículo 4 del Decreto-Ley 1298 de 1994.
Resolución 5165 de 1994	Por medio de la cual se expiden los criterios, parámetros y procedimientos metodológicos para la elaboración y seguimiento de los planes sectoriales y de descentralización de la salud en los Departamentos y Distritos.
Ley 136 de 1994	Por la cual se dictan normas tendientes a modernizar la organización y el funcionamiento de los municipios.
Ley 361 de 1997	Por la cual se establecen mecanismos de integración social de las personas con limitación y se dictan otras disposiciones.
Ley 383 de 1997	Por la cual se expiden normas tendientes a fortalecer la lucha contra la evasión y el contrabando, y se dictan otras disposiciones.
Ley 253 de 1996	Por medio de la cual se aprueba el Convenio de Basilea sobre el control de los movimientos transfronterizos de los desechos peligrosos y su eliminación, suscrito en Basilea el 22 de marzo de 1989.
Ley 294 de 1996	Por la cual se desarrolla el artículo 42 de la Constitución Política de 1991 y se dictan normas para prevenir, remediar y sancionar la violencia intrafamiliar.
Naciones Unidas 1998	Protocolo de Kioto de la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático.
Resolución 2358 de 1998	Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental. Art. 77 del Decreto 1292 de 1994.
Acuerdo 117 de 1998 CNSSS	Por el cual se establece el obligatorio cumplimiento de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y la atención de enfermedades de interés en salud pública.
Ley 629 de 2000	Por medio de la cual se aprueba el Protocolo de Kioto de la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático, del 11 de diciembre de 1997.
Resolución 412 de 2000	Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de

	enfermedades de interés en salud pública.
Decreto 330 de 2001	Por el cual se expiden normas para la constitución y funcionamiento de Entidades Promotoras de Salud, conformadas por cabildos y autoridades tradicionales indígenas.
Ley 691 de 2001	Mediante la cual se reglamenta la participación de los grupos étnicos en el Sistema General de Seguridad Social en Colombia.
Ley 715 de 2001	Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias, de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política de 1991 y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros.
Ley 790 de 2002	Renovación de la Administración Pública.
Ley 789 de 2002	Por la cual se dictan normas para apoyar el empleo y ampliar la protección social y se modifican algunos artículos del Código Sustantivo de Trabajo.
Ley 745 de 2002	Por la cual se tipifica como contravención el consumo y porte de dosis personal de estupefacientes o sustancias que produzcan dependencia, con peligro para los menores de edad y la familia.
Ley 762 de 2002	Por medio de la cual se aprueba la Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad, suscrita en la ciudad de Guatemala, el 7 de junio de 1999.
OMS 2003	El Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco.
Ley 906 de 2004	Por la cual se expide el Código de Procedimiento Penal.
Decreto 4175 de 2004	Por el cual se establece la prima de seguridad, se fija un sobresueldo para algunos empleos del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario, INPEC, y se dictan otras disposiciones.
Sentencia T-025 de 2004	Tutela los derechos de la población en condición de desplazamiento.

Ley 994 de 2005	Por medio de la cual se aprueba el Convenio de Estocolmo sobre Contaminantes Orgánicos Persistentes, Estocolmo, 2001.
De 2005	Reglamento Sanitario Internacional.
Acuerdo 326 de 2005	Por medio del cual se adoptan algunos lineamientos para la organización y funcionamiento del Régimen Subsidiado de los pueblos indígenas.
De 2005	Encuesta Nacional de la Situación en Salud, 2005.
Decreto 1538 de 2005	Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 361 de 1997.
Conpes 3375 de 2005	Política Nacional de Sanidad Agropecuaria e Inocuidad de Alimentos para el Sistema de Medidas Sanitarias y Fitosanitarias.
Ley 1098 de 2006	Por la cual se expide el Código de la Infancia y la Adolescencia.
Ley 1091 de 2006	Por medio de la cual se reconoce al Colombiano y Colombiana de Oro.
Decreto 1011 de 2006	Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
Resolución 3577 de 2006	Plan Nacional de Salud Bucal.
Ley 1159 de 2007	Por medio de la cual se aprueba el Convenio de Rotterdam para la Aplicación del Procedimiento de Consentimiento Fundamentado previo a ciertos Plaguicidas y Productos Químicos Peligrosos, Objeto de Comercio Internacional, suscrito en Rotterdam el 10 de septiembre de 1998.
Ley 1145 de 2007	Por medio de la cual se organiza el Sistema Nacional de Discapacidad y se dictan otras disposiciones.
Conpes 109 de 2007	Política Pública Nacional de Primera Infancia “Colombia por la primera infancia”.
Ley 1176 de 2007	Modifica la Ley 715 de 2001, Sistema General de Participaciones.
Ley 1122 de 2007	Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

Conpes 3376 de 2005, Conpes 3458 de 2007 Conpes 3468 de 2007	Política Nacional de Sanidad Agropecuaria e Inocuidad por cadena productiva.
Ley 1164 de 2007	Tiene por objeto establecer las disposiciones relacionadas con los procesos de planeación, formación, vigilancia y control del ejercicio, desempeño y ética del Talento Humano del área de la salud mediante la articulación de los diferentes actores que intervienen en estos procesos.
Ley 1196 de 2008	Por medio de la cual se aprueba el Convenio de Estocolmo sobre Contaminantes Orgánicos Persistentes, suscrito en Estocolmo el 22 de mayo de 2001, la Corrección al artículo 1º del texto original en español, del 21 de febrero de 2003, y el Anexo G al Convenio de Estocolmo del 6 de mayo de 2005.
Resolución 425 de 2008	Por la cual se define la metodología para la elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control del Plan de Salud Territorial, y las acciones que integran el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas a cargo de las entidades territoriales.
Conpes 3550 de 2008	Lineamientos para la formulación de la política integral de salud ambiental con énfasis en los componentes de calidad de aire, calidad de agua y seguridad química.
Ley 1251 de 2008	Por la cual se dictan normas tendientes a procurar la protección, promoción y defensa de los derechos de los adultos mayores.
Conpes 113 de 2008	Política Nacional de seguridad Alimentaria y Nutricional PSAN.
Ley 1257 de 2008	Por la cual se dictan normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres, se reforman los Códigos Penal, de Procedimiento Penal, la Ley 294 de 1996 y se dictan otras disposiciones.
Ley 1251 de 2008	Por la cual se dictan normas tendientes a procurar la protección, promoción y defensa de los derechos de los adultos mayores.
Ley 1185 de 2008	Por la cual se modifica y adiciona la Ley 397 de 1997, Ley General de Cultura, y se dictan otras disposiciones. Especialmente en lo referente a las normas sobre patrimonio cultural, fomentos y estímulos a la cultura.
2008-2011	Plan de Respuesta Nacional al VIH para 2008-2010.

Ley 1295 de 2009	Por la cual se reglamenta la atención integral de los niños y las niñas de la primera infancia de los sectores clasificados como 1, 2 y 3 del SISBEN.
Ley 1287 de 2009	Adición de la Ley 361 de 2007, Discapacidad.
Decreto 2941 de 2009	Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley de 1997, modificada por la Ley 1185 de 2008, en lo correspondiente al Patrimonio Cultural de la Nación de naturaleza inmaterial.
2010-2015	Plan Estratégico Colombia Libre de Tuberculosis 2010-2015, Para la Expansión y Fortalecimiento de la Estrategia Alto a la TB.
2010-2015	Plan Estratégico de Colombia para aliviar la carga de la enfermedad y sostener las actividades de control de la Lepra.
Ley 1384 de 2010	Se establecen las acciones para la atención integral del cáncer en Colombia.
Ley 1388 de 2010	Por el derecho a la vida de los niños con cáncer en Colombia, disminuir la tasa de mortalidad por cáncer en niños y niñas menores de 18 años a través de una detección temprana y tratamiento integral.
Ley 1393 de 2010	Por la cual se definen rentas de destinación específica para la salud, se adoptan medidas para promover actividades generadoras de recursos para la salud, para evitar la evasión y la elusión de aportes a la salud, se redireccionan recursos en el interior del sistema de salud y se dictan otras disposiciones.
Ley 1438 de 2011	Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.
Ley 1450 de 2011	Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo, 2010-2014.
Ley 1448 de 2011	Por la cual se dictan medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno y se dictan otras disposiciones.
Decreto 4107 de 2011	Por el cual se determinan los objetivos y la estructura del Ministerio de Salud y Protección Social y se integra el Sector Administrativo de Salud y Protección Social.

Ley 1346 de 2009	Por medio de la cual se aprueba la Convención sobre los Derechos de las personas con Discapacidad, adoptada por la Asamblea General de la Naciones Unidas el 13 de diciembre de 2006.
Conpes 140 de 2011	Modificación a Conpes Social 91 del 14 de junio de 2005: Metas y estrategias de Colombia para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio 2015.
Conpes 147 de 2011	Prevención del embarazo en adolescentes.
Ley 1454 de 2011	Por la cual se dictan normas orgánicas sobre ordenamiento territorial y se modifican otras disposiciones.
Conpes Social 155 de 2012	Política Farmacéutica Nacional.
Ley 1523 de 2012	Por la cual se adopta la Política Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres y se establece el Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres y se dictan otras disposiciones.
Decreto 734 de 2012	Por el cual se reglamenta el Estatuto General de Contratación de la Administración Pública y se dictan otras disposiciones.
Resolución 4505 de 2012	Por la cual se establece el reporte relacionado con el registro de las actividades de Protección Específica, Detección Temprana y la aplicación de las Guías de Atención Integral para las enfermedades de interés en salud pública de obligatorio cumplimiento.
Conpes 3726 de 2012	Lineamientos, Plan de ejecución de metas, presupuesto y mecanismos de seguimiento para el Plan Nacional de Atención y Reparación Integral a Víctimas.
Decreto 4800 de 2012	Tiene por objeto establecer los mecanismos para la adecuada implementación de las medidas de asistencia, atención y reparación integral a las víctimas de que trata el artículo 3 de la Ley 1448 de 2011, para la materialización de sus derechos constitucionales.
Ley 1562 de 2012	Ley de Riesgos Laborales.
Ley 1616 de 2013	Por medio de la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones.

Decreto 723 de 2013	Por el cual se reglamenta la afiliación al Sistema General de Riesgos Laborales de las personas vinculadas a través de un contrato formal de prestación de servicios con entidades o instituciones públicas o privadas y de los trabajadores independientes que laboren en actividades de alto riesgo y se dictan otras disposiciones.

2. METODOLOGÍA

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

2.1 Fase de aprestamiento

Desde mayo de 2011 hasta julio de 2012, se inició con la revisión de la normatividad vigente, la evaluación de las capacidades básicas de vigilancia y respuesta, los resultados de la gestión de la salud pública obtenidos en 17 años de desarrollo del SGSSS y una revisión sistemática de la literatura para evaluar la evidencia publicada frente a las ventajas de los enfoques existentes, las alternativas de abordaje del modelo de los Determinantes Sociales de la Salud, utilizando los siguientes motores de búsqueda de datos: Pubmed, Embase, Colaboración Campbell, Cochrane y LILACS, sin restricción del idioma ni fechas de publicación. Las palabras clave de búsqueda (MESH, Emtree, Decs) variaron de acuerdo con la base de datos utilizada (population groups OR countries) AND (social determinants) AND (health impact assessment OR health OR global health OR social policy); (population OR developed country OR developing country), entre otras. La revisión arrojó 3.508 artículos, que se revisaron por título y resumen. De este total, se seleccionaron 25 artículos para revisión del texto completo y se seleccionó el siguiente tipo de revisión sistemática: Bambra C, Gibson M, Sowden A, Wright K, Whitehead M, Petticrew M. Tackling the wider social determinants of health and health inequalities: evidence from systematic reviews. J Epidemiol Community Health. 64. England 2010. p. 284-91; el cual se calificó como de buena calidad metodológica, con la herramienta AMSTAR (Shea, 2007). En esta primera fase se obtuvo la definición de los enfoques y de las orientaciones estratégicas (visión, fines, objetivos y desafíos) que tendría el Plan Decenal de Salud Pública PDSP, y la propuesta metodológica para su construcción.

2.2 Fase de definición técnica

Realizada desde octubre de 2011 hasta octubre de 2012. Con la propuesta elaborada el Ministerio partió de las preguntas: *¿qué pasa hoy?, ¿qué debemos transformar?* Para una aproximación inicial, utilizó el Análisis de la Situación de Salud ASIS (Ministerio de Salud y Protección Social, Universidad De Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública, 2012), construido en profundidad con la información del periodo 2002-2007, así como la Evaluación del Plan Nacional de Salud Pública PNSP, 2007-2010 (Ministerio de la Protección Social, Organización Panamericana de la Salud, Red Colombiana de Investigación en Políticas y Sistemas de Salud, 2012). Este análisis permitió caracterizar de manera inicial el estado de salud de la población colombiana en lo referente al histórico y tendencias de los daños, y las condiciones socioeconómicas y de los servicios de salud (factibilidad, viabilidad, efectividad y resultado de las intervenciones). En esta fase se desarrollaron los lineamientos territoriales para la consolidación del ASIS básico y la estructuración pedagógica de la metodología para elaborarlo (Ministerio de Salud y Protección Social, Dirección de Epidemiología y Demografía, Grupo ASIS, 2013), con la correspondiente capacitación de todas las entidades territoriales. La caracterización muestra la magnitud y tendencia de los eventos y factores, la mortalidad evitable, la carga oculta y el costo de omisión, que no pueden explicarse o circunscribirse a los tradicionales abordajes de grupos de edad o por sistemas o de patologías o eventos prioritarios o de procesos de gestión en salud; y muestra la necesidad de un abordaje más comprensivo y complejo que permita actuar en las raíces comunes de las causas de los problemas (Marmot M, 2012; Capra, 2002). Así mismo, evidencia lo que podría denominarse *familias de condiciones esenciales para la vida*, que no pueden explicarse o circunscribirse a los tradicionales abordajes de grupo etáreo o por sistemas, o por patologías o eventos prioritarios, o por procesos de gestión en salud; es decir, evidencia un conjunto de características relacionadas con el bienestar, el desarrollo humano y la calidad de vida, que coexisten con otros componentes (asuntos públicos y privados, económicos, sociales, políticos, individuales y espirituales; condiciones materiales; gestión de servicios; vulnerabilidades, capacidades, entre otras externalidades), siguiendo el razonamiento de la epistemología y la base empírica de la multi-dimensionalidad de la equidad en salud y el desarrollo humano (Alkire, 2002). De esta manera se definió la existencia de ocho dimensiones prioritarias y dos dimensiones transversales en el PDSP, entendidas como

elementos técnicos y políticos ordenadores del abordaje y de la actuación, con visión positiva de la salud, en las cuales se vinculan la acción sectorial, comunitaria y transectorial.

A partir de ahí, se inicia el análisis de los Determinantes Sociales en Salud DSS, en el ámbito de las Dimensiones Prioritarias del PDSP, con la creación de grupos internos en el Ministerio —uno para cada dimensión—, los cuales siguieron el siguiente proceso:

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

Lo anterior facilita a los grupos la plataforma para diseñar el modelo esquemático de los DSS en cada dimensión. Así mismo, se identifican las audiencias y actores clave para ser informados sobre las inequidades documentadas en cada dimensión. Cada dimensión revisa la teoría de la acción usada hasta el momento (población objetivo – acción – resultado intermedio – resultado final o impacto) y evalúa si el abordaje utilizado está o no interviniendo las causas de las inequidades. En caso de que las intervenciones no afecten positivamente los DSS, o lo hagan parcialmente, se diseñan otras adicionales para reducirlas o eliminarlas.

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

2.3 Fase de consulta

Desde marzo hasta octubre de 2012. Simultáneamente con el análisis de los Determinantes Sociales en Salud DSS, en el ámbito de las dimensiones del PDSP que los grupos técnicos de las dimensiones prioritarias llevan a cabo, se efectúa el proceso de consulta con participación amplia de la ciudadanía y de los diferentes actores de la sociedad, para otorgarle

legitimidad y gobernabilidad al PDSP; este proceso requiere la operación de una estrategia de movilización social nacional y el diseño de una metodología para la recolección, el procesamiento y la consolidación de insumos de la consulta ciudadana.

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

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

2.4 Fase de formulación

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

El producto de este análisis muestra de manera ordenada y clasificada las

propuestas planteadas por los ciudadanos, los actores y los grupos ordenados de la sociedad; propuestas que se incorporan a las generadas por los grupos internos del Ministerio, dando paso al proceso de triangulación (De Souza Minayo, Maria Cecilia; Goncalvez de Assis, Simone; Ramos de Souza, Edinilsa, 2005). El tradicional Análisis de la Situación de Salud ASIS, se robustece con los resultados de la consulta ciudadana frente a las necesidades sentidas y los desafíos identificados; así mismo, se valida el marco estratégico del PDSP en la consulta.

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

2.5 Fase de validación

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

Se presentan a los Ministerios, Agencias, Altas Consejerías, Departamentos Administrativos y Comités Intersectoriales las propuestas estratégicas conjuntas para el abordaje de los Determinantes Sociales de la Salud, con el fin de sentar las bases para generar las acciones transectoriales y los compromisos de trabajo colaborativo por la salud pública en los próximos diez años. Finalmente, se incorporan todos los aportes recibidos y se produce el documento final del PDSP 2012-2021, para revisión jurídica.

2.6 Fase de reglamentación

Desde septiembre de 2012 y durante el 2013. Con la identificación de las necesidades específicas de reglamentación y lineamientos para la operación en los territorios, el Ministerio expide las normas y manuales

correspondientes, en los tres meses posteriores al lanzamiento del PDSP. Se define que el Plan Decenal de Salud Pública cuente con sendas Resoluciones: una mediante la cual se adopta y otra con los lineamientos, metodologías e instrumentos técnicos para la formulación del Plan Territorial de Salud y su Plan Operativo Anual POA 2014 y posteriores, hasta 2021. Mediante decreto presidencial se crea la Comisión Intersectorial de Salud Pública, y el Plan Decenal es presentado al Consejo Nacional de Política Económica y Social CONPES, en el primer semestre de 2013. Finalmente, mediante una resolución complementaria se adopta el capítulo de grupos étnicos y de víctimas, como parte integral del PDSP, una vez concluye la consulta y formulación.

2.7 Fase de presentación y divulgación

Desde febrero de 2013 hasta diciembre de 2013. La estrategia de difusión comienza después del acto oficial de lanzamiento del PDSP 2012-2021, y debe ejecutarse durante todo 2013. Las Entidades Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales, de acuerdo con sus competencias, deben liderar el proceso de despliegue local y elaborar un plan para tal fin, que debe ser incorporado al POA 2013.

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

2.8 Fase de instauración

A partir de mayo de 2013 se establece una estrategia de gestión del PDSP, la cual contempla acompañamiento, asesoría técnica y capacitación al talento humano en los territorios y permite facilitar el desarrollo de los procesos de planeación (actualización del análisis de la situación de salud cada año, movilización social, coordinación transectorial, formulación cuatrianual del Plan Territorial de Salud y del Plan Operativo Anual, así como el seguimiento y evaluación de los mismos). Esta estrategia, de carácter nacional, pone a disposición de las entidades territoriales un sitio colaborativo, al cual también pueden acceder las entidades del sector, de los otros sectores, y la ciudadanía en general; cuenta con diferentes

insumos, entre ellos el Análisis de la Situación de Salud ASIS, lineamientos, documentos técnicos, herramientas, instrumentos, informes del Observatorio del Plan Decenal y los relacionados con la planeación en salud, seguimiento y evaluación del PDSP, entre otros. A este sitio colaborativo se puede tener acceso a través de la página web *www.minsalud.gov.co/* en la pestaña *Mini Sitio Plan Decenal*.

3. MARCO CONCEPTUAL

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

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

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

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

El PDSP, para su formulación, define tres componentes esenciales desde la fundamentación teórico-conceptual: 1) los enfoques conceptuales, 2) el diseño estratégico y 3) las líneas operativas que permiten llevar a la práctica las acciones en los planes operativos territoriales.

3.1 Enfoques y modelo conceptual

El Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 asume un abordaje con múltiples enfoques: la salud como un derecho, el enfoque diferencial, el enfoque poblacional y el modelo conceptual de los Determinantes Sociales

de la Salud.

3.1.1 Enfoque de derechos

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

El derecho a la salud alude al "disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social", e implica una interdependencia con otros derechos; se aplica sin distinción de raza, género, religión, orientación política, orientación sexual o situación económica o social, y se refiere al nivel de salud que le permite a una persona vivir dignamente, y a los factores socioeconómicos que promueven la posibilidad de llevar una vida sana. Ese derecho se hace extensivo al acceso básico a la alimentación y a la nutrición, a la vivienda, al agua limpia y potable, a condiciones sanitarias adecuadas, a condiciones de trabajo seguras y sanas, a un medio ambiente sano, así como a los servicios sociales, mediante la disposición del Estado de todos los recursos posibles para hacer efectivo tal derecho.

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

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

Desde el punto de vista institucional, los formuladores de políticas públicas

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

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

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

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

vida y las tecnologías conexas.

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

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

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

3.1.2 Enfoque diferencial

La fundamentación del enfoque diferencial supone el reconocimiento de la equidad e inclusión de los ciudadanos excluidos y privados de los derechos y libertades. Es decir, “el derecho a ejercer una ciudadanía desde la diferencia en escenarios de una democracia participativa, de inclusión

igualitaria de ciudadanos y ciudadanas en la escena política, y en la toma de decisiones en la esfera íntima, privada y pública" (Baquero, 2009).

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

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

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

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

La igualdad, la equidad y la no discriminación son asuntos recurrentes cuando se aborda el derecho a la salud, porque la diferenciación del derecho a la salud para los diversos grupos poblacionales, y la especificidad de sus necesidades, responde a desventajas y necesidades no satisfechas que suceden en la práctica (OMS, Comisión sobre

Determinantes Sociales de la Salud, 2009). También porque la protección de algunas necesidades específicas de cada uno de los grupos es un camino para cerrar la brecha abierta por las desigualdades históricas.

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

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

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

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

3.1.3 Enfoque de ciclo de vida

El ciclo de vida (o curso o transcurso de vida) es un abordaje que permite entender las vulnerabilidades y oportunidades de invertir durante cada una de las etapas del desarrollo humano; reconoce que las experiencias se acumulan a lo largo de la vida, que las intervenciones en una generación repercutirán en las siguientes, y que el mayor beneficio de un momento vital puede derivarse de intervenciones previas en periodos vitales anteriores.

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

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

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

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

El PDSP, desde esta perspectiva, dialoga con las políticas públicas vigentes sustentadas en el ciclo de vida; por ejemplo, la Política de Primera Infancia (Presidencia de la República de Colombia, 2011), la Política Nacional de Juventud (Presidencia de la República de Colombia, 2004), la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez (Ministerio de la Protección Social,

2007), entre otras, y aporta significativamente a sus desarrollos. De igual manera, incorpora en su prospectiva la visión de las transformaciones a corto, mediano y largo plazo derivadas de los cambios poblacionales, como el envejecimiento poblacional y la estructura familiar, que afectan significativamente los roles y dimensiones vitales que de forma permanente dan nuevos significados a la vida de las personas y exigen a su vez una organización de acciones que implican verdaderas y pertinentes oportunidades de desarrollo humano.

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

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

3.1.4 Enfoque de género

Se entiende por género el conjunto de características sociales, culturales, políticas, jurídicas y económicas asignadas socialmente en función del sexo de nacimiento (PNUD, 2008). La categoría de género permite evidenciar que los roles, identidades y valores que son atribuidos a hombres y mujeres e internalizados mediante los procesos de socialización son una construcción histórica y cultural, es decir, que pueden variar de una sociedad a otra y de una época a otra.

Históricamente a las mujeres y a lo femenino se les otorgó el espacio de lo privado, caracterizado por funciones reproductivas, en las cuales la maternidad y el rol doméstico se constituyeron en el eje principal para la construcción de las identidades de las mujeres. A los hombres se les atribuyó el espacio de lo público, con el ejercicio de funciones productivas y políticas, y el papel de proveedor económico y jefe del hogar, con la potestad para ejercer el dominio sobre la vida, cuerpo y sexualidad de las

mujeres, hijos e hijas.

Es importante tener en cuenta que el género se articula con otras categorías como: edad, etnia, orientación sexual, discapacidad y situaciones como por ejemplo el desplazamiento forzado, el conflicto armado o la situación migratoria, entre otras. Por lo tanto, se reconoce la diversidad y heterogeneidad de las mujeres y de los hombres, propuesta que se relaciona con el concepto de equidad de género, puesto que implica el reconocimiento y valoración de dicha diversidad. Es decir, que el género se refiere no solo a las relaciones y desigualdades entre hombres y mujeres (intergénero), sino también a las intragénero.

De otra parte es importante resaltar que el género no es sinónimo de mujer, como ha sido utilizado en muchas ocasiones. El género es una categoría de análisis que permite tener una comprensión integral de la sociedad, la política, la economía, la historia, entre otras, que visibiliza las relaciones de poder existentes en diferentes espacios, tanto públicos como privados. El género es una forma de ordenamiento de las relaciones humanas que históricamente ha producido violencias, desigualdades y discriminaciones, principalmente para las mujeres, sin desconocer que los modelos hegemónicos de la masculinidad además de tener graves implicaciones para la vida de las mujeres, también afectan a los hombres.

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

Si bien es cierto que las desigualdades y discriminaciones en razón del género se han venido transformando gracias a la incidencia del movimiento feminista, los procesos de fortalecimiento de las democracias, el papel de Naciones Unidas y los demás sistemas regionales de Derechos Humanos y el reconocimiento de los derechos de las mujeres, y gracias a que cada vez un mayor número de mujeres ocupan más espacios y ejercen diversos roles en el mundo social, económico, político, cultural y científico, todavía

persisten brechas de género que es necesario erradicar, en especial las referidas a la baja participación política de las mujeres, la magnitud de las diferentes formas de violencia y discriminación contra las niñas, adolescentes y mujeres, y la pobreza, principalmente de mujeres rurales, pertenecientes a grupo étnicos y víctimas del conflicto armado, entre otras.

Específicamente en el ámbito de la salud, el género ha sido incluido como uno de los determinantes de la salud. En los procesos de salud-enfermedad influyen los imaginarios, creencias, discriminaciones, desigualdades, prácticas y roles tradicionales de género; las relaciones de poder asimétricas, las identidades femeninas y masculinas hegemónicas, las valoraciones sociales sobre el cuerpo, la sexualidad y la reproducción, y la autonomía y ejercicio de derechos, entre otros.

Ante la persistencia de las brechas de género, se hace necesario incorporar el enfoque o perspectiva de género en las políticas económicas y sociales para construir una sociedad equitativa, democrática, incluyente, basada en la justicia y en el ejercicio de los Derechos Humanos. En los procesos de planificación y formulación de política pública se deben tener en cuenta los principales aspectos relativos a las funciones asignadas socialmente a mujeres y a hombres y a sus necesidades específicas. En efecto, si se desea alcanzar el desarrollo sostenible, las políticas de desarrollo deberán tener presentes las disparidades existentes entre hombres y mujeres en el campo del trabajo, la pobreza, la vida familiar, la salud, la educación, el medio ambiente, la vida pública y las instancias de decisión.

El enfoque de género se puede entender como una perspectiva, propuesta o herramienta conceptual, metodológica y política, que:

- Visibiliza las desigualdades, discriminaciones y violencias en razón del género, así como el ejercicio de poder y los roles que ejercen mujeres y hombres.
- Detecta los factores de desigualdad que afectan a hombres y mujeres en los diferentes ámbitos de interacción humanos (familiares, sociales, económicos, culturales y políticos).
- Planea acciones para transformar las estructuras que mantienen las inequidades, discriminaciones, violencias y exclusiones por razón del género.
- Busca la construcción de identidades femeninas y masculinas que no se basen en los modelos hegemónicos de ser mujer y ser

hombre.

- Propone una valoración equitativa de los espacios y actividades productivas y reproductivas, y una distribución justa de los roles entre hombres y mujeres.
- Promueve la construcción de una sociedad más equitativa y democrática para mujeres y hombres a través de un ejercicio paritario del poder en todos los espacios, desde los personales hasta los colectivos.

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

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

3.1.5 Enfoque étnico

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

del nuevo milenio, Población, cultura y territorio: bases para el fortalecimiento social y económico de los pueblos indígenas, 2004).

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

Este enfoque permite identificar grupos con identidades diferenciadas en torno a elementos seleccionados o "marcas étnicas" que tienen un contenido simbólico, tales como mitos, ancestros u orígenes comunes, religión, territorio, memorias de un pasado colectivo, vestimenta, lenguaje o, inclusive, rasgos físicos como el color de la piel, tipo de pelo o forma de los ojos. Estas características culturales y sociales propias generan diferenciales en las condiciones de vida y el acceso a recursos de atención; así mismo, hay conductas, creencias, estereotipos y prejuicios que tienen como base la discriminación, el racismo, la segregación y el aislamiento de grupos o minorías étnicas, ligadas a la etnicidad.

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

El fomento de la participación de los grupos étnicos a través de mecanismos como la consulta previa en las diferentes fases de los planes, programas y proyectos que los afecten, la adecuación sociocultural y técnica de los servicios sociales desde el respeto por la cultura y las tradiciones, el reconocimiento del sistema médico tradicional, las instituciones propias, la vinculación de sus agentes a la medicina alopática

mediante el ejercicio de la interculturalidad, la entrega de servicios de salud ajustados a las condiciones de accesibilidad y dispersión geográfica, las adecuaciones socioculturales y técnicas en la oferta institucional, el diseño de estrategias y actividades de todos los sectores —y específicamente en salud— trascendiendo el concepto intervencionista en salud hacia el de atención intercultural, y la visibilización estadística en los sistemas de información, entre otros, materializan el enfoque diferencial por etnia.

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

3.1.6 Otros enfoques en lo diferencial

En coherencia con otros desarrollos de atención de poblaciones de especial protección y vulnerabilidad en Colombia, también se tienen en cuenta los abordajes de diversidad derivados de la situación de discapacidad, situaciones de desplazamiento, condición de víctimas, diversidad sexual, situaciones como la pobreza, poblaciones institucionalizadas, condiciones territoriales particulares, y otras reconocidas en instrumentos internacionales vinculantes para el país y en los compromisos incluidos en el Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014 (Departamento Nacional de Planeación DNP, 2011).

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

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

víctimas.

3.1.7 Enfoque poblacional

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

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

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

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

3.1.8 Modelo de los Determinantes Sociales de la Salud

En la octava sesión plenaria de la 62ª Asamblea Mundial de la Salud de 2009, se insta a los Estados miembros a luchar contra las inequidades sanitarias en el interior de los países y entre ellos, mediante el compromiso político sobre el principio fundamental de interés nacional de "subsanar las desigualdades en una generación" (Organización Mundial de la Salud, 2009), según corresponda, para coordinar y gestionar las acciones intersectoriales en pro de la salud, con el fin de incorporar la equidad sanitaria en todas las políticas; y, si corresponde, mediante la aplicación de instrumentos para cuantificar el impacto en la salud y en la equidad sanitaria, se los insta también a que desarrollen y apliquen estrategias para mejorar la salud pública, centrándose en afectar positivamente los Determinantes Sociales de la Salud, entendidos como aquellas situaciones o condiciones o circunstancias que hacen parte del bienestar, calidad de vida, desarrollo humano, que ejercen influencia sobre la salud de las personas y que, actuando e interactuando en diferentes niveles de organización, determinan el estado de salud de la población (Whitehead, 2006).

Los Determinantes Sociales de la Salud conforman, así, un modelo que reconoce el concepto de que el riesgo epidemiológico está determinado individual, histórica y socialmente. La relación entre los Determinantes Sociales de la Salud y el estado de salud es, por ello, compleja, e involucra a muchos niveles de la sociedad que, como se ha señalado, abarcan desde el nivel microcelular hasta el macroambiental (OMS, 2011).

Se han elaborado varios modelos que muestran los mecanismos por medio de los cuales los Determinantes Sociales de la Salud influyen en los resultados sanitarios, a fin de hacer explícitos los nexos entre los distintos determinantes y ubicar los puntos de acceso estratégicos para las medidas de política. Algunos modelos influyentes son los propuestos por Laframboise-Lalonde (1974), Evans y Stoddart (1990), Dahlgren y Whitehead (1991), Diderichsen (1998), posteriormente adaptado en Diderichsen, Evans y Whitehead (2001), Hertzman (1999), Hertzman, Frank y Evans (1994), Brunner, Marmot y Wilkinson (1999) y Najman (2001), entre otros. Estos modelos resultan especialmente importantes al hacer visibles las maneras en que los Determinantes Sociales de la Salud contribuyen a generar las desigualdades de salud entre grupos en la sociedad. Uno de los más conocidos es el de Dahlgren y Whitehead (1991), que contribuyó a la

primera estrategia: “salud para todos” (HFA) para Europa. El modelo representa los “principales determinantes de la salud” como un conjunto de arcos concéntricos alrededor de lo individual. Aunque muy influyente, este modelo no es el único marco que los investigadores han desarrollado para capturar las influencias sociales sobre la salud. El modelo de Brunner y Marmot (1999) también es altamente citado. Aunque difieren en estilo y complejidad, la mayoría representan la salud como el resultado de una red de influencias sociales (Brunner, 1999; Dahlgren, 1991; Diderichsen, 1998; Najman, 2001).

Para efectos del abordaje de los determinantes, se hace claridad conceptual acerca de la *equidad*, definida como la ausencia de diferencias injustas, evitables o remediables de salud entre las poblaciones o grupos definidos de manera social, económica, demográfica o geográfica; la *desigualdad* es entendida como la resultante de una situación de salud en la que hay diferencias en el estado de salud entre hombres y mujeres, grupos de edad, grupos étnicos, entre otros. Las desigualdades de salud tienen sus raíces en la estratificación social. Entre los aspectos y procesos sociales que influyen sobre la salud, algunos contribuyen a la presencia de brechas sanitarias entre distintos grupos sociales.

La Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud, en su informe final (OMS, Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, 2009) desarrolla un aspecto específico del concepto de salud, y es que la salud está estrechamente relacionada con las condiciones en las que la vida tiene lugar. Para la Comisión, la trasformación de los resultados en salud de las personas no depende solo de la atención sanitaria sino de “las condiciones en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen”, que tienen que ver con el contexto social y político de los países y con las condiciones de vida de cada persona; apuntan tanto a las características específicas del contexto social que influyen en la salud, como a las vías por las cuales las condiciones sociales se traducen en efectos sanitarios, y los diferentes recursos a nivel mundial, nacional y local, lo cual depende a su vez de las políticas adoptadas. También hace una síntesis de posiciones teóricas y presenta un modelo ampliado, que pretende resumir y organizar, en un solo marco integral, las categorías principales de Determinantes Sociales de la Salud (Organización Mundial de la Salud, 2003; OMS, 2007; Friel, 2011).

Un modelo integral de Determinantes Sociales de la Salud debe lograr: 1)

aclarar los mecanismos por los cuales los determinantes sociales generan desigualdades de salud; 2) indicar cómo se relacionan entre sí los determinantes principales; 3) proporcionar un marco para evaluar cuáles son los Determinantes Sociales de la Salud más importantes de abordar; 4) proyectar niveles específicos de intervención y puntos de acceso de políticas para la acción en torno a los Determinantes Sociales de la Salud (Organización Mundial de la Salud, 2005; Mackenbach, 2013).

La propuesta de la Comisión combina elementos de diversos modelos hasta llegar a la construcción de un modelo de Determinantes Sociales de la Salud que revela la existencia de un contexto sociopolítico que genera desigualdades socioeconómicas que responden a una estratificación referida a los niveles de ingresos, educación, género, raza o pertenencia a un grupo étnico. Estos contextos y mecanismos de estratificación socioeconómica se describen como determinantes estructurales de la salud o como factores sociales determinantes de las desigualdades en torno a la salud (Williamson, 1990).

Las condiciones socioeconómicas se traducen luego en determinantes específicos del estado de salud individual que reflejan la ubicación social del individuo dentro del sistema estratificado. De acuerdo con su respectiva posición social, las personas experimentan una exposición y vulnerabilidad diferenciales ante factores que ponen en riesgo la salud. El modelo muestra que la posición socioeconómica de una persona influye en su salud, pero que ese efecto no es directo. Tiene una influencia sobre la salud a través de determinantes más específicos o intermediarios, que son condiciones materiales, como la situación laboral y de vivienda; circunstancias psicosociales, como los factores estresantes; y también los factores conductuales y el acceso a los servicios sociales, incluyendo los servicios de salud (Bambra, 2010; Organización Mundial de la Salud, 2007).

Las condiciones sociales restringen la capacidad de salud de algunas personas dentro de una sociedad y crean desigualdades en la oportunidad de ejercer una libertad positiva, lo que hace imperativo adoptar medidas en relación con estos determinantes sociales a fin de garantizar la igualdad en las opciones de salud (Friel, 2011).

El modelo incorpora explícitamente el sistema sanitario, considerándolo como un factor social determinante de la salud en sí mismo, cuya función de reducción de las desigualdades en salud no solo opera brindando

acceso equitativo a los servicios de salud, sino también poniendo en práctica políticas, planes y programas de salud pública que incluyen a otros sectores de política y que impactan las condiciones de vida de la población, por lo cual el promover y coordinar la política de Determinantes Sociales de la Salud se constituye en una función clave para el sector de la salud.

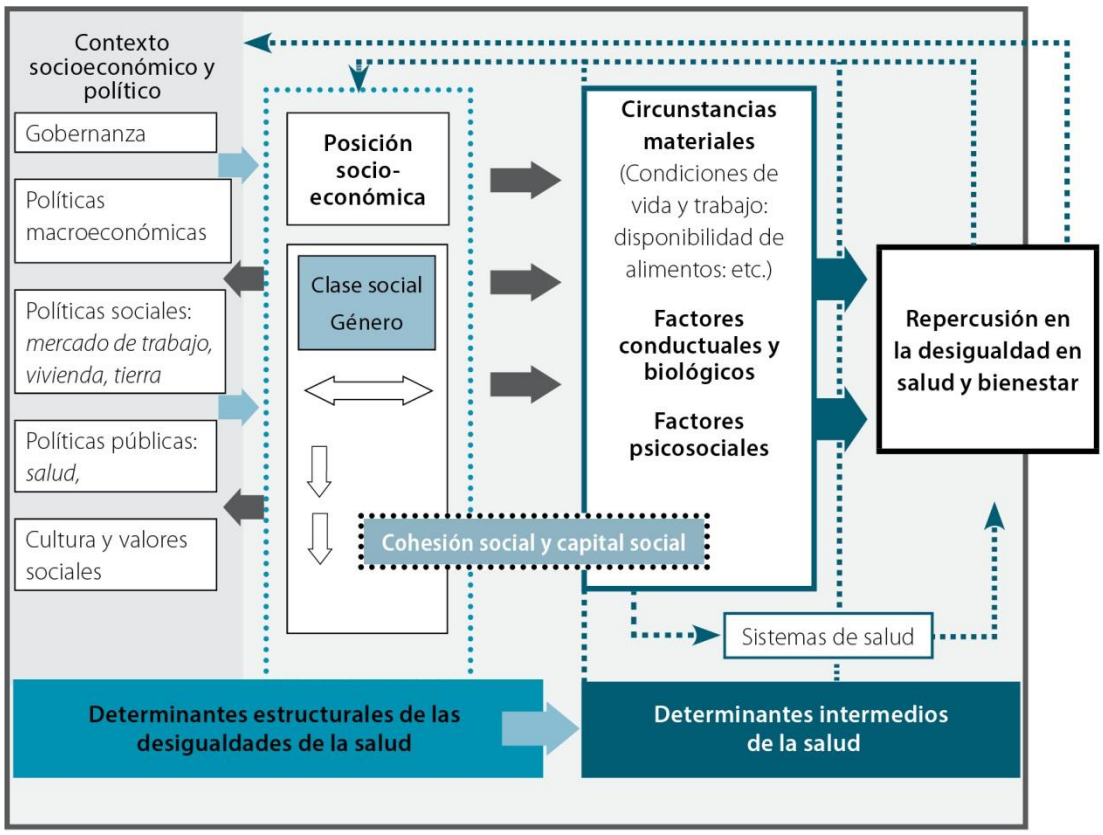
La salud se ve como sustrato de todos los demás aspectos de la capacidad o prosperidad humana. Por lo tanto, la promoción de una distribución equitativa de las oportunidades reales de salud surge como una tarea fundamental de la política pública. Al mismo tiempo, un enfoque de política amplia que incorpora los determinantes sociales no tiene ninguna repercusión real si no se traduce en intervenciones específicas y concretas que apliquen estas ideas en los territorios (Mackenbach, 2013; Thomsen, 2013)

Desde la perspectiva de la salud como derecho, “derecho al disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social” (OMS, 2010), se parte del reconocimiento de que no es viable el goce de este derecho, si no se establecen condiciones que les permitan a las personas tener mejores oportunidades para poder gozar de bienestar y de buena salud. Se trata de garantizar que todos tengan al menos las mismas oportunidades para gozar de buena salud y, de acuerdo con los diferenciales, que puedan contar con acciones afirmativas orientadas a la equidad y el goce efectivo de derechos (dignidad, no discriminación) (Williamson, 1990).

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

El Plan Decenal de Salud Pública PDSP, 2012-2021, retoma la propuesta de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2009) en su informe final (ver Gráfico 1).

GRÁFICO 1. Marco Conceptual de los Determinantes Sociales de la Salud



Fuente: Organización Mundial de la Salud 2010

Según el modelo de la OMS:

> *Hay distintos factores relacionados con la falta de implementación de las políticas para disminuir las desigualdades en salud: a) falta de voluntad política, pues a menudo los partidos políticos gobernantes no tienen voluntad de incluir en la agenda política este tema; b) falta de conocimiento, tanto de la evidencia de la existencia de desigualdades como de las políticas para poner en marcha; c) fondos públicos insuficientes, ya que no es posible instaurar políticas sin recursos destinados a ellas, y con frecuencia las declaraciones políticas no van acompañadas de los recursos necesarios para llevarlas a cabo; d) falta de coordinación y de capacidad para llevar a cabo proyectos*

multisectoriales; y e) consideración, tanto desde una buena parte del sector sanitario como desde otros sectores y la propia población general, de que las políticas para mejorar la salud pública y reducir las desigualdades sociales en salud son competencia exclusiva del sector sanitario. (Borrel C., 2010)

De acuerdo con el análisis del marco conceptual descrito, el Ministerio de Salud y Protección Social adopta y adapta para la formulación del PDSP el modelo de los Determinantes Sociales de la Salud de la OMS, vinculando los múltiples enfoques descritos, y son planteados en el Gráfico 2.

GRÁFICO 2. **Modelo de los Determinantes Sociales de la Salud en el PDSP 2012-2021**

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

Por último, las políticas públicas y sociales relacionadas con el acceso

efectivo a los servicios de salud, aunque no son concluyentes para asociar los resultados en salud frente a las intervenciones, por ausencia de estudios que permitan afirmarlo (Bambra, 2010; Hamer, 2003; Macintyr, 2003), muestran aproximaciones entre la mejora del acceso en grupos con mayores vulnerabilidades sociales (pobreza, minorías étnicas, etc) y el incremento en la percepción del estado de salud de las personas (Anderson, 2003).

También se ha documentado que existen grandes inequidades sanitarias entre regiones, entre países y dentro de los países. La reducción de estas inequidades en salud requiere atención a la injusta distribución del poder, el dinero y los recursos y las condiciones de la vida cotidiana (Friel, 2011). En muchos lugares la gente equipara las inequidades en salud con las inequidades en la atención en salud (Marmot, 2008). Según la OMS, “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Mientras que la atención en salud se refiere a aspectos como los servicios de salud (utilización y calidad) y la financiación y asignación de los recursos (Braveman, 2003). Otro aspecto importante, relacionado con lo anterior, es la cobertura de los servicios sanitarios, la cual hace parte integral de la definición de desarrollo, siendo considerado como un indicador de bienestar social (Frenk, 1998; Andrulis, 1998). Por lo tanto, la ausencia de cobertura sanitaria se ha relacionado con estados de salud precarios y una menor utilización de servicios sanitarios preventivos y terapéuticos (Hadley, 2003).

Es por esto que los sistemas de salud hacen parte de los Determinantes Sociales de la Salud, sobre todo porque tienen que ver con la desventaja resultante de la mala salud (Marmot, 2008). Aunque no son los determinantes principales, ni los responsables de las desigualdades en salud, la existencia de servicios sanitarios adecuados es una necesidad fundamental (Borrell, 2006). En cuanto a su organización, existe una relación entre la orientación a la atención primaria, la capacidad resolutiva, la calidad y los mejores niveles de salud de la población (Starfield, 1998). También, la oferta de atención primaria con calidad y acceso efectivo se ha relacionado con mayores niveles de salud y con menor mortalidad (Shi, 1994). En los países latinoamericanos, con sistemas de salud basados en la seguridad social o sistemas mixtos y modelos de financiación privada, se evidencia que aún no alcanzan la universalidad en la cobertura. Ello se traduce en la existencia de desigualdades en la utilización de los servicios

sanitarios (Casas-Zamora, 2002).

Esta situación plantea retos a los gobiernos sobre la necesidad de asumir adecuadamente la función rectora de los sistemas de salud (Organización Mundial de la Salud, 2000), motivando a los países desarrollados, con media y baja mortalidad, así como a los países en vía de desarrollo, a utilizar un pool de estrategias orientadas a la reducción de los riesgos para la salud que se consideran modificables, a través de la implementación de intervenciones eficaces y costo-efectivas, para la mejor utilización de los recursos de la salud (Organización Mundial de la Salud, 2002). De manera general, cabe diferenciar las intervenciones cuyo objetivo es reducir riesgos poblacionales, y las dirigidas a los riesgos individuales. Entre las primeras figura la intervención del gobierno mediante medidas legislativas, incentivos fiscales o estímulos financieros; soluciones técnicas como la imposición del cinturón de seguridad en los vehículos de motor o el suministro de agua; y las campañas de promoción sanitaria dirigidas al público general, entre otras. Entre las segundas cabe citar las estrategias destinadas a modificar el comportamiento individual en materia de salud, mediante la interacción con los prestadores de servicios de atención; y las estrategias encaminadas a modificar las relaciones entre prestadores de servicios y usuarios (Organización Mundial de la Salud, 2002). En este orden de ideas, el Plan Decenal de Salud Pública incorpora dentro de sus dimensiones (prioritarias y transversales) las recomendaciones aquí descritas.

Toda vez que la equidad en salud y la atención sanitaria son conceptos normativos, su medición debe ser abordada desde el concepto de inequidades en salud, diferenciando los grupos sociales con mayores y menores vulnerabilidades (Braveman, 2003). Para ello, se recolectan sistemáticamente diferentes fuentes de datos, con el objetivo de documentar el impacto de las estrategias y acciones a través de la estimación en la reducción de gradientes, brechas o gap en salud, por medio del análisis diferencial y comparativo entre áreas, sectores, regiones, poblaciones, etc. El PDSP 2012-2021 desarrolla este abordaje entre sus intervenciones (Borrel, 2010; Braveman, 2003; Low, 2004).

El modelo del PDSP se orienta a: 1) la afectación positiva de los determinantes estructurales de la salud (equidad social); 2) sentar las bases para un cambio en el enfoque de la gestión en salud (capital social y desarrollo humano); y 3) mejorar las condiciones de vida y salud (determinantes intermediarios de la salud). Según Bambra et al., las

condiciones donde transcurre la vida, como la vivienda, el trabajo, la escuela, el espacio público y el sistema de transporte; así como el acceso a bienes y servicios esenciales, entre ellos el agua y el saneamiento, la agricultura y los alimentos, el acceso a los servicios de salud y asistencia social, son los puntos de entrada de excelencia para orientar las intervenciones dirigidas a lograr la equidad en salud y el desarrollo humano (Bambra, 2010). Estas intervenciones deben promoverse con el concurso de la acción transectorial (que implica la creación de nuevas miradas, nuevos marcos referenciales, nuevas visiones y, sobre todo, una transformación cognitiva: "conocimiento orientado a la construcción de país"), en junto con el fortalecimiento de la acción sectorial, la participación social, las alianzas público-privadas y el desarrollo de las capacidades humanas (capital social) (Sen, 2002). Por su parte, las acciones de las políticas públicas en lo global y macro se orientan hacia la generación de la estratificación o mitigan sus efectos y buscan la reducción de la exposición de los factores que afectan la salud, sobre todo en los grupos con mayores desventajas sociales (Organización Mundial de la Salud, 2007). Tal es el caso de las políticas ambientales sobre el agua y el saneamiento básico, que además de los efectos directos sobre la contaminación ambiental tienen efectos potenciales para la salud pública (Bambra, 2010). Así mismo, programas "sociales" de ayuda en las viviendas (por ejemplo, subsidio al acceso a viviendas en familias pobres) o programas para la mejora "ambiental" de las viviendas (por ejemplo, cambios en la iluminación o en la infraestructura física, para reducir el riesgo de caídas o lesiones) favorecen la cohesión social, la seguridad, la salud mental y traen consigo mejoras significativas en la salud general (Bambra, 2010; Grigg, 1958; McSherry, 1993).

Las políticas sobre seguridad alimentaria que inciden sobre la calidad, cantidad, precio y disponibilidad de alimentos, también impactan positivamente la salud (Dahlgren, 1996; Organización Mundial de la Salud, 2003), especialmente en los primeros años del ciclo de vida (Martins, 2011). Por ejemplo, el aumento general de la esperanza de vida puede atribuirse en parte a una mejor nutrición. No obstante, el aumento en la prevalencia de obesidad en muchos países también es atribuido a políticas alimentarias. Otras medidas sociales, como los incentivos monetarios (incluyendo las disminuciones de precios) en bocadillos bajos en grasa, cupones para los mercados de los agricultores, recompensas financieras y la provisión

gratuita de alimentos, generan efectos positivos sobre la pérdida de peso, el consumo de frutas y verduras, la redención de cupones por alimentos (Bambra, 2010). Las políticas de movilidad, como desestimular el uso del carro o utilizar medios alternativos, como caminar o utilizar bicicleta, la construcción de nuevas carreteras, la prohibición de la conducción de vehículos y motos bajo los efectos del alcohol, la generación de las áreas de estacionamiento temporal para vehículos en horas pico e instalación de cámaras para controlar la velocidad, están relacionadas con la disminución de lesiones de causa externa mortales y no mortales en carretera (Bambra, 2010).

Las políticas públicas centradas en tipos de intervención como los que siguen generan efectos positivos en la salud mental y en la evitabilidad de accidentes y enfermedades asociadas al trabajo u ocupación: 1) empoderamiento de los trabajadores en las prácticas saludables (a través de actos participativos “círculo de la salud”, reuniones de personal para discutir formas de mejorar el ambiente de trabajo, la participación del personal en el trabajo o la reestructuración de tareas); 2) organización de los horarios y turnos laborales (turnos más cortos, alternar los turnos nocturnos o de los fines semana, etc); 3) regulación de la salud y seguridad en el ámbito laboral (medidas de protección y seguridad industrial, actividades preventivas y ocupacionales, etc) (Bambra, 2010). Las políticas orientadas a la reducción del desempleo también han mostrado beneficios en la salud mental de los sujetos (Adams, 2006).

3.2 Diseño estratégico

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

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

Es esencial en la búsqueda de esta meta compartir la visión de la salud como el capital social de mayor valor público, esencial para la paz, así como para el crecimiento, la competitividad y las oportunidades igualitarias para el desarrollo humano. Por tanto, es necesario que la salud esté incorporada en todas las políticas sociales y de desarrollo, y que todos los sectores se sientan parte de este objetivo común.

La evaluación del Plan Nacional de Salud Pública 2007-2011 (Ministerio de la Protección Social; Organización Panamericana de la Salud; Red Colombiana de Investigación en Políticas y Sistemas de Salud, 2012) muestra que con la planificación en salud territorial aumenta el nivel de coordinación intersectorial; sin embargo, este plan no logra trascender el sector y, por lo tanto, no consigue, por sí solo, modificar los Determinantes Sociales de la Salud, que son el verdadero origen de la pérdida de salud de los individuos y de la perpetuación de las situaciones de vulnerabilidad.

Existen ahora desafíos cada vez más cercanos para el país, que afectan de manera directa la carga de enfermedad de la población, pero cuya intervención o mitigación depende ineludiblemente de las acciones mancomunadas de todos los sectores; dichos desafíos son los derivados de los cambios de la dinámica poblacional y del envejecimiento poblacional; los riesgos territoriales derivados de la metropolización de las ciudades y la urbanización de la población; la dispersión poblacional en territorios extensos y con poco desarrollo e infraestructura; el gran número de fronteras con sus dinámicas; las exigencias económicas y cambios socioculturales relacionados con la globalización; los efectos sociales generados por el conflicto armado; y los cambios estructurales de las familias.

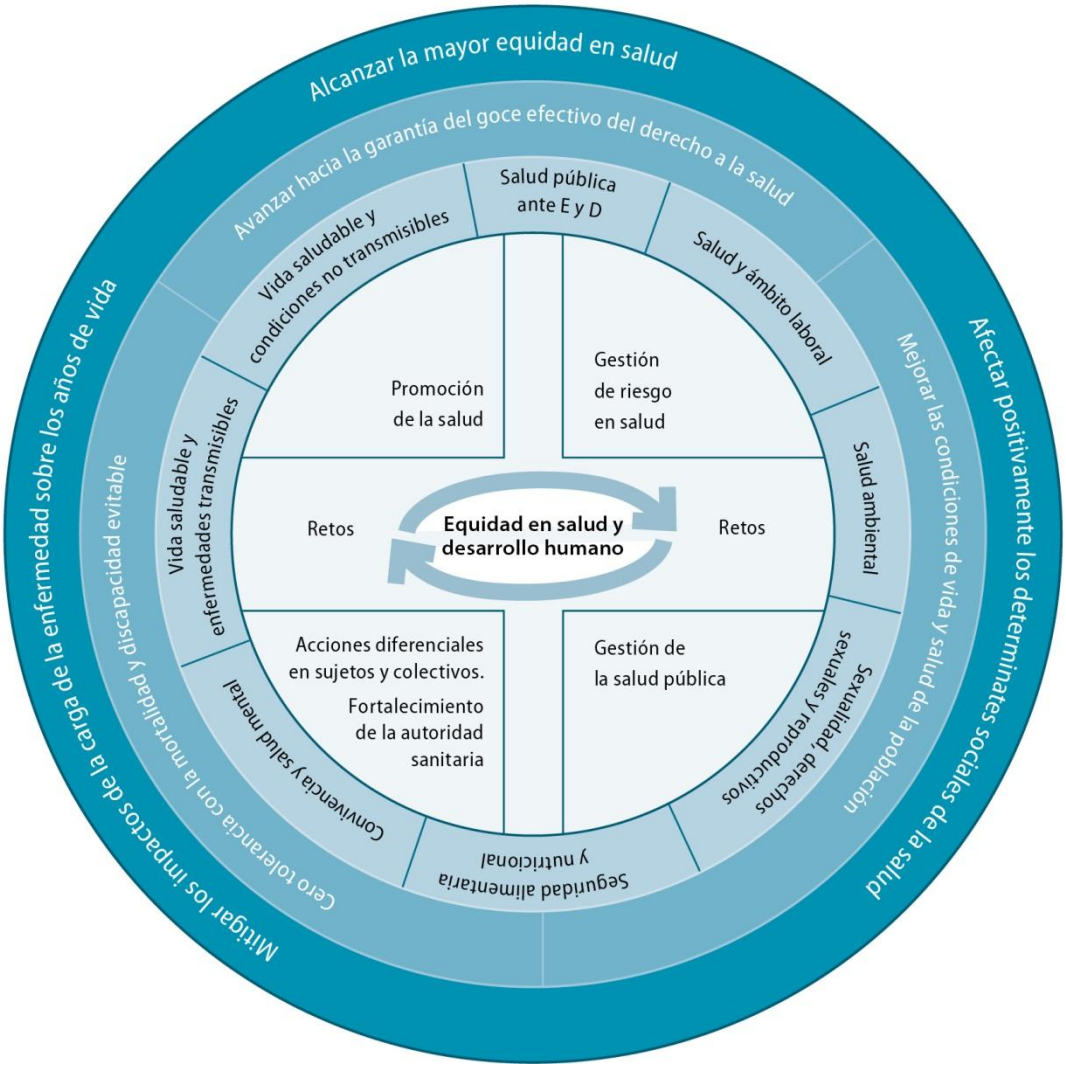
Por lo tanto, para la implementación efectiva se requiere del liderazgo indelegable de gobernadores y alcaldes, y de la transformación positiva de la autoridad sanitaria nacional y territorial para recuperar las capacidades básicas para gestionar la salud y para adaptar, ajustar e innovar las respuestas,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

El Plan Decenal de Salud Pública PDSP, 2012-2021, tiene como meta central alcanzar la equidad y el desarrollo humano sostenible, afectando positivamente los Determinantes Sociales de la Salud y mitigando los impactos de la carga de la enfermedad sobre los años de vida saludables. Para ello, orienta su acción en tres grandes objetivos estratégicos: avanzar

hacia la garantía del goce efectivo del derecho a la salud; mejorar las condiciones de vida y salud de los habitantes; y mantener cero tolerancia con la mortalidad y discapacidad evitable (ver figura 1).

Como parte del diseño estratégico, además de la visión, meta central y de los objetivos estratégicos, el PDSP 2012-2021 se despliega mediante estrategias que se configuran como un conjunto de acciones para ocho (8) dimensiones prioritarias (ver figura 1). Estas acciones han sido formuladas conforme las características territoriales y considerando la *integración regional* por la salud pública entre los gobiernos departamentales, distritales y municipales, o en las zonas de integración territorial y de frontera, de manera tal que permitan actuar sobre las inequidades y los determinantes de la salud.

FIGURA 1. **Marco estratégico**



Todas las dimensiones prioritarias están cruzadas por dos dimensiones transversales: una que da cuenta de los desarrollos diferenciales en sujetos y colectivos específicos (en procesos, y algunas veces en estructura y recursos) para algunas fases del ciclo de vida, género, grupos étnicos, personas con discapacidad y víctimas, bajo los principios del respeto y el reconocimiento del derecho a las diferencias poblacionales y de las mayores vulnerabilidades; y otra relacionada con los desarrollos orientados al fortalecimiento institucional y de los servicios de salud.

Finalmente, de acuerdo con la naturaleza de las estrategias, las acciones que las conforman se ordenan para su ejecución en *tres líneas operativas*: 1) promoción de la salud, 2) gestión del riesgo en salud y 3) gestión de la

salud pública, que serán reglamentadas para su desarrollo en los territorios.

3.2.1 Abordaje por dimensiones prioritarias

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

Las dimensiones tienen cuatro entradas: Curso de vida, Eventos en salud, Diferenciales desde sujetos y colectivos, y Perspectiva de los Determinantes Sociales de la Salud. Cada una de ellas define su importancia y trascendencia para la salud, y alguna en particular determina la forma en que se denomina y su carácter de prioridad no negociable en salud pública. Las dimensiones cuentan con una definición y unos componentes técnicos que fueron enriquecidos con los aportes ciudadanos.

Esta ruta trazada para el mediano y largo plazo se desarrolla en el interior de las dimensiones prioritarias, que son: salud ambiental; sexualidad y derechos sexuales y reproductivos; seguridad alimentaria y nutricional; convivencia social y salud mental; vida saludable y enfermedades transmisibles; vida saludable y condiciones no transmisibles; salud pública en emergencias y desastres; y salud en el entorno laboral.

3.2.2 Abordaje por dimensiones transversales

Esta ruta hace referencia al desarrollo de las competencias a cargo del Estado. En primer lugar, se abordan los desarrollos diferenciales específicos de los sujetos y colectivos, y se reúnen los aspectos requeridos para lograr bienestar y calidad de vida entre la población colombiana, independientemente de la etapa del curso de vida, la pertenencia étnica o la condición socioeconómica. Representa un verdadero reto reconocer, visibilizar y generar respuestas integrales transectoriales dirigidas a estas poblaciones, debido a las condiciones que pueden caracterizar a cada grupo específico: condiciones del curso de vida (primera infancia, infancia, adolescencia y vejez), de género, de pertenencia étnica (pueblos indígenas, Rrom, afrocolombianos, negros, palanqueros y raizales), personas en situación de discapacidad, derivadas de la victimización del conflicto o aquellas determinadas por la ubicación geográfica (zonas rurales dispersas o asentamientos). En segundo lugar, se aborda el fortalecimiento

institucional y de los servicios.

En la Nación están a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social, que se apoya en la red de instituciones adscritas. En los departamentos, distritos y municipios, están a cargo de la máxima autoridad departamental, distrital y municipal, cuyo propósito es garantizar el derecho a la salud y a la vida digna saludable. Desde este escenario se promueve la acción transectorial, la corresponsabilidad de todos los sectores y actores para afectar positivamente los Determinantes Sociales de la Salud y propiciar las condiciones de vida y desarrollo saludable y sostenible.

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

3.3 Líneas operativas

El Ministerio de Salud y Protección Social, de acuerdo con su función rectora otorgada por el Decreto 4107 de 2011 (Presidencia de la República de Colombia, 2011), desde la gobernabilidad y rectoría en salud, la articulación de la respuesta sectorial para garantizar servicios de salud para todos, y en aras de la consolidación efectiva de la participación social en las decisiones, ejecución y control social de la salud y la generación de sinergias sectoriales público-privadas para incidir en los determinantes sociales, asume los retos, en el mediano y largo plazo, a través del fortalecimiento de la planificación de la salud en los territorios en función de resultados, en conexión con la asignación de las fuentes de recursos y actores responsables de la gestión sectorial, transectorial y comunitaria, y define las orientaciones operativas de las acciones a través de las siguientes líneas de acción, que no son excluyentes sino complementarias, porque orientan la acción sobre los determinantes intermediarios, tales como las condiciones ambientales, comportamentales y de los servicios a cargo del sector salud, en los otros sectores y en la comunidad; para tal fin el Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará su operación a

partir de las siguientes definiciones:

3.3.1 Línea de promoción de la salud

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

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

3.3.2 Línea de gestión del riesgo en salud

Conjunto de acciones que sobre una población específica, con individuos identificables y caracterizables, deben realizar las entidades públicas o privadas que en el sector salud o fuera de él tienen a cargo poblaciones, para disminuir la probabilidad de ocurrencia de un evento no deseado, evitable y negativo para la salud del individuo, que puede ser también el empeoramiento de una condición previa o la necesidad de requerir más consumo de bienes y servicios que hubiera podido evitarse.

Estas acciones hacen parte de un enfoque estructurado para manejar la incertidumbre relativa a una amenaza (como la frecuencia y la severidad) de un evento o de los eventos, a través de una secuencia de actividades que incluye la evaluación del riesgo y el desarrollo de estrategias para identificarlo, manejarlo y mitigarlo. Las amenazas pueden estar causadas por el medio ambiente, la actividad laboral, la tecnología, los comportamientos humanos, la epidemiología poblacional y los factores

biológicos de las personas, entre otros. En el riesgo en salud, el evento es la ocurrencia de la enfermedad o su evolución negativa o complicaciones; y las causas son los diferentes factores que se asocian con la ocurrencia de una enfermedad, su evolución negativa o su complicación. Esta línea incluye acciones de:

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

3.3.3 Línea de gestión de la salud pública

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

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

4. RESULTADOS DE LA CONSULTA CIUDADANA

4.1 El proceso de consulta

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

La primera de ellas fue una consulta territorial, con reuniones presenciales dirigidas a la población general, desarrolladas a través del operador externo Unión Temporal Unidecenal; fue operada mediante 166 sesiones zonales, con la participación de 934 municipios, 4 distritos, 32 reuniones departamentales y 6 regionales, con un total de 20.018 ciudadanos, actores locales del sector salud y actores locales tomadores de decisión de los otros.

La segunda fue una consulta con 360 niños, niñas y adolescentes, a través de 10 talleres presenciales en las diferentes regiones del país. La tercera, una consulta con los actores del SGSSS y grupos ordenados de la sociedad, mediante 13 reuniones directas con el Ministerio de Salud y Protección Social, en las que participaron 558 actores, incluyendo: Secretarías o Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales de Salud; Entidades Administradoras de Planes de Beneficio EAPB; Administradoras de Riesgos Laborales ARL; Cajas de Compensación Familiar; agremiaciones como la Asociación de Empresas Gestoras del Aseguramiento de la Salud GESTARSALUD, la Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral ACEMI y la Asociación Nacional de Cajas de Compensación Familiar ASOCAJAS; Entidades Administradoras de Regímenes de Salud Especiales y de Excepción la Asociación Colombiana de Universidades ASCUN; el Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación COLCIENCIAS; asociaciones académicas y sociedades científicas, fundaciones y entidades sin ánimo de lucro del sector salud; asociaciones sindicales del sector salud; agremiaciones profesionales de la salud; Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud IPS públicas y privadas; cooperativas de hospitales; la Asociación de Hospitales y Clínicas ACHC; la Asociación Colombiana de Empresas Sociales del Estado y Hospitales Públicos ACESI; la industria del sector salud; y 103 personas pertenecientes a grupos de mujeres, organizaciones de familia, iglesias de diversas confesiones, grupos LGBTI, organizaciones de la tercera edad, grupos de jóvenes, grupos de personas con

discapacidad, grupos de personas con enfermedade huérfanas, y de alto costo, y grupos de personas víctimas de las diferentes formas de violencia social.

La cuarta consulta se realizó por mecanismo virtual, mediante una página web con acceso a herramientas en línea disponibles para toda la población: “Mini Sitio Plan Decenal 2012-2021”, en la cual participaron los ciudadanos a través de 101.765 visitas únicas, 30.235 visitas repetidas y 540 enlaces a otros sitios web.

Complementariamente, como preparación para una quinta consulta, el Ministerio adelantó reuniones con la representación de las mesas nacionales de salud de los grupos indígenas, el pueblo Rrom, el pueblo afrocolombiano, negro, raizal y palanquero, acompañadas por el Ministerio del Interior en el marco del proceso de consulta previa. Y con la representación de la población víctima para los mismos fines.

Los encuentros zonales, departamentales, regionales y nacionales se documentaron con los registros físicos de asistencia de actores, aplicando metodologías como la de salas de situación, sesiones de participación comunitaria, con el criterio de que cada sesión quede soportada según el método aplicado particularmente en relación con la pregunta orientadora, el abordaje de los temas por cada tipo de actor, acompañado de los conceptos y observaciones de los gestores en cada bitácora, la caracterización de los mismos, las dinámicas metodológicas, los registros de audio, video, fotografía, y los registros individuales de actores aplicados, según la sesión o tema.

En la consulta territorial, virtual y nacional se recaudaron más de 34.000 documentos; en todo el proceso de control de calidad se aplicaron cinco reglas esenciales: la exhaustividad, la representatividad, la homogeneidad, la pertinencia y la univocación. La información fue codificada, organizada, digitalizada y documentada en informes de trabajo por parte de Unidecenal.

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

Las sesiones se iniciaron con un análisis de situación de salud para contextualizar a los actores participantes, y continuaron con preguntas

orientadoras que permitieron documentar la percepción de los ciudadanos y actores frente a los resultados del Plan Nacional de Salud Pública, los problemas, necesidades sentidas, riesgos prevalentes, priorización con identificación de los diferenciales relevantes. Desde una mirada prospectiva a diez años, los ciudadanos y actores plantearon escenarios de solución en el mediano y largo plazo, validaron el marco estratégico y plantearon sus propuestas de acción.

Para describir la percepción ciudadana y de los actores se analizó la información recolectada a través de técnicas cualitativas, utilizando la metodología de la Teoría Fundamentada (Vivar, Arantzamendi y López Di Castillo, 2010; Daniel Jones, 2004). Todos los registros de la consulta se cargaron en formato Excel Windows versión 2010, se transformaron para ser procesados con el software ATLAS TI versión 7,0, y las salidas finales se procesaron en tablas dinámicas de Excel versión 2010. Los informes finales se codificaron selectivamente y se identificaron las categorías emergentes desde la perspectiva ciudadana; posteriormente se realizó una codificación axial, de acuerdo con las siguientes categorías de análisis: 1) determinantes estructurales de la salud; 2) ejes de desigualdad; y 3) determinantes de la salud: condiciones materiales, sociales, culturales y de los servicios de salud. La información obtenida se analizó durante tres meses por un equipo de catorce profesionales multidisciplinarios del Ministerio de Salud y Protección Social, cinco asesores externos y tres profesionales de soporte informático.

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

4.2 Los hallazgos de la consulta

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

4.2.1 Determinantes estructurales de la salud

1. Desarrollo y cumplimiento de las políticas sociales y públicas centradas en el desarrollo humano sostenible, tales como: cuidado ambiental y hábitat saludable; desarrollo agrario, industrial y comercio; seguridad vial; seguridad nacional; empleo digno e incluyente y protección social integral; educación incluyente con enfoque diferencial; y servicios de salud para todos con calidad.
2. Desarrollo de espacios, mecanismos y recursos para que la participación de los ciudadanos y organizaciones sociales que influyan la decisión involucren la ejecución y ejerzan el control social.
3. Acceso al trabajo y a condiciones laborales dignas; acceso a la tierra y al desarrollo rural.
4. Desarrollo de acciones con perspectiva de género y curso vital (niños, niñas, adolescentes, jóvenes y personas mayores).
5. Acciones incluyentes para las personas con discapacidad, grupos étnicos y víctimas.
6. Acciones ajustadas al desarrollo territorial (infraestructura, servicios, tecnología y talento humano); modelos de atención en poblaciones dispersas y en frontera.

4.2.2 Determinantes intermedios de la salud

1. Acceso y mejoramiento de las viviendas, escuelas y trabajo, con espacios adecuados para la relación entre las personas y con acceso a agua sana y a servicios de saneamiento básico.
2. Acceso a espacios de recreación y cultura, dotados y seguros.
3. Acceso a centros de protección y cuidado incluyentes para la población que vive en la calle.
4. Señalización e infraestructura de las vías.
5. Cultura alimentaria relacionada con el acceso y la disponibilidad.
6. Sedentarismo, uso del alcohol, tabaco y otras sustancias psicoactivas, y pornografía en Internet.
7. Explotación, abuso sexual y embarazo no deseado.
8. Intolerancia social a la diversidad de género, cultura del machismo, comportamientos violentos.
9. Acceso y calidad en la prestación de servicios: incumplimiento de las obligaciones por parte de las EPS, negación de servicios y exceso de trámites como barrera de acceso para exámenes y servicios médicos especializados. Se resaltan la falta de acceso en las poblaciones

rurales y dispersas, las barreras para las personas con discapacidad, la precariedad de la infraestructura de atención y la falta de disponibilidad de profesionales de la salud.

10. Barreras en la atención a personas que viven en zonas rurales y dispersas; ausencia de programación de brigadas de atención.

Los actores reconocen los avances en los últimos veinte años en el desarrollo del Sistema General de Seguridad Social en Salud, pero señalan la necesidad de ampliar el alcance de las intervenciones hacia las causas que generan los problemas, involucrando, para ello, a otros sectores, con la participación activa de la comunidad.

4.3 Desafíos y voces

4.3.1 Voces ciudadanas

Los siguientes son ejemplos de los desafíos, expresados en las voces ciudadanas, para los próximos diez años (en el anexo 2 se amplían la muestra de las voces ciudadanas; en el anexo 3 se presentan mapas conceptuales regionales con los desafíos y retos priorizados por los actores en la consulta ciudadana):

1. Promover y “generar espacios de desarrollo” y “hábitat saludable, con protección ambiental” orientada hacia la “adaptación al cambio climático” y a “la equidad social”, “bajo la acción transectorial y multilateral”.
2. Movilizar “respuestas y oportunidades para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos” que modulen la dinámica poblacional “en los territorios, respetando la diversidad” étnica, de “género, sexual” de la población.
3. Abogar por el “acceso efectivo” a la “alimentación saludable y a una nutrición” “acorde a (sic) las necesidades” del “desarrollo biopsicosocial” de “los niños, niñas, adolescentes, jóvenes y adultos mayores”, conservando los “patrones culturales existentes”.
4. Promover el “goce pleno de los derechos fundamentales” que nos permitan vivir en comunidad de una manera activa, plena, inmersos en “valores y con relaciones de confianza”, “tolerancia” y de “respeto por la diversidad social”.
5. Promover la construcción, “conservación y goce de los entornos

saludables", la seguridad sanitaria en las fronteras, "la calidad del agua, aire, suelo", el desarrollo de los servicios preventivos y de atención de calidad e incluyentes para "proteger a los niños, niñas, adolescentes", jóvenes, adultos y "adultos mayores" de "contraer enfermedad, discapacidad evitable" y padecer sus complicaciones.

6. Garantizar la "seguridad sanitaria en todo el territorio nacional", reduciendo todo lo posible las "vulnerabilidades e incidentes" agudos en salud, capaces de "poner en peligro la salud colectiva" en los hogares, escuelas, trabajo, territorios, "regiones" y "fronteras".
7. Tener un compromiso colectivo con el desarrollo y apropiación de "una cultura saludable, equitativa, orientada" hacia la "organización de ciudades incluyentes y prósperas", "favorecedoras del desarrollo social, donde las personas nacen, crecen y se desarrollan con el mayor nivel de salud posible".

4.3.2 Voces de niños, niñas y adolescentes

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

1. El valor del aire libre y limpio, los paseos, la limpieza, los espacios amplios, la posibilidad de aprender explorando el medio; las niñas y niños destacan que produce en ellos gran alegría poder estar al aire libre, es decir, contar con espacios adecuados y especiales para los niños y las niñas: baños adecuados; lugares especiales para esperar en hospitales, no en las filas; parques sin basuras; y bibliotecas con espacios lúdicos; entre otros. Surge en sus discursos el juego: "Que haya un rodadero para llegar a donde las mamás", "escaleras para subir y bajar, pasto para correr". "Un hábitat saludable es aquel en el que es posible jugar".
2. Las sonrisas y el buen trato se articulan con estos elementos, y completan las percepciones de salud-enfermedad de los niños y las niñas, y el lugar de los adultos en este proceso: "todos juegan, grandes y pequeños"; las caricias, acunarlos, alzarlos, o abrazarlos, la disposición para consentirlos, "Que me den más amor, que me cuiden", estructuran sus intenciones relacionales.
3. En este proceso de interacción con los adultos, los entornos en los que los niños y niñas crecen y viven y los actores que allí interactúan, cobran mayor sentido: que en el hogar se les acompañe a bañarse, vestirse, comer; que en la institución de salud puedan "estar

con los papás y los *nonitos*", cuando les ponen las vacunas; que conozcan al médico que los atiende: "[Mi doctor] me conoció desde bebé"; son ideas y percepciones que posicionan claramente la necesidad sentida, real y generalizada de humanizar los servicios y garantizar la continuidad e integralidad en la atención.

4. Ser felicitados y recibir el aplauso por el cumplimiento de sus responsabilidades contribuye de manera significativa a sentirse bien: "Hacer mis tareas, ser la mejor alumna y que me felicite la Seño"; "Ser responsable con las tareas, me felicitan y me premian". Ser saludados, que les dirijan la palabra, que se atiendan sus preguntas en el jardín, que se les explique el procedimiento en el hospital, les indica que ellos son importantes.
5. La música, junto al juego, constituye una oportunidad para disfrutar y compartir con sus amigos. "Los profesores tienen que cantar la mejor canción: la del amor"; las rondas infantiles son identificadas por los niños dentro de las instituciones de educación inicial como una manifestación de este tipo de actividad; destacan los momentos de descanso como una oportunidad para su realización. La actividad física, el buen trato, su crecimiento, se articulan para promover "actividades que sean agradables" y que garanticen su salud.
6. También se evidencian prácticas cotidianas en el discurso que deben ser abordadas por las políticas públicas; como son las correspondientes a las percepciones frente al cuerpo y la alimentación: "En la alimentación se puede mejorar; que no me sirvan mucho almuerzo porque me engordo".
7. El buen ejemplo de los niños debe ser un modelo para los adultos, lo que les da un lugar central y activo en las acciones de salud pública que se adelanten en los ámbitos territoriales: "Alzar la basura que uno u otras personas botan. Tratar de dar siempre buen ejemplo, no botando basura".

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

Las percepciones y discursos de los niños y las niñas posicionan: 1) la necesidad de *abordar el desarrollo en su dimensión integral* (socio-emocional, cognitiva, física y comunicativa); 2) la importancia de *articular el*

buen trato a la atención, es decir, la humanización de los servicios y de la atención; 3) la urgencia de velar por la continuidad e integralidad en la atención en los entornos donde viven los niños y niñas; y 4) la potencialidad que tienen las voces de los niños y las niñas para la orientación y definición de las acciones. Por último, aunque no se evidencia en los discursos de los niños y las niñas por su lugar y especificidad técnica, el *seguimiento a la ejecución del recurso*, para garantizar que efectivamente lo planteado se dé en los mejores términos, debe ser otro proceso central para el trabajo territorial.

4.4 Problemas y necesidades diferenciados por dimensiones y regiones

Las voces sentidas de la comunidad y los actores, sometidas al análisis cualitativo, permiten la caracterización de los desafíos priorizados por regiones para en cada una de las dimensiones del Plan, así:

4.4.1 Salud ambiental

Dimensión prioritaria	Desafíos priorizados por los ciudadanos y actores en las regiones	Región
Salud ambiental	Acceso y calidad del agua	Pacífico, Amazonia Orinoquia, Caribe, Central, Bogotá y Cundinamarca
	Inadecuada manipulación y disposición de residuos sólidos, incluyendo hospitalarios	Pacífico, Central, Oriental
	Intoxicación por plaguicidas	Caribe, Pacífico, Amazonia Orinoquia, Oriental
	Inadecuado saneamiento básico	Caribe, Pacífico, Amazonia Orinoquia, Oriental
	Contaminación de los Recursos Naturales	Oriental
	Articulación con los Ministerios de Medio Ambiente, Trabajo y Educación y Vivienda, Transporte, Agricultura y Comercio	Central, Caribe, Pacífico, Central, Bogotá y Cundinamarca

Problemas con el manejo de residuos sólidos	Amazonia y Orinoquia
Contaminación ambiental generada por las petroleras y minas	Amazonia y Orinoquia, Pacífico, Caribe

4.4.2 Sexualidad y derechos sexuales y reproductivos

Dimensión prioritaria	Desafíos priorizados por los ciudadanos y actores en las regiones	**Región**
Dimensión prioritaria	Desafíos priorizados por los ciudadanos y actores en las regiones	**Región**
Sexualidad y derechos sexuales y reproductivos	Embarazo en adolescentes	Oriental, Pacífico, Caribe, Bogotá, Central y Cundinamarca
	Riesgos de enfermedades de Transmisión Sexual (TS), prevención VIH	Oriental, Pacífico, Caribe, Bogotá, Central y Cundinamarca
	Cáncer de cérvix	Oriental, Pacífico, Bogotá, Central y Cundinamarca
	Deficiencia en Accesibilidad/Calidad/Adherencia Programas de Salud Sexual y Reproductiva (SSR)	Oriental, Pacífico, Bogotá, Central y Cundinamarca
	Mortalidad Materna y Perinatal	Oriental, Pacífico, Caribe, Bogotá, Central y Cundinamarca
	Derechos en SSR	Bogotá y Cundinamarca, Central
Sexualidad y derechos sexuales y reproductivos	Equidad de la mujer	Oriental, Pacífico, Caribe, Bogotá, Central y Cundinamarca
	Barreras de acceso a planificación familiar y verla mas allá de la fecundidad	Bogotá y Cundinamarca
	Discriminación a la población LGBTI	Bogotá y Cundinamarca
	Oportunidades sociales en los jóvenes	Bogotá y Cundinamarca

Dimensión prioritaria	Desafíos priorizados por los ciudadanos y actores en las regiones	**Región**
	Educación sexual	Central

4.4.3 Convivencia y salud mental

Dimensión prioritaria	Desafíos priorizados por los ciudadanos y actores en las regiones	**Región**
Dimensión prioritaria	Desafíos priorizados por los ciudadanos y actores en las regiones	**Región**
Convivencia y salud mental	Consumo de sustancias psicoactivas lícitas e ilícitas	Pacífico, Bogotá y Cundinamarca, Central, Amazonia Orinoquia, Oriental
	Salud mental	Pacífico, Bogotá y Cundinamarca, Central, Oriental
	Violencia social	Pacífico
	Suicidios	
	Violencia sexual y violencia intrafamiliar	Caribe y Oriental
	Impacto negativo de los medios de comunicación sobre los patrones de consumo	Bogotá y Cundinamarca, Central, Oriental
	Violencia de género (mujer, LGBTI)	Bogotá y Cundinamarca, Costa Atlántica, Central, Amazonia y Orinoquia, Oriental
	Discriminación a discapacitados	Bogotá y Cundinamarca
	Matoneo en los colegios	

Dimensión prioritaria	Desafíos priorizados por los ciudadanos y actores en las regiones	**Región**
Convivencia y salud mental	Desintegración familiar	Bogotá y Cundinamarca, Amazonia y Orinoquia, Oriental
	Convivencia social, valores y principios	Central, Oriental
	Víctimas del conflicto armado	
	Ausencia de espacios de recreación y esparcimiento para que niñas(os) y jóvenes puedan aprovechar el tiempo libre	Amazonia y Orinoquia, Oriental
	Violencia sexual infantil y explotación	Amazonia y Orinoquia, Caribe
	Respuesta integrada para la respuesta a la atención de víctimas	Amazonia y Orinoquia, Central, Caribe, Oriental, Bogotá y Cundinamarca
	Atención especializada a jóvenes con problemas de drogadicción	Bogotá y Cundinamarca, Amazonia y Orinoquia, Oriental
	Discriminación de género, étnica	Amazonia y Orinoquia, Caribe
	Accidentalidad de tránsito	Oriental, Bogotá y Cundinamarca
	Sicariato	Amazonia y Orinoquia
	Abandono de los adultos mayores y discapacitados	Amazonia y Orinoquia, Central, Caribe, Oriental, Bogotá y Cundinamarca

Continúa

4.4.4 Seguridad alimentaria y nutricional

Dimensión prioritaria	Desafíos priorizados por los ciudadanos y actores en las regiones	**Región**

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

Continúa

4.4.5 Vida saludable y condiciones no transmisibles

Dimensión prioritaria	Desafíos priorizados por los ciudadanos y actores en las regiones	**Región**
Dimensión prioritaria	Desafíos priorizados por los ciudadanos y actores en las regiones	**Región**
Vida saludable y condiciones no transmisibles	Cáncer de mama	Pacífico
	Cáncer de estómago	Pacífico
	Salud bucal	Bogotá y Cundinamarca, Central, Oriental, Caribe
	Actividad física, uso de la bicicleta	Bogotá y Cundinamarca, Central, Amazonia y Orinoquia
	Alcohol y tabaco	Oriental, Bogotá y Cundinamarca
	Falta de control en la publicidad de alimentos no sanos (calorías vacías)	Bogotá y Cundinamarca, Amazonia y Orinoquia
	Dificultad para el acceso y alimentación adecuada	Bogotá y Cundinamarca
	Insuficiente promoción del autocuidado y de la autorresponsabilidad en el cuidado de la salud	Bogotá y Cundinamarca
Vida saludable y condiciones no transmisibles	Falta de apropiación cultural y control frente a riesgos de accidentalidad de tránsito, relacionada con consumo de alcohol y falta de respeto por las normas y señales de tránsito	Bogotá y Cundinamarca
	Insuficiente señalización de los espacios públicos en la ciudad	Bogotá y Cundinamarca
	Dificultad para el acceso a una vivienda digna	Bogotá y Cundinamarca
	Atención a la discapacidad y enfermedades húerfanas	Amazonia y Orinoquia, Bogotá y Cundinamarca, Caribe, Pacífico,

Dimensión prioritaria	Desafíos priorizados por los ciudadanos y actores en las regiones	**Región**
		Oriental
	Medicina tradicional	Amazonia y Orinoquia
	Población habitante de la calle	Bogotá y Cundinamarca, Central
	Acceso a servicios de la población rural y dispersa	Amazonia y Orinoquia, Pacífico, Caribe, Oriente
	Crecimiento desproporcionado de las ciudades	Central, Caribe, Oriental, Bogotá y Cundinamarca, Pacífico
	Acceso limitado a los servicios de salud en las personas mayores	Amazonia y Orinoquia, Pacífico, Central, Caribe, Oriental, Bogotá y Cundinamarca

Continúa

4.4.6 Vida saludable y enfermedades transmisibles

Dimensión prioritaria	Desafíos priorizados por los ciudadanos y actores en las regiones	**Región**
Dimensión prioritaria	Desafíos priorizados por los ciudadanos y actores en las regiones	**Región**
Vida saludable y enfermedades transmisibles	Enfermedades respiratorias	Amazonia y Orinoquia, Pacífico, Central, Caribe, Oriental, Bogotá y Cundinamarca
	Enfermedades diarreicas	
	Tuberculosis	
	Proliferación, control y vacunación de perros	
	Exposiciones rábicas	

Dimensión prioritaria	Desafíos priorizados por los ciudadanos y actores en las regiones	**Región**
	Enfermedades transmitidas por vectores (Dengue en población urbana y Paludismo en población rural, y en menor escala Leishmaniasis)	Pacífico, Caribe, Amazonia y Orinoquia, Oriental, Central
	Intoxicación Enfermedades Transmitidas por Alimentos ETA	Pacífico, Caribe, Amazonia y Orinoquia, Pacífico
	Lepra	Pacífico, Bogotá y Cundinamarca
	Cobertura de vacunación en los niños	Amazonia y Orinoquia, Pacífico, Central, Caribe, Oriental, Bogotá y Cundinamarca

4.4.7 Salud pública en emergencias y desastres

Dimensión prioritaria	Desafíos priorizados por los ciudadanos y actores en las regiones	**Región**
Salud pública en emergencias y desastres	Articulación con los Ministerios de Medio Ambiente, Trabajo, Transporte, Educación y Vivienda	Pacífico, Amazonia y xOrinoquia, Caribe, Central, Bogotá y Cundinamarca
	Huracanes e inundaciones	Caribe, Bogotá y Cundinamarca
	Disponibilidad de información en salud	Bogotá y Cundinamarca
	Formación de Grupos de Respuesta Inmediata	Bogotá y Cundinamarca
	Sistema de comunicación integrado	Bogotá y Cundinamarca
	Transporte (integrado público y privado)	Bogotá y Cundinamarca

	Capacitación, investigación	Bogotá y Cundinamarca
	Empoderamiento de la comunidad	Bogotá y Cundinamarca
	Deslizamientos	Pacífico
	Población en zona de alto riesgo – volcán Galeras (9000 habitantes)	Pacífico
	Fortalecer la respuesta de los municipios ante un desastre natural	Central, Bogotá y Cundinamarca

4.4.8 Salud en el entorno laboral

Dimensión prioritaria	Desafíos priorizados por los ciudadanos y actores en las regiones	**Región**
Dimensión prioritaria	Desafíos priorizados por los ciudadanos y actores en las regiones	**Región**
Salud en el entorno laboral	Protección de accidentes de trabajo	Amazonia y Orinoquia, Pacífico, Central, Caribe, Oriental, Bogotá y Cundinamarca
	Condiciones de los ambientes y entornos saludables	
	Desempleo	
	Explotación infantil	
	Trabajo informal sin protección	
	Coberturas de protección de riesgos laborales	
	Prevención de accidentes y enfermedades relacionadas con el trabajo	

Dimensión prioritaria	Desafíos priorizados por los ciudadanos y actores en las regiones	**Región**
	y la ocupación	
	Programas de prevención de riesgos en el entorno laboral	Amazonia y Orinoquia, Pacífico, Central, Caribe, Oriental, Bogotá y Cundinamarca
	Condiciones laborales de riesgo sin protección en zonas de explotación minera	Amazonia y Orinoquia, Central, Caribe, Oriental, Bogotá y Cundinamarca
	Oportunidades laborales para personas con discapacidad y LGBTI	Bogotá y Cundinamarca

4.5 Acciones transversales

Dimensión prioritaria	Desafíos priorizados por los ciudadanos y actores en las regiones	**Región**
Dimensión prioritaria	Desafíos priorizados por los ciudadanos y actores en las regiones	**Región**
Acciones transversales	Cubrir plazas de especialistas en las regiones	Amazonia y Orinoquia, Pacífico, Central, Caribe, Oriental, Bogotá y Cundinamarca
	Estrategias para el trabajo intersectorial	Amazonia y Orinoquia, Pacífico, Central, Caribe, Oriental, Bogotá y Cundinamarca
	Descentralización de los recursos y fragmentación del sistema	Amazonia y Orinoquia, Pacífico, Central, Caribe, Oriental, Bogotá y Cundinamarca
	Atención Primaria en Salud	Amazonia y Orinoquia, Pacífico, Central, Caribe, Oriental, Bogotá y Cundinamarca

Dimensión prioritaria	Desafíos priorizados por los ciudadanos y actores en las regiones	**Región**
	Integralidad y continuidad en la atención de salud y dificultades para la obtención de los medicamentos, entregas parciales e insuficiente control de calidad, pertinencia, inclusión en el POS	Amazonia y Orinoquia, Pacífico, Central, Caribe, Oriental, Bogotá y Cundinamarca
	Programas de prevención y cesación del consumo de sustancias psicoactivas	Bogotá y Cundinamarca
	Equidad en la distribución de los subsidios	Bogotá y Cundinamarca
	Fortalecer el sistema de referencia y contrarreferencia de servicios de salud, diagnósticos tardíos	Bogotá y Cundinamarca
	Integralidad y complementariedad de los servicios de salud	Bogotá y Cundinamarca
	Articulación intersectorial para la prestación de los servicios sociales integrales	Bogotá y Cundinamarca
	Protección en salud a los trabajadores informales	Bogotá y Cundinamarca
	Ajuste a la ponderación para la calificación del SISBEN en la asignación de subsidios en población urbana y rural	Bogotá y Cundinamarca
	Protección de accidentes de trabajo	Pacífico
	Disponibilidad de sangre y hemoderivados seguros en la región	Pacífico
Acciones transversales	Fortalecer la Gestión de la Salud Pública	Oriental

Dimensión prioritaria	Desafíos priorizados por los ciudadanos y actores en las regiones	**Región**
	Intervención de la corrupción en el Sistema de Salud y evitar la fragmentación del sistema	Oriental
	Transformar positivamente las deficiencias del Sistema de Salud actual	Oriental
	Acceso, oportunidad y calidad en la prestación de los servicios de salud	Oriental, Pacífico

Continúa

4.6 Conclusión

Desde la perspectiva ciudadana, el PDSP 2012-2021 debe garantizar un conjunto de estrategias y acciones en salud incluyentes, que acojan, reconozcan, respeten y protejan la diversidad. Debe explicitar las particularidades sociales, culturales, religiosas, etc., para dar respuesta a los derechos fundamentales de la población, en el entendimiento de la salud como un derecho fundamental en permanente interdependencia con los demás. También debe distinguir entre las *diversidades* propias de sujetos y colectivos titulares de derecho y, en ese mismo contexto, de especial protección, y las *desigualdades* injustas y evitables que generan inequidades que deben ser corregidas por las acciones del Estado y la sociedad en su conjunto.

5. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD EN COLOMBIA EN 2010

El presente capítulo resume la situación de salud en Colombia a partir de la síntesis realizada en el Análisis de la Situación de Salud ASIS en Colombia 2002-2007, la Encuesta Nacional de Salud ENS 2007, las Encuestas Nacionales de Demografía y Salud ENDS, de 2005 y 2010, las Encuestas Nacionales de Situación Nutricional ENSIN, de 2005 y 2010, los RIPS (Registros Individuales de Prestación de Servicios), los registros de SIVIGILA (Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública), la información censal, los registros vitales compilados por el DANE (Departamento Administrativo Nacional de Estadística), y otras informaciones de salud disponibles en el SISPRO (Sistema Integral de Informacion de la Proteción Social).

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

Este breve resumen reseña la información que proviene de registros y de muestras aleatorias que pueden contener errores, bien sea en la definición, recolección, diseño de las bases de datos o tratamiento estadístico. No obstante, el cuadro general de la situación de salud que ellos muestran es válido y contribuye al propósito principal de este trabajo, que es el de brindar orientación a quienes trabajan por mejorar la salud de los colombianos y contar con un punto de partida para la construcción social del ASIS en el proceso participativo que se inicia con la gestión del PDSP 2012-2021, y para cuyos efectos se dispone de bases documentales de referencia, métodos y salidas presentadas en tablas y figuras, que se describen en el anexo 4.

5.1 Perfil socio-demográfico: La población en el contexto de los Determinantes Sociales de la Salud

5.1.1 Evolución de la población colombiana

Colombia ha experimentado una serie de cambios en los últimos 100 años. Su población total se ha multiplicado diez veces, al pasar de 4’144.000 habitantes en el año 1905 a 41’468.384 habitantes en el año 2005. Según proyecciones del DANE, en 2010 la población ascendía a 45’508.205 habitantes, el 49,4% hombres y el 50,6% mujeres; para el 2020 la población proyectada será de 50’911.747 (ver anexo 4, figura 1). La composición de la población por edad ha experimentado una importante transformación, al pasar de ser una población joven durante la mayor parte del siglo XX a ser una población moderadamente adulta (ver anexo 4, figura 2). En los últimos 70 años la edad promedio ha aumentado 6 años, pasando de 23,2 años en 1938 a 29,1 años en 2005 (DANE, Censos de Población 1938 y 2005), reflejando un acelerado envejecimiento poblacional con respecto al proceso vivido por los países del primer mundo, pues se dio en menos de un siglo (ver anexo 4, figura 3).

Según el censo del 2005, la cantidad de menores de quince años registrados (12’743.820) representan la menor proporción histórica de infantes, equivalente al 30,7% del total de la población. La población total de adultos mayores de 60 y más años, se multiplicó casi dos veces en veinte años, al pasar de 2’142.219 en 1985 a 3’815.453 en 2005; cifra que, por primera vez, representa un 8,9% de la población total. Nunca antes el país contó con la importante cifra de 25’772.251 de habitantes en edad de trabajar, que representan el 60% de su población total y que lo coloca en situación de ventaja para apalancar un proceso de desarrollo económico y social, al disponer de fuerza de trabajo suficiente y con capacidad de reemplazo para atender los retos de la producción económica y la reproducción social. Con el paso del tiempo, desde 1938 hasta el año 2005, el país muestra un cambio progresivo desde una población muy joven hacia otra con una proporción considerable en las edades intermedias y avanzadas de la vida. De mantenerse la tendencia de crecimiento de la población, entre el 2015 y 2020 el país tendrá una población cercana a los 50 millones de personas, con un 25% de menores de 15 años y un 12% de adultos mayores de 60 años, para un índice de dependencia de 60 personas, entre menores de 15 años y mayores de 60, por cada 100 personas entre 15 y 59 años (ver anexo 4, tabla 1) (DANE, Conciliación

Censal 2005).

Otro aspecto que se destaca en el proceso de la transformación de la población colombiana es el de su distribución en el territorio nacional, pues en un lapso relativamente corto pasó de ocupar territorios rurales a ocupar territorios urbanos. A partir de 1938, Colombia pasó de tener alrededor del 30% de la población residente en las zonas urbanas —cabeceras municipales— a tener las tres cuartas partes de su población (75%) establecida en las zonas urbanas, según el Censo 2005 (ver anexo 4, figura 4). Bogotá es la ciudad más poblada del país, con 7'363.782 de habitantes; Bogotá, junto con las ciudades de Medellín, Cali, Barranquilla y Cartagena, concentran el 40,6% de la población nacional. La densidad de población es de 39,9 habitantes por km^2; los 10 departamentos de las tierras bajas de la Orinoquia y de la Amazonia tienen menos del 3% de la población y una densidad inferior a un habitante por km^2.

En Colombia las características del área de residencia (urbano, rural, cabecera municipal, rural disperso) parecen afectar significativamente la salud. Las variables de contexto relacionadas (características de área de residencia) son influenciadas por condiciones demográficas particulares (mortalidad materna, mortalidad infantil, natalidad y fecundidad de la población), diferencias geográficas, limitación en el acceso a los servicios públicos (agua potable, saneamiento, acueducto y alcantarillado) y a la oferta sanitaria (centros de salud, hospitales, tecnologías en salud y medicamentos), condiciones socioculturales específicas (grupos vulnerables, diferencias religiosas) e incluso la distribución de los ingresos de las personas, tienen efectos significativos sobre los resultados en salud, manifestándose en más o menos riesgos de contraer enfermedades, y en específicas causas de mortalidad o en grupos específicos de la población.

El Mapa 5 muestra las brechas de inequidad social en Colombia, y la forma como estas actúan positiva y negativamente en las regiones específicas. El análisis discriminado evidencia que la ciudad de Bogotá (color blanco) es la zona del país que muestra menor grado de inequidades sociales y económicas de acuerdo con las variables analizadas (densidad poblacional, acceso a salud, disponibilidad de recursos), seguido de Cundinamarca, y las ciudades de Medellín, Barranquilla y Cali. Las regiones de Amazonia, Orinoquia y del Pacífico presentan mayor concentración de inequidades, explicadas por las posibles limitaciones de ingresos, recursos disponibles, características poblacionales y de acceso a la oferta sanitaria (servicios de

promoción y prevención, rehabilitación y detección temprana). (Ver anexo 4, figura 5).

5.1.2 Características de la estructura de la población colombiana

Según el censo de población y vivienda del año 2005, el 49% (20'336.117) de la población de Colombia es de sexo masculino. La edad promedio de sus habitantes es de 28,6 años y el 50% tiene 25,4 años o más. En el año 2005, por cada 100 nacimientos femeninos se registraron 106 nacimientos masculinos, relación inferior en el año 2007, pues, según la Encuesta Nacional de Salud del 2007, el índice de masculinidad fue de 92,2. También en el año 2005 la población colombiana mostraba un alto grado de dependencia, pues en el mismo censo se encontró que cerca de 59 personas consideradas económicamente inactivas —menores de 15 años y mayores de 60 años— dependían de cien personas económicamente productivas.

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

En la población colombiana, según el censo de 2005, una de cada cinco personas se encuentra casada (23,8%) o en unión libre (22,6%); el restante 52,5% no se encuentra en relación de pareja, pues está soltera (43,4%), separada (5,0%) o viuda (4,1%). Los resultados de la ENS 2007 reflejaron una distribución poblacional por estado civil diferente: el 54,8% de la población está soltera, el 19,7% en unión libre, el 16,4% casada, y el 9,1% restante separada o viuda. Para el 2010, el 33% de las mujeres en edad fértil viven en unión libre, el 20% están casadas, el 32% son solteras y el 15% son separadas, divorciadas o viudas (ENDS 2010).

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

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

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

Bogotá muestra una población mayor en el grupo de 20 a 24 años, más evidente en el sexo femenino, que indica una mayor demanda de servicios

de salud para atender la etapa reproductiva de la mujer, pero también una mayor demanda de empleo en el sector productivo, pues se cuenta con mucha mano de obra joven para enfrentar las demandas del sistema económico actual.

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

5.1.3 Dinámica poblacional: fecundidad, mortalidad, envejecimiento y migración

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

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

En efecto, mientras *la fecundidad general disminuye*, pasando de 91 nacimientos por cada mil mujeres a 74 nacimientos, entre 1990 y 2010, la fecundidad específica para mujeres de 15 a 19 años ha presentado un incremento cercano al 30%: del 70 por mil pasó al 90 por mil, entre 1990 y 2005; y aunque en 2010 disminuyó a 84 nacimientos por mil, el comportamiento de la fecundidad adolescente muestra una tendencia a

estabilizarse, e incluso a continuar un discreto ascenso, particularmente en las regiones del Atlántico y del Pacífico (ENDS 2010). Estos cambios más lentos de la fecundidad adolescente frente a la fecundidad total tendrán como consecuencia, para los próximos años, que se mantenga una estructura por edades de la población ensanchada en las edades centrales jóvenes por la llegada de más niñas sobrevivientes al grupo de mujeres aptas para procrear, producto de la alta fecundidad adolescente del pasado reciente, afectando el número de los nacimientos totales con una importante contribución de nacimientos adolescentes, si no se previenen efectivamente, dado que toda la evidencia de las Encuestas Nacionales de Demografía y Salud indican que no solo la proporción de adolescentes con hijos ha aumentado sino que la edad a la cual las adolescentes tienen el primer hijo ha disminuido (ENDS, 1990-2010). En el último decenio se han registrado alrededor de 700.000 nacimientos anuales, de los cuales un promedio del 30% corresponde a mujeres entre 20 y 24 años, y el 23% a mujeres del grupo de 15 a 19 años.

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

La cantidad de defunciones y su distribución porcentual según sexo y grupos quinquenales de edad, compilada en la serie estadística de mortalidad para los años 1973, 1985, 1993 y 2005, registra una mortalidad general con un patrón similar entre hombres y mujeres, pero siempre más alta en todos los grupos de edad de sexo masculino que en la población femenina, con una marcada disminución de la mortalidad infantil y de la niñez y un desplazamiento de la mortalidad hacia los grupos de mayor edad en los años más recientes. El patrón común en todos estos años muestra que en el primer año de vida el riesgo de morir es alto, y se reduce al mínimo nivel en el rango de edad entre los 5 a los 15 años, cuando comienza a crecer progresivamente al ritmo del proceso de envejecimiento biológico hasta alcanzar la edad modal en el tramo de 70 y 80 años, con la situación excepcional observada en los hombres, donde el riesgo de morir presenta una protuberancia en el tramo de edad de los 15 a los 35 años,

debido a causas no biológicas sino sociales, como son los accidentes de tránsito y las lesiones de causa externa provocados por la violencia extrema que afectó a los hombres en mayor magnitud durante la década de los noventa (DANE, 2005).

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

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

Todos estos cambios en las relaciones entre los grupos de edad, en cuanto a tamaño, estructura y dinámicas, se reflejan en *aumentos importantes de la esperanza de vida al nacer, y en las tasas de sobrevivencia de la población adulta mayor*. La esperanza de vida en la población de Colombia ha ido aumentando de manera notable, sobre todo a partir de la segunda mitad del siglo XX, con ganancias de 21 años en hombres y de 25 años en mujeres, en los últimos 50 años. Así, comparando solo el quinquenio 1985-1990 con el quinquenio 2005-2010, el promedio de años vividos pasó de 68 a 74 años, con una perspectiva de llegar a un promedio de 76 años en el quinquenio 2015-2020 (ver anexo 4, tabla 3), mostrando una tendencia a mayores ganancias, pero desacelerada por la pérdida de años de vida debido a diferentes causas que persisten en el perfil epidemiológico nacional; especialmente las muertes por causas externas, que siguen restando años de esperanza de vida en la población de los hombres adultos jóvenes.

Por otra parte, respecto a la *mayor sobrevivencia de los adultos mayores*, los datos censales denotan un proceso de envejecimiento y longevidad en Colombia que crece a un ritmo más acelerado que en los demás países de

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

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

Esta proporción creciente de los adultos mayores con respecto al total de la población, y con respecto a los demás grupos de edad, incide en las relaciones de dependencia de distinta manera. Por ejemplo, el índice generacional de ancianos que representaba 732 personas de 35 a 64 años que podrían hacerse cargo de una persona de 65 y más en el año 1938, pasó a 471 en el censo de 2005. También es evidente cómo bajó el índice de dependencia económica, al registrar 82 personas menores de 15 años o mayores de 60 años, dependiendo de 100 personas económicamente activas en 1938, a 59 personas en el 2005. En contraste, la relación de dependencia demográfica de vejez muestra un tendencia creciente, indicando que por cada 100 personas en edad económicamente activa (entre 15 y 59 años) había 10 personas mayores en 1985 y 15 en 2005 (DANE, 2005).

Todos estos índices representan un gran impacto para las políticas públicas, por las consecuencias económicas y sociales implícitas, dado que a mayor proporción de personas adultas dependientes, mayor carga para la

población en edad activa para la manutención de los hogares y mayor dificultad para que la población alcance niveles de calidad de vida satisfactorios. Más aún cuando su comportamiento está matizado por grandes diferenciales a nivel territorial; es así como los nuevos departamentos con Chocó y La Guajira tienen el mayor grado de dependencia, comparados con los del eje cafetero y Bogotá. Teniendo en cuenta los niveles de aseguramiento pensional de la población colombiana, estos hechos tienen enormes repercusiones sociales, no solo en las familias, sino también en la institucionalidad del sector de la Salud y la Protección Social y el Estado para responder a las necesidades crecientes de soporte social de la población mayor.

Otro componente de la dinámica demográfica lo conforma el fenómeno de la migración internacional y las migraciones internas, cuyos impactos en Colombia no están suficientemente dimensionados, pese a que son fenómenos sociales de la mayor relevancia en las últimas décadas. El primero, por el movimiento emigratorio de carácter masivo y sin precedentes en la historia de la población colombiana que se registra desde los años noventa. Según las estimaciones del DANE de los últimos quince años, el número de colombianos residentes en el extranjero, medidos en millones de personas, ha tenido un progresivo aumento desde los años noventa hasta el año 2005, con mayor intensidad entre los años 2000 y 2005, periodo que concentra poco más de un millón de personas de los 1,6 millones que emigraron de Colombia durante las décadas de los años noventa y 2000 (DANE, 2009). De acuerdo con el censo de 2005, 3’331.107 colombianos se encuentran residiendo en el exterior, cifra que representa aproximadamente el 9% del total de la población censada en el país.

Como ha sido el caso de otros países de la región Andina y Centroamericana, la importancia de la emigración de colombianos al exterior no reside solamente en el aumento de la intensidad de sus flujos, sino también en la feminización de los flujos emigratorios y en el impacto del envío de remesas, nombre con el que se conocen los recursos enviados por los migrantes a sus familias, las cuales tienen efectos socioeconómicos positivos en las poblaciones de origen, en la disminución de los indicadores de pobreza e indigencia en ciertas regiones del país, y en el mejoramiento de las condiciones de vida en los hogares que tienen familiares en el exterior, permitiéndoles financiar la educación, la salud y la alimentación (Banco de la República, 2003). De hecho, en los últimos años, las remesas

se han incrementado significativamente a través de infinidad de corredores que unen origen y destino de los giradores; en el caso colombiano, durante 2008 se alcanzó la cifra récord de 4842,4 millones de dólares (Mejía *et al.*, 2009). Por su parte, la inmigración de población extranjera al país no representa nada significativo, pero sí lo es el retorno de los emigrantes colombianos, al cual contribuyen más los hombres que las mujeres emigrados.

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

En las últimas décadas, Colombia ha vivido un conflicto armado interno, caracterizado por homicidios, accidentes por la explosión de minas antipersonales, desaparición forzada, confinamiento y desplazamiento forzado, con grandes consecuencias para la salud pública. Los grupos más afectados por el desplazamiento forzado son las mujeres, los niños y los adolescentes menores de 14 años, y los grupos étnicos. A pesar de que la cobertura de aseguramiento de la población desplazada oscila entre el 80% y el 90%, el acceso efectivo a los servicios de salud es muy bajo (inferior al 40%). La dispersión geográfica, la presencia de grupos armados ilegales y la debilidad institucional en salud, entre otros factores, impiden la prestación oportuna de los servicios. El desplazamiento forzado por la violencia constituye el factor más importante en la migración interna, con una cifra acumulada de 4’667.942 de personas desplazadas.

Otro tipo de fenómeno relacionado con las migraciones internas son los movimientos transfronterizos entre ciudades dormitorio y centros urbanos, y

la trashumancia de algunos grupos de población indígena que se mueven en su ámbito territorial, generalmente de población dispersa, dificultando su atención.

5.2 Contexto socioeconómico

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

Entre 2000 y 2010, la economía ha mostrado un crecimiento sostenido; sin embargo, el crecimiento económico y la consecuente distribución de la riqueza nacional ha sido insuficiente como para disminuir las inequidades sociales internas. Desde 1995, la informalidad laboral para los trabajadores sin educación superior ha crecido sustancialmente y, en la actualidad, más del 50% de los trabajadores colombianos no contribuyen a la seguridad social. Con la recuperación económica de los últimos años, la informalidad apenas disminuyó levemente en promedio; incluso aumentó para los trabajadores sin educación superior. En términos porcentuales, el número de cotizantes a la seguridad social ha permanecido estancado desde 1996; el crecimiento sistemático de la informalidad laboral, especialmente entre los trabajadores sin educación superior, es uno de los problemas más serios de la economía colombiana, lo cual genera grandes inequidades sociales y en salud.

Entre los indicadores sociales más sensibles de las condiciones de vida de la población y sus niveles de pobreza, el Índice de Desarrollo Humano IDH, el Índice de Condiciones de Vida ICV, el índice de Necesidades Básicas Insatisfechas NBI, y las líneas de pobreza e indigencia (LP, LI), muestran los contrastes y los grados de desarrollo de las regiones (DNP, 2007). Los

indicadores IDH e ICV han mostrado un crecimiento generalizado durante el periodo 2000-2005, principalmente en el área urbana; sin embargo, reflejan diferenciales a nivel territorial, que van desde IDH e ICV menores de 0,70 en Chocó, La Guajira, Córdoba, Sucre y Nariño, hasta mayores de 0,80 en Bogotá, Santander, Valle del Cauca, Atlántico y Antioquia.

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

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

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

la salud materna infantil.

En relación con la vivienda y otros espacios en los que transcurre la vida de los individuos y las familias, según los resultados del censo de 2005, el 36,2% de los hogares del país presentó necesidades habitacionales, disminuyendo frente al déficit del 53,6% registrado en el censo de 1993. El 23,8% de los hogares habitan en viviendas con problemas cualitativos o deficiencias relacionadas con la estructura de los pisos, hacinamiento mitigable, servicios públicos y lugar inadecuado para preparar los alimentos (cocina). En total, el 10% de la población habita en viviendas inadecuadas generadoras de riesgo para la salud. Cabe señalar que no hay estudios que permitan cuantificar los daños de salud asociados a las condiciones de la vivienda; no obstante, las principales causas de consulta de urgencias y hospitalización, asociadas a enfermedades de origen hídrico, reflejan condiciones ambientales higiénico-sanitarias deficientes de las viviendas, que se expresan en las coberturas de hogares a los servicios públicos. En el ámbito nacional, la cobertura de acueducto alcanza el 87,3%; sin embargo, el área rural solo está cubierta en el 56,3% de la población, y el acceso al alcantarillado en el país es del 72,3%, con solo el 12,3% de cobertura en el área rural (ver anexo 4, figura 6).

La crisis de los años noventa produjo los niveles más bajos de ocupación y los niveles más altos de desempleo en la historia reciente, pero el dinamismo económico reciente no ha sido suficiente para reducir la pobreza y reversar completamente estas cifras. El desempleo en Colombia en los últimos veinte años comenzó el periodo con tasas de un dígito (9,8% en 1997) para luego subir a los niveles más altos de la historia reciente, alrededor de 16,5% en el trienio 2000-2002. En el año 2003, la tasa de desempleo comienza a ceder gradualmente, hasta llegar al 10,4% en 2012; reflejando, entre otras cosas, los efectos de la desaceleración económica. Así, pese a las relativamente altas tasas de crecimiento económico de finales de la década pasada, que comprende el año con mayor crecimiento económico en la historia reciente (7.6% en 2007), el desempleo presenta una disminución muy leve; insuficiente para ubicarse en el rango de tasas de un dígito, consolidándose como la tasa de desempleo más alta de América Latina. Este punto es de especial interés, dado que Colombia se ha visto afectada por la actual crisis en menor magnitud que otros países de la región, lo que hace pensar que el alto desempleo en Colombia lo explican principalmente otros factores más estructurales (Fedesarrollo, 2010).

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

5.3 Perfil epidemiológico: una transición compleja y prolongada

Dado el contexto demográfico, económico y social del país, se comprende que el perfil de salud de la población colombiana presente una carga de morbilidad y mortalidad con características propias de todas las fases de la transición epidemiológica, las cuales se superponen haciendo de esta una situación compleja: predominan las enfermedades crónicas no transmisibles y el enorme peso en la carga de enfermedad (76%) (Ministerio de la Protección Social Pontificia Universidad Javeriana, Cendex, 2008); coexisten daños en salud causados por las enfermedades transmisibles, carenciales y epidémicas emergentes y reemergentes, que imponen una alta carga en muchos segmentos de la población; las lesiones externas por distintas causas específicas siguen ocasionando enfermedad, discapacidad y muerte en los diferentes ciclos de vida.

Se puede decir que la situación de salud en Colombia refleja no solo la relación con los Determinantes Sociales de la Salud, como los vinculados con la pobreza y el hambre, sino también con aquellos ligados al desarrollo, el consumo y la globalización. La situación de salud en Colombia es el claro reflejo de las desigualdades e inequidades en salud, y del rezago en el desarrollo de grupos de población y territorios de Colombia.

5.3.1 Mortalidad

La mortalidad general en los últimos veinte años ha registrado 3'632.579 defunciones, con un promedio anual aproximado de 181.000 casos (rango: 168.568-200.524) (Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas DANE, 2010) (ver anexo 4, Tabla 4). El 59% afectó la población de hombres, y presenta una curva trifásica, con picos en los menores de 5 años, entre los 20 y 24 años, y luego de los 50 años, donde aumenta progresivamente hasta el final de la serie. Entre las mujeres, las muertes se concentraron en los extremos de la vida, sin el pico que se aprecia en los hombres jóvenes. Para ambos sexos, el nivel más bajo de mortalidad se presenta en el tramo entre los 5 y 15 años, con menos del 1%, mientras que la mayor concentración de muertes se encuentra en los adultos mayores, con más del 55% de defunciones registradas (ver anexo 4, Figura 7).

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

El riesgo de morir por enfermedades del aparato circulatorio disminuyó entre los años 1985 y 2005, con una ganancia en la esperanza de vida de 1,7 años. En las mujeres se presentó la mayor reducción del riesgo de morir por enfermedades circulatorias, aportando una ganancia de 2,0 años; sin embargo, en los grupos de edad de 80 años y más se perdieron 0,2 años; los hombres contribuyeron con 0,2 años a la pérdida de años en la esperanza de vida; en total, en los hombres se tiene una ganancia de 1,5 años de vida, debido a la reducción del riesgo de morir por enfermedades del aparato circulatorio.

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

país concentró el 50,4% de las muertes originadas por las enfermedades del sistema circulatorio.

Entre los años 1985 y 2005 el riesgo de morir por tumores malignos tuvo un aumento en ambos géneros, lo que se traduce en una pérdida de 0,4 años de esperanza de vida en hombres entre los 70 y más años y de 0,3 años en mujeres con edades entre 65 y más años. Entre 1985 y 1995 el riesgo de morir por tumores presenta una mayor variabilidad entre los diversos grupos poblacionales, aunque las mujeres son las más afectadas por dichas causas en la edad adulta. En la última década el riesgo de morir por tumores malignos aumentó, contribuyendo con un aporte negativo de 0,2 años a la esperanza de vida.

En relación con las neoplasias, el tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón (alrededor del 11%) ocupó el primer lugar durante varios años; sin embargo, el tumor maligno de estómago alcanzó cifras superiores, llegando a producir el 14,3% de las muertes en el 2010 (ver anexo 4, tabla 6). El análisis de las tasas de mortalidad estandarizadas según el género, por cien mil habitantes, muestra que en los hombres la primera causa de mortalidad por tumores malignos es el de estómago (13,4), seguido por el tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón (11,5) y por el tumor maligno de próstata (11,0). En las mujeres, la primera causa es el tumor maligno de mama (10,0), seguido por el tumor maligno de cuello del útero (7,9) y por el tumor maligno de estómago (6,7) (Instituto Nacional de Cancerología 2012). Al igual que las muertes por enfermedades del sistema circulatorio, el 50% de las muertes por neoplasias se localizaron en el centro del país (ver anexo 4, figura 10).

Entre los años 1995 y 2005, el riesgo de morir por causas externas disminuyó considerablemente respecto a los años anteriores, aportando una ganancia de 1,2 años en la esperanza de vida. En el país se registró una pérdida de 0,02 años de vida en los hombres entre los 65 y 79 años. El riesgo de morir por causas externas se redujo en hombres y mujeres, aportando una ganancia de 1,4 años en los hombres con edades entre 10 y 24 años.

Entre 1997 y 2010, las muertes por causa externa se han reducido en un 43%, pasando de 24% a 17% del total de defunciones. En la actualidad, el 58% de las muertes por causa externa fueron debidas a homicidios; seguido de accidentes de transporte (17,0%), causas intencionales no

especificadas (6,1%) suicidios (5,5%), accidentes no especificados (5,2%), ahogamiento y sumersión accidental (2,8%) y caídas (2,7%) (ver anexo 4, tabla 7). Por grupos de edad, el 71,9% de muertes por causa externa ocurren en personas de 15 a 44 años; el 14,9% en el grupo de 45 a 64 años; el 7,0% en mayores de 65 años; y el 6,2% en menores de 15 años (ver anexo 4, figura 11).

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

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

Entre las causas de mortalidad en niños de 1 a 4 años, las más frecuentes son las enfermedades infecciosas respiratorias e intestinales, muy relacionadas con las condiciones de vida y las viviendas insalubres, en más

del 70% de los casos (ver anexo 4, figuras 17 y 18). No obstante, cabe señalar que durante el periodo se viene observando un decrecimiento en la frecuencia de la mortalidad en estos grupos de edad y por estas causas, emergiendo en cambio otras causas, como la accidentalidad, que predomina en los niños mayores de 5 años.

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

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

5.3.2 Morbilidad sentida

Cuando hablamos de morbilidad se hace referencia a la enfermedad que puede ser percibida por la población o a la enfermedad diagnosticada por los trabajadores de salud. El término *morbilidad sentida* —o autopercepción de problemas de salud— se refiere a la información suministrada por el individuo acerca de su estado de salud, según sus conocimientos e interpretaciones, sin que este juicio haya sido necesariamente confirmado por personal médico. La morbilidad sentida se ha medido en Colombia desde el año 1965, cuando el 38,7% de la población reportó haberse sentido enferma. En la última medición a través de la ENS-2007, el 32,6% de los encuestados entre 6 y 69 años reportó haber tenido en los últimos

treinta días al menos un problema de salud (ver anexo 4, tabla 9). La autopercepción de problemas de salud en los últimos treinta días aumentó con la edad, y fue más frecuente entre las mujeres, siendo el más sentido de todos el dolor físico o malestar, informado por el 28,6% de los encuestados; los problemas mentales ocuparon el segundo lugar (5,8%); y las causas violentas el tercero (3,3%).

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

5.3.3 Morbilidad atendida o registrada

La *morbilidad atendida* es registrada a través de los Registros Individuales de Prestación de Servicios RIPS, los cuales son la fuente para el presente análisis. El promedio anual de atenciones en el trienio 2009-2011 fue de aproximadamente 18 millones de consultas/año, de las cuales el 85% fueron consultas ambulatorias, el 10% consultas de urgencias y el 5% hospitalizaciones; con predominio de las mujeres, con el 58% del total de registros. Por grupos de edad, los niños y las mujeres en edad fértil de las edades más jóvenes dominan la demanda de prestaciones de salud (ver anexo 4, figura 19).

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

mujeres y el 2,5% en hombres), diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso (el 2,9% en mujeres y el 4,3% en hombres) y otros dolores abdominales y los no especificados (el 2% en mujeres y el 1,8% en hombres) (ver anexo 4, tabla 12).

En el análisis por grandes grupos de *carga de enfermedad*, el 76% de la morbilidad es ocasionada por las enfermedades crónicas no transmisibles, porcentaje similar al de los países desarrollados. El 15% corresponde a enfermedades transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales; y el 9% de la morbilidad está asociada a lesiones de causa externa (ver anexo 4, figura 20). Las primeras veinte causas en todas las edades y ambos sexos, ocasionan 280 AVISAS totales (Años de Vida Saludable Perdidos por enfermedad prematura y discapacidad) por cada mil personas (MPS/CENDEX-PUJ, 2005). Encabezan esta lista los problemas neurosiquiátricos —depresión mayor unipolar, trastornos bipolares, esquizofrenia y epilepsia (21% de AVISAS totales)—, la cardiopatía hipertensiva (19% de AVISAS totales), las lesiones —agresiones, accidentes de transporte y otras lesiones no intencionales (8% de AVISAS Totales) (ver anexo 4, tabla 13).

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

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

(25%) (ENS, 2007) (ver anexo 4, tabla 14).

De acuerdo con las estimaciones de incidencia, en el periodo de 2000-2006 se presentaron cerca de 70.887 casos nuevos de cáncer por año, para una incidencia ajustada por edad para todos los cánceres de 186,6 por 100.000 habitantes en hombres y 196,9 en mujeres. Las principales localizaciones de cáncer en hombres fueron, en orden decreciente: próstata, estómago, pulmón, colon, recto y linfomas no-Hodgkin; en mujeres, fueron: mama, cuello del útero, tiroides, estómago, colon, recto y ano. En 2010, se registraron 33.450 defunciones por cáncer, que representaron el 16,9% del total de defunciones. En adultos, las principales causas de muerte por cáncer en hombres son estómago, pulmón, próstata, colon y recto, mientras en las mujeres fueron cuello uterino, mama, estómago y pulmón. En niños, el cáncer es una enfermedad compleja, que no representa más del 3% de los casos nuevos de cáncer; sin embargo, este país continúa presentando altas tasas de mortalidad por los cánceres pediátricos más frecuentes, como las leucemias agudas pediátricas, los linfomas y los tumores del sistema nervioso central.

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

Las diferentes encuestas de salud dan cuenta de cómo el hábito tabáquico, si bien ha disminuido en la población general, persiste e incluso aumenta en las mujeres jóvenes y adolescentes, con los agravantes de que la edad de inicio del hábito de fumar ha disminuido entre los escolares, y en un 30% se constituye en la primera droga antes del consumo de sustancias

psicoactivas ilícitas. La prevalencia de uso de tabaco en los últimos treinta días en adultos ha disminuido en forma importante, pasando del 21,4% en 1993 al 12,8% en 2007; sin embargo, la relación hombre/mujer ha aumentado de 2,1 a 2,6 veces (ver anexo 4, figura 21) (Ministerio de Salud, 1993, 1998, 2007).

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

De acuerdo con los resultados de la ENSIN 2010 con respecto al 2005, el sobrepeso (IMC, mayor o igual a 25 y menor o igual a 30) en el grupo de 18 a 64 años aumentó en promedio 2 puntos porcentuales; La obesidad (IMC> a 30 años) en el grupo de 18 a 64 años aumentó en promedio 2,5 puntos porcentuales en el 2010 con respecto al 2005 (ver anexo 4, figura 22). El riesgo de sobrepeso, obesidad y exceso de peso en la población de 14 a 64 años muestra una tendencia al aumento (ver anexo 4, figura 23), lo cual sugiere cambios negativos en los patrones de consumo; la relación sobrepeso-obesidad aumenta a medida que se incrementa el nivel del SISBEN y el nivel educativo de la madre (9,4% en madres sin educación *vs* 26,8% en madres con educación superior). El exceso de peso es mayor en el área urbana, con el 19,2%, que en el rural, con el 13,4%. La obesidad se concentra especialmente en las mujeres. Entre los años 2005 y 2010 la obesidad aumentó un 2,7% en los hombres y un 3,5% en las mujeres (Ministerio de Salud y Protección Social, 2005-2010). La obesidad tiene un aumento directamente proporcional a la edad; y es más frecuente en los

adultos mayores, en los que aumentó el 2,7%.

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

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

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

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

necesaria para su salud.

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

En cuanto a los riesgos profesionales, la tasa de accidentalidad laboral ha ido en incremento, pasando de 5,2 por cada 100 trabajadores en el año 2005 a 6,4 en el 2010 (ver anexo 4, figura 27). Este incremento, además, está asociado al aumento en la cobertura de afiliación y reporte a las Aseguradoras de Riesgos Laborales ARL.

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

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

0,52% (2011) (ver anexo 4, figura 32), al igual, la transmisión materno-infantil, desde el año 2007, cuando pasó de 8,2% a 4,9% en el 2009 (ver anexo 4, figura 33).

La Lepra ha disminuido sustancialmente su incidencia, con una tasa menor a 0,1 por cada 100.000 habitantes desde el año 2008 a la fecha; lo que equivale 289 casos ocurridos en el año 2010 (ver anexo 4, figuras 34 y 35). La detección de casos de TB en Colombia, en los últimos cuatro años, se ha mantenido entre el 70,9 y el 75,8% de lo estimado (ver anexo 4, figura 36). La tasa de incidencia de TB notificada ha permanecido estable, entre 20 y 30 por cada 100.000 habitantes en los últimos 15 años (ver anexo 4, figura 37); y el porcentaje de éxito del tratamiento es cercano al 80% en los últimos tres años (ver anexo 4, figura 38); sin embargo, la resistencia a fármacos antituberculosis se constituye en un reto para el control de la TB. En los últimos siete años se han diagnosticado en promedio 105 casos anuales de TB multirresistente.

La incidencia de las enfermedades transmitidas por vectores, como Malaria, Leishmaniasis y Dengue, ha tendido al incremento durante el trienio 2008-2010. La incidencia de Malaria *vivax* y *falciparum* aumentó en 3,6 y 1,5 casos por cada 1.000 habitantes respectivamente. El Índice Parasitario Anual IPA, pasó de 6,2 a 11,5 (Instituto Nacional de Salud, 2008-2010). La incidencia de Leishmaniasis cutánea y mucosa se incrementó en 46,2 y 0,7 por cada 10.000 habitantes respectivamente. Esta patología es endémica en casi todo el territorio, excepto en san Andrés Islas y Bogotá. Se estima que en el país existen alrededor de 11 millones de personas en riesgo, y la transmisión se da principalmente en el área rural. Se presentan las tres formas clínicas de la enfermedad, siendo la más frecuente la cutánea (95% de los casos) (INS 2012). La incidencia de Dengue aumentó en 510,3 casos por cada 10.000 habitantes y alcanzó una letalidad de 2,26 muertes por cada 100 personas diagnosticadas con la enfermedad para el año 2010 (ver anexo 4, tabla 15).

En relación con la lesiones de causa externa no fatales, para el año 2011, el Sistema Médico Forense Colombiano practicó 316.864 reconocimientos médico-legales en clínicas forenses, es decir, 12.612 más que en el 2010, lo que representa un aumento de 4,1% y un aumento progresivo desde el año 2004. Las principales lesiones durante los años 2010 y 2011 en orden descendente son: violencia interpersonal, violencia intrafamiliar, accidentes de transporte, exámenes médico legales por presunto delito sexual y las

lesiones accidentales.

De estos eventos, el SIVIGILA (Instituto Nacional de Salud, 2012) recepciona información relacionada con la violencia intrafamiliar y sexual. Durante el año 2012 fueron reportados al SIVIGILA 63.256 casos de violencia intrafamiliar; de los cuales el 40% corresponde a violencia física y el 26% a privación y negligencia (ver anexo 4, figura 39). Mientras que fue baja la notificación de los casos de violencia sexual, con un 16% (Instituto Nacional de Salud, 2012); cabe resaltar que quienes han sufrido violencia física, también han sido objeto de violencia psicológica, y que quienes han sido violentados sexualmente han sido objeto de violencia física y psicológica. Según la ENDS 2010, el 37,4% de las mujeres encuestadas que alguna vez estuvieron casadas o unidas manifestaron haber recibido agresiones físicas por parte de su compañero; este tipo de agresiones resultó ser más común en las mujeres mayores de 45 años y que viven en el área urbana. Aunque las mujeres con educación superior y nivel de riqueza más alto manifiestan con menor frecuencia agresión física.

La violencia interpersonal se define operativamente, en el ámbito epidemiológico forense, como el fenómeno de agresión intencional que tiene como resultado una lesión o daño al cuerpo o a la salud de la víctima, y no la muerte, y cuyo ejecutante no es un familiar en grado consanguíneo o de afinidad del agredido, y que excluye los casos de transporte. La violencia interpersonal en Colombia es un fenómeno de gran magnitud, como lo demuestra la evaluación médico-forense: se registran 152.865 lesionados por esta circunstancia en el año 2011; es decir, en términos absolutos, 7.681 casos más que en el año 2010; y en términos relativos, un aumento del 5,3%. Esta cifra se traduce en una tasa de 331,99 casos por 100.000 habitantes, que es la propor-ción más alta de los últimos diez años (ver anexo 4, tabla 16) (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2011). Ponderando el impacto del fenómeno sobre la población, podemos señalar que como con-secuencia de las lesiones por violencia interpersonal en Colombia, en el 2011, se perdieron 205.297 años de vida saludable.

La violencia intrafamiliar ocupa el segundo lugar en el cuadro de la violencia no fatal, después de la violencia interpersonal. En el 2011 dejó 89.807 víctimas y una tasa de 195,0 por 100.000 habitantes (ver anexo 4, figura 40). Lo anterior cobra una trascendencia importante, si se tiene en cuenta que en el marco de la familia es donde los niños comienzan a hacerse una

idea de lo que significan las relaciones de pareja y entre los más cercanos. La violencia intrafamiliar, de la misma manera que la violencia sexual, cobra como principales víctimas a las mujeres. En el 2009, el porcentaje de mujeres que fueron víctimas de violencia intrafamiliar fue del 78,3%; y en el 2010 del 77,9%; en el 2011 fue del 78,1%. La violencia de pareja ocupó el primer lugar de todas las formas de violencia intrafamiliar, con 57.761 registros (el 64,3%), seguida de la violencia entre otros familiares, con 16.267 casos (el 18,1%); en tercer lugar, la violencia a niños, niñas y adolescentes, con 14.211 casos (el 15,8%); y, por último, la violencia a personas mayores, con 1.568 casos (el 1,7%) (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2011).

5.3.4 Accidentes de tránsito

Los traumatismos a causa de los accidentes de tránsito son un problema de salud pública mundial, y están relacionados con el nivel de desarrollo de los países. Todos los años, más de 1,2 millones de personas en el mundo fallecen como consecuencia de los accidentes en las vías y otros 50 millones sufren traumatismos.

Dentro de los hallazgos informados en 2009 por la OMS, se destaca que los países de ingresos bajos y medianos, como Colombia, tienen tasas más altas de letalidad por accidentes de tránsito: 21,5 muertos por cada 100,000 habitantes; mientras que los países de ingresos altos manejan una tasa de 10,3 por cada 100,000 habitantes. Más del 90% de las víctimas mortales de los accidentes de tránsito que ocurren en el mundo corresponden a países de ingresos bajos y medianos, que tan solo tienen el 48% de los vehículos del mundo (Organización Mundial de la Salud, 2009).

Aunque en muchos países de ingresos altos las tasas de mortalidad por accidentes de tránsito se han estabilizado o han disminuido en los últimos decenios, los datos disponibles llevan a pensar que en la mayoría de las regiones del mundo están aumentando, producto del rápido incremento en la motorización y de la insuficiencia de las actividades de prevención. Se ha estimado que las muertes en carretera aumentarán hasta convertirse en la quinta causa de muerte para 2030, con unos 2,4 millones de defunciones anuales (World Health Organization, 2009).

5.3.5 Discapacidad

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

En Colombia, según el censo de 2005, la prevalencia de personas con al menos una limitación fue del 6,3%, siendo mayor en hombres (6,6%) que en mujeres (6,1%). Para entonces, se calcula que existían 2'651.701 personas con alguna limitación. Según la misma fuente, la discapacidad en hombres se concentra en el grupo de 0 a 35 años; mientras que en las mujeres, la mayor proporción está en las adultas mayores, presumiblemente debido a las diferentes formas de discapacidad asociadas a las condiciones sociales, económicas y de violencia.

En las personas registradas, la mayor frecuencia de discapacidad corresponde a deficiencias en funciones o estructuras relacionadas con el movimiento del cuerpo, miembros superiores e inferiores (48,4%); le siguen, en orden de importancia, aquellas en las cuales se encuentra comprometido el sistema nervioso (41,7%); los ojos (40,7%); las estructuras de voz y habla (18,5%); y las deficiencias en los oídos (18,7%) (Gómez, 2010). Por otra parte, la demanda de ayudas especiales para el manejo de la discapacidad es del 32% en las mujeres y del 25% en los hombres, mientras que solo el 56% de los que requieren dispositivos han tenido acceso a ellos. La mayor proporción de personas con demanda insatisfecha de dispositivos para su discapacidad son personas jóvenes, entre 12 y 29 años.

Aunque las políticas de inclusión social están orientadas a permitir o facilitar el acceso y uso de espacios a las personas con discapacidad, el acceso real es limitado. En general, el 48,5% de las personas percibe barreras físicas para transitar en la vía pública; el 34,4% enfrenta barreras para el uso del transporte público; el 21,8% no disfruta de parques; el 12,7% no accede a centros educativos; el 16,5% tiene problemas en sus lugares de trabajo; el 14,2% percibe barreras en las entidades de salud; el 17,7% no accede a centros comerciales ni tiendas (Gómez, 2010). La discapacidad es más recurrente en aquellos hogares pobres, por las difíciles condiciones de

vida que rodean a las familias afectadas, comportando un círculo vicioso de pobreza. La mayor proporción de personas en condición de discapacidad son personas pobres, sin capacidad de pago, afiliadas al régimen subsidiado (65%), pertenecientes en un 70% a los estratos 1 y 2.

5.3.6 Desastres

Las emergencias sanitarias asociadas a desastres naturales, antrópicos y/o tecnológicos son hoy más frecuentes, probablemente por causa del cambio climático, el impacto medioambiental negativo del desarrollo no sostenible, la globalización y el intenso tráfico internacional de viajeros, transportes y mercancías. Ellas representan un enorme desafío de los tiempos modernos, por la propagación transnacional de epidemias, como el Síndrome Respiratorio Agudo Severo SARS, el Cólera o el Dengue, la pandemia de Influenza AH1N1/09, la amenaza latente de epidemias por Influenza Aviar H5N1, el novel Coronavirus, o los desastres nucleares. Colombia, entre otros países de la Región de América Latina y el Caribe, muestra una franca tendencia hacia al aumento en el número de desastres durante las últimas décadas; de acuerdo con la información extraída del Registro Único de Damnificados, el desastre invernal producto del fenómeno de la niña, dejó 2’350.207 personas damnificadas, 869.032 afectados, 1.016 desaparecidos, 1.374 muertes y 6.391 hospitalizados (DANE, 2010-2011).

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

5.4 Respuesta del Sistema de Salud a las condiciones de salud de la población colombiana

La universalidad del aseguramiento en salud, la garantía de portabilidad de prestación de los beneficios en cualquier lugar del país, la garantía de una red de servicios de salud que brinde atención básica y compleja en todas las regiones bajo un modelo integral de prestaciones de servicios preventivos, asistenciales y colectivos, y la unificación del Plan de Beneficios (POS), entre otros, son los principales propósitos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, definido por la Ley 100 de 1993 y demás normas que han introducido modificaciones a la reforma del sistema de salud en los años siguientes. Sin embargo, determinantes de orden socioeconómico —empleo y crecimiento económico— han impedido alcanzar la cobertura universal y la equiparación de los planes de salud (Programa de Organización y Gestión de Sistemas de Servicios de Salud, Organización Panamericana de Salud OPS, 2002).

5.4.1 Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud

Entre el 2000 y el 2012, la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud se incrementó en 34 puntos porcentuales, al pasar del 58 al 92% del total de la población (ver anexo 4, figura 41). La afiliación al régimen contributivo ha evolucionado del 31 al 43% (19’957.739 personas), con un incremento de 12 puntos porcentuales durante el periodo. En el régimen subsidiado el incremento fue de 27 puntos porcentuales, pasando del 22 al 49% (22’605.295 personas) de afiliados. Los regímenes especiales (Fuerzas Armadas, Ecopetrol, universidades públicas, Magisterio) cubren el 4,6%, según la base de datos única de afiliados al 2012.

Entre tanto, un 4,4% de la población no está afiliada a ninguno de los regímenes en 2012; es decir, aproximadamente 2’049.600 personas reciben atención en salud por demanda, a través de la oferta pública de servicios; el Diagnóstico e Inequidades de la Salud en Colombia: 1990-2010 (Flórez 2010), con base en DHS 1995-2010, muestra la brecha de 30 puntos de diferencia de los más pobres con respecto a los más ricos, considerando una diferencia en favor de la inequidad (Encuestas DHS 1990, 2000, 2005). De acuerdo con las Encuestas de Calidad de Vida en 2003 y 2008, la mayor concentración de población no afiliada se encuentra en los departamentos de menor desarrollo de las regiones del Pacífico y del Atlántico (DANE, 2008) (ver anexo 4, tabla 17).

5.4.2 La red prestadora de servicios de salud

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

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

El total de disponibilidad de camas declaradas a 2012 es de 139.646, distribuidas así: en la red pública, 57.582 camas; en la red privada, 78.968 camas; y en la red mixta, 2.500 camas; para una razón de 2.96 camas por 1.000 habitantes para el país; la cual se corresponde con el índice internacional establecido por la OMS de 2.5 ± 0.4 camas por 1.000 habitantes. Sin embargo, la distribución de este índice es de 1.2 en la red pública; en contraste con la red privada, que cuenta con 1.68 camas por 1.000 habitantes.

La red mixta de prestadores de servicios de salud en el 2012 cuenta con 272 IPS, y una razón de 0.05 por 1.000 personas, la mayor parte concentradas en la zona Caribe (ver anexo 4, figura 42).

La red de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Indígena IPSI consta de 92 instituciones ubicadas en 24 departamentos para atender a 1’392.623 indígenas, según proyección del DANE a 2012. El 53% de las IPSI se encuentran en los territorios que concentran el 60% de la población (25 IPSI en La Guajira, 13 en Nariño y 9 en Cauca), mientras que en los departamentos de población mayoritariamente indígena (Amazonas, Guainía, Vaupés y Vichada) apenas alcanzan a 7 IPSI (REPSS, 2012).

5.4.3 Demanda y acceso a la atención en salud

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

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

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

5.4.4 Recurso humano en salud

Para el año 2011, se estima que en Colombia había más de 425.000 personas formadas en profesiones y ocupaciones del área de la salud, de los cuales el 52,0% corresponde a profesionales y el 48,0% a técnicos y auxiliares (Cendex, Ministerio de la Protección Social, Recurso Humano de la Salud en Colombia, 2008) (ver anexo 4, tabla 18).

De este número, tres cuartas partes son mujeres; lo cual implica que por cada hombre hay 3 mujeres que han sido formadas en una ocupación o

profesión del área de la salud. Salvo en Medicina, que es la única disciplina donde hay menos mujeres que hombres, con una relación de nueve mujeres por cada diez hombres. En las demás ocupaciones y profesiones se observa una mayor proporción de mujeres, siendo particularmente alta en el nivel auxiliar (ver anexo 4, tabla 19). En general, el talento humano del área de la salud corresponde a población joven. El 73% del stock estimado corresponde a personas menores de 35 años, mientras que solo 4,1% corresponde a mayores de 50 años.

La densidad de talento humano en salud ha tenido un aumento progresivo y sostenido a través del tiempo, lo cual se explica por el incremento significativo de la oferta educativa, medida en términos del número de programas de formación superior ofrecidos en el país y el número de egresados anuales de los mismos. Para 2011 el indicador se ubicó en 26 médicos y enfermeras por cada 10 mil habitantes, un punto por encima del mínimo propuesto por la OPS/OMS, y superior al de algunos sistemas de salud de la región. También se observa que la densidad de odontólogos por habitante en Colombia es significativamente superior a la de algunos países andinos, y similar a la de países como Argentina y Brasil, según datos reportados por la OPS y la Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud. Este indicador también da cuenta que en Colombia, por cada 100 médicos hay 55 enfermeras; situación que contrasta con lo que ocurre en países como Canadá y Estados Unidos, en donde hay más de 300 enfermeras por cada 100 médicos; y muestra una relación más equilibrada que la observada en países como Argentina, Uruguay, Brasil y Ecuador, en donde hay menos de 40 enfermeras por cada 100 médicos (ver anexo 4, tabla 20).

En el 2012, la concentración de médicos generales reportada por cada 100.000 habitantes, muestra que en Bogotá existen más de 300 médicos, duplicando la concentración de Risaralda, y siendo 6 veces la de Vichada. En Colombia, el 43% (14 de 32) de los departamentos presentan una densidad de médicos superior a 125 por 100.000 personas. En 7 de estos, se concentra la mayoría de médicos en el país: el Archipiélago de San Andrés, Bogotá, Antioquia, Atlántico, Valle del Cauca y Santander. Mientras que en tres de ellos, se concentran menos de 50 médicos por 100.000 habitantes: Chocó, Vaupés y Vichada, según reporte del DANE-ECH (ver anexo 4, figura 43).

5.4.5 Coberturas de servicios de salud

El acceso a los servicios de atención materna en el país para el control prenatal refleja un crecimiento del 79,7% al 82% en la cobertura, entre 1985 y 1990; cobertura que se mantuvo hasta el año 1995, y continuó en ascenso hasta alcanzar el 90,8% en el 2000; en los últimos diez años pasó del 90,8 al 97% en 2010; crecimiento que ocurrió a expensas de las maternas más pobres, según reporta el estudio de Flórez (2007): la brecha de los más pobres, de 1990 a 2005, redujo una diferencia de 40 puntos porcentuales en favor del control prenatal entre las más pobres y las más ricas, considerando una reducción en la inequidad (Flórez 2007, Encuestas DHS 1990, 2000, 2005) (ver anexo 4, figuras 44 y 45).

Si se toma como medida la asistencia a 4 controles prenatales, da como resultado que la región con menor cobertura es la de la Amazonia y Orinoquia, que descendió del 68 al 61,6% entre 2005 y 2010; las demás regiones tuvieron un incremento en el mismo periodo: la región Caribe pasó del 80 al 83,8%; la Oriental, del 81 al 85%; y la del Pacífico, del 81 al 86,3% (Encuesta Nacional de Demografía y Salud ENDS 1990, 1995 y 2000) (Ministerio de Salud y Protección Social, Indicadores Básicos de Salud, 2003 a 2010. Acceso a los servicios de atención materna para el control prenatal, 1985-2010. Evolución de la inequidad en el control prenatal, 1990-2005).

El porcentaje de parto institucional, de 1990 a 2010, pasó del 76,3% al 98,6%. Entre 1990 y 2000, pasó del 84,8% al 94,4% en el área urbana, y del 59,7% al 70,6% en el área rural; en el mismo periodo, las regiones en donde se encuentra la más baja cobertura corresponde a la región del Atlántico, con el 64,7%; seguida de la oriental, con el 76,6%; y la del Pacífico, con el 72,1%. La mejor cobertura, desde el año 1990 hasta el 2000, la reporta Bogotá, con el 93,4% y el 97,2%, respectivamente. El porcentaje de partos atendidos por personal calificado pasó del 96,4% al 98,7%, entre el 2005 y el 2010, superando la meta programada para el 2014, sobre un cumplimiento del 95%: de cada 10 partos, 9 son atendidos por médicos; los partos atendidos por parteras disminuyeron del 2,7% al 0,78% (ENDS 1990,1995 y 2000) (ver anexo 4, figuras 46 y 47).

En relación con la detección temprana del cáncer cérvico-uterino, todas las mujeres colombianas entre 25 y 69 años de edad y las menores de 25 años con vida sexual activa tienen derecho a la citología sin costo. Entre el 2005

y el 2010, las mujeres entre 18 y 69 años refirieron que conocen qué es la citología de cuello uterino, con un porcentaje que varió del 98,5% al 99,3%; en el mismo periodo, el 84,8% y el 90%, respectivamente, manifestaron haberse realizado una citología; el 13,1% se hizo una citología en el 2005; y el 11,5% de las mujeres se ha realizado la citología solo una vez en la vida. El 9% de las mujeres no reclamó el resultado de la citología; de estas, al 30% no se le entregó, y al 33% no le interesó el resultado; el 4% de las citologías se reportaron con alguna anormalidad; y al 2% de las mujeres se le realizó una colposcopia; el 70% refiere no realizarse una citología por miedo y/o descuido. Respecto al virus del Papiloma Humano, el 44% refiere conocer algo del tema, mientras que el 25% conoce la existencia de la vacuna contra este virus (ENDS 1990, 1995 y 2000) (Ministerio de Salud y Protección Social, Indicadores Básicos de Salud, 2003 a 2010).

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

El reporte del esquema completo de vacunación en menores de un año fue de 56,3, 61,9 y 76,3% entre el 2000, 2005 y 2010, contra una meta nacional del 100%. Los biológicos de Polio (VOP) 3 dosis, DPT 3 dosis, Hepatitis B 3 dosis, HIB 3 dosis y Triple viral (TV) única dosis, y la Antiamarílica (1 año) (FA), presentaron baja en las coberturas en el año 2010, con respecto a las coberturas reportadas para el año 2007, 2008 y 2009: para el caso de Polio (VOP) 3 dosis, pasó de 92,8, 92 y 92,1% en 2007, 2008 y 2009, respectivamente, a 87,9% en 2010; DPT 3 dosis, pasó de 92,9, 92,2 y

92,2%, para el mismo periodo, a 87,9% en 2010; la vacuna Antiamarílica (1 año) (FA) pasó del 81,1% en el 2008 al 78,5% en el 2010 (Indicadores Básicos de Salud, 2010) (ver anexo 4, figura 48).

El comportamiento histórico de la cobertura de DPT 3 dosis reportó varios picos durante el periodo de 1980 a 2012: pasó del 15 al 62%, de 1980 a 1984; subió al 87% entre 1985 y 1990; en 1992 descendió al 78%, momento que coincidió con el aumento en la incidencia de casos confirmados de Tosferina, que pasó de 2,5 en 1992 a 4,4 en 1994, subió al 93% en 1995, descendió al 73% en el 2003, se mantuvo en el 92% del 2004 al 2009, momento que coincidió con la incorporación del Sivigila individual y la incorporación de la PCR, mientras la incidencia de casos confirmados de Tosferina se mantuvo entre 0,3 en el 2003 y 1,0 en el 2009; finalmente, tuvo una cobertura del 88 y 85% para el 2010 y el 2011, con un reporte en la incidencia de casos confirmados de Tosferina de 2,2 a 2011 (Ministerio de Salud y Protección Social, Mapaisoft, Indicadores Básicos de Salud 2003 a 2010) (ver anexo 4, figura 49).

5.5 Percepciones sobre el estado de salud

En relación con la percepción de los colombianos sobre su estado de salud, la ENS 2007 mostró que aproximadamente el 76% de la población estima que su salud es buena o muy buena, independientemente del régimen de afiliación. Así mismo, el monitoreo de los indicadores del sistema obligatorio de garantía de la calidad muestra que el 80% de los usuarios están satisfechos con los servicios y el trato recibido por parte de las Entidades Promotoras de Salud EPS e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud IPS. No obstante, la percepción ciudadana frente a la problemática de salud y las condiciones de bienestar general resaltan la necesidad del abordaje integral de todos los Determinantes Sociales de la Salud, de manera que se garanticen todos los aspectos básicos que hacen de la seguridad humana, en todas sus acepciones, el eje del desarrollo humano y social, superando desigualdades e inequidades en salud y con la máxima participación social en todas las decisiones. Desde la perspectiva ciudadana, el Plan Decenal de Salud Pública se concibe como la oportunidad para articular un conjunto de estrategias y acciones sociales que conlleven al bienestar general, reconociendo todas las diversidades.

Para concluir, en relación con los logros obtenidos en el desarrollo del Plan

Nacional de Salud Pública PNSP 2007-2010 (Decreto 3039 de 2007), los resultados producto de la evaluación de las 35 metas de salud nacionales incluidas en los 10 objetivos sanitarios del Plan, medidos a través de los indicadores compilados por el Ministerio de Salud y Protección Social, mostraron, de manera global, que el 49% de las metas se logró con resultados óptimos y aceptables; hubo logros significativos en las prioridades de salud infantil, salud sexual y reproductiva, salud nutricional, prevención y control de las enfermedades transmisibles. Se avanzó moderadamente en la gestión integral de la salud pública, en la prevención y control de las enfermedades transmisibles y zoonosis, y en seguridad en el ambiente laboral. La agenda inconclusa se centró principalmente en salud mental, salud ambiental, salud oral, en la prevención y control de las enfermedades no transmisibles y en discapacidad (ver anexo 4, tabla 21, Cuadro de Mando Metas Plan Nacional de Salud Pública 2007 -2010. Ministerio de Salud y Protección Social)

El Ministerio de Salud y Protección Social, en Convenio de Cooperación Técnica con la Organización Panamericana de la Salud No. 485/10, evaluó en 32 departamentos y un distrito del país el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010 desde una mirada de política pública, conjuntamente con la Red Colombiana de Investigación en Políticas y Sistemas de Salud, utilizando diferentes metodologías cualitativas (Ministerio de Salud y Protección Social, Organización Panamericana de la Salud, Red Colombiana de Investigación de Políticas y Sistemas de Salud). La heterogeneidad de las condiciones y de la información disponible constituyó un reto importante, que obligó a los grupos de investigación a simplificar los criterios y las categorías de análisis, así: contenido formal de los planes, actores involucrados en la dinámica y gestión de la salud pública en el territorio, proceso de decisión, contexto en el que se toman las decisiones, y resultados de la decisión.

Los resultados mostraron que la directriz ministerial de retomar la planificación de manera participativa, a través del Decreto 3039 de 2007 y la Resolución 0425 de 2008, reactivó el proceso de construcción colectiva de la salud pública, permitiendo y favoreciendo la coordinación de las acciones sectoriales. Esta experiencia fue reconocida y valorada positivamente por la mayoría de los actores en las diferentes regiones. No obstante, se identificó la necesidad de fortalecer: a) la capacidad de reconocer las lecciones aprendidas y mejorar el proceso; b) la calidad de

los análisis relacionados con la salud de la población y la forma de enfrentarla; c) la articulación de los actores alrededor de compromisos prioritarios; d) la integración de la política de salud con el resto de políticas sociales; e) la optimización de los recursos disponibles y requeridos; y e) el apoyo técnico y el compromiso político de la autoridad sanitaria implicada. Para el fortalecimiento de la rectoría de la autoridad sanitaria se plantearon las siguientes propuestas de acción:

1. Delimitar el marco de las competencias territoriales.
2. Fortalecer el sistema de información en salud.
3. Consolidar el abordaje diferencial (género, ciclo de vida, étnico y de grupos de población diferencial prioritaria).
4. Desarrollar el abordaje de Determinantes Sociales de la Salud.
5. Fortalecer las capacidades territoriales del sector, de otros sectores y de la comunidad en planificación, coordinación, ejecución, control y evaluación.
6. Fortalecer y estandarizar el proceso de planificación territorial, así:
   - Articular a los diferentes actores en la ejecución de las acciones de salud pública colectiva;
   - Asegurar la calidad del proceso de planificación que se desarrolla en el presente y su sostenibilidad para el futuro;
   - Incluir en la planificación criterios de efectividad y eficacia de la gestión;
   - Establecer una gradualidad operativa para la incorporación efectiva;
   - Incorporar la autoevaluación en los procesos de planificación que actualmente desarrollan los entes territoriales y las agencias del sector sanitario;
   - Vincular el seguimiento y la evaluación a la planificación.
7. Fortalecer la asistencia técnica en los territorios.
8. Controlar los recursos de financiación.
9. Evaluar la gestión territorial y los resultados de la salud pública.

Por último, lo más relevante de la caracterización de la situación de salud y bienestar es el reconocimiento de los diferenciales, entre las regiones, de todos los indicadores relacionados con la población y sus necesidades de salud, que sirven como base para el abordaje estratégico del PDSP 2012-2021 en todas sus dimensiones, entendiendo que para una mayor

comprensión del panorama en salud se requiere un refinamiento analítico de los indicadores de salud confrontado con las realidades locales, a través de un proceso continuo de análisis y evaluación con amplia participación de todos los actores sociales.

Así, con base en las lecciones aprendidas, el PDSP 2012-2021 marca la hoja de ruta para fortalecer procesos participativos de análisis situacional de salud, articulación de los actores alrededor de compromisos prioritarios, integración de la salud y bienestar en todas las políticas sociales, y liderazgos efectivos de la autoridad sanitaria en todos los ámbitos territoriales a través de:

- El abordaje de Determinantes Sociales de la Salud y enfoques diferenciales en el análisis de situación de salud y la planificación sanitaria a nivel territorial;
- El fortalecimiento del sistema de información en salud como soporte para el análisis y toma de decisiones en salud pública;
- El fortalecimiento de las capacidades territoriales del sector, de otros sectores y de la comunidad, en planificación, coordinación, ejecución, control y evaluación;
- La armonización de las competencias en todos los niveles territoriales, con total inclusión y participación de los actores involucrados en la gestión del PDSP 2012-2021;
- La asistencia técnica en los territorios para garantizar el desarrollo de las capacidades de la autoridad sanitaria en los liderazgos necesarios para la gestión del PDSP 2012-2021;
- El desarrollo y fortalecimiento de un sistema nacional de gestión territorial y evaluación de resultados de la salud pública.

6. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS PDSP 2012-2021

6.1. Avanzar hacia la garantía del goce efectivo del derecho a la salud

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

De tal manera, la equidad en salud es un imperativo ético para alcanzar la justicia social, un derecho inalienable de los ciudadanos y un deber del Estado, al ser garante del derecho consagrado en la Constitución (Constitución Política de Colombia, 1991). Siguiendo a la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud:

> *La mala salud de los pobres, el gradiente social de salud dentro de los países y las grandes desigualdades sanitarias entre los mismos, están provocadas por una distribución desigual, a nivel mundial y nacional, del poder, los ingresos, los bienes y los servicios, y por las injusticias que afectan a las condiciones de vida de la población (acceso a atención sanitaria, escolarización, educación, condiciones de trabajo y tiempo libre, vivienda, comunidades, pueblos o ciudades) y a la posibilidad de tener una vida próspera. Esa distribución desigual de experiencias perjudiciales para la salud no es, en ningún caso, un fenómeno "natural", sino el resultado de una nefasta combinación de políticas y programas sociales deficientes, arreglos económicos injustos y una mala gestión política.* (OMS, Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, 2009)

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

Finalmente, es fundamental resaltar que la equidad en salud comprende mucho más que el acceso a los servicios o atención en salud; el análisis y confrontamiento de las inequidades en salud presupone reconocer que subyacen profundos desequilibrios generados por las formas de organización de la sociedad y la desigual distribución del poder, el prestigio

y los recursos entre los diferentes grupos sociales (OMS, 2010).

6.2 Mejorar las condiciones de vida y salud de la población

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

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

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

En el contexto social de la Constitución Política de 1991, Colombia plantea en su perspectiva de visión de sociedad:

> […] *una sociedad con igualdad de oportunidades y con movilidad social, en la que nacer en condiciones desventajosas no signifique perpetuar dichas condiciones a lo largo de la vida, sino en la que el Estado acude eficazmente para garantizar que cada colombiano tenga acceso a las herramientas fundamentales que le permitirán labrar su propio destino, independientemente de su género, etnia, posición social, orientación sexual, identidad de género o lugar de origen.* (Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014, capítulo IV, Igualdad de oportunidades para la prosperidad social)

En virtud de lo anterior, el PDSP 2012-2021 armoniza las políticas de protección y de desarrollo humano del país, con el fin de contribuir, desde su competencia, al mejoramiento de la calidad de vida de la población, mediante la definición y puesta en marcha de estrategias que aporten al cumplimiento de este propósito, para que se reflejen en una modificación positiva de la situación de salud de la población colombiana.

6.3 Lograr cero tolerancia frente a la morbilidad, mortalidad y discapacidad evitables

En el estado de salud de la población, los servicios de salud juegan un papel muy importante, aunque no único; por consiguiente, para mantener o mejorar dicho estado de salud, los servicios pueden considerarse necesarios pero no suficientes, ya que contribuyen a disminuir la morbilidad y mortalidad máximo en un 25%, mientras los Determinantes Sociales de la Salud aportan el 50%, los biológicos el 15% y los ambientales el 10% (Canadian Institute for Advanced Research, 2000).

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

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

De acuerdo con los anteriores lineamientos, el PDSP 2012-2021 imparte las políticas para que todos los actores corresponsables del sistema de salud

garanticen efectiva y equitativamente los servicios con todos los componentes que definen la calidad de la atención, incorporando el enfoque de riesgo en todos sus procesos de atención.

7. DIMENSIONES PRIORITARIAS

7.1 Salud ambiental

7.1.1 Definición de la dimensión

Conjunto de políticas, planificado y desarrollado de manera transectorial, con la participación de los diferentes actores sociales, que busca favorecer y promover la calidad de vida y salud de la población, de las presentes y futuras generaciones, y materializar el derecho a un ambiente sano, a través de la transformación positiva de los determinantes sociales, sanitarios y ambientales, bajo el enfoque metodológico de las fuerzas motrices o fuerzas impulsoras o propulsoras (FPEEEA, Fuerza Motriz, Presión, Estado, Exposición, Efecto sobre la salud humana y Acción). Modelo que identifica cinco niveles de causa y efecto para establecer las relaciones entre las condiciones ambientales y la salud. Su aplicación evidencia la cadena de articulación entre factores ambientales y afectaciones a la salud, necesaria para establecer intervenciones dirigidas a mejorar las relaciones entre ambiente y salud; más específicamente, propone que las acciones encaminadas a controlar las 'fuerzas motrices' y las 'presiones' que causan la degradación ambiental pueden ser las formas más efectivas de intervención, ya que actúan desde lo estructural, requiriendo de mayor voluntad y compromiso político. Este modelo es, por tanto, el hilo conductor del análisis de las interrelaciones entre salud y ambiente, incluyendo los aspectos comunes de las fuerzas motrices, las presiones y las acciones para todas las condiciones ambientales, el análisis de la exposición, el estado y los efectos específicos de cada condición ambiental prioritaria. Esta metodología les permite a los gobiernos nacionales y locales identificar y caracterizar los factores determinantes de orden estructural, intermedio y proximal; y a su vez identificar actores y sectores competentes y plantear acciones sectoriales e transectoriales, de carácter preventivo y correctivo.

7.1.2 Objetivos de la dimensión

a. Promover la salud de las poblaciones que por sus condiciones sociales son vulnerables a procesos ambientales, mediante la

modificación positiva de los determinantes sociales, sanitarios y ambientales, fortaleciendo la gestión intersectorial y la participación comunitaria y social en el nivel local, regional, nacional e internacional.

b. Promover el desarrollo sostenible a través de tecnologías y modelos de producción limpia y consumo responsable, articulado a las políticas y procesos de desarrollo social, político y económico, en el ámbito nacional y territorial.
c. Atender de forma prioritaria las necesidades sanitarias y ambientales de las poblaciones vulnerables, con enfoque diferencial.
d. Contribuir al mejoramiento de las condiciones de vida de la población colombiana mediante la prevención, vigilancia y control sanitario.

7.1.3 Componentes

a. Hábitat saludable.
b. Situaciones en salud relacionadas con condiciones ambientales.

7.1.3.1 Hábitat saludable

7.1.3.1.1 Definición del componente

Conjunto de políticas públicas, estrategias y acciones intersectoriales e interdisciplinarias, encaminadas a mejorar la calidad de vida y salud de la población, afectando positivamente los determinantes ambientales y sanitarios de la salud, en los entornos donde las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen; donde la comunidad es corresponsable en la generación y contribución del propio bienestar individual y colectivo.

El mejoramiento de la calidad de vida y salud de la población requiere que se actúe sobre los Determinantes Sociales de la Salud, razón por la cual la ejecución operativa de este componente se realizará a través de procesos participativos organizados alrededor de entornos cotidianos: vivienda, entornos educativos, entornos comunitarios saludables, entornos de trabajo y ecosistemas estratégicos saludables (ver glosario de términos).

7.1.3.1.2 Objetivos del componente

a. Reducir las brechas de inequidad en el acceso al agua potable, coberturas de acueducto, alcantarillado y aseo.
b. Intervenir los determinantes sanitarios y ambientales de la salud, con

enfoque diferencial, priorizando la calidad del agua para consumo humano, uso terapéutico y recreacional, y el riesgo generado por la gestión inadecuada de los residuos sólidos y líquidos.

c. Intervenir con enfoque diferencial los determinantes sanitarios y ambientales de la salud relacionados con la calidad del aire, el ruido y las radiaciones electromagnéticas, los impactos del urbanismo, las condiciones de la ruralidad, las características de la movilidad, las condiciones de la vivienda y espacios públicos.
d. Intervenir los determinantes sanitarios y ambientales de la salud, con enfoque diferencial, relacionados con el riesgo biológico asociado a la presencia de vectores, tenencia de animales de producción, compañía y silvestres.
e. Intervenir los determinantes sanitarios y ambientales de la salud relacionados con las sustancias y productos químicos, residuos peligrosos, nanotecnologías y dispositivos médicos de uso estético y cosmético.
f. Promover la responsabilidad social empresarial en la adopción de Sistemas de Producción Limpia, promoción de la salud de los trabajadores, promoción de entornos de trabajo saludables y prevención de los riesgos del trabajo.
g. Promover la formulación o implementación de políticas intersectoriales orientadas a la protección y recuperación de entornos y ecosistemas estratégicos altamente vulnerables, como páramos y glaciares de alta montaña, humedales, bosques, manglares, mares, océanos y cuencas hidrográficas, entre otros.
h. Fortalecer la gestión intersectorial para el cumplimiento de los compromisos nacionales e internacionales relacionados con agendas, acuerdos y convenios sobre la salud ambiental.
i. Fortalecer el control y vigilancia sanitaria en terminales portuarias y puntos de entrada.

7.1.3.1.3 Metas del componente

A continuación se relacionan las diferentes metas sectoriales, y las transectoriales que se han definido y concertado de manera conjunta con los diferentes ministerios e institutos de orden nacional. De igual forma, para su desarrollo, ejecución y cumplimiento se adelantará la respectiva coordinación, según competencias, con todos los niveles del Estado, central

y territorial, ministerios, institutos, corporaciones, departamentos administrativos, agencias, gobernaciones, distritos y alcaldías:

1. A 2021 se habrán creado, mantenido y/o fortalecido los diferentes espacios de gestión intersectorial a nivel nacional, en los departamentos, distritos, municipios y Corporaciones Autónomas Regionales CAR.
2. A 2021 el talento humano que desarrolla los procesos de salud ambiental, a nivel nacional, departamental y municipal, se habrá certificado en las respectivas competencias laborales.
3. A 2021 las entidades territoriales de salud (departamentales, distritales y municipales), así como las Corporaciones Autónomas Regionales CAR, se fortalecerán orgánica y funcionalmente, en cuanto a infraestructura, talento humano, recursos financieros, equipos e insumos de oficina y/o planes logísticos estratégicos para la gestión pública de la salud ambiental.
4. A 2017 se habrán priorizado las entidades territoriales según problemáticas de salud ambiental relacionadas con sustancias químicas, minería, exposición a mercurio, agroindustria, industria pecuaria, desarrollos tecnológicos y otros procesos, y el seguimiento a su implementación, con el propósito de una atención integral de los determinantes ambientales de la salud.
5. A 2021 las entidades territoriales de salud, departamentales, distritales y municipales, así como las Corporaciones Autónomas Regionales CAR, gestionan la inclusión del componente de salud ambiental en los Planes de Desarrollo Territorial PDT y en los de Ordenamiento Territorial POT.
6. Formulación, aprobación y divulgación de la Política Integral de Salud Ambiental PISA.
7. A 2021 disminuir la proporción de población con viviendas y servicios inadecuados, medidos según el índice de Necesidades Básicas Insatisfechas NBI.
8. A 2021 el 100% de las entidades territoriales implementan política de tenencia responsable de animales de compañía y de producción.
9. A 2021 se tendrá una cobertura del servicio de acueducto del 99% en áreas urbanas.
10. A 2021 se tendrá una cobertura del servicio de acueducto o soluciones alternativas del 83% en áreas rurales.

11. A 2015 se habrá diseñado y estará en desarrollo el programa orientado al suministro del agua apta para consumo humano al 100% de la población, articulando las políticas nacionales, tales como la Política Nacional de Agua y Saneamiento para las Zonas Rurales, la Política Nacional para la Gestión Integral del Recurso Hídrico, y estrategias, tales como la de Producción más Limpia, Educación en Salud Ambiental y Vigilancia Sanitaria, entre otras.
12. A 2021 se tendrá una cobertura del servicio de alcantarillado del 99% en las zonas urbanas.
13. A 2021 se tendrá una cobertura de saneamiento básico del 76% en las zonas rurales.
14. A 2021 se tendrá el 50% de aguas residuales domésticas tratadas en las áreas urbanas.
15. A 2021 el 100% de las direcciones territoriales de salud contarán con mapas de riesgo y vigilancia de la calidad del agua para consumo humano.
16. A 2021 el 100% de los mapas de riesgo de calidad de agua para consumo humano elaborados contarán con los planes de trabajo correctivos para reducir el riesgo sanitario encontrado.
17. A 2021 el 90% de las cabeceras municipales disponen técnicamente los residuos sólidos ordinarios.
18. A 2021 las entidades territoriales priorizadas implementan estrategias intersectoriales encaminadas a proteger la salud de la población y el bienestar humano asociado a los contaminantes presentes en el aire.
19. A 2021 se habrá diseñado y estará en proceso de implementación el sistema de vigilancia de cáncer de piel asociado a la exposición a radiación solar ultravioleta.
20. A 2021 el 100% de las entidades territoriales de salud implementan la gestión integral de sus residuos peligrosos.

7.1.3.1.4 Estrategias del componente

a. Articulación interinstitucional para incorporar la salud ambiental en la formulación de políticas, planes y programas de los diferentes sectores, buscando la coherencia de las políticas en todos los niveles, mejorar la eficiencia, reducir las superposiciones y duplicaciones innecesarias y mejorar la coordinación y la

cooperación entre los actores involucrados.

b. Alianzas entre los sectores público y privado para el fomento de la corresponsabilidad social empresarial, y la participación activa de todos los miembros de la sociedad civil en la protección de la salud humana, el mejoramiento de las condiciones de calidad de vida y el desarrollo sostenible. Para lograr estos objetivos se requiere de instituciones en todos los niveles que sean eficaces, transparentes, responsables y democráticas.
c. Atención Primaria en Salud Ambiental APSA: busca definir la participación e intervención conjunta de los niveles territoriales con competencias en salud ambiental, en la implementación de la APS, posicionando la gestión intersectorial y la participación social en la intervención de los determinantes sanitarios y ambientales, para el cumplimiento de los objetivos y metas de la dimensión.
d. Consumo responsable: promoción social y comunitaria relacionada con hábitos de consumo que reduzcan el impacto en el ambiente, con el fin de promover la salud humana y preservar los ecosistemas que prestan bienes y servicios ambientales a las poblaciones, de acuerdo con la política de producción y consumo sostenible.
e. Educación en Salud Ambiental: comprende los procesos dinámicos de participación social desarrollados conjuntamente entre los organismos del Estado y la sociedad civil, dirigidos a informar, educar y comunicar, con el objetivo de promover cambios conductuales, estilos de vida y hábitos de consumo, modelos de producción limpia y sostenible, ejercicio responsable del derecho a gozar de un ambiente sano, teniendo en cuenta las necesidades específicas del individuo, la familia y la comunidad en los entornos donde viven, estudian, trabajan e interactúan.
f. Estrategia de Entornos Saludables: busca contribuir a la seguridad humana, el desarrollo humano sustentable y la equidad en salud, mediante acciones que influyan sobre los determinantes de la salud bajo esquemas operativos participativos organizados alrededor de entornos específicos, como la vivienda, la escuela, el espacio público, el entorno laboral, ecosistemas estratégicos sostenibles, y bajo enfoques que privilegian a la familia y la comunidad.
g. Fortalecimiento de la gobernanza en salud ambiental nacional e internacional, como fundamento para la afectación positiva de los determinantes estructurales, reconociendo como ejes la participación

social y la intersectorialidad. La gobernanza internacional de la salud ambiental se enfoca en la participación del país en la formulación y cumplimiento de los acuerdos internacionales, teniendo como objetivos claves la búsqueda de la equidad social y la justicia ambiental entre las partes.

h. Desarrollo de sistemas de transporte sostenibles y movilidad segura; entre ellos, sistemas de transporte multimodal, que sean eficientes desde el punto de vista energético; en particular sistemas de transporte público, combustibles y vehículos no contaminantes, así como sistemas de transporte mejorados en las zonas rurales. La movilidad segura comprende infraestructura vial, tanto vehicular como peatonal, señalización y equipamiento urbano para fomentar los medios alternativos de transporte (senderos peatonales, pasos y puentes peatonales, ciclorutas y accesibilidad para personas con discapacidad), fomento de la cultura ciudadana para respetar la movilización peatonal y por otros medios alternativos, así como el fomento y mejoramiento de los sistemas masivos de transporte público y adecuación de los sistemas de transporte y cumplimiento de estándares de seguridad y señalización de vías para personas con discapacidad, entre otros. Circulación eficiente de personas y mercancías y del acceso a sistemas de transporte ambientalmente racionales, seguros y asequibles, como medios para mejorar la equidad social, la salud, la resiliencia de las ciudades, los vínculos entre las zonas urbanas y las rurales y la productividad de las zonas rurales. En este sentido, tenemos en cuenta que la seguridad vial forma parte de los esfuerzos por lograr el desarrollo sostenible.

i. Gestión Integral del Recurso Hídrico de forma intersectorial y con participación comunitaria, buscando la protección de cuencas, la potabilización del agua y la minimización de generación de efluentes domésticos e industriales, articulando las políticas nacionales, tales como la Política Nacional de Agua y Saneamiento para las Zonas Rurales, la Política Nacional para la Gestión Integral del Recurso Hídrico, la Política Nacional de Producción y Consumo Sostenible y estrategias como la de Producción más Limpia, educación en Salud Ambiental y Vigilancia Sanitaria, entre otras. Dando respuesta a los compromisos relacionados con el derecho humano al agua potable y el saneamiento, y al Decenio Internacional para la Acción *El agua, fuente de vida*, 2005-2015.

j. Gestión integral de residuos sólidos en las viviendas, empresas y espacios comunitarios, promoviendo entornos saludables, mediante la maximización del aprovechamiento de los residuos sólidos que puedan ser reincorporados a las cadenas de producción; disponer en forma técnica y segura los residuos no aprovechables, en especial los que representan riesgos especiales para la salud pública y los ecosistemas.
k. Gestión racional de los productos químicos en su ciclo de vida, fundamental para la protección de la salud humana y el medio ambiente, a todos los niveles, que responda de manera efectiva, eficiente, coherente y coordinada a las cuestiones y problemas nuevos y emergentes. Asociaciones nuevas e innovadoras entre el sector público y privado (los diferentes sectores de la economía, las entidades gubernamentales, las instituciones académicas y otros interesados no gubernamentales), dirigidas a aumentar la capacidad y mejorar la tecnología para la gestión. Mejoramiento técnico de las explotaciones para la disminución y eliminación de sustancias peligrosas para el consumo humano en procesos de beneficio.
l. Desarrollo urbano sostenible: incluye el enfoque integrado de planificación y construcción de ciudades y asentamientos urbanos sostenibles que prevea viviendas e infraestructuras asequibles y priorice el mejoramiento de los barrios no formales y la renovación urbana, la protección y el restablecimiento de espacios urbanos verdes y seguros, y los procesos de rehabilitación y mejoramiento de edificaciones, estructuras de equipamiento urbano para el acceso y movilidad segura, infraestructura de servicios públicos, redefinición y readecuación de espacios públicos, inclusión de áreas verdes y espacios de recreación. Promoción de políticas de desarrollo sostenible que apoyen la prestación de servicios sociales y de vivienda inclusivos; condiciones de vida seguras y saludables para todos, especialmente los niños, los jóvenes, las mujeres, los ancianos y las personas con discapacidad; transporte y energía asequibles y sostenibles; el fomento, la protección y el restablecimiento de espacios urbanos verdes y seguros; agua potable y saneamiento; una buena calidad del aire; la generación de empleos decentes; y la mejora de la planificación urbana y de los barrios no formales.
m. Mejoramiento del bienestar de los grupos étnicos y sus

comunidades, campesinos y otras comunidades locales, reconociendo y apoyando su identidad, cultura e intereses, y evitando poner en peligro su patrimonio cultural, sus prácticas y sus conocimientos tradicionales.

n. Mejoramiento de vivienda: comprende los procesos de mejoramiento integral de vivienda, infraestructura física segura, ubicación en áreas de bajo riesgo de eventos catastróficos, con áreas y espacios adecuados, iluminación, ventilación, con acceso a servicios públicos de suministro de agua, facilidades para la gestión integrada de residuos sólidos y líquidos, acceso a espacios públicos de recreación, áreas verdes, y equipamiento que facilite la movilidad segura. Incluye, tanto la vivienda en zonas urbanas, como la gestión necesaria para mejorar las condiciones de la población campesina, a través del Programa de Vivienda de Interés Social VIS rural.
o. Planes de Acción Intersectoriales de Entornos Saludables PAIES. Planes que contribuyen al fortalecimiento de la gestión de la Estrategia de Entornos Saludables y de acciones integrales intersectoriales que influyen sobre los determinantes de la salud, bajo esquemas operativos participativos organizados, que privilegian a la familia y la comunidad.
p. Producciónmás Limpia: estrategia orientada a fortalecer la responsabilidad social empresarial, la intersectorialidad y la participación social, mediante la sustitución de procesos, la adopción gradual de tecnologías más limpias, según disponibilidad, accesibilidad y factibilidad económica, ambiental y técnica, en procesos industriales, de extracción, de minería, agrícolas, pecuarios, biotecnológicos, entre otros.
q. Promoción de tecnologías alternativas orientadas hacia la potabilización y sistemas de suministro de agua para consumo humano, manejo y disposición de residuos sólidos y líquidos, para la preservación de los recursos naturales y el control de la degradación ambiental.
r. Promoción de la calidad del aire en el interior y exterior de las edificaciones urbanas y rurales. Fortalecer espacios de coordinación, participación y capacitación que involucren a los diferentes actores relacionados con la prevención y control de la contaminación del aire, e implementación de alternativas orientadas a la vigilancia epidemiológica, la renovación del parque automotor, la calidad de

combustibles, la producción más limpia y el consumo sostenible, buenas prácticas, mejores tecnologías disponibles, responsabilidad social empresarial, ordenamiento territorial y gestión de proyectos compartidos.

s. Entornos laborales saludables que promuevan la salud, mejoren las condiciones de trabajo y disminuyan los riesgos laborales. Incluye acciones de Inspección, Vigilancia y Control IVC de los riesgos sanitarios y ambientales en los ámbitos laborales; mejora del ambiente físico y psicosocial en el trabajo, promoción del aseguramiento de riesgos laborales, entre otros, en el marco del Sistema General de Riesgos Laborales SGRL.
t. Diseño e implementación de un programa de capacitación intersectorial dirigido a las autoridades ambientales, autoridades de salud, sectores productivos y a diferentes actores relacionados con la prevención y control de la contaminación del aire.
u. Vigilancia en salud pública de los eventos priorizados y otros eventos emergentes asociados a los contaminantes del aire.
v. Políticas interinstitucionales e intersectoriales, para el fortalecimiento de la promoción y prevención, que permitan impactar determinantes sociales, ambientales y sanitarios, relacionados con salud ambiental.

7.1.3.2 Situaciones en salud relacionadas con condiciones ambientales

7.1.3.2.1 Definición del componente

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

7.1.3.2.2 Objetivos del componente

a. Identificar y abordar eventos de interés en salud pública, relacionados con factores ambientales.
b. Determinar la carga ambiental de las enfermedades prioritarias en salud pública relacionadas con factores ambientales, a nivel nacional y territorial.
c. Formular e implementar estrategias para efectuar estudios de la carga ambiental de las enfermedades prioritarias en salud pública.

d. Identificar y prevenir nuevas amenazas para la salud provenientes de factores ambientales.

7.1.3.2.3 Metas del componente

A continuación se relacionan las diferentes metas sectoriales, y las intersectoriales que se han definido y concertado de manera conjunta con los diferentes ministerios e institutos de orden nacional. De igual forma, para su desarrollo, ejecución y cumplimiento se adelantará la respectiva coordinación, según competencias, con todos los niveles del Estado, central y territorial, ministerios, institutos, corporaciones, departamentos administrativos, agencias, gobernaciones, distritos y alcaldías:

1. A 2021 el país contará con estudios de la carga ambiental de la enfermedad y costos en salud de los eventos priorizados relacionados con el agua, el aire, el saneamiento básico, la seguridad química, el riesgo biológico y tecnológico, con estrategias de intervención en el ámbito territorial.
2. A 2021 se habrá diseñado y estará en desarrollo el Plan Nacional Intersectorial de Fortalecimiento de los Laboratorios de Salud y Calidad Ambiental en conjunto con el Instituto Nacional de Metrología INM, el Organismo Nacional de Acreditación ONAC y el Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales IDEAM.
3. A 2021, establecimientos de interés sanitario vigilados y controlados, en un 80% para aquellos de alto riesgo, y en un 40% para los de bajo riesgo, según censo nacional y/o territorial.
4. A 2015 se habrá formulado el componente de Salud Ambiental del Plan Nacional de Adaptación al Cambio Climático PNACC, e implementado en el 100% de las Direcciones Territoriales de Salud DTS (departamentales, distritales y de categoría especial).
5. A 2015 se habrá formulado y estará en desarrollo la estrategia de gestión integrada de las zoonosis de interés en salud pública, en el 100% de las Direcciones Territoriales de Salud.
6. A 2021 mantener coberturas útiles de vacunación animal para las zoonosis inmunoprevenibles de interés en salud pública.
7. A 2017 se habrá formulado y estará en desarrollo la Política Nacional para la Gestión Integral de Sustancias Químicas que involucre todas las etapas del ciclo de vida de las mismas.

8. A 2021 las entidades territoriales departamentales, distritales y municipios priorizados implementan el protocolo de vigilancia sanitaria y ambiental de los efectos en salud relacionados con la contaminación del aire, con énfasis en niños menores de 5 años.
9. A 2021 se habrá formulado y estará en operación el Sistema Unificado de Información en Salud Ambiental SUISA.
10. A 2021, reducir en el 25% la mortalidad a causa de accidentes de tránsito.

7.1.3.2.4 Estrategias del componente

a. Atención Primaria en Salud Ambiental APSA: busca definir la participación e intervención conjunta de los niveles territoriales con competencias en salud ambiental, en la implementación de la Atención Primaria en Salud APS, posicionando la gestión intersectorial y la participación social en la intervención de los determinantes sanitarios y ambientales, para el cumplimiento de los objetivos y metas de la dimensión.
b. Educación en Salud Ambiental: comprende los procesos dinámicos de participación social desarrollados conjuntamente entre los organismos del Estado y la sociedad civil, dirigidos a informar, educar y comunicar, con el objetivo de promover cambios conductuales, estilos de vida y hábitos de consumo, modelos de producción limpia y sostenible, ejercicio responsable del derecho a gozar de un ambiente sano, teniendo en cuenta las necesidades específicas del individuo, la familia y la comunidad, en los entornos donde viven, estudian, trabajan e interactúan.
c. Gestión integrada de las zoonosis de interés en salud pública: gestión intersectorial, educativa y de participación social y comunitaria, con los propósitos de generar corresponsabilidad social en la tenencia de animales de compañía, producción, y protección de ecosistemas de fauna silvestre; así como fortalecer la prevención, detección oportuna y control de las enfermedades zoonóticas.
d. Investigación para la salud ambiental: construcción de redes de conocimiento, a partir de líneas de acción en ciencia, tecnología e innovación, conformadas por el sector público, privado, académico y comunitario, orientadas a generar información y conocimiento que permitan dar respuesta a las necesidades en salud ambiental.

e. Vigilancia Sanitaria. Promoción de la autogestión y autorregulación: el enfoque de Determinantes Sociales de la Salud exige un cambio de paradigma en la concepción de la vigilancia sanitaria, la cual debe trascender la inspección, vigilancia y control sanitario a modelos de gestión participativa, incorporando la promoción del cambio de hábitos y estilos de vida, la corresponsabilidad y el empoderamiento individual y colectivo.
f. Fortalecimiento de la vigilancia en salud pública e inteligencia epidemiológica para el análisis integrado de información de la carga ambiental de la enfermedad; incluye la vigilancia y análisis de la morbi-mortalidad, agentes etiológicos, factores de riesgo, entomología, reservorios y poblaciones silvestres, que permitan predecir, focalizar, estratificar y organizar la respuesta sectorial e intersectorial para la detección, prevención y control de las situaciones de salud relacionadas con condiciones ambientales y zoonosis.
g. Procesos de cooperación nacional e internacional que permitan dar cumplimiento a las metas y objetivos establecidos en el Plan Decenal de Salud Pública y demás políticas y planes existentes.
h. Sistema Nacional de Inspección Vigilancia y Control sanitario IVC, que permita adelantar vigilancia en salud ambiental, como mecanismo para el fortalecimiento de las acciones de la política Integral de salud ambiental, bajo el enfoque poblacional, de riesgo y de determinantes sociales (Conpes 3550 de 2008. Plan de Acción. Lineamientos para la formulación de la política integral de salud ambiental con énfasis en los componentes de calidad de aire, calidad de agua y seguridad química. Departamento Nacional de Planeación).

7.2 Dimensión vida saludable y condiciones no transmisibles

7.2.1 Definición de la dimensión

Conjunto de políticas e intervenciones sectoriales, transectoriales y comunitarias que buscan el bienestar y el disfrute de una vida sana en las diferentes etapas del transcurso de vida, promoviendo modos, condiciones y estilos de vida saludables en los espacios cotidianos de las personas, familias y comunidades, así como el acceso a una atención integrada de

condiciones no transmisibles (ver glosario) con enfoque diferencial.

7.2.2 Objetivos de la dimensión

a. Promover, desarrollar e implementar una agenda transectorial que eleve como prioridad en las políticas de todos los sectores la promoción de la salud, el control de las Enfermedades No Transmisibles ENT y las alteraciones de la salud bucal, visual, auditiva y comunicativa, a partir de programas socio-sanitarios, para combatir la pobreza y fortalecer el desarrollo socioeconómico.
b. Favorecer de manera progresiva y sostenida la reducción a la exposición a los factores de riesgo modificables en todas las etapas del transcurso de vida.
c. Generar condiciones y fortalecer la capacidad de gestión de los servicios, para mejorar la accesibilidad y la atención integral e integrada de las Enfermedades No Transmisibles ENT y las alteraciones de la salud bucal, visual y auditiva, reduciendo brechas en la morbilidad, mortalidad, discapacidad, eventos evitables y en los factores de riesgo modificables.
d. Fortalecer la capacidad del país para gestionar y desarrollar la vigilancia, el monitoreo social y económico de las políticas y las intervenciones de salud pública, en coherencia con el marco global y regional para ENT, incluidas las alteraciones de la salud bucal, visual y auditiva y los Determinantes Sociales de la Salud relacionados.
e. Apoyar y fomentar el desarrollo de capacidades para la investigación en materia de promoción de la salud, prevención y control de las ENT, incluidas las alteraciones de la salud bucal, visual y auditivay sus Determinantes Sociales de la Salud.

7.2.3 Componentes

a. Modos, condiciones y estilos de vida saludables.
b. Condiciones crónicas prevalentes.

7.2.3.1 Modos, condiciones y estilos de vida saludables

7.2.3.1.2 Definición del componente

Conjunto de intervenciones poblacionales, colectivas e individuales, incluyentes y diferenciales, que se gestionan y promueven desde lo

sectorial, transectorial y comunitario para propiciar entornos cotidianos que favorezcan una vida saludable.

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

7.2.3.1.2 Objetivos del componente

a. Promover el desarrollo del marco político, normativo, estratégico transectorial y comunitario para el desarrollo e implementación de medidas y otras disposiciones que favorezcan positivamente las condiciones de vida y bienestar de las personas, familias y comunidades.
b. Desarrollar acciones transectoriales y comunitarias que garanticen infraestructuras, bienes y servicios saludables de manera diferencial e incluyente.
c. Crear condiciones para el desarrollo de aptitudes personales y sociales que permitan ejercer un mayor control sobre la propia salud y sobre el medio ambiente, de tal forma que las personas opten por decisiones informadas que propicien su salud.
d. Desarrollar acciones encaminadas al fortalecimiento de la movilización, construcción de alianzas y desarrollo de redes de apoyo para el empoderamiento y la corresponsabilidad social por una cultura que promueva y proteja la salud.

7.2.3.1.3 Metas del componente

1. A 2021, reducir al 10% el tabaquismo en personas de 18 a 69 años.
2. A 2021, posponer la edad de inicio de consumo de tabaco en los adolescentes colombianos por encima de 14 años.
3. A 2021, aumentar el 100% de impuestos indexados al Índice de Precios del Consumidor IPC y al Producto Interno Bruto PIB para los productos de tabaco y sus derivados.
4. A 2021, lograr el cumplimiento de ambientes 100% libres de humo de tabaco y sus derivados a nivel nacional, en los lugares definidos por la Ley 1335 de 2009.

5. A 2021, incrementar el consumo diario de frutas y verduras en la población en general.
6. A 2021, incrementar anualmente en un 10% el número de puntos de distribución y comercialización de frutas y verduras a nivel departamental.
7. A 2021, aumentar progresivamente los impuestos para los alimentos y bebidas que no cumplan con las recomendaciones definidas por la Organización Mundial de la Salud OMS.
8. A 2021, lograr una disminución del consumo de sal-sodio/persona/día a partir de la línea de base que se defina.
9. A 2021, se logra incluir mínimo 300 minutos de actividad física a la semana en actividades asociadas a: caminar, realizar prácticas de senderismos, marchar, nadar recreativamente, practicar danza en todas sus modalidades, montar en bicicleta, patinar, y otras prácticas, que semanalmente se desarrollen en instituciones de formación de niños y jóvenes en la totalidad del sistema educativo.
10. A 2021, se incrementa la actividad física global en población de 13 a 64 años.
11. A 2021, se aumenta el tiempo dedicado y la calidad para la actividad física en todo el sistema educativo, con énfasis en la población escolar y en la primera infancia, a través de procesos lúdicos y pedagógicos, entre otros, que fomenten e incentiven el movimiento, el deporte recreativo y la sana competencia.
12. A 2021, se incrementa por encima del 33,8% y el 5,6% respectivamente la actividad física caminando o montando bicicleta como medio de transporte.
13. A 2021, se implementa la estrategia Once para la salud en el 80% de las instituciones educativas con estudiantes de primaria y básica secundaria (10 y 12 años), en articulación con las Secretarías de Educación.
14. A 2021, se mantienen por debajo de 12% el consumo nocivo de alcohol (de riesgo y perjudicial) en la población general.
15. A 2021, se pospone la edad promedio de inicio de consumo de alcohol en adolescentes por encima de 14 años.
16. A 2021, se incrementa en un 20%prácticas de autocuidado para prevención y manejo de las ENT, la salud bucal, visual y auditiva, desde la primera infancia, en entornos y programas sociales, a partir de la línea base que se identifique en el 2014.

17. A 2021, se aumenta anualmente el número de organizaciones aliadas que se vinculan y promueven estilos de vida saludable, la salud bucal, visual y auditiva y el control de las ENT, a nivel nacional, en coordinación con las entidades territoriales, a partir de la línea de base que se identifique en el 2014.

7.2.3.1.4 Estrategias del componente

a. Políticas públicas intersectoriales: comprende la inclusión de la promoción de modos, condiciones y estilos de vida saludable en todas las políticas públicas, con enfoque de equidad; y la elaboración e implementación de una política transectorial de estilos de vida saludable.
b. Alianzas transectoriales para la promoción de modos, condiciones y estilos de vida saludable: implica la participación de varios sectores en la generación de infraestructuras, espacios, bienes y servicios sostenibles, orientados a mejorar la oferta y facilitar el acceso a programas de recreación, cultura y actividad física; el fortalecimiento del transporte activo no motorizado; el acceso a una alimentación saludable; la disminución en la exposición y el consumo de tabaco y del consumo nocivo de alcohol; y que se generen condiciones que garanticen la autonomía e independencia en la población con limitaciones motoras, visuales y auditivas.
c. Desarrollo de regulación y control adecuado de la composición de alimentos procesados y bebidas, tendientes a disminuir los contenidos de sal-sodio, reducir las grasas totales, grasas trans, grasas saturadas, reducir azucares añadidos, refinados y libres, entre otros nutrientes de interés en salud pública.
d. Control sobre la disponibilidad,comercialización y acceso de bebidas alcohólicas: su densidad por unidad vendida y la vigilancia del consumo de los mismos, como factor de riesgo para diversos órganos, enfermedad cardiovascular y cáncer.
e. Regulación de la publicidad, promoción, patrocinio y comercialización, que proteja, informe y eduque en hábitos y estilos de vida saludable, como alimentación y bebidas, entre otros, con énfasis en niños, niñas, jóvenes y adolescentes.
f. Fortalecimiento de las capacidades técnica, científica y operativa, para el ejercicio de la rectoría y autoridad sanitaria en el orden

nacional y territorial en el manejo de las ENT, incluida la salud bucal, visual, auditiva y comunicativa y sus factores de riesgo.

g. Desarrollo de sistema de incentivos fiscales y no fiscales que promuevan y garanticen la oferta y demanda efectiva de bienes y servicios que cumplan con las recomendaciones de la OMS contenidas en la "*Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud*", en la "*Estrategia de Alimentación del Lactante y el niño pequeño*", en la "*Carta de Toronto para la promoción de la Actividad Física: Un llamado a la acción Mundial*", en el "*Convenio Marco para el Control del Tabaco*", en la "*Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol*" y otros que se acuerden con la Comisión Intersectorial de Salud Pública.
h. Fomento de medidas regulatorias, de mercado, informales, fiscales y no fiscales, con el fin de reducir los precios de alimentos saludables (frutas y hortalizas, entre otros), promover su producción sostenible, adecuada e inocua, y promover su consumo.
i. Movilización social y corresponsabilidad de actores, sectores y comunidades hacia la promoción de los modos, condiciones y estilos de vida saludable; la salud bucal, visual y auditiva; el envejecimiento activo y saludable; y la atención integral de las ENT; con especial interés en la primera infancia yla activa participación de los jóvenes.
j. Participación social activa para la construcción, desarrollo, monitoreo y evaluación de procesos que permitan a la población incrementar el control sobre su salud y bienestar; y tener incidencia política y ejercer el control social para la promoción de la salud, la afectación de los determinantes sociales y el control de las enfermedades no transmisibles, incluida la salud bucal, visual, auditiva y comunicativa.
k. Desarrollo de plataformas y proyectos multipropósito transectoriales, incluidos los programas de atención social y de lucha contra la pobreza, que promuevan condiciones para la promoción de los hábitos y estilos de vida saludable, la actividad física, la alimentación saludable, la prevencióndel consumo y la no exposición al humo de cigarrillo, la reducción del consumo nocivo de alcohol,y el envejecimiento activo y saludable en toda la población.
l. Información, comunicación y educación que incentive la adopción de estilos de vida saludable, el reconocimiento de riesgos, y que aporte elementos que permitan responder de manera asertiva a los retos de la vida diaria; que promueva las capacidades individuales y

colectivas, y la movilización de los diferentes grupos humanos que favorecen la cultura de la salud, el autocuidado y el desarrollo de habilidades en los diferentes ámbitos de la vida cotidiana.

m. Desarrollo de entornos que promuevan estilos de vida saludable y protejan la salud: incluye el desarrollo e implementación de procesos de certificación de entornos saludables; intervenciones poblacionales adaptadas a los entornos cotidianos de las personas y a las características socioculturales de la población; y el desarrollo de instrumentos urbano/rurales, entre otros, dentro del Plan de Ordenamiento Territorial POT.
n. Protección de las políticas públicas de salud frente a los intereses comerciales o de otra índole de la industria tabacalera: Artículo 5.3 del Convenio Marco para el Control del Tabaco CMCT.

7.2.3.2 Condiciones crónicas prevalentes

7.2.3.2.1 Definición del componente

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

7.2.3.2.2 Objetivos del componente

a. Mejorar la capacidad de respuesta institucional del Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS que fortalezca la prestación y gestión de servicios de salud individuales y colectivos en los territorios, así como su articulación con servicios socio-sanitarios para la prevención, control, intervención y atención integral de las ENT y las alteraciones de la salud bucal, visual y auditiva.
b. Desarrollar capacidades para la investigación en salud, la vigilancia, el control y la evaluación de la gestión y resultados de las ENT, incluidas la salud bucal, visual, auditiva y comunicativa y sus factores asociados.

c. Promover estrategias de servicios socio-sanitarios para un envejecimiento activo y de atención a grupos vulnerables, favoreciendo acciones de promoción de la salud, prevención del riesgo y atención integral de las ENT, incluida la salud bucal, visual y auditiva, en los entornos de vida cotidiana.

7.2.3.2.3 Metas del componente

a. A 2021, incrementar en un 20% en el decenio las coberturas de prevención y detección temprana de las ENT, las alteraciones de la salud bucal, visual, auditiva y comunicativa y sus factores de riesgo, a partir de la línea de base que se defina en el 2014.
b. A 2021, aumentar en un 20% la disponibilidad, accesibilidad, calidad y asequibilidad equitativa de medicamentos esenciales de calidad, seguros y eficaces, incluidos genéricos para tratar las ENT, a partir de la línea de base que se defina en el 2014.
c. A 2021, aumentar la supervivencia de los menores de 18 años con Leucemias agudas pediátricas en el país, a partir de la línea de base que se defina en el 2014.
d. A 2021, reducir en un 25% la Hipertensión arterial en mayores de 25 años, a partir de la línea base definida en el año 2014.
e. A 2021, lograr la reducción relativa del 20% de los niveles aumentados de colesterol total (mayor a 190 mg/dl), en personas de 18 años o más, a partir de la línea de base que se defina en el 2014.
f. A 2021, aumentar el acceso a terapia farmacológica y asesoría para personas de 40 años o más con riesgo cardiovascular >30, a partir de la línea de base definida en el 2014.
g. A 2021, mantener el 85% de las personas sin enfermedad renal o en estadio 1 y 2, a pesar de tener enfermedades precursoras (Hipertensión y Diabetes).
h. A 2021, incrementar en el 20% la población del país sin caries, con énfasis en la primera infancia, niñez y adolescencia Índice de Caries Dental (COP=0).
i. A 2021, incrementar en el 20% la población mayor de 18 años sin pérdida dental por enfermedad bucodental prevenible.
j. A 2021, lograr en el 100% de los servicios de salud odontológicos, el cumplimiento de los lineamientos para el uso controlado de flúor y mercurio.

k. A 2021, identificar los defectos refractivos en niños entre 2 y 8 años y tratar al 100% de los niños identificados.
l. A 2021, identificar la hipoacusia en la población en general, con énfasis en niños de alto riesgo de 0 a 12 años, y tratar el 100% de los identificados.
m. A 2021, aumentar como mínimo en un 20% la donación y trasplante de órganos y tejidos.
n. A 2021, reducir la mortalidad prematura por ENT en un 25% en la población entre 30 y 70 años.
o. A 2021, se logra organizar y garantizar la oferta de intervenciones de cuidado paliativo y reconstrucción, así como la disponibilidad y suministro continuo de medicamentos opioides para el 2014.
p. A 2021, se incrementan los servicios y/o clínicas de cesación de tabaco en el 80% de los departamentos.
q. A 2021, se cuenta con un sistema de análisis, seguimiento, monitoreo y evaluación de políticas, planes, programas y estrategias implementadas a nivel nacional y territorial para abordar los Determinantes Sociales de la Salud, la salud bucal, visual, auditiva y comunicativa y las ENT.
r. A 2021, se cuenta con al menos un nodo de investigación por región del país que permita la construcción de una agenda para el estudio de los Determinantes Sociales de la Salud, la salud bucal, visual, auditiva y comunicativa y las ENT.
s. A 2021, se logra en el 80% de los departamentos, el desarrollo de programas de estilos de vida saludable para personas mayores en los centros días y centros de protección en el marco del plan nacional de recreación y la política nacional de envejecimiento y vejez.
t. A 2021, se desarrolla e implementa en el 80% de los departamentos y distritos un plan de incentivos, y se generan proyectos que promuevan una cultura positiva del envejecimiento activo y saludable.

7.2.3.2.4 Estrategias del componente

a. Normas, políticas, planes y programas sectoriales: implementación, evaluación y monitoreo de los planes nacionales para el Cáncer; salud cardio-cerebrovascular 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; así como el desarrollo e implementación de guías y normas técnicas para la detección temprana, protección específica, diagnóstico y tratamiento de las ENT y de las alteraciones bucales, visuales, auditivas y comunicativas; y el desarrollo e implementación de la guía de cesación de consumo de tabaco.

b. Fortalecimiento de las capacidades del recurso humano para la planeación, desarrollo, atención y evaluación de acciones e intervenciones en estilos de vida saludable, prevención y control de ENT y de alteraciones bucales, visuales, auditivas y comunicativas, en el marco de la estrategia de APS y gestión de riesgo.
c. Desarrollo de modelos y formas de atención diferencial de las ENT sostenibles, que permitan la reorientación de los servicios para mejorar la cobertura, acceso, oportunidad, integralidad, continuidad, y seguridad ambulatoria, hospitalaria y domiciliaria, entre otros, de las ENT, alteraciones bucales, visuales y auditivas y sus factores de riesgo, bajo la estrategia de APS y gestión de riesgo, enfatizando en los diferenciales, la población rural dispersa, poblaciones vulnerables y víctimas del conflicto armado.
d. Promoción, fomento, incentivos a la oferta, innovación, desarrollo y monitoreo del mejoramiento de la producción nacional y regional, la disponibilidad y el acceso a los medicamentos y a tecnologías esenciales para la atención de las ENT (Cáncer, enfermedades cardiovasculares, vías respiratorias inferiores, Diabetes e Hipertensión, enfermedad renal, alteraciones bucales, visuales y auditivas).
e. Fortalecimiento de procesos de desarrollo, regulación y evaluación de tecnologías apropiadas para el país para la promoción de la salud y la atención integral de las ENT y las alteraciones bucales, visuales y auditivas.
f. Desarrollo e implementación de estrategias de alto impacto, tales como, tamizaje poblacional para riesgo cardiometabólico y peso saludable en la población menor de 18 años y mayor de 18 años; atención para población de alto riesgo cardiovascular *Un millón de corazones*; ver y tratar; visión 20x20;*Amor por el silencio*, entre otras.
g. Desarrollo de una línea de cuidado a las personas con ENT, incluidas las alteraciones bucales, visuales y auditivas, que

garanticen un proyecto terapéutico adecuado que incluya la promoción del auto-cuidado, la prescripción y dispensación de medicamentos, la vinculación entre el cuidador y el equipo de atención primaria en salud, así como la integralidad y la continuidad en el acompañamiento.

h. Desarrollo de capacidades nacionales y locales para la innovación, uso y aplicación de las Tecnologías de Información y Comunicación TICS para mejorar el acceso y la atención ambulatoria y domiciliaria de las ENTy las alteraciones bucales, visuales y auditivas, incluyendo el desarrollo de la telemedicina, entre otros, a través del desarrollo de aplicaciones operadas por el usuario final con carácter poblacional para identificación y valoración temprana de riesgos en salud, entre otros.
i. Desarrollo de procesos para la vigilancia, control, evaluación e investigación de los Determinantes Sociales de la Salud, las ENT y las alteraciones bucales, visuales y auditivas; incluye la armonización de contenidos y series de encuestas nacionales, el desarrollo de estadísticas comparables con la Organización para el Desarrollo Económico OECD, el desarrollo de evaluación socioeconómica y de impacto, la farmacovigilancia, el desarrollo de salas de análisis situacional y el monitoreo de políticas públicas, entre otros.
j. Desarrollar capacidades de investigación y evaluación en exposición, resultados, intervenciones y capacidad de respuesta en ENT y salud bucal, visual y auditiva, en el marco del sistema de ciencia y tecnología e innovación.
k. Promoción de la donación altruista de componentes anatómicos y fomento de la conciencia solidaria a favor de los enfermos que necesitan órganos y tejidos para trasplante a nivel nacional y territorial.
l. Protección y desarrollo integral del recurso humano sectorial: incluye medidas de bienestar, cualificación técnica y protección laboral, entre otras.
m. Cooperación internacional para avanzar en la gestión y cumplimiento de la agenda mundial para el control de las ENT y sus factores de riesgo con las alianzas Sur sur-Norte Sur.

7.3 Dimensión convivencia social y salud mental

7.3.1 Definición de la dimensión

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

7.3.2 Objetivos de la dimensión

a. Generar espacios que contribuyan al desarrollo de oportunidades y capacidades de la población que permitan el disfrute de la vida y el despliegue de las potencialidades individuales y colectivas para el fortalecimiento de la salud mental, la convivencia y el desarrollo humano y social.
b. Contribuir a la gestión integral de los riesgos asociados a la salud mental y la convivencia social, mediante la intervención de los factores de riesgo y el mejoramiento de la capacidad de respuesta institucional y comunitaria en esta temática.
c. Disminuir el impacto de la carga de enfermedad generada por los eventos, problemas y trastornos mentales y las distintas formas de violencia, a través del fortalecimiento y la ampliación de la oferta de servicios institucionales y comunitarios en salud mental, que aumenten el acceso a quienes los requieren y permitan prevenir la cronificación y el deterioro y mitigar daños evitables.

7.3.3 Componentes

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

7.3.3.1 Promoción de la salud mental y la convivencia

7.3.3.1.1 Definición del componente

La salud mental es un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción, de manera tal que permite a

los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, trabajar, establecer relaciones significativas y contribuir a la comunidad (Ley 1616 de 2013).

La convivencia es entendida como el desarrollo y sostenimiento de relaciones interpersonales basadas en el respeto, la equidad, la solidaridad, el sentido de pertenencia, el reconocimiento de la diferencia, la participación para la construcción de acuerdos y el ejercicio de los derechos humanos para el logro del bien común, el desarrollo humano y social.

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

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

7.3.3.1.2 Objetivos del componente

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

7.3.3.1.3 Metas del componente

a. A 2021 aumentar en 10% el promedio de los niveles de resiliencia en

la población general.

b. A 2021 aumentar la percepción de apoyo social en un 30% en la población general.
c. A 2021 aumentar en un 30% el nivel de percepción de seguridad de la población general.
d. A 2021 aumentar en un 10% el nivel de satisfacción de parques o sitios públicos, con respecto a mantenimiento, infraestructura, ruido, basuras e iluminación.
e. A 2021 aumentar al 60% el promedio de la toma de decisiones conjunta con la pareja sobre asuntos específicos del hogar.
f. A 2021 el 100% de municipios y departamentos del país adoptan y adaptan la política de salud mental, conforme a los lineamientos y desarrollos técnicos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.
g. A 2021 el 100% de municipios y departamentos del país construyen, definen e implementan una agenda social concertada, que unifica la respuesta transectorial de Atención Integral a Víctimas del Conflicto.
h. A 2021, aumentar a 50% la proporción de involucramiento parental en niños y adolescentes escolarizados.

7.3.3.1.4 Estrategias del componente

a. Entornos protectores de la salud mental: comprende el conjunto de acciones intra y transectoriales para el fortalecimiento de entornos y factores protectores para mejorar y mantener la salud mental, el fomento del envejecimiento mentalmente saludable, y la mejora de la movilidad y la seguridad vial en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud.
b. Entornos favorables para la convivencia: mediante la resolución pacífica de conflictos, el adecuado manejo del poder, la comunicación asertiva, los procesos de autorregulación y regulación social, el fortalecimiento del diálogo intergeneracional y el fomento de espacios libres de contaminación visual y auditiva, entre otros, en los contextos social, familiar y comunitario, en población general y poblaciones de alta vulnerabilidad priorizadas en el Plan.
c. Redes socio-institucionales: conformación, fortalecimiento y acompañamiento de redes institucionales y comunitarias protectoras de la salud mental y la convivencia social, que apoyen las acciones

orientadas al mejoramiento del capital social y fortalezcan el empoderamiento ciudadano, a través de dinámicas de participación comunitaria, para promover el tejido social a través del trabajo en red social y la red de servicios en el marco del derecho a la salud mental.

d. Tecnologías de la Información y las Comunicaciones en pro de la salud mental: alianzas con el sector de las tecnologías, la información y las comunicaciones para la promoción de la salud mental y la convivencia social, que posibiliten la implementación de un código de ética pública de los medios de comunicación orientado a fortalecer los factores protectores de la salud mental.
e. Información, educación y comunicación para la convivencia: comprende la concertación, financiación e implementación de acciones pedagógicas dirigidas a la ciudadanía para la transformación de representaciones sociales y comportamientos que posibiliten el respeto por la diferencia, el reconocimiento del otro como sujeto de derechos y el trato digno.
f. Movilización social y comunitaria para la garantía del derecho a la atención psicosocial y salud integral a las víctimas del conflicto armado: esta estrategia contempla acciones de incidencia política que incluyan en la agenda pública de los territorios los temas relevantes en salud mental y garanticen permanencia y respaldo institucional y comunitario a estas iniciativas.
g. Agenda psicosocial para víctimas del conflicto: construcción de una agenda concertada para unificar la respuesta transectorial de Atención Integral a Víctimas del Conflicto.
h. Gestión del conocimiento en salud mental: incluye el fortalecimiento de la gestión de la información, la vigilancia epidemiológica de los factores protectores y la investigación en salud mental.

7.3.3.2 Prevención y atención integral a problemas y trastornos mentales y a diferentes formas de violencia

7.3.3.2.1 Definición del componente

En este componente se contemplan las estrategias dirigidas a la prevención y atención integral de aquellos estados temporales o permanentes identificables por el individuo y/o por otras personas en los que las emociones, pensamientos, percepciones o comportamientos afectan o

ponen en riesgo el estado de bienestar o la relación consigo mismo, con la comunidad y el entorno, y alteran las habilidades de las personas para identificar sus propias capacidades, afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera y contribuir a su comunidad; igualmente incluye la prevención de la violencia en entornos familiares, escolares, comunitarios y laborales y la atención del impacto de las diferentes formas de violencia sobre la salud mental.

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

7.3.3.2.2 Objetivos del componente

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

7.3.3.2.3 Metas del componente

a. A 2021 disminuir la tasa de mortalidad por suicidio y lesiones autoinflingidas a 4,7 por 100.000 habitantes.
b. A 2021 reducir a 55 por 1.000 personas los AVISAS perdidos por trastornos mentales y del comportamiento en población general de 15 a 65 años.
c. A 2021 reducir a 3,4 por 1.000 habitantes los AVISAS perdidos por trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de alcohol en población general.
d. A 2021 mantener por debajo de 5,5% la prevalencia año del consumo de marihuana en la población escolar.
e. A 2021 aumentar a 15,5 años la edad promedio de inicio de consumo de drogas ilícitas.
f. A 2021 reducir la tasa de mortalidad por agresiones (homicidios) a 13,4 por 100.000 habitantes.
g. A 2021 disminuir a 175,6 por 100.000 habitantes la tasa de violencia interpersonal.
h. A 2021 el 100% de los municipios del país implementan y operan el Sistema de Vigilancia en Salud Pública de la Violencia Intrafamiliar.
i. A 2021 aumentar la frecuencia de uso de servicios en salud mental en cinco puntos porcentuales según trastorno.
j. A 2021 el 100% de municipios y departamentos del país desarrollan planes territoriales de reducción del consumo de sustancias psicoactivas conforme a los lineamientos y desarrollos técnicos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

7.3.3.2.4 Estrategias del componente

a. Participación social y comunitaria para la prevención, atención y mitigación de los problemas, trastornos y eventos vinculados a la salud mental y al consumo de sustancias psicoactivas. Propicia espacios de vinculación efectiva de diferentes sectores y actores para el impulso a procesos comunitarios de atención en salud mediante estrategias de intervención de pares comunitarios, grupos de apoyo y proyectos comunitarios en salud mental y convivencia, así como el desarrollo de la estrategia *Rehabilitación en Salud Mental Basada en Comunidad*.
b. Información, educación y comunicación para la prevención de la

violencia: incluye el desarrollo de acciones transectoriales en los entornos familiar, escolar, laboral y comunitario, orientados a la construcción de mecanismos alternativos para la solución pacífica de los conflictos.

c. Políticas públicas de desarme: implementación de políticas públicas para la disminución del porte y uso de armas en los diferentes entornos, la prevención de la violencia y la mortalidad asociada al uso de las mismas.
d. Estrategia nacional frente al consumo de alcohol: mediante acciones transectoriales y comunitarias que promuevan la reducción del consumo nocivo de alcohol y su impacto en la salud pública.
e. Atención psicosocial a víctimas de la violencia: Implementación, monitoreo y evaluación de un modelo intersectorial de Atención Psicosocial a Víctimas del Conflicto Armado Colombiano.
f. Atención al impacto de la violencia: desarrollo de rutas que involucren servicios sociales y de salud mental, para la respuesta integral al impacto individual y colectivo de las diferentes formas de violencia.
g. Mejoramiento de la atención en salud de los problemas y trastornos en salud mental y consumo de sustancias psicoactivas, a través de acciones orientadas a garantizar el acceso, oportunidad, calidad, utilización y satisfacción de los servicios de atención.
h. Gestión del conocimiento que contempla la gestión de la información, la vigilancia epidemiológica y la investigación del impacto en la salud mental de las diferentes formas de violencia y de los problemas y trastornos mentales.
i. Asesoría, asistencia técnica y acompañamiento para garantizar la aplicación de la normatividad vigente y la implementación de lineamientos técnicos para la promoción, diversificación y ampliación de la oferta en las diferentes modalidades de prestación de servicios en salud mental y consumo de sustancias psicoactivas.
j. Fortalecimiento de la capacidad de respuesta: gestión integrada para el desarrollo de competencias en los actores del Sistema de Protección Social Integral, que facilite el acceso a la atención integral e integrada de los problemas y trastornos mentales y del consumo de sustancias psicoactivas.
k. Vigilancia en salud pública de la violencia intrafamiliar, a través del Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública SIVIGILA, en todos

los municipios del país, mediante la búsqueda activa de casos, el reporte de las unidades primarias generadoras de datos, la notificación periódica y el seguimiento a los casos, que permita mejorar la información sobre esta problemática a nivel territorial y nacional.

7.4 Dimensión seguridad alimentaria y nutricional

7.4.1 Definición de la dimensión

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

7.4.2 Objetivo de la dimensión

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

7.4.3 Componentes

Disponibilidad y acceso a los alimentos.
Consumo y aprovechamiento biológico.
Inocuidad y calidad de los alimentos.

7.4.3.1 Disponibilidad y acceso a los alimentos

7.4.3.1.1 Definición del componente

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

7.4.3.1.2 Objetivos del componente

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

7.4.3.1.3 Metas del componente

a. A 2015, aumentar a 3’374.525, las hectáreas agrícolas sembradas de cultivos permanentes y transitorios de la Canasta SAN.
b. A 2015, aumentar a 2’480.391, las hectáreas en producción en el territorio nacional por producto de la Canasta SAN.
c. A 2015, aumentar a 8.3 el rendimiento agrícola promedio de los productos de la Canasta SAN (productividad: relación entre producción y área cosechada Tn/Ha).
d. A 2015, aumentar a 3’837.363, las toneladas de producción pecuaria de la Canasta SAN.
e. A 2015, reducir a 28,5% el porcentaje de la población bajo la línea de pobreza (línea de pobreza adoptada por el país, según el DNP).
f. A 2015, reducir a 8,80% el porcentaje de la población bajo la línea de indigencia o extrema pobreza (línea adoptada por el país, según el DNP).

7.4.3.1.4 Estrategias del componente

a. Gestión de la Política y el Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional: posicionamiento y fortalecimiento del rol de las entidades que integran la Comisión Intersectorial de Seguridad Alimentaria y Nutricional CISAN, como máxima instancia de concertación y coordinación. Se materializa en la concreción de la institucionalidad desde el orden nacional a los ámbitos regional y local, y propende por la unificación y estandarización de criterios de medición y acción en los diferentes ejes de la Seguridad Alimentaria y Nutricional, que permitan la implementación efectiva de estrategias, programas y proyectos hacia el logro de objetivos comunes y hacia el cumplimiento de compromisos nacionales e internacionales. Incluye el desarrollo y/o perfeccionamiento del marco legal, regulatorio y de políticas en materia de Seguridad Alimentaria y Nutricional; la promoción, fortalecimiento y creación de instancias de decisión y de coordinación en materia de SAN; la promoción del fortalecimiento

técnico y financiero, el mejoramiento de la gestión de las entidades públicas responsables del desarrollo de los diferentes ejes de la política de SAN y la promoción e incentivos a instrumentos financieros comunes, dirigidos a grupos vulnerables.

b. Alianzas estratégicas entre sectores: articulación de los distintos sectores involucrados en la construcción de la SAN, mediante la conformación y desarrollo de alianzas que conlleven a la conformación de pactos y acuerdos orientados a la lucha contra el hambre en los ámbitos nacional y regional, tanto rural como urbano, la promoción y apoyo a los procesos de planificación descentralizados y la participación ciudadana en temas asociados con la SAN. Esta estrategia puede materializarse a través del fortalecimiento de las redes de observatorios de SAN.
c. Participación social y comunitaria en los planes, programas y proyectos de SAN: promoción de la participación social y comunitaria en los temas de SAN, que genere un mayor sentido de pertenencia y responsabilidad en las acciones que se emprendan para lograr los objetivos propuestos. Debe fomentarse una mayor obligatoriedad por parte del Estado en el compromiso de crear y apoyar la participación comunitaria presente en la formulación, ejecución, seguimiento y evaluación de los programas y proyectos de SAN.
d. Información, educación y comunicación: diseño e implementación de estrategias de gestión del conocimiento para la provisión de información clara, pertinente, eficaz y actualizada desde una perspectiva integral que incorpore cada uno de los aspectos que abarca la Seguridad Alimentaria y Nutricional. Incluye el fortalecimiento, ampliación y articulación de los sistemas, estructuras y fuentes de información oportuna y veraz de todos los sectores involucrados a nivel nacional y territorial, con el fin de orientar los procesos de evaluación y la toma de decisiones de todos los actores relacionados con la seguridad alimentaria y nutricional. Cobra relevancia la estructuración de una red de comunicaciones para la divulgación masiva de información sobre SAN, fundamentada en una estrategia integrada por un plan de acción y un plan de medios.
e. Planes territoriales de SAN: concreción de la institucionalidad a nivel territorial expresada en planes departamentales y municipales de SAN, construidos a través de instancias legitimadas por las Asambleas Departamentales o los Concejos Municipales, con

participación social y comunitaria, y que incluyan los instrumentos básicos de planificación del desarrollo territorial, en el marco de planes de desarrollo, planes de ordenamiento territorial y planes indicativos, que permitan la implementación efectiva de acciones en SAN en lo local.

f. Seguimiento y evaluación: establecimiento y desarrollo del sistema de seguimiento, monitoreo y evaluación desde el orden nacional, articulado a las metas e indicadores territoriales en los ejes establecidos por la Política y el Plan Nacional de SAN 2012-2019 y al Observatorio de Seguridad Alimentaria y Nutricional OSAN, concebido como un sistema integrado de instituciones, actores, políticas, procesos, tecnologías, recursos y responsables de la Seguridad Alimentaria y Nutricional SAN, que integra, produce y facilita el análisis de información y gestión del conocimiento, para fundamentar la implementación, seguimiento y evaluación de la Seguridad Alimentaria y Nutricional, la Política, el Plan Nacional 2012-2019 y los planes territoriales.
g. Vigilancia en salud pública del estado nutricional: implementación del modelo de vigilancia del estado nutricional en la población colombiana. El Instituto Nacional de Salud, en coordinación con el Ministerio de Salud y Protección Social, y como entidad competente de la operación y administración del sistema de vigilancia para el país, definirá los eventos y progresividad de la implementación de dicho modelo.

7.4.3.2 Consumo y aprovechamiento biológico de alimentos

7.4.3.2.1 Definición del componente

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

7.4.3.2.2 Objetivos del componente

Lograr que la población colombiana consuma una alimentación completa,

equilibrada, suficiente y adecuada.
Mejorar el nivel de aprovechamiento y utilización biológica de los alimentos.

7.4.3.2.3 Metas del componente

a. A 2015, incrementar en 2 meses la duración media de la lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses.
b. Reducir la mortalidad infantil evitable por desnutrición en forma progresiva: el 30% en el 2013, el 50% en el 2015 y el 100% en 2020.
c. A 2021, mantener en <10% la proporción de Bajo Peso al Nacer.
d. A 2021, reducir a 2.60% la prevalencia de desnutrición global en niños y niñas menores de 5 años, y a 8,0% la prevalencia de desnutrición crónica en niños y niñas menores de 5 años.
e. A 2015, disminuir a 35.9% la prevalencia de sobrepeso y obesidad en hombres de 18 a 64 años; a 44.6% en mujeres de 18 a 64 años; y a 30.2% en mujeres de 13 a 49 años.
f. A 2015, reducir a 20% la anemia en mujeres de 13 a 49 años, en las áreas urbanas y rurales.
g. Reducir el promedio de escolares entre 5 y 12 años con anemia nutricional: a 32% en 2010 y a 23.9% en 2015.
h. A 2015, reducir a 20% la anemia en niños y niñas menores de cinco años.

7.4.3.2.4 Estrategias del componente

Para este componente aplicarán las mismas estrategias definidas en el componente de “Disponibilidad y acceso a los alimentos”.

7.4.3.3 Inocuidad y calidad de los alimentos

7.4.3.3.1 Definición del componente

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

7.4.3.3.2 Objetivos del componente

a. Desarrollar un marco institucional que facilite y promueva la coordinación y la complementación de las entidades públicas y abra

espacios de participación a los consumidores y a todos los actores de la cadena alimentaria.

b. Perfeccionar el marco regulatorio haciéndolo más consistente con la protección de la salud de las personas y los derechos de los consumidores.
c. Modificar el sistema de inspección, vigilancia y control de los alimentos, de tal forma que sean más preventivos e integrados, con mayor capacidad de respuesta ante una crisis alimentaria.
d. Promover en la industria alimentaria, en todos los eslabones, prácticas de autocontrol basadas en la prevención y control de los peligros y el desarrollo de la trazabilidad de los alimentos, sin perjuicio de las actividades ineludibles de inspección, vigilancia y control que el Estado ejecute.

7.4.3.3.3 Metas del componente

a. A 2021, lograr el 75% de notificación inmediata al SIVIGILA, con agente etiológico identificado en alimentos de mayor consumo, para los brotes de Enfermedades Transmitidas por Alimentos ETA.
b. A 2021, lograr el 60% de las acciones de Inspección, Vigilancia y Control (en el sector salud) ejecutadas bajo el enfoque del riesgo.

7.4.3.3.4 Estrategias del componente

a. Gestión de las Políticas de Medidas Sanitarias y Fitosanitarias: es el proceso permanente de planificación, organización, seguimiento y comunicación, en forma integrada, de numerosas decisiones basadas en el análisis de riesgos, y de distintas medidas para garantizar la inocuidad y la calidad de los alimentos tanto nacionales como importados (Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación. Fortalecimiento de los sistemas nacionales de control de los alimentos. Directrices para evaluar las necesidades de fortalecimiento de la capacidad 2007).
b. Reglamentación: es el acervo completo de textos jurídicos que establecen los principios generales para el control de los alimentos en el país y que regulan los aspectos de producción, manipulación y comercialización de alimentos, como medio para proteger la salud de los consumidores (Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación. Fortalecimiento de los sistemas

nacionales de control de los alimentos. Directrices para evaluar las necesidades de fortalecimiento de la capacidad 2007).

c. Inspección, Vigilancia y Control (Vigilancia y Control Sanitario: acciones de protección de la salud a cargo de la autoridad sanitaria, con el apoyo de la ciudadanía, consistente en el proceso sistemático y constante de inspección, vigilancia y control del cumplimiento de normas y procesos para asegurar una adecuada situación sanitaria y de seguridad de todas las actividades que tienen relación con la salud humana.
d. Fortalecimiento del sistema de Vigilancia en Salud Pública: acciones sistemáticas y constantes de recolección, análisis, interpretación y divulgación de datos específicos relacionados con la salud, para su utilización en la planificación, ejecución y evaluación de la práctica en salud pública.
e. Desarrollo de capacidades técnicas y analíticas y fortalecimiento de los laboratorios de análisis de alimentos, a fin de que estén en capacidad de vigilar y orientar la adopción de medidas adecuadas para proteger a los consumidores.
f. Información, educación y comunicación (Decreto 3518 de 2006): proceso de elaboración, presentación y divulgación de mensajes adecuados para destinatarios concretos, con el fin de mejorar los conocimientos, técnicas y motivación necesarios para adoptar decisiones que mejoren la calidad e inocuidad de los alimentos.

7.5 Dimensión sexualidad, derechos sexuales y reproductivos

7.5.1 Definición de la dimensión

Conjunto de acciones sectoriales, transectoriales y comunitarias para promover las condiciones sociales, económicas, políticas y culturales que permitan, desde un enfoque de derechos humanos, de género y diferencial, el ejercicio libre, autónomo e informado de la sexualidad; el desarrollo de las potencialidades de las personas durante todo su ciclo vital; y el desarrollo social de los grupos y comunidades.

7.5.2 Objetivo de la dimensión

Promover, generar y desarrollar medios y mecanismos para garantizar condiciones sociales, económicas, políticas y culturales que incidan en el

ejercicio pleno y autónomo de los derechos sexuales y reproductivos de las personas, grupos y comunidades, en el marco de los enfoques de género y diferencial, asegurando reducir las condiciones de vulnerabilidad y garantizando la atención integral de las personas.

7.5.3 Componentes

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

7.5.3.1 Promoción de los derechos sexuales y reproductivos y equidad de género

7.5.3.1.1 Definición del componente

Proceso permanente y articulado de los diferentes sectores e instituciones del Estado y de la sociedad civil, que permita a las personas, grupos y comunidades gozar del nivel más alto de la Salud Sexual y Reproductiva SSR y ejercer los derechos sexuales y los derechos reproductivos a través de la toma de decisiones autónomas, libres e informadas sobre el cuerpo, la sexualidad y la reproducción.

7.5.3.1.2 Objetivos del componente

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

7.5.3.1.3 Metas del componente

a. Para el año 2021, el 80% de las entidades territoriales contará por lo menos con un espacio transectorial y comunitario, que coordinará la promoción y garantía de los derechos sexuales y reproductivos.
b. Para el año 2021, el 100% de las entidades nacionales y departamentales, y el 80% de las municipales, incluirán programas y proyectos para garantizar los derechos sexuales y los derechos

reproductivos en los planes de desarrollo, y asegurarán la participación de las organizaciones y redes de los siguientes grupos poblacionales: mujeres, jóvenes, grupos étnicos, personas con discapacidad, comunidad LGBTI, víctimas del conflicto armado, entre otros.

c. Para el año 2021, el 80% de las instituciones educativas públicas garantizará que las niñas, niños, adolescentes y jóvenes cuenten con una educación sexual, basada en el ejercicio de derechos humanos, sexuales y reproductivos, desde un enfoque de género y diferencial.

7.5.3.1.4 Estrategias del componente

a. Políticas públicas sectoriales, transectoriales y con participación comunitaria que promuevan el ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, desde los enfoques de género y diferencial; afectando positivamente los determinantes sociales relacionados con las violencias de género y violencias sexuales, la prevención de las Infecciones de Transmisión Sexual ITS-VIH-Sida, la discriminación por razones de orientación sexual o identidad de género, la promoción de la Salud Sexual y Reproductiva de los adolescentes, y la garantía de la salud materna.

b. Coordinación, transectorial y comunitaria a los procesos que permitan garantizar los derechos relacionados con la sexualidad, en el marco del ejercicio de la ciudadanía; así como para el desarrollo de políticas públicas que promuevan el diseño e implementación de estrategias de movilización social a nivel de instituciones públicas, privadas y comunitarias, dirigidas al ejercicio del derecho a la libre elección de la maternidad y a una maternidad segura con enfoque diferencial.

c. Información, educación y comunicación; fortalecimiento de redes y movilización social para el ejercicio de una sexualidad placentera, libre y autónoma, sin estigmas ni discriminación por motivos de edad, discapacidad, pertenencia étnica, sexo, orientación sexual, identidad de género o ser víctima de violencias, en el marco del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos; así como para el acceso y uso de servicios de salud con enfoque de derechos, promoviendo la movilización social para la superación de barreras de

acceso a los servicios de anticoncepción, control prenatal, prevención del aborto inseguro, atención de la Interrupción Voluntaria del Embarazo, parto y puerperio.

d. Fomento de espacios y mecanismos de participación y movilización social: incluye la disposición de información, educación y comunicación para la promoción de la equidad de género en los diferentes ámbitos y espacios de la vida cotidiana (laborales, educativos, institucionales, comunitarios), con enfoque de derechos, de género y diferencial, mediante la construcción de nuevas masculinidades y feminidades; fomenta la transformación de creencias, imaginarios y normatividades culturales que legitiman las violencias de género y limitan el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos con equidad e igualdad de género.
e. Fortalecimiento institucional para el cumplimiento de la normatividad internacional y nacional para la protección y garantía de los derechos humanos, sexuales y reproductivos: involucra acciones para la apropiación del marco normativo para el respeto, la protección y garantía de los derechos humanos, sexuales y reproductivos de toda la población; así como la generación y desarrollo de mecanismos sectoriales y transectoriales para garantizar el acceso a la justicia real y efectiva para el restablecimiento de los derechos a quienes les han sido vulnerados sus derechos sexuales y reproductivos, luchando contra la impunidad y posicionando estas violaciones como un intolerable social e institucional. Desarrollo e implementación de medidas ágiles, oportunas y especializadas de protección para garantizar una vida libre de violencias y discriminación.
f. Empoderamiento de los grupos, organizaciones y redes en el ejercicio y exigibilidad de los derechos sexuales y reproductivos, así como en su participación social y política en los diferentes espacios de toma de decisión, para ejercer la veeduría y control sobre las políticas públicas y los recursos públicos que garanticen el ejercicio de dichos derechos.
g. Fortalecimiento del compromiso social de los medios de comunicación para la promoción del respeto y garantía de los derechos sexuales y reproductivos, la igualdad entre hombres y mujeres, la equidad de género, a través de un lenguaje incluyente, no sexista, que cuestione las creencias y estereotipos que legitiman la discriminación, el estigma, las violencias de género y las

violencias sexuales.

h. Consolidación de la política de educación sexual, que involucre a toda la comunidad educativa (niñas, niños, adolescentes, jóvenes, padres, madres, cuidadores, profesorado y demás personas que se relacionan con las instituciones educativas), que incluya la expansión de cobertura y calidad del Programa de Educación para la Sexualidad y Construcción de Ciudadanía, articulado con los servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes, para el ejercicio de derechos en torno al desarrollo de una sexualidad en condiciones de igualdad, libertad y autonomía, sin ninguna discriminación y libre de violencias. Fomento de políticas, planes, programas y proyectos que garanticen el derecho a la educación, la recreación y la cultura, y al trabajo digno con igualdad de oportunidades y entornos equitativos que permitan la autonomía económica y condiciones de vida digna, especialmente para las mujeres, jóvenes, población Lesbiana, Gay, Bisexual, Transexual e Intersexual LGBTI, población rural y víctimas del conflicto armado.

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

7.5.3.2.1 Definición del componente

Acciones coordinadas sectoriales, transectoriales y comunitarias para garantizar el nivel más alto de la Salud Sexual y Reproductiva a través de la prevención y atención integral, humanizada y de calidad desde los enfoques de derechos, de género y diferencial.

7.5.3.2.2 Objetivos del componente

a. Garantizar el nivel más alto de la Salud Sexual y Reproductiva a través de la prevención y atención integral, humanizada y de calidad, desde los enfoques de derechos, de género y diferencial, por medio de la articulación de los diferentes sectores que inciden en los determinantes sociales relacionados con los derechos sexuales y reproductivos.
b. Desarrollar e implementar estrategias para garantizar el acceso a la atención preconcepcional, prenatal, del parto y del puerperio, y la prevención del aborto inseguro, por personal calificado, que

favorezca la detección precoz de los riesgos y la atención oportuna, en el marco del sistema obligatorio de garantía de la calidad y estrategias de atención primaria en salud.

c. Mejorar la salud y promover el acceso a servicios integrales en Salud Sexual y Reproductiva de la población de adolescentes y jóvenes, con énfasis en la población de 10 a 19 años, para la detección y atención de los factores de riesgo y el estímulo de los factores protectores.
d. Garantizar la atención integral a las víctimas de violencia de género y sexual, con enfoque de derechos, de género y diferencial, mediante el fortalecimiento institucional, la gestión del conocimiento, y la coordinación y articulación sectorial, transectorial y comunitaria.
e. Promover la articulación sectorial, transectorial y comunitaria para la afectación de los determinantes sociales, programáticos e individuales que inciden en la epidemia de Infecciones de Transmisión Sexual ITS-VIH/Sida, con énfasis en poblaciones en contextos de mayor vulnerabilidad, garantizando el acceso a la prevención y a la atención integral en salud, y fortaleciendo los sistemas de seguimiento y evaluación.

7.5.3.2.3 Metas del componente

a. A 2021, disminuir a 61 por 1.000 la tasa específica de fecundidad en mujeres adolescentes de 15 a 19 años.
b. A 2021, aumentar a 80% el uso de métodos modernos de anticoncepción en mujeres en edad fértil (de 15 a 49 años).
c. A 2021, aumentar al 80% la prevalencia del uso de métodos anticonceptivos modernos en todas las adolescentes de 15 a 19 años sexualmente activas.
d. Para el año 2021, la mortalidad materna evitable será inferior a 150 muertes anuales en el país.
e. A 2021, el 95% de las mujeres gestantes tendrán 4 o más controles prenatales en el 94% de las entidades territoriales.
f. A 2021, el 80% de las mujeres gestantes, ingresarán al control prenatal antes de la semana 12 de edad gestacional.
g. A 2021, disminuir la proporción de adolescentes alguna vez embarazadas al 15%.
h. A 2021, incrementar como mínimo en quince puntos, el porcentaje

de mujeres que solicitan ayuda ante alguna institución competente para la atención a víctimas de violencias de género y violencias sexuales.

i. A 2021, el 80% de los municipios del país operará el sistema de vigilancia en salud pública de la violencia intrafamiliar.
j. Para el año 2021, el 80% de los municipios desarrollarán procesos sectoriales, transectoriales y comunitarios para garantizar la atención integral de las víctimas de violencias de género y violencias sexuales, dentro y fuera del conflicto armado; con participación de los sectores de justicia, protección, salud, y demás instituciones responsables de las medidas de reparación integral.
k. Para el año 2021, el 100% de las víctimas de violencias de género y violencias sexuales identificadas recibirán una atención integral de los sectores de salud, protección y justicia para la restitución de los derechos que les han sido vulnerados.
l. Para el año 2021, el 100% de las EPS, en coordinación con las Secretarías Departamentales y Municipales de Salud, contará con una red integrada de servicios para víctimas de violencias de género y violencias sexuales, de acuerdo con las guías y protocolos del Ministerio de Salud y Protección Social y la normatividad vigente.
m. Para el año 2021, el 100% de las secretarías de educación certificadas del país definirán planes territoriales de formación para docentes en servicio, desde un enfoque de género, de derechos y diferencial, sobre las rutas y procesos de atención a víctimas de violencias de género y violencias sexuales.
n. Para el año 2021, el 100% de las instituciones públicas nacionales de los sectores de salud, protección y justicia incluirán, en sus planes de formación, estrategias de capacitación y actualización permanente sobre la ruta de atención integral de las víctimas de violencias de género y violencias sexuales desde un enfoque de derechos, de.género y diferencial
o. Al año 2021, mantener la prevalencia de infección por VIH en menos de 1% en población de 15 a 49 años.
p. Para el año 2021, alcanzar y mantener el porcentaje de transmisión materno-infantil del VIH, sobre el número de niños expuestos, en el 2% o menos.
q. Para el año 2021, alcanzar y mantener la incidencia de sífilis congénita en 0.5 casos o menos, incluidos los mortinatos, por cada

1.000 nacidos vivos.

r. Para el año 2021, lograr el acceso universal a terapia Anti Retro Viral ARV para todas las personas en necesidad de tratamiento.
s. Para el año 2021, aumentar significativamente el porcentaje de uso de condón en la última relación sexual con pareja ocasional en las poblaciones en contextos de mayor vulnerabilidad (HSH, Mujeres trabajadoras sexuales, habitantes de la calle, mujeres trans-género, personas privadas de la libertad).
t. Para el año 2015, el 100% de las mujeres en control prenatal habrán sido tamizadas para Hepatitis B.
u. Para el año 2021, disminuir la tasa de VIH en donantes de sangre en un 50%.

7.5.3.2.4 Estrategias del componente

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

a. Fortalecer Inspección, Vigilancia y control para garantizar el cumplimiento de las actividades de inducción de la demanda, atención integral y acceso a servicios de consejería, consulta de anticoncepción y entrega de métodos anticonceptivos; así como la eliminación de barreras de acceso y seguimiento del uso de métodos modernos de anticoncepción por parte de las IPS y las EPS, de acuerdo con las características y necesidades de la población en edad fértil, incluidos los y las adolescentes; y seguimiento, evaluación y difusión del cumplimiento de normas técnicas y metas definidas, por parte de la Nación y las entidades territoriales.
b. Desarrollo de tecnologías de información y comunicación para movilización de actores institucionales y comunitarios; organización de redes sociales de apoyo y diseño de aplicativos móviles para la red de aseguradores y prestadores de servicios de salud, que incluye herramientas de comunicación para los procesos de referencia y contrarreferencia.
c. Empoderamiento de las mujeres, hombres, familias y comunidad para seguimiento de las rutas de atención segura de las mujeres antes, durante y después de un evento obstétrico, y de sus hijos e hijas.
d. Política Nacional de Humanización de los Servicios de Salud: implica

incorporar los enfoques de derechos, de género y diferencial, y estrategias dirigidas a fortalecer el acompañamiento de la pareja o un integrante de su red social de apoyo durante el proceso de gestación, parto y puerperio.

e. Calidad en la atención: promover alianzas estratégicas entre entidades territoriales, Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces, y prestadores de servicios, para eliminar barreras de acceso a la atención obstétrica en el marco del proyecto de servicios integrales, que incluya aseguramiento prioritario del binomio madre hijo, seguimiento, telemedicina, asistencia comunitaria, atención prehospitalaria, hogares de paso, mejoramiento de capacidad resolutiva de las IPS y sistema de referencia y contrarreferencia efectivo que garantice los atributos del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad.
f. Vigilancia en salud pública: incluye la vigilancia de la morbilidad materna y neonatal extrema, la interrupción voluntaria del embarazo IVE, el embarazo en adolescentes y del modelo de seguridad clínica que incluya disponibilidad, oportunidad y suficiencia de sangre y componentes sanguíneos en los servicios de salud para el manejo de las complicaciones obstétricas; así como el fortalecimiento de sistemas de información y gestión del conocimiento, ligado al Observatorio de maternidad segura, IVE, embarazo en adolescentes. Implica capacitación para la administración y uso de la información, análisis e interpretación de los datos y gestión de la información.
g. Fortalecimiento institucional y desarrollo de capacidades del talento humano para la atención integral y de calidad de la mujer, antes, durante y después de un evento obstétrico.

7.5.3.2.4.2 Salud Sexual y Reproductiva SSR de adolescentes y jóvenes

a. Fortalecimiento institucional y desarrollo de capacidades del talento humano para la atención integral y de calidad a adolescentes y jóvenes.
b. Fortalecimiento de la oferta y acceso efectivo a los servicios de Salud Sexual y Reproductiva para adolescentes con enfoque de derechos, de género y diferencial, e inducción de la demanda temprana hacia los servicios de Salud Sexual y Reproductiva SSR.
c. Desarrollo sistemas de información y gestión del conocimiento para

la promoción de la Salud Sexual y Reproductiva de adolescentes y jóvenes.

d. Fomento de políticas y proyectos sectoriales, transectoriales y comunitarios para la prevención de la explotación sexual y comercial de niños, niñas y adolescentes, la trata de personas y el reclutamiento forzado, así como la atención integral de las víctimas.
e. Ampliación de la red de servicios amigables para jóvenes y adolescentes, con enfoque de derechos, de género y diferencial.
f. Fortalecer los sistemas de evaluación de resultados de las políticas, mecanismos y planes de acción intersectoriales, que permitan conocer el impacto de estas acciones, especialmente las relacionadas con la Salud Sexual y Reproductiva de los y las adolescentes, ligado al Observatorio de maternidad segura, IVE y embarazo en adolescentes. Implica capacitación para la administración y uso de la información, análisis e interpretación de datos y gestión de la información.

7.5.3.2.4.3 Abordaje integral de las violencias de género y violencias sexuales

a. Observatorio de violencias. Consolidación de los sistemas de información sobre violencias de género a través de la articulación de los sistemas de información de los sectores de salud, justicia y protección, como insumo para la gestión de la política pública y la generación de conocimiento. Implica capacitación para la administración y uso de la información, análisis e interpretación de datos y gestión de la información para la toma de decisiones frente a las acciones de las políticas, acciones de prevención, detección, atención integral, y seguimiento para asegurar el acceso efectivo de la atención a las víctimas de violencias de género y violencias sexuales.
b. Gestión articulada de la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva; la Política Pública de Equidad de Género para las Mujeres; el Plan Integral para Garantizar a las Mujeres una Vida Libre de Violencias; el Programa para el Abordaje Integral en Salud de las Violencias de Género y los Lineamientos de Política Pública para la Garantía de los Derechos de las Mujeres Víctimas del Conflicto Armado.

c. Garantía de una atención integral a las víctimas de violencias de género y violencias sexuales, desde los sectores de salud, protección y justicia, de conformidad con los protocolos, guías y normatividad vigente para la restitución de los derechos que les han sido vulnerados.
d. Fortalecimiento de las capacidades personales y profesionales del talento humano de los sectores de salud, protección, justicia y educación, para la atención integral de las violencias de género y violencias sexuales, con enfoque de derechos, de género y diferencial.
e. Implementación de estrategias diferenciales para el abordaje integral de la Salud Sexual y Reproductiva, prevención y atención de violencias de género y sexual, y de las personas, familias y comunidades víctimas del conflicto armado.
f. Análisis de Situación en Salud de las violencias de género y violencias sexuales, mediante Comités Operativos de Vigilancia Epidemiológica COVE, unidades de análisis y Salas Situacionales; Salas de Crisis en violencia sexual en el marco del conflicto armado, entre otras.

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

a. Coordinación sectorial, transectorial y comunitaria para la gestión de políticas públicas que promuevan los derechos sexuales y reproductivos con enfoque en los Determinantes Sociales de la Salud.
b. Articulación sectorial, transectorial y comunitaria para la reducción de condiciones de vulnerabilidad y prevención de la transmisión de Infección de Transmisión Sexual por VIH/SIDA en poblaciones mayormente afectadas o en contextos de vulnerabilidad; para inclusión social y prevención del estigma y la discriminación por razones de orientacih)ón sexual o identidad de género ombres que tienen relaciones sexuales con hombres, mujeres transgénero, mujeres trabajadoras sexuales, usuarios de drogas intravenosas, personas privadas de la libertad, personas en situación de calle, mujeres y jóvenes en contextos de vulnerabilidad y víctimas de violencia). Desarrollo de leyes y normas que garanticen los derechos

de las poblaciones más vulnerables a la Infección de Transmisión Sexual por VIH/SIDA o que combatan cualquier forma de estigma y discriminación.

c. Coordinación con el sector educativo para fortalecer el *Proyecto de Educación para la Sexualidad y Construcción de Ciudadanía*, en el marco del compromiso latinoamericano *Prevenir con educación*.
d. Fomento de estrategias educativas para la prevención de la Infección de Transmisión Sexual por VIH/SIDA y la reducción del estigma y la discriminación en el entorno laboral.
e. Coordinación con el sector cultura, comunicaciones, eclesial y de fuerzas armadas para la concurrencia de acciones que apunten a reducir condiciones de vulnerabilidad en Infección de Transmisión Sexual por VIH/SIDA.
f. Fortalecimiento de capacidades de la sociedad civil frente a ITS-VIH/SIDA en acciones de tipo comunitario, para la promoción de derechos, la prevención en poblaciones en contextos de vulnerabilidad, incluyendo la detección temprana y la canalización a los servicios de salud.
g. Información educación y comunicación para la reducción del estigma y la discriminación hacia personas que viven con VIH/SIDA.
h. Prevención de la transmisión materno-infantil de la sífilis congénita y del VIH.
i. Promoción de la demanda y ampliación de la oferta de asesoría y prueba voluntaria de Infección de Transmisión Sexual por VIH/SIDA, mediante la oferta de pruebas rápidas en los servicios comunitarios, con énfasis en poblaciones vulnerables, para su canalización al diagnóstico en los servicios de salud.
j. Actualización, difusión e implementación de Guías de Atención Integral en Infección de Transmisión Sexual por VIH/SIDA, para la prevención, detección oportuna y el tratamiento adecuado de la infección por VIH/SIDA y el control del riesgo biológico y bioseguridad.
k. Promoción y educación a la comunidad y a los donantes de sangre para la prevención de las infecciones transmitidas por transfusión (VIH, Sífilis, HTVL, VHB y VHC), y canalización desde el banco de sangre hacia los servicios de salud de los donantes positivos o con factores de riesgo.
l. Prevención y control de las Hepatitis virales. Implica la coordinación

de acciones de prevención incluidas en el Plan Ampliado de Inmunización, Bancos de Sangre, Riesgos Laborales y Salud Sexual y Reproductiva.

m. Implementación de planes de contingencia en los planes territoriales para la prevención y atención integral de la Infección de Transmisión Sexual por VIH/SIDA en casos de emergencia o desastre.
n. Vigilancia en salud pública y gestión del conocimiento, que incluye el fortalecimiento del sistema de Información del Plan Nacional de Respuesta a la Infección de Transmisión Sexual por VIH/SIDA, que incluye el sistema de reporte a través de SIVIGILA, la auditoría y análisis de información a los reportes que genera la Cuenta de Alto Costo y la investigación diagnóstica, terapéutica y operativa en salud pública, para el control de la Infección de Transmisión Sexual por VIH/SIDA.

7.6 Dimensión vida saludable y enfermedades transmisibles

7.6.1 Definición de la dimensión

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

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

- Directamente, asegurando el acceso equitativo a servicios de salud de calidad y a programas de salud pública comprensivos y efectivos.

- Transectorialmente, involucrando otros agentes del gobierno y de la sociedad civil en la intervención de las causas estructurales de situación y exposición que generan las enfermedades transmisibles.

7.6.2 Objetivos de la dimensión

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

7.6.3 Metas de la dimensión

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

7.6.4 Componentes

a. Enfermedades emergentes, re-emergentes y desatendidas.
b. Enfermedades inmunoprevenibles.
c. Enfermedades endemo-epidémicas.

7.6.4.1 Enfermedades emergentes, re-emergentes y desatendidas

7.6.4.1.1 Definición del componente

Es el conjunto de intervenciones sectoriales, transectoriales y comunitarias, que busca reducir el impacto, sobre la salud y el bienestar social y económico de la población colombiana, de las enfermedades infecciosas consideradas emergentes, re-emergentes y desatendidas.

7.6.4.1.2 Objetivos del componente

a. Reducir la carga de enfermedades transmitidas por vía aérea y de contacto directo, como la Tuberculosis, Infección Respiratoria Aguda y Enfermedad de Hansen, mediante acciones promocionales, gestión del riesgo y acciones intersectoriales.
b. Reducir la carga de enfermedades re-emergentes y desatendidas, y sus consecuencias negativas sobre el bienestar y el desarrollo de las poblaciones afectadas.
c. Vigilar y controlar las enfermedades generadas por patógenos y condiciones nuevas y re-emergentes.
d. Reducir la carga de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud IAAS, y contener la resistencia a los antimicrobianos.

7.6.4.1.3 Metas del componente

a. A 2021, se logra un avance progresivo y sostenido de la implementación del programa de prevención y el control de las IAAS, la resistencia antimicrobiana y el consumo de antibióticos en el 90% de las instituciones de alta y media complejidad.
b. A 2021, se logra un avance progresivo y sostenido en la implementación de planes regionales o locales para la prevención y la contención de los patógenos emergentes y re-emergentes de alta transmisibilidad y potencial epidémico en el 100% de las entidades territoriales.
c. A 2021, se cuenta con el diseño, implementación y desarrollo

progresivo de planes y programas territoriales de promoción y prevención de las enfermedades transmitidas por agua, suelo y alimentos.

d. A 2021, se logra la implementación progresiva y sostenida del plan integral e inter-programático para la prevención, el control y la eliminación de las Enfermedades Infecciosas Desatendidas, priorizadas de acuerdo con el perfil epidemiológico local, en las 36 entidades territoriales.
e. A 2021, se logra la reducción progresiva de la mortalidad por Infección Respiratoria Aguda (incluida Neumonía), buscando llegar a una mortalidad por Neumonía de menos de 8,9 casos por cada 100.000 menores de cinco años.
f. A 2021, se logra la reducción progresiva a menos de 1,59 casos por 100.000 habitantes de la mortalidad por Tuberculosis TB en todo el territorio nacional.
g. A 2021, se logra la disminuir la discapacidad severa por Enfermedad de Hansen entre los casos nuevos, hasta llegar a una tasa de 0.58 casos por 1.000.000 habitantes con discapacidad grado 2 en el año 2022.

7.6.4.1.4 Estrategias del componente

a. Gestión integral para la promoción de la salud, prevención y control de las enfermedades transmitidas por vía aérea y de contacto directo, que incluye:
   - Implementación de las estrategias específicas de atención primaria como las salas ERA (Enfermedad Respiratoria Aguda) y otros servicios básicos en salud.
   - Desarrollo del componente comunitario para la prevención y cuidado adecuado de los casos de Infección Respiratoria Aguda IRA leve en casa, en el contexto de la Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia AIEPI.
   - Implementación de las líneas de acción de los planes estratégicos *Para aliviar la carga y sostener las actividades de control* en Enfermedad de Hansen y *Colombia libre de Tuberculosis*.

b. Gestión integral para la promoción de la salud, prevención y control de las enfermedades emergentes, re-emergentes y desatendidas,

que incluye:

- Fomento a la participación comunitaria durante el desarrollo y evaluación de las estrategias.
- Adecuación sociocultural y técnica de la estrategia de desparasitación y SAFE de Tracoma (cirugía para triquiasis, antibioticoterapia individual o masiva con coberturas óptimas según prevalencia, promoción del lavado de la cara para retirar secreciones oculares y medidas de ordenamiento ambiental).
- Implementación de lineamientos para el manejo clínico y programático del Tracoma, las Geohelmintiasis y otras Enfermedades Infecciosas Desatendidas EID, como Escabiosis y Tungiasis según perfil epidemiológico local.
- Construcción participativa de la política de prevención y control de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud IAAS, la resistencia antimicrobiana y el uso prudente de antibióticos.
- Desarrollo de diagnósticos institucionales y encuestas periódicas de prevalencia de las IAAS en Unidades de Cuidados Intensivos UCI, servicios quirúrgicos, gineco-obstétricos y en hospitalización.
- Desparasitación antihelmíntica a niños en edad escolar (5 a 14 años), ampliando progresivamente a otros grupos poblacionales elegibles según lineamientos nacionales.
- Levantamiento de líneas de base de prevalencia, conocimientos, actitudes y prácticas en Geohelmintiasis, Tracoma y otras Enfermedades Infecciosas Desatendidas EID.
- Sistematización de experiencias exitosas para el control o la eliminación de las EID.

c. Gestión integral para la promoción de la salud, prevención y control de las enfermedades de transmisión hídrica y alimentaria (Enfermedad Diarreica Aguda EDA y Enfermedades Transmitidas por Alimentos ETA):

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

- Sistematización de experiencias exitosas para el control de las enfermedades de transmisión hídrica, del suelo y alimentaria.

7.6.4.2 Enfermedades inmunoprevenibles

7.6.4.2.1 Definición del componente

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

7.6.4.2.2 Objetivos del componente

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

7.6.4.2.3 Metas del componente

a. A 2021, alcanzar el 95% o más de cobertura en todos los biológicos que hacen parte del esquema nacional, en las poblaciones objeto del programa.
b. A 2021, mantener en todo el territorio nacional la erradicación de la Poliomielitis, y consolidar la eliminación del Sarampión, la Rubeola, el Síndrome de Rubeola Congénita y el Tétanos Neonatal, y controlar la incidencia de casos de Fiebre Amarilla, Difteria, Tuberculosis Meníngea, Hepatitis A y B, Neumococo, *Haemophilus influenzae* tipo B, diarreas por Rotavirus, Tos Ferina, Parotiditis e Influenza.
c. A 2021, sistematizar y automatizar los procesos y procedimientos del Programa Ampliado de Inmunizaciones PAI en todo el territorio nacional.

7.6.4.2.4 Estrategias del componente

a. Generación de conocimiento que oriente la inclusión de nuevas vacunas, el monitoreo y evaluación del comportamiento de las enfermedades inmunoprevenibles y el impacto de la vacunación a nivel nacional y local.
b. Implementación de la estrategia de vacunación sin barreras, que

disminuya las oportunidades perdidas y garantice el acceso a la vacunación.

c. Implementación del Sistema de Información Nominal del Plan Ampliado de Inmunizaciones PAI en todo el territorio nacional.
d. Garantía de la suficiencia y disponibilidad, con oportunidad y calidad, de los insumos, biológicos y red de frío en todo el territorio nacional.

7.6.4.3 Condiciones y situaciones endemo-epidémicas

7.6.4.3.1 Definición del componente

Es el conjunto de intervenciones sectoriales y transectoriales dirigidas a afectar los determinantes sociales y a prevenir, controlar o minimizar los riesgos que propician la aparición de eventos que se caracterizan por presentar endemias focalizadas, escenarios variables de transmisión y patrones con comportamientos seculares, temporales, estacionales y cíclicos en poblaciones de riesgo.

7.6.4.3.2 Objetivos del componente

a. Contribuir a la reducción de la carga de las Enfermedades Transmitidas por Vectores ETV (Malaria, Dengue, Leishmaniasis, Enfermedad de Chagas), producto de su discapacidad, mortalidad y morbilidad, que afecta a la población colombiana, a través de la implementación, monitoreo, evaluación y seguimiento de la estrategia de gestión integral para las ETV.
b. Contribuir mediante acciones de promoción, prevención, vigilancia y control, en la reducción de la carga de las enfermedades transmitidas por animales vertebrados (Encefalitis, Rabia, Leptospirosis, Brucelosis, Toxoplasmosis y otras), producto de sus complicaciones y mortalidad en los humanos.

7.6.4.3.3 Metas del componente

a. A 2021, la estrategia de gestión integrada para la vigilancia, promoción de la salud, prevención y control de las ETV y las Zoonosis, está implementada intersectorialmente en todo el territorio nacional.
b. A 2021, el modelo gerencial implementado del programa nacional de ETV está implementado en la totalidad de los departamentos, distritos y en municipios prioritarios de categoría especial, 1, 2 y 3.

c. A 2021, se cuenta con el diseño, implementación y desarrollo progresivo de planes y programas territoriales de promoción y prevención de las enfermedades transmitidas por vía sanguínea.
d. A 2021, se reduce o mantiene la letalidad por dengue grave a <2%, en la nación, departamentos, distritos y municipios.
e. A 2021, se reduce en un 80% la mortalidad por Malaria en todas las entidades territoriales, de manera progresiva y sostenida.
f. A 2021, se reduce en un 30% la letalidad por Enfermedad de Chagas agudo, en todas las entidades territoriales del país, de manera progresiva y sostenida.
g. A 2021, se logra la certificación internacional de la interrupción de la transmisión de T.Cruzi por vectores domiciliados en el 40% de los municipios endémicos y en el 60% restante, en proceso de certificación.
h. A 2021, se logra la reducción progresiva y sostenida del número de muertes por Leishmaniasis visceral en un 50%, en todas las entidades territoriales.
i. A 2021, se logra eliminar la mortalidad por Rabia por variantes 1 y 2, y disminuir en un 30% la mortalidad por especies silvestres.
j. A 2021, se logra la implementación progresiva y sostenida del plan integral e interprogramático para la prevención y control de otras zoonosis de importancia en salud pública en todas las entidades territoriales.

7.6.4.3.4 Estrategias del componente

a. Gestión integral para la promoción de la salud, prevención y control de las Enfermedades Transmitidas por Vectores ETV y Zoonosis, que incluye:
   - Implementación de estrategias intersectoriales de entornos saludables en los ámbitos de vivienda y escolar, mejoramiento de vivienda, y la metodología COMBI (Comunicación para Influenciar Comportamientos, por sus siglas en inglés), en los ámbitos institucional y comunitario, articuladas con los sectores salud, vivienda, educación, cultura, ambiente, agricultura, industria y comercio y turismo, y organizaciones sociales y comunitarias para las ETV.
   - Desarrollo de acciones preventivas de la exposición a factores de

riesgo de las ETV y Zoonosis en el ámbito individual y laboral, familiar y comunitario, en grupos poblacionales focalizados, y el correspondiente control sostenible de focos de las ETV, articulado a los sectores de salud, trabajo, ambiente, vivienda, minas, agricultura, turismo, transporte y organizaciones sociales y comunitarias.

- Organización o reorganización de los programas de promoción, prevención y control de las ETV y Zoonosis, en los niveles nacional, departamental, distrital y de los municipios categoría especial, 1, 2 y 3, orientando la gestión de los recursos (humanos, logísticos, insumos críticos, medicamentos y financieros) de manera eficiente y efectiva.
- Articulación del programa de promoción, prevención y control de las ETV y Zoonosis a la estrategia de Atención Primaria en Salud y el fortalecimiento del sistema obligatorio de garantía de calidad, que garantice la atención integral de pacientes por ETV y Zoonosis (detección, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación) con acceso, oportunidad y calidad.
- Implementación de las estrategias específicas de atención primaria con el desarrollo del componente comunitario para la atención, prevención y control de las ETV y Zoonosis.
- Generación de capacidades específicas del talento humano del programa para el desarrollo de la Estrategia de Gestión Integrada EGI, articulando actores del sistema de educación superior y de formación para el trabajo.

b. Gestión integral para la promoción de la salud, prevención y control de las enfermedades transmitidas por vía sanguínea:
   - Levantamiento de líneas de base de prevalencia, conocimientos, actitudes y prácticas en enfermedades transmitidas por vía sanguínea.
   - Sistematización de experiencias exitosas para el control en enfermedades transmitidas por vía sanguínea.
   - Implementación de lineamientos para el manejo clínico y programático de enfermedades transmitidas por vía sanguínea.
   - Promoción y educación a la comunidad y a los donantes de sangre para la prevención de las infecciones transmitidas por transfusión (Enfermedad de Chagas y Malaria), y canalización

desde el banco de sangre hacia los servicios de salud de los donantes positivos o con factores de riesgo.

7.6.4.3.5 Estrategias transversales a los componentes sobre enfermedades emergentes, re-emergentes y desatendidas, endemo-epidémicas e inmunoprevenibles

a. Movilización de actores institucionales, sectoriales e intersectoriales para la adopción de políticas, programas y planes de promoción, prevención y control de enfermedades transmisibles. Articulación de los actores y sectores del Sistema Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación para el fomento de la generación de conocimiento y tecnologías que permitan la reorientación y fortalecimiento de las intervenciones de las políticas, programas y planes en enfermedades transmisibles.
b. Acciones promocionales sectoriales e intersectoriales que disminuyan las exposiciones y vulnerabilidades para adquirir enfermedades transmisibles.
c. Adecuación sociocultural y técnica de las políticas, programas, planes y lineamientos para la prevención, control y atención de las enfermedades transmisibles en grupos poblacionales específicos (población privada de la libertad, indígenas, población en situación habitante de calle, población pediátrica).
d. Acciones de información, educación, comunicación y movilización social, dirigidas al empoderamiento de la comunidad y del personal de salud, en estilos de vida y prácticas saludables, tales como el lavado de manos y el uso de calzado, entre otros.
e. Articulación inter-programática sectorial e intersectorial para el desarrollo de intervenciones que disminuyan el riesgo de adquirir enfermedades transmisibles.
f. Implementación de la estrategia de Atención Primaria en Salud, que incluye la reorganización de servicios de salud; la elaboración, implementación y actualización de protocolos, guías de manejo y lineamientos para la prevención, vigilancia y control; y modelos de atención básica y de alta resolutividad para enfermedades transmisibles.
g. Generación de capacidades territoriales, institucionales, comunitarias y del talento humano para la afectación positiva de los determinantes

relacionados con las enfermedades transmisibles.

h. Fortalecimiento de la inteligencia epidemiológica para el análisis integrado de información (morbi-mortalidad, agentes etiológicos y factores de riesgo (incluye entomología, reservorios u otros), que permita predecir, focalizar y estratificar las enfermedades emergentes, re-emergentes, inmunoprevenibles y endemo-epidémicas, articulando los sectores de salud, ambiente, transporte y agricultura.
i. Desarrollo, fortalecimiento y articulación de los sistemas de vigilancia en salud del sector y de otros sectores relacionados con el estudio, análisis, prevención y control de las enfermedades transmisibles, que incluye: implementación de sistemas de información nominal y geográfica; planeación, gestión y evaluación de eventos contingenciales; vigilancia en salud pública comunitaria; vigilancia en puertos marítimos, aéreos y zonas de frontera; y de los patógenos de alta transmisibilidad y potencial epidémico.
j. Desarrollo y tecnificación de la red de Laboratorios de Salud Pública en la nación y los departamentos y de la Red Nacional de Laboratorios de otros sectores relacionados con la salud pública.
k. Formulación e implementación de planes de preparación, control y evaluación de contingencias por brotes y epidemias por enfermedades transmisibles, articulando los sectores que integran el sistema para la gestión del riesgo de desastres.

7.7 Dimensión salud pública en emergencias y desastres

7.7.1 Definición de la dimensión

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

7.7.2 Objetivo de la dimensión

Promover la gestión de riesgo de desastres como una práctica sistemática, con el fin de garantizar la protección de las personas, colectividades y el ambiente, para educar, prevenir, enfrentar y manejar situaciones de urgencia, de emergencia o de desastres, así como aumentar la capacidad de resiliencia y recuperación de las comunidades, aportando a la seguridad sanitaria y al mejoramiento de las condiciones de vida y salud de la población.

7.7.3 Componentes

Gestión integral de riesgos en emergencias y desastres.

Respuesta en salud ante situaciones de urgencia, emergencias en salud pública y desastres.

7.7.3.1 Gestión integral de riesgos en emergencias y desastres

7.7.3.1.1 Definición del componente

Es el conjunto de acciones e intervenciones tendientes a la identificación, prevención y mitigación de los riesgos y las vulnerabilidades en los territorios, que buscan anticiparse a la configuración del riesgo futuro de emergencias y desastres, mediante la integración de los procesos de desarrollo y planificación sectorial, transectorial y comunitaria; permite fortalecer la capacidad de respuesta del país frente a los desastres y reducir el impacto negativo de estos sobre la salud de los colombianos; así como actuar en eventos inesperados en salud pública que puedan comprometer el estado de salud de las comunidades.

7.7.3.1.2 Objetivos del componente

a. Generar espacios de información y conocimiento sobre el riesgo de desastres en sus diferentes ámbitos, y sobre planificación de las emergencias y desastres, atención, seguimiento y evaluación de la gestión y resultados.
b. Reducir el riesgo de desastres actual y futuro para enfrentar las consecuencias asociadas a los impactos del cambio climático.
c. Ampliar y mantener las capacidades básicas de vigilancia y respuesta en el marco del Reglamento Sanitario Internacional 2005.
d. Disponer de suministro seguro, oportuno y suficiente de sangre y

componentes sanguíneos en los centros de atención hospitalaria.

7.7.3.1.3 Metas del componente

a. A 2021, se logra la formulación y socialización del Plan Nacional Sectorial de Gestión Integral del Riesgo de Desastres articulado intersectorialmente a los demás sectores estatales.
b. A 2021, se logra que el 100% de las entidades del orden nacional, departamental y municipal apliquen el Reglamento Sanitario Internacional 2005.
c. A 2021, se logra mejorar el índice de seguridad hospitalaria en el 100% de los hospitales priorizados.
d. A 2021, se logra incluir en el 100% de los Planes Nacional, Territorial y Hospitalarios de Gestión del Riesgo las acciones de suministro de sangre y componentes sanguíneos seguros.

7.7.3.1.4 Estrategias del componente

a. Gestión intersectorial para el mantenimiento y fortalecimiento de las capacidades básicas: incluye acciones de capacitación, asistencia técnica y asesoría en planeación, vigilancia, monitoreo y supervisión de la respuesta nacional y territorial en el contexto del Reglamento Sanitario Internacional 2005. Así mismo, la gestión de la infraestructura e insumos tecnológicos, de comunicación e informáticos.
b. Planificación de la Gestión Integral del Riesgo de Desastres: comprende la formulación de los Planes Sectoriales de Gestión Integral del Riesgo de Desastres, con actores intersectoriales, que incluyan identificación de las amenazas, panorama de riesgo, construcción de escenarios de afectación y de riesgo, inventario de recursos y capacitación, diseño de intervenciones y mecanismo de seguimiento y evaluación.
c. Implementación, seguimiento y evaluación de los Planes Sectoriales de Gestión Integral del Riesgo de Desastres: involucra acciones de divulgación, capacitación, asistencia técnica permanente y monitoreo de los resultados de gestión y sus efectos en las condiciones de vida y salud de la población.
d. Fortalecimiento del programa Hospitales Seguros Frente a los Desastres, orientado a reducir el riesgo, proteger las instalaciones de

salud, salvar vidas como medida de seguridad para todos. Moviliza la coordinación y participación interinstitucional e intersectorial a nivel nacional, territorial y local, con el fin de que se identifiquen las prioridades de intervención y la asignación de recursos en los hospitales priorizados, por su importancia y capacidad de resolución en la red de servicios de salud en emergencias y desastres. Incluye capacitación sobre monitoreo, análisis y evaluación de las amenazas, la vulnerabilidad y el riesgo; gestión de la información; desarrollo de medidas para la prevención y mitigación del riesgo; aumentar la capacidad de respuesta financiera, no solo ante la ocurrencia de un evento adverso, sino en acciones de prevención. En los territorios indígenas serán las autoridades tradicionales parte fundamental del Sistema Nacional de Prevención y Atención de Desastres.

e. Fortalecimiento de las acciones de gestión hospitalaria para el suministro de sangre y componentes sanguíneos, a través de la articulación con la Red Nacional de Bancos de Sangre y Servicios Transfusionales, con el fin de garantizar la disponibilidad con oportunidad y suficiencia de estos componentes.

7.7.3.2 Respuesta en salud ante situaciones de emergencias y desastres

7.7.3.2.1 Definición del componente

Acciones sectoriales, transectoriales y comunitarias de respuesta en salud ante situaciones de emergencias o desastres, incluidas en los Planes para la Gestión del Riesgo de Desastres, dirigidas a gestionar la atención de las contingencias que puedan afectar la salud de la población.

7.7.3.2.2 Objetivo del componente

Fortalecer los sistemas de respuesta a emergencias y desastres, implementando estrategias de atención, reconstrucción y recuperación.

7.7.3.2.3 Metas del componente

a. A 2021, se logra que el 100% de las entidades territoriales respondan con eficacia y ante las emergencias y desastres que enfrenten.
b. A 2021, se logra implementar el Sistema de Emergencias Médicas

en el 50% de los municipios del país.

c. A 2021, se logra implementar la Red Nacional de Toxicología.
d. A 2021, se logra fortalecer la Red Nacional de Bancos de Sangre y Servicios Transfusionales.

7.7.3.2.4 Estrategias del componente

a. Fortalecimiento de la capacidad sectorial, transectorial y comunitaria para detectar y responder a eventos de importancia nacional e internacional: involucra las acciones a cargo de la autoridad sanitaria en el marco de las competencias de normas y políticas; la coordinación y comunicación con el Centro Nacional de Enlace, y la respuesta ante eventos de interés en salud pública de importancia nacional e internacional; información y comunicación sobre los patrones de riesgo, capacitación de recurso humano, fortalecimiento de laboratorios y puntos de entrada en las fronteras.
b. Fortalecer la Estrategia Nacional de Respuesta a Emergencias, garantizando la efectividad de la atención y prestación de servicios básicos durante la respuesta, a través de la formulación, desarrollo y evaluación de los planes sectoriales de gestión del riesgo de desastres.
c. Red Nacional de Toxicología: incluye la movilización de los actores nacionales para la definición, conformación y mecanismo de operación de la Red Nacional de Toxicología, para la disposiciónde teleasistencia las 24 horas del día a las Instituciones Prestadoras de Salud y a la comunidad. La gestión y administración de la tecnología informática y comunicación, y talento humano capacitado y especializado para ofrecer asistencia médica, asesoría sobre el diagnóstico y tratamiento de las intoxicaciones agudas y crónicas, así como realizar investigaciones relacionadas con este tema. Adicional a ello, consolidar, procesar y remitir información científica sobre toxicología a los laboratorios de la red y demás centros científicos del país.
d. Red Nacional de Bancos de Sangre y Servicios Transfusionales: incluye la gestión con los actores nacionales y territoriales para la redefinición y reorganización de la red, a través de herramientas de diagnóstico, de capacidad de respuesta y la identificación de las necesidades, con el fin de garantizar el acceso oportuno y suficiente

a sangre y componentes sanguíneos seguros.

7.8 Dimensión salud y ámbito laboral

7.8.1 Definición de la dimensión

Conjunto de políticas e intervenciones sectoriales y transectoriales que buscan el bienestar y protección de la salud de los trabajadores, a través de la promoción de modos, condiciones y estilos de vida saludables en el ámbito laboral, el mantenimiento del bienestar físico, mental y social de las personas en todas las ocupaciones, y el fomento de las intervenciones que modifican positivamente las situaciones y condiciones de interés para la salud de los trabajadores del sector formal e informal de la economía.

7.8.2 Objetivos de la dimensión

a. Ampliar cobertura en el Sistema de Riesgos Laborales.
b. Contribuir al mejoramiento de las condiciones de salud y medio ambiente de trabajo de la población trabajadora colombiana, mediante la prevención de los riesgos laborales y ocupacionales, que puedan afectar negativamente el estado de bienestar y salud.
c. Promover la salud de las poblaciones laborales vulnerables a riesgos ocupacionales, con enfoque diferencial, aunando esfuerzos para prevenir, mitigar y superar los riesgos de esta población, fortaleciendo la gestión intersectorial y la participación social en el nivel local, regional y nacional.

7.8.3 Componentes

a. Seguridad y salud en el trabajo.
b. Situaciones prevalentes de origen laboral.

7.8.3.1 Seguridad y salud en el trabajo

7.8.3.1.1 Definición del componente

Conjunto de acciones poblacionales, colectivas e individuales, incluyentes y diferenciales, que se gestionan en los ámbitos laborales (formal e informal) para propiciar entornos saludables. Permite anticipar, conocer, evaluar y controlar los riesgos que pueden afectar la seguridad y salud en el trabajo.

7.8.3.1.2 Objetivos del componente

a. Caracterizar las poblaciones laborales vulnerables del sector formal e informal de la economía, sus condiciones de salud y los riesgos propios de sus actividades económicas.
b. Facilitar el acceso al Sistema General de Riesgos Laborales de la población, de conformidad con la Ley 1562 de 2012 y demás normas que la adicionen, modifiquen o sustituyan.
c. Fortalecer y promover la conformación de instancias organizativas de grupos de trabajadores y su participación en la protección de la salud en el trabajo, mediante el fomento de una cultura preventiva.
d. Ejecutar un plan de acción de promoción y prevención por fases, para lograr el cubrimiento progresivo de las poblaciones laborales vulnerables, como componente indispensable para lograr el impacto social.

7.8.3.1.3 Metas del componente

a. A 2021, se amplia la cobertura del Sistema General de Riesgos Laborales, de conformidad con la Ley 1562 de 2012.
b. A 2021, se logra fortalecer las instancias de gestión intersectorial, a nivel nacional, departamental, distrital y municipal.
c. A 2021, se logra que el 100% de las entidades territoriales gestionen la inclusión del componente de salud y ámbito laboral en los Planes de Desarrollo Territorial y en los de Ordenamiento Territorial, en coordinación con las autoridades territoriales, departamentales, distritales y municipales.
d. A 2021, se logra asegurar las acciones de promoción de la salud y prevención de riesgos laborales en la población del sector informal de la economía.

7.8.3.1.4 Estrategias del componente

a. Fortalecimiento del Sistema General de Riesgos Laborales: asistencia técnica a los diferentes actores para mejorar el conocimiento del Sistema, de acuerdo con la nueva legislación, de manera que exista claridad frente a las competencias de los diferentes sectores y se facilite el trabajo intersectorial.
b. Diseño y adopción de herramientas de acceso al Sistema General de Riesgos Laborales: el Ministerio de Salud y Protección Social

diseñará las herramientas requeridas para facilitar el proceso de afiliación de la población al Sistema General de Riesgos Laborales, de conformidad con la ampliación de cobertura que se vaya generando.

c. Alianzas estratégicas: articulación entre autoridades, como los Ministerios del Trabajo, Medio Ambiente y Desarrollo Sostenible, Minas y Energía, Agricultura, Comercio, Industria y Turismo, Departamento Nacional de Planeación, gobiernos departamentales, distritales y municipales, y gremios, para la protección de la salud de los trabajadores.

d. Participación social: acciones dirigidas a fortalecer la conformación de instancias organizativas de los trabajadores y la participación e intervención conjunta de los niveles territoriales, que involucren a los trabajadores, posicionando la gestión intersectorial, la participación social y la intervención de los determinantes de la salud de los trabajadores, para el cumplimiento de los objetivos y metas de la dimensión.

e. Promoción de entornos laborales saludables en el sector formal e informal de la economía: programas y acciones de educación y sensibilización social dirigidos al fomento del autocuidado y prevención de accidentes y enfermedades laborales, de acuerdo con los perfiles epidemiológicos. Incluye la realización de campañas de difusión y comunicación, susceptibles de reproducción en medios físicos o electrónicos, entre otros.

f. Prevención de los riesgos derivados del trabajo en el sector formal de la economía: programas, campañas y acciones de educación y prevención dirigidos a garantizar que las empresas conozcan, cumplan las normas y reglamentos técnicos en seguridad y salud en el trabajo y desarrollen el plan de trabajo anual del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo. Incluye acciones de Inspección, Vigilancia y Control IVC, para el cumplimiento de las normas de seguridad y salud en el trabajo, de acuerdo con sus competencias, y la vigilancia de los riesgos sanitarios y ambientales en los ámbitos laborales por parte de los Entes Territoriales de Salud, del Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible, y demás autoridades competentes.

g. Prevención de los riesgos derivados del trabajo en el sector informal de la economía: los Entes Territoriales de Salud desarrollarán

acciones orientadas a prevenir, mitigar y superar los riesgos ocupacionales específicos, identificando, caracterizando y focalizando la intervención en grupos poblacionales vulnerables, priorizando los jóvenes trabajadores entre 15 y 18 años de edad, las mujeres rurales trabajadoras, los adultos mayores trabajadores, las personas trabajadoras con discapacidad, y otros grupos diferenciales.

h. Fortalecimiento de la prevención de los riesgos laborales en las micro y pequeñas empresas: acciones de promoción y prevención en micro y pequeñas empresas que presenten alta siniestralidad o estén clasificadas como de alto riesgo, para lo cual se tendrán en cuenta la frecuencia, severidad y causa de los accidentes y enfermedades laborales. Las empresas y las Entidades Administradoras de Riesgos Laborales sumarán esfuerzos para el fortalecimiento de estas acciones, de conformidad con sus obligaciones y los lineamientos del Ministerio del Trabajo.

7.8.3.2 Situaciones prevalentes de origen laboral

7.8.3.2.1 Definición del componente

Conjunto de acciones dirigidas a disminuir los accidentes de trabajo, evidenciar las enfermedades laborales y fortalecer el proceso de calificación de origen y pérdida de la capacidad laboral, en las diferentes instancias.

7.8.3.2.2 Objetivos del componente

a. Fortalecer la determinación del origen de la enfermedad diagnosticada con criterios de causalidad, y promover su registro en el sistema de información en salud, con el fin de disminuir tiempos para el reconocimiento de derechos y establecer un adecuado flujo de recursos entre los sistemas de salud y riesgos laborales.
b. Definir la política nacional de investigación científica en seguridad y salud en el trabajo que permita establecer los problemas de mayor incidencia y prevalencia de la salud de los trabajadores.
c. Identificar e intervenir problemas emergentes o sin intervención, relacionados con la salud y el bienestar de los trabajadores.

7.8.3.2.3 Metas del componente

a. A 2021 se reduce el sub-registro de los eventos ocupacionales mediante el fortalecimiento del talento humano en salud para la calificación del origen de los eventos y pérdida de capacidad laboral.
b. A 2021 se disminuye la tasa de accidentalidad en el trabajo en Colombia.
c. A 2021 se establece la línea base de las enfermedades laborales, diagnosticadas por cada 100.000 trabajadores afiliados al Sistema General de Riesgos Laborales, en periodos bienales.
d. A 2021 se desarrolla la línea de investigación en salud en el ámbito laboral, que incluya las variables del mercado laboral, las tendencias de la macroeconomía y el desarrollo tecnológico.

7.8.3.2.4 Estrategias del componente

a. Educación, información y comunicación: cualificación del recurso humano para orientar el diagnóstico de la enfermedad laboral y mejorar los registros de los eventos, con el concurso de las entidades responsables de la calificación de la enfermedad, a través del desarrollo de herramientas que fortalezcan las capacidades del talento humano en salud y el sistema de información, en el marco de los sistemas de salud y de riesgos laborales.
b. Determinar los perfiles de morbimortalidad de la población trabajadora: los Entes Territoriales de Salud construirán los perfiles de morbilidad y mortalidad de la población trabajadora con base en la información suministrada por los actores del Sistema de Seguridad Social en Salud y Riesgos Laborales, y divulgarán la información en cada departamento a las instancias de gestión intersectorial.
c. Fomento de la vigilancia epidemiológica ocupacional: los Entes Territoriales de Salud identificarán los riesgos ocupacionales y los efectos sobre la salud de los trabajadores, necesarios para la planeación de las intervenciones por actividad económica. Se priorizarán las siguientes actividades en el sector informal de la economía: agricultura (exposición a plaguicidas, riesgos biológicos y ergonómicos); ganadería (riesgo biológico, ergonómico y de accidentes); silvicultura y pesca (riesgos físicos, biológicos y de accidentes); manufactura (riesgo químico y accidentes); minería (riesgos químicos, ergonómicos y accidentes); comercio (riesgos

ergonómicos, psicosociales y accidentes); artesanos (riesgos de accidentes y ergonómicos); manufactura (riesgos químicos, psicosociales y accidentes).

d. Plan Nacional para la Prevención del Cáncer Ocupacional. El Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio del Trabajo, en coordinación con las Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras de Riesgos Laborales, los entes Territoriales de Salud, y demás actores involucrados, implementarán el Plan Nacional de Cáncer Ocupacional, dirigido a reducir la exposición al asbesto, sílice, benceno, radiaciones ionizantes y demás sustancias cancerígenas, con el objeto de proteger la salud de la población trabajadora colombiana expuesta a los diferentes carcinógenos, promoviendo condiciones de trabajo saludables, reduciendo los niveles de exposición y realizando vigilancia médica orientada a detectar estos factores, en trabajadores del sector formal e informal de la economía, en particular en talleres de mantenimiento de frenos, construcción, minas y canteras, entre otros.

e. Fortalecimiento de la Investigación. Definición y desarrollo de proyectos de investigación en Salud y Seguridad en el Trabajo, con la participación de actores de los Sistemas de Salud y Riesgos Laborales.

f. Atención de los eventos emergentes. Acciones de sensibilización para la rehabilitación y la inclusión de las personas con discapacidad en el sector productivo, a través de mecanismos de integración social, dando alcance a la legislación vigente. De igual forma, identificar riesgos ocupacionales diferenciados por regiones y enfocar recursos técnicos, físicos, administrativos y económicos que contribuyan desde el sector salud y la intersectorialidad a fortalecer las acciones de atención integral dirigidas a la prevención y erradicación del trabajo infantil y la promoción del trabajo adolescente protegido.

8. DIMENSIONES TRANSVERSALES

8.1 Dimensión transversal gestión diferencial de poblaciones vulnerables

8.1.1 Definición de la dimensión

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

En este escenario, el Gobierno Nacional garantiza el derecho al reconocimiento de las diferencias sociales y, en consecuencia, la aplicación de medidas en favor de aquellos grupos sociales en los que esas diferencias significan desventaja o situación de mayor vulnerabilidad, dando cumplimiento al principio constitucional que expresa: “Todos los seres humanos nacen libres e iguales ante la ley, recibirán la misma protección y trato de las autoridades y gozaran de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación por razones de sexo, orientación sexual, raza, origen nacional, lengua, religión, opinión política o filosófica” (Constitución Política de Colombia, Art. 18, 1991). Por consiguiente, “[…] el Estado promoverá las condiciones para que la igualdad sea real, efectiva y adoptará las medidas en favor de grupos discriminados o marginados” (Constitución Política de Colombia, 1991).

El enfoque diferencial es concebido como “[…] un método de análisis que tiene en cuenta las diversidades e inequidades en nuestra realidad, con el propósito de brindar una adecuada atención y protección de los derechos” de los sujetos y colectivos (CODHES, 2008). Se toman en cuenta las

diferencias de género, identidad sexual y étnica, edad y situación de salud, entre otras, con el fin de evidenciar las formas de exclusión, discriminación y dominación que se ejercen sobre las personas y sobre los colectivos, como efecto de las diversas asimetrías en las relaciones de poder en las cuales participan (Montealegre, 2010).

A continuación se establecen los objetivos sanitarios, metas y estrategias diferenciales para 1) la primera infancia, infancia y adolescencia; 2) envejecimiento y vejez; 3) salud y género; 4) salud en poblaciones étnicas; 5) discapacidad; y 6) víctimas del conflicto, encaminados a lograr la equidad en salud en el marco de los derechos de sujetos y colectivos. Cabe aclarar que en el interior de las ocho dimensiones prioritarias (ver capítulo anterior) se desarrollan acciones afirmativas que complementan estas orientaciones transversales.

8.1.2 Objetivos sanitarios de la dimensión

1. Atender los determinantes particulares que conllevan inequidades sociales y sanitarias persistentes en la primera infancia, infancia y adolescencia; envejecimiento y vejez; salud y género; salud en poblaciones étnicas; discapacidad y v.íctimas del conflicto
2. Fomentar buenas prácticas de gestión y desarrollo de capacidades que favorezcan la movilización social de todos los sectores, la participación de la sociedad civil y de los grupos organizados en los procesos de planeación y control social a la ejecución de las intervenciones y recursos, controlando los conflictos de intereses.

8.1.3 Metas de la dimensión

1. A 2021, Colombia cuenta con un modelo de atención y prestación de servicios en salud con adecuación al ciclo de vida, género, etnicidad, y a las necesidades diferenciales de la población con discapacidad y de la poblaciónconflicto víctima del armado.
2. A 2021, Colombia ha aumentado la disponibilidad de información y evidencia sobre la atención diferencial de las personas y colectivos.
3. A 2021, Colombia ha desarrollado modelos de educación y comunicación en salud en el tema de conductas saludables con enfoque diferencial.
4. A 2021, Colombia consolida la participación social en salud a través

de redes de organizaciones sociales que influyen de manera positiva en las políticas públicas orientadas a intervenir los Determinantes Sociales de la Salud.

8.1.4 Componentes de la dimensión

1. Desarrollo Integral de las niñas, niños y adolescentes.
2. Envejecimiento y vejez.
3. Salud y género.
4. Salud en población étnica.
5. Discapacidad.
6. Víctimas del conflicto armado.

8.1.4.1 ***Desarrollo integral de las niñas, niños y adolescentes***

8.1.4.1.1 Definición del componente

El presente capítulo reconoce a las niñas, niños y adolescentes como sujetos de derechos, en el marco de la Ley 1098 de 2006[1], constituyéndose en una plataforma vinculante tanto de las dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública, como de los procesos intersectoriales implicados en el abordaje de determinantes sociales, para la generación de las condiciones que aseguren el desarrollo integral; resaltando que en estos trayectos de vida se definen las bases del desarrollo de las capacidades, habilidades y potencialidades humanas, que a su vez determinan el progreso de una sociedad.

Los componentes, metas y estrategias recogidas en este numeral son el resultado de la revisión juiciosa y crítica de los siguiente documentos: 1) la consulta realizada a niñas, niños y adolescentes, en el marco del proceso de formulación del Plan Decenal de Salud Pública, efectuada por el Ministerio de Salud y Protección Social en el año 2012; 2) el documento técnico para la primera rendición de cuentas nacional sobre la gestión para la garantía de los derechos de la primera infancia, infancia, adolescencia y juventud 2005-2012; 3) la evaluación ex-post del Plan Nacional de Salud

[1] Con la expedición del Código de Infancia y Adolescencia, por medio de la Ley 1098 de 2006, Colombia armonizó su legislación con los postulados de la Convención de los Derechos del Niño; en el artículo 29 del mismo se consigna el derecho al desarrollo integral en la primera infancia, entendiendo esta como la etapa del ciclo vital en la que se establecen las bases para el desarrollo cognitivo, emocional y social de todo ser humano.

Pública 2007-2010, a partir de su desarrollo en el nivel territorial, realizada por el Ministerio de Salud y Protección Social, con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud; y 4) los resultados del proceso de diálogos territoriales y socialización de lineamientos intersectoriales, desarrollado en el 2012 en el marco de la Estrategia de Atención Integral a la Primera Infancia *De cero a siempre*.

De igual forma se acogen los procesos, estructuras y aprendizajes logrados en el seno de las comisiones intersectoriales relacionadas con primera infancia[2], infancia y adolescencia, y promoción y garantía de los derechos sexuales y reproductivos[3]. Las comisiones antes mencionadas se constituyen en una herramienta poderosa para dar continuidad al desarrollo de estrategias intersectoriales dirigidas a afectar positivamente los determinantes sociales que condicionan la calidad de vida de las niñas, niños y adolescentes.

El Plan Decenal de Salud Pública PDSP, 2012-2021 es un instrumento de política pública llamado a reconocer a las niñas, niños y adolescentes como sujetos de derechos, cuya gestión trasciende los esfuerzos sectoriales y reconoce que solo en la medida en que se compartan objetivos intersectoriales comunes es posible que ellas y ellos alcancen su desarrollo integral.

8.1.4.1.2 Objetivos del componente

1. Lograr en los territorios la construcción, operación y evaluación coherente y sostenible de las políticas públicas intersectoriales y sectoriales, orientadas a alcanzar el desarrollo integral de las niñas, niños y adolescentes, a través de procesos de gestión de las políticas públicas, en el ciclo de gestión de lo público, en coordinación y alineación con el sector privado, la cooperación y la

---

[2] Conformada mediante el Decreto 4875 de 2011, responsable de "[…] coordinar y armonizar las políticas, planes, programas y acciones necesarios para la ejecución de la atención integral a la primera infancia, siendo esta la instancia de concertación entre los diferentes sectores involucrados de primera infancia.

[3] Conformada mediante el Decreto 2968 de 2010, que tiene, entre otras, la función de coordinar la formulación e implementación de planes, programas y acciones necesarios para la ejecución de las políticas relacionadas con la promoción y garantía de los derechos sexuales y reproductivos.

comunidad.

2. Garantizar que el sector salud se constituya como un entorno que reconozca a las niñas, niños y adolescentes como sujetos de derechos, al proveer atención humanizada que cumpla con los atributos de calidad, de acuerdo con las particularidades poblacionales y territoriales, y orientada a los resultados en salud y al acortamiento de brechas de inequidad en el territorio nacional.
3. Lograr en los territorios (municipios y departamentos) la identificación de prioridades de política pública a partir del análisis de situación de los derechos y el seguimiento de los resultados en salud de las niñas, los niños y adolescentes, fortaleciendo los procesos de gestión, análisis y retroalimentación de la información, generación de conocimiento y vigilancia en salud pública.

8.1.4.1.3 Metas del componente

a. A 2015 se habrá implementado en todo el territorio nacional el marco estratégico y operativo de los *Primeros mil días de vida*, desde la gestación hasta cumplir los dos años de vida.
b. A 2015 se habrá implementado en todo el territorio nacional el marco estratégico y operativo de promoción de la salud materna, prevención, atención y vigilancia de las anomalías congénitas.
c. A 2017 se habrá implementado en todo el territorio nacional el marco estratégico y operativo de salud de la infancia.
d. A 2017 se habrá implementado en todo el territorio nacional el marco estratégico y operativo de salud de la adolescencia.
e. A 2021, al menos el 80% de los planes territoriales anuales en salud, habrán tenido participación activa de niñas, niños y adolescentes en su diseño, implementación, monitoreo y evaluación.
f. En 2015 se tendrán metas diferenciales de mortalidad infantil por territorio; y para 2021 se tendrá una disminución del gradiente diferencial de esta mortalidad.
g. En 2015 se tendrán metas diferenciales de mortalidad en menores de 5 años por territorio; y para 2021 se tendrá una disminución del gradiente diferencial de esta mortalidad.
h. En 2015 se tendrán metas diferenciales de mortalidad neonatal por territorio; y para 2021 se tendrá una disminución del gradiente diferencial de esta mortalidad.

i. En 2019 se tendrán definidas líneas de base y metas en la disminución de mortalidad y morbilidad evitables en niñas y niños de entre 6 y 10 años y en adolescentes (11 a 17 años).
j. En 2021 las acciones territoriales en salud para la primera infancia, infancia y adolescencia formarán parte de la ruta integral de atenciones definida por el marco de política nacional.
k. En 2021, las mujeres gestantes y en periodo de lactancia materna, las niñas, los niños y adolescentes, reconocen los resultados de la política de humanización que implementa el sector salud.
l. En 2021 habrá disminuido la mortalidad infantil nacional a menos de 15 x 1.000 nacidos vivos.
m. En 2021 se habrá disminuido la mortalidad nacional en menores de 5 años a menos de 18 x 1.000 nacidos vivos.
n. A 2016 el país contará con líneas de base nacional y territorial, del desarrollo infantil y de la condición de discapacidad de niñas, niños y adolescentes.
o. A 2016 el país contará con línea de base respecto a la situación de salud de las y los adolescentes.
p. A 2016 se tendrá una línea de base de las brechas de equidad en los resultados en salud de niñas, niños y adolescentes.
q. En el 2016 el 100% de los actores del sector salud implementan estrategias de seguimiento a los resultados en salud de las niñas, los niños y las y los adolescentes.
r. En el 2016 el 100% de las secretarias de salud de los municipios y los departamentos implementan estrategias para fortalecer la vigilancia en salud pública y los eventos de interés en salud, materno-infantil.

8.1.4.1.4 Estrategias del componente

8.1.4.1.4.1 Gerencia de las políticas públicas de primera infancia, infancia y adolescencia

La gestión de las políticas públicas supone el fortalecimiento de la capacidad institucional, nacional y territorial, para responder a las particularidades poblacionales y territoriales, respetando la autonomía territorial y el fortalecimiento de la capacidad comunitaria para el cuidado y crianza de niñas, niños y adolescentes.

8.1.4.1.4.2 Estrategias de gestión territorial

a. Abogacía nacional y territorial para que la primera infancia, infancia y adolescencia sean una prioridad de política social, técnica y financiera en los planes de desarrollo, planes sectoriales e institucionales, visibilizando las apuestas de política para garantizar el derecho a la vida, la salud y la nutrición.
b. Abogacía y coordinación con actores sectoriales e intersectoriales que faciliten la gestión en el territorio para el desarrollo integral de las niñas, los niños y adolescentes, utilizando como uno de los instrumentos de política el Plan Decenal de Salud Pública PDSP, 2012-2021.
c. Articulación de las dimensiones del plan decenal alrededor de niños, niñas y adolescentes, en los planes territoriales anuales, lo cual implica el análisis periódico de situación y el ejercicio de los derechos, para el re-direccionamiento o inclusión de nuevas prioridades, de acuerdo con los cambios y particularidades demográficas, epidemiológicas y del contexto.
d. Asegurar en el territorio la arquitectura institucional que permita disponer de talento humano cualificado, pertinente y suficiente; integración de traductores para la atención de los pueblos y comunidades; infraestructura dotada y en condiciones óptimas para prestar atención de salud humanizada y pertinente, que reconozca y se ajuste a la situación e intereses de niñas, niños y adolescentes, transporte, medios de comunicación y, entre otros, sistemas de información que den cuenta de los resultados en salud.
e. Asegurar la arquitectura institucional para gestionar la salud pública territorial que permita disponer de talento humano cualificado, pertinente y suficiente, para gerenciar y realizar seguimiento al plan de intervenciones colectivas que privilegie las prioridades de política de la primera infancia, infancia y adolescencia.
f. Asegurar en el territorio la articulación con otros sectores para el fortalecimiento de las acciones interinstitucionales relacionadas con la implementación del Plan Decenal de Salud Pública.
g. Seguimiento al gasto público social como herramienta para alcanzar los resultados en salud.
h. Inspección, vigilancia y control para el seguimiento de la calidad y humanización de los procesos de atención de niñas, niños y adolescentes.

8.1.4.1.4.3 Estrategias de gestión intersectorial

a. Fortalecimiento de las instancias y mecanismos de coordinación y articulación de la política pública de primera infancia, infancia y adolescencia.
b. Acuerdos intersectoriales nacionales y territoriales que protegen y promueven el desarrollo de niñas, niños y adolescentes, los cuales se traducen en estrategias y acciones de política que se concretan en los entornos del hogar, institución de salud, institución educativa y el espacio público.
c. Reconocimiento de la familia como un determinante del desarrollo infantil, reflejado en el planteamiento y desarrollo de estrategias para promover el cuidado y afecto familiar, así como la autonomía y responsabilidad de sus funciones, a través de redes y grupos sociales de apoyo.
d. Reconocimiento de los desarrollos de las políticas públicas de infancia y adolescencia en materia de la situación y gestión territorial para la generación de acciones y estrategias frente a las situaciones o condiciones de vulneración de derechos de las niñas, los niños y adolescentes, en articulación con las dimensiones prioritarias del Plan. A partir de este análisis de situación, generar acuerdos y estrategias intersectoriales para su restitución y garantías universales.
e. Seguimiento a los acuerdos intersectoriales nacionales y territoriales para lograr resultados en el desarrollo integral de primera infancia, infancia y adolescencia.
f. Educación en salud como herramienta intersectorial que contribuye a alcanzar el desarrollo integral de las niñas, los niños y adolescentes.
g. Información y comunicación y formación nacional y territorial, sobre el marco legislativo y normativo, de política y técnico, relacionado con primera infancia, infancia y adolescencia.
h. Armonización normativa sectorial respondiendo al enfoque de derechos y a la ruta integral de atenciones de la primera infancia, infancia y adolescencia.

8.1.4.1.4.4 Estrategias de movilización social y participación de niñas, niños y adolescentes para la exigibilidad de sus derechos

a. Movilización social para el desarrollo integral de las niñas, niños y

adolescentes.

b. Activación de redes familiares, de pares, comunitarias y sociales para la configuración de entornos que promuevan y favorezcan el desarrollo integral de niñas, niños y adolescentes.
c. Participación social de niños, niñas y adolescentes a lo largo del ciclo de la política pública, y el ejercicio democrático de la exigibilidad de los derechos, con metodologías acordes a esta etapa del ciclo vital.
d. Participación de niños, niñas y adolescentes en el seguimiento de la calidad de atención en el entorno de las instituciones de salud, de los establecimientos educativos, de educación inicial, y en el espacio público.
e. Activación de procesos comunitarios para la exigibilidad de la garantía y restitución de los derechos de la primera infancia, infancia y adolescencia.
f. Promocionar los medios de comunicación como herramienta en la promoción del respeto y reconocimiento de los derechos de las niñas, los niños y adolescentes.

8.1.4.1.4.5 Atención en salud en el marco de la atención integral a niñas, niños y adolescentes

8.1.4.1.4.5.1 Estrategias de calidad de la atención Integral

a. Implementación nacional y territorial de la Política de Atención Integral a la Primera Infancia, Infancia y Adolescencia, que incluye, entre otras, la implementación y fortalecimiento de la estrategia de Atención Integral para las Enfermedades Prevalentes en la Infancia AIEPI, la estrategia de prevención y reducción de anemia nutricional en niñas y niños; el Programa Ampliado de Inmunizaciones PAI; el plan de disminución de morbilidad y mortalidad neonatal; el programa método madre canguro; servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes; y demás estrategias definidas en las dimensiones prioritarias del Plan Decenal de Salud Pública PDSP, 2012-2021.
b. Atención Primaria en Salud, como una de las estrategias que aseguran la atención en salud de una manera integral, continua y complementaria a la mujer, gestante, lactante, al recién nacido, a niñas, niños y adolescentes. Incluye la implementación diferenciada

de acciones dirigidas a las comunidades étnicas, campesinas y a la población que reside en área rural dispersa.

c. Fortalecimiento de capacidades del talento humano en salud para la atención diferencial de niñas y niños en alianza con las sociedades científicas, la academia, y con énfasis diferenciales por trayecto de vida.
d. Fortalecimiento de las capacidades del talento humano en salud para la atención diferencial de las y los adolescentes, con perspectiva de derechos y enfoque de género.
e. Evaluación de la calidad de los servicios de salud, mediante el monitoreo y evaluación de los avances en la práctica clínica y los resultados en salud y la aplicación de las normas de habilitación, evaluación de la adopción de guías y normas técnicas para la atención de las mujeres gestantes, recién nacidos, niñas, niños y adolescentes.
f. Política de talento humano en salud implementada con monitoreo y evaluación, que permita el fortalecimiento de las competencias del talento humano que atiende a la primera infancia, infancia y adolescencia.
g. Adecuación y atención intercultural en servicios de salud y acciones promocionales basadas en la comunidad, a partir de acuerdos con autoridades indígenas, médicos tradicionales y la comunidad, que permitan el diálogo y acuerdos operativos entre medicinas ancestrales y occidentales. Incluye la articulación de las estrategias definidas en este plan con el Sistema Indígena de Salud Propio Intercultural SISPI.

8.1.4.1.4.5.2 Estrategias de disminución de barreras de acceso a los servicios de salud

a. Diagnóstico y abordaje específico por territorio de las barreras de acceso a la atención en salud a gestantes, mujeres lactantes, niñas, niños y adolescentes, desarrollando un proceso por fases que tenga como orientador los resultados en salud.
b. Gestión intersectorial para superar las barreras de acceso a la atención en salud en el territorio.

8.1.4.1.4.5.3 Estrategias de Tecnologías de la Información y la Comunicación al servicio de la salud de la primera infancia, infancia y adolescencia

a. Promoción de Tecnologías de la Información y Comunicación TIC para el fortalecimiento de la atención integral, que asegure la información y atención especializada en salud a las mujeres, gestantes y lactantes, niñas, niños y adolescentes, superando barreras geográficas o de disponibilidad de servicios dentro de la red prestadora, desde el nivel nacional, regional y local.

8.1.4.1.4.6 Seguimiento y evaluación de la gestión para el desarrollo integral de niñas, niños y adolescentes

8.1.4.1.4.6.1 Estrategias de valoración del desarrollo de niñas y niños en la primera infancia

a. Movilización técnica y de política para la construcción de un acuerdo nacional sobre la definición, escalas e instrumentos para valorar el desarrollo infantil de las niñas y los niños, respondiendo a la diversidad poblacional y territorial.
b. Política nacional sobre la valoración del desarrollo integral de niñas y niños, siguiendo las recomendaciones de la implementación de prueba piloto, con despliegue progresivo a todos los territorios del país.
c. Conocer la situación del desarrollo infantil y discapacidad, en el país y en los territorios, cuyos resultados orienten la toma de decisiones de política nacional y territorial.

8.1.4.1.4.6.2 Estrategias de toma de decisiones basadas en la evidencia

a. Análisis de la situación de derechos de niñas, niños y adolescentes y de los de determinantes sociales que la condicionan. El Análisis de Situación de Salud ASIS se articula en el territorio al Sistema Único de Información de Infancia SUIN.
b. Evaluación de políticas públicas y agenda de investigación en infancia y adolescencia a nivel nacional y territorial como soporte a la continuidad, reorientación o diseño del marco de política pública.

8.1.4.1.4.6.3 Estrategias de seguimiento a los resultados en salud

a. Diseño de herramientas técnicas y metodológicas para la medición de resultados en salud en la primera infancia, infancia y adolescencia.
b. Aplicación, incorporación y seguimiento a los resultados en salud de las estrategias de primera infancia, infancia y adolescencia, definidas en el Plan Decenal de Salud Pública PDSP en los planes territoriales de salud.
c. Líneas de base e implementación de acciones de política dirigidas a la disminución de la morbilidad y mortalidad neonatal, infantil, de la niñez, de niñas y niños entre 6 y 10 años y adolescentes.
d. Sistemas de alertas tempranas, basado en comunidad, para la garantía y restitución de los derechos de niñas, niños y adolescentes.

8.1.4.1.4.6.4 Estrategias de fortalecimiento de la vigilancia en salud pública

a. Vigilancia en salud pública SIVIGILA de los eventos de interés en primera infancia, infancia y adolescencia.
b. Introducción de nuevos eventos al Sistema de Vigilancia en Salud Pública SIVIGILA de acuerdo con los efectos de los cambios de perfil epidemiológico y la transición demográfica en primera infancia, infancia y adolescencia.
c. Red Nacional de Laboratorios en Salud Pública y la red de laboratorios clínicos y especializados responden a los requerimientos de la vigilancia en salud pública materno-infantil.

8.1.4.2 ***Envejecimiento y vejez***

8.1.4.2.1 Definición del componente

Entendido en el marco del Sistema de Protección Social como el conjunto de acciones e intervenciones orientadas al desarrollo de capacidades, habilidades y potencialidades de las personas, familias, grupos o comunidades, con el fin de propiciar e incidir en el mejoramiento de la calidad de vida de las personas mayores en las generaciones actuales y futuras y, por tanto, proporcionar un mayor grado de bienestar, mediante la implementación de estrategias de inclusión social que impacten en el desarrollo social, económico y cultural. La promoción social se da como una

respuesta organizada, multisectorial y multidisciplinaria para transformar el entorno global de la población.

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

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

8.1.4.2.2 Objetivos del componente

1. Reconocer el impacto del envejecimiento poblacional como fenómeno irreversible que debe ser abordado con efectividad, mediante la formulación, implementación y seguimiento de políticas de Estado que mitiguen la afectación social que deriva en una mayor proporción de población dependiente que no alcanza condiciones de autosostenibilidad, acompañadas de oportunidades limitadas de los demás grupos poblacionales que ingresan a la economía, dado el restringido tiempo de bono demográfico que le queda a Colombia.
2. Promover el envejecimiento activo durante todo el curso de la vida y en todos los ámbitos cotidianos, mediante el desarrollo de una cultura positiva de la vejez para la población colombiana.
3. Fortalecer la participación e integración social de la población mayor para un ejercicio efectivo de la ciudadanía, mediante la garantía, ejercicio y restablecimiento de sus derechos con énfasis en los derechos en salud y el cumplimiento de sus deberes.
4. Fortalecer la atención integral y la prestación de servicios para la población mayor de 60 años, enfocándose en la articulación programática y el trabajo intersectorial.
5. Desarrollar seguimiento y evaluación a los procesos de implementación de las políticas públicas de envejecimiento y vejez, y de apoyo y fortalecimiento a las familias.

6. Establecer el sistema de garantía de la calidad de las instituciones de promoción y protección social que prestan servicios a las personas mayores.

8.1.4.2.3 Metas del componente

a. A 2021 Colombia tiene un modelo de envejecimiento activo, promovido y adoptado a nivel nacional y territorial por el Ministerio de Salud y Protección Social.
b. A 2015 se fortale el Plan Nacional de Ciencia y Tecnología para el desarrollo de estudios e investigaciones e innovación y desarrollo de tecnologías para atender el envejecimiento y la vejez.
c. A 2015 se ha establecido y aplicado las metodologías de análisis de las inequidades sociales en los diferentes momentos del ciclo de vida, para sustentar las estrategias de focalización de las políticas, planes y programas dirigidos a las poblaciones en situación de vulnerabilidad social.
d. A 2016 se cuenta con un sistema de información que apoya el análisis de la situación de envejecimiento y vejez, coordinado por la Dirección de Epidemiología y Demografía.
e. Al 2015 el 80% de las entidades territoriales del ámbito departamental, distrital y municipal desarrollarán estrategias intergeneracionales para promover el envejecimiento activo en toda su población.
f. A 2021 el 100% de los departamentos, distritos y municipios desarrollarán programas para promover el envejecimiento activo de su población, y contarán con planes y programas intergeneracionales para promover una *Sociedad para todas las edades.*
g. A 2016 el 100% de las entidades territoriales del nivel departamental, distrital y municipal cuentan con centros vida o día para promover la inclusión social de las personas mayores y el envejecimiento activo, desarrollando en ellos estrategias de apoyo y fortalecimiento familiar, social y comunitario.
h. A 2015 las aseguradoras y los prestadores de servicios de salud habrán desarrollado una estrategia de sensibilización y capacitación de su personal para la humanización de los servicios prestados a las personas mayores.
i. A 2021, el 100% de los servicios de salud que atienden a las

personas mayores tendrán implementados protocolos de atención para las personas mayores, y desarrollarán políticas de calidad y humanización con resultados favorables reconocidos por los usuarios.

j. A 2021, el país presentará una disminución progresiva de las barreras de acceso a los servicios de salud dirigidos a las personas mayores.
k. A 2015, se han diseñado y desarrollado estrategias de comunicación por medios masivos y alternativos de comunicación para promover los derechos, el respeto y la dignificación de las personas mayores.
l. A 2021, el 100% de las entidades territoriales contarán con el proceso de implementación, seguimiento de las políticas públicas de envejecimiento y vejez y de apoyo y fortalecimiento a las familias.
m. A 2021, existe una instancia de coordinación gubernamental a nivel nacional y territorial que favorezca el proceso de implementación y seguimiento a las políticas públicas de envejecimiento y vejez y de apoyo y fortalecimiento a las familias.
n. A 2021, se ha avanzado en el proceso de consolidación a nivel nacional y territorial de agremiaciones, asociaciones y organizaciones de y para personas mayores, que contribuyan a la implementación y seguimiento de las políticas públicas.
o. A 2015, el Ministerio de Salud y Protección Social, en articulación con otros sectores, habrá diseñado un sistema de garantía de la calidad para los prestadores de servicios de protección y promoción social que brindan atención a las personas mayores, teniendo en cuenta sus diferentes componentes, como son: 1) registro institucional; 2) autorización de funcionamiento; 3) seguridad del usuario; 4) auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención; 5) acreditación; 6) sistema de información para la calidad.
p. A 2015 el país cuenta con la identificación de la situación de los servicios sociales de protección y promoción social que se brindan a las personas mayores.

8.1.4.2.4 Estrategias del componente

8.1.4.2.4.1 Envejecimiento demográfico y dinámica poblacional para el desarrollo económico y social del país

a. Fortalecer el Observatorio Nacional de Envejecimiento y Vejez en

Colombia (MSPS-DANE-OISS) para la identificación de líneas de base, seguimiento y evaluación de las estrategias y políticas dirigidas al bienestar de la población mayor y al desarrollo de estrategias de intervención para promover el envejecimiento activo de la población.

b. Fortalecer el desarrollo de las temáticas de investigación y desarrollo tecnológico en el Plan Nacional de Ciencia y Tecnología.
c. Desarrollar estudios para identificar las inequidades sociales en el ciclo de vida, en especial del grupo poblacional de personas mayores. Definición de criterios de focalización que orienten la formulación, implementación, seguimiento y evaluación de las políticas poblacionales.
d. Definir líneas de investigación en envejecimiento y vejez que involucren tanto las instituciones gubernamentales, no gubernamentales, la sociedad civil, la academia, la cooperación internacional y el Observatorio de Envejecimiento y Vejez, buscando orientar acciones que potencialicen el alcance de las intervenciones de promoción de la salud y gestión del riesgo y gestión de la salud pública nacional y territorial de la población en envejecimiento y vejez.
e. Cualificar el talento humano de las ciencias de la salud y las ciencias sociales, a nivel superior, posgrados y a nivel técnico, con el fin de desarrollar habilidades y capacidades en el talento humano que presta servicios a las personas mayores, e impulsar los programas gerontológicos y de geriatría, así como de formación de cuidadores que apoyen la prestación de servicios de salud y los servicios sociales a nivel institucional y domiciliario, posibilitando la solución de la demanda social, sanitaria y cultural.
f. Fortalecer el talento humano en la atención a la población mayor, en cuanto a los Determinantes Sociales de la Salud DSS, la Atención Primaria en Salud APS y en modelos de cuidados de mediana y larga estancia (cuidados paliativos, cuidados domiciliarios, cuidados al cuidador).
g. Redefinir los programas de atención integral para el mejoramiento de la prestación de servicios de salud y los servicios de asistencia social a personas mayores, con enfoque diferencial de género, identidad sexual, curso de vida, personas con discapacidad, pertenencia étnica y territorialidad.

h. Desarrollar estudios que visualicen las condiciones productivas del país de manera longitudinal, con relaciones intergeneracionales, asumiendo las transformaciones de la organización de la familia, redes sociales, roles y relaciones de poder, y de situaciones estructurales relativas a la educación, salud, violencia, entre otras, que aporten en la maximización del bono demográfico.
i. Fortalecer el sistema y estructura de información que permita caracterizar el proceso de envejecimiento poblacional bajo el enfoque del ciclo de vida dentro de la política pública de envejecimiento y vejez a nivel nacional y territorial.
j. Creación de una instancia técnica de análisis, que incluya el enfoque de análisis longitudinal, con participación interinstitucional, que además evalué la oferta de programas, planes y servicios dirigidos a la población mayor, y administre la información y los reportes periódicos a las instancias de decisión.
k. Mecanismo de monitoreo de la efectividad de las intervenciones, en todos los niveles, incluyendo la capacitación, asistencia técnica y disposición de información para los diferentes actores de la sociedad y sector.

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

a. Implementar la estrategia nacional de envejecimiento activo, a través del desarrollo y fortalecimiento de acciones en los tres pilares: salud, seguridad y participación.
b. Creación de estrategias de comunicación, información y educación que sensibilicen frente al envejecimiento y la vejez, para concientizar del propio envejecimiento a todas las personas desde las primeras etapas del ciclo de vida, y promover el reconocimiento del rol de las personas mayores en la sociedad, el respeto y el buen trato para con ellas.
c. Crear, fortalecer y ajustar los centros vida o centros día de acuerdo con las necesidades, intereses, expectativas, usos y costumbres de la población de cada uno de los territorios. Los programas de los centros vida deben elaborarse a partir de la aplicación de metodologías de participación social, y orientarse a promover el envejecimiento activo y a reducir la carga de la enfermedad.

Involucra la aplicación de procedimientos, protocolos y adecuación de la infraestructura física, técnica y administrativa, orientada a brindar una atención integral durante el día a las personas mayores, manteniendo su red familiar, con énfasis en aquellas personas mayores que se encuentran en situación de calle, con discapacidad, en abandono o soledad, o con carencia de redes sociales y familiares.

d. Gestionar e implementar procesos de intercambio intergeneracional e intercultural a nivel sectorial, transectorial y comunitario, que lleven al reconocimiento del aporte de la población mayor al desarrollo de la familia y la sociedad, favoreciendo la transmisión de conocimiento, tradiciones, y la preservación de las historias locales, para promover nuevos imaginarios y una transformación de las actitudes respecto a la vejez y el envejecimiento, conservando la cultura.
e. Articulación de acciones dentro de las políticas e intervenciones dirigidas a la infancia, adolescencia, juventud y adultez, con el Ministerio de Educación Nacional y las Secretarías de Educación para lograr la inclusión de la promoción del envejecimiento activo en la estrategia Escuelas Saludables o Salud en la Escuela, y en otros espacios de esparcimiento y recreación en los que interactúa la comunidad educativa, como las escuelas de padres.
f. Promover el autocuidado y voluntariado para la salud de la población mayor: involucra acciones de fomento al acceso a la cultura, educación, recreación, nuevas tecnologías, ambientes saludables, emprendimiento, productividad y el ahorro, para contribuir con el mejoramiento de las condiciones de vida de las generaciones actuales y futuras de personas mayores.
g. Rutas de acceso en articulación con el sector judicial, para promover mecanismos de acceso efectivo de las personas mayores, conforme los lineamientos internacionales existentes sobre la materia, e impulsar desarrollos normativos que garanticen el goce efectivo de derechos de las personas mayores y la difusión de normas que penalicen cualquier forma de maltrato, abuso y abandono.
h. Gestionar en la Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional las acciones que aseguren una alimentación adecuada (en suficiencia, variedad, oportunidad y calidad), para las personas mayores en extrema pobreza y situación de vulnerabilidad.

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

a. Modelo de atención integral a las personas mayores, en el cual se definan las líneas estratégicas, los modos, condiciones y estilos de vida saludable, la prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles, el acceso efectivo, y la calidad y calidez en la prestación de los servicios de salud.
b. Monitoreo y seguimiento al uso racional de protocolos y guías para la atención de la población mayor, con el fin de prevenir y tratar la morbilidad prevalente y controlar la discapacidad y mortalidad evitables.
c. Desarrollar e implementar programas de teleasistencia dirigidos a las familias con presencia de personas mayores y a personas mayores solas, que les brinde información, seguridad y una atención oportuna y eficiente.
d. Generar una estrategia comunicativa, educativa e informativa para fomentar la integración de las personas mayores a los programas sociales de inclusión y protección social, en cuanto a derechos y deberes del plan de beneficios en salud, con el fin de alcanzar la disminución progresiva de las barreras de acceso a servicios de salud.
e. Promocionar la denuncia y rechazo de la comunidad a la violencia hacia los mayores; identificar, comunicar y registrar efectivamente las cifras existentes de violencia intrafamiliar hacia este grupo de edad, y gestionar las medidas de protección entre todos los actores y la comunidad.

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

a. Promover el desarrollo de la Política Nacional de Apoyo y Fortalecimiento de las Familias, para promover el buen trato e inclusión social de las personas mayores, y prevenir el abandono y la violencia, facilitando la formación de familias democráticas, en las cuales se reconoce a todos sus miembros como sujetos de derechos. Implica el fortalecimiento de las redes de apoyo familiar, comunitarias, institucionales y sociales de las personas mayores.

b. Identificación, remisión y contra-remisión de poblaciones vulnerables o en riesgo social, para desarrollar lineamientos tflujos de ;écnicos información hacia el interior de los programas de asistencia social a las personas mayores en situación de enfermedad mental, abandono, soledad, con discapacidad, o en habitabilidad de calle; consolidación, análisis y divulgación de los resultados para orientar las acciones de protección.
c. Monitoreo, seguimiento y evaluación de la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez, y de la Política Nacional de Apoyo y Fortalecimiento de las Familias: vincular a los diferentes actores e instituciones responsables de su protección, así como a las redes sociales y comunitarias y a otras instituciones y organizaciones público-privadas. Implica desarrollar lineamientos técnicos de monitoreo y evaluación, mecanismos de gestión, decisión y comunicación.
d. Crear una instancia a nivel gubernamental para la coordinación nacional y territorial de los planes, programas y políticas relacionados con el tema de envejecimiento y vejez, la cual establezca los canales adecuados de interlocución intersectorial e interinstitucional para lograr la articulación y gestión efectiva de la cooperación técnica a favor de las personas mayores; así como la gestión articulada y la fiscalización de la adopción de las políticas de envejecimiento y vejez, y de apoyo y fortalecimiento de las familias por parte de las entidades territoriales a nivel intersectorial e interinstitucional.
e. Fortalecer instancias que agrupen a las organizaciones o asociaciones de personas mayores, para contribuir en la formulación, implementación y seguimiento a las políticas públicas de envejecimiento, vejez y familia. Promover la creación de redes institucionales de apoyo entre instituciones de atención a personas mayores que tengan como propósito la garantía integral de los derechos de esta población.
f. Diseño y puesta en marcha de un sistema de evaluación de la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez, y de la Política Nacional de Apoyo y Fortalecimiento de las Familias, de carácter intersectorial, que incluya los sistemas de seguimiento actualmente en funcionamiento y que responda a las ofertas y demandas específicas de la población. Este sistema debe permitir la verificación

de los procesos de planificación y gestión pública en las intervenciones individuales y colectivas a este grupo poblacional.

g. Fomento de competencias y habilidades en los servidores públicos para la aplicación y desarrollo de los diferentes ejes y estrategias de las políticas públicas de envejecimiento y vejez y la política nacional de apoyo y fortalecimiento de las familias; con un enfoque intersectorial e inter-institucional, que incluya la participación de la academia y la sociedad civil.

8.1.4.2.4.5 Sistema de calidad para los servicios de protección y promoción social

a. Efectuar estudio de caracterización de la oferta institucional, que incluya el registro e identificación de los prestadores, la pertenencia al sector público o privado, su carácter confesional o no, revisión de los modelos de atención establecidos y los recursos con que cuentan para la prestación del servicio; lo que incluye la valoración de las condiciones físicas y ambientales con que cuenta para el ejercicio de sus servicios.
b. Sistema de Registro Institucional de la oferta de servicios sociales caracterización de la oferta institucional para la atención de las personas mayores en sus diferentes modalidades de atención; desarrollo de bases de datos por tipos de institución, por nivel departamental, distrital y municipal; y disposición de la información actualizada de manera permanente.
c. Fortalecer el proceso de auditoría a los servicios de atención de las personas mayores: revisión, ajuste o desarrollo de los estándares de calidad y planes de mejoramiento; capacitación y asistencia técnica a las entidades territoriales para mejorar las competencias de los equipos de auditores; gestión de los planes de mejoramiento y acciones correctivas según la norma y publicación de los ranking de cumplimiento por parte de las Entidades Promotoras de Salud (o quien haga sus veces) e Instituciones Prestadoras de Salud.
d. Promoción de la política de calidad en los servicios de atención de la población mayor, a través de acciones de sensibilización, centradas en mejorar el acceso, calidad y calidez en la atención y cuidado, en los servicios de promoción y protección social con énfasis en Atención Primaria en Salud APS, salud mental, ambientes

saludables, actividad física y cultural, recreación, nutrición, prevención de accidentes (señalización de espacios y vías) en el entorno y en el hogar, además de favorecer procesos de preparación para la jubilación.

*8.1.4.3 **Salud y género***

8.1.4.3.1 Definición del componente

Las desigualdades en salud asociadas al género implican riesgos diferentes para hombres y mujeres, los cuales aumentan de acuerdo con los roles establecidos socialmente: para las mujeres por posiciones y condiciones de inequidad y discriminación respecto a los hombres, y para los hombres por el establecimiento de exigencias en el desarrollo de la masculinidad.

Para reducir la vulnerabilidad asociada al género se requiere determinar las causas que la originan desde los espacios sociales, incluyendo la familia, los grupos sociales, las comunidades y las instituciones, con el fin de modificarlas o eliminarlas; para ello debe realizarse un análisis de las vulnerabilidades sociales, económicas, físicas y de las condiciones ambientales de los habitantes en cada territorio, de acuerdo con la idiosincrasia, condiciones geográficas, ambientales, sociopolíticas, económicas y sociales propias.

Es imprescindible el conocimiento e implementación de la normatividad nacional e internacional aprobada y adoptada por el país, que garantice el acceso a los derechos de hombres y mujeres; por lo que se requiere trabajo sectorial, transectorial y comunitario en los ámbitos nacional, departamental, distrital, municipal y local.

8.1.4.3.2 Objetivos del componente

1. Promover condiciones que favorezcan el acceso a la atención efectiva en salud de los hombres y mujeres durante el transcurso de su vida, ajustado al contexto familiar, social, económico y político, desde la perspectiva de género y equidad.
2. Garantizar la adecuación de los servicios de salud con perspectiva de género, con atención humanizada y de calidad, de acuerdo con las necesidades diferenciales de hombres y mujeres, según su edad, pertenencia étnica, discapacidad, orientación sexual e identidad de género, y según los diferentes factores que generen o aumenten la

vulnerabilidad.

8.1.4.3.3 Meta del componente

A 2021, Colombia contará con la adecuación del modelo de atención integral al enfoque de género, orientado a la reducción de las inequidades de género en salud con participación social y articulación intersectorial con trabajo y educación.

8.1.4.3.4 Estrategias del componente

8.1.4.3.4.1 Promoción de la equidad de género para la salud

a. Promoción de espacios de articulación de los sectores salud, educación y trabajo para la equidad en salud, incluida la educación superior, que faciliten la introducción de contenidos con enfoque de género y salud en los currículos académicos.
b. Desarrollo de condiciones saludables en el ámbito laboral enfocadas a la reducción de las inequidades de género en el trabajo, exigiendo la vinculación obligatoria a la seguridad social integral, la formalización del empleo y el reconocimiento y prevención de condiciones generadoras de riesgo y vulnerabilidad asociadas a la labor.
c. Promover en los empleadores el reconocimiento de la dimensión social y familiar de los trabajadores hombres y mujeres, para facilitar el ejercicio de las jefaturas de familia y el cuidado de personas dependientes y con discapacidad.
d. Campañas de información, educación y comunicación para promover la política de familia, orientadas a la formación de familias democráticas, respetuosas e incluyentes, que reconozcan los derechos de todos y cada uno de sus miembros y fomenten la responsabilidad compartida de hombres y mujeres en la crianza de los hijos e hijas, el cuidado de personas dependientes, con o sin discapacidad, así como su papel en el fortalecimiento y cohesión de su comunidad.
e. Generación de espacios equitativos de participación para hombres y mujeres, para la elaboración de políticas públicas, visibilizando los factores que perpetúan las inequidades y la discriminación por razón de género, identidad de género y orientación sexual, promoviendo el

desarrollo de habilidades para la vida y toma de decisiones asertivas, la prevención de la violencia y de la explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes y la explotación sexual de mujeres y hombres.

8.1.4.3.4.2 Fortalecimiento de la institucionalidad para responder equitativamente al goce efectivo de derechos, necesidades y demandas

a. Atención integral en salud con enfoque de género, que reconozca las condiciones diferenciales de género y permita la superación de las barreras de acceso, oportunidad, uso y calidad de los servicios de salud. Se desarrollan normas, lineamientos técnicos, adecuación de registros, instrumentos y herramientas operativas para promotores de salud, instituciones prestadoras de servicios y para las entidades territoriales. Plan de asistencia técnica y capacitación a los funcionarios para mejorar sus capacidades básicas de gestión institucional, de servicios y salud pública, y fomento de mecanismos de participación y control social efectivos.
b. Evaluación de equidad de género en salud, incorporando un análisis de indicadores en los observatorios de salud para que se examine la brecha entre hombres y mujeres de acuerdo con: 1) participación y oportunidades económicas; 2) nivel educativo; 3) participación y empoderamiento político; y 4) salud y supervivencia.
c. Seguimiento y auditoría a la implementación del acceso efectivo y calidad en la atención integral con enfoque de género, identificando barreras, desigualdad, e incluyendo a las víctimas de violencia por identidad de género y a la población LGBTI. Implica desarrollar y operar modelos de atención, prestación de servicios ligados a procesos de auditoría y planes de mejoramiento.

*8.1.4.4 **Salud en poblaciones étnicas***

8.1.4.4.1 Definición del componente

En cumplimiento de lo establecido en el Plan Nacional de Desarrollo y en la Ley 1438 de 2011, El Ministerio de Salud y Protección Social avanzó en el proceso participativo de construcción del capítulo étnico para garantizar los derechos de dichos grupos, acogiéndose a la normatividad vigente, así como también a sus dinámicas y tiempos propios. Todo lo anterior, hace

parte del Proceso de Consulta Previa a los grupos étnicos, liderado por el Ministerio del Interior. Se han adelantado acuerdos de levantamiento regional de los insumos con los pueblos indígenas, las comunidades negras, afrocolombianas, palenqueras y raizales y el pueblo Rrom; y espacios de trabajo para ajustar la metodología y la ruta para la concertación de los contenidos del capítulo para cada grupo, que serán formulados y harán parte integral del Plan Decenal de Salud Pública, una vez estos sean expedidos; y que deberán ser adoptados y adaptados en todos los planes de salud territorial e institucional. Se espera que en 2014 Colombia haya incorporado al PDSP el capítulo étnico, el cual definirá los objetivos sanitarios, metas, estrategias y acciones concertadas con los grupos étnicos, como sujetos de derechos, para promover la atención con calidad de acuerdo con las necesidades diferenciales. Las estrategias a seguir con cada grupo étnico están supeditadas al proceso de concertación en los espacios nacionales establecidos por la ley.

Transitoriamente, hasta tanto el capítulo étnico se estructure, obedeciendo a las dinámicas propias de dichos grupos, los responsables de la ejecución del PDSP deberán incluir en sus líneas de acción estrategias sectoriales, transectoriales y comunitarias, las acciones para la atención de las vulnerabilidades de estas poblaciones, con la orientación aquí descrita.

8.1.4.4.2 Objetivos del componente

Asegurar las acciones diferenciales en salud pública para los grupos étnicos tendientes a garantizar el goce efectivo del derecho a la salud y mejorar las condiciones de vida y salud y lograr cero tolerancia con la morbilidad, mortalidad y discapacidad evitables, mediante la formulación del capítulo étnico que será un anexo integral del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021.

8.1.4.4.3 Metas del componente

1. A 2014, Colombia cuenta con un capítulo étnico que desarrolla la ruta de la salud pública para esta población.
2. A 2021, Colombia cuenta con un modelo de atención y prestación de servicios en salud con adecuación etnocultural.

8.1.4.4.4 Estrategias del componente

8.1.4.4.4.1 Planeación en salud con adecuación etnocultural

a. Levantamiento de insumos regionales para el PDSP Capítulo étnico con los pueblos indígenas, las comunidades negras, afrocolombianas, palenqueras y raizales y el Pueblo Rrom, para formular las metas, estrategias y acciones sectoriales, transectoriales y comunitarias que se deben incluir en el capítulo étnico del PDSP.
b. Formulación, concertación y aprobación del capítulo étnico. Para adoptar y operar el capítulo étnico en el marco de la cosmovisión y cosmogonía de los pueblos y en el marco estratégico del PDSP. Adopción, adaptación y armonización del capítulo étnico con los Planes de Salud Territorial y Planes Operativos Anual e Institucional.
c. Desarrollo, implementación, seguimiento y evaluación de modelos de atención en salud con enfoque intercultural, en el marco de la concertación de los grupos étnicos.
d. Consolidación de alianzas con los gestores comunitarios de los diferentes grupos étnicos, para facilitar el desarrollo de modelos y rutas de atención y acceso a los servicios, preservando las raíces culturales de la medicina tradicional y el reconocimiento de los médicos tradicionales y parteras como alternativas de atención en salud bajo estándares definidos.
e. Fortalecimiento de la institucionalidad para responder equitativamente al goce efectivo de derechos, a las necesidades y demandas de los grupos étnicos.
f. Promoción de la seguridad alimentaria y nutricional para los grupos étnicos. Desde los patrones de crianza, dietas y curaciones relacionadas con el concepto de nutrición en contextos indígenas, comunidades negras, afrocolombianas, palenqueras y raizales, y el pueblo Rrom.
g. Información, comunicación y educación en salud, en articulación con la medicina tradicional: adecuación a los imaginarios, tradiciones y valores, entre otros, de la cultura; y en las lenguas propias de los grupos étnicos. Vincular mecanismos y medios alternativos de difusión reconocidos por las comunidades.
h. Entrenamiento a promotores de los pueblos indígenas, del pueblo Rrom y las comunidades negras, afrocolombianas, palenqueras y

raizales sobre promoción de la salud, prevención primaria, vigilancia y control sanitario, para su ubicación estratégica en las zonas que sean priorizadas de acuerdo con los riesgos territoriales.

i. Adecuación de la estrategia de control integral de las enfermedades transmisibles para los pueblos indígenas: desarrollo y concertación de los contenidos de las intervenciones de promoción de la salud, gestión de riesgo en salud y gestión de la salud pública para su adecuación con la medicina tradicional en el marco del Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural SISPI.
j. Investigación sobre la situación en salud de los grupos étnicos, buscando orientar acciones que mantengan la salud, prevengan la enfermedad y la determinación social asociada, para formular estrategias y acciones que mejoren el estado de salud de estas poblaciones.
k. Seguimiento y evaluación en salud a los grupos étnicos, mediante la implementación y desarrollo del Observatorio Nacional de Salud de las Etnias de Colombia (MSPS, Observatorio Nacional de Salud Indígena y Etnias de Colombia, 2013), con el propósito de identificar las líneas de base, seguimiento y evaluación de las estrategias y políticas dirigidas al bienestar de los diferentes grupos étnicos.

8.1.4.5 ***Discapacidad***

8.1.4.5.1 Definición del componente

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

Los Estados partes que han adoptado este tratado internacional reconocen que las personas con discapacidad tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud, sin discriminación por motivos de discapacidad; así mismo, adoptarán las medidas pertinentes para asegurar el acceso de las personas con discapacidad a servicios de salud que tengan en cuenta

además la perspectiva de género y de identidad cultural.

Bajo estas consideraciones, el Plan Decenal de Salud Pública PDSP, 2012-2021, constituye un instrumento de política pública que reconoce a las personas con discapacidad como sujetos de derecho, con necesidades y expectativas específicas que requieren de la intervención transectorial, sectorial y comunitaria, así como, de su participación activa, para consolidar mejores condiciones de vida enmarcadas en la inclusión social.

La atención integral a la salud de las personas con discapacidad está orientada a prevenir la discapacidad en la población general, lo que representa un verdadero reto en materia de salud pública, ya que requiere de un cambio de cultura tanto de la población como de los servidores públicos y del personal de otros sectores, incluyendo la adopción de estilos de vida saludables y de medidas preventivas para reducir los factores de riesgo a lo largo de toda la vida.

Para ello, se contempla la suma de esfuerzos de diversos programas y servicios de prevención de amenazas, riesgos y daños evitables para la salud y la promoción de la salud, evitando o mitigando la aparición de la discapacidad. Incluye también una serie de estrategias y líneas de acción para contribuir a que las personas con discapacidad disfruten del derecho al más alto nivel posible de salud, sin discriminación. Para ello, deben incorporar acciones enfocadas a garantizar la atención integral y la prestación de servicios de rehabilitación con calidad, para mejorar su calidad de vida y favorecer su inclusión social, con absoluto respeto a sus derechos y a su libre decisión.

Es importante recordar que el Plan Decenal de Salud Pública transversaliza la atención diferencial para las personas con discapacidad en todas las dimensiones prioritarias y en sus componentes, y en este capítulo presenta las estrategias específicas que contribuyen a consolidar el acceso efectivo al ejercicio del derecho a la salud en estos grupos poblacionales.

8.1.4.5.2 Objetivos del componente

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

atención médica, habilitación y rehabilitación, desarrolladas en corresponsabilidad por el sector salud, la sociedad y otros sectores, con la finalidad de mejorar el estado de salud para su bienestar y desarrollo integral y sostenible.

2. Generar acuerdos intersectoriales en el marco de las competencias institucionales del nivel nacional y territorial para promover los procesos de inclusión social de las personas con discapacidad.
3. Promover el reconocimiento de las personas con discapacidad como sujetos de derecho, a través del trato digno y la prevención de toda forma de abuso o violencia en el ámbito familiar, comunitario e institucional.
4. Promover estrategias de información, educación y comunicación en salud accesibles para las personas con discapacidad, reconociendo sus necesidades diferenciales.
5. Cualificar la gestión de información en discapacidad que dé cuenta de la situación actual de la discapacidad en el país, su geo-referenciación e inter-operabilidad con otros sistemas, orientada a la generación de conocimiento y a la toma de decisiones para materializar políticas, planes, programas y proyectos que redunden en el ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad.
6. Brindar información y formación a las personas que trabajan en el sector salud y en otros sectores, sobre la discapacidad y sus particularidades frente al derecho a la salud.

8.1.4.5.3 Meta del componente

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

8.1.4.5.4 Estrategias del componente

8.1.4.5.4.1 Articulación y gestión intersectorial

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

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

a. Implementación y evaluación de los planes sectoriales, intersectoriales y territoriales para la atención integral en salud de la población colombiana, donde se estructuren proyectos y programas de atención diferencial para las personas con discapacidad.
b. Identificación de las personas con discapacidad y verificación de necesidades en salud, para brindar atención en promoción de la salud, prevención de enfermedades, detección temprana de la discapacidad e identificación de los factores de riesgo que acentúen una discapacidad existente, y de los factores protectores de la salud, la atención y rehabilitación, según las particularidades de las personas con discapacidad y su grupo familiar.
c. Gestión, seguimiento y evaluación de la adecuación de todos los servicios de salud a las necesidades diferenciales de las personas con discapacidad, asegurando la accesibilidad física, comunicativa y tecnológica a los servicios de salud.
d. Fortalecimiento de las competencias del recurso humano en salud en cualquier modalidad de atención para la atención diferencial, efectiva y con calidad a la población con discapacidad.
e. Implementación de la estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad RBC, como un proceso de desarrollo local inclusivo, de

carácter intersectorial.

f. Desarrollo e implementación de modelos de prestación de servicios de atención en salud, con enfoque de trabajo en equipo interdisciplinario, dirigidos a promover la mayor autonomía e independencia posible en el marco de condiciones de vida digna. Acceso a tecnologías de asistencia y apoyo para las personas con discapacidad, en el marco de los procesos de rehabilitación integral. Autogestión para el uso adecuado de servicios y cuidados, involucrando a los afectados, a los cuidadores y a profesionales de la salud.
g. Desarrollo y organización de la oferta de servicios de salud para la atención de las necesidades diferenciales de las personas con discapacidad. Disposición de redes y rutas disponibles para la atención en salud de la población con discapacidad residente en zonas dispersas. Conexión con servicios de protección social para niños, niñas, adolescentes, jóvenes, adultos y personas mayores con discapacidad, en situación de calle, abandonados o en riesgo de abandono.

8.1.4.5.4.3 Movilización de voluntades políticas para desarrollar proyectos de inversión social

a. Promoción y gestión de estímulos empresariales para la inclusión laboral y productiva, así como la nivelación salarial de personas con discapacidad.
b. Certificación de la condición de discapacidad, a las personas que la requieran.
c. Capacitación en el desarrollo de procesos de gestión para la prestación de los servicios de atención a la población con discapacidad, con la participación de las personas con discapacidad, familia, cuidadores y profesionales que proveen dichos servicios.
d. Seguimiento a la articulación de los planes territoriales de salud pública con los planes de acción de los comités territoriales de discapacidad en el marco del Sistema Nacional de Discapacidad.
e. Generación, seguimiento y evaluación de la adecuación de los sistemas de transporte, vías y señalización vial accesible para las personas con discapacidad.

8.1.4.5.4.4 Promoción de trato digno hacia las personas con discapacidad

a. Promoción de escenarios saludables y de trato digno hacia las personas con discapacidad en los diferentes ámbitos de interacción. Campañas de comunicación, información y educación para la prevención del abandono, maltrato o discriminación hacia las personas con discapacidad en cualquier entorno.
b. Procesos de formación dirigidos a las familias, cuidadores y agentes comunitarios e institucionales en torno a la promoción del trato digno y la prevención de la violencia hacia las personas con discapacidad.
c. Seguimiento a los programas para la prevención del abuso sexual y toda forma de violencia hacia las personas con discapacidad.
d. Programas de protección hacia las personas con discapacidad en situación o riesgo de abandono.

8.1.4.5.4.5 Educación y comunicación en salud

a. Inclusión en todas las publicaciones, metodologías, desarrollos didácticos, planes, estrategias y piezas comunicativas de información y comunicación, de diseños accesibles y lenguajes adaptados a personas con discapacidad. Comunicación alternativa, aumentativa, braille, libro hablado, transcripción en video a lengua de señas, entre otras.
b. Campañas comunicativas, informativas y educativas de difusión de las rutas y mecanismos de acceso a la oferta de programas y servicios para la atención integral a la discapacidad.
c. Gestión y promoción de espacios y mecanismos de diálogo accesibles que garanticen la participación de las personas con discapacidad.
d. Implementación, seguimiento y evaluación de una campaña de información, comunicación y educación en derechos y deberes para las personas con discapacidad.

8.1.4.5.4.6 Gestión de la información y el conocimiento en discapacidad

a. Ampliación de la cobertura del Registro para la Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad RLCPD, en todas las regiones del país.
b. Identificación de la línea de base para el seguimiento y evaluación de las acciones establecidas en el Plan Decenal de Salud Pública

PDSP dirigidas al bienestar de las personas con discapacidad.

c. Investigación permanente sobre la situación en salud de las personas con discapacidad, para prevenir la enfermedad mediante la intervención positiva de los Determinantes Sociales de la Salud.
d. Seguimiento y evaluación en salud a las personas con discapacidad, incluyendo las variables que caracterizan a la población en los diferentes registros administrativos y de seguimiento liderados por el sector salud, con desarrollo e implementación del Observatorio Nacional e Intersectorial de Discapacidad para Colombia.

*8.1.4.6 **Víctimas del conflicto armado interno***

8.1.4.6.1 Definición del componente

El artículo 3º de la Ley 1448 de 2011 (Congreso de la República de Colombia, 2011), define como víctimas a "aquellas personas que individual o colectivamente hayan sufrido un daño por hechos ocurridos a partir del 1º Enero de 1985, como consecuencia de infracciones al Derecho Internacional Humanitario o de violaciones graves y manifiestas a las normas internacionales de Derechos Humanos, ocurridas con ocasión del conflicto armado interno" (Ley 1448 de 2011, Ley para la Reparación Integral de Víctimas del Conflicto Armado, 2011).

En cumplimiento de la Ley 1438 de 2011, el Ministerio de Salud y Protección Social ha realizado acercamientos con la población víctima del conflicto armado a través de los delegados de la mesa transitoria de la Unidad de Víctimas, para definir la metodología y la ruta para la concertación de los contenidos del capítulo específico del Plan Decenal de Salud Pública, que define las directrices relacionadas con la atención de la población víctima del conflicto armado. La formulación de estos contenidos hará parte integral del Plan Decenal de Salud Pública, una vez estos sean expedidos; y deberán ser adoptados y adaptados en todos los planes de salud territorial e institucional.

Transitoriamente, hasta tanto el capítulo para población víctima del conflicto armado se estructure, obedeciendo a las dinámicas propias de la Mesa Nacional de la Unidad de Víctimas, los responsables de la ejecución del PDSP deberán incluir en sus líneas de acción estrategias sectoriales, transectoriales y comunitarias las acciones para la atención de las vulnerabilidades de estas poblaciones, con la orientación aquí descrita.

8.1.4.6.2 Objetivos del componente

Asegurar las acciones diferenciales en salud pública entre la población víctima del conflicto armado tendiente a garantizar el acceso, a mejorar las condiciones de vida y salud y a lograr cero tolerancia con la morbilidad, mortalidad y discapacidad evitables, mediante la formulación del capítulo específico para esta población, que será un anexo integral del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021.

8.1.4.6.3 Metas del componente

A 2014, Colombia cuenta con un capítulo específico en el Plan Decenal de Salud Pública dirigido a garantizar el acceso y mejorar las condiciones de salud entre la población víctima del conflicto armado, incorporado al documento marco del PDSP.

A 2021, Colombia tendrá un modelo de atención integral en salud para población víctima del conflicto armado, en el que las entidades territoriales cuenten con la capacidad técnica para ejecutar y monitorear el programa de atención psicosocial y salud integral para población víctima del conflicto.

8.1.4.6.4 Estrategias del componente

8.1.4.6.4.1 Planeación en salud

a. Construcción conjunta, consulta, formulación, concertación y aprobación del capítulo específico del PDSP para víctimas del conflicto armado, con insumos nacionales y regionales; incluye metas, estrategias, acciones sectoriales, transectoriales y comunitarias. Adopción, adaptación y armonización en los Planes de Salud Territorial y Planes Operativos Anual e Institucional.
b. Implementación y promoción de la ruta PAPSIVI (Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas). Adecuación de la red de servicios y articulación de la estrategia de formación y desarrollo de capacidades para la salud pública en los territorios.
c. Monitoreo, evaluación y seguimiento a lo largo de todo el proceso de implementación del Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas PAPSIVI en las fases de focalización, caracterización, formulación, evaluación y seguimiento de planes de atención con las víctimas del conflicto armado.

d. Implementación, seguimiento y evaluación del Observatorio Nacional de Víctimas y del Observatorio de Violencias (MSPS, Observatorio Nacional de Víctimas de Colombia, 2013), para la identificación de líneas de base, seguimiento y evaluación de las estrategias y políticas dirigidas al bienestar de las víctimas del conflicto armado.
e. Promoción de la participación de las víctimas del conflicto en los comités de justicia transicional y en los comités ampliados de justicia transicional; Comité de Vigilancia Epidemiológica Comunitaria COVECOM Comité de Participación Comunitaria COPACO; veedurías en salud; y en todos los espacios donde las decisiones que se tomen afecten a esta población.
f. Investigación permanente de la situación en salud de las personas víctimas del conflicto armado, buscando orientar acciones que mantengan la salud y prevengan la enfermedad y la determinación social asociada para su intervención.
g. Fortalecimiento de la institucionalidad para responder equitativamente al goce efectivo de derechos, a las necesidades y demandas de las víctimas.
h. Fortalecimiento institucional y preparación específica del talento humano para garantizar la atención en salud con enfoque psicosocial a las víctimas del conflicto armado.
i. Inversión en infraestructura y tecnología sanitaria que garantice el acceso a los servicios de salud de las víctimas del conflicto armado.
j. Articulación nacional-territorial. Fortalecimiento de la estrategia de articulación nación-territorio, que promueva la eliminación de barreras de acceso y fomente el acceso al Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas en los servicios de salud, ajustado con los insumos aportados por los usuarios y la articulación con otros programas, proyectos y estrategias presentes en los territorios.
k. Asistencia humanitaria en casos de emergencia, teniendo en cuenta el hecho victimizante del cual fueron víctimas las personas, familias y comunidades, desde un enfoque psicosocial y diferencial en el marco del conflicto armado.
l. Formación de líderes comunitarios y población en general sobre derechos humanos y el Derecho Internacional Humanitario, que faciliten el ejercicio de verificación de la garantía de los derechos y favorezcan el acceso a servicios de salud con calidad a la población

identificada como víctima del conflicto armado.

8.2 Dimensión fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria para la gestión de la salud

8.2.1 Definición de la dimensión

Con el objetivo de mantener la salud, entendida más allá de la ausencia de enfermedad, la gestión de la salud busca la intervención organizada de la sociedad para promoverla y prolongar la vida, minimizando, y si es posible, eliminando, los comportamientos dañinos y las influencias perjudiciales de factores medioambientales y sociales, y así mismo la respuesta adecuada de los servicios de salud en los casos en que se requieren para prevenir las enfermedades, detectarlas cuando existen y recuperar la salud o, como mínimo, a reducir el sufrimiento y la dependencia (Aboal-Viñas, 2010).

La gestión de la salud pretende, entonces, controlar el riesgo primario, entendido como la probabilidad de aparición de nueva morbilidad, y controlar el riesgo técnico, entendido como la probabilidad de ocurrencia de eventos derivados de fallas de atención en los servicios de salud y de la mayor carga de enfermedad por mortalidad evitable y discapacidad.

Para garantizar la gestión en salud existe el Sistema Sanitario compuesto por múltiples elementos institucionales nacionales y locales, que se articulan con la finalidad o propósito de contribuir al bienestar de la población mediante un conjunto de actividades proactivas y reactivas necesarias para reducir al mínimo la vulnerabilidad de la salud colectiva y gestionar adecuadamente las respuestas para la detección temprana del riesgo, el daño individual, la reparación y recuperación de la salud.

Dentro del Sistema Sanitario existe la Autoridad Sanitaria que desde su organización tiene tres niveles escalonados de acuerdo con su jurisdicción. En el nivel nacional se encuentra el Ministerio de Salud y Protección Social, el Instituto Nacional de Salud y el INVIMA; así mismo, para la adecuada respuesta ante los eventos de interés en salud pública, ejercen funciones puntuales las aseguradoras o quien haga sus veces, y por complementariedad temática sanitaria, también se encuentra el ICA, dependiente del Ministerio de Agricultura. En el nivel intermedio se encuentran las direcciones territoriales de salud y los laboratorios departamentales y distritales de salud pública, y en el nivel local las

direcciones locales de salud y los puntos de entrada al país.

La dimensión transversal “Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria para la gestión de la salud“ tiene como objetivo lograr que las autoridades sanitarias nacionales y locales recuperen, desarrollen o perfeccionen, sus capacidades básicas para actuar como planificadores e integradores de las acciones relacionadas con la producción social de la salud dentro y fuera del sector salud, y de la respuesta propia del sector, teniendo en cuenta dos tipos de capacidad: la *capacidad de medios*, es decir, que cuenten con los medios y procesos necesarios y dispuestos, de tal manera que puedan hacer lo que les corresponde y ejecutarlo en forma óptima; y la capacidad de resultados, por cumplimiento de su finalidad (Universidad Nacional, 2011); capacidades que deben reflejarse en el cumplimiento óptimo de las funciones de: *regulación, conducción, gestión financiera, vigilancia epidemiológica y sanitaria, movilización social, ejecución de las acciones colectivas, garantía del aseguramiento y la provisión adecuada de servicios de salud*.

Con este fortalecimiento se espera que puedan lograr la corresponsabilidad de todos los sectores y actores para afectar positivamente los determinantes sociales y económicos de la salud, propiciar condiciones de vida y desarrollo sostenible, y que desde el sector salud se contribuya efectivamente con lo de su competencia.

A continuación se establecen los objetivos sanitarios, metas y estrategias para el fortalecimiento de la autoridad sanitaria y de los servicios de salud. Cabe aclarar que en el interior de las ocho dimensiones prioritarias y en la dimensión transversal, gestión diferencial de poblaciones vulnerables, se desarrollan acciones específicas de gestión de la salud pública.

8.2.2 Objetivos de la dimensión

1. Disminuir el riesgo primario en la población, es decir, la aparición de nueva morbilidad, evidenciada por la disminución de la incidencia de los eventos.
2. Controlar el riesgo técnico, entendido como la disminución de los eventos derivados de fallas de atención en los servicios de salud, y de la mayor carga de enfermedad por mortalidad y discapacidad evitable.

8.2.3 Metas de la dimensión

1. A 2021, Colombia cuenta con cobertura universal en salud con acceso efectivo a los servicios de atención equiparables entre zona urbana y rural y entre el quintil más pobre y el quintil más rico.
2. A 2021, Colombia ha implementado el Sistema de Garantía de la Calidad en los Servicios de Salud individuales y colectivos.
3. A 2021, Colombia basa su modelo de atención en salud en la estrategia de Atención Primaria en Salud.
4. A 2021, Colombia cuenta con talento humano suficiente y calificado para responder a la demanda de servicios de salud.
5. A 2021, Colombia alcanza acceso universal a la prestación de servicios farmacéuticos esenciales, con énfasis en las enfermedades priorizadas.
6. A 2021, Colombia cuenta con el Sistema de Información Integrado y Observatorios de Salud Pública, que serán utilizados como fuente única de información en salud por las entidades territoriales, las aseguradoras, o quien haga sus veces, los prestadores de servicios de salud y los organismos de control; el Sistema proveerá información y evidencia sobre desigualdades sociales y económicas e inequidades en salud, necesaria para orientar políticas e intervenciones en los territorios y grupos vulnerables.
7. A 2021, Colombia opera el Sistema de Vigilancia en Salud Pública en todo el territorio nacional, y lo integra a los sistemas de vigilancia y control sanitario, e inspección, vigilancia y control, en coordinación con las entidades territoriales, las aseguradoras, o quien haga sus veces, los prestadores de servicios de salud, los organismos de control y los institutos adscritos.
8. A 2021, toda persona tendrá la misma opción de acceso efectivo a los servicios de salud y a fluir eficientemente dentro de ellos de acuerdo con su riesgo, sin diferencias urbanas, rurales o de ingresos.
9. A 2021, todos los prestadores de servicios de salud habrán logrado un enfoque anticipatorio o de gestión del riesgo y desarrollado la máxima resolutividad de acuerdo con su ubicación en la red.
10. A 2021, los servicios de salud competirán, basándose en los resultados de salud que producen, por lo que la garantía de la calidad y humanización será parte inherente de la cultura de todas las instituciones.

11. A 2021, los eventos evitables en salud y los desenlaces no deseados serán el principal marcador de resultado para la evaluación de los servicios de salud.

8.2.4 Componentes de la dimensión

1. Fortalecimiento de la autoridad sanitaria.

8.2.4.1 Fortalecimiento de la autoridad sanitaria

8.2.4.1.1 Definición del componente

Busca que la Entidad Territorial mejore su función como autoridad sanitaria, mediante el ejercicio de planificación e integración de las acciones relacionadas con la producción social de la salud, dentro y fuera del sector salud, y con la respuesta del sector, por medio del fortalecimiento de la *regulación, conducción, gestión financiera, fiscalización, vigilancia epidemiológica y sanitaria, movilización social, ejecución de las acciones colectivas y garantía del aseguramiento y la provisión adecuada de servicios de salud.*

La autoridad sanitaria, en su organización, tiene tres niveles escalonados de acuerdo con su jurisdicción. En el nivel nacional se encuentran el Ministerio de Salud y Protección Social MSPS, el Instituto Nacional de Salud INS y el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos INVIMA; así mismo, para la adecuada respuesta ante los eventos de interés en salud pública, ejercen funciones las aseguradoras o quien haga sus veces; por su complementariedad temática sanitaria también se encuentra el Instituto Colombiano Agropecuario ICA, dependiente del Ministerio de Agricultura. En el nivel intermedio se encuentran las Direcciones Territoriales de Salud y los Laboratorios Departamentales y Distritales de Salud Pública; y en el nivel local las Direcciones Locales de Salud, los prestadores de servicios y los puntos de entrada al país.

8.2.4.1.2 Objetivos del componente

1. Lograr que en todas las políticas de todos los sectores se incorpore como uno de sus objetivos el logro del bienestar y la reducción de inequidades a través del abordaje de los Determinantes Sociales de la Salud.

2. Lograr la descentralización efectiva y eficiente del sector salud, mediante la recuperación de las capacidades básicas indelegables de la autoridad sanitaria.
3. Garantizar de manera efectiva el acceso a los planes de beneficios en salud (individuales y colectivos) para toda la población.
4. Garantizar la protección financiera, de manera que los eventos de enfermedad o daño no signifiquen la afectación de los recursos de la canasta básica y ahorros financieros de los individuos o su familia.

8.2.4.1.3 Estrategias del componente

8.2.4.1.3.1 Fortalecimiento de la regulación:

8.2.4.1.3.1.1 Plan de fortalecimiento de la rectoría nacional de la salud pública:

a. Plan Decenal de Salud Pública PDSP: definición de dimensiones prioritarias para la vida desarrolladas en objetivos, metas y estrategias, con especificidad territorial y enfoque diferencial, acotadas para ser alcanzables y circunscritas a las competencias de los diferentes actores dentro del Sistema. Las metas e indicadores no están suscritos al sector salud ni dentro de él, no son exclusivos de los servicios.
b. Fortalecimiento de la promoción de la salud: recuperación del significado del término y el alcance de la intervención del trabajo intersectorial con acciones que buscan fomentar las capacidades humanas y generar en las comunidades e individuos las oportunidades para asumir estilos de vida que reduzcan su vulnerabilidad, siendo parte activa del proceso para la mejoría de las condiciones del entorno; y lograr el desarrollo de una *cultura de la salud.* Este fortalecimiento se logra mediante acuerdos intersectoriales de alto nivel, acuerdos nación-región y con el fortalecimiento del liderazgo de la autoridad territorial para convocar a todos los sectores.
c. Reestructuración de los programas nacionales como Estrategias de Gestión Integrada EGI: incluye la definición de los temas que deben tener enfoque programático en el país; se retoma y unifica la orientación técnica basada en evidencias, y se acompaña su implementación nacional con recursos descentralizados, creando

capacidades operativas en los territorios.

d. Plan de recuperación de capacidades sanitarias básicas de las entidades territoriales:

- Desarrollo del modelo de asistencia territorial unificado.
- Desarrollo de criterios de habilitación para entidades territoriales basados en las funciones esenciales de la salud pública.

e. Estrategia Nacional de Comunicación en Salud: desarrolla el concepto de *mercadeo social*, como estrategia de comunicación y modificación de comportamientos críticos de las poblaciones para cada uno de los temas prioritarios; se direcciona desde el Ministerio de Salud y Protección Social y se despliega en todo el territorio nacional a entidades y a la población general, a través de las áreas de comunicación de las entidades territoriales departamentales, distritales y municipales, y de las aseguradoras o de quien haga sus veces.

- Desarrollo del Comité Nacional de Comunicación en Salud.

f. Actualización del Sistema Nacional de Vigilancia: incluye la redefinición de eventos objeto de vigilancia, indicadores específicos de seguimiento, modelos de vigilancia de cada uno y flujos de información en doble vía. Con participación de autoridades sanitarias nacionales, distritales y locales, aseguradoras y prestadores, así como de la comunidad y entidades de otros sectores.

- Plan de Recuperación de la Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública.

8.2.4.1.3.1.2 Desarrollo del Sistema de Información en Salud SISPRO:

a. Bodega de Datos Única en Salud, que integra las bases de datos que contienen información de personas, recursos y cuentas en salud, para acceso a través del sistema de observatorios temáticos, o su consolidación en el Observatorio Nacional de Salud o a través de consultas a cubos y sus salidas en tablas o mapas, para uso de todos los actores y sectores.

b. Desarrollo del proceso de mejoramiento continuo de fuentes primarias de información en su calidad, cobertura y oportunidad, mediante procesos de gestión de cada fuente y convenios de cooperación interadministrativos con el Departamento Administrativo de Estadísticas DANE y otras entidades públicas y privadas.

c. Agenda Nacional Única de Estudios Poblacionales en Salud.

- Desarrollo del Sistema de Salud Electrónico, con todos sus componentes:

✓ *e-learning* (aprendizaje virtual)
✓ *m-health* (salud móvil)
✓ Telesalud
✓ Inter-operabilidad
○ Semántica (codificaciones)
○ Sintáctica (técnica)
✓ Portabilidad de datos clínicos mínimos en todo el territorio nacional

8.2.4.1.3.1.3 Desarrollo del Sistema de Gestión del Conocimiento en Salud:

a. Comité de investigaciones en salud para la priorización y orientación de la agenda nacional de los estudios poblacionales y ciencia, tecnología e innovación.
b. Alianzas entre el Ministerio de Salud y Protección Social, instituciones de Educación Superior y demás actores pertinentes para el desarrollo de investigación y formación en salud pública y sistemas de salud, orientadas a promover la oferta, la innovación, el desarrollo y la producción, tanto de medicamentos estratégicos como de servicios en salud de acuerdo con las necesidades nacionales.
c. Posicionamiento de la Biblioteca Virtual en Salud BVS en diferentes los territorios del país, apropiando experiencias exitosas de promoción de la salud, gestión de riesgo en salud y gestión de la salud pública.

8.2.4.1.3.1.4 Estrategia de articulación intersectorial y transectorial:

a. Puesta en marcha de la Comisión Intersectorial de Salud Pública, la cual tendrá como fin coordinar y armonizar las políticas, planes, programas y acciones sobre los Determinantes Sociales de la Salud, siendo esta la instancia de concertación entre los diferentes sectores involucrados, y de seguimiento a las acciones transectoriales incluidas en el Plan Decenal de Salud Pública PDSP.
b. Abogacía con otros sectores para la reducción de inequidades sociales a través del abordaje de los Determinantes Sociales de la Salud y sus beneficios para el desarrollo, salud y bienestar del país.
c. Gestión para el fortalecimiento de las Comisiones Nacionales

Intersectoriales de Vigilancia en Salud Pública, Red Nacional de Laboratorios, Sanidad Portuaria, y otras de seguridad sanitaria, para la ejecución de acciones de manera integrada y continua, que impacten y permitan la toma de decisiones en salud pública.

8.2.4.1.3.1.5 Estrategia de armonización de la cooperación internacional para el Plan Decenal de Salud Pública PDSP:

a. Gestión de oferta y demanda de cooperación internacional: incluye la promoción, articulación, intercambio y coordinación del sector salud, apoyándose en las experiencias y conocimientos de los países socios, en función de las demandas de cooperación internas y la transferencia de los conocimientos propios que beneficien a los países cooperantes en el marco de una agenda de cooperación técnica definida por el país, focalizando los temas prioritarios definidos en el PDSP y los territorios.
b. Fortalecimiento de las capacidades de gestión en cooperación y relaciones internacionales: fomenta la transferencia de conocimientos de otros países mediante capacitación, suministro de información confiable, oportuna y consolidada, acceso a herramientas e instrumentos para la gestión, operación, seguimiento y evaluación en salud.
c. Relaciones internacionales del sector salud: moviliza la articulación y participación del sector salud y de otros sectores en escenarios internacionales, gestión de la política internacional y desarrollo de procesos operativos bilaterales o multilaterales en zonas de fronteras y de seguridad sanitaria.

8.2.4.1.3.2 Estrategias para el fortalecimiento de la conducción:

8.2.4.1.3.2.1 Análisis de Situación de Salud ASIS, con enfoque de determinantes sociales:

a. Guía metodológica nacional: incluye la transferencia de metodología única de construcción y uso de la información, instrumentos y herramientas, y asistencia técnica, que permitan el Análisis de Situación de Salud con enfoque de determinantes sociales para la identificación de las desigualdades e inequidades en salud en lo local, distrital, departamental y nacional.

b. Acceso al Sistema Integral de Información de la Protección Social SISPRO para todas las entidades departamentales, distritales y municipales, para uso de la información de los observatorios o consultas para el territorio; y al sitio colaborativo del Plan Decenal de Salud Pública para disponer de información de la consulta ciudadana del PDSP en los territorios y los Análisis de Situación de Salud ASIS locales ya elaborados.

8.2.4.1.3.2.2 Fortalecimiento de las capacidades locales de gestión de la salud pública:

a. Desarrollo del curso de fortalecimiento de las competencias indelegables de la autoridad sanitaria: planeación territorial en salud, uso práctico del SISPRO para la gestión en salud, elaboración, uso y monitoreo del ASIS, elaboración de planes financieros de las entidades territoriales, diseño y gestión de la red de prestación de servicios sociales y de salud en el territorio, gestión de vigilancia en salud pública y del riesgo, para ser desplegado por el Ministerio de Salud y Protección Social a las entidades territoriales departamentales y distritales, y por estas a los demás municipios conforme con su categoría.
b. Desarrollo de Caja Herramientas para la Gestión Territorial: incluye el desarrollo de metodologías, guías e instrumentos de planeación en salud, financiera y operativa, y para el seguimiento a la operación del plan de salud en los territorios, con sus componentes de acciones colectivas, acciones transectoriales de promoción de la salud y acciones individuales.

8.2.4.1.3.2.3 Fortalecimiento de medios y recursos territoriales:

a. Ajuste de la política del talento humano para las entidades territoriales con enfoque de competencias en el marco de las funciones descentralizadas de los territorios, con armonización de la regulación e incentivos para la formación y desempeño, y re-certificación.
b. Desarrollo de metodología de estimación de personal requerido para que se disponga en los territorios de talento humano en salud con capacidad para: gestionar y coordinar acciones intersectoriales y transectoriales en salud pública, planificar, apoyar técnicamente la

construcción de criterios de asignación de los recursos y gerenciamiento de las intervenciones de salud pública bajo el enfoque diferencial, y brindar asistencia técnica y hacer auditoría a los procesos de gestión del riesgo en salud en las aseguradoras o quien haga sus veces, en Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud IPS y Administradoras de Riesgos Laborales ARL, de acuerdo con las competencias.

8.2.4.1.3.2.4 Normalización de las acciones colectivas para la salud pública

a. Direccionamiento, acompañamiento metodológico y técnico para el rediseño de las intervenciones colectivas en salud pública bajo los enfoques del PDSP.
b. Definición por parte del Ministerio de Salud y Protección Social de los mecanismos y condiciones para la prestación o desarrollo de las intervenciones colectivas de salud pública con las Empresas Sociales del Estado, universidades, profesionales independientes, entre otros.
c. Desarrollo de estándares de calidad y procesos de verificación para las acciones colectivas para la salud pública.

8.2.4.1.3.3 Estrategias para fortalecer la gestión administrativa y financiera

8.2.4.1.3.3.1 Control del exceso de demanda, exceso de frecuencias de uso y sobrecosto en los servicios de salud:

a. Fortalecimiento de prácticas de buen gobierno en el sector salud como instrumento de lucha contra la corrupción del sector, mediante la aplicación de los principios de transparencia, acceso a la información pública, participación social y rendición de cuentas.
b. Desarrollo y apropiación de mecanismos administrativos, fiscales y sancionatorios para el control adecuado de los recursos para la salud y de la evasión de la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud.
c. Desarrollo de un mecanismo de seguimiento al costo por patología: por prestador, entidad territorial y por aseguradora o quien haga sus veces.
d. Publicación del rango de frecuencias de uso por tipo de servicio, observadas por región, por prestador y por aseguradora o quien

haga sus veces.

e. Desarrollo de sistema de seguimiento al comportamiento estadístico y epidemiológico de tecnologías trazadoras, para identificar desviaciones en frecuencia o valor por prestador, entidad territorial y usuario, que permite evitar el fraude.
f. Desarrollo del Programa Nacional de Gestión del Policonsultador para ser implementado en todos los prestadores de servicios públicos y privados.

8.2.4.1.3.3.2 Garantía de suficiencia del reconocimiento per cápita en el sistema:

a. Ajuste de primas para la ampliación del Plan Obligatorio de Salud POS a partir de los resultados de evaluación de la evidencia costo-efectividad de las tecnologías en salud y estudios de suficiencia de la Unidad de Pago por Capitación UPC.
b. Ajuste de primas con incorporación de mayor número de variables predictoras del costo en salud.
c. Ajustes *ex-post* y re-aseguros para patologías y eventos que no puedan ser ajustados correctamente por el ajuste *ex-ante* y ocasionen concentración de riesgos y distorsiones del gasto en salud, de acuerdo con la pertinencia de cada mecanismo, según el evento.
d. Inclusión y exclusión dinámica de patologías a la denominación o listado de alto costo, mediante criterios técnicos de ingreso y egreso.
e. Implementación de mecanismos de incentivos financieros por resultados en Gestión del Riesgo en Salud y obtención de resultados en salud.

8.2.4.1.3.3.3 Plan de saneamiento fiscal y financiero:

a. Plan de salvamento a las Empresas Sociales del Estado ESE, con pago incremental de la deuda del sector salud.
b. Plan de saneamiento y reestructuración financiera de las entidades territoriales.

8.2.4.1.3.3.4 Desarrollo del Sistema de Evaluación de Costo-Beneficio / Efectividad de Tecnologías en Salud y los mecanismos de referenciación de mercado:

a. Implementación del Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud IETS, y del proceso que incorpora en el sistema la evaluación de toda nueva tecnología en salud que ingrese al país, mas allá de la eficacia y las buenas prácticas de producción.
b. Formulación, adopción y evaluación de la política de dispositivos médicos y tecnologías biomédicas, en coordinación con las demás autoridades competentes.
c. Desarrollo de la Política Farmacéutica Nacional.

8.2.4.1.3.4 Estrategias para el Fortalecimiento de la Vigilancia Epidemiológica y Sanitaria:

8.2.4.1.3.4.1 Plan de recuperación de las capacidades básicas del sistema de vigilancia y respuesta en salud pública e IVC para la seguridad sanitaria:

a. Consolidación, desarrollo y direccionamiento de todos los componentes de la vigilancia demográfica, epidemiológica, de Gestión de Servicios de Salud, de ambiente, alimentos, bebidas, medicamentos y dispositivos médicos, desarrollando capacidades nacionales y locales para poder realizar asistencia técnica e Inspección, Vigilancia y Control IVC.
b. Plan de recuperación de la Red Nacional de Laboratorios departamentales.

8.2.4.1.3.4.2 Proceso de actualización y modernización del Sistema Nacional de Vigilancia (SIVIGILA):

a. Desarrollo y actualización de instrumentos, modelos de vigilancia del sistema y sus subcomponentes, vigilancia en salud pública y vigilancia sanitaria, y el componente de Inspección, Vigilancia y Control IVC.

8.2.4.1.3.5 Estrategias para garantizar el aseguramiento y provisión adecuada de servicios de salud:

8.2.4.1.3.5.1 Gestión de la oferta de servicios:

a. Estudio nacional de la suficiencia de la red de servicios con proyección hacia la organización de redes de atención en salud y protección social que posibilite el logro de la cobertura efectiva con enfoque diferencial y etnocultural.
b. Actualización y desarrollo de los estándares de habilitación y calidad diferenciales en prestación de servicios de atención de acuerdo con la oferta disponible, al desarrollo tecnológico territorial, privilegiando la recuperación de capacidades básicas del talento humano en los municipios 4, 5 y 6 y zonas de frontera.
c. Direccionamiento y asistencia técnica para el desarrollo del enfoque de gestión de riesgo en salud por parte de las aseguradoras o las que hagan sus veces en los niveles locales.
d. Definición de flujos de información entre el Ministerio de Salud, las Secretarías de Salud, las aseguradoras o quien haga sus veces y los prestadores de servicios de salud, con la adecuada utilización del Sistema único de Información en Salud SISPRO, para evitar la duplicidad de requerimientos y flujos paralelos de información.
e. Desarrollo e implementación de modelos diferenciales de atención y de prestación de servicios, para grupos étnicos y población localizada en zonas dispersas.
f. Desarrollo e implementación de modelos especiales de cuidado integral a las víctimas de las diferentes formas de violencia social y a personas con enfermedades huérfanas y cáncer, para ser implementados en los prestadores de servicios de salud que atiendan estas poblaciones.
g. Fortalecimiento de las Tecnologías de la Información y la Comunicación TIC para mejorar los procesos administrativos que garanticen la oportunidad en el aseguramiento y la prestación de los servicios de salud, la portabilidad de los datos clínicos, el acceso a servicios mediante telemedicina en territorios priorizados.
h. Promoción de mecanismos de participación ciudadana para el control de la provisión de servicios de salud.
i. Gestión de los recursos para la atención en salud de la población pobre no cubierta con subsidios a la demanda y su transformación a

subsidios a la demanda.

8.2.4.1.3.5.2 Política Farmacéutica Nacional:

a. Desarrollo del mecanismo de monitoreo del cumplimiento efectivo del acceso universal a la prestación de servicios farmacéuticos esenciales, en enfermedades transmisibles, de la reproducción y nutrición, crónicas no transmisibles y lesiones de causa externa.
b. Fortalecimiento del sistema de alertas (Farmacovigilancia) que incluya la vigilancia activa de medicamentos de interés, vigilancia de usos no autorizados, errores de medicación, la publicidad farmacéutica y calidad de medicamentos, así como planes de gestión de riesgo.

8.2.4.1.3.5.3 Eliminación de barreras de acceso a servicios de salud:

a. Eliminación de barreras de acceso por negación de la atención debido a deudas entre asegurador y prestador:
- Mecanismo de giro directo a prestadores.
- Desarrollo de criterios de habilitación y evaluación de aseguradores o quien haga sus veces en función del cumplimiento de la gestión del riesgo en su población y adecuadas condiciones administrativas y financieras.
- Propuestas de reforma estructural para el reconocimiento y pago.

b. Eliminación de barreras de acceso por falta de oportunidad o falta de oferta:
- Desarrollo de mecanismo nacional de monitoreo directo de oportunidad en los servicios de salud.
- Desarrollo de propuestas de adaptación del modelo operativo para la utilización de medios alternativos eficientes para la consulta especializada (telemedicina, consulta especializada grupal para pacientes de programa en seguimiento etc.).
- Desarrollo metodología de estimación de la oferta requerida para ser implementada por las entidades territoriales.

c. Eliminación de barreras de acceso por dispersión geográfica y limitaciones en vías y medios de comunicación:
- Estrategia de atención primaria con equipos extramurales resolutivos.
- Estrategias de telesalud para territorios priorizados.
- Mantenimiento de recursos de subsidio a la oferta de prestadores

seleccionados.

d. Eliminación de barreras de acceso por no cobertura:

- Propuestas de reforma estructural del plan de beneficios.

8.2.4.1.3.5.4 Modelo Atención Primaria en Salud:

a. Desarrollo de un modelo de atención adaptado a las condiciones territoriales para garantizar acceso real mediante mecanismos acordes con cada territorio (equipos extramurales, telemedicina, disposición de medios para incrementar la capacidad resolutiva en puntos de primer contacto, personal de salud diferencial en áreas rurales y dispersas).
b. Estrategia de Operador Integrado para el Manejo de la Población y el aseguramiento en zonas especiales.
c. Desarrollo de redes regionales con integración de servicios básicos y servicios de alta complejidad disponibles en áreas urbanas.
d. Énfasis en la atención al medio ambiente y a la intervención de los Determinantes Sociales de la Salud.
e. Redefinición de procesos operativos entre entidades territoriales, prestadores y aseguradores, o quien haga sus veces, para lograr acciones articuladas y sinérgicas, y suma funcional de los recursos del sistema, recuperación del rol definido con corrección de las distorsiones y desarrollo del nuevo modelo operativo con enfoque diferencial.

8.2.4.1.3.5.5 Política Nacional del Talento Humano en Salud:

a. Promover los cambios normativos orientados a establecer las condiciones e incentivos que permitan y promuevan: formalización laboral, salarios adecuados, formación continua, trabajo en equipo, resolutividad, desarrollo personal y profesional (Ministerio de Salud, Ministerio de Trabajo, Departamento Administrativo para la Función Pública DAFP, Ministerio de Hacienda).
b. Establecer los requerimientos de talento humano de las entidades territoriales necesarios para la implementación del Plan Decenal de Salud Pública; y, con base en lo anterior, establecer y ejecutar un programa de capacitación y apoyo técnico nacional, priorizando las regiones con mayores necesidades en este campo (Ministerio de Salud, departamentos, municipios, Escuela Superior de

Administración Pública ESAP, Servicio Nacional de Aprendizaje SENA).

c. Definir, desarrollar e incorporar en los procesos de educación formal y continua, las competencias del talento humano requeridas para el fortalecimiento e implementación de la estrategia de Atención Primaria en Salud APS y los programas nacionales, las actividades colectivas y la gestión en salud pública (Ministerio de Salud, Ministerio de Educación, SENA, Academia Nacional de Medicina, Asociaciones de Facultades del Área de la Salud, Colegios Profesionales, Mesa Sectorial de Salud).

8.2.4.1.3.5.6 Estrategia para incrementar la resolutividad y disponibilidad de talento humano en salud:

a. Plan de fortalecimiento de la resolutividad del médico general ya egresado.
b. Plan de fortalecimiento del pensum académico para médicos generales en formación.
c. Acciones para incrementar la disponibilidad de médicos en territorio rural disperso, mediante Servicio Social Obligatorio SSO con incentivos especiales.
d. Acciones para incrementar la formación y disponibilidad de especialistas de acuerdo con la oferta faltante y su ubicación estratégica en el territorio nacional.
e. Acciones para aumentar la disponibilidad de personal de salud en las comunidades étnicas mediante incentivos para estudiantes que provengan y retornen a sus comunidades.
f. Promover la apertura de programas y cupos para la formación de los perfiles requeridos para la implementación del Plan Decenal de Salud Pública y la estrategia de Atención Primaria en Salud APS así como incentivos para la incorporación de estos perfiles en plantillas de las instituciones del sistema de salud. (Ministerio de Salud, Ministerio de Educación). Plan de regularización del personal de salud complementario de acuerdo con el territorio (auxiliares de salud pública, promotores de salud de las propias comunidades, microscopistas, parteras, técnicos de saneamiento ambiental, técnicos de telemedicina etc), en zonas específicamente seleccionadas.

g. Diseñar y ejecutar un programa de formación para parteras comunitarias y agentes comunitarios para laborar en zonas específicamente seleccionadas, enfocado en la formación de competencias que armonicen sus conocimientos, con prácticas seguras y articulación con el sistema de salud (Ministerio de Salud, Servicio Nacional de Aprendizaje SENA, Direcciones Territoriales de Salud correspondientes).

8.2.4.1.3.5.7 Implementación del Mecanismo de Evaluación de Actores del Sistema por Resultados en Salud:

a. Generación y publicación de un tablero de indicadores específicos para cada tema priorizado en el Plan, atribuibles a cada actor. Permitirá dar información objetiva al usuario, que apoye la libre elección, cimentar la competencia basada en resultados y la transformación de los servicios de salud hacia el enfoque de gestión del riesgo. Vincula asistencia técnica, lineamientos y publicación de experiencias exitosas.

9. RESPONSABILIDADES DE LOS ACTORES DEL SECTOR SALUD EN EL PDSP, 2012-2021

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

9.1 De la nación

1. Realizar el Análisis Nacional de la Situación de Salud ASIS, con el modelo y enfoques del PDSP para la identificación de las inequidades en salud.
2. Armonizar el Plan Decenal de Salud Pública PDSP, 2012-2021, con el Plan Nacional de Desarrollo, las políticas públicas nacionales y territoriales, y los compromisos internacionales en el marco de los Determinantes Sociales de la Salud.
3. Seguimiento, evaluación, actualización de metas y estrategias del PDSP, mediante la gestión y articulación de procesos de concertación con los actores sectoriales, transectoriales y comunitarios.
4. Diseñar y desarrollar las metodologías, lineamientos, instrumentos para el monitoreo, seguimiento, evaluación de la gestión del talento humano, los recursos técnicos, administrativos, financieros, del PDSP, armonizados con los instrumentos del Plan Nacional de Desarrollo y con los otros instrumentos de la gestión pública nacional, Presupuesto Anual de Resultados y Banco de Programas y Proyectos, conforme a los lineamientos del Departamento Nacional de Planeación DNP.
5. Aprobar planes plurianuales, planes bienales de inversiones públicas y el Plan Operativo Anual, de conformidad con lo establecido en los artículos 39 y 40 de la Ley 152 de 1994.
6. Promover en el marco de sus competencias las acciones de gestión diferencial definidas en las dimensiones prioritarias y transversales del PDSP, y aquellas dirigidas a garantizar el derecho a la salud de las personas privadas de la libertad.
7. Dirigir y desarrollar los Sistemas de Vigilancia en Salud Pública, Vigilancia Sanitaria, e Inspección, Vigilancia y Control de la Gestión del Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS.

8. Dirigir y desarrollar la Red Nacional de Laboratorios, e integrar los laboratorios nacionales de referencia, los laboratorios departamentales y del distrito capital, en la gestión del Sistema de Vigilancia en Salud P.ública
9. Coordinar la participación activa de los organismos del sector salud y ,a el desarrollootros sectores del ámbito nacional y territorial par y ,gestión y evaluación del Sistema de Vigilancia en Salud Pública .brindar la asistencia técnica y capacitación requeridas
10. Dirigir la incorporación de la Estrategia de Atención Primaria .APS en el PDSP
11. o de la Comisión adoptar y apoyar el desarroll ,Crear ,para coordinar el seguimiento ,Intersectorial de Salud Pública estrategias y acciones que inciden ,evaluación y ajuste de metas .sobre los Determinantes Sociales de la Salud
12. Fortalecer las capacidades básicas de los funcionarios que respetando la ,rrollan los procesos de participación socialdesa así ;las diferencias y los intereses de las comunidades ,autonomía como levantar lineamientos técnicos de las acciones transversales .para la gestión diferencial de poblaciones vulnerables
13. promover y articular las formas de ,desarrollar ,Definir las ,la sociedad ,la familia ,participación de los individuos las ,las entidades no gubernamentales ,organizaciones comunitarias los gremios y el sector ,mutuales ,solidarias ,instituciones asociativas seguimiento y ,difusión ,ado de la economía en la formulaciónpriv .del PDSP evaluación
14. coordinar y articular espacios de participación ,promover ,Definir de la academia en los procesos de planificación sectorial e seguimiento y ,ejecución ,intersectorial para la formulación .evaluación del PDSP
15. Fortalecer la capacidad de la autoridad sanitaria nacional y territorial para la gestión en los procesos de elaboración de planes y .seguimiento y evaluación del PDSP ,proyectos
16. Instituto ,alud INSInstituto Nacional de S Coordinar con el ,Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos INVIMA la ,e instituciones adscritas ,Instituto Nacional de Cancerología INC seguimiento y ,participación en el proceso de implementación .evaluación del PDSP
17. os responsables de la política de talento Definir y coordinar con l

la formación de las profesiones y ocupaciones en ,humano en salud seguimiento y ,ejecución ,salud que se requieren para la formulación .evaluación del PDSP

18. Desarrollar el proceso de asistencia técnica territorial, asegurando los recursos financieros, tecnológicos y humanos requeridos.
19. Brindar asesoría y asistencia técnica a los territorios, Entidades Promotoras de Salud EPS (o quien haga sus veces), Instituciones Prestadoras de Salud IPS, Administradoras de Riesgos Laborales, actores sectoriales, transectoriales y comunitarios, para la elaboración del Análisis de la Situación de Salud ASIS, la planeación, seguimiento y evaluación del Plan Decenal de Salud Pública PDSP y los planes territoriales de salud.
20. Promover, orientar y dirigir el desarrollo de investigaciones periódicas y sistemáticas sobre las necesidades y problemas de salud de la población, y la respuesta sectorial, transectorial y comunitaria, que provean evidencia para el ajuste del PDSP.
21. Promover, orientar y dirigir el diseño, operación, análisis y comunicación de los estudios de impacto del PDSP.
22. Realizar el seguimiento de los resultados, a través del Observatorio del PDSP, y dirigir el monitoreo y evaluación del PDSP.
23. Concertar con los diferentes organismos de inspección, vigilancia y control del ámbito nacional, un mecanismo unificado para adelantar las auditorías correspondientes dirigidas a las entidades territoriales.
24. Definir, promover y coordinar acciones para la divulgación y difusión del impacto en las condiciones de salud y calidad de vida de la población, de conformidad con el seguimiento y la evaluación del PDSP.
25. Disponer para la ciudadanía información completa, oportuna y veraz de la forma como avanza la implementación y ejecución del PDSP, con el fin de facilitar el ejercicio de control social.
26. Desarrollar una cultura del buen gobierno, del manejo de información financiera y contable de los recursos de salud, y de rendición de cuentas anual de los resultados en salud de acuerdo con la normatividad vigente.

9.2 De la nación en la coordinación intersectorial

En concordancia con las competencias establecidas en las normas legales, corresponde al Ministerio de Salud y protección Social abogar por la inclusión de acciones intersectoriales y transectoriales que influyan en los Determinantes Sociales de la Salud:

1. Promover y orientar el desarrollo de la Comisión Intersectorial de Salud Pública, para el seguimiento, evaluación y ajuste de metas, estrategias y acciones que inciden sobre los Determinantes Sociales de la Salud.
2. Definir, orientar y articular, en el marco de sus competencias, la acción de los diferentes sectores para la ejecución, seguimiento y evaluación de los determinantes sociales en el PDSP.
3. Definir, promover y propiciar los espacios de participación y articulación sectorial, transectorial y comunitaria para negociar las intervenciones sobre los Determinantes Sociales de la Salud de mayor impacto en el PDSP.
4. Seguimiento, evaluación, actualización de metas y estrategias del PDSP, mediante la gestión y articulación de procesos de concertación con los actores sectoriales, transectoriales y comunitarios.
5. Definir y diseñar agendas comunes entre los diferentes sectores, normas conjuntas, estrategias y acciones desde sus competencias para promover la salud en todas las políticas transectoriales y comunitarias.
6. Realizar procesos de coordinación en el monitoreo y la evaluación transectorial del impacto del PDSP.

9.3 De los departamentos

En concordancia con las competencias establecidas en las normas legales, corresponde a los departamentos y distritos asumir las siguientes responsabilidades frente al PDSP:

1. Realizar el análisis territorial de la situación de salud con modelo y enfoques del PDSP para la identificación de las inequidades en salud, socializarlo con la comunidad, los actores territoriales y la nación.

2. Ajustar, articular y armonizar el Plan Territorial de Salud, para el periodo 2014-2015 con lo establecido en el PDSP 2012-2021, en el marco del artículo 45 de la Ley 152 de 1994.
3. Formular, adoptar y armonizar el Plan Territorial de Salud en cada cuatrienio, y los planes plurianuales y bienales de inversiones públicas en el marco de lo establecido en la Ley 152 de 1994 y en el PDSP 2012-2021, con participación del Consejo de Planeación Territorial y del Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud.
4. Elaborar y aprobar el Plan Operativo Anual, de conformidad con lo establecido en la ley 152 de 1994, el Plan Territorial de Salud, aprobado por la Asamblea Departamental, y socializar con los actores sectoriales, transectoriales y comunitarios correspondientes.
5. Socializar el Plan Territorial de Salud y el Plan Operativo Anual aprobados con los actores sectoriales, transectoriales y comunitarios correspondientes.
6. Asegurar la concurrencia a los municipios 4, 5 y 6, de conformidad con la normatividad vigente para el logro de los objetivos y metas del PDSP.
7. Acompañar técnicamente a las Entidades Promotoras de Salud EPS, o a quien haga sus veces, y a las Administradoras de Riesgos Laborales ARL, para que elaboren el Plan Institucional de Salud, en el marco de sus competencias.
8. Generar la información requerida por el sistema de información en salud.
9. Adoptar y adaptar las metodologías, lineamientos e instrumentos para la gestión administrativa y financiera de los recursos del Plan Territorial de Salud; armonizarlos con los instrumentos del Plan Nacional de Desarrollo y con los otros instrumentos de la gestión pública departamental y con el Presupuesto Anual de Resultados y Banco de Programas y Proyectos de acuerdo con los lineamientos del Departamento Nacional de Planeación.
10. Fortalecer los equipos de promoción social, para desarrollar en el marco de sus competencias las acciones de gestión diferencial de las poblaciones vulnerables definidas en las dimensiones prioritarias y transversales del PDSP y aquellas dirigidas a garantizar el derecho a la salud de las personas privadas de la libertad.
11. Participar en la operación del Sistema de Vigilancia en Salud Pública bajo los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud

y Protección Social, en el marco de sus competencias.

12. Coordinar el desarrollo y la operación del Sistema y redes de Vigilancia en Salud Pública en su territorio, tanto en el ámbito interinstitucional como intersectorial, y brindar la asistencia técnica y capacitación requerida a los actores transectoriales y comunitarios.
13. Integrar el componente del laboratorio de salud pública como soporte de las acciones de vigilancia en salud pública y gestión del sistema en su jurisdicción, de acuerdo con los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social.
14. Garantizar la infraestructura, el talento humano, los recursos financieros, materiales y técnicos para el funcionamiento del Laboratorio de Salud Pública de su jurisdicción, de forma constante y oportuna, con el fin de alcanzar los objetivos propuestos en el PDSP.
15. Adoptar las metodologías, herramientas e instrumentos para la planeación, el monitoreo, seguimiento y evaluación de la gestión del talento humano, los recursos técnicos, administrativos y financieros del Plan Territorial de Salud.
16. Formular y ejecutar el plan de intervenciones colectivas e individual en el marco de los lineamientos que para el efecto expida el Ministerio de Salud y Protección Social, y asistir técnicamente a los municipios y actores territoriales en la planeación, ejecución, monitoreo y evaluación de las mismas.
17. Dirigir, incorporar, coordinar, controlar la organización y operación de los servicios de salud bajo la estrategia de Atención Primaria en Salud, en los ámbitos departamental, distrital y municipal, y en el marco del Plan Territorial de Salud de Desarrollo, el Plan Bienal de Inversiones, el PDSP y los lineamientos operativos que para el efecto expida el Ministerio de Salud y Protección Social.
18. Fortalecer las capacidades básicas de los funcionarios para adelantar los procesos de participación social, respetando la autonomía, las diferencias y los intereses de las comunidades.
19. Definir, promover, coordinar y articular espacios de participación de la academia en los procesos de planificación, ejecución, seguimiento y evaluación del Plan Territorial de Salud.
20. Coordinar y desarrollar procesos de movilización social, con la participación de los ciudadanos, las instituciones sectoriales, transectoriales, los Consejos Territoriales de Salud, el Consejo de Política Social, las organizaciones de base comunitaria, los gremios,

el sector de la economía, que pueden desarrollar acciones sobre los Determinantes Sociales de la Salud.

21. Definir espacios y mecanismos que posibiliten la movilización social y fortalezcan la participación social, para garantizar la ejecución transparente y eficaz de los recursos en concordancia con las acciones.
22. Fortalecer la capacidad de la autoridad sanitaria territorial y disponer de talento humano idóneo, suficiente y permanente para la gestión en los procesos de planeación, ejecución, seguimiento y evaluación del Plan Territorial de Salud.
23. Brindar asesoría y asistencia técnica a los municipios, instituciones sectoriales y de otros sectores, y al talento humano encargado de la elaboración del Análisis de Situación de Salud ASIS, y de la planeación, ejecución, seguimiento y evaluación del Plan Territorial de Salud.
24. Adoptar y adaptar los lineamientos técnicos para la operación de las líneas de promoción de la salud, gestión del riesgo y gestión de la salud pública que expida el Ministerio de Salud y Protección Social para el desarrollo de las *dimensiones prioritarias* y *transversales* contenidas en el PDSP.
25. Promover, orientar y dirigir el desarrollo de herramientas, como observatorios, estudios e investigaciones periódicas y sistemáticas, que permitan identificar las necesidades y problemas de salud de la población y realizar el análisis de la respuesta sectorial, transectorial y comunitaria, que provean evidencia para la evaluación y ajuste del Plan Territorial de Salud.
26. Disponer para la ciudadanía información completa, oportuna y veraz de la forma como avanza la implementación y ejecución del Plan Territorial de Salud, con el fin de facilitar el ejercicio de control social.
27. Coordinar con los diferentes organismos de inspección, vigilancia y control del ámbito territorial, el desarrollo de las auditorías, conforme lo establecido por la nación.
28. Desarrollar una cultura del buen gobierno, de manejo de información financiera y contable de los recursos de salud, y de rendición de cuentas anual de los resultados en salud, de acuerdo con la normatividad vigente.

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

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

1. Realizar el Análisis de la Situación de Salud ASIS bajo modelo y enfoques del PDSP para la identificación e intervención de las inequidades en salud, y socializarlo con los actores municipales, departamentales y con la nación.
2. Ajustar y articular para el periodo 2014-2015, el Plan Territorial de Salud formulado en el marco del Plan de Desarrollo Territorial, con lo establecido en el PDSP 2012-2021 en el marco del artículo 45 de la Ley 152 de 1994.
3. Formular, adoptar y armonizar el Plan Territorial de Salud en cada cuatrienio y los planes plurianuales y bienales de inversiones públicas, en el marco de lo establecido en la Ley 152 de 1994 y en el PDSP 2012-2021 con participación de los Consejos de Planeación Territorial y los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud.
4. Elaborar y aprobar en cada anualidad, conforme a lo establecido en la ley 152 de 1994, el Plan Operativo Anual.
5. Socializar el Plan Territorial de Salud y el Plan Operativo Anual aprobados con los actores sectoriales, transectoriales y comunitarios correspondientes.
6. Acompañar técnicamente a las Entidades Promotoras de Salud EPS, o a quien haga sus veces, y a las Administradoras de Riesgos Laborales ARL, para que elaboren el Plan Institucional de Salud, en el marco de sus competencias.
7. Coordinar y articular con los actores sectoriales, transectoriales y comunitarios, la planeación, la ejecución, el seguimiento y la evaluación del Plan Territorial de Salud.
8. Adoptar las metodologías, instrumentos y herramientas para la planeación, seguimiento y evaluación del Plan Territorial de Salud; armonizarlos con los instrumentos del Plan Departamental de Desarrollo y con los otros instrumentos de la gestión pública, con el Presupuesto Anual de Resultados y Banco de Programas y Proyectos de acuerdo con los lineamientos del Departamento Nacional de Planeación.
9. Incorporar los indicadores para medir logros en salud y generar la

información requerida en el Sistema de Información de Salud.

10. Realizar la formulación, ejecución, monitoreo y evaluación del plan de intervenciones colectivas e individuales en el marco de los lineamientos que para el efecto expida el Ministerio de Salud y Protección Social.
11. Fortalecer los equipos de promoción social para desarrollar en el marco de sus competencias las acciones de gestión diferencial de las poblaciones vulnerables definidas en las dimensiones prioritarias y transversales del PDSP, y aquellas dirigidas a garantizar el derecho a la salud de las personas privadas de la libertad.
12. Participar en la operación del Sistema de Vigilancia en Salud Pública bajo los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social en el marco de sus competencias.
13. Realizar la gestión interinstitucional, transectorial y comunitaria para la implementación y desarrollo de las acciones de vigilancia, y garantizar el flujo continuo de información de interés en salud pública requerida en los Sistemas de Vigilancia en Salud Pública, Vigilancia Sanitaria e IVC, en su jurisdicción, conforme con sus competencias.
14. Dirigir, incorporar, coordinar y controlar la organización y operación de los servicios de salud bajo la estrategia de Atención Primaria en Salud, en el marco del Plan Territorial de Desarrollo, el Plan Bienal de Inversiones, el PDSP, bajo los lineamientos operativos que para este efecto expida el Ministerio de Salud y Protección Social.
15. Fortalecer las capacidades de los funcionarios para adelantar procesos de participación social, respetando la autonomía, las diferencias y los intereses de las comunidades.
16. Coordinar y desarrollar procesos de movilización social con la participación de las instituciones y organizaciones comunitarias, los Consejos Territoriales y el Consejo de Política Social, que puedan desarrollar acciones sobre los Determinantes Sociales de la Salud.
17. Definir espacios y mecanismos que posibiliten y fortalezcan la participación social, para garantizar la ejecución transparente y eficaz de los recursos, en concordancia con las acciones.
18. Fortalecer la capacidad de la autoridad sanitaria territorial, y contar con talento humano idóneo, suficiente y permanente, para la gestión en los procesos de planeación, seguimiento y evaluación del Plan Territorial de Salud.

19. Brindar asistencia técnica al talento humano de los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud, las instituciones sectoriales, transectoriales y comunitarias encargadas de la elaboración del Análisis de Situación de Salud ASIS, y de la planeación, seguimiento y evaluación del Plan Territorial de Salud.
20. Adoptar y adaptar los lineamientos técnicos para la operación de las líneas de promoción de la salud, gestión del riesgo y gestión de la salud pública que expida el Ministerio de Salud y Protección Social para el desarrollo de las dimensiones prioritarias y transversales contenidas en el PDSP.
21. Utilizar las diferentes herramientas, como observatorios, estudios e investigaciones, para el seguimiento de los resultados del Plan Territorial de Salud.
22. Promover, orientar y dirigir el desarrollo de investigaciones periódicas y sistemáticas sobre las necesidades y problemas de salud de la población, y la respuesta sectorial, intersectorial, transectorial y comunitaria, que provean evidencia para el ajuste del Plan Territorial de Salud.
23. Promover, orientar y dirigir el diseño, operación, análisis y comunicación de los estudios de impacto del Plan Territorial de Salud.
24. Definir, promover y coordinar acciones para la divulgación y difusión del impacto en las condiciones de salud y calidad de vida de la población, y el avance de ejecución, de conformidad con el seguimiento y evaluación del Plan Territorial de Salud, con el fin de facilitar el ejercicio de control social.
25. Coordinar con los diferentes organismos de inspección, vigilancia y control del ámbito departamental, el desarrollo de las auditorías conforme con lo establecido por la nación.
26. Desarrollar una cultura del buen gobierno, del manejo de información financiera y contable de los recursos de salud, y de rendición de cuentas anual de los resultados en salud, de acuerdo con la normatividad vigente.

9.4 De los municipios categoría 4, 5, y 6

En concordancia con las competencias establecidas en las normas legales, corresponde a los municipios de las categorías 4, 5 y 6 asumir las

siguientes responsabilidades frente al PDSP:

1. Realizar el Análisis de la Situación de Salud bajo modelo y enfoques del PDSP para la identificación e intervención de las inequidades en salud, y socializarlo con los actores municipales, departamentales y con la nación.
2. Ajustar y articular para el periodo 2014-2015, el Plan Territorial de Salud formulado en el marco del Plan de Desarrollo Territorial con lo establecido en el PDSP 2012-2021 en el marco del artículo 45 de la Ley 152 de 1994.
3. Formular, adoptar y armonizar el Plan Territorial de Salud en cada cuatrienio y los planes plurianuales y bienales de inversiones públicas en el marco de lo establecido en la Ley 152 de 1994 y en el PDSP 2012-2021, con participación de los Consejos de Planeación Territorial y los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud.
4. Elaborar y aprobar en cada anualidad, conforme a lo establecido en la ley 152 de 1994, el Plan Operativo Anual.
5. Socializar el Plan Territorial de Salud y el Plan Operativo Anual aprobados con los actores sectoriales, transectoriales y comunitarios correspondientes.
6. Dirigir, incorporar, coordinar y controlar la organización y operación de los servicios de salud bajo la estrategia de Atención Primaria en Salud, en el marco del Plan Territorial de Desarrollo, el Plan Bienal de Inversiones, el PDSP, bajo los lineamientos operativos que para este efecto expida el Ministerio de Salud y Protección Social.
7. Gestionar apoyo técnico y concurrencia al departamento para el desarrollo de la estrategia de Atención Primaria en Salud.
8. Coordinar y articular con los actores sectoriales, transectoriales y comunitarios, la planeación, la ejecución, el seguimiento y la evaluación del Plan Territorial de Salud.
9. Adoptar las metodologías, instrumentos y herramientas para la planeación, seguimiento y evaluación del Plan Territorial de Salud; armonizarlos con los instrumentos del Plan Departamental de Desarrollo y con los otros instrumentos de la gestión pública, con el Presupuesto Anual de Resultados y el Banco de Programas y Proyectos, de acuerdo con los lineamientos del Departamento Nacional de Planeación.
10. Formular, ejecutar, monitorear y evaluar el Plan de

Intervenciones Colectivas e Individuales en el marco de los lineamientos que para el efecto expida el Ministerio de Salud y Protección Social.

11. Diseñar, gestionar y articular en el Plan Territorial de Salud, según los procesos de concertación con los actores sectoriales, transectoriales y comunitarios, los gremios y el sector privado de la economía, los compromisos intersectoriales que permitan actuar sobre los Determinantes Sociales de la Salud.
12. Incorporar los indicadores para medir logros en salud y generar la información requerida por el Sistema de Información en Salud.
13. Adoptar y adaptar las metodologías, herramientas e instrumentos para el monitoreo, seguimiento, evaluación de la gestión del talento humano, técnicos, administrativos y financieros del PDSP y su sistematización.
14. Gestionar el apoyo técnico y la concurrencia para fortalecer el desarrollo de las acciones de gestión diferencial de las poblaciones vulnerables definidas en las dimensiones prioritarias y transversales del PDSP.
15. Participar en la operación del Sistema de Vigilancia en Salud Pública bajo los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social en el marco de sus competencias.
16. Realizar la gestión interinstitucional, transectorial y comunitaria para la implementación y desarrollo de las acciones de vigilancia, y garantizar el flujo continuo de información de interés en salud pública requerida en los sistemas de vigilancia en salud pública, en su jurisdicción, conforme con sus competencias.
17. Adoptar y adaptar los lineamientos técnicos para la operación de las líneas de promoción de la salud, gestión del riesgo y gestión de la salud pública que expida el Ministerio de Salud y Protección Social para el desarrollo de las dimensiones prioritarias y transversales contenidas en el PDSP.
18. Fortalecer las capacidades de los funcionarios para adelantar procesos de participación social, respetando la autonomía, las diferencias y los intereses de las comunidades.
19. Coordinar y desarrollar procesos de movilización social con la participación de las instituciones y organizaciones comunitarias, los Consejos Territoriales, el Consejo de Política Social, que puedan desarrollar acciones sobre los Determinantes Sociales de la Salud.

20. Definir espacios y mecanismos que posibiliten y fortalezcan la participación social, para garantizar la ejecución transparente y eficaz de los recursos.
21. Fortalecer la capacidad de la autoridad sanitaria para gestionar los procesos de planificación, ejecución, seguimiento, evaluación y control de los recursos financieros del Plan Territorial de Salud.
22. Gestionar la asistencia técnica con el departamento para la elaboración del Análisis de Situación de Salud y la planeación, seguimiento y evaluación del Plan Territorial e Institucional de Salud.
23. Fortalecer la capacidad de la autoridad sanitaria territorial; contar con talento humano idóneo, suficiente y permanente para la gestión en los procesos de planeación, seguimiento y evaluación del Plan Territorial de Salud.
24. Definir, promover y coordinar acciones para la divulgación y difusión del impacto en las condiciones de salud y calidad de vida de la población, y el avance de ejecución, de conformidad con la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan Territorial de Salud y el PDSP, con el fin de facilitar el ejercicio de control social.
25. Desarrollar una cultura del buen gobierno, del manejo de información financiera y contable de los recursos de salud, y de rendición de cuentas anual de los resultados en salud, de acuerdo con la normatividad vigente.

9.5 De las Entidades Promotoras de Salud EPS

En concordancia con las competencias establecidas en las normas legales, corresponde a las Entidades Promotoras de Salud EPS, y a las entidades que ejercen funciones de entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado, asumir, frente al PDSP, las siguientes responsabilidades:

1. Elaborar y actualizar el Análisis de la Situación de Salud de la población afiliada, bajo el modelo y enfoques del PDSP, identificando las inequidades en salud a intervenir y remitir copia al municipio, departamento y nación.
2. Ajustar y articular para el periodo 2014-2015, el Plan Institucional de Salud formulado en el marco del Plan Territorial de Salud, de acuerdo con lo establecido en el PDSP 2012-2021.

3. Formular, adoptar y armonizar el Plan Institucional de Salud con el Plan Territorial de Salud en cada cuatrienio, y con el plan presupuestal aprobado por la alta gerencia.
4. Elaborar y aprobar en cada anualidad, conforme lo establecido por el Ministerio de Salud y Protección Social, el Plan Operativo Anual Institucional.
5. Socializar el Plan Institucional de Salud y el Plan Operativo Anual aprobado, con el municipio, el departamento, la nación, la red de prestadores y los usuarios.
6. Coordinar con el municipio, departamento, nación, la organización y operación de los servicios de salud bajo la estrategia de Atención Primaria en Salud, bajo los lineamientos operativos que para este efecto expida el Ministerio de Salud y Protección Social.
7. Realizar la medición cuantitativa de los riesgos de la población afiliada, identificando los diferenciales poblacionales para la planeación de la atención en salud.
8. Planear la atención en salud de la población y ajustar con base en los riesgos y necesidades diferenciales de atención, la organización y funcionamiento de la oferta de servicios.
9. Desarrollar o fortalecer los procesos, herramientas e instrumentos para asegurar el seguimiento de las cohortes de usuarios para su gestión.
10. Incorporar los indicadores para medir la modificación de daños, riesgos y resultados en salud.
11. Fortalecer los procesos, herramientas e instrumentos para mejorar el acceso, oportunidad y calidad de los servicios.
12. Generar la información requerida por el Sistema de Información de Salud y suministrarla a la nación y a las entidades territoriales, de conformidad con la normatividad en la materia.
13. Vigilar los indicadores de control de riesgo, la calidad de la atención, la gestión clínica y administrativa de los recursos del Plan Obligatorio de Salud.
14. Vincularse y participar en los mecanismos de articulación territorial de salud pública para gestionar el riesgo en salud de la población en el territorio.
15. Participar en la elaboración del Plan Territorial de Salud en los municipios de su influencia.
16. Asegurar la formación continua y el desarrollo de competencias

del talento humano necesarias para cumplir con las metas de salud del PDSP.

17. Desarrollar un plan de asesoría, asistencia técnica y auditoría para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud IPS, que hacen parte de su red, que garantice el cumplimiento de las metas de las acciones individuales de salud pública incluidas en el Plan Territorial de Salud.
18. Promover el conocimiento en derechos y deberes de la población a su cargo, en el uso adecuado de los servicios de salud y en la conformación y organización de alianzas de usuarios y su articulación con la defensoría de los usuarios.
19. Implementar las directrices y procedimientos determinados por el Ministerio de Salud y Protección Social, en relación con los procesos básicos de vigilancia en sus redes de servicios.
20. Adoptar y adaptar los lineamientos técnicos de su competencia para la operación de las líneas de promoción de la salud, gestión del riesgo y gestión de la salud pública que expida el Ministerio de Salud y Protección Social para el desarrollo de las dimensiones prioritarias y transversales contenidas en el PDSP.
21. Participar en la operación del Sistema de Vigilancia en Salud Pública, bajo los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social en el marco de sus competencias.
22. Garantizar la realización de acciones individuales tendientes a confirmar los eventos de interés en salud pública sujetos a vigilancia, y asegurar las intervenciones individuales y familiares del caso.
23. Participar en la operación del Sistema de Vigilancia en Salud Pública bajo los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, en el marco de sus competencias.
24. Participar en las estrategias de vigilancia especiales planteadas por la autoridad sanitaria territorial, de acuerdo con las prioridades de salud pública.
25. Desarrollar una cultura del buen gobierno, del manejo de información financiera y contable de los recursos de salud, y de rendición de cuentas anual de los resultados en salud, de acuerdo con la normatividad vigente.

9.6 De las Instituciones Prestadoras de Salud IPS

En concordancia con las competencias establecidas en las normas legales, corresponde a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud IPS asumir las siguientes responsabilidades frente al PDSP:

1. Adoptar y aplicar las políticas y normas establecidas para el cumplimiento de los contenidos del PDSP.
2. Participar en la elaboración, seguimiento y evaluación del Plan Territorial de Salud en el marco del PDSP.
3. Cumplir con el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud SOGCS.
4. Fortalecer e implementar los procesos, herramientas e instrumentos para mejorar el acceso, oportunidad y calidad de los servicios de salud.
5. Coordinar con las Entidades Promotoras de Salud EPS o entidades que hagan sus veces, el municipio y el departamento, la organización y operación de los servicios de salud bajo la estrategia de Atención Primaria en Salud, bajo los lineamientos operativos que para este efecto expida el Ministerio de Salud y Protección Social.
6. Coordinar con las Entidades Promotoras de Salud EPS o entidades que hagan sus veces, las metas y las acciones a cumplir en el marco del PDSP, e incorporar los indicadores para medir los daños, riesgos y logros en salud y generar la información requerida por el Sistema de Información de Salud.
7. Implementar los lineamientos técnicos que expida el Ministerio de Salud y Protección Social en promoción de la salud, gestión del riesgo y gestión de la salud pública para la atención de las dimensiones prioritarias y transversales contenidas en el PDSP, en el marco de su competencia.
8. Implementar mecanismos de seguimiento, evaluación y mejoramiento continuo de las acciones de promoción de la salud, prevención, atención y rehabilitación.
9. Participar en la operación del Sistema de Vigilancia en Salud Pública, bajo los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, en el marco de sus competencias.
10. Asegurar la formación continua y el desarrollo de competencias del talento humano necesarias para cumplir con las metas de Salud del PDSP.

11. Implementar las directrices y procedimientos determinados por el Ministerio de Salud y Protección Social, en relación con los procesos básicos de vigilancia en sus procesos de atención.
12. Realizar las acciones tendientes a detectar y confirmar los eventos de interés en salud pública sujetos a vigilancia, incluyendo la realización de exámenes de laboratorio y demás procedimientos diagnósticos, y asegurar las intervenciones individuales y familiares del caso que sean de su competencia.
13. Participar en las estrategias de vigilancia especiales planteadas por la autoridad sanitaria territorial, de acuerdo con las prioridades de salud pública.
14. Cumplir con las normas técnicas para la vigilancia de los eventos de interés en salud pública que sean expedidas por la autoridad sanitaria.
15. Desarrollar una cultura del buen gobierno, del manejo de información financiera y contable de los recursos de salud, y de rendición de cuentas de los resultados en salud, de acuerdo con la normatividad vigente.

9.7 De las Administradoras de Riesgos Laborales ARL

En concordancia con las competencias establecidas en las normas legales, corresponde a las entidades Administradoras de Riesgos Laborales ARL asumir las siguientes responsabilidades frente al PDSP:

1. Elaborar y actualizar el Análisis de la Situación de Salud de la población afiliada, bajo el modelo y enfoques del PDSP, identificando las inequidades en salud a intervenir, y remitir copia al municipio, al departamento y a la nación.
2. Articularse con las direcciones territoriales para la formulación, seguimiento y evaluación de las metas relacionadas con los riesgos laborales en el Plan Territorial de Salud y los procesos de promoción de la afiliación a riesgos laborales.
3. Incorporar los indicadores para medir logros en salud según sus competencias, y generar la información requerida en el Sistema de Información de Salud.
4. Definir y desarrollar el Plan de Trabajo Anual del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de sus empresas afiliadas, con

base en los riesgos prioritarios a los cuales están expuestos sus afiliados, en función de la actividad económica, el tamaño de la empresa y la accidentalidad.

5. Participar en la operación del Sistema de Vigilancia en Salud Pública bajo los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, en el marco de sus competencias.
6. Participar en la operación de la vigilancia en salud en sus componentes de vigilancia en salud pública y de vigilancia en salud en el entorno laboral.
7. Garantizar la atención y rehabilitación de los daños ocasionados por las enfermedades ocupacionales y accidentes laborales.
8. Proteger a los trabajadores con discapacidad a través de procesos de rehabilitación funcional y profesional.
9. Asegurar la formación continua y el desarrollo de competencias del talento humano necesarias para cumplir con las metas de Salud del PDSP.
10. Desarrollar una cultura del buen gobierno, del manejo de información financiera y contable de los recursos de salud, y de rendición de cuentas de los resultados en salud, de acuerdo con la normatividad vigente.

9.8 De la comunidad

1. Participar en el proceso de formulación, evaluación y control social del Plan Territorial de Salud.
2. Participar en acciones dirigidas a la construcción o generación de las condiciones, capacidades y medios para que los individuos, las familias y la sociedad en su conjunto exijan a las autoridades responsables modificar los Determinantes Sociales de la Salud.
3. Realizar acciones para consolidar una cultura saludable, solidaria, basada en valores, creencias, actitudes y relaciones que permitan desarrollar autonomía individual y colectiva.
4. Participar en el Sistema de Vigilancia en Salud Pública como fuente informal de datos, y dar aviso en forma inmediata a la autoridad sanitaria competente cuando conozca de hechos graves que afecten la salud colectiva.
5. Participar en el control social.

10. FINANCIACIÓN DEL PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA PDSP, 2012-2012

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

1. RECURSOS DEL PRESUPUESTO GENERAL DE LA NACIÓN

Recursos del Presupuesto General de la Nación en sector salud:

- Destinados para salud p :úblicaacciones de promoción y prevención en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud.
- Destinados al régimen subsidiado: recursos de inversión para la universalización y unificación de planes de beneficio.

Recursos Presupuesto General de la Nación en otros sectores:

- Acción Social, Educación, Agricultura, Transporte, Vivienda, Ciudad y Territorio, Ambiente y Desarrollo Sostenible, Cultura, Deporte y Recreación, Ciencia y Tecnología, Comercio, Industria y Turismo, entre otros.
- Destinados al crecimiento sostenible y competitividad.
- Destinados a la igualdad de oportunidades para la prosperidad social.
- Destinados a la consolidación de la paz.
- Destinados a la sostenibilidad ambiental y prevención del riesgo; soportes transversales de la prosperidad democrática.

Recursos del IVA de la cerveza y monopolio de juegos de suerte y azar Nación:

- Destinados a la unificación del POS del r égimensubsidiado.

2. RECURSOS PROVENIENTES DEL SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES

Recursos provenientes del Sistema General de Participaciones para salud

- Destinados para salud p :úblicaacciones de salud pública, de promoción y prevención en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud (10% de la asignacion del SGP anual).
- Destinados al régimen subsidiado (del 65% hasta el 80% en el 2015 del total del SGP en salud).
- Destinados a prestación de servicios de salud, prioritariamente en aquellos lugares donde solo el Estado está en capacidad de prestar el servicio de salud en condiciones de eficiencia y/o régimen subsidiado.
- Destinados a la prestación se servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda (aportes patronales).

- Destinados al pago de obligaciones que no fueren posibles por parte de las Empresas Sociales del Estado (compra de cartera). Fondo de Salvamento y Garantía del Sector Salud FONSAET (Ley 1608 de 2013).

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

- Destinados al crecimiento sostenible y competitividad; destinados a la igualdad de oportunidades para la prosperidad social; a la consolidación de la paz; a la sostenibilidad ambiental y prevención del riesgo; soportes transversales de la prosperidad democrática.

3. FONDO DE SOLIDARIDAD Y GARANTÍA FOSYGA

- **Subcuenta de compensación:** recursos de cotizaciones de los afiliados al régimen contributivo: financia el reconocimiento del pago de las UPC de los afiliados al régimen contributivo, pago de licencias de maternidad, paternidad, acciones de promoción y prevención en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud.
- **Subcuenta de promoción:** financia actividades de educación, información y fomento de la salud y prevención de la enfermedad.
- **Subcuenta de solidaridad:** financia la afiliación de personas pobres sin capacidad de pago a través de la cofinanciación de subsidios en el régimen subsidiado de salud.
- **Subcuenta ECAT:** garantiza la atención integral de víctimas de accidentes de tránsito y eventos catastróficos y terroristas; así como la atención en salud a la población desplazada por la violencia, entre otros eventos y acciones de promoción y prevención, en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud.

4. RECURSOS DEL ESFUERZO PROPIO TERRITORIAL

Recursos del esfuerzo propio territorial destinados al sector salud:

- Destinados para acciones de salud pública, promoción y prevención en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud.
- Destinados al régimen subsidiado.
- Destinados por departamentos y distritos que venían aportando para el pago de la Unidad de Pago por Capitación de la población de los niveles 1 y 2 del SISBEN y otra elegible no afiliada al régimen contributivo.
- Recursos de capital.

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

- Destinados al crecimiento sostenible y competitividad; a la igualdad de oportunidades para la prosperidad social; a la sostenibilidad ambiental y a la prevención del riesgo.

Rentas cedidas destinadas a salud, de los departamentos y el Distrito Capital:

- Destinadas al régimen subsidiado.
- Prestación de servicios de salud.

Rentas cedidas, de los departamentos y el Distrito Capital:

- Destinadas a otros proyectos sociales.
- Destinados a la investigación Colciencias.

Regalías destinadas a salud:

- Destinadas al régimen subsidiado.
- Destinadas a prestación de servicios de salud.
- Destinadas a salud pública.
- Destinadas a infraestructura.

Regalías transferidas para proyectos de otros sectores:

- Destinadas a proyectos de inversión.

Recursos destinados a proyectos regionales para crecimiento sostenible y competitividad, igualdad de oportunidades para la prosperidad social, sostenibilidad ambiental y prevención del riesgo:

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

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

- Destinados a la unificación del POS del régimen subsidiado.
- Destinados a la prestación de servicios a la población pobre no afiliada con subsidios a la demanda.

Recursos de la Ley 1393 para proyectos de otros sectores:

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

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

- Destinados al régimen subsidiado.

5. RECURSOS DE LAS CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

Recursos de las Cajas de Compensación Familiar que administran el r égimen subsidiado:

- Destinados al régimen subsidiado Artículo 217 de la Ley 100 de 1993 (cuando no administran los recursos son consignados al FOSYGA).

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

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

Recursos de las Cajas de Compensación Familiar para protección social

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

6. OTROS RECURSOS

Recursos del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito SOAT:

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

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

- Destinados para promoción y prevención en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud.
- Destinados a la promoción, prevención y atención de enfermedades laborales.

Recursos Impuesto Social a las Armas y Municiones y Explosivos:

- Destinados a atención a mujeres víctimas de la violencia.
- Programas de promoción y prevención.

Recursos recaudados por concepto multas de la Ley 1335 de 2009:

- Destinados para adelantar campañas de prevención contra el cáncer y para educación preventiva sobre el consumo de cigarrillo.

Recursos provenientes de las cuentas maestras del régimen subsidiado, Ley 1608 de 2013

- Destinados al saneamiento fiscal y financiero de las Empresas Sociales del Estado.
- Destinados al pago de servicios prestados para la población pobre no afiliada
- Destinados a mejoramiento de la infraestructura hospitalaria.

Recursos privados destinados a la inversión social del Plan Nacional de Desarrollo: donaciones; inversión en programas de protección social:

- Destinados al crecimiento sostenible y competitividad; a la igualdad de oportunidades para la prosperidad social; a la consolidación de la paz; a la sostenibilidad ambiental y prevención del riesgo; soportes transversales de la prosperidad democrática.

- En proceso de gestión con entidades de cooperación internacional

11. MONITOREO Y EVALUACIÓN DEL PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA PDSP, 2012-2021

11.1 Definición

El Plan Decenal de Salud Pública PDSP, 2012-2021, establece el sistema de monitoreo y evaluación de los objetivos y las metas formuladas a través de las dimensiones. El desarrollo y fortalecimiento de este Sistema de Seguimiento refleja la importancia alcanzada en el país del trabajo conjunto entre la comunidad, los expertos en salud, los otros ministerios, agencias, departamentos administrativos e instituciones públicas y privadas, por el acceso e intercambio de información relativo a las políticas sociales y públicas vinculadas a la salud. El Ministerio de Salud y Protección Social, dando cumplimiento a las competencias y obligaciones de seguimiento, evaluación y gestión del conocimiento establecidas para el sector salud y a luz de los principios y los enfoques planteados en el mismo plan, define el mecanismo de monitoreo y evaluación de las acciones definidas en el PDSP, con el fin de informar al país sobre el progreso y dificultades en el cumplimiento y logro de los objetivos y metas, para contribuir a orientar las intervenciones y garantizar su efectividad en el marco del PDSP Colombia 2012-2021.

Según las competencias otorgadas por la Ley 715 de 2001, le corresponde al Ministerio de Salud y Protección Social formular las políticas, planes, programas y proyectos de interés nacional para el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud, y coordinar su ejecución, seguimiento y evaluación, así como definir y aplicar sistemas de evaluación y control de gestión técnica, financiera y administrativa a las instituciones que participan en el sector y en el Sistema General de Seguridad Social en Salud; así como divulgar sus resultados, con la participación de las entidades territoriales.

11.2 Objetivos

1. Monitoreo y evaluación del cumplimiento de los objetivos y metas propuestas en cada una de las dimensiones del PDSP.
2. Consolidar una cultura de monitoreo y evaluación en las distintas entidades territoriales y en todos los actores del sistema de salud y de otros sectores.
3. Monitorear la gestión en las distintas entidades territoriales y en todos los actores del sistema de salud y de otros sectores.
4. Difundir y comunicar los resultados de la gestión del PDSP en los diferentes ámbitos de aplicación.
5. Proporcionar información y evidencia de los cambios sobre la situación de salud y los efectos de la política sobre la oferta sanitaria.
6. Realizar el seguimiento al comportamiento de los Determinantes Sociales de la Salud, con el fin de identificar cambios y tendencias en la existencia de inequidades entre la población colombiana.
7. Gestionar el conocimiento derivado de la evidencia necesaria para orientar la formulación de los planes y programas que se enmarcan en cada dimensión.

11.3 Fuentes de información

El seguimiento y evaluación del PDSP se realizará teniendo en cuenta la línea de base formulada a través de la elaboración del Análisis de Situación de Salud ASIS, con enfoque de Determinantes Sociales de la Salud para la

identificación de las desigualdades e inequidades en salud en cada entidad territorial de salud y demás actores del sistema de salud. Este sistema de monitoreo y evaluación se apoyará en los datos suministrados por los registros administrativos, encuestas, censos y estadísticas derivadas que alimentan las siguientes fuentes de información:

11.3.1 Observatorios

1	ONV Colombia Observatorio Nacional de Violencias
2	ONVIH Observatorio Nacional para la Gestión Programática de ITS VIH/SIDA
3	ONSM Observatorio Nacional de Salud Mental
4	Observatorio Nacional de Salud Materna de Colombia
5	ONIEA Observatorio Nacional e Intersectorial del Embarazo Adolescente
6	OEV Colombia Observatorio Nacional de Envejecimiento y Vejez
7	OSAN Colombia Observatorio de Seguridad Alimentaria y Nutricional
8	Observatorio de Medicamentos y Tecnologías en Salud
9	ERCCAV Observatorio de Enfermedad Renal Crónica y Salud Cardiovascular
10	Observatorio Andino de Economía de la Salud
11	Observatorio de Salud de los Grupos Étnicos de Colombia
12	Observatorio Nacional de Zoonosis
13	Observatorio de Discapacidad de Colombia
14	ONC Colombia Observatorio Nacional de Cáncer de Colombia

15	ONCASASS Colombia Observatorio Nacional de Calidad y Seguimiento a Actores del Sistema de Salud
16	Observatorio de Talento Humano en Salud

11.3.2 Sistemas de seguimiento

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

11.3.3 Registros

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

11.3.4 Sala Situacional

1. PAI – Programa Ampliado de Inmunizaciones

11.3.5 Otras fuentes de información de otros sectores

1. Departamento Nacional de Planeación
2. Ministerio de Educación Nacional
3. Ministerio de Medio Ambiente
4. Ministerio de Agricultura

Para una descripción detallada de la operación y funcionamiento de estos Observatorios, Registros, Sistemas de Seguimiento y Salas Situacionales, se dispondrá en el *Mini Sitio web, colaborativo del PDSP*, la *Guía Metodológica para Registros, Observatorios, Sistemas de Seguimiento y Salas Situacionales Nacionales en Salud.*

11.4 Mecanismo de monitoreo y evaluación

En el PDSP se definen ocho (8) dimensiones prioritarias y dos (2) dimensiones transversales, que para su

implementación establecen objetivos y metas dirigidas a mejorar la situación de salud de los colombianos, de manera diferencial y equitativa. Por lo tanto, el monitoreo y evaluación propuestos para el PDSP deben generar evidencia de avances, progresos y dificultades durante su aplicación, y los resultados obtenidos sobre los cambios de la situación de salud y los efectos de la política sobre la oferta sanitaria.

Los criterios de clasificación de indicadores que usa el Sistema de Seguimiento al Plan Decenal de Salud Pública del Ministerio de Salud y Protección Social son los siguientes (DANE, 2009):

- Indicadores de impacto: se refieren a los efectos, a mediano y largo plazo, que pueden tener uno o más programas en el universo de estudio y que repercuten en la sociedad en su conjunto.
- Indicadores de resultado (*outcome*): son los que reflejan los logros alcanzados por la entidad, y que se relacionan con los objetivos estipulados.
- Indicadores de producto (*outputs*): son los asociados a los bienes y servicios generados como resultado de la ejecución de los procesos.
- Indicadores de proceso: se refieren al seguimiento de la realización de las actividades programadas, respecto a los recursos materiales, personal y/o presupuesto.

De esta forma, actualmente es posible monitorear y seguir en el tiempo la situación de salud de la población de acuerdo con las dimensiones y componentes planteados, además de emitir recomendaciones basadas en la evidencia y uso de la información, que no solo optimizan la asignación del gasto en salud, sino que, adicionalmente, potencializan los alcances de las políticas y estrategias de intervención individual y colectiva.

Dependiendo de la efectividad en la instrumentalización de cada uno de los grupos de indicadores priorizados en las dimensiones del PDSP, y de la medición periódica propuesta en relación con el cumplimiento de las metas en cada área, se logrará realizar un aporte significativo en la reducción de brechas, no solo en materia de información sino también en la verdadera lucha contra las inequidades en salud que requiere enfrentar el país.

Los indicadores de trazadores para las ocho (8) dimensiones prioritarias y las dos (2) transversales se presentan en la siguiente tabla:

Dimensiones prioritarias	Número de indicadores de resultado	Número de indicadores de gestión	Total indicadores dimensión
Salud ambiental	7	34	41
Vida saludable y condiciones no transmisibles	11	17	28
Convivencia social y salud mental	8	10	18
Seguridad alimentaria y nutricional	9	8	17
Sexualidad y derechos sexuales y reproductivos	7	17	24

Vida saludable y enfermedades transmisibles	9	15	24
Salud pública en emergencias y desastres	1	6	7
Salud y ámbito laboral	3	--	3
Dimensiones transversales	**Número de indicadores de resultado**	**Número de indicadores de gestión**	**Total indicadores dimensión**
Diferencial de poblaciones vulnerables	7	38	45
Fortalecimiento de la autoridad sanitaria	1	8	9
Total de indicadores de resultado	94	--	--
Total de indicadores de gestión	--	127	--
Total indicadores dimensiones	--	--	216

A continuación se presentan los indicadores establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, a través de los cuales se ejercerá el monitoreo y evaluación de las metas del PDSP. Estos indicadores pueden ser consultados con más detalle en el anexo 5 del PDSP. Es importante precisar que la línea de base de los indicadores agrupados en las dimensiones será presentada con la puesta en marcha de los Observatorios y Sistemas de Seguimiento desarrollados por el Ministerio de Salud y Protección Social en el año 2013. Las líneas de base construidas utilizan la información disponible en la bodega de datos del SISPRO para el nivel Nacional y Departamental, de acuerdo con los niveles de desagregación permitidos por estas fuentes de información.

Dimensiones e Indicadores *de resultado*

DIMENSIÓN	INDICADORES
SALUD AMBIENTAL	Coberturas útiles de vacunación para rabia en animales
	Incidencia de dengue
	Incidencia de rabia animal

DIMENSIÓN	INDICADORES
	Tasa de incidencia de Chagas
	Tasa de incidencia de Leptospirosis
VIDA SALUDABLE Y CONDICIONES NO TRANSMISIBLES	Mortalidad por *diabetes mellitus*
	Porcentaje de progreso de Enfermedad Renal Crónica
	Prevalencia de Hipertensión arterial
	Mortalidad por tumor maligno del estómago (C16)
	Mortalidad por tumor maligno de la mama de la mujer (C50 en mujeres)
	Mortalidad por tumor maligno del cuello del útero (C53)
	Mortalidad por tumor maligno de la próstata (C61)
CONVIVENCIA SOCIAL Y SALUD MENTAL	Prevalencia de consumo de SPA en el último mes
	Tasa de incidencia de violencia contra la mujer
	Tasa de incidencia de violencia intrafamiliar
	Tasa de mortalidad por accidentes de transporte terrestre
	Tasa de mortalidad por accidentes, excluidos los de transporte
	Tasa de mortalidad por agresiones
	Tasa de mortalidad por lesiones auto-infligidas intencionalmente
	Mortalidad por ahogamiento y sumersión accidentales (W65-W74)
	Mortalidad por causas externas por grupos quinquenales de edad y sexo
	Mortalidad por trastornos mentales y del comportamiento (F00-F99)
SEGURIDAD	Duración de la lactancia materna exclusiva en menores de 3 años (mediana

DIMENSIÓN	INDICADORES
ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL	en meses)
	Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer
	Prevalencia de anemia
	Prevalencia desnutrición crónica (retraso en talla para la edad) en menores de 5 años
	Prevalencia de desnutrición global (bajo peso para la edad) en menores de 5 años
	Prevalencia de obesidad
	Prevalencia de deficiencia en la ingesta de energía en la población de 2 a 64 años.
SEXUALIDAD, DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS	Razón de mortalidad materna
	Tasa de mortalidad por VIH/SIDA
	Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años madres o que están embarazadas por primera vez
	Porcentaje de transmisión materno infantil del VIH
	Prevalencia de VIH/SIDA
	Tasa de incidencia de Hepatitis B
	Tasa de incidencia de Sífilis Congénita
	Mortalidad por Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas
VIDA SALUDABLE Y ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	Cobertura de vacunación con esquema completo
	Letalidad por Dengue
	Letalidad por Leishmaniasis visceral

DIMENSIÓN	INDICADORES
	Letalidad por Tosferina
	Porcentaje de personas con Lepra con discapacidad al momento del diagnóstico
	Porcentaje de personas curadas de Tuberculosis pulmonar
	Tasa de mortalidad por Malaria
	Tasa de mortalidad por Rabia humana
	Tasa de mortalidad por Tuberculosis
	Éxito terapéutico en casos pulmonares nuevos detectados con baciloscopia positiva
	Letalidad por Chagas agudo
	Letalidad por Leishmaniasis visceral en menores de edad
	Mortalidad por Enfermedades infecciosas intestinales (A00-A09)
SALUD PÚBLICA EN EMERGENCIAS Y DESASTRES	Mortalidad por emergencias y desastres
SALUD Y AMBITO LABORAL	Cobertura de la población ocupada en riesgo laboral
	Incidencia de accidentalidad en el trabajo
	Incidencia de enfermedades relacionadas con el trabajo por exposición a sustancias
GESTIÓN DIFERENCIAL DE POBLACIONES VULNERABLES	Incidencia de Retinopatía del prematuro
	Maltrato infantil
	Mortalidad en menores de cinco años
	Tasa de mortalidad en la niñez ajustada (DANE)

DIMENSIÓN	INDICADORES
	Tasa de mortalidad infantil ajustada (DANE)
	Tasa de mortalidad por desnutrición en la niñez
	Tasa de mortalidad por EDA en menores de 5 años
	Tasa de mortalidad por IRA en la niñez
	Incidencia de violencia sexual contra personas con discapacidad
	Índice de infancia
	Índice de juventud
	Índice de vejez
	Índice de envejecimiento
	Índice de dependencia infantil
	Índice de dependencia mayores
FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA	Índice de desempeño integral del plan de salud departamental, municipal, EPS, ARL
	Proporción de instituciones de salud y centros de asistencia social con servicios de salud, con sistema de garantía de calidad implementado y evaluado.
	Proporción de aseguradores y direcciones departamentales con modelo de atención en salud basado en la estrategia de Atención Primaria en Salud implementado.
	% de aseguradores y direcciones departamentales con programación de actividades preventivas en salud (acciones de protección específica y detección temprana)
	% de aseguradores y direcciones departamentales con planes de atención para número de eventos adversos presentados sobre los gestionados.
	% de aseguradores y direcciones territoriales en salud con Análisis de

DIMENSIÓN	INDICADORES
	Situación de Salud para su población captada.
	% de aseguradores con planes de mejoramiento de cobertura implementadas en áreas rurales y dispersas.

11.5 Características del sistema de monitoreo y evaluación

1. Estandarización de los datos e indicadores del Plan Decenal de Salud Pública
2. Integración de fuentes de información con estadísticas relevantes para la medición de indicadores del Plan Decenal de Salud Pública
3. Estabilidad temporal y espacial
4. Manejo institucional y organizacional de la información del sector
5. Unificación de criterios metodológicos en el análisis y generación de información
6. Información unificada y confiable
7. Aumento de la evidencia y gestión del conocimiento sobre la situación de salud y los efectos de la política

11.6 Producción de informes

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

11.7 Difusión y comunicación

Para lograr contribuir de manera significativa con la gestión del conocimiento necesario para reducir las inequidades en salud, así como lograr tener un impacto importante en los resultados de salud dentro de la población y a través de grupos diferenciales de interés por parte del PDSP, se requiere que muchos elementos de la agenda pública estén coordinados y no se limiten simplemente a las competencias para legislar, en cuestiones directamente relacionadas con garantizar, a través de una variedad de estrategias, políticas, programas e iniciativas, el mejoramiento de los servicios de salud; así como garantizar el aumento de la cobertura y disponibilidad de la tecnología en salud.

La difusión y diseminación del PDSP debe darse a partir de evidencia y datos, y se debe apoyar y concentrar en las siguientes iniciativas y herramientas:

- Seminarios y conferencias (sesiones de educación continua por parte de los ROSS y organizadas por el MSPS y las instituciones involucradas con el uso de la información.
- Cursos y presentaciones ofrecidos por el MSPS, de común acuerdo con la Academia, a través de los cuales se promueva la visita de profesores invitados o investigadores con estudios relevantes para las áreas de monitoreo y seguimiento de los ROSS. De igual forma, promover el desarrollo de cursos dirigidos a los usuarios, para empoderarlos respecto al análisis social y económico de las cargas de enfermedad con enfoque de equidad en salud.
- Publicaciones de *PolicyBriefs* como mecanismo de difundir el aporte del uso de la información y la gestión del conocimiento en la orientación de las intervenciones efectivas en diversas regiones y territorios, en el marco del PDSP.
- Noticias publicadas relacionadas con logros y progresos de las intervenciones y programas definidos en el marco de las dimensiones del PDSP.
- Sitios web e interactivos: sitios web que permitan acceder a resultados de indicadores para cada dimensión de forma periódica, para fomentar el acceso transparente y el libre uso del PDSP en el país.

Estos servicios y herramientas adicionales, que aparentemente podrían limitarse a ser comunes estrategias de difusión y comunicación, han logrado demostrar ser exitosos en la implementación de políticas en salud con enfoque de equidad en la Región Europea (EuroHealthNet, 2013).

La difusión y diseminación apoyada y concentrada en las herramientas arriba descritas han tenido alto impacto y han contribuido en el corto, mediano y largo plazo con:

- Desarrollar capacidades en los métodos y enfoques para mejorar la responsabilidad por la equidad en salud.
- Incentivar los diálogos y foros sobre políticas necesarias para abrir el debate y promover el pensamiento crítico y el compromiso de aumentar la efectividad de los programas y planes que se enmarquen en el PDSP en el país.
- Aumentar el interés por incluir y priorizar en la agenda política la necesidad de combatir las inequidades y desigualdades asociadas a diversos resultados y desenlaces de salud desde el uso de la evidencia y gestión del conocimiento.

Es necesario que lo anterior esté acompañado de una fuerte voluntad política para que las herramientas de difusión y comunicación sean de largo aliento, conectando a las personas e instituciones, y para que los resultados conduzcan a diseminar evidencia, documentarla cada vez más para aumentar su disponibilidad en el país, y finalmente influir en garantizar una mayor equidad en salud, prevenir riesgos para la salud y obtener mejores resultados para el país.

Finalmente, es importante entender que la difusión y comunicación es necesaria para gestionar el conocimiento que durante el periodo de diez años se derivará de las acciones del PDSP; evidencia que en el mismo periodo es fundamental para prevenir y reducir riesgos adecuadamente, a través del Análisis de la Situación de Salud, así como del comportamiento de los determinantes de mayor contribución en la generación de inequidades en el país.

BIBLIOGRAFÍA

Adams J. *et al*. 2006. A systematic review of the health, social and financial impacts of welfare rights advice delivered in healthcare settings. *BMC Public Health*, 6:81.

Alkire, S. 2002. Dimensions of Human Development. *World Development*, 181-205.

Allardt, E. 1976. Dimensions of Welfare in a Comparative Scandinavian Study. *Acta sociológica 19*.

Anderson L. M. *et al*. 2003. Culturally competent healthcare systems. A systematic review. *Am J Prev Med* 2003; 24: 68-79.

Andrulis, D. 1998. Acces to care is the centerpiece in the elimination of socioeconomic disparities in health. *Annals of Internal Medicine.* V 129, 412-6.

Arango R. y E. Sánchez. 2004. *Los pueblos indígenas de Colombia en el umbral del nuevo milenio: población, cultura y territorio.* Bogotá: Departamento Nacional de Planeación.

Asamblea Nacional Constituyente. República de Colombia. 1991. *Constitución Política de Colombia.* Bogotá.

Bambra C. *et al*. 2010. Tackling the wider social determinants of health and health inequalities: evidence from systematic reviews. *J Epidemiol Community Health,* 284-91.

Baquero M., I. 2009. El enfoque diferencial en discapacidad: un imperativo ético. En *Corporación Viva la Ciudadanía.*

Bigelow, D. A. y B. H. Mac Farland. 1991. Quality of life of community mental health program clients. Validating a measure. *Community Mental Health Journal, nº 27*, 43-55.

Borrel C. y D. Malmusi. 2010. La investigación sobre los determinantes sociales y las desigualdades en salud: evidencias para la salud en todas las políticas. Informe SESPAS 2010. *Gac Sanit*, 101-88.

Borrell, C. 2006. Inequalities and health Services. *Saúde e Sociedade. V 15*, 9-22.

Braveman, P. 2003. Monitoring equity in Health and Healthcare: A conceptual Framework. *J Health Popul Nutr*, 181-190.

Brunner, E. *et al*. 1999. Social Organization, Stress, and Health. In Social Determinants of Health, edited by M. Marmot and R.G.Wilkinson. Oxford: Oxford University Press.

Canadian Institute for Advanced Research. 2000. *Salud de la Población.*

Capra, F. 2002. *Las conexiones ocultas. Implicaciones sociales, medio ambientales, económicas y biologicas de una nueva visión del mundo.* Anagrama.

Casas-Zamora, A. 2002. Salud,desarrollo humano y gobernabilidad en América latina y el Caribe a inicios del siglo XXI. *Revista Panamericana de Salud P*.408-397 ,*ública*

Cecchini, S. e I. Azócar. 2007. *Indicadores de los ODM en América Latina y el Caribe.* Santiago de Chile.

CEPAL. 2007. *Indicadores de Objetivos de Desarrollo del Milenio en América Latina y el Caribe: una comparación entre Datos Nacionales e Internacionales. Serie de Estudios Estadísticos y Prospectivos.* Santiago de Chile.

Congreso de la República de Colombia. 1990. *Ley 10.* Bogotá.

Congreso de la República de Colombia. 1993. *Ley 60.* Bogotá.

Congreso de la República de Colombia. 1993. *Ley 100.* Bogotá.

Congreso de la República de Colombia. 1994. *Ley 152.* Bogotá.

Congreso de la República de Colombia. 2001. *Ley 715.* Bogotá.

Congreso de la República de Colombia. 2006. *Ley 1098.* Bogotá.

Congreso de la República de Colombia. 2007. *Ley 1122.* Bogota.

Congreso de la República de Colombia. 2009. *Ley 1355.* Bogotá.

Congreso de la República de Colombia. 2010. *Ley 1384.* Bogotá.

Congreso de la República de Colombia. 2011. *Ley 1438.* Bogotá.

Congreso de la República de Colombia. 2011. *Ley 1448 de 2011 Ley para la Reparación Integral de Víctimas del Conflicto Armado.* Bogotá.

Congreso de la República de Colombia. 2011. *Ley 1450.* Bogotá.

Congreso de la República de Colombia. 2012. *Ley 1523.* Bogotá.

Congreso de la República de Colombia. 2012. *Ley 1562.* Bogotá.

Congreso de la República de Colombia. 2013. *Ley 1616.* Bogotá.

Congreso de la República de Colombia. 2010. *Decreto 2968.* Bogotá.

Consejo Nacional de Política Económica Social CONPES. Departamento Nacional de Planeación. 2008. Documento Conpes 113 Social: Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional. Bogotá.

Consejo Nacional de Política Económica y Social CONPES. Departamento Nacional de Planeación. 2007. Documento Conpes 109 Social: Política Pública Nacional de Primera Infancia "Colombia por la primera infancia". Bogotá.

Convention for the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms. 1950.

Dahlgren, G. y M. Whitehead. 1996. Health impact assessment of the EU Common Agricultural Policy. En . Stockholm: Swedish National Institute of Public Health.

Dahlgren, G. y M. Whitehead. 1991. Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health. Stockholm: Institute for Future Studies.

DANE. 2009. Metodología línea base de indicadores. *Dirección de Regulación, Planeación, Estandarización y Normalización DIRPEN.* Bogota.

DANE. 2006. Plan Estratégico Nacional de Estadísticas PENDES. Bogotá.

Daniel Jones, H. M. 2004. *Grounded Theory. Una aplicación de la teoría fundamentada a la salud* (Vols. núm. 19, marzo, 2004, p. 0,). Chile: Cinta de Moebio.

De Souza Minayo, Maria Cecilia; Goncalvez de Assis, Simone; Ramos de Souza, Edinilsa. 2005. *Evaluación por triangulación de métodos.*.Editorial Lugar :Brasil ,Río de Janeiro

DED-MSPS. 2013. *Guía Metodológica de Registros, Observatorios, Sistemas de Seguimiento y Salas Situacionales.* Bogotá: en prensa.

Departamento Nacional de Planeación DNP. 2011. *Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014: Prosperidad para todos.* Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia.

Departamento Nacional de Planeación DNP. 2011. CONPES 091. Metas y estrategias de Colombia para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio 2015. DNP. Bogotá.

Diderichsen, F. 1998. Understanding Health Equity in Populations Some Theoretical and Methodological Considerations. In Promoting Research on Inequality in Health . Stockholm.

Diderichsen, F. 2001. The Social Basis of Disparities in Health. In Challenging Inequities in Health: From Ethics to Action. Oxford: Oxford University Press.

Dirección de Epidemiología y Demografía, Ministerio de Salud y Protección Social. 2013. *Análisis de Situación de Salud de Poblaciones Diferenciales Relevantes.* Documento Técnico, Bogotá.

Dirección de Epidemiología y Demografía, Ministerio de Salud y Protección Social. 2013. *Análisis de situación de salud según regiones Colombia.* Documento Técnico, Bogotá.

Dirección Epidemiología y Demografia, Ministerio de Salud y Protección Social. 2012. *Lineamientos técnicos y metodológicos para el proceso de generación de insumos concertados en grupos sociales ordenados del Plan*

Decenal de Salud Pública 2012-2021. Documento Técnico, Bogotá.

Evans T., M. Whitehead, F. Diderrichsen *et al*. 2001. *Challenging inequalities in health: from ethics to action.* Oxford University Press.

Evans, R. y G. L. Stoddart. 1990. Producing Health, Consuming Health Care. *Social Science & Medicin*, 1347-63.

EuroHealthNet. 2013. *EuroHealthNet for a Healthier Europe between and within countries.* Recuperado el 13 de marzo de 2013, de EuroHealthNet for a Healthier Europe between and within countries.: http://eurohealthnet.eu/policy/policy-communications

Foucault, M. 1986. *El cuidado de sí.* Editorial Siglo XXI. Buenos Aires.

Frenk, J. 1998. Medical care and health improvement: the critical link. *Annals of Internal Medicine. V.129*, 419-20.

Friel S y M. Marmot. 2011. Action on the social determinants of health and health inequities goes global. *Annu Rev Public Health*, 225-36.

Gómez, E. 2002. Equidad, género y salud: retos para la acción. *Revista Panamericana de Salud Pública vol11*.

Grantham-McGregor, S. *et al*. 2007. Developmental potential in the first 5 years for children in developing countries. *Lancet, 369 (9555)*.

Grigg, E. 1958. The arcana of tuberculosis with a brief epidemiologic history of the disease in the U.S.A. *Am Rev Tuberc Pulm Dis*, 151–172.

Hadley, J. 2003. Sicker and poorer: the consequences of being uninsured: a review of the research on the relationship between health insurance, medical care use, health, work, income. *Medical care Research and Review. V 60*, 3S-75S.

Hamer, L., B. Jacobson, J. Flowers y F. Johnstone. 2003. *Health Equity Audit Made Simple: A briefing for primary care Trusts and local Strategic Partnerships.* London : Health Develoment Agency.

Hemming, J. W. 2003. What is a public health observatory? *Journal Epidemiology Community Health; 57:324-326.*

Hertzman, C. y D. P. Keating. 1999. *Population Health and Human Development. In Developmental Health and theWealth of Nations.* London: Guildford Press.

Hertzman, C., J. Frank and R. G. Evans. 1994. *Heterogeneities in Health Status and the Determinants of Population Health. In Why Are Some People Healthy and Others Not? The Determinants of Health of Populations.* New York.

Kunst, A. E. y J. P. Mackenbach. 1994. Measuring the magnitude of socio-economic inequalities in health: An overview of available measures illustrated with two examples from Europe. *Social Science & Medicine, Volume 44*, 757-771.

Ladesman, S. 1986. *Quality of life and personal satisfaction: Definition and measure mentissues.*

Mackenbach, J. P. y M. A. McKee. 2013. A comparative analysis of health policy performance in 43 European countries. *Eur J Public Health*, 195-201.

Macias, C. 2008. La Gestión del Conocimiento en el Área de la Salud. *Revista de Evidencia e Investigación Clínica 2009; 2(1):31-35, 1, 2*, 31-35.

Marmot M., *et al*. 2012. WHO European review of social determinants of health and the health divide. *Lancet. 2012;380(9846)*, 1011-29.

Marmot M. y R. Wilkinson (eds.). 1999. *Social Determinants of Health.* Eds. Oxford, Oxford. University Press.

Marmot, F. y S. Friel. 2008. Global health equity: evidence for action on the social determinants of health. *Epidemiol Community Health* , 1095-1097.

Martins J. V. *et al*. 2011. Long-lasting effects of undernutrition. *Int J Environ Res Public Health*, 1817-46.

McSherry G. y E. Connor. 1993. Current epidemiology of tuberculosis. *Pediatr Ann. 1993*, 600-4.

Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial. Fondo de Población de las Naciones Unidas. UNFPA. s.f.

Enfoque Poblacional para revisión y ajustes de planes de ordenamiento territorial.

Ministerio de la Protección Social, Dirección de Epidemiología y Demografía, Grupo Planeación en Salud. 2012. *Guía para generar el análisis de los Determinantes Sociales en Salud y propuesta de intervención en las dimensiones del PDSP.* Documento de trabajo-Contrato 377 de 2012, Bogotá.

Ministerio de la Protección Social, Dirección de Epidemiología y Demografía, Grupo Planeación en Salud. 2012. *Documento Propuestas técnicas para la formulación de las dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública.* Informe consolidado Contrato 582 de 2012-337 de 2012, Bogotá.

Ministerio de la Protección Social; Organización Panamericana de la Salud; Red Colombiana de Investigación en Políticas y Sistemas de Salud. 2012. *Evaluación ex-post de la política pública Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010 a partir de su desarrollo en el nivel territorial. Resultados.* Bogotá: Documento Técnico.

Ministerio de la Protección Social. 2011. *Lineamientos técnicos y metodológicos para el proceso territorial de generación de insumos concertados del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021.* Documento Técnico, Bogotá.

Ministerio de Salud y Protección Social. 2013. *Sistematización de la estrategia de movilización social: una construcción colectiva y nacional.* Bogotá: Imprenta Nacional.

Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto Nacional de Cancerología. 2013. *Plan Nacional de Cáncer.* Bogotá.

Ministerio de Salud y Protección Social. Dirección de Epidemiología y Demografía. Grupo ASIS. 2013. *Guía conceptual y metodológica para la construcción del ASIS.* Bogotá.

Ministerio de Salud y Protección Social, Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública. 2012. *Análisis de la Situación de la Salud en Colombia, 2002-2007.* Bogotá: Imprenta Nacional.

Ministerio de Salud y Protección Social. 2013. *Observatorio Nacional de Discapacidad de Colombia.* Bogotá: documento en prensa.

Ministerio de Salud y Protección Social. 2013. *Observatorio Nacional de Salud Indígena y Etnias de Colombia.* Bogotá: documento en prensa.

Ministerio de Salud y Protección Social. 2013. *Observatorio Nacional de Vejez y Envejecimiento de Colombia.* Bogotá: documento en prensa.

Ministerio de Salud y Protección Social. Dirección de Epidemiología y Demografía. 2013. *Sistema de Seguimiento para la Infancia y Adolescencia en Colombi.* Bogotá: documento en prensa.

Najman, J. 2001. A General Model of the Social Origins of Health and Well-being. In *The Social Origins of Health and Well-being*, edited by R. Eckersley, J. Dixon, and B. Douglas. Cambridge, England: Cambridge University Press.

OECD. 2003. *Quality Framework and Guidelines for OECD Statistical Activities* (Vol. 1.).

OPS/OMS, UNICEF, CLAP. 2009. “Iniciativa Regional para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y de la sífilis congénita en América Latina y el Caribe”, documento preparado por la OPS/OMS, la UNICEF y el CLAP en septiembre de 2009.

Organización Mundial de la Salud OMS. 2011. *Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud.* Río de Janeiro, Brasil.

Organización Mundial de la Salud OMS. 2010. *Declaración de Adelaida sobre la Salud en Todas las Políticas.* Gobierno de Australia Meridional, Adelaida.

Organización Mundial de la Salud. 2009. *62.ª Asamblea Mundial de la Salud.* WHA62/2009/REC/1, Ginebra.

Organización Mundial de la Salud OMS, Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. 2009. *Subsanar las desigualdades en una generación.* Buenos Aires: Ediciones Journal S.A.

Organización Mundial de la Salud. 2007. *Commission on social determinants of health. A conceptual framework for action on the social determinants of health.*

Organización Mundial de la Salud. 2005. *Hacia un marco conceptual que permita analizar y actuar sobre los Determinantes Sociales de la Salud, Documento de trabajo de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud.* Washington.

Organización Mundial de la Salud. 2003. Social Determinants of Health. The Solid Facts.

Wilkinson R. y M. Marmot (eds). *Los Determinantes Sociales de la Salud: los hechos probados*. (edición española). Ministerio de Sanidad y Consumo.

Organización Mundial de la Salud. 2000. Informe sobre la salud en el mundo – Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Geneva.

Organización Mundial de la Salud OMS, Asociación Canadiense de Salud Pública y Ministerio de Salud y Bienestar Social de Canadá. 1986. Carta de Ottawa. Conferencia Internacional de Promoción de la Salud. Ottawa, Canadá.

Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y La Cultura, UNESCO. 2005. *Declaración Universal sobre Boética y Derechos Humanos.*

Organización de las Naciones Unidas ONU. 2000. *Objetivos de Desarrollo del Milenio,ODM.* New York, Estados Unidos de América.

Organización de las Naciones Unidas ONU. 2000. *Declaración del Milenio.* New York.

Organización de las Naciones Unidas ONU. 1995. *Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer .* Beijing, China.

Organización de las Naciones Unidas ONU. 1994. *Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo.* El Cairo, Egipto.

Organización Panamericana de la Salud. 2010. *Situación de salud de Colombia Objetivos de Desarrollo del Milenio.*

Organización Panamericana de la Salud. Oficina Sanitaria Panamericana. s.f. *Modulo de Principios de Epidemiología para el control de Enfermedades. Segunda Edición. Presentación y marco conceptual.* Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud.

Organización Panamericana de la Salud OMS. 2008. *Guía para el análisis y el monitoreo de la equidad de género en las políticas de salud.*

PNUD. 2008. *Integración del enfoque de género en los proyectos del PNUD.*

Presidencia de la República de Colombia. 2011. *Decreto 4107.* Bogotá.

Presidencia de la República de Colombia. 2011. *Decreto 4875.* Bogotá.

Presidencia de la República de Colombia. 2010. *Estrategia Nacional de Atención Integral a la Primera Infancia.* Bogotá.

Presidencia de la República de Colombia. 1994. *Decreto 1757.* Bogotá.

Rothman, K. J. *et al*. 2008. *Modern Epidemiology* (Third edition). Boston, Massachusetts: Wolters Kluwer Health.

Rothman, K. J. 2002. *Epidemiology: An Introduction.* Oxford: Oxford University Press.

S.Macintyr. 2003. *Evidence based policy making: impact on health inequalities still needs to be.* Br Med J.

Sen, A. 2002. *Porqué la equidad en salud?* Pan Am J Public Health .

Shi, L. *et al*. 1994. Primary care,specialty care and life chance. *International Journal of Health Services*, 31-58.

Ministerio de la Protección Social. 2007. *Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010.* Bogotá.

Ministerio de la Protección Social. 2007. *Política Nacional de Envejecimiento y Vejez.* Bogotá.

Starfield, B. 1998. Primary care: balancing health needs, services and technology. New York: Oxford University Press.

Thomsen S. *et al*. 2013. Bringing evidence to policy to achieve health-related MDGs for all: justification and design of the EPI-4 project in China, India, Indonesia, and Vietnam. . *Glob Health Action.*

Torres, C. 2001. *Equidad en salud, desde la perspectiva de la etnicidad.* Washington, D.C.: Organización

Panamericana de la Salud.

Fondo de Población de las Naciones Unidas UNFPA. 2008. *Guía para Alcaldes: El enfoque poblacional en la planeación del desarrollo.*

Vivar, C. G., M. Arantzamendi y O. López di Castillo. 2010. *La Teoría Fundamentada como Metodología de Investigación Cualitativa en Enfermería* (Vols. 19(4): 283-288). España: Sicelo.

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

Whitehead., M. y G. Dahlgren. 2006. *Levelling up (part 2).* World Health organization Europe. Copenhagen.

Wilkinson, J. 2010. The first ten years of Public Health Observatories in England – and the next? *Public Health 124: 245.*

Williamson, J. 1990. *Latin American Adjustment: How Much Has Happened?* 1750 Massachusetts Ave NW Washington, DC 20036, Estados Unidos.

World Economic Forum. 2012. *Global Gender Gap Report.*

World Health Organization WHO. 2011. *Health Information Systems.*

GLOSARIO

Atención integral: entendida como la respuesta a las necesidades de salud individual, familiar y colectiva, a través de la integración de las acciones ínter y transectoriales para propiciar la prosperidad en salud; el énfasis del SGSSS está dirigido a la promoción de la salud, la prevención de riesgos, la atención y la rehabilitación de la enfermedad; además de las acciones requeridas para garantizar la prestación de servicios, de manera sistemática y ordenada.

Calidad de vida: es la percepción de un individuo de su posición en el contexto cultural y el sistema de valores en que vive, en relación con sus metas, objetivos, expectativas, valores y preocupaciones. Es una construcción social.

Capital social: es la variable que mide la colaboración social entre los diferentes grupos de un colectivo humano y el uso individual de las oportunidades surgidas a partir de ello, con base en la confianza mutua, las normas efectivas y las redes sociales. Es una realidad menos tangible que el capital humano (conocimientos) o el capital físico (bienes materiales), pero decisivo para el desarrollo. Es el activo históricamente acumulado por una sociedad, a partir de la acción organizada de sus miembros (individuos o colectivos).

Cohesión social: es la capacidad de la sociedad para asegurar el bienestar de todos sus miembros, minimizando las disparidades y evitando las polarizaciones. La política de cohesión social en Colombia se basa en el carácter participativo de su democracia, sustentado en la Constitución Política de 1991.

Cultura de salud: apoya los procesos que propenden por el mejoramiento de la calidad de vida de la población. El concepto de cultura aplicado al campo de la salud constituye el eje fundamental en el análisis de los factores sociales involucrados en cualquier proceso de salud y enfermedad.

Desarrollo humano: es el proceso de ampliación de las opciones de las personas, la mejora de las capacidades humanas (la diversidad de cosas que las personas pueden hacer o ser en la vida) y las libertades, para que las personas puedan vivir una vida larga y saludable, tener acceso a la educación y a un nivel de vida digno, y participar en la vida de su comunidad y en las decisiones que afecten sus vidas.

Desarrollo social: es un proceso de promoción del bienestar de las personas, en conjunción con un proceso dinámico de desarrollo económico. En el transcurso del tiempo conduce al mejoramiento de las condiciones de vida de toda la población en diferentes ámbitos: salud, educación, nutrición, vivienda, vulnerabilidad, seguridad social, empleo, salarios, principalmente. Implica también la reducción de la pobreza y la desigualdad en el ingreso.

Desafio: se refiere a las situaciones y condiciones estructurales que se deben enfrentar prospectivamente en el Plan Decenal de Salud Pública.

Determinantes Sociales de la Salud: son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, y los sistemas establecidos para combatir las enfermedades. A su vez, estas circunstancias están configuradas por un conjunto más amplio de fuerzas: económicas, sociales, normativas y políticas.

Dimensión: existen diversas medidas o conceptualizaciones de dimensión (dimensión de un espacio vectorial, dimensión topológica, dimensión fractal, etc.). En física cuántica es la extensión de un objeto en una dirección

determinada. Como sustantivo se refiere a la magnitud o importancia de un hecho. Faceta, aspecto o parte de una cosa. Es decir, cualquiera de los componentes de una situación particular.

Desigualdad en salud: diferencias sistemáticas inevitables y pertinentes entre los miembros de una población (variaciones biológicas, naturales; conductas que dañan la salud elegidas libremente; ventajas relativas entre los grupos por haber elegido conductas saludables, cuando todos tenían los medios para hacerlo).

Entornos educativos saludables: según los lineamientos nacionales para la aplicación y el desarrollo de la Estrategia de Entornos Saludables Vivienda y Escuela Saludables del año 2006, los entornos educativos saludables son definidos como "el espacio geográfico en donde habita la comunidad educativa; donde se construye y reproduce la cultura, se desarrolla el pensamiento, la afectividad y los comportamientos básicos para producir nuevos conocimientos, se buscan alternativas, mejores formas de vivir y relacionarse con su entorno. Los entornos educativos saludables (jardín, escuela, universidades) contribuyen al desarrollo humano de la comunidad educativa, propiciando acciones integrales de promoción de la salud, prevención de la enfermedad en torno al centro educativo, promoviendo el desarrollo humano sostenible de las niñas, los niños, los adolescentes y los jóvenes, a través del desarrollo de habilidades y destrezas para cuidar su salud, la de su familia, su comunidad y su ambiente".

Entornos comunitarios saludables: el entorno comunitario está constituido por un conjunto de escenarios, esencialmente espacios públicos, en los cuales los individuos y los grupos sociales ejercen su autonomía funcional y política, enmarcados en relaciones sociales que pueden proteger o deteriorar su salud y que han sido construidas históricamente. En ellos se expresa la gestión intersectorial y la participación social, como mecanismo de ejercer la gobernanza en salud ambiental, para la afectación de los determinantes socio-ambientales. También se establecen compromisos de trabajo conjunto y coordinado entre la población, la sociedad civil y las entidades con diferentes responsabilidades en la salud ambiental de una comunidad. En los espacios comunitarios se acumula el capital social que permite el fortalecimiento de la co-responsabilidad y el autocuidado, la identificación de necesidades, y el desarrollo de las respuestas con participación de todos los actores sociales. De igual forma, en este entorno se incluyen escenarios de naturaleza mixta, en los cuales se da la realización de los procesos de inspección, vigilancia y control dirigidos a los establecimientos de especial interés sanitario, entre los que se encuentran los lugares de residencia de la población con condiciones diferenciales, tales como la población privada de la libertad, la fuerza pública residente en batallones, refugios temporales de desplazados o personas damnificadas por fenómenos como desastres naturales, y personas de tercera edad residentes en hogares de protección.

Los procesos de concentración urbana de la población ejercen una presión sobre la infraestructura de los municipios, incluyendo la disponibilidad de servicios públicos, transporte, vivienda, educación, espacios recreativos, trabajo y equipamiento en salud, que afectan la salud y calidad de vida de la población. También ocasionan una demanda de bienes y servicios ambientales, lo que puede ocasionar la degradación ambiental del entorno, y por ende reducir la disponibilidad de los recursos naturales para la sociedad, lo cual incide en la salud pública.

Entornos de trabajo saludables: el entorno laboral es el espacio del territorio donde las personas y los grupos sociales se organizan para producir bienes y servicios; en él se expresan las relaciones construidas socialmente, que determinan exposiciones diferenciales y resultados desiguales en la salud de las personas

en función de la posición ocupacional en las cadenas productivas nacionales y transnacionales. El entorno laboral, en los grupos sociales en los cuales la vivienda es el mismo espacio para la producción, debe ser priorizado para las intervenciones intersectoriales. Todas las autoridades de los niveles territoriales deberán priorizar a la población laboral del sector informal para vincularlas en sus políticas de protección, según sus competencias, e informar al Ministerio de Trabajo y a sus niveles territoriales para su afiliación al Sistema de Riesgos Laborales y demás mecanismos de protección laboral.

Ecosistemas estratégicos saludables: la mayor parte del territorio nacional ha sido sometida a usos no sostenibles, que han dado como resultado una disminución de la capacidad productiva de los ecosistemas, por disminución de la biodiversidad, problemas de erosión, sedimentación, contaminación del suelo y el agua y afectación del balance hídrico, la contaminación del aire, la disponibilidad del agua para consumo humano, el desabastecimiento, entre otras razones. En conjunto, estos procesos han tenido un impacto importante en la salud pública, por lo que requieren una respuesta intersectorial, mediante políticas y acciones dirigidas a prevenir y mitigar el deterioro y recuperar los ecosistemas que proveen bienes y servicios ecológicos indispensables para el desarrollo nacional, regional y local, y proteger la biodiversidad y la diversidad cultural. De manera específica se incluyen en estos ecosistemas los bosques, páramos, cuencas hídricas, humedales, manglares, mares. Los ecosistemas estratégicos tienen importancia no solo a nivel local, regional y nacional, sino también a nivel global, porque en ellos se desarrollan procesos bio-geo-químicos, que contribuyen a mantener la vida de las especies y las comunidades, incluyendo la humana. Entre ellos se puede mencionar el mantenimiento del ciclo del agua o el mantenimiento de la composición química de la atmósfera.

Eje estratégico: es la estrategia misma. Son las decisiones fundamentales que se tienen que tomar para asegurar una mayor eficacia. Debe ser coherente con la visión.

Equidad en salud: justa oportunidad de todos para atender la salud y desarrollar el potencial de vida. El concepto equidad implica igualdad, justicia social y libertades; por lo tanto, que todas las personas alcancen su potencial de salud con independencia de sus condiciones sociales y económicas. Implica reducir las desventajas sociales y sus efectos innecesarios y evitables sobre la salud entre los grupos más desprotegidos.

Equidad social: es un conjunto de prácticas tendientes al abordaje y superación de todas las formas sociales, económicas, culturales y políticas de exclusión y desigualdad.

Estrategia: es el conjunto de acciones planificadas sistemáticamente en el tiempo, que se llevan a cabo para lograr un determinado fin. La estrategia es un modelo coherente, unificador e integrador de decisiones, en términos de objetivos a largo plazo, programas de acción y prioridades en la asignación de recursos. Se pueden distinguir tres tipos de estrategias: de corto, mediano y largo plazo, según el horizonte temporal. La estrategia es la ruta que siguen las grandes líneas de acción de promoción de la salud, gestión del riesgo en salud y gestión de la salud pública para alcanzar los propósitos, objetivos y metas.

Hábitat saludable: se constituye por diversos entornos, que pueden favorecer y propiciar la salud y calidad de vida de la población. Su condición depende de múltiples factores, entre los que se destacan los procesos productivos sostenibles en todos los sectores de la economía; se hace énfasis en la explotación pecuaria, agrícola,

maderera, energética, minera, manufacturera, y en la prestación de servicios de transporte y turismo. Se reconoce que los procesos productivos sostenibles se apoyan en la innovación tecnológica, en el autocontrol de los gremios de la producción, en los incentivos generados por el Estado y en la vigilancia y gestión de la sociedad civil.

GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO: el concepto gestión del conocimiento que conduce los ROSS es una adaptación a partir del concepto ideado por Wilkinson (2010), y ha sido complementado con el propuesto por Macías-Chapula (2009). El conocimiento hace referencia a una información estructurada y organizada, que constituye un nivel superior de información. Debe entenderse la gestión del conocimiento desde la planificación, organización, coordinación y control de las actividades que lleven a la captura y creación de indicadores hasta la difusión de la evidencia generada de una manera eficiente. La finalidad última de la gestión del conocimiento es muy clara y sencilla: la identificación de las necesidades en salud de la población y los determinantes asociados a estas y que contribuyen con cambios de origen ambiental, del comportamiento humano, genéticos y de respuesta de los servicios de salud. En ese sentido, los procesos principales relacionados con la gestión del conocimiento son:

- Acceso a conocimiento de fuentes externas
- Generación y medición de nuevo conocimiento
- Disposición de nuevo conocimiento en bases de datos
- Transferencia y difusión del conocimiento
- Fomento de líneas de investigación

Infancia y adolescencia: la etapa de ciclo vital de primera infancia, infancia y adolescencia, en el Plan Decenal de Salud Pública, subraya la importancia de que sean las personas el centro de la acción sectorial, intersectorial y transectorial, reconociendo a los niños, niñas y adolescentes como sujetos de derechos, para garantizar efectivamente su atención integral, impactar positivamente los Determinantes Sociales de la Salud y contribuir a disminuir la inequidad, identificando los procesos prioritarios por adelantar en cada territorio en los diferentes trayectos de vida, con un énfasis específico en los primeros mil días de vida.

Intersectorialidad: es la intervención coordinada y complementaria de instituciones representativas de distintos sectores sociales, mediante acciones destinadas total o parcialmente a abordar la búsqueda de soluciones integrales. Crea mejores soluciones que la sectorialidad, porque permite compartir los recursos que le son propios a cada sector. Contribuye a articular las distintas propuestas sectoriales en función de un objetivo común.

Intrasectorialidad: referida a actores, entidades o instituciones de un mismo sector.

Indicador: es una expresión cualitativa o cuantitativa observable, que permite describir características, comportamientos o fenómenos de la realidad a través del establecimiento de una relación entre variables, que comparada con periodos anteriores, productos similares o una meta o compromiso, facilita evaluar el desempeño y su evolución en el tiempo (DANE, 2009). Por lo general son fáciles de recopilar, altamente relacionados con otros datos, y mediante ellos se pueden extraer rápidamente conclusiones útiles. Un

indicador debe cumplir con tres características básicas:

Simplificación: la realidad en la que se actúa es multidimensional; un indicador puede considerar alguna de tales dimensiones (económica, social, cultural, política, etc.), pero no puede abarcarlas a todas.

Medición: permite comparar la situación actual de una dimensión de estudio en el tiempo o respecto a patrones establecidos.

Comunicación: todo indicador debe transmitir información para la toma de decisiones.

Línea base: la línea base nace como un método de evaluación de proyectos sociales, cuando se pretende obtener información concreta de una situación al momento de iniciar acciones planificadas, es decir, establecer un "punto de partida" para un proyecto o intervención. En este sentido, la línea base ha tenido un papel fundamental dentro de los sistemas de información para la toma de decisiones, permitiendo reducir algunos problemas de asimetrías de información estadística, y con ello reducir la selección adversa de políticas públicas (DANE, 2009). La línea base suele tener un carácter cuantitativo y puede recurrir a fuentes primarias y secundarias de información; sin embargo, se prefieren las fuentes primarias, dado que los registros rutinarios aumentan la especificidad de aquello que se desea comparar más adelante.

Línea de acción: es la directriz global que expresa la orientación de las actividades que se van a desarrollar, con la cual se pretende llegar a los objetivos y estrategias establecidos en un plan.

Meta: la meta se puede entender como la expresión de un objetivo en términos cuantitativos y cualitativos. Es un proceso que se debe seguir y terminar para poder llegar al objetivo. Todo objetivo está compuesto por una serie de metas, que unidas y alcanzadas lo conforman.

Objetivo: es un elemento programático que identifica la finalidad hacia la cual se deben dirigir los recursos y esfuerzos para dar cumplimiento a los propósitos; debe responder a las preguntas "qué" y "para qué". Es el conjunto de resultados que se propone alcanzar a través de determinadas acciones. Es el resultado final de una serie de metas y procesos. El objetivo es la cristalización de un plan de acción o de trabajo, el cual está conformado por metas.

Observatorio: es un sistema inteligente integrado por sistemas de información y acciones intersectoriales que facilitan y organizan la disponibilidad de fuentes de datos, y la estabilización y estandarización de las salidas de información, de tal modo que permitan monitorear cambios en la salud de la población, seguir tendencias de la evolución de la misma y analizar los determinantes socio-económicos que contribuyen con la ocurrencia de desigualdades en salud, con el fin de incrementar la gestión del conocimiento para informar la formulación de políticas en salud y orientar intervenciones en la práctica (Anston, 2000; Hemming, 2003; Wilkinson, 2010).

Participación social: es una herramienta de empoderamiento que le da a la comunidad un papel activo y de co-responsabilidad. Es un proceso mediante el cual los miembros de la comunidad, individual o colectivamente, asumen diferentes niveles de compromisos y responsabilidades. Facilita el co-protagonismo de la comunidad, y fortalece la construcción de alianzas intersectoriales con la sociedad civil. Es el ejercicio del poder de cada persona para transformar la esfera de lo público en función del bien común.

Participación social en salud: proceso a través del cual los grupos comunitarios, organizaciones, instituciones, sectores y actores sociales de todos los ámbitos intervienen en la identificación de necesidades o problemas de salud y se unen para diseñar y poner en práctica las soluciones o acciones a seguir. Reconoce la intervención de las personas, familias, grupos, organizaciones sociales y comunitarias, instituciones públicas, privadas y solidarias en el ejercicio de prevenir, mejorar, recuperar y promover la salud.

Política de Estado: es todo aquello que una sociedad y su gobierno desea implementar en forma permanente, para que trascienda a través del tiempo sin que se vea afectada por uno o varios cambios de gobierno. Obedece a un interés fundamental, por lo que debe conservarse en forma permanente.

Política de Gobierno: es aquella que dura mientras esté vigente el gobierno que la concibió.

Política social: es el segmento de la política general (de la acción de gobierno), orientado a la sociedad en general.

Política pública: es la respuesta que el Estado o poder público otorga a las necesidades de los gobernados, en forma de normas, instituciones, prestaciones, bienes públicos o servicios. Involucra una toma de decisiones, y previamente un proceso de análisis y de valorización de dichas necesidades.

Reto: en el Plan Decenal de Salud Pública, son las situaciones y condiciones adversas en el horizonte del tiempo, que deben enfrentarse prospectivamente desde lo programático.

Registro: se refiere a todo registro resultante de necesidades fiscales, tributarias, sanitarias u otras, creado con la finalidad de viabilizar la administración de los programas de gobierno o para fiscalizar el cumplimento de obligaciones legales de la sociedad. Para su utilización con fines estadísticos es preciso evaluar su base conceptual y metodológica, clasificaciones, cobertura alcanzada, variables investigadas, calidad de las respuestas, procesamiento de los datos y frecuencia de disponibilidad de ellos (CEPAL, 2007).

Sistema de información en salud: es un sistema para la recolección y tratamiento de datos procedentes de diversas fuentes; por ello estandariza procesos (entradas, insumos, salidas), realiza control de calidad y utiliza la información para la formulación de políticas y la gestión de los servicios de salud. Los sistemas de información en salud incluyen una serie de fuentes de datos basados especialmente en registros poblacionales, registros de prestación de servicios, censos y encuestas de hogares, y sistemas de información administrativos, como el registro civil, nacimientos y defunciones (WHO, 2011).

Sistemas de seguimiento y evaluación: los sistemas de seguimiento y evaluación son una iniciativa multidimensional enfocada a hacer el desarrollo global más efectivo por medio de herramientas de administración basadas en resultados. En este sentido, se busca contar con información que permita retroalimentar las acciones gubernamentales, facilitando un mayor entendimiento de la evolución de situaciones y dificultades específicas, a través del ajuste y orientación de planes, programas y proyectos en el momento oportuno para alcanzar resultados (DANE, 2009). Es necesario establecer las diferencias entre un sistema de seguimiento y uno de evaluación:

SEGUIMIENTO es una “función continua que utiliza la recolección sistemática de datos en indicadores específicos para medir el grado de avance y logros de objetivos y progresos en la utilización de fondos

asignados" (OECD, 2003).

EVALUACIÓN es la "valoración o estimación sistemática y objetiva de una intervención en curso o terminada, comprendiendo su diseño, ejecución y resultados. Lo que se busca es determinar la relevancia y satisfacción de objetivos, la eficiencia del desarrollo, su efectividad, impacto y sostenibilidad. La evaluación debe proporcionar información creíble y útil, permitiendo incorporar las lecciones aprendidas de todos los actores involucrados" (DANE, 2009).

De esta forma, el seguimiento ofrece información relevante acerca de la situación en un momento dado de las políticas, programas y proyectos, envía señales acerca de la labor que se está llevando a cabo en el proceso de alcanzar las metas que se quieren evaluar, mientras que la evaluación ofrece la evidencia de por qué los objetivos y efectos se están, o no, alcanzando.

En este sentido, debe entenderse un sistema de seguimiento y evaluación como una herramienta que permite valorar el nivel de cumplimiento de los objetivos propuestos de una intervención, identificando y seleccionando información que permita tomar decisiones, aplicar correctivos y sistematizar experiencias. A su vez, este sistema permite entender y valorar todos los pasos estructurales en el proceso decisorio de una política pública.

Sala Situacional: es definida por la Organización Panamericana de la Salud OPS (Bergonzolli, 2006) como un espacio de trabajo matricial, en donde se conjugan diferentes saberes para la identificación y estudio de situaciones de salud coyunturales o no, llevar a cabo análisis de los factores que los determinan, las soluciones más viables y factibles de acuerdo con el contexto local y el monitoreo y evaluación de los resultados obtenidos después de la aplicación de las decisiones tomadas.

Salud ambiental: "Área de las ciencias que trata la interacción y los efectos que, para la salud humana, representa el medio en el que habitan las personas. De acuerdo con esto, los componentes principales de la salud ambiental tienen un carácter interdisciplinario, multi-causal, pluri-conceptual y dinámico, y se imbrican mutuamente, en una relación dialéctica" (Departamento Nacional de Planeación. Documento Conpes 3550 de 2008. Lineamientos para la formulación de la política integral de salud ambiental con énfasis en los componentes de calidad de aire, calidad de agua y seguridad química). Desde una perspectiva ecocéntrica, la salud ambiental también trata sobre los impactos que los modos de producción y consumo de la población humana tienen sobre el capital natural: "La salud ambiental es el resultado de la interacción de factores que operan en distintos niveles de agregación y en el marco de procesos complejos, que van más allá de los componentes tradicionales biológicos, físicos y químicos del medio ambiente. Para su mejor comprensión, la salud ambiental se puede contextualizar usando como referencia el marco de los factores determinantes de la salud. Según este marco, hay una serie de factores determinantes estructurales de carácter social, económico, político, ambiental, tecnológico y de biología humana, algunos relacionados entre sí y en importante interacción con el sistema de salud. Estas relaciones dan lugar, a su vez, a factores determinantes intermedios que generan condiciones de vida deficientes, riesgos y peligros ambientales, y cambios en los estilos de vida y comportamiento, como consecuencia de los cuales se modifican los niveles de esperanza de vida, se producen enfermedades, daños, discapacidades y muertes, y se ve alterado el bienestar de la población" (Salud de las Américas, "Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental, 2007. Citado en DNP. Documento Conpes 3550 de 2008).

Salud mental: se comprende como un estado de bienestar físico, psicológico y social del sujeto, en el cual no solo se reconocen los factores biológicos, sino además los procesos de interacción que se dan entre las condiciones sociales, históricas, ambientales, culturales, económicas y políticas, donde ese sujeto desarrolla su vida. De esta manera contribuye al desarrollo humano y social, genera capital social, cultural, simbólico y económico, hace posible el reconocimiento, la garantía, y el ejercicio y restitución de los derechos.

Transectorialidad: es una estrategia que se basa en el reconocimiento de la complejidad del ser humano y sus relaciones; pretende dar una respuesta comprehensiva a sus intereses y potencialidades. Implica un modo de gestión más allá de la sumatoria de ofertas sectoriales, institucionales, profesionales, disciplinares. Implica la creación de nuevas miradas, nuevos marcos referenciales, nuevas visiones y, sobre todo, una transformación cognitiva: el conocimiento apunta a la construcción de país. La transectorialidad en el PDSP es la expresión práctica de la transversalidad en el sector público, e implica muchos cambios en la forma de pensar: tener conciencia de que se está "construyendo país" y de que el ministerio, como entidad rectora de la salud, se convierte en la autoridad transectorial, sin "invadir" el espacio de otros sectores ni "imponer" tareas adicionales a los mismos. Para que el PDSP sea realmente transectorial, es necesario poner los intereses del país por encima de los del sector salud, en primacía del bien común.

Vivienda saludable: una vivienda saludable "alude a un espacio de residencia caracterizado por un conjunto de condiciones que influyen de manera favorable en los procesos de restauración, protección y promoción de la salud e incentiva la actividad creadora y el aprendizaje de sus moradores. Este espacio incluye: la casa (el refugio físico donde residen individuos), el hogar (el grupo de individuos que viven bajo un mismo techo), el peri-domicilio (el ambiente físico y psicosocial inmediatamente exterior a la casa) y la comunidad (el grupo de individuos identificados como vecinos por los residentes)" (Documento 03. Lineamientos Nacionales para la aplicación y el desarrollo de la Estrategia de Entornos Saludables Vivienda y Escuelas Saludables 2006. Documento 05. Manual de Gestión Territorial Estrategia de Entornos Saludables 2006).

LISTA DE SIGLAS

ACEMI	Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral
ACESI	Asociación Colombiana de Empresas Sociales del Estado y Hospitales Públicos
ACHC	Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas
ACODIN	Asociación Colombiana de Dietistas y Nutricionistas
AGNU	Asamblea General de las Naciones Unidas
AIEPI	Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia
ANSPE	Agencia Nacional para la Superación de la Pobreza Extrema
APS	Atención Primaria en Salud
ARL	Administradoras de Riesgos Laborales
ARV	Terapia Antiretroviral
ASCUN	Asociación Colombiana de Universidades
ASIS	Análisis de la Situación de Salud
ASOCAJAS	Asociación Nacional de Cajas de Compensación Familiar
AVISAS	Años de Vida Saludables
BLH	Banco de Leche Humana
BM	Banco Mundial
BVS	Biblioteca Virtual en Salud
CAC	Cuenta de Alto Costo
CAR	Corporaciones Autónomas Regionales
CELADE	Centro Latinoamericano de Demografía
CENDEX	Centro de Proyectos para el Desarrollo
CEPAL	Comisión Económica Para América Latina y El Caribe
CIPD	Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo
CISAN	Comisión Intersectorial de Seguridad Alimentaria y Nutricional
CMCT	Convenio Marco para el Control del Tabaco
CMNUCC	Convención Marco de Naciones Unidas sobre el Cambio Climático
CODHES	Consultoría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento
COLCIENCIAS	Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación
COMBI	Comunicación para Influenciar Comportamientos, en inglés
CONPES	Consejo Nacional de Política Económica y Social
COVE	Comités Operativos de Vigilancia Epidemiológica
COVECOM	Comité de Vigilancia Epidemiológica Comunitaria
CTRSSS	Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud

DAFP	Departamento Administrativo de la Función Pública
DANE	Departamento Administrativo Nacional de Estadística
DIH	Derecho Internacional Humanitario
DNP	Departamento Nacional de Planeación
DPS	Departamento Administrativo para la Prosperidad Social
DSS	Determinantes Sociales de la Salud
DTS	Direcciones Territoriales de Salud
EDA	Enfermedad Diarreica Aguda
EGI	Estrategia de Gestión Integral
EID	Enfermedades Infecciosas Desatendidas
ENDS	Encuesta Nacional de Demografía y Salud
ENS	Encuesta Nacional de Salud
ENSIN	Encuestas Nacionales de Situación Nutricional
ENT	Enfermedades No Transmisibles
EPOC	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
EPS	Entidades Promotoras de Salud
ERA	Enfermedad Respiratoria Aguda
ERCCAV	Enfermedad Renal Crónica y Salud Cardiovascular
ESAP	Escuela Superior de Administración Pública
ESE	Empresas Sociales del Estado
ETA	Enfermedades Transmisibles por Alimentos
ETS	Enfermedades de Transmisión Sexual
ETV	Enfermedades Trasmitidas por Vectores
FONSAET	Fondo de Salvamento y Garantía del Sector Salud
FOSYGA	Fondo de Solidaridad y Garantía
FOVIS	Fondo de Vivienda de Interés Social
GESTARSALUD	Asociación de Empresas Gestoras del Aseguramiento de la Salud
IAAS	Infecciones Asociadas a la Atención en Salud
IBS	Indicadores Básicos de Salud
ICA	Instituto Colombiano Agropecuario
ICBF	Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
ICD	Infraestructura Colombiana de Datos
ICV	Índice de Condiciones de Vida
IDEAM	Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales
IDH	Índice de Desarrollo Humano

IETS	Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud
IMC	Índice de Masa Corporal
INC	Instituto Nacional de Cancerología
INM	Instituto Nacional de Metrología
INMLCF	Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses
INPEC	Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario
INS	Instituto Nacional de Salud
INVIMA	Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos
IVC	Inspección, Vigilancia y Control
IVE	Interrupción Voluntaria del Embarazo
IPA	rasitario Anual IPAÍndice Pa
IPC	Índice de Precios del Consumidor
IPS	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud
IPSI	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Indígena
IRA	Infección Respiratoria Aguda
ITS	Infecciones de Transmisión sexual
LGBTI	Lesbianas, Gays, Bisexuales, Transexuales e Intersexuales
LI	Línea de Indigencia
LP	Línea de pobreza
MEN	Ministerio de Educación Nacional
MSPS	Ministerio de Salud y Protección Social
NBI	índice de Necesidades Básicas Insatisfechas
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OEV	Observatorio Nacional de Envejecimiento y Vejez
OIM	Organización Internacional para las Migraciones
OISS	Organización Iberoamericana de Seguridad Social
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONAC	Organismo Nacional de Acreditación
ONC	Observatorio Nacional de Cáncer
ONCASASS	Observatorio Nacional de Calidad y Seguimiento a Actores del Sistema de Salud
ONIEA	Observatorio Nacional e Intersectorial del Embarazo Adolescente
ONSM	Observatorio Nacional de Salud Mental
ONU	Organización de Naciones Unidas
ONV	Observatorio Nacional de Violencias

ONVIH	Observatorio Nacional para la Gestión Programática de ITS VIH/SIDA
OPS	Organización Panamericana de Salud
OSAN	Observatorio de Seguridad Alimentaria y Nutricional
PAB	Plan de Atención Básica
PAI	Programa Ampliado de Inmunizaciones
PAIES	Planes de Acción Intersectoriales de Entornos Saludables
PAICMA	Programa Presidencial para la Acción Integral contra Minas
PAPSIVI	Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas
PDSP	Plan Decenal de Salud Pública
PDT	Planes de Desarrollo Territorial
PIB	Producto Interno Bruto
PILA	Política Integrada de Liquidación de Aportes
PISA	Política Integral de Salud Ambiental
PMA	Programa Mundial de Alimentos
PNACC	Plan Nacional de Adaptación al Cambio Climático
PNARIV	Plan Nacional de Atención y Reparación Integral a las Víctimas
PND	Plan Nacional de Desarrollo
PNSB	Plan Nacional de Salud Bucal
PNSP	Plan Nacional de Salud Pública
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
POA	Plan Operativo Anual
POS	Plan Obligatorio de Salud
POT	Planes de Ordenamiento Territorial
PSAN	Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional
RBC	Rehabilitación Basada en Comunidad
REPSS	Registro de Prestadores de Servicios de Salud
REUNIDOS	Registro Único de Damnificados
RIPS	Registros Individuales de Prestación de Servicios
RLCPD	Registro para la Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad
SAN	Seguridad Alimentaria y Nutricional
SAPS	Sistema de Seguimiento a la Estrategia de Atención Primaria en Salud
SARS	Síndrome Respiratorio Agudo Severo
SENA	Servicio Nacional de Aprendizaje
SGP	Sistema General de Participaciones
SGRL	Sistema General de Riesgos Laborales

SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SISBEN	Sistema de Identificación y Clasificación de Potenciales Beneficiarios para los Programas Sociales
SISPI	Sistema Indígena de Salud Propio Intercultural
SISPRO	Sistema Integral de Información de la Protección Social
SIVIGILA	Sistema de Vigilancia en Salud Pública
SND	Sistema Nacional de Discapacidad
SOAT	Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito
SOGCS	Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención de Salud
SSIVE	Sistema de Seguimiento y Monitoreo a la Interrupción Voluntaria del Embarazo
SSO	Servicio Social Obligatorio
SSR	Salud Sexual y Reproductiva
SUIN	Sistema único de Información de Infancia
SUISA	Sistema Unificado de Información en Salud Ambiental
TB	Tuberculosis
TIC	Tecnologías de la Información y las Comunicaciones
UCI	Unidad de Cuidados Intensivos
UNESCO	Organización de las Naciones unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UPC	Unidad de Pago por Capitación
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humano
VIS	programa de Vivienda de Interés Social
VPH	Virus del Papiloma Humano

ANEXO 1

Proceso técnico
para la formulación del
Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021

SIMULTANEIDAD – CONVERGENCIA – ARMONIZACIÓN		
FASES	ACTIVIDADES	LÍNEA DE TIEMPO
SIMULTANEIDAD – CONVERGENCIA – ARMONIZACIÓN		
FASES	ACTIVIDADES	LÍNEA DE TIEMPO
APRESTAMIENTO	Preparación metodológica de la formulación del PDSP 2012 2021	Mayo de 2011 a Julio de 2012)
	Recolección de documentos existentes a la fecha en el MPS	
	Lineamientos técnicos de insumos participativos y de formulación	
	Análisis de situación de salud	
	Experiencias significativas relacionadas con el Plan territorial 2007 – 2010	
	Mapeo de compromisos internos	
	Definiciones estratégicas del PDSP	
	Desarrollo de acuerdos conceptuales del marco de seguimiento y evaluación del PDSP	
	Elaboración de la propuesta metodológica para aprobación del Viceministerio de Salud y Bienestar	
	Presentación de la propuesta metodológica a la alta dirección del MPS	
	Aprobación de los lineamientos internos para la	

SIMULTANEIDAD – CONVERGENCIA – ARMONIZACIÓN		
FASES	ACTIVIDADES	LÍNEA DE TIEMPO
	formulación del PDSP	
	Presentación y puesta en común a los representantes de las Direcciones del MPS de los lineamientos internos	
	Presentación de avances a la alta Dirección del MPS	
	Presentaciones ampliadas de los lineamientos del PDSP	
	Gestión interna del PDSP en el Ministerio de Salud y Protección Social	
	Organización de grupos internos de trabajo	
	Análisis de competencias y mandatos sectoriales (protección social)	
	Plan de trabajo intra institucional para Reglamentación del PDSP	
	Definición de acuerdos conceptuales y metodológicos	
	Definición y estructuración de enfoques y orientaciones estratégicas	
APRESTAMIENTO	Diseño de fases, orientaciones metodológicas e instrumentos para la recolección de insumos para el PDSP	Mayo de 2011 a Julio de 2012)
	Reunión internacional sobre planes de mediano y largo plazo en salud	
	Elaboración de documentos conceptuales y metodológicos	
DEFINICIÓN TÉCNICA	Análisis de situación de salud con enfoque de Determinantes Sociales de la Salud	Mayo de 2011 a octubre

SIMULTANEIDAD – CONVERGENCIA – ARMONIZACIÓN		
FASES	ACTIVIDADES	LÍNEA DE TIEMPO
	Incorporación de la metodología de Análisis de Situación de salud (ASIS) al PDSP con enfoque de determinantes sociales	2012
	Identificación de fuentes de información disponibles para el ASIS	
	Procesamiento de información	
	Elaboración del documento de insumos de información para el ASIS	
	Elaboración de insumos de ASIS según prioridades de salud pública	
	Capacitación del equipo interno del MSPS sobre el uso de información para ASIS	
	Capacitación de las Entidades Territoriales sobre el uso de información para el ASIS	
	Estructuración pedagógica de la metodología de ASIS	
	Desarrollo de lineamientos territoriales para consolidación del ASIS territorial con perspectiva de determinantes sociales	
	Asesoría y asistencia técnica territorial para la consolidación del ASIS	
	Elaboración definitiva del documentos de ASIS nacional (base de seguimiento)	
	Elaboración definitiva de documentos de ASIS territoriales (base de seguimiento)	
	Definición del marco estratégico del PDSP para generación	

SIMULTANEIDAD – CONVERGENCIA – ARMONIZACIÓN		
FASES	ACTIVIDADES	LÍNEA DE TIEMPO
	de insumos	
DEFINICIÓN TÉCNICA	Análisis crítico de la estructura y marco estratégico del PNSP 2007 2010	Mayo de 2011 a octubre 2012
	Elaboración del marco de desafíos y retos en salud pública	
	Estructuración de dimensiones prioritarias de la salud pública	
	Revisión del Plan Nacional de Desarrollo 2010 2014	
	Revisión Sistemática de la Literatura Evaluación de Evidencias	
	Definición de los elementos integran la visión del PDSP 2012 2021 y los fines de desarrollo a los que aporta	
	Definición de objetivos estratégicos	
	Definición del marco de resultados esperados	
	Definición del marco de actuación estratégica en el PDSP	
	Estructuración definitiva del direccionamiento estratégico del PDSP	
	Gestión interna de insumos del PDSP	
	Desarrollo curso sobre análisis de determinantes sociales en salud y orientaciones metodológicas para incorporar el enfoque de equidad y determinantes sociales en salud en los planes y programas (Convenio MSP-OPS 485-2010) Consultores Universidad Chile Integrantes comisión determinantes sociales OMS	

SIMULTANEIDAD – CONVERGENCIA – ARMONIZACIÓN		
FASES	ACTIVIDADES	LÍNEA DE TIEMPO
	Diseño de guía de trabajo para el análisis de los DSS y propuesta de diseño de intervención por cada dimensión	
	Definición del marco de seguimiento y evaluación del PDSP	
	Desarrollo de acuerdos conceptuales del marco de seguimiento y evaluación del PDSP	
	Definición de estrategias de seguimiento y evaluación del PDSP	
	Diseño metodológico e instrumental del seguimiento y evaluación del PDSP	
	Definición del observatorio del PDSP	
	Definición de metas e indicadores en salud pública	
	Armonización de indicadores	
DEFINICIÓN TÉCNICA	Estructuración definitiva del marco de seguimiento y evaluación del PDSP	Mayo de 2011 a octubre 2012
	Elaboración de instrumentos y metodologías para el procesamiento y consolidación de insumos para el PDSP 2012-2021	
	Definición técnica de necesidades de recolección, procesamiento y consolidación de la participación ciudadana	
	Organización del soporte virtual de la consulta ciudadana	
	Estructuración de instrumentos e instructivos en línea	

SIMULTANEIDAD – CONVERGENCIA – ARMONIZACIÓN		
FASES	ACTIVIDADES	LÍNEA DE TIEMPO
	Organización en línea de instrumentos institucionales y comunitarios	
	Seguimiento a los procesos virtuales	
	Elaboración base datos con aportes ciudadanos	
	Elaboración de la Estrategia de Movilización Social	
	Definición de los diferentes grupos de interés	
	Diseño Estrategia de Comunicaciones	
	Adecuación de la Estrategia a los territorios	
	Reunión de enlace para las comunicaciones con Operador Externo	
	Diseño Estrategia de Publicidad	
	Diseño de imagen del PDSP	
	Estructuración de un plan de medios nacional y local que acompañen el proceso de formulación del PDSP	
	Diseño de piezas comunicacionales para la difusión del proceso de formulación y concertación del PDSP	
	Diseño Mini Sitio	
	Definición de la metodología para el uso canales virtuales	
	Orientaciones par la evaluación PNSP 2007 -2010	
CONSULTA	Proceso de contratación de un Gestor Externo para la	Marzo a

SIMULTANEIDAD – CONVERGENCIA – ARMONIZACIÓN		
FASES	ACTIVIDADES	LÍNEA DE TIEMPO
	recolección de insumos territoriales para el PDSP 2012-2021	octubre 31 de 2012
	Elaboración de términos de referencia para la contratación de gestores externos para la recolección de insumos territoriales para el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021	
	Documento técnico que orienta la contratación y soporta el trabajo del operador externo	
	Publicación concurso de méritos y trámites adicionales	
	Recepción de propuestas	
	Evaluación de propuestas	
	Declaración de desierto el Concurso de Méritos	
	Invitación directa a Universidades Públicas	
	Recepción de propuestas	
	Evaluación de propuestas	
	Formalización contractual	
	Producción de insumos territoriales (UT UNIDECENAL)	
	Actividades preparatorias	
	Entrega de lineamientos técnicos por parte del Ministerio	
	Entrega de lineamientos territoriales para la preparación del trabajo de campo de insumos territoriales para la	

SIMULTANEIDAD – CONVERGENCIA – ARMONIZACIÓN		
FASES	ACTIVIDADES	LÍNEA DE TIEMPO
	formulación del PDSP 2012	
	Presentación de plan de trabajo, cronograma y organización de campo	
	Contratación del talento humano para la ejecución del contrato	
	Conformación de los diferentes equipos gestores para las cinco regiones en las que se ha sectorizado el proceso de recolección de insumos para el PDSP 2012-2021	
	Realización de reunión de acuerdos técnicos y metodológicos entre el MSPS y la UT UNIDECENAL	
	Ejecución de la reunión de capacitación, orientación e instrucción de los equipos gestores en el cumplimiento de sus responsabilidades, manejo de modelos y herramientas, ejecución de actividades y alcance de resultados en cada región	
CONSULTA	Entrega de la estrategia de Movilización Social para utilizar en territorios	Marzo a octubre 31 de 2012
	Entrega de la estrategia de Comunicación para implementar en los territorios	
	Convocatoria a actores en los territorios	
	Identificación, convocatoria y movilización	
	Ejecución en lo local y regional de la estrategia de difusión y comunicación del proceso de formulación del Plan Decenal de Salud Pública 2012 2021	
	Ejecución de los mecanismos locales de movilización necesarios para garantizar la participación de la sociedad	

SIMULTANEIDAD – CONVERGENCIA – ARMONIZACIÓN		
FASES	ACTIVIDADES	LÍNEA DE TIEMPO
	civil y de las instituciones	
	Organización de las bases de datos de actores involucrados en la formulación del Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021	
	Realización de convocatorias territoriales según la distribución de reuniones definidas contractualmente	
	Proceso de recolección de insumos para la formulación del PDSP 2012-2021	
	Lineamientos técnicos y operativos para las consultas	
	Realización de encuentros regionales	
	Realización de encuentros departamentales	
	Acompañamiento, seguimiento y supervisión a los encuentros	
	Procesamiento de resultados de encuentros regionales, departamentales y zonales	
	Identificación de las diferencias regionales y especificidades locales que deben ser incorporadas al Plan Decenal de Salud Pública	
	Organización de todos los registros e insumos del proceso territorial	
	Consolidación de insumos territoriales para el PDSP 2012 2021	
CONSULTA	Consolidación de recomendaciones del trabajo territorial para el PDSP	Marzo a octubre 31 de

SIMULTANEIDAD – CONVERGENCIA – ARMONIZACIÓN		
FASES	ACTIVIDADES	LÍNEA DE TIEMPO
	Entrega de la información de la consulta territorial para su incorporación en la formulación del plan	2012
	Gestión de interna para levantar insumos técnicos para el PDSP 2012 2021	
	Analisis técnico con abordaje de los DDS por dimensiones	
	Diseño y desarrollo de guía de trabajo para documentar a partir de la evidencia los impactos, efectos, beneficiarios, abordaje, enfoque de las intervenciones que actualmente se desarrollan n por cada dimensión	
	Descripción de la teoria detrás de las acciones de salud pública actuales por dimensión	
	Propuesta de intervención incluyendo DDS por cada dimensión	
	Definición de objetivos sanitarios por dimensión prioritaria	
	Definicón de metas sanitarias	
	Propuesta técnica del marco de resultados esperados	
	Propuesta técnica del marco de actuación estratégica en el PDSP	
	Consulta a grupos étnicos	
	Reuniones para acuerdos frente a la metodología, ruta de trabo para levantar insumos para el PDSP_2012-2021 con los pueblos indígenas	
	Reuniones para acuerdos frente a la metodología, ruta de trabo para levantar insumos para el PDSP_2012-2021 con	

SIMULTANEIDAD – CONVERGENCIA – ARMONIZACIÓN		
FASES	ACTIVIDADES	LÍNEA DE TIEMPO
	las poblaciones Afrocolombianos y Raizales	
	Reuniones para acuerdos frente a la metodología, ruta de trabo para levantar insumos para el PDSP_2012-2021 con el pueblo ROM	
	Consultas ordenada de grupos sociales	
	Consulta con niños, niñas y adolescentes	
	Lineamientos técnicos para la consulta	
	Metodología para la consulta	
CONSULTA	Planeación de la consulta	Marzo a octubre 31 de 2012
	Convocatoria	
	Levantamiento insumos	
	Sistematización y categorización de la información para el análisis	
	Grupos de mujeres, organizaciones de familia, iglesias de diversas confesiones, grupos LGBTI, organizaciones de tercera edad, grupos de jóvenes, grupos de personas con capacidades diferentes, grupos de personas con enfermedades raras y huérfanas enfermedades de alto costo, y grupo de personas víctimas de las diferentes formas de violencia social	
	Lineamientos técnicos para la consulta	
	Metodología para la consulta	

SIMULTANEIDAD – CONVERGENCIA – ARMONIZACIÓN		
FASES	ACTIVIDADES	LÍNEA DE TIEMPO
	Planeación de la consulta	
	Convocatoria	
	Levantamiento insumos	
	Sistematización y categorización de la información para el análisis	
	Consultas ordenada de grupos actores del sector salud	
	Academia y centros de investigacion, inglesias, actores del sistema, grupos poblaciones diferenciales, sociedades cientificas, asociaciones de usuarios y sociedad civil, agencias de cooperacion internacional	
	Lineamientos técnicos para la consulta	
	Metodología para la consulta	
	Planeación de la consulta	
	Convocatoria	
	Levantamiento insumos	
	Sistematización y categorización de la información para el análisis	
	Producción de insumos transectoriales	
	Diseño de metodología intersectorial para la recolección de insumos y concertación	
CONSULTA	Definición de cronograma de trabajo	Marzo a

SIMULTANEIDAD – CONVERGENCIA – ARMONIZACIÓN		
FASES	ACTIVIDADES	LÍNEA DE TIEMPO
	Realización de convocatoria y movilización	octubre 31 de 2012
	Realización de reuniones	
	Procesamiento y consolidación de insumos	
FORMULACIÓN	Gestión interna de insumos del PDSP	Noviembre 1 de 2012 a febrero 22 de 2013
	Análisis cualitativo consultas ciudadana y de los actores	
	Planeación del analisis cualitativo	
	Contratación de equipo asesor experto en análisis cualitativo	
	Sinergias de los equipos técnicos del Ministerio para conformar equipo de analisis cualitativo	
	Definición metodología de análisis cualitativo con asesores expertos	
	Presentación propuesta al equipo técnico y ajuste	
	Definición salidas de información cualitativa	
	Recepción de la información de UNIDECENAL	
	Organización, procesamiento y sistematización de las consultas (ciudadana presencial, virtual, actores ordenados del sector salud y sociales)	
	Control de calidad de los datos	
	Capacitación al equipo interno para el análisis cualitativo	

SIMULTANEIDAD – CONVERGENCIA – ARMONIZACIÓN		
FASES	ACTIVIDADES	LÍNEA DE TIEMPO
	Codificación selectiva	
	Categorización de la información para el análisis (emergente y no emergente)	
	Descripción visión del plan propuesta _marco estratégico	
	Prioridades ciudadanas en salud pública	
	Elaboración de base de datos con propuestas ciudadanas objetivo_estrategias_acciones por dimensión	
FORMULACIÓN	Triangulación de las propuestas técnicas con enfoque DDS y ciudadanas	Noviembre 1 de 2012 a febrero 22 de 2013
	Consolidación de propuestas de intervención, cadena de resultados y metas de productos técnicos	
	Elaboración base de datos con los insumos técnicos	
	Revisión de las propuestas ciudadanas de acción incluidas en la base de datos para vincularlas a las estrategias técnicas definidas, reclasificar o generar propuesta emergentes con los refrentes dimensiones	
	Triangulación entre definiciones técnicas y resultados de análisis cualitativo	
	Armonización de la totalidad de insumos en un documento de soporte del PDSP para revisipon, discusión interna	
	Revisión de salidas de información triangulada para revisión coherencia, pertinencia y viabilidad técnica	
	Definición de objetivos sanitarios por dimensión _componente_estrategia_acciones_ temporalidad_linea de	

SIMULTANEIDAD – CONVERGENCIA – ARMONIZACIÓN		
FASES	ACTIVIDADES	LÍNEA DE TIEMPO
	aciión operativa	
	Formulación de los lineamientos estratégico y operativos del PDSP 2012 2021	
	Ajustes a la base de datos integrada final (Técnico Ciudadano)	
	Salidas de información Técnico Ciudadano validadas	
	Documentos vísión, fines, objetivos estrategicos, objetivos sanitarios por dimensión _componente_estrategia_acciones_ temporalidad_linea de ación operativa	
	Documento preliminar del PDSP 2012 2021	
	Incorporación de los antecedentes y contexto	
	Resultados de la estrategia de movilización	
	Armonización del análisis de situación de salud nacional con las necesidades sentidas y expectativa de los ciudadanos y aproximación al análisis de Determinantes Sociales de la Salud	
FORMULACIÓN	Incorporación de vísión, fines, objetivos estrategicos, objetivos sanitarios por dimensión _componente_estrategia_acciones_ temporalidad_linea de aciión operativa	Noviembre 1 de 2012 a febrero 22 de 2013
	Incorporación responsables, fuentes de financiación, seguimiento, evalaución	
	Documento técnico para revisión interna y ajuste	
	Documento técnico preliminar para revisión externa y	

SIMULTANEIDAD – CONVERGENCIA – ARMONIZACIÓN		
FASES	ACTIVIDADES	LÍNEA DE TIEMPO
	ajuste	
VALIDACIÓN Y NEGOCIACIÓN	Validación del Plan Decenal de Salud Pública	Febrero 5 25 de 2013
	Revisión por Grupos Técnicos del Ministerio	
	Revisión por parte de Viceministro y Direcciones	
	Reunión con Ministro	
	Reunión con Viceministros de otros sectores	
	Reunión con Expertos nacionales e Internaconales en Salud Pública	
	Incorporación de ajustes y acuerdos de los actores	
	Publicación del documento ajustadao en el Minisitio Pagina Web	
	Incorporación de aportes ciudadanos	
	Redacción del documento final para revisión jurídica	
REGLAMENTACIÓN	Reglamentación del PDSP 2012 2021	Septiembre de 2012 Junio 30 de 2013
	Levantamiento de la memoria justificativa	
	Revisión de contenidos	
	Propuesta resolución	
	Revisión jurídica	

SIMULTANEIDAD – CONVERGENCIA – ARMONIZACIÓN		
FASES	ACTIVIDADES	LÍNEA DE TIEMPO
	Incorporación de ajustes al documento final	
	Edición del documento final del PDSP 2012 2021	
	Expedicion de la Resolucion que adopta el PDSP 2012 2021	
REGLAMENTACIÓN	Identificación de necesidades específicas de reglamentación para la operación en los territorios	Septiembre de 2012 Junio 30 de 2013
	Armonización de la reglamentación con las normas existencias	
	Elaboración de normas reglamentarias del PDSP 2012 2021 (programáticas y operativas)	
	Promulgación de las normas reglamentarias del PDSP 2012 2021	
	Conformación de la Comisión Intersectorial de Salud Pública	
DIFUSIÓN Y DIVULGACIÓN	Difusión y Divulgación del PDSP 2012 2021	Marzo 1 de 2013 a diciembre 31 de 2013
	Evento de presentación del PDSP ante la opinión pública	
	Documento de Sistematización de la Estrategia de Movilización Social	
	Estrategia de Comunicación para la implementación en territorio	
	Plan de Asistencia Técnica para la implementación en territorio	
	Reglamentación y lineamientos para la operación en los	

SIMULTANEIDAD – CONVERGENCIA – ARMONIZACIÓN		
FASES	ACTIVIDADES	LÍNEA DE TIEMPO
	territorios Documento de sistematización del proceso de formulación del PDSP 2012 2021	

ANEXO 2. REGISTRO DE VOCES CIUDADANAS EN LA CONSULTA REGIONAL

INSTRUCCIÓN

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

A continuación se presenta una selección de las voces representativas (huellas) de la expresión de la comunidad durante las reuniones regionales y en los talleres de consulta a niños, niñas y adolescentes. Con registros de este tipo Y mediante técnicas de análisis cualitativos planteados en el marco de referencia conceptual y metodológica, se identificaron las categorías emergentes que permitieron incorporar las propuestas ciudadanas al proceso de formulación del PDSP.

1 Salud ambiental

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

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

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

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

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

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

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

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

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

"[…] se necesitan cultura y deporte [...] en las zonales de La Guajira dijeron que no tenían canchas deportivas". Mapas de relación códigos Región Caribe [2:44]

"[…] Proteger los ecosistemas [...] estrategias del Distrito [...] consensos centrados en el ser humano y su integralidad; el planeamiento debe ser un planteamiento de vida". (Región Bogotá [P7 7:6]

2 Sexualidad y derechos sexuales y reproductivos

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

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

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

"[...] alta tasa de sífilis gestacional y congénita". Mapa relaciones de códigos SSR Oriental [26:4]

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

"Niñas embarazadas". Relación códigos UD [FC_7]

"Embarazo en adolescentes". Relación códigos UD [FC_8-10]

"Violencia infantil, niños, niñas y jóvenes". Relación códigos UD [PRI_ 26,27]

"Menores de edad en prostitución". Relación códigos UD [PRI_ 15]

3 Convivencia social y salud mental

"[...] ausencia de proyectos de vida claros en los adolescentes, el que los lleva a la inmediatez". Mapa relaciones de códigos salud mental Oriental124:18]

"[...] falta de oportunidades de estudio a nivel técnico y superior". Mapa relaciones de códigos salud mental Oriental [91:16]

"Alcoholismo, drogadicción y prostitución en adolescentes". Relación códigos UD [BAI_127]

"Abuso de menores por parte de los padres, ya sea la mamá o el papá". Relación códigos UD [BAC_21]

"Violencia doméstica hacia las mujeres y niños, abuso sexual". Relación códigos UD [BAC_21]

"Violencia intrafamiliar oculta". Relación códigos UD [BAI_131]

4 Acceso a una alimentación saludable

"[...] la seguridad alimentaria de estas comunidades se ve afectada por múltiples factores, como la ola invernal;

cuando hay invierno hay una parte de la alta Guajira que queda incomunicada [...] las *bacrim*, el desplazamiento por la violencia". Mapas de relación códigos Región Caribe [2:60]

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

"[...] las comunidades indígenas en La Guajira pidieron insistentemente que les dejaran volver a sus alimentos tradicionales". Región Caribe [2:31]

"[...] Guajira se divide en dos, en zona árida y zona fértil; se necesita que las personas del departamento puedan volver al cultivo de sus productos autóctonos". Mapas de relación códigos Región Caribe 2:57]

5 Riesgos territoriales

"[…] el 80% de los traficantes de gasolina tienen entre 12 y 14 años, van drogados, armados y a alta velocidades, generando accidentes de tránsito muy graves". Mapas de relación códigos Región Caribe [7:8]

"[…] generar incentivos para que la gente que vive en la zona rural quiera seguir viviendo allá". Mapas de relación códigos Región Caribe 3:14]

"[...] tienen que vivir en una invasión porque no puede pagar arriendo, es un basurero [desplazados]". Mapas de relación códigos Región central [38:1]

"[…] no contaminación de los ríos con aguas negras y minería". Mapas de relación códigos Región Pacífico [2:5]

6 Servicios de salud

"[…] La APS aplicada a la población dispersa de difícil acceso". Mapas de relación códigos Región central [13:6]

"[...] crear sinergia entre medicina indígena y tradicional especialmente al parto". Mapas de relación códigos Amazonia y Orinoquia [17:73]

"Distancia de la vereda al centro hospitalario; no hay centro asistencial cercano; la promotora de salud no cuenta con medicamentos". Relación códigos UD [BAC_.13]

"Nos atienden cuando ellos quieren, no cuando lo necesitamos". Relación códigos UD [PRC:53]

"Situaciones de orden público que dificultan el acceso a los servicios de salud". Relación códigos UD [PRI:28]

"Muchas veces las madres de 8 horas de camino traen niños a control y no pasan los datos a Familias en Acción y no les llega el pago por negligencia de una persona". Relación códigos UD [24]

"La reclamación de la droga es muy difícil; siempre queda pendiente". Relación códigos UD [PRC:31]

".No es justo tener que estar corriendo de hospital en hospital para que lo atiendan". Relación códigos UD [PRC:55]

7 Situación laboral

"[…] seguridad laboral, ya que los independientes son una gran parte de los vulnerados". Mapas de relación códigos Región central [2:21]

8 Género

“[…] la mujer es la carne de cañón y víctima principal del conflicto armado; abuso sexual”. Mapas de relación códigos Amazonia y Orinoquia [2:136]

“[...] en los medios se habla de protección a la mujer pero no hay penalización a la violencia intrafamiliar”. Mapas de relación códigos Amazonia y Orinoquia [2:116]

“[…] Exclusión social, laboral, de vivienda, entre otras” [LGTBI]. Mapas de relación códigos Reunión género [83:2]

“[...] desconocimiento por parte de los médicos del tema transexual”. Mapas de relación códigos Reunión género [37:1]

9 Personas con discapacidad

“[...] en espacios escolares, el sistema educativo no ofrece inclusión de estos niños, ya que los docentes no saben cómo trabajar con ellos, y la formación del resto del estudiantado en cooperación y tolerancia debe trabajar más”. Mapas de relación códigos Amazonia y Orinoquia 3:85]

“[…] no se reconoce al cuidador de la persona con discapacidad como vulnerable […] salud mental deteriorada porque se reduce su círculo social y limitación de sueños y hobbies”. Mapas de relación códigos [3:98]

“[...] Inclusión a personas con discapacidad como sujetos de las actividades de prevención de enfermedades”. Mapas de relación códigos Reunión ciclo vital [57:6]

“[...] Que las personas con discapacidad tengan acceso físico, laboral, académico y social [accesibilidad]. Mapas de relación códigos Reunión personas con discapacidad [29:6]

“[…] que promuevan el arte, cultura, deporte para personas con discapacidad”. Mapas de relación códigos Reunión personas con discapacidad [47:3]

“[…] Exclusión de las personas con discapacidad en los programas de salud pública. Mapas de relación códigos Reunión personas con discapacidad [57:2]

10 Personas mayores

“[...] Debilidad en redes de apoyo social al adulto mayor”. Mapas de relación códigos Reunión ciclo vital 29:4]

“Maltrato intrafamiliar al adulto mayor”. Mapas de relación códigos Reunión ciclo vital [20:2]

“[…] Pocos espacios de recreación para el adulto mayor”. Mapas de relación códigos Reunión ciclo vital [32:2]

11 Personas con enfermedades húerfanas

“Introducir a la población de Enfermedad Rara en los programas de educación sexual y discapacidad”. Mapas de relación códigos Reunión FECOER[15:1]

“La comunidad con Enfermedades Raras en Colombia se encuentra excluida […] pobre acceso a la educación, en soluciones específicas en salud, empobrecimiento económico, deficiente o nulo acceso al empleo y trabajo digno, la vivienda, y sobre todo en el pobrísimo acceso a sistemas eficaces de prevención y tratamiento de sus problemas

particulares de salud". Mapas de relación códigos Reunión FECOER [5:6]

12 Niñas, niños y adolescentes

"[…] del abuso por parte de familiares hacia menores de la misma familia; principalmente personas de prestigio como profesores que abusan de niños". Mapas de relación códigos Amazonia y Orinoquia [17:43]

"Garantizar la creación y conservación de espacios públicos bien adecuados, seguros, para practicar diferentes deportes". Mapas de relación códigos Reunión niños y adolescentes [1:67]

"Ampliar la oferta de bibliotecas y ludotecas con dotación especializada para niños y niñas de la primera infancia". Mapas de relación códigos Reunión niños y adolescentes [1:23]

"Garantizar acceso y calidad al agua potable en los diferentes entornos en donde se encuentran las niñas y los niños". Mapas de relación códigos Reunión niños y adolescentes [1:5]

13 Víctimas

"Niños víctimas sufren maltrato de los compañeros de colegio". Mapas de relación códigos Reunión representantes víctimas [39:1]

"La gente desconfía de nosotros porque somos desplazados". Mapas de relación códigos Reunión representantes víctimas [34:1]

"Las víctimas deben ser atendidas en forma específica teniendo en cuenta: limitación física sicológica, interna, emocional, entorno social". Mapas de relación códigos Reunión representantes víctimas [10:1]

"Que las reconstrucciones físicas para víctimas de MAP, MUSE, ATI, ATT se den sin restricciones". Mapas de relación códigos Reunión representantes víctimas [53:1]

14 Desarrollo rural

"[…] la gente está migrando a la ciudad, y el campo se está quedando sin personas que trabajen la tierra y generen alimentos". Mapas de relación códigos Amazonia y Orinoquia [3:37]

"[…] el desarrollo minero ha ido generando otros polos de desarrollo, pero a la vez otras problemáticas". Mapas de relación códigos Región central [6:42]

15 Participación social

"[…] el derecho a participar desde asociaciones de usuarios, copacos se incumple, se vulnera, es decir, no se tiene en cuenta su opinión y por ende se crea una desarticulación". Mapas de relación códigos Amazonia y Orinoquia [4:17]

"[…] no solo [son] importantes los seguimientos y auditorías de la contraloría y la procuraduría, también es importante la voz de la comunidad". (Mapa Desafíos y retos Bogotá [QU4:14 5:5]

16 Lo que dicen los niños en el país

16.1 Salud ambiental

“Que no talen los árboles, no arrojar basuras a la calle y al río, buen mantenimiento de carros para que no boten tanto humo”. Niño de área urbana en San Gil, Santander.

“Cuidar nuestro medio ambiente porque en este tenemos vivencias con nuestros seres queridos y con seres importantes, como lo son las plantas”. Niños y niñas de Purificación, Tolima.

“Botar o arrojar las basuras a su adecuada caneca”. Niños de San Gil, Santander.

“El medio ambiente está sano, cuando el medio está limpio”. Grupo de San Gil, Santander.

“No contaminar los lagos, fuentes y ríos”. Niñas y niños del área urbana de Chiquinquirá, Boyacá.

“No malgastar el agua, apagar los focos, no quemar las basuras”. Niña de comunidad indígena en Manaure.

16.2 Entornos

“Levantar la basura para que no haya malos olores”. Niña del área urbana en Chiquinquirá, Boyacá)

“Me gustaría que hubiera más limpieza en el baño, en la cocina, en las mesas”. Niña del área rural de Chiquinquirá, Boyacá.

“El parque debe estar limpio”. INiña de comunidad indígena de área urbana de Manaure, Guajira.

“Que haya espacio para que los niños jueguen”. Niña de Quibdó, área urbana.

“Que haya un rodadero para llegar a donde las mamás, escaleras para subir y bajar, pasto para correr”. Niña en Bogotá.

“Alzar la basura que uno u otras personas botan. Tratar de dar siempre buen ejemplo, no botando basura”. Niña de la zona urbana de Chiquinquirá, Boyacá.

16.3 Convivencia social y salud mental

“Mejor que leer para conocer, es vivir”. Grupo San Gil, Santander.

“Los profesores tienen que cantar la mejor canción: la del amor”. Niño de Purificación, Tolima.

“Que me den más amor, que me cuiden”. Niña en Manaure.

“Yo escuché en mi cuerpo mi corazón. Mi cuerpo estaba muy emocionado”. Niña participante de la consulta en Andes, Antioquia.

“La señora me dice que no tenga miedo, que sienta alegría”. Niño de Andes, Antioquia.

“Mi papá me lleva a la piscina honda”. Niño de San Gil, Santander.

16.4 Alimentación y nutrición

“Consumir las cinco comidas diarias con responsabilidad”. Niño de Purificación.

“Debemos comer pechuga, papa (no de paquete), frutas”. Niña de San Gil, Santander.

“En mi casa no pueden faltar las ensaladas de verduras y eso es muy nutritivo”. Niño de Purificación, Tolima.

“En la alimentación se puede mejorar que no me sirvan mucho almuerzo porque me engordo”. Niño de Chiquinquirá, Boyacá.

“Comer alimentos sanos y nutritivos para que no tengamos bajas defensas”. Niña de la zona urbana de San Gil, Santander.

“Las vitaminas ayudan a que nuestro cuerpo se mantenga bien”. Niña de Purificación, Tolima.

“[…] comida caliente y bien preparada”. Niña de Purificación, Tolima.

“[…] que el pescado no falte”. Niño de San Andrés.

“[...] hortalizas pueden ayudar a ser sanos”. Niña en Andes, Antioquia.

“Vender frutas en estos espacios”. Niño indígena en Manaure, Guajira.

“Pero debemos lavar muy bien las verduras”. Niña en Chiquinquirá, Boyacá.

16.5 Higiene

“Valernos de algún baño cuando veamos que nuestras manos están sucias”. Niñas y niños de Chiquinquirá, Boyacá.

“Las toallas para secarme las manos”. Las niñas de las zonas urbanas.

16.6 Vacunación

“Prevenir enfermedades como el sarampión”. “Que mi mamá esté a mi lado para que se dé cuenta de qué vacuna me están aplicando”. “Que las vacunas no estén usadas”. “Que nos den un dulce por no llorar”. “Poder estar con los papás y los nonitos”. “La doctora me hace suavecito”. Niña de San Gil, Santander.

“Me hicieron feliz; [El Doctor] me ayudó a levantarme de la cama y me hizo un examen”. Niño de Puerto Asís, Putumayo.

“Mi mamá me quitó el miedo a las vacunas y me acompaña en todo momento en el hospital”. [Mi doctor] me conoció desde bebé”. Niña de Túquerres, Nariño.

17 Lo que dicen los adolescentes en el país

17.1 Salud ambiental

“Desarrollar y cuidar el medio ambiente porque de él dependemos”. Joven del área rural, en Manaure, Guajira.

“Que en los parques haya recolectores de basura, que la gente aprenda a reciclar, que hubiera campañas para la

siembra de árboles". Adolescente del área urbana en Purificación, Tolima.

"Incluir y recoger papel reciclable para cuidar el medio ambiente y el agua". Adolescente del área urbana de Chiquinquirá, Boyacá.

"Primero mejorar como personas para lograr que nuestro municipio tenga una buena limpieza y así lograr un buen ecosistema general para obtener un buen medio ambiente". Adolescente del área urbana en Túquerres, Nariño.

"Tener buena utilización de la naturaleza (sostenible), utilizar elementos menos contaminantes (biodegradables)". Adolescente de comunidad afro, de área urbana en Andes, Antioquia.

"Que a los colegios los dividan por grupos para que hagan jornadas de limpieza". Adolescente del área urbana de San Gil, Santander.

"Sanciones para las personas que dañen el medio ambiente y hacer conciencia de ello". Adolescente del área urbana de San Gil, Santander.

17.2 Convivencia social y salud mental

"Mis papás me dan seguridad, confianza, respeto amor". Adolescente de San Andrés..

"Generar confianza entre padres e hijos. Además respeto y valores en los núcleos". Adolescente en San Andrés.

"Mis papás, mi hermano y mis primos me protegen, me respaldan y me ayudan" (Adolescente de San Andrés)

"Mis amigos, la mayoría de los profes, la aseadora y la psico-orientadora me hacen sentir súper porque me hacen reír, me alientan, me apoyan, hacen del colegio un lugar alegre [...] compartir con las amigas y ser sinceras y confiar la una en la otra". Joven del área urbana en San Gil, Santander.

"Creo que se debería cambiar la inequidad e injusticia que se vive en algunas instituciones y pienso que los profesores deberían capacitarnos más para cuando ya salgamos del colegio a tener una vida en sociedad y a interactuar con otras personas". Adolescente del área urbana en Bogotá.

"Mis amigos me hacen feliz por sus juegos, sus locuras, sus chistes". Adolescente de San Andrés.

"Primero que se sientan en total confianza con el medio que se rodea, compartir y siempre ser uno mismo, de esta forma las personas se acercarán a uno por lo que somos y no por lo que tenemos y eso nos hace feliz". Joven rural afrodescendiente de San Andrés.

"Deben tener libertad pero con educación, alegría y amor". Joven de comunidad afrodescendiente en San Andrés.

"Invertir en infraestructura para el deporte. El Estado debería invertir además en infraestructura en la fundamentación técnica, para así garantizar un correcto acondicionamiento físico". Adolescente rural de Andes, Antioquia.

"Que para los jóvenes haya descuento, que no cobren tan caro la entrada a piscina". Adolescente del área urbana en San Gil, Santander.

"Que los papás nos motiven más, no nos asusten ni regañen, que estén más pendientes…".

"Me siento 10 cuando comparto con mis amigos, me gusta compartir con todas las personas". Adolescente de área

rural de Túquerres, Nariño.

“Me siento alegre de compartir con muchas personas”. Adolescente de área urbana de Túquerres, Nariño.

17.3 Servicio de salud

“El servicio debe ser más igualitario, incondicional y con más ética profesional, empezando a reforzar los valores”. Adolescente del área urbana en San Gil, Santander.

“Liberar la congestión, espacios más amplios. Igualdad en la atención entre clínicas y hospitales (ricos y pobres). Mejorar servicios, que no nos dejen horas esperando”. Jóvenes de San Gil, Santander.

“Buena atención, que haya buenos especialistas, que la atención de urgencias sea buena, que no haya que madrugar para sacar una cita, que las remisiones sean rápidas, ambulancias bien dotadas. Que la atención al ciudadano sea inmediata”. Adolescente del área urbana de Purificación, Tolima; síntesis de lo que dijeron la mayoría de las y los adolescentes consultados.

“Sobre este particular, la expectativa es que haya un buen pediatra, que haya una buena atención de las enfermeras y que haya un centro especial de vacunación para los niños”. Adolescente en Purificación, Tolima.

17.4 Alimentación y nutrición

“Que en la casa no nos hagan tanto frito, evitar las galguerías, comer más frutas y verduras, servir las porciones necesarias, más cereales, más proteínas, más charlas a las familias, que las charlas sean más activas, que cocinen, que sea con los alimentos de la zona, más divertidas”. Grupo de adolescentes hombres y mujeres en San Gil, Santander.

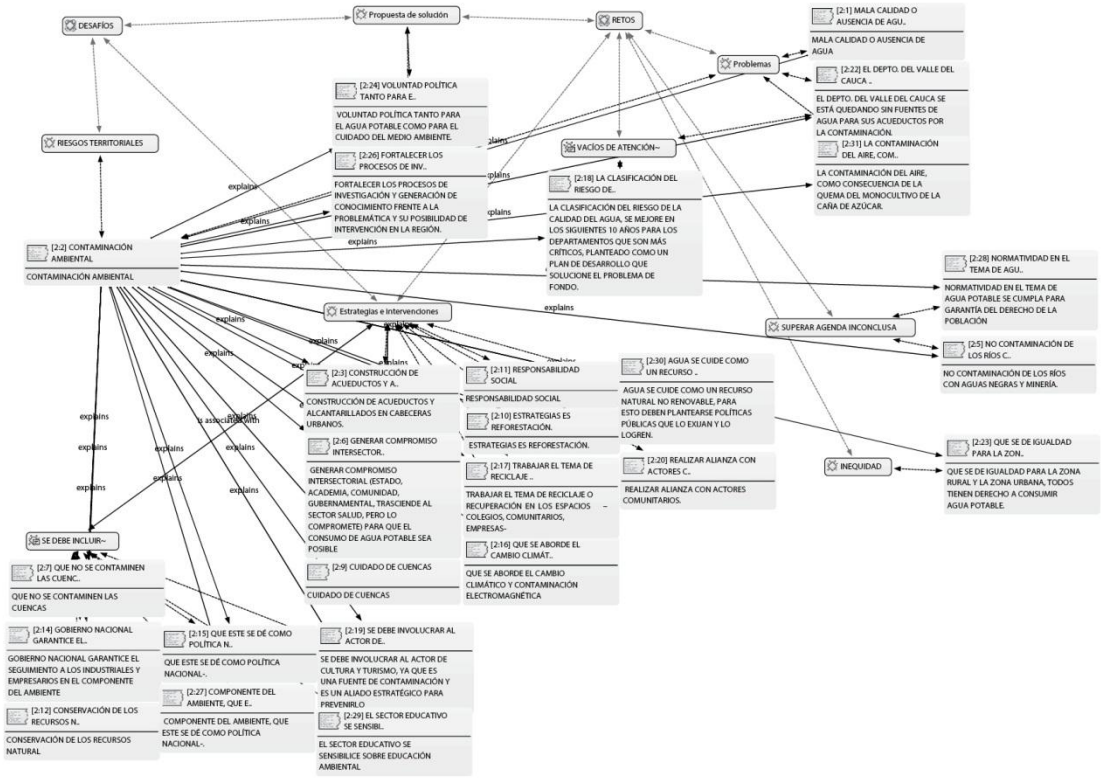
“Ser responsables y conscientes de lo que ingerimos, poseer horarios fijos de alimentación, dieta balanceada y en proporciones [...]. La venta de frutas, jugos naturales, venta de pan integral, evitar la venta de comidas chatarras”. Adolescente del área urbana en San Gil, Santander.

“[…] debemos comer de todo para vivir sanos y salvos”. Adolescente del área urbana en Túquerres, Nariño.

“Comer bien para tener el sistema nervioso sano”. Adolescente indígena de Andes, Antioquia.

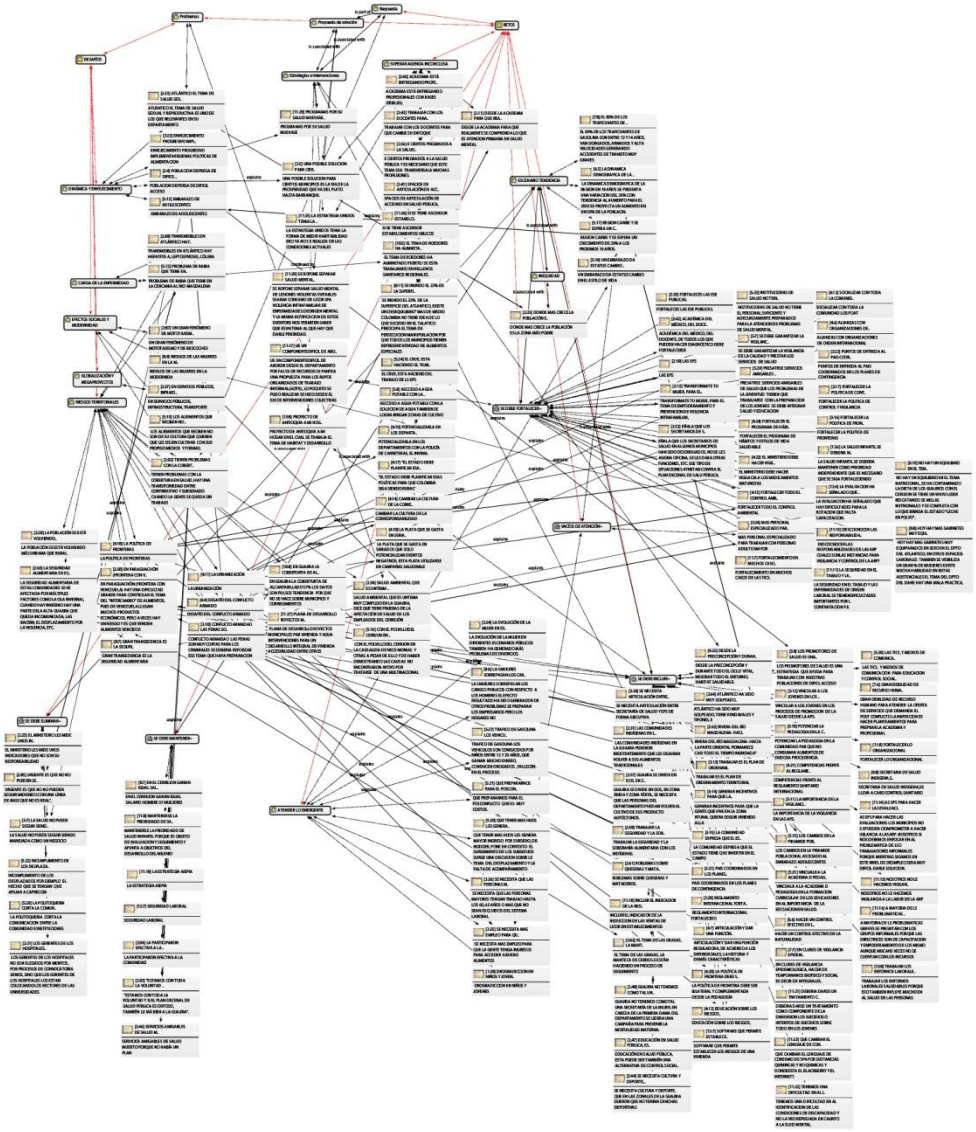
ANEXO 3. MAPAS REGIONALES: DESAFÍOS Y RETOS PRIORIZADOS POR LOS ACTORES EN LA CONSULTA CIUDADANA

Mapa 1. Región Pacífico



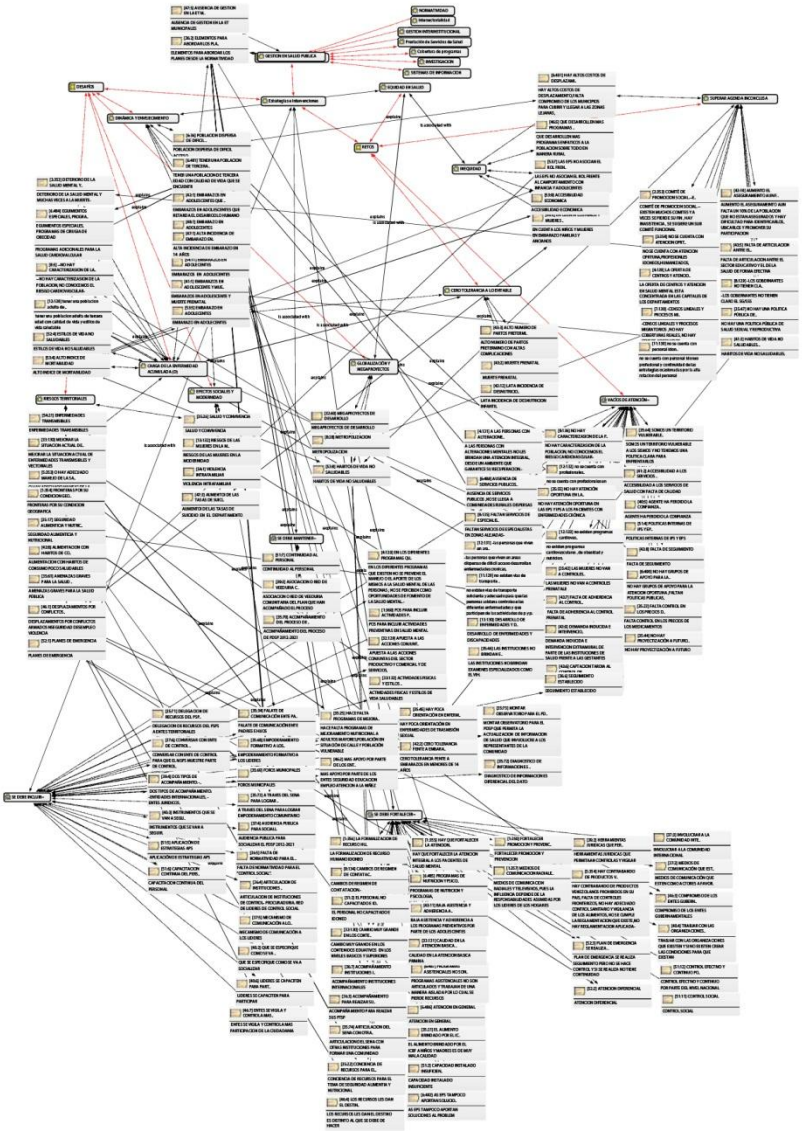
Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Dirección de Epidemiología y Demografía -2012/14-12-2012

Mapa 2. Región Caribe



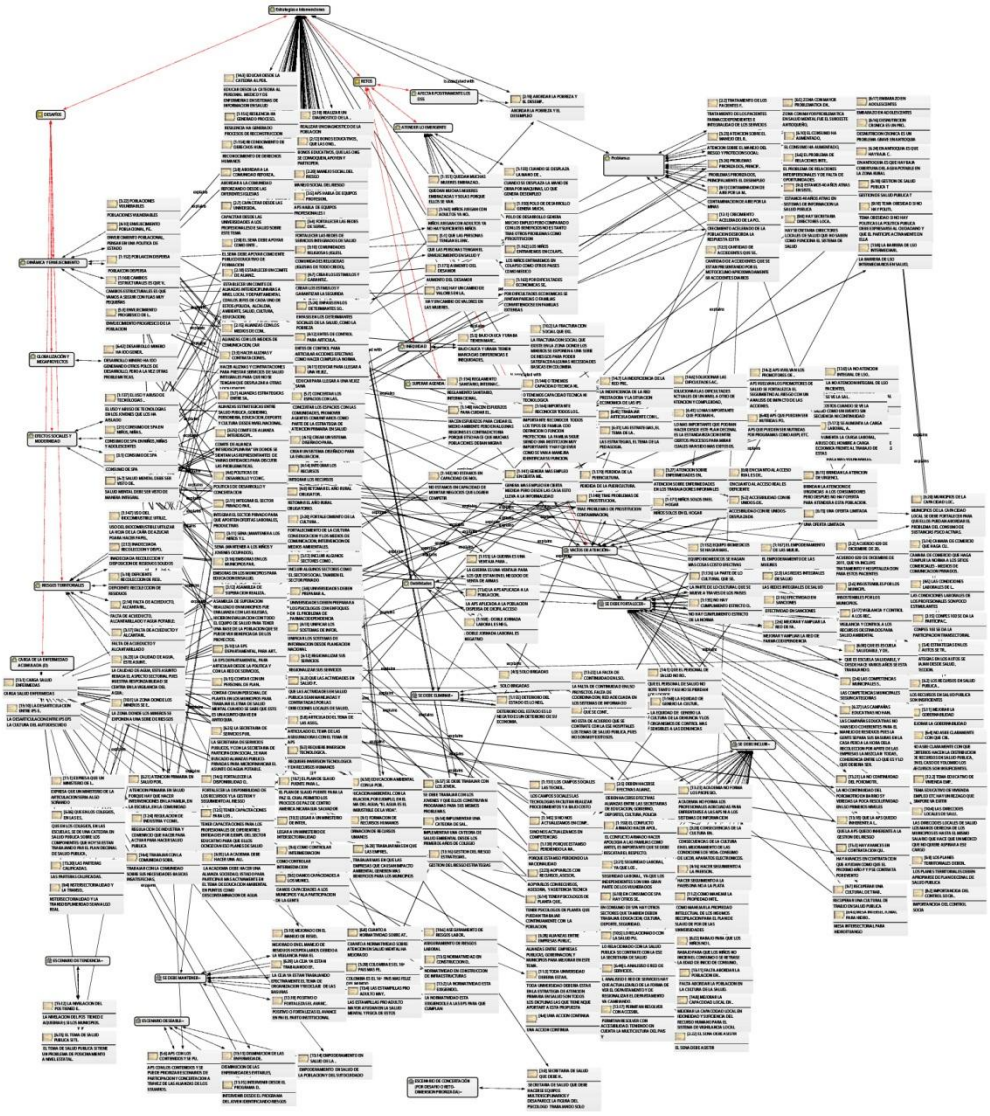
Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Dirección de Epidemiología y Demografía 2012 -2012/10-12-2012

Mapa 3. Región Oriental



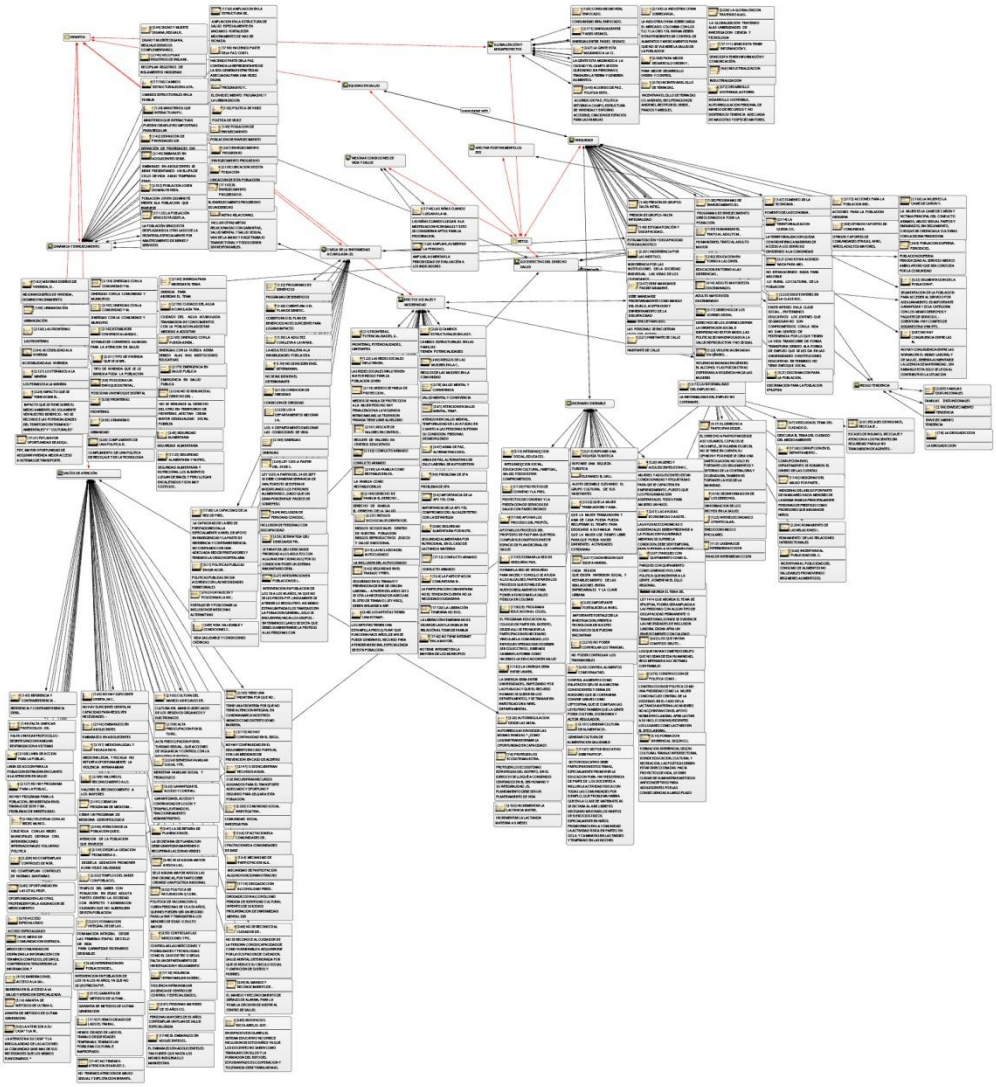
Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Dirección de Epidemiología y Demografía.2012 -2012/11-12-2012

Mapa 4. Región Central



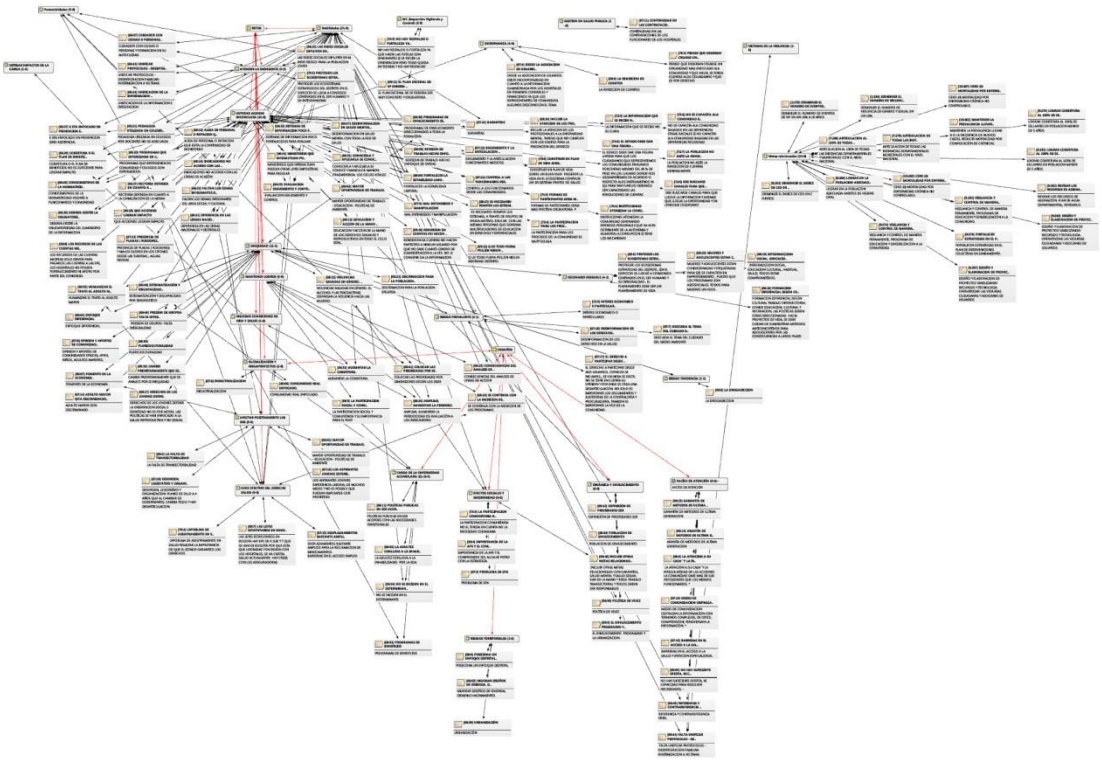
Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Dirección de Epidemiología y Demografía.2012-2012/13-12-2012

Mapa 5. Amazonia y Orinoquia



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Dirección de Epidemiología y Demografía-2012/14-12-2012

Mapa 6. Región Bogotá y Cundinamarca

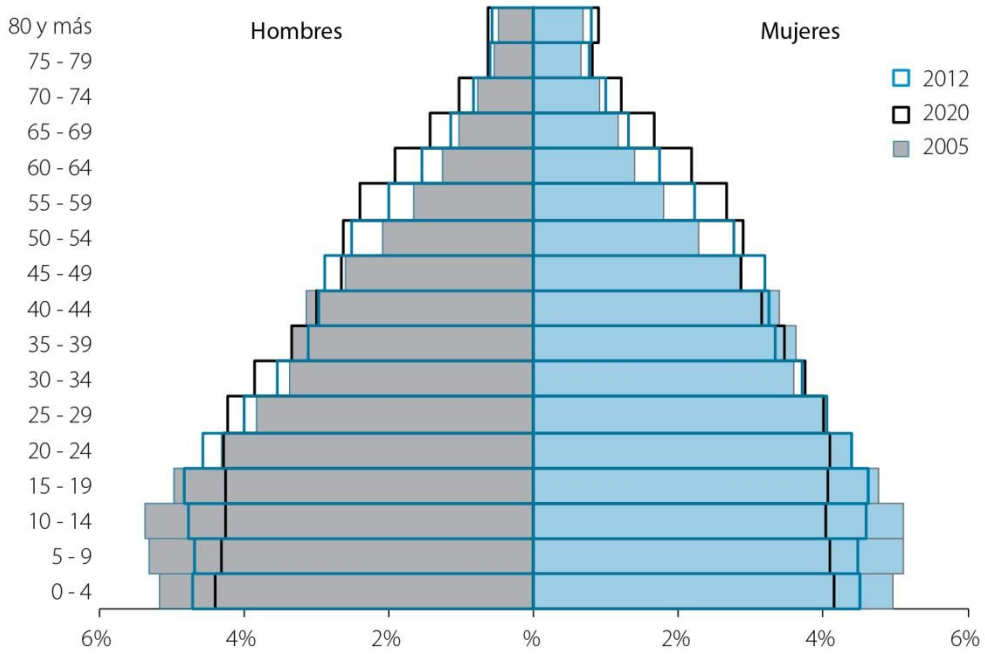


Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Dirección de Epidemiología y Demografía.-2012/14-12-2012.

ANEXO 4. INFORMACIÓN DE SOPORTE.

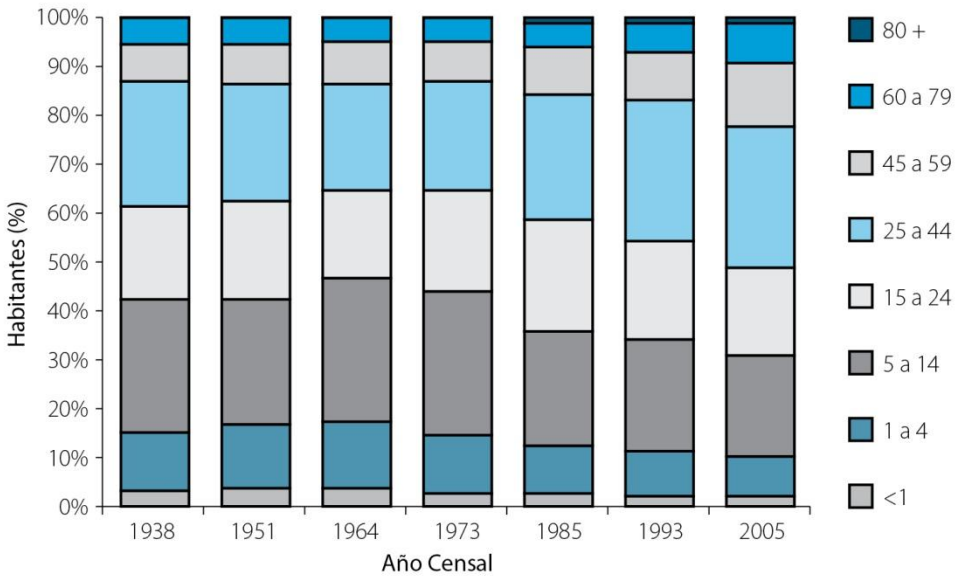
ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD ASIS EN COLOMBIA EN 2010

Figura 1. Distribución de la población proyectada 2005 a 2020



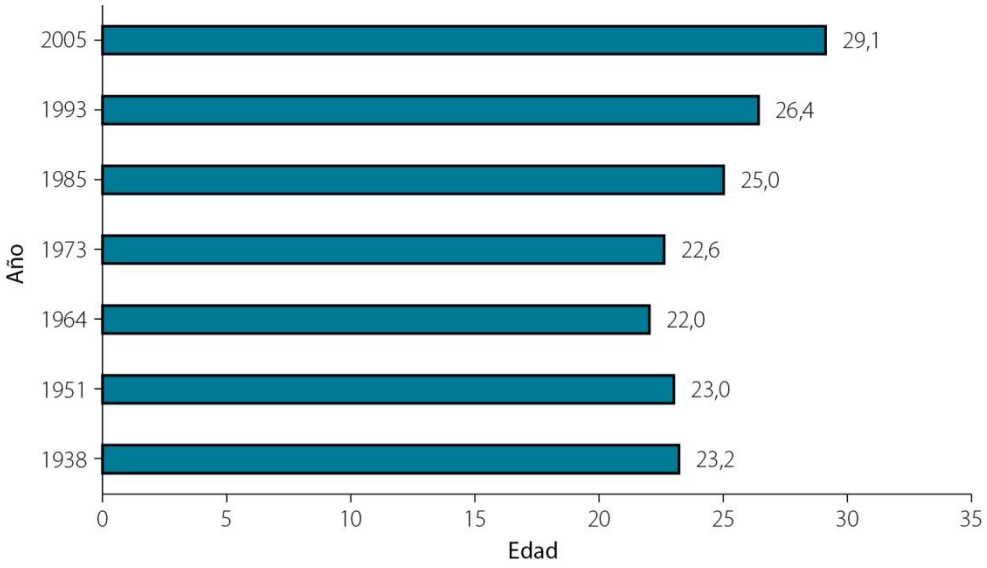
Fuente: Elaborado a partir de las estimaciones de población 1985-2005 y proyecciones de población 2005-2020 nacional, departamental y municipal por sexo, grupos quinquenales de edad. Información a junio 30 de 2012. DANE.

Figura 2. Población según grupos de edad, Colombia, 1938 a 2005



Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE

Figura 3. Edad promedio de la población, Colombia, 1938-2005



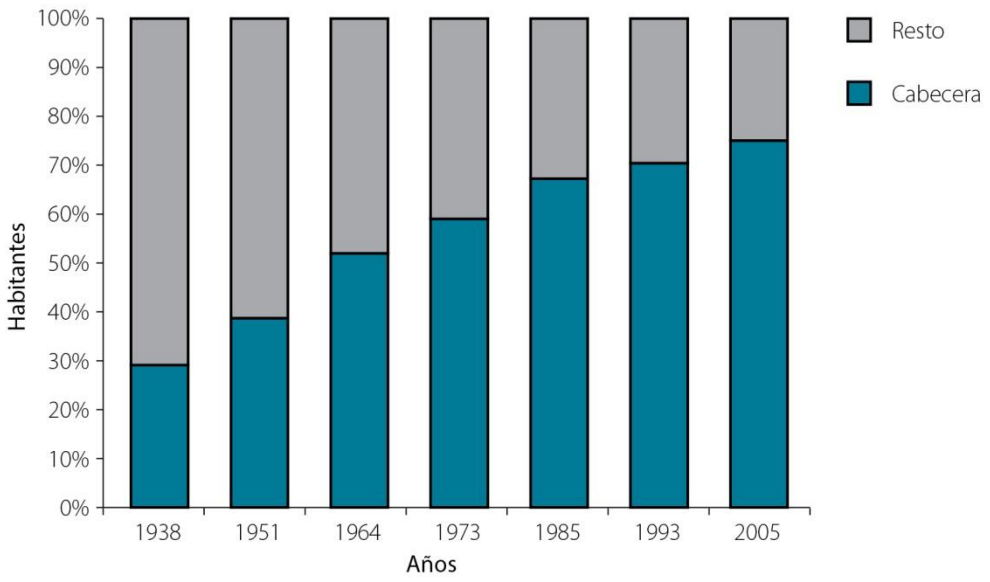
Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE

Tabla 1. Indicadores Demográficos

Índice Demográfico	Año		
	2005	2012	2020
Población total	42.888.592	46.581.823	48.723.700
Población Masculina	21.169.835	22.997.087	23.584.736
Población femenina	21.718.757	23.584.736	25.138.964
Relación hombres:mujer	97,47	97,51	93,82
Razón niños:mujer	38,03	34,78	33,18
Índice de infancia	31,01	27,74	26,55
Índice de juventud	26,28	26,44	25,80
Índice de vejez	6,25	7,00	7,61
Índice de envejecimiento	20,17	25,22	28,65
Índice demográfico de dependencia	59,41	53,23	51,86
Índice de dependencia infantil	49,44	42,51	40,31
Índice de dependencia mayores	9,97	10,72	11,55
Índice de Friz	156,97	142,97	134,46

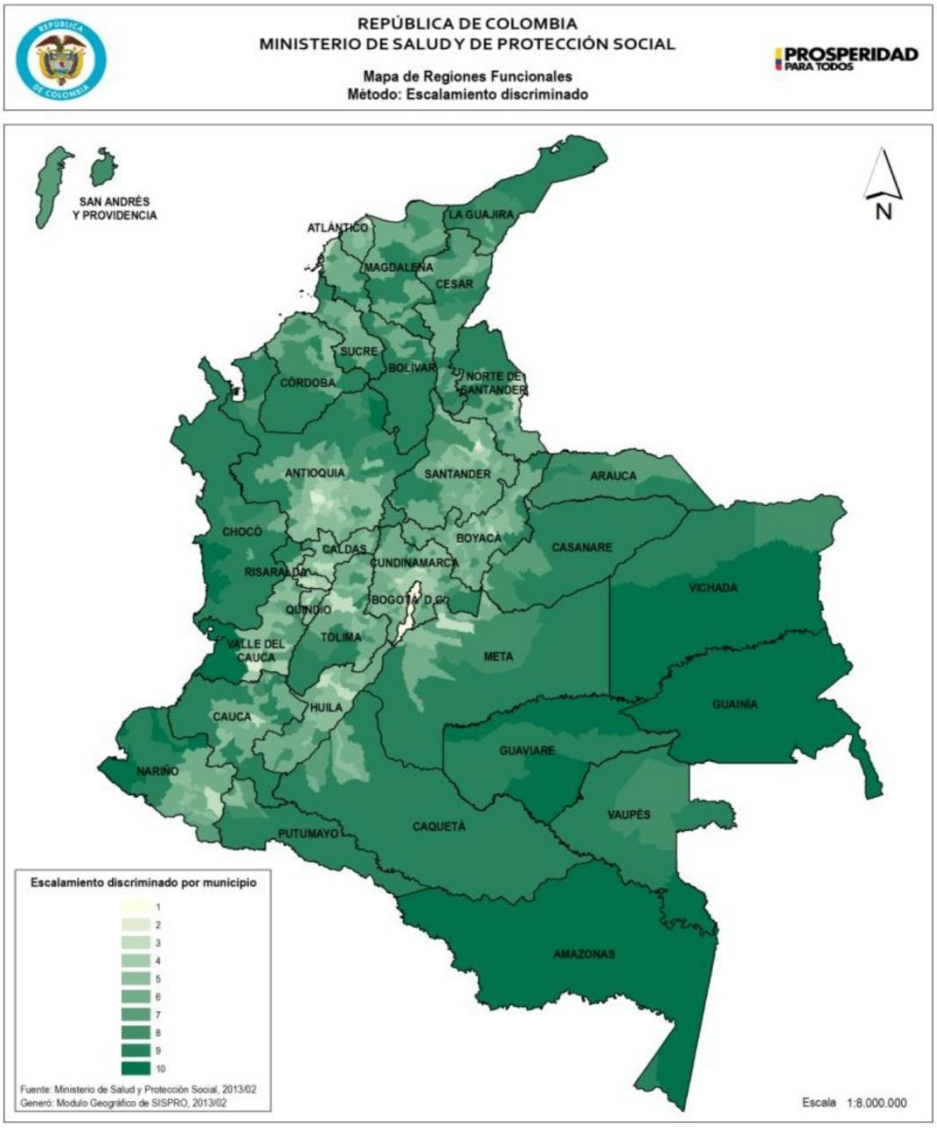
Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística, DANE. Estimaciones de población 1985-2005 y Proyecciones de Población 2005-2020.

Figura 4. Urbanización de la población, Colombia 1938 2005



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social: Análisis de la Situación de Salud de Colombia 2002-2007

Figura 5. Brechas regionales Escalamiento discriminado, Colombia, 2013



Fuente: Inequidades en salud en Colombia: análisis de diferencias regionales a partir de indicadores. Ministerio de Salud y Protección Social.

Tabla 2. Población por grupos étnicos, Colombia, 2005

Grupo Étnico	Número de personas	%
Rrom (Gitano)	4.857	0,01
Raizal (San Andrés y Providencia)	30.565	0,07
Indígena	1.392.623	3,36
Negro, mulato, afrocolombiano o afro descendiente	4.281.192	10,32
Ninguno	35.759.147	86,23
Total	41.468.384	100,0

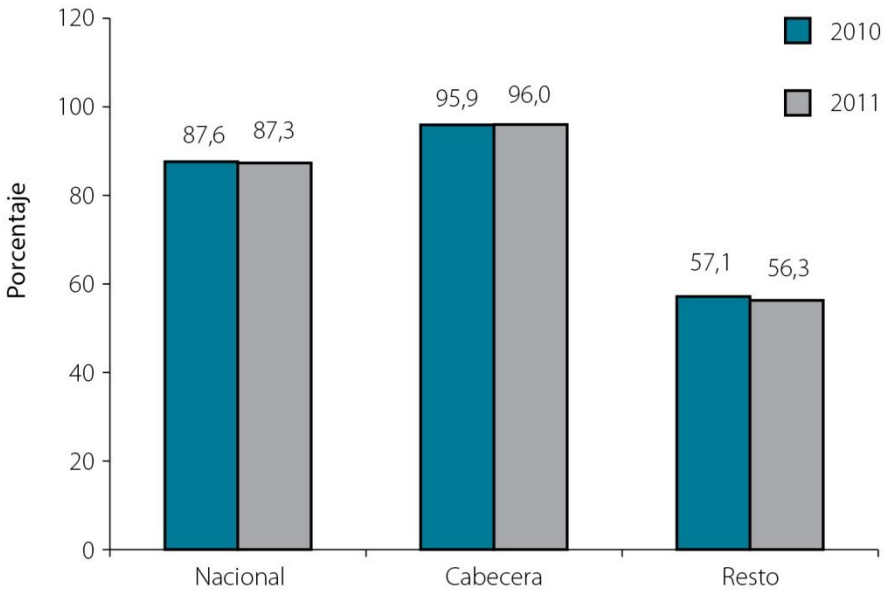
Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística, DANE. Censos 2005. Infraestructura Colombiana de datos.

Tabla 3. Esperanza de vida según sexo, Colombia 1985-2020

Periodo	Hombres	Mujeres	Total
1985-1990	64,65	71,52	67,99
1990-1995	65,34	73,37	69,25
1995-2000	67,07	74,95	70,90
2000-2005	69,00	76,31	72,56
2005-2010	70,67	77,51	74,00
2010-2015	72,07	78,54	75,22
2015-2020	73,08	79,39	76,15

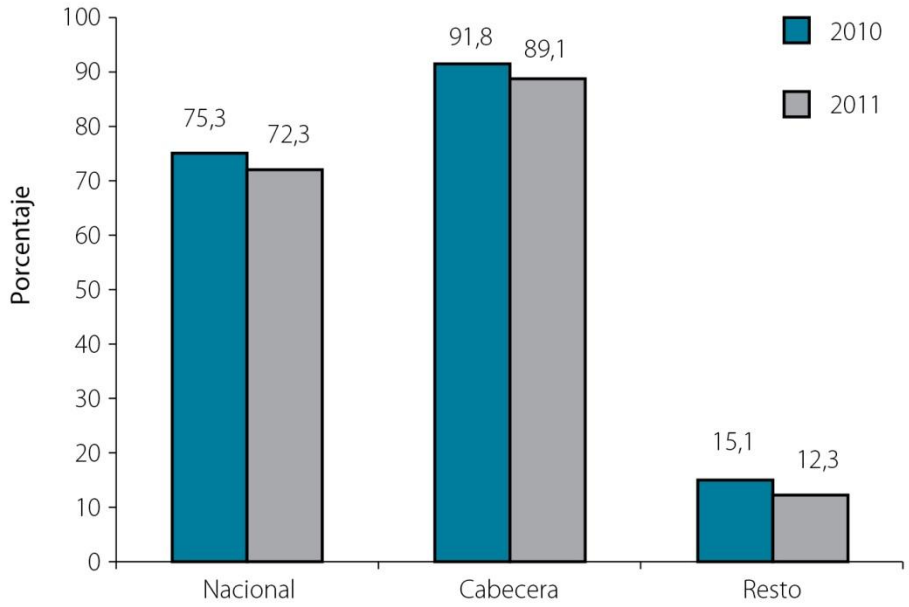
Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística, DANE. Indicadores demográficos según departamento 1985-2020. Conciliación Censal 1985-2005 y Proyecciones de Población 2005-2020.

Figura 6a. Cobertura de servicios públicos, Colombia 2010-2011. Porcentaje de hogares con acceso a acueducto ENCV (2010-2011)



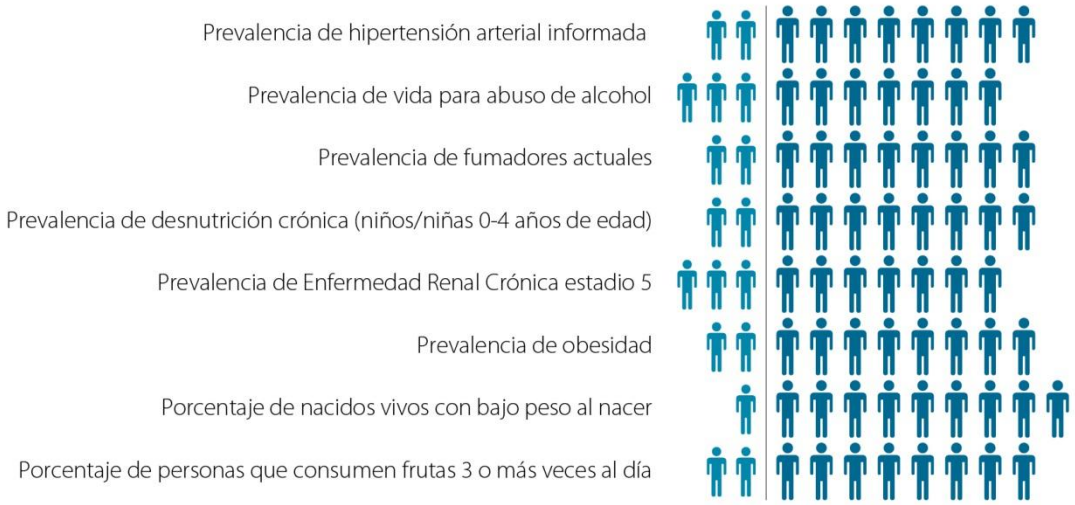
Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística, DANE. Encuesta Nacional de Calidad de Vida, 2010-2011.

Figura 6b. Porcentaje de hogares con acceso a alcantarillado ENCV (2010-2011)



Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística, DANE. Encuesta Nacional de Calidad de Vida, 2010-2011.

Figura 6C. Factores de riesgo en salud, Colombia 2010-2011



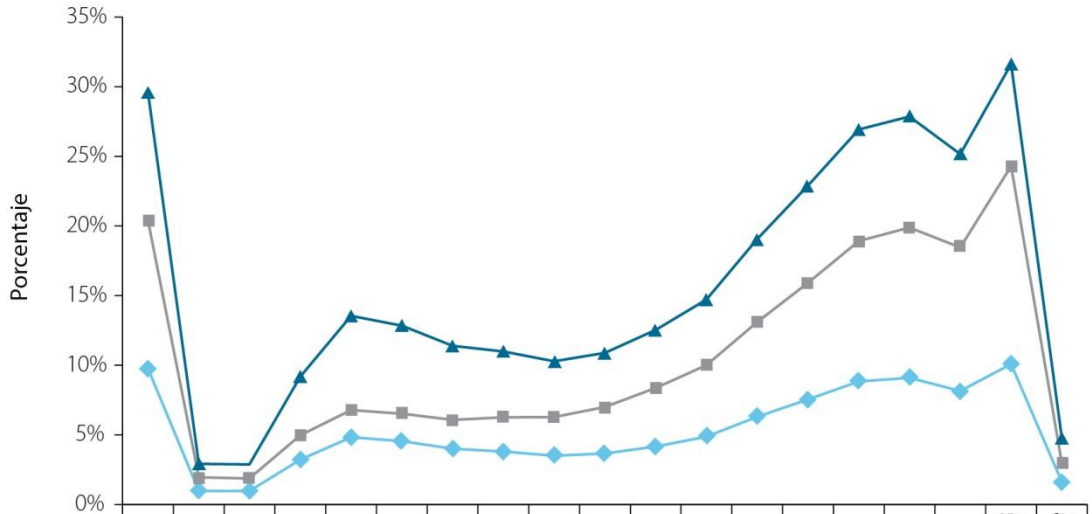
Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social Dirección de Epidemiología y Demografía, 2012

Tabla 4. Mortalidad registrada. Colombia 1993-2012

Año de Defunción	No. de Muertes
1993	168.647
1994	168.568
1995	169.896
1996	173.506
1997	170.753
1998	175.363
1999	183.553
2000	187.432
2001	191.513
2002	192.262
2003	192.121
2004	188.933
2005	189.022
2006	192.814
2007	193.936
2008	196.943
2009	196.933
2010	200.524
2011p	180.011
2012p	119.849
Total	3.632.579
Promedio	181.629

Fuente: Estadísticas vitales. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Consultado marzo 2013. p: cifras preliminar

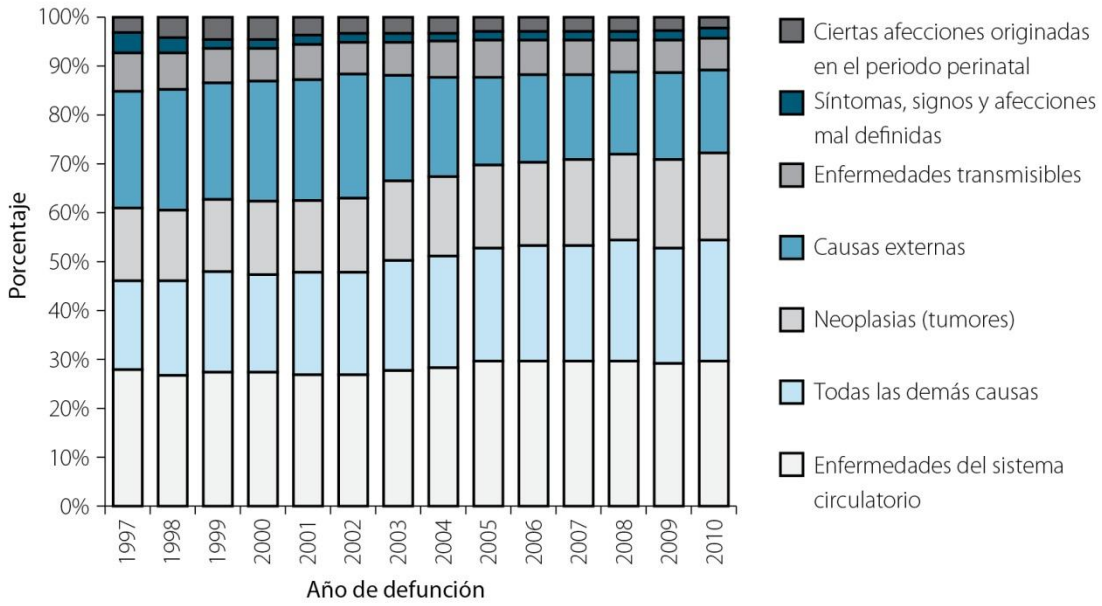
Figura 7. Distribución porcentual de las defunciones por edad y sexo. Mortalidad registrada. Colombia, 1985-2006



	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y más	Sin dato
Hombres	9,19%	0,95%	1,01%	4,19%	6,77%	6,30%	5,32%	4,72%	4,02%	3,88%	4,17%	4,72%	5,95%	6,98%	8,02%	7,98%	6,72%	7,32%	1,82%
Mujeres	10,62%	1,00%	0,91%	1,77%	1,96%	1,97%	2,07%	2,46%	2,76%	3,34%	4,20%	5,13%	6,81%	8,38%	10,07%	10,78%	10,29%	14,20%	1,31%
Total	9,77%	0,97%	0,97%	3,22%	4,83%	4,56%	4,01%	3,81%	3,51%	3,66%	4,18%	4,88%	6,29%	7,55%	8,84%	9,10%	8,16%	10,09%	1,61%

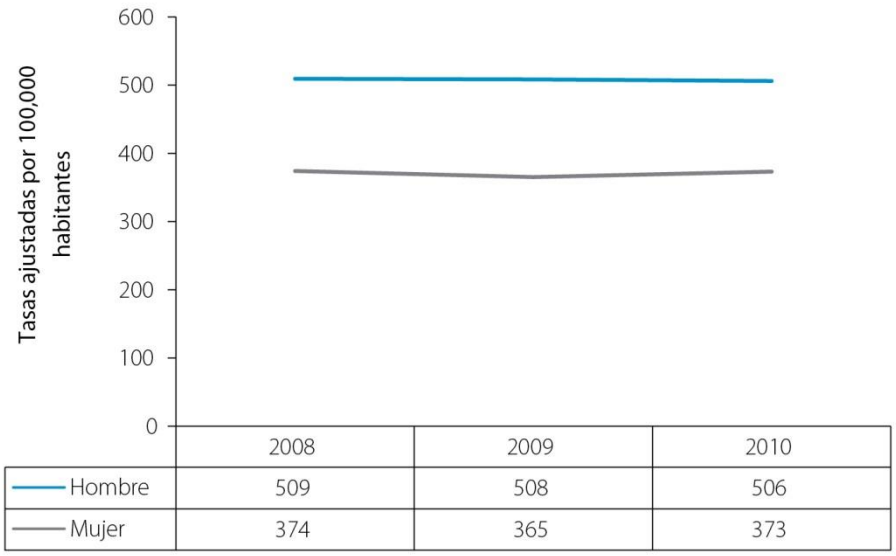
Fuente: Tomado de ASIS Tomo III – Universidad de Antioquia, elaborados a partir de los registros de Estadísticas vitales. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), 1985-2006.

Figura 8. Mortalidad general según grandes causas (lista 6/67). Colombia, 1997-2010



Fuente: Estadísticas vitales. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Consultado marzo 2013.

Figura 9. Tasas ajustadas por edad según sexo. Colombia, 2008-2010



	2008	2009	2010
Hombre	509	508	506
Mujer	374	365	373

Fuente: Estadísticas vitales. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Consultado enero 2013.
Las tasas se ajustaron con la población mundial SEGI

Tabla 5. Causas de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio según lista 6/67. Colombia 1997-2010

TABLA 5. **Causas de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio según lista 6/67. Colombia 1997-2010**

Causas de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio (lista 6/67)	AÑO														AÑO												Total periodo 1997 2010	
	1997		1998		1999		2000		2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010			
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Enfermedades isquémicas del corazón	20.188	42,2	20.244	43,0	21.908	43,6	22.399	43,4	23.125	44,8	22.920	44,3	23.532	44,1	24.732	45,6	26.322	47,1	26.763	46,3	27.106	47,1	28.752	48,9	27.618	48,1	29.394	49,5	345.003	45,7
Enfermedades cerebrovasculares	12.713	26,6	306	0,7	13.393	26,6	13.979	27,1	13.569	26,3	13.637	26,4	13.948	26,1	13.682	25,2	13.833	24,8	14.285	24,7	14.095	24,5	14.474	24,6	13884	24,2	13.661	23,0	179.459	23,8
Enfermedades hipertensivas	4458	9,3	4.679	9,9	5.490	10,9	5.391	10,4	5.425	10,5	5.572	10,8	5.577	10,5	5.583	10,3	5.166	9,2	5.462	9,5	5.382	9,3	5.734	9,8	5665	9,9	6.359	10,7	75.943	10,1
Insuficiencia cardiaca	4.573	9,6	12.695	27,0	3.902	7,8	3.900	7,6	2.922	5,7	2.818	5,4	3.292	6,2	3.529	6,5	3.656	6,5	4.112	7,1	3720	6,5	3.130	5,3	3233	5,6	3.091	5,2	58.573	7,8
Enf. cardiopulmonar, de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedades del corazón	3.454	7,2	3.387	7,2	3.434	6,8	3.632	7,0	4.137	8,0	4.215	8,1	4.377	8,2	4.117	7,6	4.368	7,8	4.423	7,7	4.524	7,9	3.926	6,7	4.505	7,9	4.420	7,4	56.919	7,5
Otras de enfermedades del sistema circulatorio	1.535	3,2	0	0,0	1.534	3,0	1.719	3,3	1.852	3,6	2.001	3,9	2.059	3,9	2.068	3,8	2.149	3,8	2.260	3,9	2.302	4,0	2.315	3,9	2.211	3,9	2.137	3,6	26.142	3,5
Aterosclerosis	466	1,0	1.574	3,3	329	0,7	333	0,6	283	0,5	274	0,5	262	0,5	280	0,5	116	0,2	197	0,3	195	0,3	98	0,2	82	0,1	68	0,1	4.557	0,6
Paro cardiaco	215	0,4	3.892	8,3	0	0,0	0	0,0	1	0,0	2	0,0	49	0,1		0,0	10	0,0	9	0,0	29	0,1	9	0,0	18	0,0	35	0,1	4.269	0,6
Fiebre reumática aguda y enfermedades cardiacas reumáticas crónicas	251	0,5	277	0,6	315	0,6	286	0,6	280	0,5	284	0,5	247	0,5	284	0,5	239	0,4	276	0,5	258	0,4	304	0,5	144	0,3	233	0,4	3678	0,5
Total	47.853	100,0	47.054	100,0	50.305	100,0	51.639	100,0	51.594	100,0	51.723	100,0	53.343	100,0	54.275	100,0	55.859	100,0	57.787	100,0	57.611	100,0	58.742	100,0	57.360	100,0	59.398	100,0	754.543	100,0

Fuente: Estadísticas Vitales.Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Consultado marzo 2013.

Fuente: Estadísticas Vitales.Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Consultado marzo 2013.

Tabla 6. Causas de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio según lista 6/67. Colombia 1997-2010

TABLA 6. **Causas de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio según lista 6/67. Colombia 1997-2010**

Causas de mortalidad por neoplasias (lista 6/67)	AÑO														AÑO														Total período 1997 2010	
	1997		1998		1999		2000		2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010			
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Otros tumores malignos	4.324	17,2	4.213	16,6	4.487	16,7	4.429	15,9	4.429	15,6	4.663	15,8	4.863	15,8	4.700	15,2	4.792	15,2	4.822	15,0	5.066	15,1	4.911	14,4	5.197	14,8	5.106	14,2	66.002	15,45
Tumor maligno del estómago	3.913	15,5	3.974	15,7	4.112	15,3	4.408	15,9	4.322	15,2	4.281	14,5	4.406	14,3	4.354	14,1	4.540	14,4	4.551	14,1	4.726	14,1	4.553	13,4	4.453	12,7	4.526	12,6	61.119	14,31
Tumor maligno de la tráquea, bronquios y pulmón	2.678	10,6	2.605	10,3	2.877	10,7	2.892	10,4	3.047	10,7	3.166	10,7	3.324	10,8	3.596	11,6	3.697	11,7	3.812	11,8	3.824	11,4	3.849	11,3	3.899	11,1	3.994	11,1	47.260	11,06
Tumor maligno del tejido linfático, órganos hematopoyéticos y de tejidos afines	2.163	8,6	2.226	8,8	2.466	9,2	2.471	8,9	2.393	8,4	2.700	9,1	2.729	8,9	2.710	8,8	2.841	9,0	2.832	8,8	2.948	8,8	3.000	8,8	3.095	8,8	3.200	8,9	37.774	8,84
Tumor maligno hígado y vías biliares	1.933	7,7	1.970	7,8	2.032	7,5	2.023	7,3	2.144	7,6	2.221	7,5	2.290	7,5	2.371	7,7	2.296	7,3	2.393	7,4	2.346	7,0	2.467	7,3	2.384	6,8	2.493	6,9	31.363	7,34
Tumor maligno de la próstata	1.581	6,3	1.722	6,8	1.828	6,8	2.021	7,3	2.023	7,1	2.057	7,0	2.220	7,2	2.240	7,2	2.277	7,2	2.198	6,8	2.402	7,2	2.457	7,2	2.419	6,9	2.449	6,8	29.894	7,00
Tumor maligno del útero	1.964	7,8	2.051	8,1	2.126	7,9	2.152	7,7	2.131	7,5	2.205	7,5	2.204	7,2	2.115	6,8	2.126	6,7	2.023	6,3	2.037	6,1	2.121	6,2	2.086	5,9	2.106	5,8	29.447	6,89
Tumor maligno de la mama	1.345	5,3	1.343	5,3	1.449	5,4	1.559	5,6	1.651	5,8	1.730	5,9	1.859	6,1	1.872	6,0	1.870	5,9	1.929	6,0	2.129	6,4	2.082	6,1	2.252	6,4	2.409	6,7	25.479	5,96
Tumor maligno del colon	1.101	4,4	1.135	4,5	1.282	4,8	1.281	4,6	1.341	4,7	1.397	4,7	1.527	5,0	1.619	5,2	1.579	5,0	1.744	5,4	1.808	5,4	1.871	5,5	2.013	5,7	2.130	5,9	21.828	5,11
Tumor maligno de otros órganos genitourinarios	1.093	4,3	1.137	4,5	1.207	4,5	1.271	4,6	1.326	4,7	1.365	4,6	1.485	4,8	1.515	4,9	1.642	5,2	1.596	5,0	1.700	5,1	1.704	5,0	1.806	5,1	1.822	5,1	20.669	4,84
Tumor maligno órganos digestivos y del peritoneo, excluy. estómago y colon	1.199	4,8	1.139	4,5	1.175	4,4	1.288	4,6	1.296	4,6	1.322	4,5	1.418	4,6	1.467	4,7	1.432	4,5	1.536	4,8	1.555	4,6	1.650	4,9	1.612	4,6	1.620	4,5	19.709	4,61
Tumor maligno del páncreas	852	3,4	876	3,5	852	3,2	930	3,3	903	3,2	946	3,2	986	3,2	1.003	3,2	1.049	3,3	1.113	3,5	1.169	3,5	1.247	3,7	1.288	3,7	1.309	3,6	14.523	3,40
Carcinoma In Situ, tumores benignos y de comportamiento incierto o desconocido	482	1,9	418	1,7	506	1,9	509	1,8	783	2,8	897	3,0	874	2,8	834	2,7	854	2,7	1.145	3,6	1.263	3,8	1.518	4,5	2.021	5,8	2.345	6,5	14.449	3,38
Tumor maligno órganos respiratorios e intratorácicos, exc. tráquea, bronquios y pulmón	537	2,1	505	2,0	533	2,0	551	2,0	596	2,1	589	2,0	526	1,7	570	1,8	576	1,8	542	1,7	539	1,6	568	1,7	574	1,6	522	1,4	7.728	1,81
Total	25.165	100	25.314	100	26.932	100	27.785	100	28.385	100	29.539	100	30.711	100	30.966	100	31.571	100	32.236	100	33.512	100	33.998	100	35.099	100	36.031	100	427.244	100

Fuente: Estadísticas Vitales.Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Consultado marzo 2013.

Fuente: Estadísticas Vitales.Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Consultado marzo 2013.

Tabla 7. Causas de mortalidad por causas externas según lista 6/67. Colombia 1997 2010

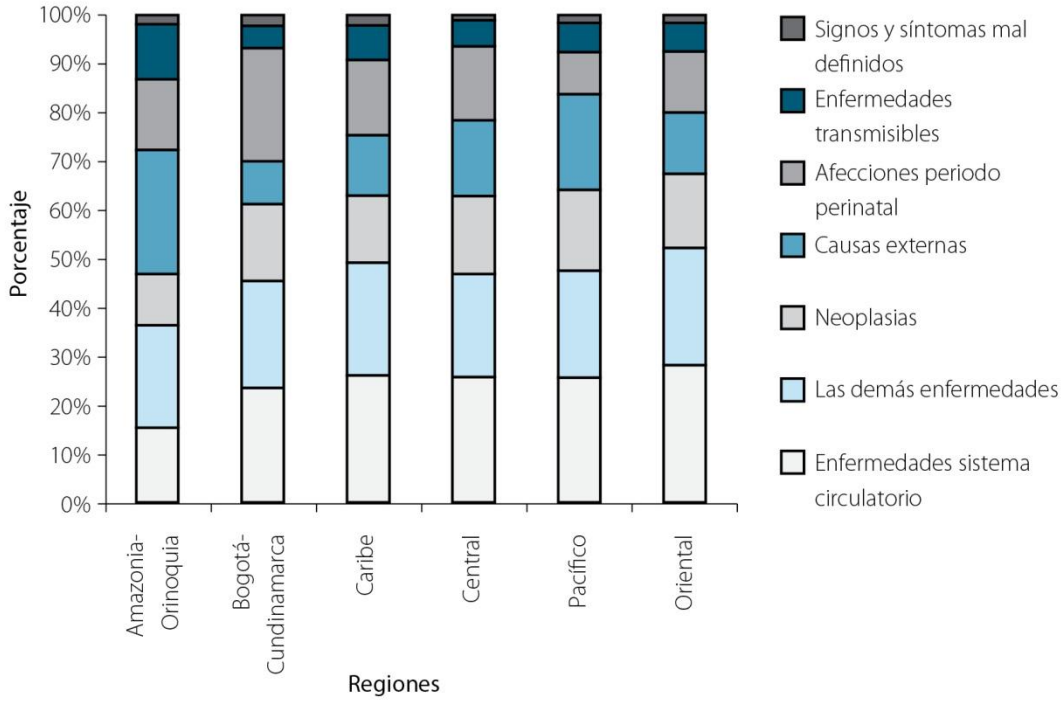
TABLA 7. Causas de mortalidad por causas externas según lista 6/67. Colombia 1997 2010

Causas de mortalidad por causas externas (lista 6/67)	AÑO														AÑO																Total periodo 1997 2010	
	1997		1998		1999		2000		2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010					
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Agresiones (homicidios), inclusive secuelas	22.748	55,4	24.715	57,7	25.855	58,8	28.789	62,5	30.103	63,8	31.807	65,7	25.612	61,2	22.369	58,1	18.875	54,6	18.024	52,5	17.789	52,0	16.952	51,1	19.707	55,6	18.439	54,9	321.784	58,0
Accidentes de transporte terrestre, inclusive secuelas	5.864	14,3	8.275	19,3	7.624	17,3	7.295	15,8	7.133	15,1	6.971	14,4	6.657	15,9	6.448	16,7	6.063	17,5	6.333	18,4	6.634	19,4	6.500	19,6	6.603	18,6	6.038	18,0	94.438	17,0
Eventos de intención no determinada, inclusive secuelas	4.260	10,4	2.590	6,0	2.559	5,8	2.568	5,6	2.466	5,2	2.212	4,6	2.208	5,3	2.248	5,8	1.962	5,7	1.916	5,6	1.872	5,5	2.279	6,9	2.171	6,1	2.301	6,8	33.612	6,1
Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios), inclusive secuelas	1.266	3,1	2.117	4,9	2.167	4,9	2.383	5,2	2.429	5,1	2.398	5,0	2.287	5,5	2.264	5,9	2.120	6,1	2.188	6,4	2.209	6,5	2.234	6,7	2.261	6,4	2.118	6,3	30.441	5,5
Otros accidentes, inclusive secuelas	2.892	7,0	1.854	4,3	2.602	5,9	1.811	3,9	1.957	4,1	2.011	4,2	1.942	4,6	1.902	4,9	2.060	6,0	2.154	6,3	2.063	6,0	1.933	5,8	1.675	4,7	1.790	5,3	28.646	5,2
Ahogamiento y sumersión accidentales	1.137	2,8	1.302	3,0	1.246	2,8	1.147	2,5	1.128	2,4	1.104	2,3	1.068	2,6	1.118	2,9	1.021	3,0	1.077	3,1	1.012	3,0	1.046	3,2	932	2,6	964	2,9	15.302	2,8
Caídas	690	1,7	1.018	2,4	1.037	2,4	981	2,1	963	2,0	1.010	2,1	1.077	2,6	1.110	2,9	1.138	3,3	1.178	3,4	1.196	3,5	1.286	3,9	1.281	3,6	1.218	3,6	15.183	2,7
Intervención legal y operaciones de guerra, inclusive secuelas	70	0,2	159	0,4	241	0,5	420	0,9	305	0,6	288	0,6	448	1,1	503	1,3	797	2,3	884	2,6	851	2,5	442	1,3	360	1,0	295	0,9	6.063	1,1
Otros accidentes de transporte y los no especificados, inclusive secuelas	1.362	3,3	310	0,7	70	0,2	124	0,3	133	0,3	92	0,2	74	0,2	50	0,1	95	0,3	104	0,3	99	0,3	62	0,2	33	0,1	78	0,2	2.686	0,5
Exposición al humo, fuego y llamas	220	0,5	200	0,5	191	0,4	190	0,4	218	0,5	181	0,4	160	0,4	126	0,3	121	0,3	165	0,5	153	0,4	114	0,3	124	0,3	88	0,3	2.251	0,4
Envenenamiento accidental y exposición a sustancias nocivas	164	0,4	150	0,4	118	0,3	125	0,3	152	0,3	117	0,2	119	0,3	158	0,4	127	0,4	123	0,4	137	0,4	144	0,4	102	0,3	135	0,4	1.871	0,3
Complicaciones de la atención médica y quirúrgica, inclusive secuelas	190	0,5	25	0,1	162	0,4	70	0,2	78	0,2	95	0,2	64	0,2	61	0,2	65	0,2	99	0,3	77	0,2	100	0,3	90	0,3	44	0,1	1.220	0,2
Accidentes causados por disparo de armas de fuego	201	0,5	73	0,2	64	0,1	99	0,2	73	0,2	110	0,2	105	0,3	97	0,3	99	0,3	61	0,2	76	0,2	46	0,1	45	0,1	48	0,1	1.197	0,2
Accidentes causados por máquinas y por instrumentos cortantes o punzantes	23	0,1	35	0,1	23	0,1	29	0,1	37	0,1	42	0,1	44	0,1	49	0,1	38	0,1	39	0,1	48	0,1	48	0,1	46	0,1	45	0,1	546	0,1
Total	41.087	100,0	42.823	100,0	43.959	100,0	46.031	100,0	47.175	100,0	48.438	100,0	41.865	100,0	38.503	100,0	34.581	100,0	34.345	100,0	34.216	100,0	33.186	100,0	35.430	100,0	33.601	100,0	555.240	100,0

Fuente: Estadísticas vitales. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Consultado marzo 2013.

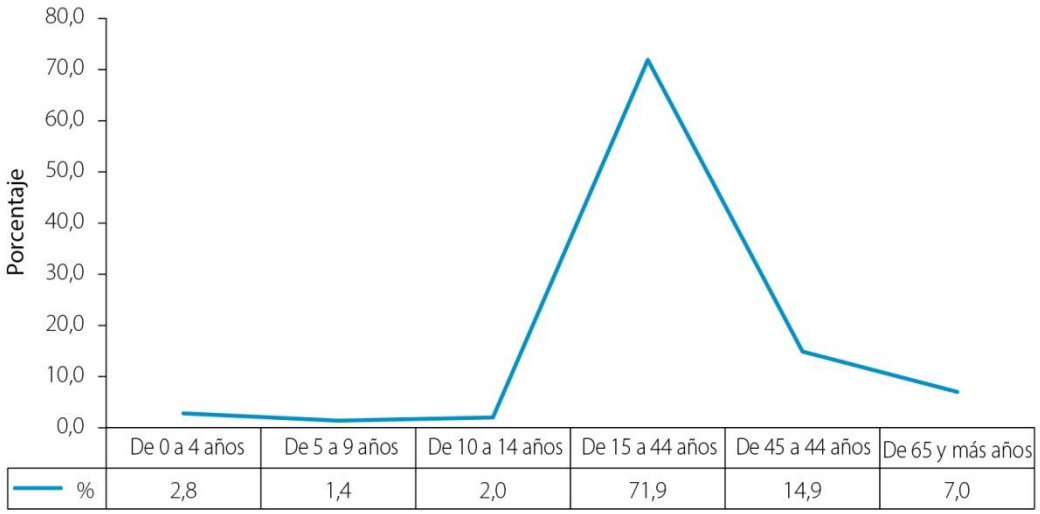
Fuente: Estadísticas vitales. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Consultado marzo 2013.

Figura 10. Mortalidad por regiones. Colombia, 2010



Fuente: Tomado del Análisis de situación por regiones, elaborado a partir de los datos de mortalidad del DANE dispuestos en el Cubo EEVV-SISPRO.

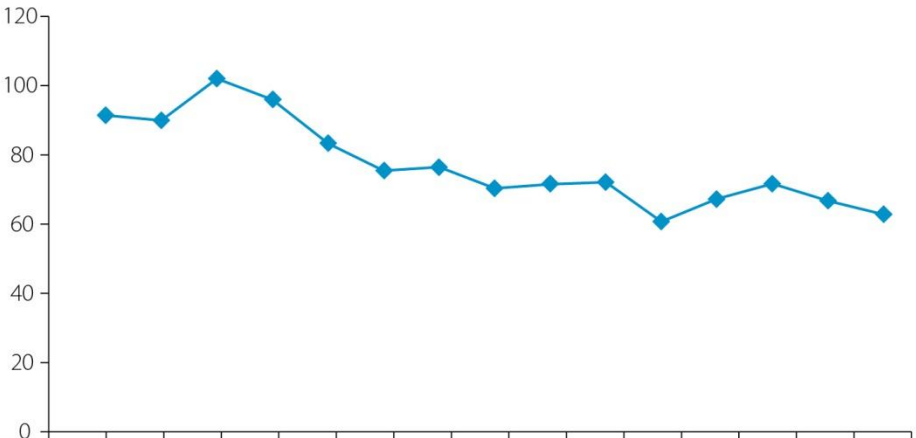
Figura 11. Mortalidad por causa externa según grupos de edad. Colombia



	De 0 a 4 años	De 5 a 9 años	De 10 a 14 años	De 15 a 44 años	De 45 a 44 años	De 65 y más años
%	2,8	1,4	2,0	71,9	14,9	7,0

Fuente: Estadísticas vitales. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Consultado marzo 2013.

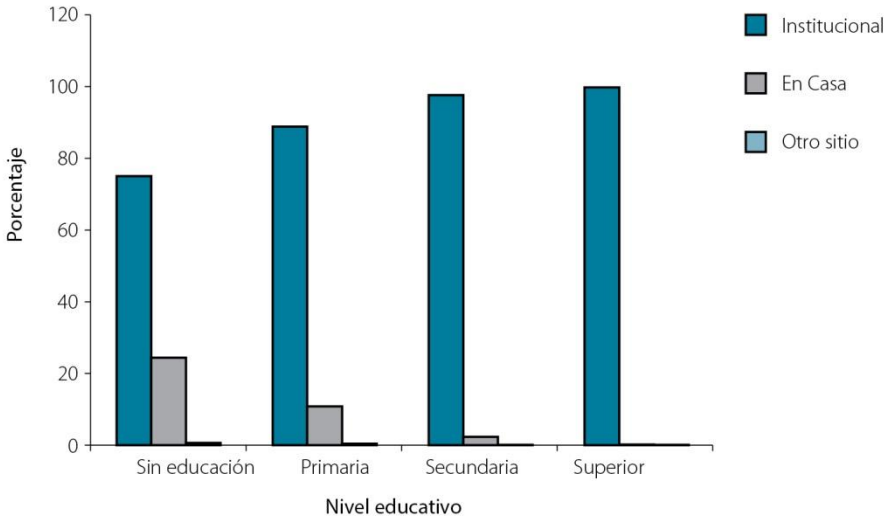
Figura 12. Tendencia de la Razón de Mortalidad Materna Colombia 1998-2012. Tasa por 100.000 nacidos vivos.



	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011p	2012p
Razón de Mortalidad Materna	91,40	89,92	102,01	95,95	83,23	75,42	76,48	70,28	71,52	72,05	60,66	67,31	71,64	66,66	62,75

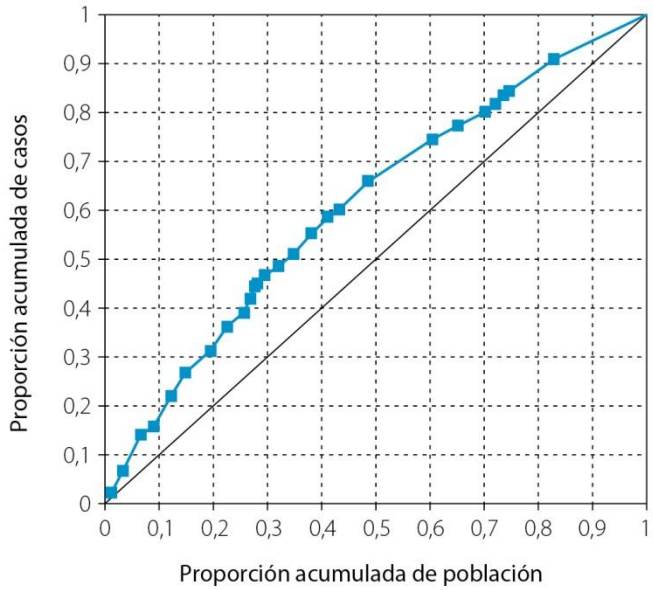
Fuente: INS. Defunciones maternas 1998-2010: Estadísticas Vitales DANE; 2011-2012: información preliminar SIVIGILA.

Figura 13. Cobertura de atención institucional del parto según nivel educativo. Colombia, 2010



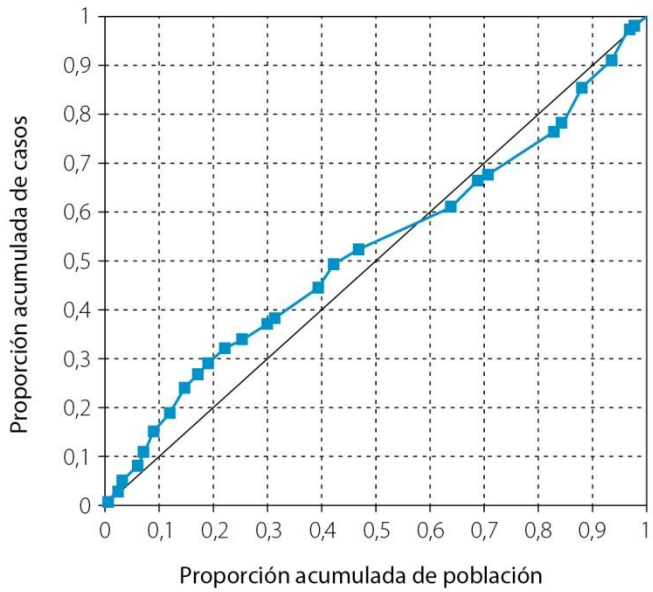
Fuente: Tomado del Análisis de situación por regiones, elaborado a partir de los datos disponibles en la Encuesta de Demografía y Salud. 2010.

Figura 14. Curva de concentración, mortalidad materna relacionada con NBI. Colombia, 2010.



Fuente: Tomado del Análisis de situación por regiones, elaborado a partir de los datos del DANE dispuestos en el Cubo de indicadores-SISPRO y Necesidades Básicas Insatisfechas- NBI, por Total, Cabecera y Resto, según Departamento y Nacional a 30 Junio de 2012. DANE.

Figura 15. Curva de concentración, mortalidad materna relacionada con tasa neta de cobertura de educación básica y media. Colombia, 2010.



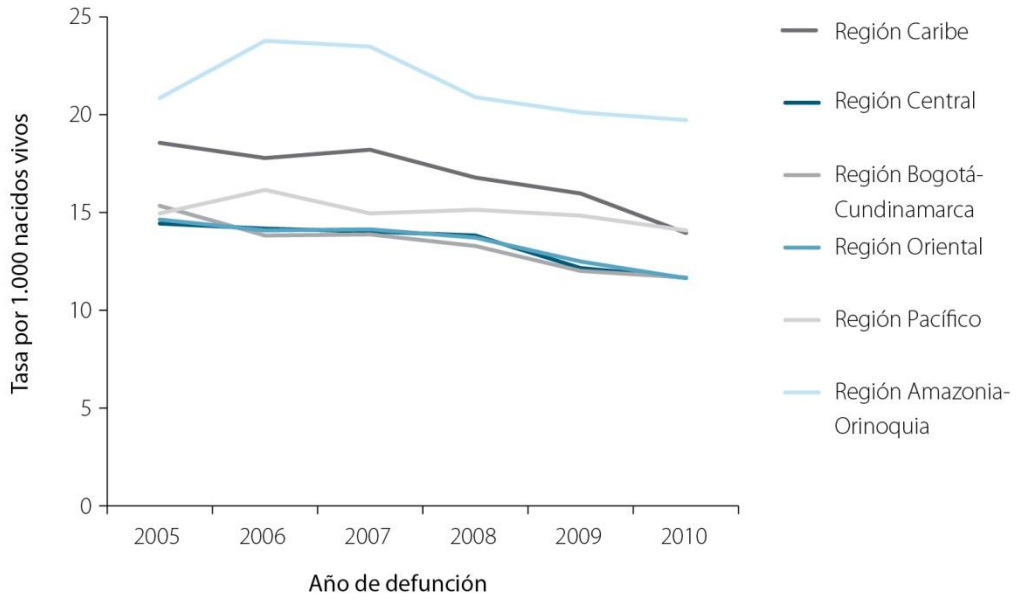
Fuente: Tomado del Análisis de situación por regiones, elaborado a partir de los datos del DANE dispuestos en el Cubo de indicadores-SISPRO y las estadísticas del sector educativo del Ministerio de Educación Nacional. Disponible en: http://menweb.mineducacion.gov.co/seguimiento/estadisticas/principal.php?seccion=9&id_categoria=2&nivel=9&dpto&mun=&ins=&et=&sede=&consulta_detalle=total&consulta=cobertura. Consultado el 18 de enero de 2013.

Tabla 8. Primeras cinco causas de mortalidad en menores de 1 año según lista 6/67. Colombia 2005-2010.

Causas de mortalidad en menores de 1 año según lista 6/67	Año de defunción						Total periodo 2005 a 2010	%
	2005	2006	2007	2008	2009	2010		
Trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal	2.860	2.516	2.409	2.568	2.347	1.806	14.506	23,4
Malformaciones congénitas, deformidades, y anomalías cromosómicas	2.190	2.292	2.301	2.407	2.070	2.094	13.354	21,6
Otras afecciones originadas en periodo perinatal	1.175	1.184	1.197	1.094	935	882	6.467	10,5
Sepsis bacteriana del recién nacido	984	836	940	768	712	536	4.776	7,7
Infecciones respiratorias agudas	813	803	762	694	592	488	4.152	6,7
Total Nacional	11.456	11.049	10.867	10.560	9.580	8.355	61.867	100,0

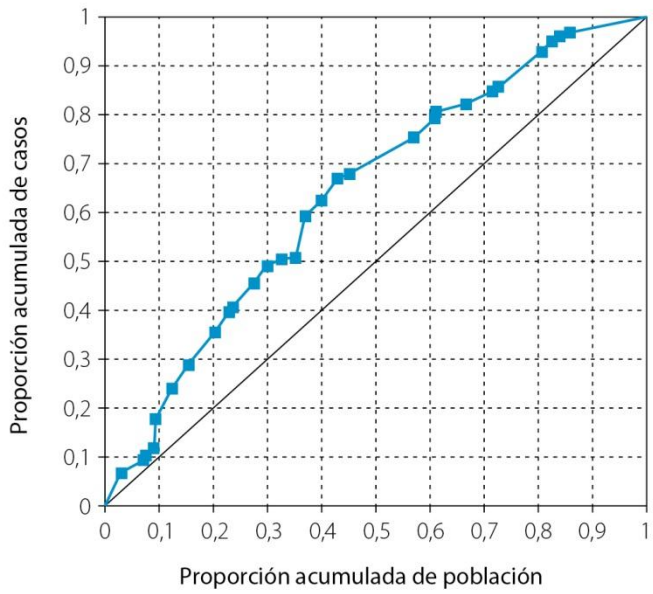
Fuente: Estadísticas vitales. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Consultado marzo 2013.

Figura 16. Tasa de mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivosColombia, 2005-2010.



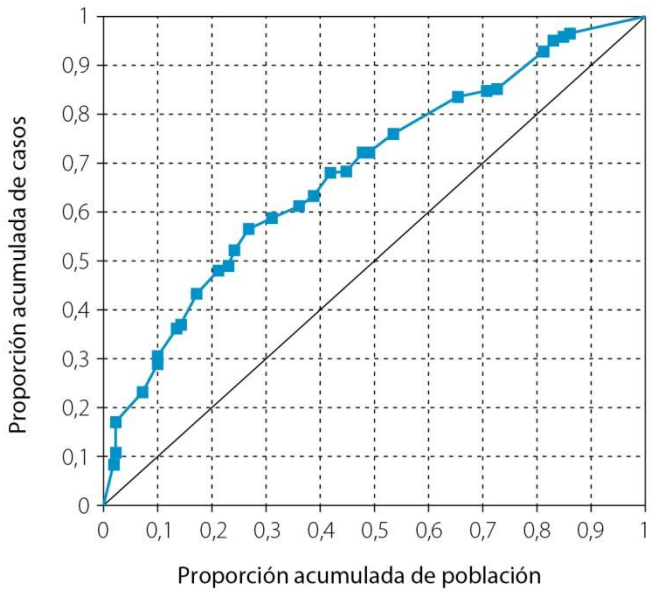
Fuente: Tomado del Análisis de situación por regiones, elaborado a partir de los datos del DANE dispuestos en el Cubo de indicadores-SISPRO, consultado enero de 2013.

Figura 17. Curva de concentración, mortalidad por EDA en menores de cinco años relacionado con porcentaje de población en viviendas inadecuadas. Colombia, 2010.



Fuente: Tomado del Análisis de situación por regiones, elaborado a partir de los datos del DANE dispuestos en el Cubo de indicadores-SISPRO y Necesidades Básicas Insatisfechas - NBI, por Total, Cabecera y Resto, según Departamento y Nacional a 30 Junio de 2012. DANE.

Figura 18. Curva de concentración, mortalidad por EDA en menores de cinco años relacionado con porcentaje de población con servicios inadecuados. Colombia, 2010.

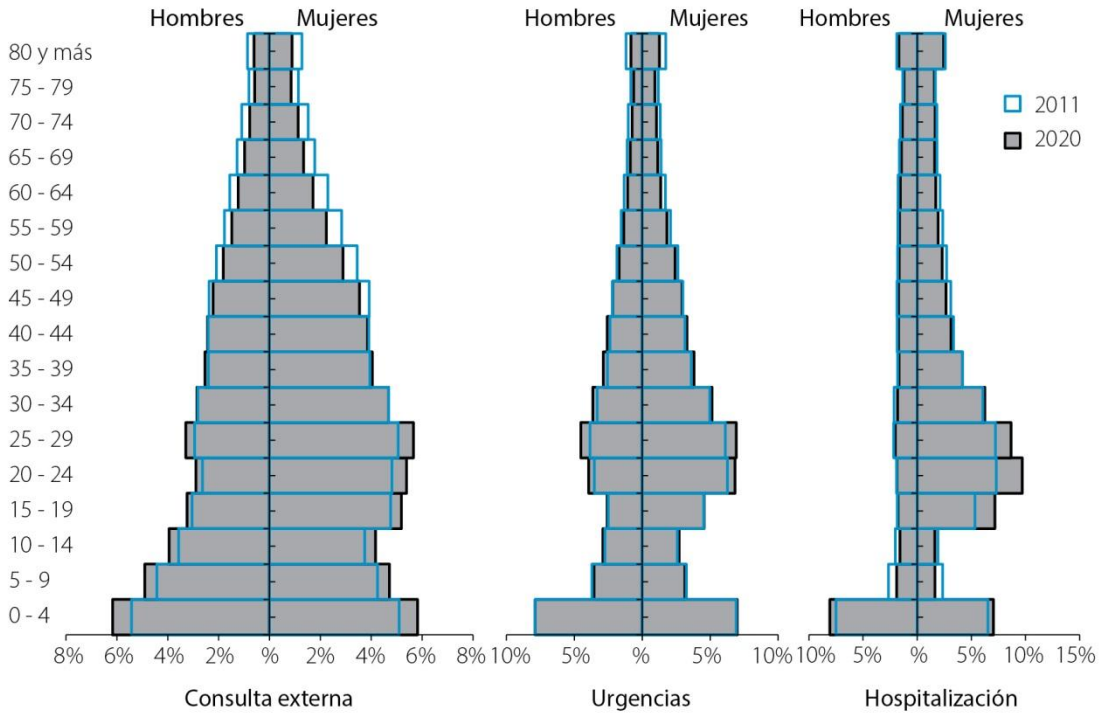


Fuente: Tomado del Análisis de situación por regiones, elaborado a partir de los datos del DANE dispuestos en el Cubo de indicadores-SISPRO y Necesidades Básicas Insatisfechas NBI, por Total, Cabecera y Resto, según Departamento y Nacional a 30 Junio de 2012. DANE.

Tabla 9. Morbilidad sentida. Colombia, 1965-2007.

Estudio	Hombres	Mujeres	General
Investigación Nacional de Morbilidad 1965-66	36,3	41	38,7
Estudio Nacional de Salud 1977-80	37,8	44,3	41,1
Encuesta CAPS 1986-1989	21,3	26,2	23,9
Encuesta de calidad de vida 2003			11,5
Encuesta Nacional de Salud 2007	29,5	35,4	32,6

Figura 19. Distribución de atenciones por tipo de servicio, edad y sexos. Colombia, 2009 y 2011.



Fuente: Elaboración a partir de los datos de morbilidad del Cubo RIPS-SISPRO. Consultado enero de 2013.

Tabla 10. Diez primeras causas registradas en el servicio de consulta externa por sexo. Colombia, 2011.

CIEX	Diagnóstico	Femenino		Masculino	
		Personas Atendidas	%	Personas Atendidas	%
I10X	Hipertensión esencial (primaria)	1.060.327	11,2	592.324	8,7
K021	Caries de la dentina	811.265	8,5	590.319	8,7
J00X	Rinofaringitis aguda (resfriado común)	584.078	6,1	455.037	6,7
A09 X	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	363.190	3,8	328.356	4,8
N39 0	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	538.377	5,7	149.543	2,2
M54 5	Lumbago no especificado	357.837	3,8	269.562	4,0
K051	Gingivitis crónica	359.941	3,8	265.758	3,9
R51 X	Cefalea	436.616	4,6	172.692	2,5
R10 4	Otros dolores abdominales y los no especificados	369.355	3,9	185.807	2,7
B829	Parasitosis intestinal, sin otra especificacion	244.955	2,6	216.173	3,2
Total Urgencias		9.500.025	100,0	6.810.146	100,0

Fuente: Elaboración a partir de los datos de morbilidad del Cubo RIPS-SISPRO. Consultado enero de 2013.

TABLA 11. Diez primeras causas de morbilidad registrada en el servicio de urgencias según sexo. Colombia, 2011.

CIEX	Diagnóstico	Femenino		Masculino	
		Personas Atendidas	%	Personas Atendidas	%
A09X	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	67.715	6,2	63.233	7,4
R104	Otros dolores abdominales y los no especificados	75.592	6,9	41.852	4,9
R509	Fiebre, no especificada	50.870	4,6	51.903	6,1
J00X	Rinofaringitis aguda (resfriado común)	42.173	3,8	38.505	4,5
R51X	Cefalea	50.522	4,6	21.504	2,5
N390	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	50.794	4,6	14.570	1,7
J039	Amigdalitis aguda, no especificada	27.049	2,5	26.083	3,1
M545	Lumbago no especificado	21.862	2,0	21.859	2,6
R101	Dolor abdominal localizado en parte superior	26.014	2,4	14.373	1,7
R11X	Náusea y Vómito	21.362	1,9	16.643	2,0
Total Urgencias		1.100.626	100,0	851.938	100,0

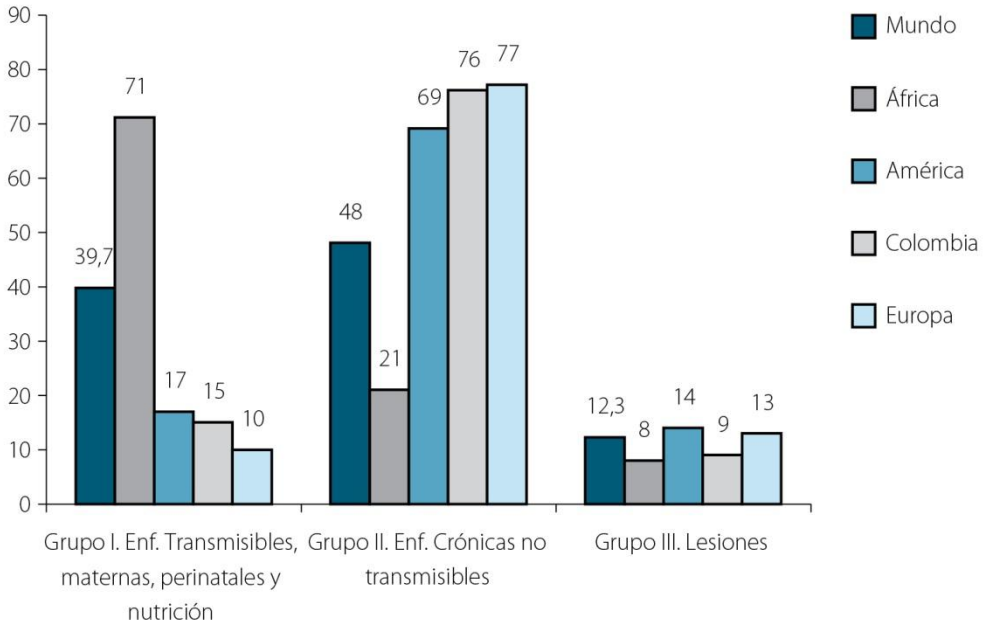
Fuente: Elaboración a partir de los datos de morbilidad de Cubo RIPS-SISPRO. Consultado enero de 2013.

Tabla 12. Diez primeras causas de morbilidad registrada por egreso hospitalario según sexo. Colombia, 2011.

CIEX	Diagnóstico	Femenino		Masculino	
		Personas Atendidas	%	Personas Atendidas	%
N390	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	25.769	4,4	8.836	2,5
A09X	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	16.666	2,9	15.026	4,3
R104	Otros dolores abdominales y los no especificados	11.751	2,0	6.394	1,8
R509	Fiebre, no especificada	8.089	1,4	8.146	2,3
J00X	Rinofaringitis aguda (resfriado común)	8.547	1,5	7.195	2,1
K359	Apendicitis aguda, no especificada	8.009	1,4	7.622	2,2
J180	Bronconeumonía, no especificada	7.625	1,3	7.944	2,3
J189	Neumonía, no especificada	6.594	1,1	6.626	1,9
J219	Bronquiolitis aguda, no especificada	5.280	0,9	6.690	1,9
R51X	Cefalea	6.777	1,2	2.853	0,8
Total hospitalización		582.747	100,0	350.812	100,0

Fuente: Elaboración a partir de los datos de morbilidad de Cubo RIPS-SISPRO. Consultado enero de 2013.

Figura 20. Perfil de Enfermedad por grandes grupos de causas.



Fuente: Global Burden of Disease, OMS 2004 / Colombia.

Tabla 13. Veinte primeras causas según AVISAS (por 1.000 personas) en ambos sexos de todas las edades, Carga de Enfermedad Colombia 2005.

Orden	Causa	AVISAS Totales	AVISAS Discapacidad	AVISAS Mortalidad
Orden	Causa	Avisas totales	Avisas discapacidad	Avisas mortalidad
1	Cardiopatía hipertensiva	53,521	52,627	0,895
2	Depresión mayor unipolar	47,304	47,302	0,001
3	Caries dental	26,277	26,277	-
4	Asfixia y trauma al nacer	15,506	12,219	3,287
5	Agresiones	14,795	0,082	14,713
6	Bajo peso al nacer	11,218	11,055	0,162
7	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	9,812	8,469	1,344
8	Asma	9,223	9,041	0,182
9	Glaucoma	7,001	7,001	-
10	Cardiopatía isquémica	6,008	0,350	5,659
11	Trastornos Bipolares	5,422	5,422	-
12	Accidentes de tránsito	3,786	0,064	3,722
13	Edentulismo	3,573	3,573	-
14	Cirrosis Hepática	3,246	2,619	0,628
15	Enfermedad cerebrovascular	3,123	0,235	2,889
16	Infecciones de vías respiratorias inferiores	2,786	0,408	2,378
17	Esquizofrenia	2,651	2,650	0,001
18	Otras afecciones perinatales	2,571	-	2,571
19	Epilepsia	2,073	1,671	0,402

Orden	Causa	AVISAS Totales	AVISAS Discapacidad	AVISAS Mortalidad
20	Otras lesiones no intencionales	2,027	-	2,027

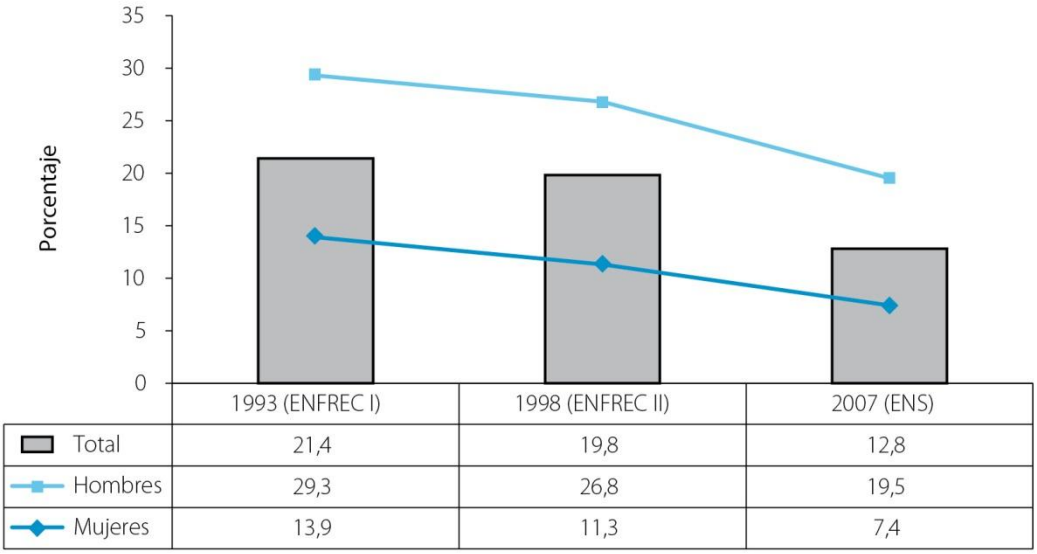
Fuente: Ministerio de Salud, Cendex-Pontificia Universidad Javeriana, 2005.

Tabla 14. Prevalencia de Diabetes e Hipertensión Arterial en personas de 18-69 años por regiones 2007.

Región	Diabetes Mellitus			Hipertensión arterial		
	Valor estimado	intervalo de confianza del 95%		Valor estimado	intervalo de confianza del 95%	
Atlántica	2,9	2,2	3,6	21,1	19,4	22,8
Oriental	2,7	1,8	3,6	22,5	20,2	24,8
Central	2,9	2,1	3,7	21,9	19,9	23,9
Pacífico	2,2	1,4	3,0	28,0	25,4	30,6
Bogotá	1,8	0,7	2,9	22,2	19,1	25,3
Orinoquia Amazonia	3,3	1,5	5,0	14,6	11,4	17,9
Colombia	2,6	2,2	3,0	22,8	21,8	23,8

Fuente: MPS-PUJ-SEI-Colciencias. Encuesta Nacional de Salud ENS-2007.

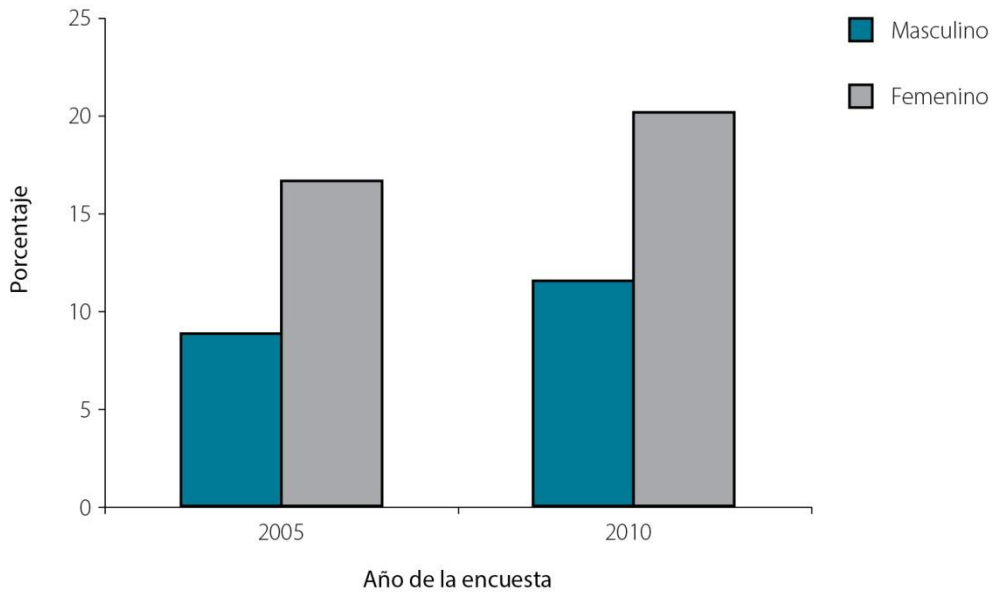
Figura 21. Prevalencia de uso en los últimos 30 días de Tabaquismo en Adultos, Colombia 1993-2007.



	1993 (ENFREC I)	1998 (ENFREC II)	2007 (ENS)
Total	21,4	19,8	12,8
Hombres	29,3	26,8	19,5
Mujeres	13,9	11,3	7,4

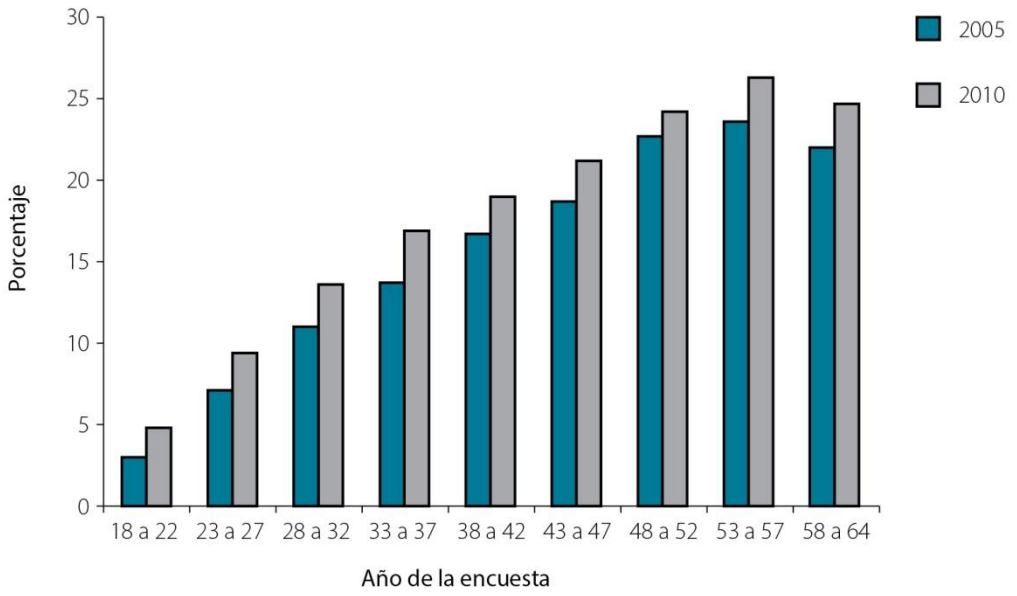
Fuente: Ministerio de Salud. ENFREC I, II. MPS-PUJ-SEI-COLCIENCIAS. Encuesta Nacional de Salud ENS-2007.

Figura 22. Porcentaje de obesidad en la población de 18 a 64 años, según sexo. Colombia, 2005-2010.



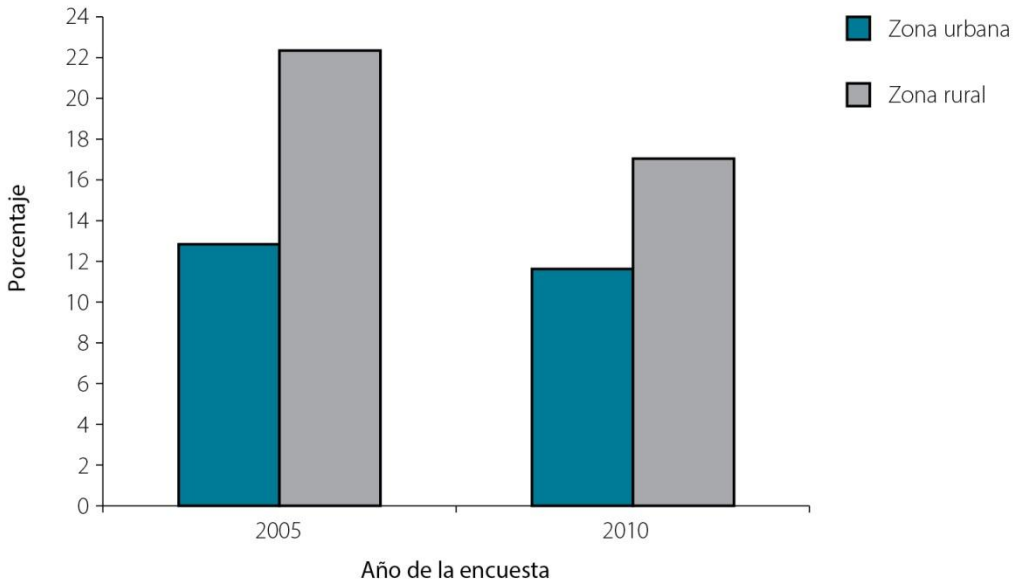
Fuente: Elaborado a partir de los datos disponibles en la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia. 2010.

Figura 23. Porcentaje de obesidad en la población de 18 a 64 años, según edad. Colombia, 2005-2010.



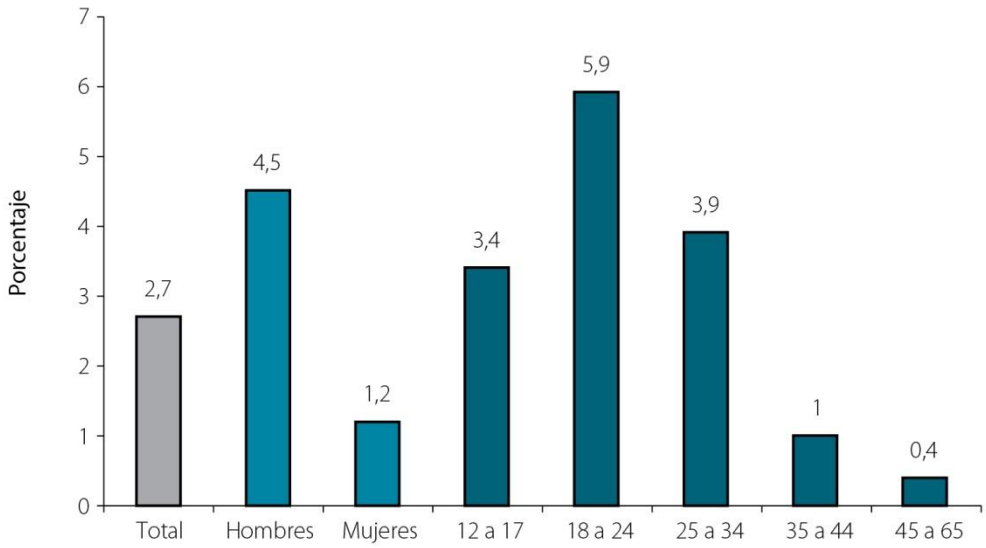
Fuente: Elaborado a partir de los datos disponibles en la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia. 2010.

Figura 24. Desnutrición crónica en niños menores de cinco años, según área. Colombia, 2005-2010.



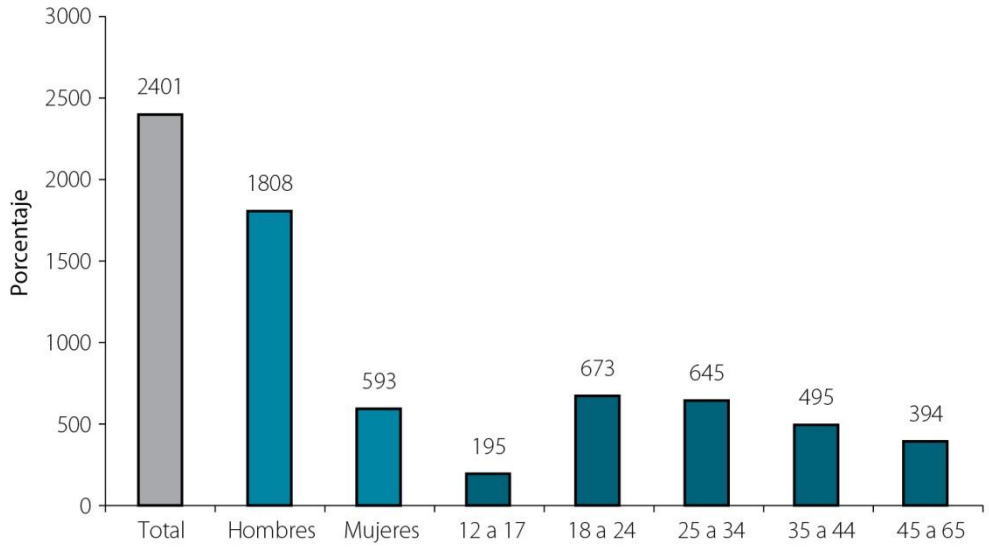
Fuente: Elaborado a partir de los datos disponibles en la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia. 2010.

Figura 25. Prevalencia de consumo de cualquier droga ilícita. Colombia 2008.



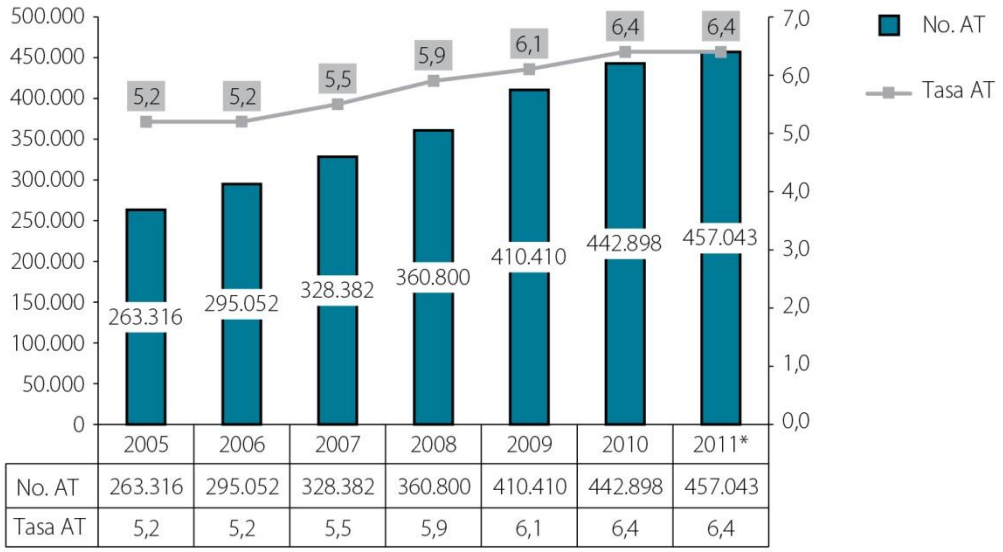
Fuente: Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Hogares. 2008.

Figura 26. Número de personas con consumo problemático de alcohol. Colombia 2008.



Fuente: Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Hogares. 2008.

Figura 27. Accidentes de trabajo *vs.* tasa accidentalidad 2005-2011*.

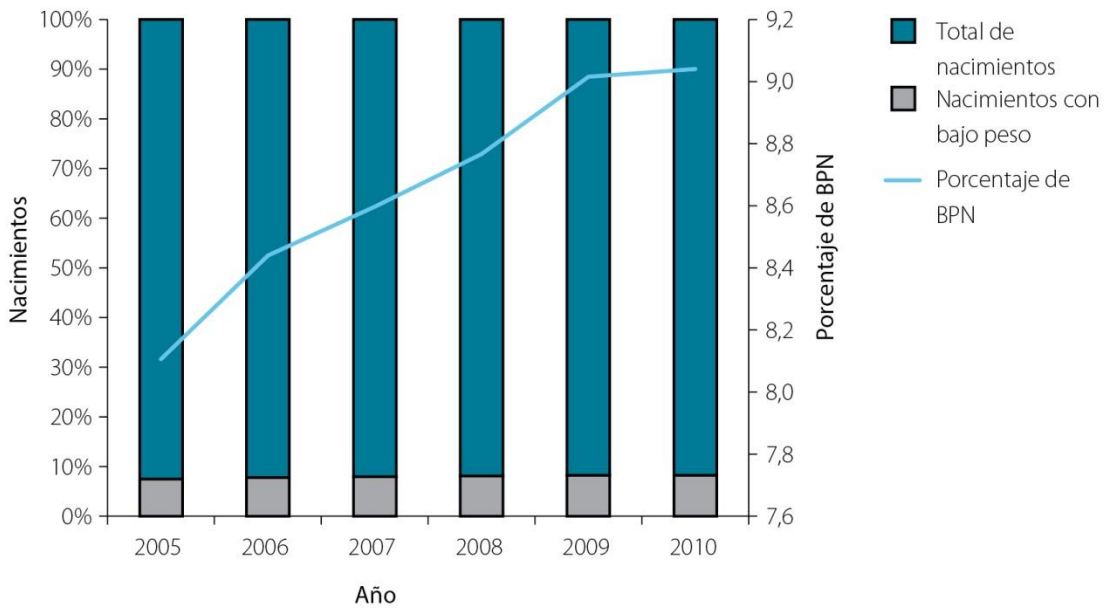


	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011*
No. AT	263.316	295.052	328.382	360.800	410.410	442.898	457.043
Tasa AT	5,2	5,2	5,5	5,9	6,1	6,4	6,4

*Cifras a mayo 2011 anualizadas.

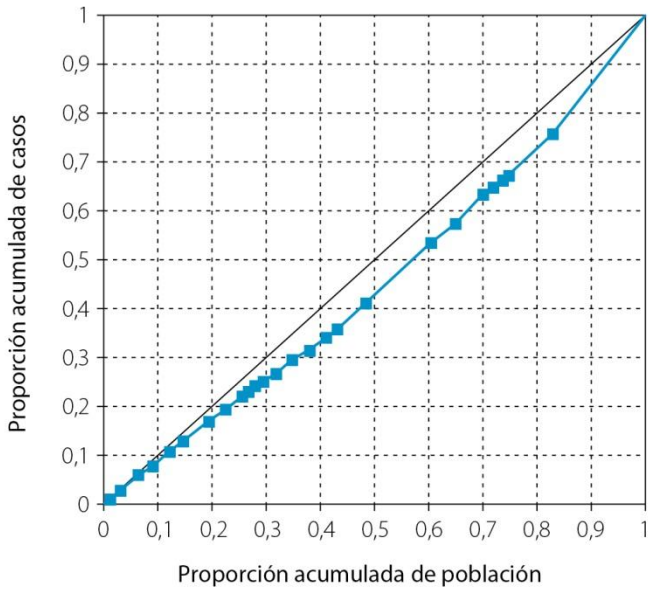
Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Dirección de Riesgos Profesionales.

Figura 28. Porcentaje de bajo peso al nacer. Colombia, 2005-2010.



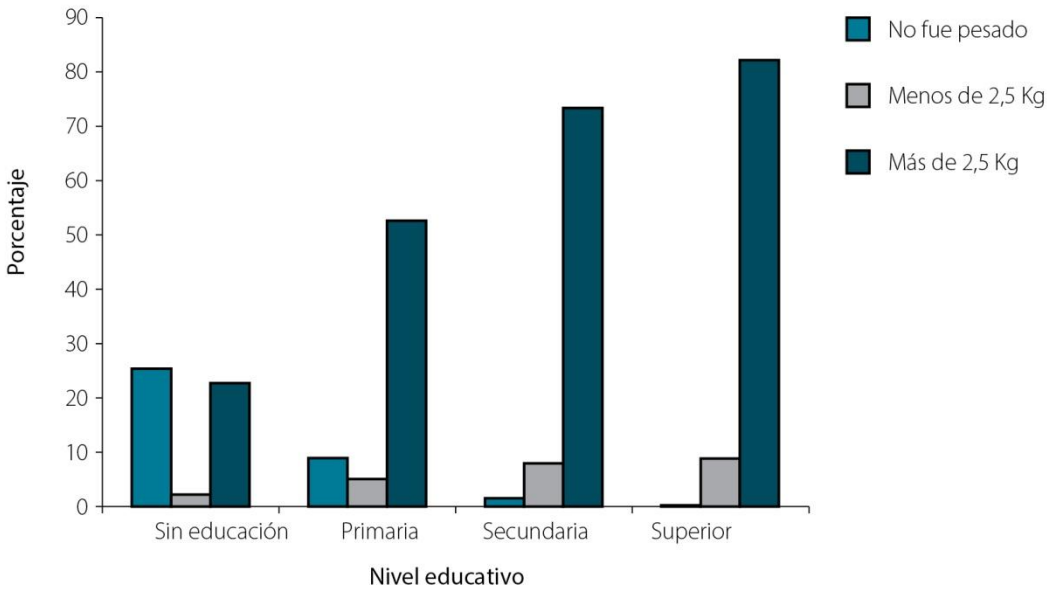
Fuente: Elaborado a partir de los datos del DANE dispuestos en el Cubo de indicadores-SISPRO.

Figura 29. Curva de concentración, bajo peso al nacer relacionado con NBI. Colombia, 2010.



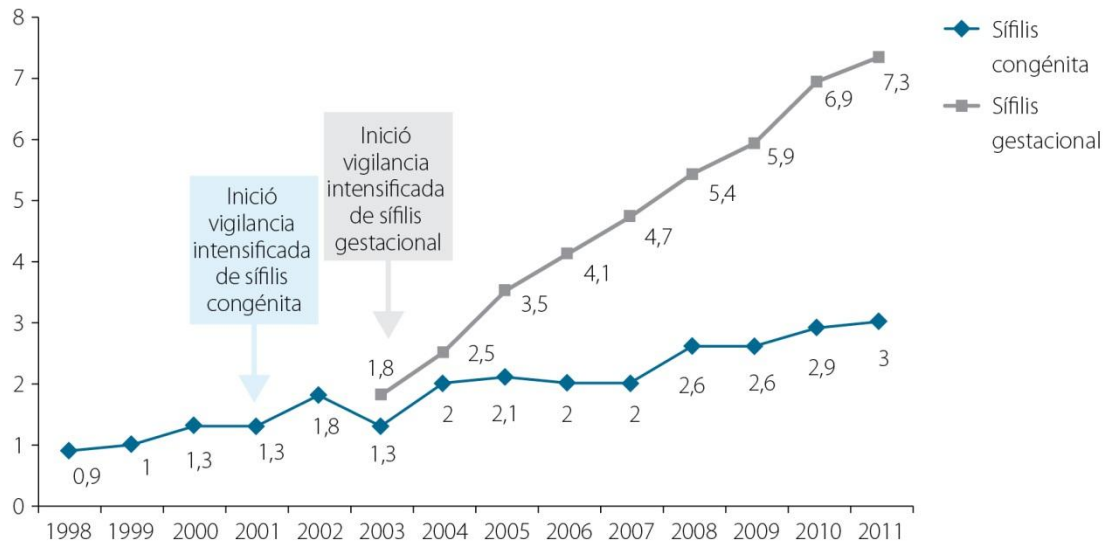
Fuente: Elaborado a partir de los datos del DANE dispuestos en el Cubo de indicadores-SISPRO y Necesidades Básicas Insatisfechas NBI, por Total, Cabecera y Resto, según Departamento y Nacional a 30 Junio de 2012. DANE.

Figura 30. Porcentaje de bajo peso al nacer. Colombia, 2005-2010.



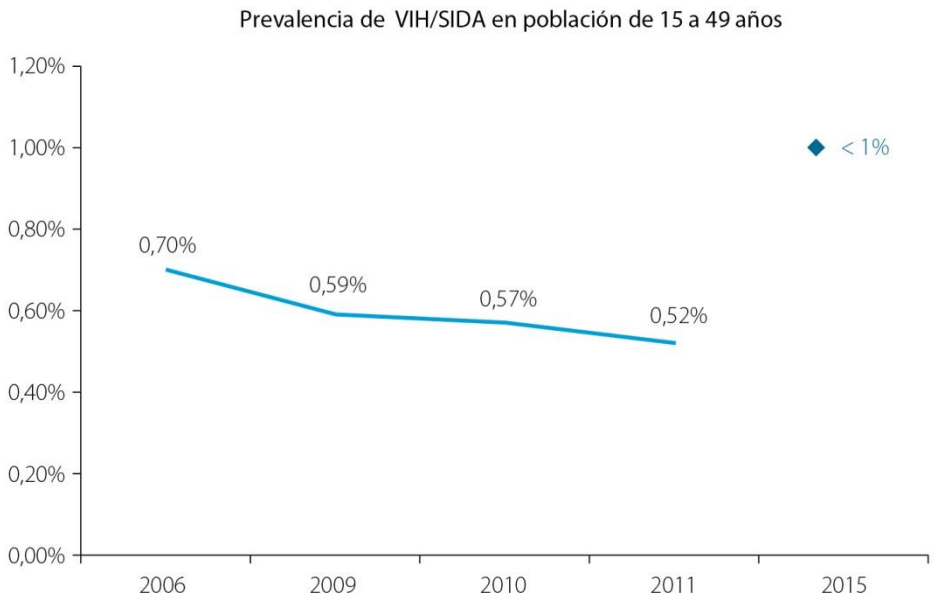
Fuente: Elaborado a partir de los datos disponibles en la Encuesta de Demografía y Salud. 2010.

Figura 31. Razón de incidencia de Sífilis gestacional y congénita. Tasa por 1.000 NV. Colombia, 1998-2011



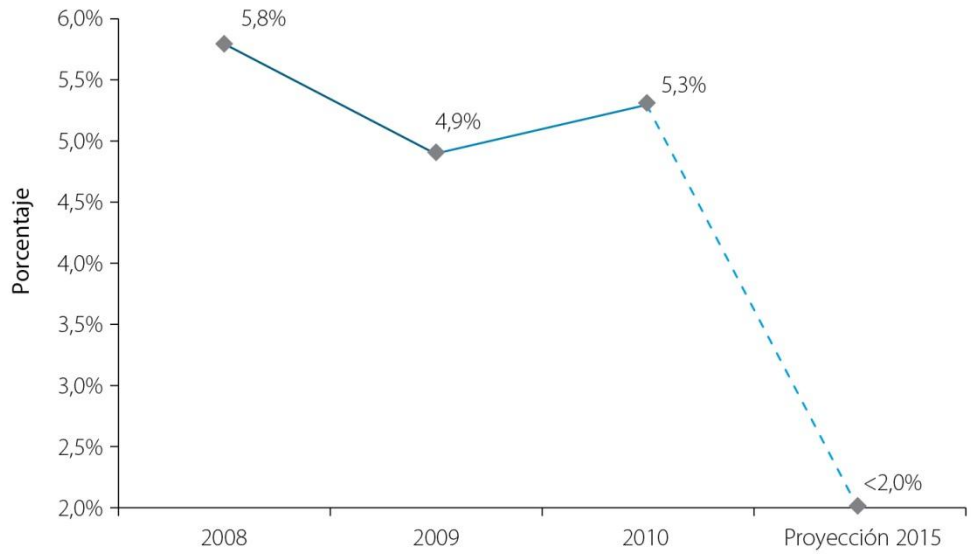
Fuente: INS – SIVIGILA.

Figura 32. Prevalencia de VIH/SIDA en población 15-49 años. Colombia 2006-2011.



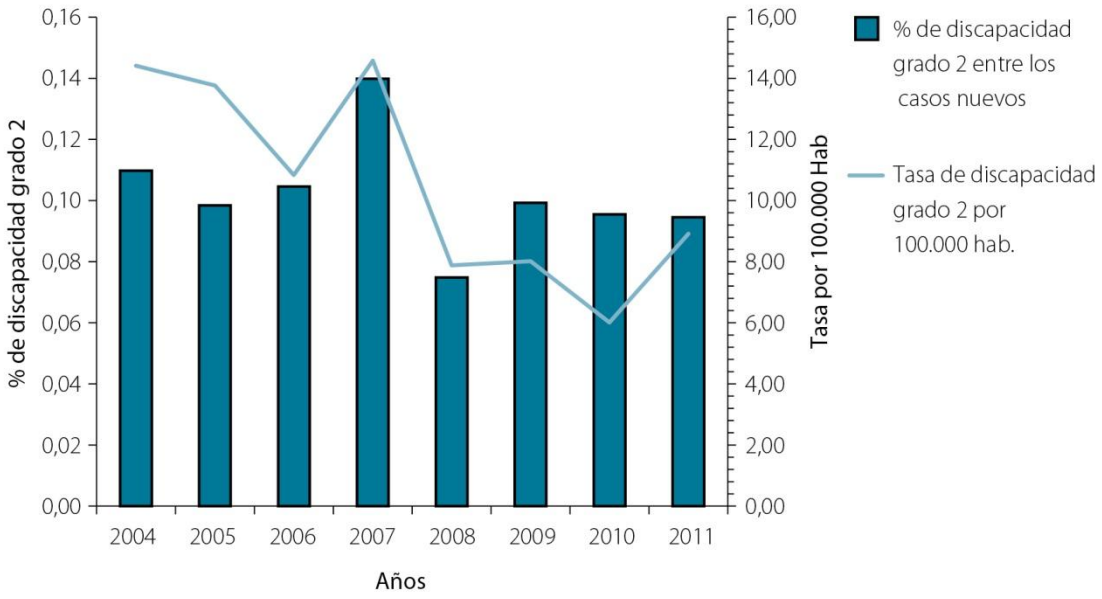
Fuente: Panorama del VIH/SIDA en Colombia 1983 2010. Un análisis de situación.

Figura 33. Transmisión maternoinfantil de VIH. Colombia 2003-2009.



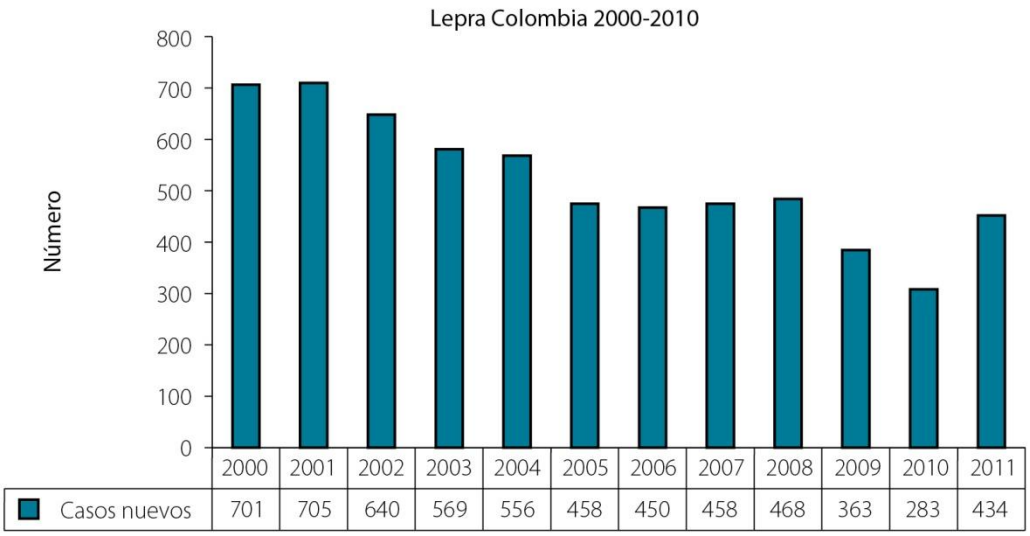
Fuente: Informe transmisión Materno Infantil del VIH. Ministerio de Salud y Protección Social.

Figura 34. Diagnóstico de lepra y discapacidad en nuevos casos. Colombia 2004 a 2011.



Fuente: MSPSINS. Plan Estratégico de la Lepra.

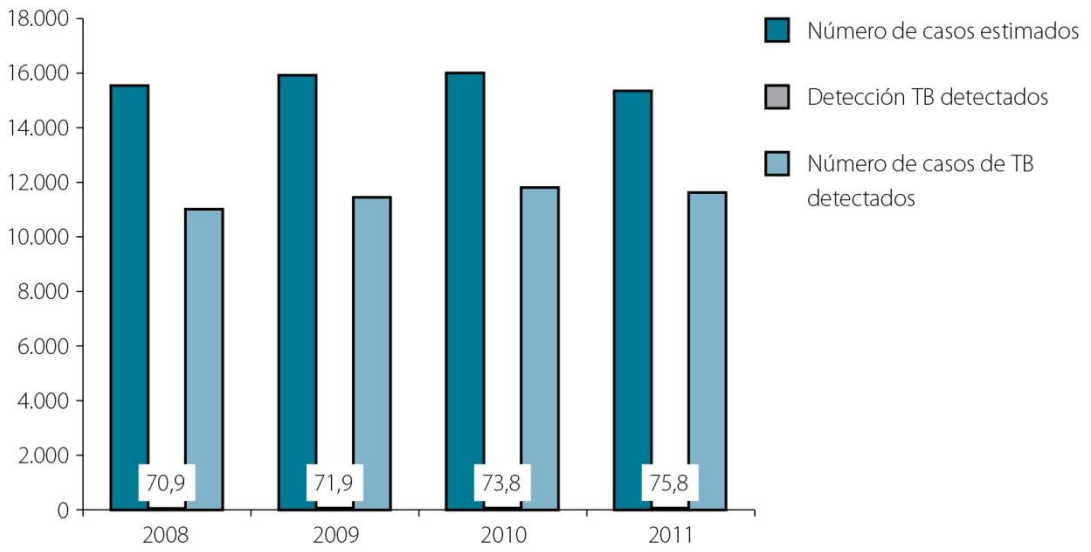
Figura 35. Diagnóstico de casos nuevos de Lepra. Colombia 1995 a 2011.



	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Casos nuevos	701	705	640	569	556	458	450	458	468	363	283	434

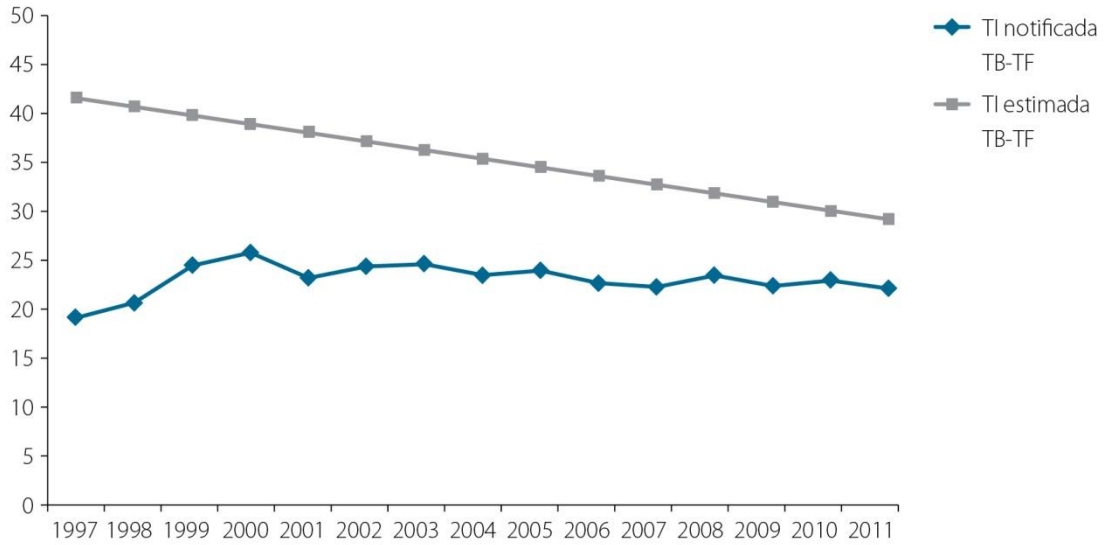
Fuente: MSPSINS. Plan Estratégico de la Lepra.

Figura 36. Casos de TB notificados y estimados. Colombia 2008-2011.



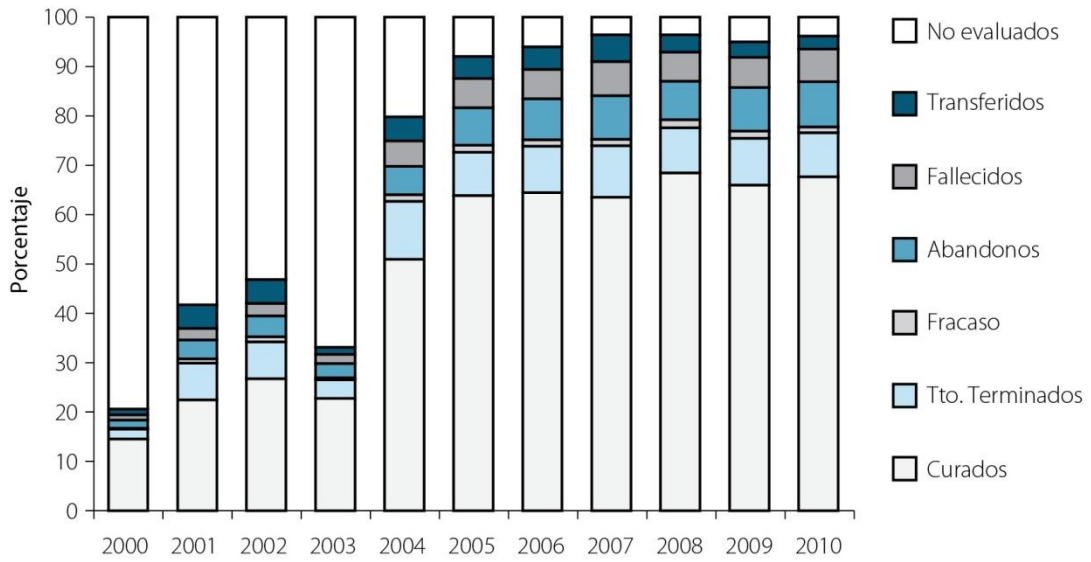
Fuente: Programa nacional de TB. Ministerio de Salud y Protección Social.

Figura 37. Tasa de incidencia de TB notificada y estimada 1997-2011.



Fuente: Programa nacional de TB. Ministerio de Salud y Protección Social.

Figura 38. Resultados de tratamiento. Cohorte BK + Colombia 2001-2011.



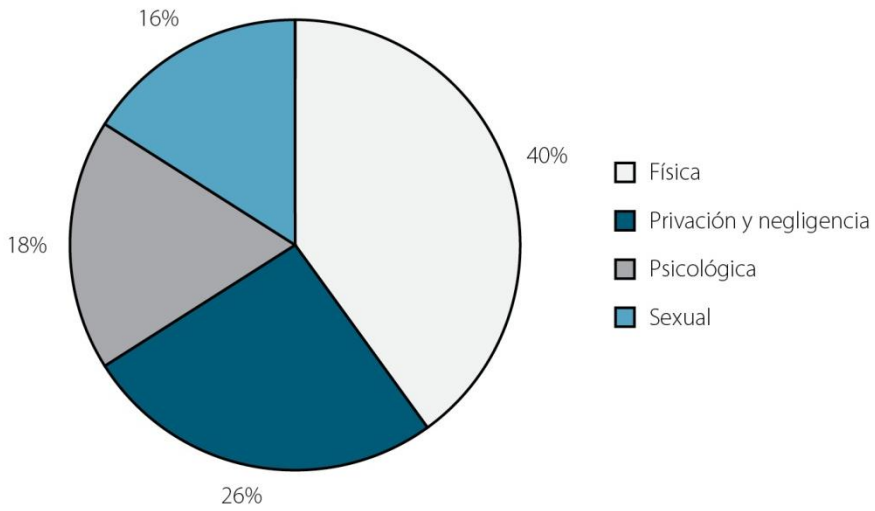
Fuente: Programa nacional de TB. Ministerio de Salud y Protección Social. Actualizado 22 de mayo de 2012.

Tabla 15. Enfermedades transmitidas por vectores. Colombia, 2008-2010.

Enfermedades transmitidas por vectores	2008	2009	2010	Comportamiento
Incidencia de malaria vivax (por 1.000 habitantes)	4,49	5,67	8,13	□□□
Incidencia de malaria falciparum (por 1.000 habitantes)	1,63	2,13	3,21	□□□
Mortalidad por malaria	0,20	0,10	0,21	□□□
Incidencia de leishmaniasis cutánea (por 10.000 habitantes)	84,77	137,20	130,92	□□□
Incidencia de leishmaniasis mucosa (por 10.000 habitantes)	0,75	0,97	1,46	□□□
Incidencia de leishmaniasis viceral (por 10.000 habitantes)	0,30	0,48	0,30	□□□
Letalidad por dengue (por 10.000 habitantes)	114,22	190,80	624,49	□□□
Incidencia de dengue (por 100 habitantes)	0,52	0,71	2,26	□□□

Fuente: Elaborado a partir de los datos de casos de malaria reportados al Sivigila, INS.

Figura 39. Porcentaje de casos de violencia intrafamiliar, violencia sexual y contra la mujer. Colombia, 2012.



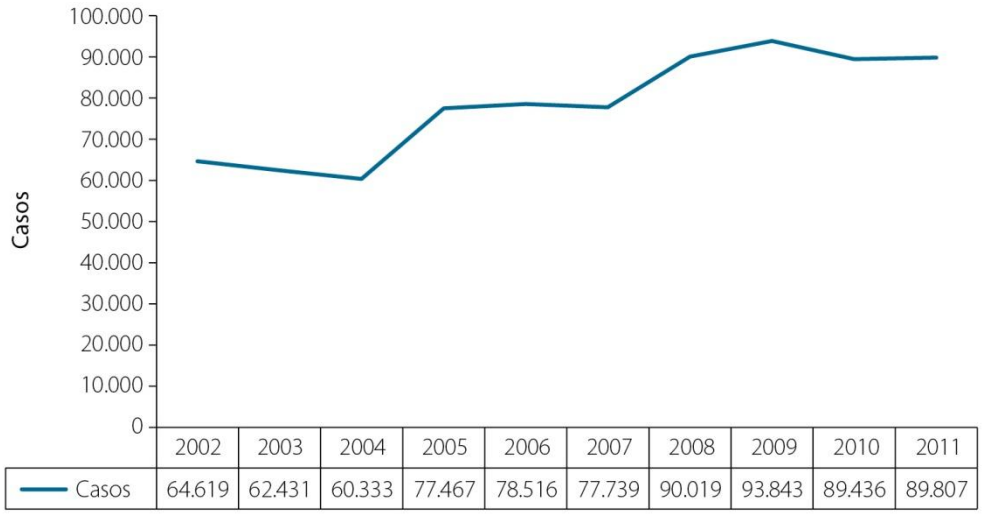
Fuente: Sivigila, semana epidemiológica 52 de 2012. INS.

Tabla 16. Violencia interpersonal, tasas por 100.000 habitantes. Colombia, 2002-2011.

Año	Tasa
2002	259,84
2003	224,26
2004	204,11
2005	266,56
2006	274,38
2007	297,03
2008	285,41
2009	308,18
2010	319,02
2011	331,99

Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Grupo Centro de Referencia Nacional sobre violencia.

Figura 40. Violencia intrafamiliar, según año del hecho. Colombia, 2002-2011.



	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Casos	64.619	62.431	60.333	77.467	78.516	77.739	90.019	93.843	89.436	89.807

Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses / Grupo Centro de Referencia Nacional sobre Violencia / Sistema de información para el Análisis de la Violencia y la Accidentalidad en Colombia / Sistema de Información Nacional de Estadísticas Indirectas.

Tabla 17. Afiliación al Sistema General de Salud y Seguridad Social SGSSS.

Departamento	Afiliados cargados en BDUA diciembre 31 de 2012		Total general	DANE (Estimación y proyección)	Cobertura	Regiones
	Contributivo	Subsidiado				
Departamento	Afiliados cargados en BDUA diciembre 31 de 2012		Total general	DANE (Estimación y proyección)	Cobertura	Regiones
	Contributivo	Subsidiado				
Putumayo	42.127	261.499	303.626	333.247	91,11%	Amazonia-Orinoquia
Amazonas	12.585	52.426	48.953	70.604	69,33%	Amazonia-Orinoquia
Guainía	3.604	19.358	22.962	28.454	80,70%	Amazonia-Orinoquia
Guaviare	11.297	63.548	74.844	106.386	70,35%	Amazonia-Orinoquia
Vaupés	2.596	26.307	23.930	41.141	58,17%	Amazonia-Orinoquia
Bogotá D.C.	5.485.967	1.251.955	6.737.922	7.571.345	88,99%	Bogotá – Cundinamarca
Cundinamarca	1.036.261	929.408	1.965.669	2.557.623	76,86%	Bogotá – Cundinamarca
Atlántico	1.065.292	1.271.435	2.336.727	2.373.550	98,45%	Caribe e insular
Bolívar	615.587	1.367.571	1.983.158	2.025.573	97,91%	Caribe e insular
Cesar	300.434	802.581	1.103.015	991.584	100,00%	Caribe e insular
Córdoba	307.653	1.325.622	1.633.275	1.632.637	100,00%	Caribe e insular
La Guajira	154.211	683.883	838.094	874.532	95,83%	Caribe e insular
Magdalena	369.059	921.524	1.290.583	1.223.875	100,00%	Caribe e insular
Sucre	157.816	784.375	942.191	826.780	100,00%	Caribe e insular
San Andrés	34.179	21.279	55.458	74.541	74,40%	Caribe e insular
Antioquia	3.220.651	2.355.679	5.576.330	6.221.817	89,63%	Central

Departamento	Afiliados cargados en BDUA diciembre 31 de 2012		Total general	DANE (Estimación y proyección)	Cobertura	Regiones
	Contributivo	Subsidiado				
Caldas	401.225	456.885	858.110	982.207	87,37%	Central
Caquetá	66.901	292.424	359.325	459.515	78,20%	Central
Huila	295.929	736.155	1.032.084	1.111.947	92,82%	Central
Quindío	222.991	247.189	470.180	555.836	84,59%	Central
Risaralda	469.334	360.004	829.338	935.910	88,61%	Central
Tolima	445.987	733.335	1.179.322	1.396.038	84,48%	Central
Boyacá	408.631	694.735	1.103.366	1.271.133	86,80%	Oriental
Meta	392.206	394.398	786.604	906.805	86,74%	Oriental
Norte de Santander	414.199	794.641	1.208.840	1.320.777	91,52%	Oriental
Santander	1.010.707	852.531	1.863.238	2.030.775	91,75%	Oriental
Arauca	35.559	179.259	214.818	253.565	84,72%	Oriental
Casanare	134.204	207.611	341.815	337.886	100,00%	Oriental
Vichada	5.325	69.846	75.171	66.917	100,00%	Oriental
Cauca	252.692	971.893	1.224.585	1.342.650	91,21%	Pacífica
Chocó	49.940	398.341	448.281	485.543	92,33%	Pacífica
Nariño	252.032	1.141.921	1.393.953	1.680.795	82,93%	Pacífica
Valle	2.280.491	1.832.296	4.112.787	4.474.369	91,92%	Pacífica
Total general	19.957.672	22.480.882	42.438.554	46.566.357		

Continúa

Municipios descontados de los Departamentos que no tienen población afiliada al momento del corte de la información		
DANE	Departamento	DANE (Estimación y Proyección)
91	Amazonas	3.095
94	Guainía	11.120
97	Vaupés	1.251

00	SubTotal	15.466
00	Total Nacional	46.581.823

Fuente: BDUA a Diciembre de 2012. DANE Estimaciones y Proyecciones de Población Año 2012 http://www.dane.gov.co/index.php?option=com_content&view=article&id=75&Itemid=72

Tabla 18. Oferta de Talento Humano en salud.

Profesión	Stock 2011	Densidad
Medicina	77.473	16,8
Odontología	39.738	8,6
Enfermería	42.395	9,2
Bacteriología y laboratorio clínico	20.454	4,4
Nutrición y dietética	4.096	0,9
Terapias	30.948	6,7
Otros	6.619	1,4
Sub total profesionales	221.623	N.A
Técnicos auxiliares	204.626	44,4
Total	426.249	N.A.

Nota: Densidad: Número de profesionales por cada 10 mil habitantes. OMS/OPS recomienda un mínimo de 25 médicos y enfermeras por cada 10.000 mil habitantes. Colombia está en el mínimo, con 25,4.

Tabla 19. Stock de profesionales, técnicos y auxiliares de la salud.

Nivel de Formación	Índice de masculinidad	Distribución por grupos de edad			
		Menores de 26 años	Entre 26 y 35 años	Entre 36 y 50 años	Mayores de 50 años
Auxiliares	6,5	31,4	42,6	21,5	4,4
Técnicos y tecnólogos	2,4	18,3	59,2	19,5	3
Profesionales	2,6	6,2	66,3	23,4	4,1
Enfermería	7,6	11,1	67,5	18,5	2,9
Medicina	0,9	2,8	62	29,4	5,9
Odontología	2,4	5	63	28,3	3,7
Bacteriología	7,3	7,3	73,7	15,3	3,6
Fisioterapia	8,8	7,4	78	14	0,6
TOTAL (todos los niveles de formación)	3	12,3	60,8	22,8	4,1

Índice de masculinidad: Número de mujeres por cada hombre.

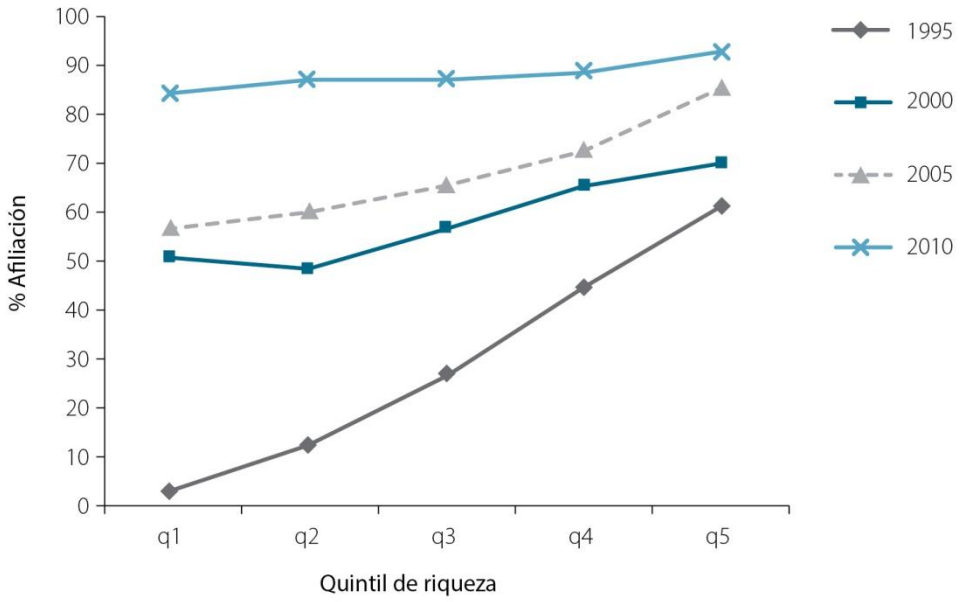
Fuente: Cálculos realizado por la Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud, con base en la información de registros expedidos y reportados por las Direcciones Departamentales de Salud y las bases de datos de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes, PILA.

Tabla 20. Indicador de densidad de talento humano en salud.

Año	Población colombiana (1)	Médicos (2)	Enfermería (2)	Razón enfermería médicos	Densidad médicos	Densidad enfermería	Densidad medicina y enfermería
1990	34.124.535	26.171	10.810	0,41	7,67	3,17	10,84
1995	37.489.666	37.743	14.545	0,39	10,07	3,88	13,95
2000	40.282.217	49.406	19.690	0,40	12,26	4,89	17,15
2005	42.888.592	62.703	28.966	0,46	14,62	6,75	21,37
2006	43.405.387	65.150	31.228	0,48	15,01	7,19	22,20
2007	43.926.034	67.614	33.404	0,49	15,39	7,60	23,00
2008	44.450.260	70.079	35.627	0,51	15,77	8,02	23,78
2009	44.977.758	72.544	37.849	0,52	16,13	8,42	24,54
2010	45.508.205	75.008	40.072	0,53	16,48	8,81	25,29
2011	46.043.696	77.473	42.295	0,55	16,83	9,19	26,01

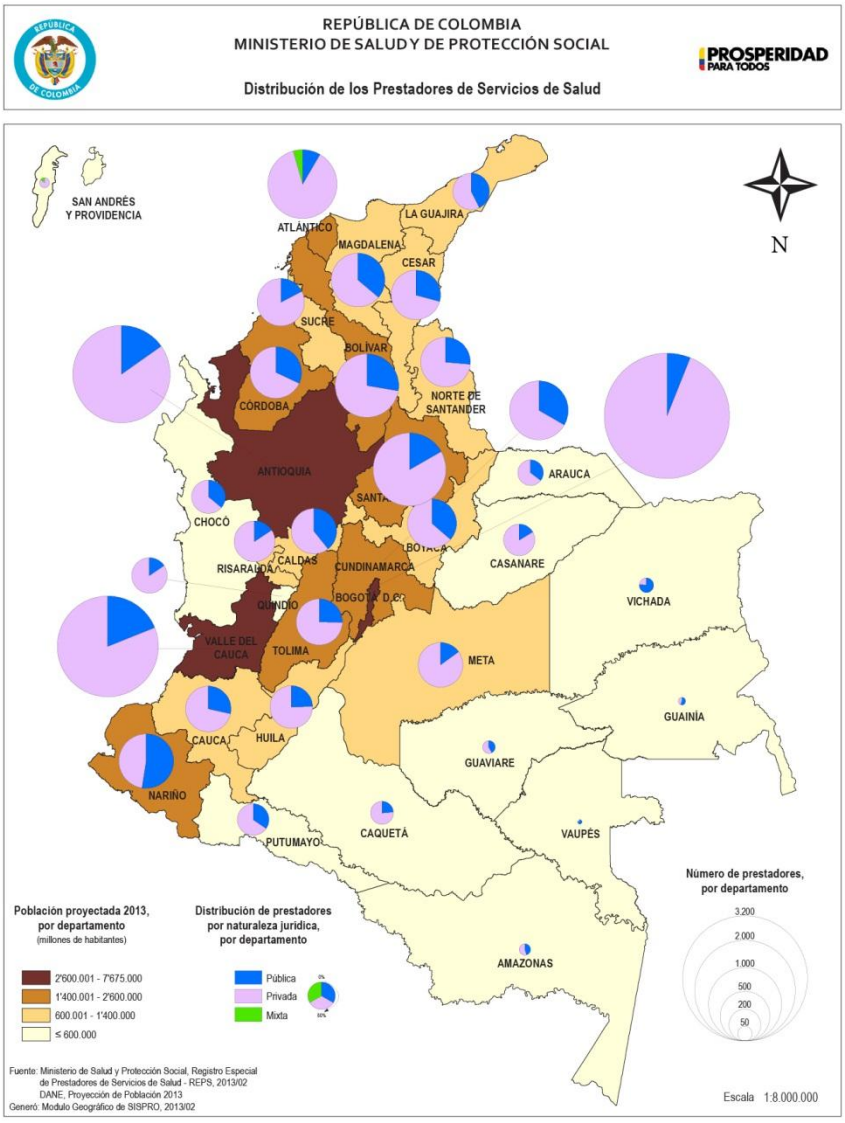
Fuente: (1) Estimaciones de población 1985-2005 y proyecciones de población 2005-2020 DANE. (2) Recursos Humanos de la Salud en Colombia. Balance, Competencias y prospectiva, tercera edicción CENDEX.

Figura 41. Cobertura de afiliación. Colombia 1995 a 2010.



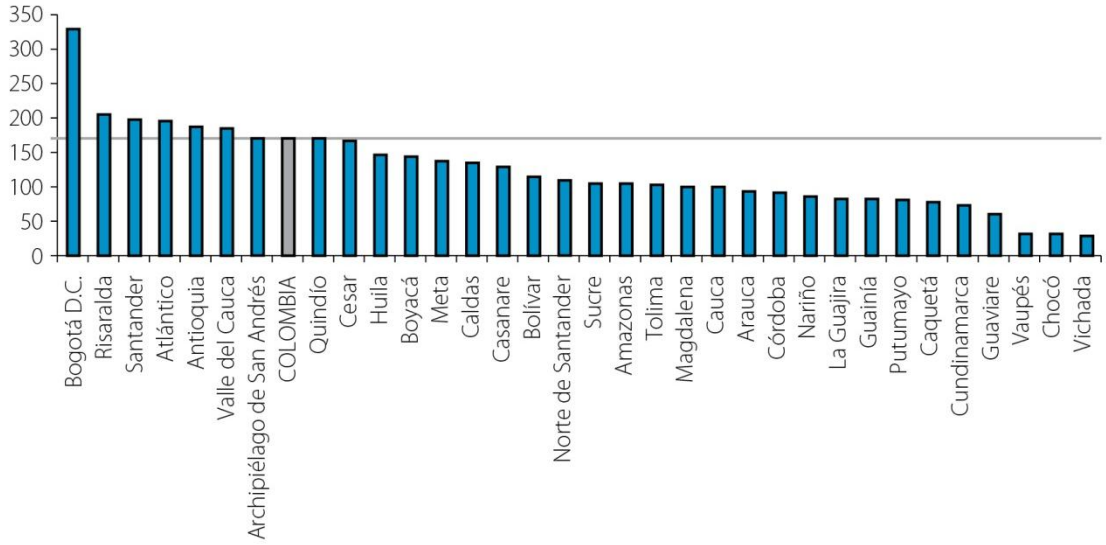
Fuente: Camacho A. Flórez C. Diagnóstico e Inequidades de la Salud en Colombia: 1990-2010 con base en DHS 1995-2010.

Figura 42. Red Prestadora de Servicios de Salud, Colombia 2012.



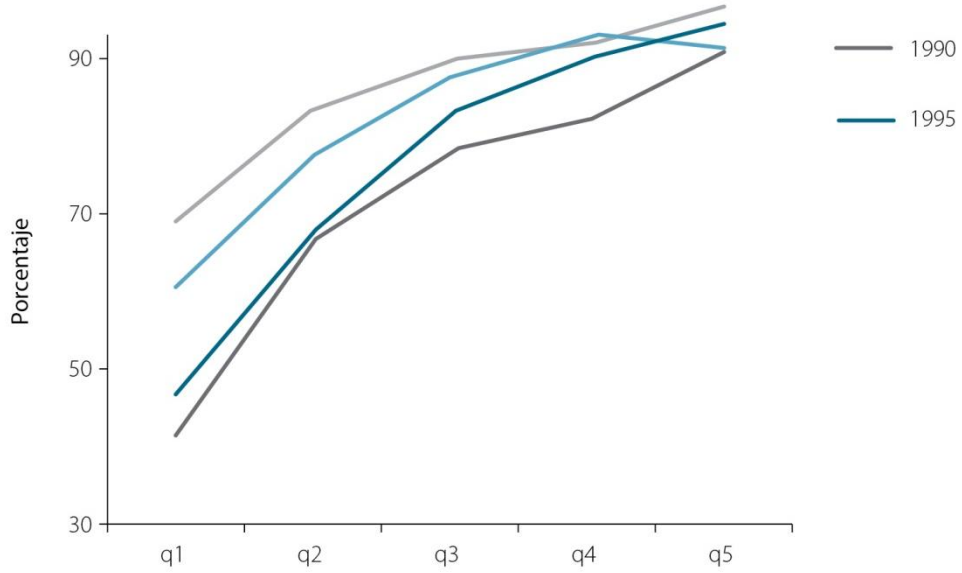
Fuente: Registro Especial de Prestación de Servicios REPSS actualizado a Dic 2012 Prestación de servicios y atención Primaria.

Figura 43. Concentración de los médicos por población. Colombia 2012. Densidad por 100.000 habitantes.



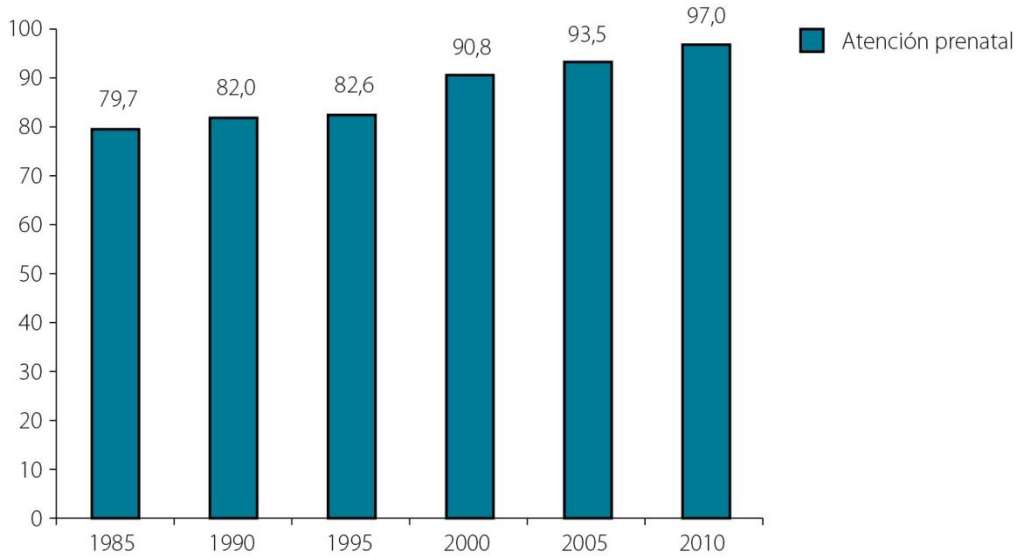
Fuente: DANE ECH. 2012. Referencia el valor medio mundial reportado por el Banco Mundial en 121 en 1990 por 100.000 habitantes.

Figura 44. Evolución de la inequidad en el control prenatal. Colombia, 1990-2005.



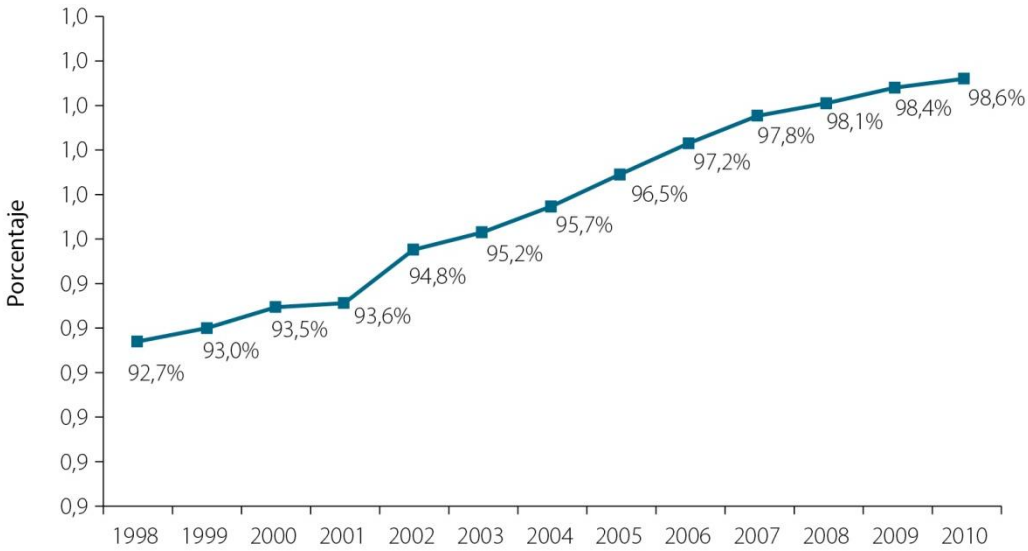
Fuente: Estudio Fundación Corona, DNP Flórez 2007. Encuestas DHS 1990, 2000, 2005.

Figura 45. Acceso a los servicios de atención materna para el control prenatal, Colombia, 1985-2010



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Profamilia, Encuesta Nacional de Demografía y salud ENDS 2010.

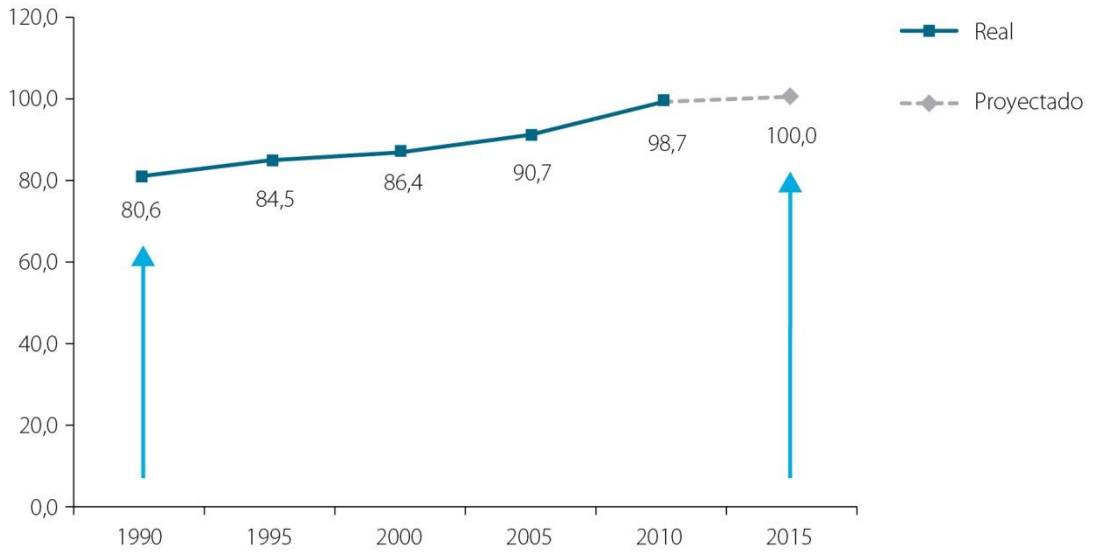
Figura 46. Porcentaje de parto institucional. Colombia 1998 a 2010.



Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), Ministerio de Salud y Protección

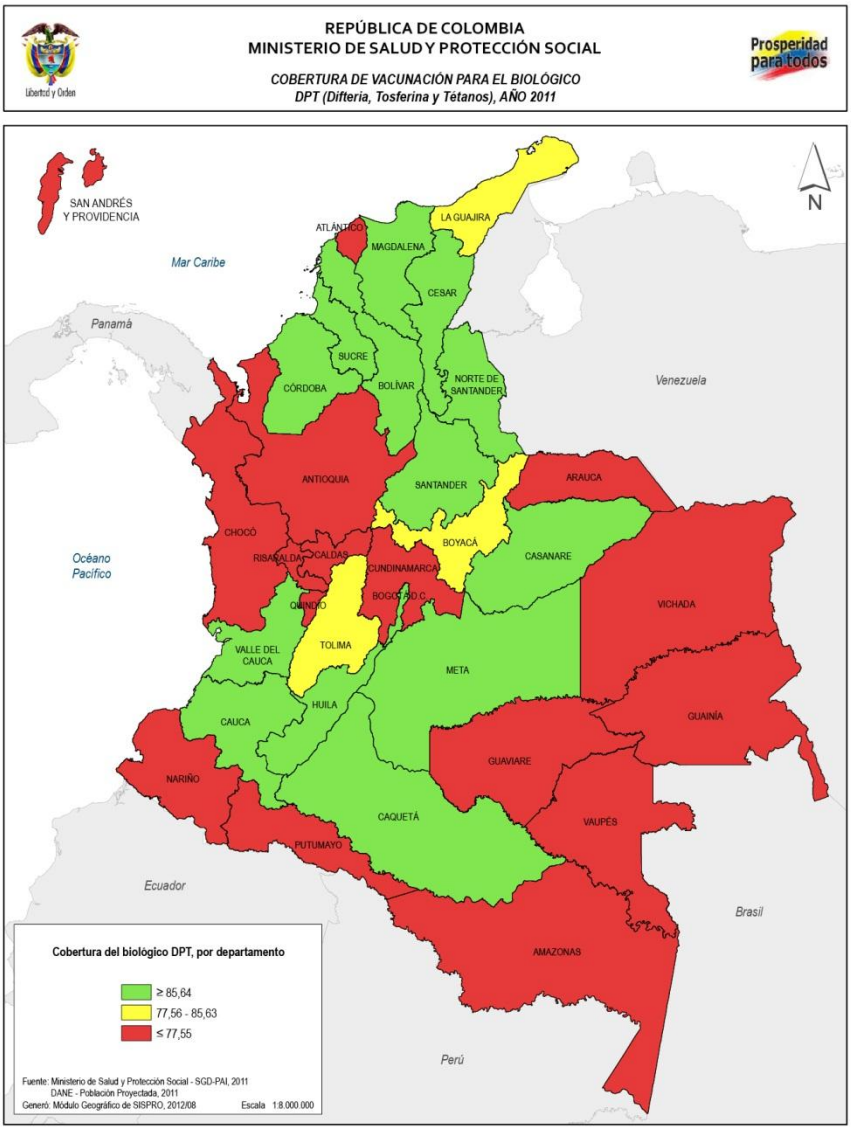
Social/Indicadores Básicos de salud, 2003 a 2010.

Figura 47. Proporción de embarazadas con parto atendido por personal entrenado. Colombia, 1990-2010.



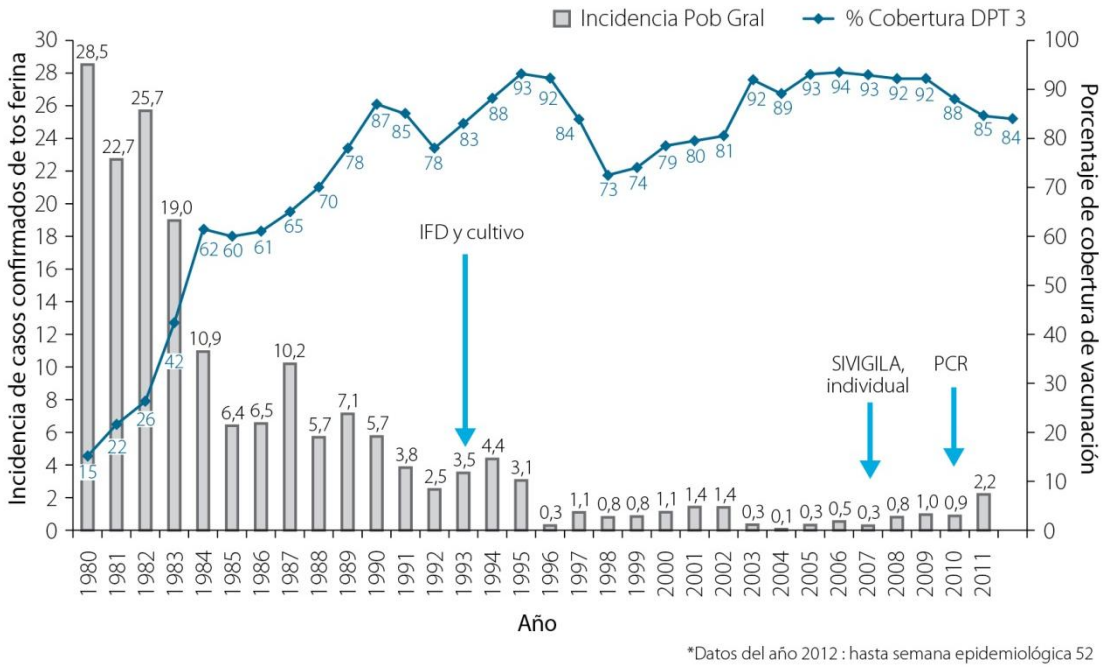
Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), Ministerio de Salud y Protección Social/Indicadores Básicos de salud, 2003 a 2010.

Figura 48. Coberturas de vacunación DPT. Colombia 2011.



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. SISPRO, Programa Ampliado de Inmunizaciones, 2011.

Figura 49. Incidencia de casos confirmados de tos ferina y porcentaje coberturas de vacunación, de 1980 a semana 52* de 2012, Colombia.



*Dato preliminar a semana 52 de 2012, corte a semana 6 de 2013.

Fuente: Sivigila Instituto Nacional de Salud, Programa Ampliado de Inmunizaciones Ministerio de Salud y Protección social.

Tabla 21. Cuadro de mando metas Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010. Ministerio de Salud y Protección social

TABLA 21. Cuadro de mando metas Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010. Ministerio de Salud y Protección social

#	Prioridades Nacionales en Salud	Objetivo	Meta Nacional		Total Metas por Prioridad	Línea de base	Fuente	Resultado 2007	Resultado 2008	Resultado 2009	Resultado 2010	Primer Cuartil (Optimo)	Segundo cuartil (Aceptable)	Tercer cuartil (Deficiente)	Cuarto cuartil (Muy deficiente)
1	Salud Infantil	Mejorar la salud infantil	Reducir a 15 por 1.000 nacidos vivos la tasa de mortalidad en menores de 1 año		5	16,3 por 1.000 nacidos vivos	DANE 2004	15,32 por 1.000 nacidos vivos	14,76 por 1.000 nacidos vivos	13,69 por 1.000 nacidos vivos	12,76 por 1.000 nacidos vivos	Igual o menor a 15	14,9 -15,3	15,4 -15,6	Mayor a 15,3
			Reducir a 24,0 por cien mil la tasa de mortalidad en menores de 5 años			30,2 por 100.000 menores de 5 años	DANE 2004	30,55 por 100.000 menores de 5 años	29,66 por 100.000 menores de 5 años	27,19 por 100.000 menores de 5 años	23,9 por 100.000 menores de 5 años	Igual o menor a 24	24,1 -25,9	26 27	Mayor 27
			Lograr y mantener las coberturas de vacunación con todos los biológicos del PAI en menores de un año igual o superior al 95%, en niños y niñas menores de 1 año	Mantener la cobertura de polio mayor a 99%, en menores de un año		86,8%	DANE 2005	92,8%	92,0%	92,1%	88,0%	Mayor o igual a 95%	94 -90%	90% -85%	Menor a 85%
				Mantener la cobertura de DPT mayor a 99%, en menores de un año		86,8%	DANE 2005	92,9%	92,2%	92,2%	88,0%	Mayor o igual a 95%	95 -90%	90% -85%	Menor a 85%
				Mantener la cobertura de Sarampión y Rubeola mayor a 95%, en menores de un año		89,1%	DANE 2005	94,6%	92,4%	95,2%	88,6%	Mayor o igual a 95%	96 -90%	90% -85%	Menor a 85%
2	Salud Sexual y Reproductiva	Mejorar la salud sexual y reproductiva	Reducir por debajo de 62,4 por cien mil nacidos vivos la tasa de mortalidad materna		5	78,7 por cien mil nacidos vivos	DANE 2004	72,05	60,38	67,31	71,6	Menor o igual 62,4	62,4 -74	74,1 -76	Mayor a 76
			Reducir y mantener por debajo de 2,4 hijos por mujer, la fecundidad global en mujeres entre 15 a 49 años			2,4 hijos por mujer al terminar su periodo reproductivo	ENDS 2005	2,5	2,2	2,45	2,1	Menor 2,4	Igual 2,4	2,42,5	Mayor a 2,5
			Reducir por debajo de 7 por cien mil mujeres, la tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino			9,4 por cien mil mujeres.	Instituto Nacional de Cancerología INC/DANE 2004	SD	10	SD	7,9 por cien mil mujeres.	Menor o igual a 7	7,1 -8	8,1 8,9	Igual o mayor a 9
			Mantener por debajo de 1,2% la prevalencia de infección por VIH en población de 15 a 49 años			0,7%	Observatorio VIH/MPS 2004	SD	SD	0,7	0,59	Menor o igual a 1	1 -1,2	1,2 -1,3	Mayor 1,3
			Lograr cobertura universal de terapia antiretroviral para VIH positivos.			72%	Observatorio VIH/MPS 2005	71,3%	61,0%	66,7%	79,7%	Mayor o igual a 99%	98% 90%	91% 75%	Menor a 75%
3	Salud Oral	Mejorar la salud oral	Lograr un índice de COP promedio a los 12 años de edad menor de 2,3		2	2,3	III ENSB 1999	SD	SD	SD	2,71	Menor o igual a 2,3	2,3 -2,4	2,4 -2,5	Mayor 2,5
			Lograr y mantener los dientes permanentes en el 60% de los mayores de 18 años			50,2%	III ENSB 1999	SD	SD	SD	SD	Mayor o igual a 60%	59,9 -57,5	57,4 55,1	Mayor o igual a 55,1
4	Salud Mental	Mejorar la salud mental	Adaptar los planes territoriales a la política nacional de salud mental y de reducción del consumo de sustancias psicoactivas en 100% de las entidades territoriales		1	0%	Direcciones Territoriales de Salud 2006	25,0%	50,0%	SD	53%	Mayor o igual a 99%	98% 90%	91% 75%	Menor a 75%
5	Enfermedades transmisibles y las zoonosis	Disminuir las enfermedades transmisibles y zoonosis	Aumentar al 70% la detección de casos de tuberculosis en el país		6	54%	MPS 2005	55%	60%	71,9%	73,8%	Mayor o igual a 70%	69% 52%	51% -35%	Menor a 35%
			Aumentar al 85% la tasa de curación de los casos de tuberculosis pulmonar baciloscopia positiva			63%	MPS 2004	71%	64%	66%	69%	Mayor o igual a 85%	84% -63%	62% -42%	Menor a 42%
			Reducir en 50% los municipios que no alcanzan la meta de eliminación de la lepra (prevalencia superior 1 x 10 mil)			87 municipios	MPS 2005	SD	SD	88	88 municipios evaluados en 2009	Menor o igual a 43	44-57	58-72	Mayor a 72
			Elimar la rabia humana transmitida por perro			0,0047 x cien mil	MPS 2006	0,47%	0,0%	0,0%	0,0%	Igual a 0%	0,1% 0,25%	0,25% 0,5%	Mayor a 0,5%
			Reducir los casos de mortalidad por malaria a 60 casos para el 2010			119 muertes	DANE 2004	65	109	67	41	Menor o igual a 60	61 75	76 90	Mayor a 90
			Reducir los casos de mortalidad por dengue en un 30% a 49 casos para el 2010			70 muertes	DANE 2004	101	75	92	225	Menor o igual a 49	50 61	62 73	Mayor a 73
6	Enfermedades no transmisibles y discapacidades	Disminuir las enfermedades no transmisibles y discapacitantes	Aumentar por encima de 26% la prevalencia de actividad física global en adolescentes entre 13 y 17 años		5	26%	ENSIN 2005	SD	SD	SD	20%	Mayor a 26%	26% 25%	24,9% -20%	Menor a 20%
			Aumentar por encima de 42,6% la prevalencia de actividad física mínima en adultos entre 18 y 64 años.			42,6%	ENSIN 2005	SD	SD	SD	34%	Mayor a 42,6%	42,6 42	41,9 40	Menor a 40
			Incrementar por encima de 12,7 años la edad promedio de inicio del consumo de cigarrillos en población menor de 18 años			12,7 años	Encuesta nacional de consumo de sustancias psicoactivas, escolares 2004	SD	16,9	13,0	12,4	Mayor a 12,7	12,7	12,6 -12,4	Menor a 12,4
			Mejorar la detección de casos ERC estadio a 8,7 x millón			5 por millón	CAC 2008	SD	4,7	4,5	5,7	Igual a mayor 8,7%	8,6 -7,4	7,35,7	Menor 5,7
			Promover acciones preventivas para mantener o reducir la prevalencia de limitaciones evitables			Por levantar	-	SD	SD	SD	Bajo: 15,2% ; Medio 69,9%; Alto 15% departamentos Exclusión de capital humano a salud y educacion DANE				
7	Situación Nutricional	Mejorar la situación nutricional	Reducir a 5% el porcentaje de desnutrición global en niños menores de 5 años con desnutrición global		3	7,0%	ENSIN 2005	SD	SD	SD	3,4%	Menor o igual a 5%	5,1% -6,2%	6,3% -6,5%	Mayor a 7%
			Reducir por debajo de 6,7 por cien mil la tasa de mortalidad por desnutrición crónica en menores de 5 años			6,7 por cien mil menores de 5 años	DANE 2004	SD	SD	SD	6,79	Menor a 6,7	6,7 8,4	8,5 10,0	Mayor a 10,0
			Incrementar en un mes la mediana de duración de la lactancia materna exclusiva			Mediana 2,2 meses	ENSIN 2005	SD	SD	SD	1,8	Mayor o igual a 3,2	3,1 2,4	2,3 1,6	Menor a 1,6
8	Seguridad Sanitaria y ambiental	Mejorar la Seguridad Sanitaria y Ambiental	Implementar la política de salud ambiental en las entidades territoriales		2	Sin definir	-	SD	SD	SD					
			Ampliar la cobertura de vigilancia de calidad del agua al 100% de los municipios 4,5 y 6			35% Municipios con acueductos	SIVICAP	35,0%	35,0%	92,5%	94,0%	Mayor o igual a 99%	98% 92%	91% 75%	Menor a 75%
9	Seguridad en el trabajo y disminuir las enfermedades de origen laboral	Mejorar la seguridad en el trabajo y disminuir las enfermedades de origen laboral	Reducir la tasa de mortalidad por enfermedad profesional		2	12 por cien mil	MPS 2005	13	12	8,8	7,2	Menor a 12	12	12,1-12,5	Mayor 12,5
			Reducir la tasa de accidentes ocupacionales			5,2 por cien mil	MPS 2005	5,52	5,83	6,12	6,48	Menor a 5,2	5,3 -6,0	6,1 6,5	Mayor a 6,5
10	Gestión para el desarrollo operativo y funcional del plan nacional de salud pública	Fortalecer la gestión para el desarrollo operativo y funcional del plan nacional de salud pública	Crear en el 100% de los departamentos, distritos y municipios un mecanismo de coordinación y articulación de los actores sociales, institucionales y comunitarios para el logro de las políticas, objetivos y metas del Plan Nacional de Salud Pública		4	Por definir	MSP 2005	SD	SD	SD	86% de los departamentos	Mayor o igual a 99%	98% 95%	94% 80%	Menor a 80%
			Fortalecer la regulación y fiscalización de las acciones de salud en el 100% de los departamentos, distritos y municipios			0% municipios con planes de salud territorial en desarrollo	2006	95%	SD	SD	74	Mayor o igual a 99%	98% 95%	94% 80%	Menor a 80%
			Avanzar hacia el aseguramiento universal y la financiación del Plan Obligatorio de Salud -POS			82,7%	MPS 2005	81	83,2	86,4	88,5	Mayor o igual a 95%	95% 85%	84% 75%	Menor a 75%
			Fortalecer la gestión integral en salud para la implementación y desarrollo del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud SOGCS en el 100% de las instituciones prestadoras de servicios de salud			87,8% EAPB 81,3% IPS	Tasa de Satisfacción Global EAPB/ IPS MPS 2006	78,7% EAPB 91,4% IPS	87,8% EAPB 81,3% IPS	72,9% EAPB 91,8% IPS	91,8% EAPB 91,6% IPS	Mayor o igual a 95%	95% 85%	84% 75%	Menor a 75%

RESUMEN LOGRO METAS PNSP 2007-2010	TOTAL	%
Optima	9	26%
Aceptable	8	23%
Deficiente	9	26%
Muy deficiente	7	20%
Sin desarrollo	2	6%
Total	35	100%

ANEXO 5

Cuadro de indicadores de monitoreo y evaluación

Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021

Tabla 5.1 Dimensión Salud Ambiental

Dimensión Salud Ambiental			
Meta	Indicador	Nivel desagregación	Periodicidad
META 1. A 2021 se habrán creado, mantenido y/o fortalecido los diferentes espacios de gestión intersectorial a nivel nacional, en los departamentos, distritos, municipios y Corporaciones Autónomas Regionales CAR	**Indicador de Gestión 1.** % de espacios de gestión intersectorial creados, mantenidos y/o fortalecidos	• Nacional • Departamental • Municipal • Distrital • Corporaciones Autónomas Regionales	Anual
META 2. A 2021 el talento humano que desarrolla los procesos de salud ambiental, a nivel nacional, departamental y municipal, se habrá certificado en las respectivas competencias laborales	**Indicador de Gestión 2.** % de talento humano que desarrolla procesos de salud ambiental certificado en las respectivas competencias laborales	• Nacional • Departamental • Municipal	Anual
META 3. A 2021 las entidades territoriales de salud (departamentales, distritales y municipales), así como las Corporaciones Autónomas Regionales CAR, se fortalecerán orgánica y funcionalmente, en cuanto a infraestructura, talento humano, recursos financieros, equipos e insumos de oficina y/o planes logísticos estratégicos para la gestión pública de la salud ambiental	**Indicador de Gestión 3.** % de entidades territoriales con planes implementados de fortalecimiento institucional concentrados en infraestructura, recursos humanos y saneamiento de recursos financieros	• Nacional • Departamental • Municipal • Distrital • Corporaciones Autónomas Regionales	Anual
META 4. A 2017 se habrán priorizado las entidades territoriales según problemáticas de salud ambiental relacionadas con sustancias químicas, minería, exposición a mercurio, agroindustria, industria pecuaria, desarrollos tecnológicos y otros	**Indicador de Gestión 4.** % de entidades territoriales priorizadas según problemáticas de salud ambiental	• Nacional, Depto. y Municipio • Problemáticas de salud ambiental: sustancias químicas, minería, exposición a	Anual

Dimensión Salud Ambiental			
Meta	Indicador	Nivel desagregación	Periodicidad
procesos, y el seguimiento a su implementación, con el propósito de una atención integral de los determinantes ambientales de la salud.		mercurio, agroindustria, industria pecuaria, desarrollos tecnológicos	
META 5. A 2021 las entidades territoriales de salud, departamentales, distritales y municipales, así como las Corporaciones Autónomas Regionales CAR, gestionan la inclusión del componente de salud ambiental en los Planes de Desarrollo Territorial PDT y en los de Ordenamiento Territorial POT.	**Indicador de Gestión 5.** % de entidades territoriales que gestionaron inclusión del componente de salud ambiental en los Planes de Desarrollo Territorial y en los Planes de Ordenamiento Territorial	• Nacional • Departamental • Municipal • Corporaciones Autónomas Regionales	Anual
META 6. Formulación, aprobación y divulgación de la Política Integral de Salud Ambiental PISA	**Indicador de Gestión 6.** % de entidades territoriales con Política Integral de Salud Ambiental formulada, aprobada y divulgada	• Departamentos • Municipios	Anual
META 7. A 2021 disminuir la proporción de población con viviendas y servicios inadecuados, medidos según el índice de Necesidades Básicas Satisfechas NBI	**Indicador de Gestión 7.** Índice de NBI entre la población colombiana	• Departamentos • Municipios	Anual
META 8. A 2021 el 100% de las entidades territoriales implementan política de tenencia responsable de animales de compañía y de producción	**Indicador de Gestión 8.** % de entidades territoriales con implementación de la Política de tenencia responsable de animales de compañía y de producción	• Departamentos • Municipios	Anual
META 9. A 2021 se tendrá una cobertura del servicio de acueducto del 99% en áreas urbanas.	**Indicador de Gestión 9.** % de cobertura de servicio de acueducto en áreas urbanas	• Área urbana	Anual
META 10. A 2021 se tendrá una cobertura del servicio de acueducto o soluciones alternativas del 83% en áreas rurales	**Indicador de Gestión 10.** % de cobertura de servicio de acueducto o soluciones alternativas en áreas rurales	• Área rural	Anual

Dimensión Salud Ambiental			
Meta	Indicador	Nivel desagregación	Periodicidad
META 11. A 2015 se habrá diseñado y estará en desarrollo el programa orientado al suministro del agua apta para consumo humano para el 100% de la población, articulando políticas nacionales, tales como la Política Nacional de Agua y Saneamiento para las Zonas Rurales, y la Política Nacional para la Gestión Integral del Recurso Hídrico; y estrategias, tales como la de Producción más Limpia, Educación en Salud Ambiental y Vigilancia Sanitaria	**Indicador de Gestión 11.** % de avance en el diseño del programa orientado al suministro de agua apta para el consumo humano	• Departamentos • Municipios	Anual
	Indicador de Gestión 12. % de avance en el desarrollo del programa orientado al suministro de agua apta para el consumo humano	• Departamentos • Municipios	Anual
META 12. A 2021 se tendrá una cobertura del servicio de alcantarillado del 99% en las zonas urbanas.	**Indicador de Gestión 13.** % de cobertura de servicio de alcantarillado en zonas urbanas	• Zona urbana	Anual
	Indicador de Resultado 1. Incidencia de Dengue		
META 13. A 2021 se tendrá una cobertura de saneamiento básico del 76% en las zonas rurales.	**Indicador de Gestión 14.** % de cobertura de saneamiento básico en zonas rurales	• Zona rural	Anual
	Indicador de Resultado 2. Incidencia de Dengue		
META 14. A 2021 se tendrá el 50% de aguas residuales domésticas tratadas en las áreas urbanas	**Indicador de Gestión 15.** % de cobertura de aguas residuales domésticas tratadas	• Zona urbana	Anual
META 15. A 2021 el 100% de las direcciones territoriales de salud contarán con mapas de riesgo y vigilancia de la calidad del agua para consumo humano	**Indicador de Gestión 16.** % de direcciones territoriales de salud con mapas de riesgo y vigilancia de la calidad del agua para consumo humano	• Direcciones Territoriales de Salud	Anual
META 16. A 2021 el 100% de los mapas de riesgo de calidad de agua para consumo humano elaborados contarán con los planes de trabajo correctivos para reducir el riesgo sanitario	**Indicador de Gestión 17.** % de mapas de riesgo de calidad de agua para consumo humano con planes de trabajo correctivos para reducción	• Departamentos • Municipios	Anual

Dimensión Salud Ambiental			
Meta	Indicador	Nivel desagregación	Periodicidad
encontrado	del riesgo sanitario		
META 17. A 2021 el 90% de las cabeceras municipales disponen técnicamente los residuos sólidos ordinarios	**Indicador de Gestión 18.** % de cabeceras municipales que disponen técnicamente de los residuos sólidos ordinarios	• Cabeceras municipales	Anual
META 18. A 2021 las entidades territoriales priorizadas implementan estrategias intersectoriales encaminadas a proteger la salud de la población y el bienestar humano asociado a los contaminantes presentes en el aire	**Indicador de Gestión 19.** % de entidades territoriales priorizadas con implementación de estrategias intersectoriales para proteger la salud de la población y el bienestar humano asociado a contaminantes en el aire	• Departamentos • Municipios	Anual
META 19. A 2021 se habrá diseñado y estará en proceso de implementación el sistema de vigilancia de cáncer de piel asociado a la exposición a radiación solar ultravioleta	**Indicador de Gestión 20.** % de avance en el diseño del sistema de vigilancia de cáncer de piel asociado a exposición solar ultravioleta	• Departamentos • Municipios	Anual
	Indicador de Gestión 21. % de avance en la implementación del sistema de vigilancia de cáncer de piel asociado a exposición solar ultravioleta	• Departamentos • Municipios	Anual
META 20. A 2021 el 100% de las entidades territoriales de salud implementan la gestión integral de sus residuos peligrosos	**Indicador de Gestión 22.** % de entidades territoriales de salud con planes de residuos peligrosos implementados	• Departamentos • Municipios	Anual
META 21. A 2021 el país contará con estudios de la carga ambiental de la enfermedad y costos en salud de los eventos priorizados relacionados con el agua, el aire, el saneamiento básico, la seguridad química, el riesgo biológico y tecnológico, con estrategias de intervención a nivel territorial.	**Indicador de Gestión 23.** % de entidades territoriales con estrategias de intervención relacionadas con carga ambiental de la enfermedad y costos en salud de eventos priorizados	• Departamentos • Municipios	Anual
META 22. A 2021 se habrá diseñado y estará en desarrollo	**Indicador de Gestión 24.** % de avance en diseño del	• Departamentos • Municipios	Anual

Dimensión Salud Ambiental			
Meta	Indicador	Nivel desagregación	Periodicidad
el Plan Nacional Intersectorial de Fortalecimiento de los Laboratorios de Salud y Calidad Ambiental en conjunto con el Instituto Nacional de Metrología INM, el Organismo Nacional de Acreditación ONAC y el Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales IDEAM.	Plan Nacional Intersectorial de Fortalecimiento de Laboratorios de Salud y Calidad Ambiental		
	Indicador de Gestión 25. % de avance en el desarrollo del Plan Nacional Intersectorial de Fortalecimiento de los Laboratorios de Salud y Calidad Ambiental	• Departamentos • Municipios	Anual
META 23. A 2021 los establecimientos de interés sanitario estarán vigilados y controlados, en un 80% para aquellos de alto riesgo, y en un 40% para los de bajo riesgo, según censo nacional y/o territorial.	**Indicador de Gestión 26.** % de establecimientos de interés sanitario vigilados y controlados según censo nacional y/o territorial	• Alto riesgo • Bajo riesgo	Anual
META 24. A 2015 se habrá formulado el componente de Salud Ambiental del Plan Nacional de Adaptación al Cambio Climático PNACC, e implementado en el 100% de las Direcciones Territoriales de Salud DTS (departamentales, distritales y de categoría especial).	**Indicador de Gestión 27.** % de direcciones territoriales con formulación del componente de Salud Ambiental del Plan Nacional de Adaptación al Cambio Climático PNACC	• Departamentos • Municipios	Anual
	Indicador de Gestión 28. % de direcciones territoriales con implementación del componente de Salud Ambiental del Plan Nacional de Adaptación al Cambio Climático PNACC	• Departamentos • Municipios	Anual
META 25. A 2015 se habrá formulado y estará en desarrollo la estrategia de gestión integrada de las zoonosis de interés en salud pública, en el 100% de las Direcciones Territoriales de Salud.	**Indicador de Gestión 29.** % de Direcciones Territoriales de Salud con formulación de la estrategia de gestión integrada de las zoonosis de interés en salud pública	• Departamentos • Municipios	Anual
	Indicador de Gestión 30. % deDirecciones Territoriales de Salud con	• Departamentos • Municipios	Anual

Dimensión Salud Ambiental			
Meta	Indicador	Nivel desagregación	Periodicidad
	desarrollo de la estrategia de gestión integrada de las zoonosis de interés en salud pública		
	Indicador de Resultado 3. Tasa de Incidencia de Leptospirosis Indicador de Resultado 4. Tasa de Incidencia de Chagas	• Departamentos • Municipios	
META 26. A 2021 se mantienen coberturas útiles de vacunación animal para las zoonosis inmunoprevenibles de interés en salud pública.	Indicador de Resultado 5. Coberturas útiles de vacunación para Rabia en animales Indicador de Resultado 6. Incidencia de Rabia animal	• Departamentos • Municipios	Anual
META 27. A 2017 se habrá formulado y estará en desarrollo la Política Nacional para la Gestión Integral de Sustancias Químicas que involucre todas las etapas del ciclo de vida de las mismas.	**Indicador de Gestión 31.** % de avance de la formulación de la Política Nacional para la Gestión Integral de Sustancias Químicas	• Etapas de ciclo vital: infancia, juventud, adultez y persona mayor	Anual
	Indicador de Gestión 32. % de avance de la implementación de la Política Nacional para la Gestión Integral de Sustancias Químicas	• Departamentos • Municipios	Anual
META 28. A 2021 las entidades territoriales departamentales, distritales y municipios priorizados implementan el protocolo de vigilancia sanitaria y ambiental de los efectos en salud relacionados con la contaminación del aire, con énfasis en niños menores de 5 años.	**Indicador de Gestión 33.** % de entidades territoriales priorizadas con implementación del protocolo de vigilancia sanitaria y ambiental de los efectos en salud relacionados con contaminación del aire	• Departamentales • Distritales • Municipales • Niños menores de 5 años	Anual
META 29. A 2021 se habrá formulado y estará en operación el Sistema Unificado de Información en Salud Ambiental SUISA.	**Indicador de Gestión 34.** % de avance de la formulación del Sistema Unificado de Información en salud Ambiental SUISA	• Departamentales • Distritales • Municipales	Anual

Dimensión Salud Ambiental			
Meta	Indicador	Nivel desagregación	Periodicidad
META 30. A 2021 se reduce en 25% la mortalidad a causa de los accidentes de tránsito.	Indicador de Resultado 7. Tasa de mortalidad por accidentes de transporte terrestre	• Departamentales • Municipales	Anual

Tabla 5.2. Dimensión Vida saludable y condiciones no transmisibles

Dimensión Vida saludable y condiciones no transmisibles			
Meta	**Indicador**	**Nivel desagregación**	**Periodicidad**
META 1. A 2021, reducir la mortalidad prematura por ENT en el 25% en población entre 30 y 70 años	Indicador de Resultado 1. Mortalidad por tumor maligno de mama Indicador de Resultado 2. Mortalidad por tumor maligno de cuello uterino Indicador de Resultado 3. Mortalidad por tumor maligno de próstata Indicador de Resultado 4. Mortalidad por tumor maligno del estómago	• Nacional • Departamental • Municipal • Grupos de edad	Anual
META 2. A 2021, mantener en el 85% las personas sin enfermedad renal o en estadio 1 y 2 a pesar de tener enfermedades precursoras (Hipertensión y Diabetes)	Indicador de Resultado 5. Porcentaje de progreso de Enfermedad Renal Crónica Indicador de Resultado 6. Mortalidad por Diabetes mellitus	• Nacional • Departamental	Anual
META 3. A 2021, reducir un 25% la Hipertensión arterial en mayores de 25 años, a partir de la línea de base definida en el año 2014	Indicador de Resultado 7. Prevalencia de Hipertensión arterial	• Nacional • Departamental	Anual
META 4. A 2021, aumentar la supervivencia de los menores de 18 años con Leucemias agudas pediátricas en el país, a partir de la línea de base que se defina en el 2014	Indicador de Resultado 8. Sobrevida por cáncer en menores de 18 años	• Nacional • Departamental	Anual
META 5. A 2021, reducir al 10% el tabaquismo en personas de 18 a 69 años	Indicador de Resultado 9. Prevalencia de consumo de tabaco	• Grupos de edad • Ocupación • Nivel educativo • Estrato socioeconómico • Género • Área de residencia	Anual
META 6. A 2021, posponer la edad de inicio de consumo de	**Indicador de Gestión 1.** Edad de inicio del consumo	• Grupos de edad • Ocupación	Anual

Dimensión Vida saludable y condiciones no transmisibles			
Meta	Indicador	Nivel desagregación	Periodicidad
tabaco en los adolescentes colombianos por encima de 14 años	de tabaco en adolescentes colombianos.	• Nivel educativo • Estrato socioeconómico • Género • Área de residencia	
META 7. A 2021, aumentar el 100% de impuestos indexados al Índice de Precios del Consumidor IPC y al Producto Interno Bruto PIB para los productos de tabaco y sus derivados.	**Indicador de Gestión 2.** Legislación nacional aprobada para el aumento de impuestos al producto de tabaco y sus derivados	• NO APLICA	Anual
META 8. lograr el cumplimiento de ambientes 100% libres de humo de tabaco y sus derivados a nivel nacional, en los lugares definidos por la Ley 1335 de 2009.	**Indicador de Gestión 3.** Proporción de entidades territoriales con el 100% de la implementación de la estrategia ambientes libres de humo de tabaco en los lugares definidos por la Ley 1335 de 2009	• Nacional • Departamental	Anual
META 9. A 2021, incrementar el consumo diario de frutas y verduras en la población en general.	Indicador de Resultado 10. Proporción de consumo de frutas y verduras diario en la población general	• Frutas y verduras • Grupos de edad • Ocupación • Nivel educativo • Estrato socioeconómico • Género • Área de residencia	Anual
META 10. A 2021, incrementar anualmente en un 10% el número de puntos de distribución y comercialización de frutas y verduras a nivel departamental.	**Indicador de Gestión 4.** Número de puntos de distribución y comercialización de frutas y verduras a nivel departamental	• Municipio	Anual
	Indicador de Gestión 5. Proporción de departamentos con implementación y evaluación de la estrategia promocional e intersectorial para mejorar la oferta y el	• NO APLICA	Anual

Dimensión Vida saludable y condiciones no transmisibles			
Meta	Indicador	Nivel desagregación	Periodicidad
	consumo de frutas y verduras en los diferentes entornos		
META 11. A 2021, lograr una disminución del consumo de sal-sodio/persona/día a partir de la línea de base que se defina.	**Indicador de Gestión 6.** Razón de gramos anuales de sal por habitante	• Departamento	Anual
META 12. A 2021, se logra incluir mínimo 300 minutos de actividad física a la semana en actividades asociadas a: caminar, realizar prácticas de senderismos, marchar, nadar recreativamente, practicar danza en todas sus modalidades, montar en bicicleta, patinar, y otras prácticas, que semanalmente se desarrollen en instituciones de formación de niños y jóvenes en la totalidad del sistema educativo	**Indicador de Gestión 7.** Horas escolares dedicadas a la actividad física	• Carácter público o privado de la institución educativa • Nivel educativo • Departamento • Nacional	Anual
META 13. A 2021, se incrementa la actividad física global en población de 13 a 64 años	**Indicador de Gestión 8.** Prevalencia de actividad física en población de 13 a 64 años	• Grupos de edad • Ocupación • Nivel educativo • Estrato socioeconómico • Género • Área de residencia	Anual
META 14. A 2021, se aumenta el tiempo dedicado y la calidad para la actividad física en todo el sistema educativo con énfasis en la población escolar y la primera infancia a través de procesos lúdicos y pedagógicos, entre otras, que fomenten e incentiven el movimiento, el deporte recreativo y la sana competencia	**Indicador de Gestión 9.** % de establecimientos educativos que incluyeron mínimo 300 minutos de actividad física en sus planes de estudio	• Nacional • Departamental	Anual
META 15. A 2021, incrementar la actividad física caminando o	**Indicador de Gestión 10.** Prevalencia de caminar o	• Grupos de edad • Ocupación	Anual

Dimensión Vida saludable y condiciones no transmisibles			
Meta	Indicador	Nivel desagregación	Periodicidad
montando bicicleta como medio de transporte por encima de 33,8% y 5,6% respectivamente	montar cicla como medio de transporte	• Nivel educativo • Estrato socioeconómico • Género • Área de residencia	
META 16. A 2021, se implementa la estrategia "Once para la salud" en el 80% de las Instituciones Educativas con estudiantes de educación media. Implementar la estrategia "Once para la salud" en el 80% de las Instituciones Educativas con estudiantes de primaria y básica secundaria (10 y 12 años), en articulación con las secretarías de educación.	**Indicador de Gestión 11.** Proporción de Instituciones Educativas con la implementación de la estrategia "Once para la salud"	• Departamento • Nivel educativo	Anual
META 17. A 2021, se mantiene por debajo de 12% el consumo nocivo de alcohol (de riesgo y perjudicial) en población general.	Indicador de Resultado 11. Prevalencia de consumo de alcohol	• Grupos de edad • Ocupación • Nivel educativo • Estrato socioeconómico • Género • Área de residencia	Anual
META 18. A 2021, se pospone la edad promedio de inicio de consumo de alcohol en adolescentes, por encima de 14 años.	**Indicador de Gestión 12.** Edad de inicio del consumo de alcohol en adolescentes colombianos	• Grupos de edad • Ocupación • Nivel educativo • Estrato socioeconómico • Género • Área de residencia	Anual
META 19. A 2021, se incrementa la práctica del autocuidado en las acciones de prevención y manejo de las ENT, la salud bucal, visual y auditiva, desde la primera infancia, en un 20%, en entornos y programas sociales, a partir de la línea base que se identifique en el 2014.	**Indicador de Gestión 13.** Proporción de personas que recibieron instrucción en práctica del autocuidado en las acciones de prevención y manejo de las ENT, la salud bucal, visual y auditiva	• Grupos de edad • Nacional • Departamento	Anual

Dimensión Vida saludable y condiciones no transmisibles			
Meta	Indicador	Nivel desagregación	Periodicidad
META 20. A 2021, se aumenta anualmente el número de organizaciones aliadas que se vinculan y promueven estilos de vida saludable, la salud bucal, visual y auditiva, y el control de las ENT, a nivel nacional, en coordinación con las entidades territoriales, a partir de la línea de base que se identifique en el 2014.	**Indicador de Gestión 14.** Número de organizaciones aliadas que se vinculan y promueven estilos de vida saludable, la salud bucal, visual y auditiva y el control de las ENT	• Departamento • Carácter público, privado o mixto de la Institución	Anual
META 21. A 2021, incrementar las coberturas de prevención y detección temprana de las ENT, las alteraciones de la salud bucal, visual, auditiva y comunicativa y sus factores de riesgo en un 20%, a partir de la línea de base que se defina en el 2014.	**Indicador de Gestión 15.** Cobertura de actividades de prevención y detección temprana de las ENT, las alteraciones de la salud bucal, visual, auditiva y comunicativa y sus factores de riesgo	• Tipo ENT • Alteraciones de la salud bucal • Alteraciones visuales, auditivas y comunicativas • Departamento • Asegurador • Género • Grupos de edad	Anual
META 22. A 2021, aumentar en un 20%, la disponibilidad, accesibilidad, calidad y asequibilidad equitativa de medicamentos esenciales de calidad, seguros y eficaces, incluidos genéricos para tratar las ENT, a partir de la línea de base que se defina en el 2014.	**Indicador de Gestión 16.** Proporción de entrega de medicamentos solicitados.	• Antihipertensivos, hipolipemiantes, hipoglicemiantes y reguladores de la glicemia, medicamentos para manejo de EPOC, EPID y Asma • Género • Departamento • Asegurador	Anual
	Indicador de Gestión 17. Razón de eventos adversos y complicaciones con medicamentos por cada paciente formulado para ENT	• Antihipertensivos, hipolipemiantes, hipoglicemiantes y reguladores de la glicemia, medicamentos para manejo de EPOC, EPID y Asma • Género • Departamento • Asegurador	Anual

Tabla 5.3. Dimensión Convivencia social y salud mental

Dimensión Convivencia social y salud mental			
Meta	Indicador	Nivel desagregación	Periodicidad
META 1. A 2021, aumentar en 10% el promedio de los niveles de resiliencia en población general.	**Indicador de Gestión 1.** % de la Población que asiste a programas de fomento de la resiliencia según características socioeconómicas.	Grupos de edad Sexo Municipio Departamento	Anual
META 2. A 2021, aumentar la percepción de apoyo social en un 30% en población general.	**Indicador de Gestión 2.** Proporción de personas que conocen o participa en programas de asistencia social del Gobierno Nacional	Municipio Departamento	Anual
META 3. A 2021, aumentar en un 30% el nivel de percepción de seguridad de la población general.	**Indicador de Gestión 3.** Proporción de personas que manifiestan niveles de seguridad alto.	Municipio Departamento	Anual
META 4. A 2021, aumentar en un 10% el nivel de satisfacción de parques o sitios públicos con respecto a mantenimiento, infraestructura, ruido, basuras e iluminación.	**Indicador de Gestión 4.** % de parques o sitios públicos de esparcimiento mejorados.	Municipio Departamento	Anual
META 5. A 2021, aumentar al 60% el promedio de la toma de decisiones conjunta con la pareja sobre asuntos específicos del hogar.	**Indicador de Gestión 5.** Porcentaje de decisiones con la pareja sobre asuntos específicos del hogar.	Municipio Departamento	Anual
META 6. A 2021, el 100% de municipios y departamentos del país adoptan y adaptan la política de salud mental conforme a los lineamientos y desarrollos técnicos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.	**Indicador de Gestión 6.** Porcentaje de municipios y departamentos que adoptan y adaptan de la Política Pública de Salud Mental	Municipio Departamento	Anual
META 7. A 2021, el 100% de municipios y departamentos del país construyen, definen e implementan una agenda social concertada, que unifica la respuesta transectorial de Atención integral a Víctimas del Conflicto	**Indicador de Gestión 7.** Porcentaje de municipios y departamentos con agenda social con participación de otros sectores con el fin de garantizar atención integral a las víctimas del conflicto	Municipio Departamento	Anual

Dimensión Convivencia social y salud mental			
Meta	Indicador	Nivel desagregación	Periodicidad
META 8. A 2021, disminuir la tasa de mortalidad por suicidio y lesiones autoinflingidas a 4,7 por 100.000 habitantes.	Indicador de Resultado 1. Tasa de mortalidad por lesiones auto-infligidas intencionalmente	Departamento Municipio Sexo Grupos de edad	Anual
META 9. A 2021, reducir los AVISAS perdidos por trastornos mentales y del comportamiento en población general de 15 a 65 años a 55 por 1.000 personas	Indicador de Resultado 2. Mortalidad por Trastornos mentales y del comportamiento	Departamento Municipio Sexo Grupos de edad	Anual
META 10. A 2021, reducir los AVISAS perdidos por trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de alcohol en población general a 3,4 por 1.000 habitantes.	Indicador de Resultado 3. Prevalencia de trastornos mentales y del comportamiento asociados al consumo de alcohol	Departamento Municipio Sexo Grupos de edad	Anual
META 11. A 2021, mantener por debajo de 5,5% la prevalencia año del consumo de marihuana en población escolar	Indicador de Resultado 4. Prevalencia de consumo de marihuana en el último mes	Departamento Municipio Sexo Grupos de edad	Anual
META 12. A 2021, aumentar la edad promedio de inicio de consumo de drogas ilícitas a 15,5 años	Indicador de Resultado 5. Prevalencia de consumo de drogas ilícitas en edad escolar	Departamento Municipio Sexo Grupos de edad	Anual
META 13. A 2021, reducir la tasa de mortalidad por agresiones (homicidios) a 13,4 por 100.000 habitantes	Indicador de Resultado 6. Tasa de mortalidad por agresiones (homicidios)	Departamento Municipio Sexo Grupos de edad	Anual
META 14. A 2021, disminuir la tasa de violencia interpersonal a 175,6 por 100.000 habitantes	**Indicador de Gestión 8.** Porcentaje de municipios con implementación y Operación del Sistema de Vigilancia en Salud Pública de la Violencia Intrafamiliar	Departamento Municipio Sexo Grupos de edad	Anual
META 15. A 2021, el 100% de los municipios del país implementan y operan el Sistema de Vigilancia en Salud Pública de la Violencia Intrafamiliar	Indicador de Resultado 7. Tasa de incidencia de violencia intrafamiliar Indicador de Resultado 8. Tasa de Incidencia de Violencia contra la Mujer	Municipio Departamento Tipos de VIF	Anual
META 16. A 2021, aumentar la	**Indicador de Gestión 9.**	Departamento	Anual

Dimensión Convivencia social y salud mental			
Meta	Indicador	Nivel desagregación	Periodicidad
frecuencia de uso de servicios en salud mental en cinco puntos porcentuales según trastorno.	Frecuencia de uso de servicios en salud mental	Municipio Sexo Grupos de edad	
META 17. A 2021 el 100% de municipios y departamentos del país desarrollan planes territoriales de reducción del consumo de sustancias psicoactivas conforme a los lineamientos y desarrollos técnicos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.	**Indicador de Gestión 10.** Porcentaje de municipios y departamentos del país que desarrollan planes territoriales de reducción del consumo de sustancias psicoactivas	Municipio Departamento	Anual

Tabla 5.4. Dimensión Seguridad alimentaria y nutricional

Dimensión Seguridad alimentaria y nutricional			
Meta	Indicador	Nivel desagregación	Periodicidad
META 1. A 2015, aumentar las hectáreas agrícolas sembradas de cultivos permanentes y transitorios de la Canasta SAN a 3.374.525.	**Indicador de Gestión 1.** % de hectáreas agrícolas sembradas con cultivos permanentes y transitorios de la Canasta de SAN a 3.374.525.	Departamento	Anual
META 2. A 2015, aumentar las hectáreas en producción en el territorio nacional por producto de la Canasta SAN a 2.480.391.	**Indicador de Gestión 2.** % de hectáreas en producción en el territorio nacional con productos de la Canasta SAN a 2.480.391.	Nacional Departamento	Anual
META 3. A 2015, aumentar a 8.3 el rendimiento agrícola promedio Canasta SAN (Productividad: relación entre producción y área cosechada Tn/Ha).	**Indicador de Gestión 3.** Índice de Rendimiento agrícola (productividad de la Canasta SAN con respecto el año o periodo anterior)	Nacional Departamento	Anual
META 4. A 2015, aumentar las toneladas de producción pecuaria Canasta SAN a 3.837.363	**Indicador de Gestión 4.** % de toneladas de producción pecuaria canasta SAN 3.837.363 con	Departamento	Anual

Dimensión Seguridad alimentaria y nutricional			
Meta	Indicador	Nivel desagregación	Periodicidad
	respecto el año/periodo anterior		
META 5. A 2015, reducir a 28,5% el porcentaje de la población bajo la línea de pobreza. (Línea de pobreza adoptada por el país).	**Indicador de Gestión 5.** % de la población general que superó la línea de pobreza en un periodo determinado.	Nacional	Anual
META 6. A 2015, reducir a 8,80% el porcentaje de la población bajo la línea de indigencia o extrema pobreza. (Adoptada por el país).	**Indicador de Gestión 6.** % de la población general que superó la línea de pobreza extrema o indigencia en un periodo determinado.	Nacional	Anual
META 7. A 2015, incrementar en 2 meses la duración media de la lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses	Indicador de Resultado 1. Duración de la lactancia materna exclusiva en menores de 3 años (mediana en meses)	Nacional Departamental	Anual
META 8. Reducir la mortalidad infantil evitable por desnutrición en forma progresiva el 30% en el 2013, el 50% en el 2015 y el 100% en 2020	Indicador de Resultado 2. Proporción de muertes infantiles registradas por causas asociadas a la desnutrición con relación al periodo anterior.	Nacional Departamental	Anual
META 9. A 2021, Mantener en < 10% la proporción de Bajo Peso al Nacer	Indicador de Resultado 3. Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer	Nacional Departamental Municipal	Anual
META 10. A 2021, reducir a 2.60% la prevalencia de desnutrición global en niños y niñas menores de 5 años, y a 8,0% la prevalencia de desnutrición crónica en niños y niñas menores de 5 años	Indicador de Resultado 4. Prevalencia de desnutrición global (bajo peso para la edad) en menores de 5 años Indicador de Resultado 5. Prevalencia desnutrición crónica (retraso en talla para la edad) en menores de 5 años	Nacional Departamental	Anual
META 11. A 2015, disminuir la prevalencia de sobrepeso y obesidad en hombres de 18 a 64 años a 35.9%, en mujeres de 18 a 64 años a 44.6% y en	Indicador de Resultado 6. Prevalencia de obesidad	Nacional Departamental	Anual

Dimensión Seguridad alimentaria y nutricional			
Meta	Indicador	Nivel desagregación	Periodicidad
mujeres de 13 a 49 años a 30.2%			
META 12. A 2015, reducir a 20% la anemia en mujeres de 13 a 49 años, en las áreas urbanas y rurales	Indicador de Resultado 7. Prevalencia de anemia	Nacional Departamental	Anual
META 13. A 2015, reducir a 23.9% el promedio de escolares entre 5 y 12 años con anemia nutricional	Indicador de Resultado 8. Prevalencia de anemia	Nacional Departamental	Anual
META 14. A 2015, reducir a 20% la anemia en niños y niñas menores de cinco años	Indicador de Resultado 9. Prevalencia de anemia	Nacional Departamental	Anual
META 15. A 2015, lograr el 75% de notificación inmediata al SIVIGILA, con agente etiológico identificado en alimentos de mayor consumo, para los brotes de Enfermedades Transmitidas por Alimentos ETA	**Indicador de Gestión 7.** % de brotes de Enfermedades Transmitidas por Alimentos – ETAS notificados mediante el SIVIGILA con agente etiológico identificado en alimentos de mayor consumo con relación al periodo anterior	Nacional Departamental	Anual
META 16. A 2021, reducir 60% de las acciones de Inspección, Vigilancia y Control (en el sector salud) ejecutadas bajo el enfoque del riesgo.	**Indicador de Gestión 8.** % de acciones de Inspección, vigilancia y Control adelantadas en el sector salud con relación al periodo anterior	Nacional Departamental	Anual

Tabla 5.5. Dimensión Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos

Dimensión Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos			
Meta	Indicador	Nivel desagregación	Periodicidad
META 1. A 2021, el 80% de las entidades territoriales contarán por lo menos con un espacio transectorial y comunitario que coordina la promoción y garantía de los derechos sexuales y reproductivos.	**Indicador de Gestión 1.** Porcentaje de entidades nacionales y departamentales que incluyen programas y proyectos para garantizar los derechos sexuales y los	Departamento	Anual

Dimensión Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos			
Meta	Indicador	Nivel desagregación	Periodicidad
	derechos reproductivos en los planes de desarrollo.		
META 2. A 2021, el 100% de las entidades nacionales y departamentales, y el 80% de las municipales, incluyen programas y proyectos para garantizar los derechos sexuales y los derechos reproductivos en los planes de desarrollo, y aseguran la participación de las organizaciones y redes de los siguientes grupos poblacionales: mujeres, jóvenes, grupos étnicos, personas con discapacidad, comunidad LGBTI, víctimas del conflicto armado, entre otros.	**Indicador de Gestión 2.** Porcentaje de entidades municipales que incluyen programas y proyectos para garantizar los derechos sexuales y los derechos reproductivos en los planes de desarrollo.	Departamento Municipio	Anual
META 3. A 2021, el 80% de las instituciones educativas públicas garantizarán que las niñas, niños, adolescentes y jóvenes cuenten con una educación sexual, basada en el ejercicio de derechos humanos, sexuales y reproductivos, desde un enfoque de género y diferencial.	**Indicador de Gestión 3.** Porcentaje de instituciones educativas públicas que cuentan con educación sexual basada en el ejercicio de derechos humanos, sexuales y reproductivos, desde un enfoque de género y diferencial.	Municipio Departamento	Anual
META 4. A 2021, disminuir a 61 por 1.000 la tasa específica de fecundidad en mujeres adolescentes de 15 a 19 años.	Indicador de Resultado 1. Tasa específica de fecundidad de mujeres adolescentes de 15 a 19 años	Municipio Departamento	Anual
META 5. A 2021, aumentar a 80% el uso de métodos modernos de anticoncepción en mujeres en edad fértil (de 15 a 49 años).	**Indicador de Gestión 4.** Porcentaje de mujeres en edad fértil de 15 a 49 años que usan métodos modernos de anticoncepción.	Municipio Departamento	Anual
META 6. A 2021, aumentar a 80% el uso de métodos modernos de anticoncepción	**Indicador de Gestión 5.** Prevalencia de usos de métodos anticonceptivos	Municipio Departamento	Anual

Dimensión Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos			
Meta	Indicador	Nivel desagregación	Periodicidad
en mujeres en edad fértil (15-49 años)	modernos en todas las adolescentes		
META 8. A 2021, la mortalidad materna evitable es inferior a 150 muertes anuales en el país.	Indicador de Resultado 2. Razón de mortalidad materna	Municipio Departamento	Anual
META 9. A 2021, el 95% de las mujeres gestantes tienen 4 o más controles prenatales en el 94% de las entidades territoriales.	**Indicador de Gestión 6.** Porcentaje de mujeres gestantes que tienen 4 o más controles prenatales	Municipio Departamento	Anual
META 10. A 2021, el 80% de las mujeres gestantes, ingresan al control prenatal antes de la semana 12 de edad gestacional.	**Indicador de Gestión 7.** Porcentaje de mujeres gestantes que ingresan al control prenatal antes de la semana 12 de edad gestacional	Municipio Departamento	Anual
META 11. A 2021, disminuir la proporción de adolescentes alguna vez embarazadas al 15%.	Indicador de Resultado 3. Proporción de mujeres adolescentes alguna vez embarazadas	Municipio Departamento	Anual
META 12. A 2021, incrementar como mínimo quince puntos, el porcentaje de mujeres que solicitan ayuda ante alguna institución competente para la atención a víctimas de violencias de géneros y violencias sexuales.	**Indicador de Gestión 8.** Proporción de mujeres que solicitan ayuda para la atención a víctimas de violencia de género y violencias sexuales	Nacional Departamento Municipio	Anual
META 13. A 2021, el 80% de los municipios del país operan el sistema de vigilancia en salud pública de la violencia intrafamiliar.	**Indicador de Gestión 9.** Porcentaje de municipios que operan el sistema de vigilancia en salud pública de la violencia intrafamiliar	Municipios	Anual
META 14. A 2021, el 80% de los municipios desarrollan procesos sectoriales, transectoriales y comunitarios para garantizar la atención integral de las víctimas de violencias de género y violencias sexuales dentro y fuera del conflicto armado; con	**Indicador de Gestión 10.** Porcentaje de municipios que operan el sistema de vigilancia en salud pública de la violencia intrafamiliar	Municipios	Anual

Dimensión Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos			
Meta	Indicador	Nivel desagregación	Periodicidad
participación de los sectores de justicia, protección, salud, y demás instituciones responsables de las medidas de reparación integral.			
META 15. A 2021, el 100% de las víctimas de violencias de género y violencias sexuales identificadas reciben una atención integral de los sectores de salud, protección y justicia para la restitución de los derechos que les han sido vulnerados.	**Indicador de Gestión 11.** Porcentaje víctimas de las violencias de género y violencias sexuales identificadas con atención integral.	Departamento Municipio Sexo Grupos de edad	Anual
META 16. A 2021, el 100% de las EPS (o quien haga sus veces) en coordinación con las Secretarías Departamentales y Municipales de Salud, cuentan con una red de servicios para víctimas de violencias de género y violencias sexuales, de acuerdo con las guías y protocolos del Ministerio de Salud y Protección Social y la normatividad vigente.	**Indicador de Gestión 12.** Porcentaje de EPS con red de servicios para víctimas de violencias de género y violencias sexuales.	Municipio Departamento	Anual
META 17. A 2021, el 100% de las secretarías de educación certificadas del país definen planes territoriales de formación para docentes en servicio, desde un enfoque de género, derechos y diferencial; sobre las rutas y procesos de atención a víctimas de violencias de género y violencias sexuales.	**Indicador de Gestión 13.** % de secretarías de educación certificadas con planes territoriales de formación para docentes en servicio.	Municipio Departamento	Anual
META 18. A 2021, el 100% de las instituciones públicas nacionales de los sectores de salud, protección y justicia, incluyen en sus planes de formación, estrategias de capacitación y actualización permanente sobre la ruta de	**Indicador de Gestión 14.** % de instituciones públicas del sector salud, justicia y protección con planes de formación y actualización en planes y programas de atención de víctimas de alguna forma de violencia	Nacional Departamento Municipio	Anual

Dimensión Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos			
Meta	Indicador	Nivel desagregación	Periodicidad
atención integral de las víctimas de violencias de género y violencias sexuales desde un enfoque de derechos, género y diferencial			
META 19. A 2021, se ha logrado mantener la prevalencia de infección por VIH en menos de 1% en población de 15 a 49 años	Indicador de Resultado 4. Prevalencia de VIH/SIDA	• Grupos de Edad • Sexo • Área de residencia • Tipo de cobertura en salud	Anual
META 20. A 2021, mantener el porcentaje de transmisión materno infantil del VIH, sobre el número de niños expuestos, en el 2% o menos	Indicador de Resultado 5. Porcentaje de transmisión materno-infantil de VIH en menores de 2 años	• Asegurador • Departamento • Género del menor • IPS del parto	Anual
META 21. A 2021, alcanzar y mantener la incidencia de sífilis congénita en 0.5 casos o menos, incluidos los mortinatos, por x 1.000 nacidos vivos	Indicador de Resultado 6. Tasa de incidencia de Sífilis Congénita	Municipio Departamento	Anual
META 22. A 2021, se ha logrado el Acceso Universal a Terapia Anti retroviral ARV a todas las personas en necesidad de tratamiento	Indicador de Resultado 7. Cobertura de Tratamiento Antirretroviral	• Grupos de Edad • Sexo • Área de residencia • Tipo de cobertura en salud	Anual
META 23. A 2021, aumentar significativamente el porcentaje de uso de condón en la última relación sexual con pareja ocasional en las poblaciones en contextos de mayor vulnerabilidad. (HSH, Mujeres trabajadoras sexuales, habitante de calle, mujeres transgénero, personas privadas de la libertad)	**Indicador de Gestión 15.** Porcentaje de uso de condón en la última relación sexual con pareja ocasional en las poblaciones en contextos de mayor vulnerabilidad	• Grupos de Alto Riesgo: HSH • Mujeres trabajadoras sexuales • Habitante de calle mujeres transgénero, Personas privadas de la libertad	Anual
META 24. A 2015, el 100% de las mujeres en control prenatal han sido tamizadas para	**Indicador de Gestión 16.** Porcentaje de mujeres con tamizaje para Hepatitis B	Municipio Departamento	Anual

Dimensión Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos			
Meta	Indicador	Nivel desagregación	Periodicidad
Hepatitis B	en control prenatal		
META 25. A 2015, disminuir la tasa de VIH en donantes de sangre en un 50%	**Indicador de Gestión 17.** Porcentaje de donantes VIH (+)	Municipio Departamento	Anual

Tabla 5.6. Dimensión Vida saludable y enfermedades transmisibles

Dimensión Vida saludable y enfermedades transmisibles			
Meta	Indicador	Nivel desagregación	Periodicidad
META 1. Alcanzar el 95% o más de cobertura en todos los biológicos que hacen parte del esquema nacional, en las poblaciones objeto del programa.	Indicador de Resultado 1. Cobertura de vacunación con esquema completo para la edad	Por biológico Nacional	Anual
META 2. A 2021, se reduce o mantiene la letalidad por Dengue grave a <2 % en la nación, departamentos, distritos y municipios.	Indicador de Resultado 2. Letalidad por Dengue	Nacional Departamento Municipio	Anual
META 3. A 2021, se ha logrado la reducción progresiva y sostenida del número de muertes por leishmaniasis visceral en un 50% en todas las entidades territoriales	Indicador de Resultado 3. Letalidad por Leishmaniasis visceral	Nacional Departamento Municipio Menores de edad	Anual
META 4. A 2021, se mantiene en todo el territorio nacional la erradicación de la poliomielitis, y consolidar la eliminación del sarampión, la rubeola, el síndrome de rubeola congénita y el tétanos neonatal y controlar la incidencia de casos de fiebre amarilla, difteria, tuberculosis meníngea, hepatitis A y B, Neumococo, Haemophilus influenzae tipo B, diarreas por Rotavirus, tos	Indicador de Resultado 4. Letalidad tosferina	Nacional Departamento Municipio	Anual

Dimensión Vida saludable y enfermedades transmisibles			
Meta	Indicador	Nivel desagregación	Periodicidad
ferina, parotiditis e influenza.			
META 5. A 2021, se logra la reducción progresiva a menos de 1,59 casos por 100.000 habitantes de la mortalidad por TB en todo el territorio nacional.	**Indicador de Gestión 1.** Porcentaje de personas curadas de tuberculosis pulmonar	Nacional Departamento Municipio	Anual
META 6. A 2021, se reduce en un 80% la mortalidad por malaria en todas las entidades territoriales de manera progresiva y sostenida durante el periodo 2012-2021.	Indicador de Resultado 5. Tasa de mortalidad por malaria	Nacional Departamento Municipio	Anual
META 7. A 2021, se logra eliminar la mortalidad por rabia por variantes uno y dos y disminuir 30% la mortalidad por especies silvestres.	Indicador de Resultado 6. Tasa de mortalidad por rabia humana	Nacional Departamento Municipio	Anual
META 8. A 2021, se logra la reducción progresiva a menos de 1,59 casos por 100.000 habitantes de la mortalidad por TB en todo el territorio nacional.	Indicador de Resultado 7. Tasa de mortalidad por tuberculosis	Nacional Departamento Municipio	Anual
META 9. A 2021, se reduce en un 30% la letalidad por Enfermedad de Chagas agudo en todas las entidades territoriales del país de manera progresiva y sostenida	Indicador de Resultado 8. Letalidad por Chagas Agudo	Nacional Departamento Municipio	Anual
META 10. A 2021, se logra la implementación progresiva y sostenida del plan integral e inter-programático para la prevención, el control y la eliminación de las Enfermedades Infecciosas Desatendidas priorizadas de acuerdo con el perfil epidemiológico local, en las 36 entidades territoriales.	Indicador de Resultado 9. Mortalidad por Enfermedades infecciosas intestinales (A00-A09)	Nacional Departamento Municipio	Anual
META 11. A 2021, se logra el	**Indicador de Gestión 2.**	Institución de salud:	Anual

Dimensión Vida saludable y enfermedades transmisibles			
Meta	Indicador	Nivel desagregación	Periodicidad
avance progresivo y sostenido de la implementación del programa de prevención y el control de las IAAS, la resistencia antimicrobiana y el consumo de antibióticos en el 90% de las instituciones de alta y media complejidad.	% de avance de la implementación del Programa de Prevención y control de IAAS, resistencia microbiana y consumo de antibióticos en instituciones de salud	baja complejidad alta complejidad	
META 12. A 2021, se logra el avance progresivo y sostenido en la implementación de planes regionales o locales para la prevención y la contención de los patógenos emergentes y reemergentes de alta transmisibilidad y potencial epidémico en el 100% de entidades territoriales.	**Indicador de Gestión 3.** % de avance de la implementación de planes para la prevención y contención de los patógenos emergentes y reemergentes de alta transmisibilidad y potencial epidémico	Departamentos Municipios Distritos	Anual
META 13. A 2021, se cuenta con el diseño, implementación y desarrollo progresivo de planes y programas territoriales de promoción y prevención de las enfermedades transmitidas por agua, suelo y alimentos	**Indicador de Gestión 4.** % de avance del diseño de planes y programas territoriales de promoción y prevención de enfermedades transmitidas por agua, suelo y alimentos	Departamentos Municipios Distritos	Anual
	Indicador de Gestión 5. % de avance de la implementación de planes y programas territoriales de promoción y prevención de enfermedades transmitidas por agua, suelo y alimentos	Departamentos Municipios Distritos	Anual
META 14. A 2021, se ha logrado la implementación progresiva y sostenida del plan integral e inter-programático para la prevención, el control y la eliminación de las Enfermedades Infecciosas Desatendidas priorizadas de acuerdo con el perfil epidemiológico local, en las 36 entidades territoriales.	**Indicador de Gestión 6.** % de avance en la implementación del plan integral e inter-programático para la prevención, control y eliminación de las Enfermedades Infecciosas Desatendidas priorizadas de acuerdo con el perfil epidemiológico	Departamentos Municipios Distritos	Anual

Dimensión Vida saludable y enfermedades transmisibles			
Meta	Indicador	Nivel desagregación	Periodicidad
META 15. A 2021, se ha logrado la reducción progresiva de la mortalidad por Infección Respiratoria Aguda (incluida neumonía) buscando llegar a una mortalidad por neumonía de menos de 8,9 casos por cada 100 mil menores de cinco años.	**Indicador de Gestión 7.** % de salas ERA implementadas en las entidades territoriales	Departamentos Municipios Distritos	Anual
META 16. A 2021, se ha disminuido la discapacidad severa por enfermedad de Hansen entre los casos nuevos hasta llegar a una tasa de 0.58 casos por 1.000.000 habitantes con discapacidad grado 2.	**Indicador de Gestión 8.** % de avance en la implementación de las líneas de acción de los planes estratégicos "para aliviar la carga y sostener las actividades de control" en enfermedad de Hansen	Departamentos Municipios Distritos	Anual
META 17. Sistematización y automatización de los procesos y procedimientos del Programa Ampliado de Inmunizaciones en todo el territorio nacional.	**Indicador de Gestión 9.** % de avance en la implementación del sistema de información Nominal del PAI	Departamentos Municipios Distritos	Anual
META 18. A 2021, se ha logrado implementar intersectorialmente en todo el territorio nacional la Estrategia de gestión integrada para la vigilancia, promoción de la salud, prevención y control de las ETV y Zoonosis.	**Indicador de Gestión 10.** % de avance en la implementación intersectorial de la Estrategia de gestión integrada para la vigilancia, promoción de la salud, prevención y control de las ETV y Zoonosis	Departamentos Municipios Distritos	Anual
META 19. A 2021, se ha logrado implementar el Modelo gerencial del programa nacional de ETV en la totalidad de los departamentos, distritos y en municipios prioritarios de categoría especial, 1, 2 y 3.	**Indicador de Gestión 11.** % de avance de la implementación del Modelo gerencial del programa nacional de ETV	Departamentos Municipios Distritos Por categoría especial 1,2 y 3	Anual
META 20. A 2021, se cuenta con el diseño, implementación y desarrollo progresivo de planes y programas territoriales de	**Indicador de Gestión 12.** % de avance del diseño de planes y programas territoriales de promoción y	Departamentos Municipios Distritos	Anual

Dimensión Vida saludable y enfermedades transmisibles			
Meta	Indicador	Nivel desagregación	Periodicidad
promoción y prevención de las enfermedades transmitidas por vía sanguínea.	prevención de enfermedades transmitidas por vía sanguínea		
	Indicador de Gestión 13. % de avance de la implementación de planes y programas territoriales de promoción y prevención de enfermedades transmitidas por vía sanguínea	Departamentos Municipios Distritos	Anual
META 21. A 2021, se ha logrado la certificación internacional de la interrupción de la transmisión de T.Cruzi por vectores domiciliados en el 40% de los municipios endémicos y en el 60% restante, en proceso de certificación.	**Indicador de Gestión 14.** % Municipios con certificación internacional de la interrupción de la transmisión de T.Cruzi por vectores	Departamentos Municipios Distritos	Anual
META 22. A 2021, se ha logrado la implementación progresiva y sostenida del plan integral e interprogramático para la prevención y control de otras zoonosis de importancia en salud pública en todas las entidades territoriales.	**Indicador de Gestión 15.** % entidades territoriales con plan integral e interprogramático para la prevención y control de otras zoonosis de importancia en salud pública en implementación.	Departamentos Municipios	Anual

Tabla 5.7. Dimensión Salud pública ante emergencias y desastres

Dimensión Salud pública ante emergencias y desastres			
Meta	Indicador	Nivel desagregación	Periodicidad
Meta	Indicador	Nivel desagregación	Periodicidad
META 1. A 2021, se logra que el 100% de las entidades territoriales respondan con eficacia ante las emergencias y desastres que enfrenten.	Indicador de Resultado 1. Mortalidad por emergencias y desastres	Nacional Departamental Municipal	Anual

Dimensión Salud pública ante emergencias y desastres			
Meta	Indicador	Nivel desagregación	Periodicidad
META 2. A 2021, se logra que el 100% de las entidades del orden nacional, departamental y municipal apliquen el Reglamento Sanitario Internacional 2005.	**Indicador de Gestión 1.** Porcentaje de cumplimiento del Reglamento Sanitario Internacional 2005	Nacional Departamental	Anual
META 3. A 2021, se logra mejorar el índice de seguridad hospitalaria en el 100% de hospitales priorizados.	**Indicador de Gestión 2.** Porcentaje de cumplimiento de estándares de seguridad hospitalaria	Nacional Departamental	Anual
META 4. A 2021, el 100% de los Planes Nacional, Territorial y Hospitalarios de Gestión del Riesgo incluyen acciones de suministro de sangre y componentes sanguíneos seguros.	**Indicador de Gestión 3.** Porcentaje de cumplimiento del estándar de suministro de sangre y componentes sanguíneos seguros	Nacional Departamental	Anual
META 5. A 2021, se logra implementar el Sistema de Emergencias Médicas en el 50% de los municipios del país	**Indicador de Gestión 4.** Proporción de municipios con sistema de emergencias implementado y auditado	Nacional Departamental	Anual
META 6. A 2021, se logra implementar la Red Nacional de Toxicología.	**Indicador de Gestión 5.** Documento técnico con Proceso documentado de la Red Nacional de Toxicología	NO APLICA	Anual
META 7. A 2021, se logra fortalecer la Red Nacional de Bancos de Sangre y Servicios Transfusionales.	**Indicador de Gestión 6.** % de cumplimiento de las acciones concentradas al fortalecimiento de la Red Nacional de Bancos de Sangre y Servicios Transfusionales en relación con las planeadas.	Nacional	Anual

Tabla 5.8. Dimensión Salud y ámbito laboral

Meta	Indicador	Nivel desagregación	Periodicidad

META 1. A 2021, se amplía la cobertura del Sistema General de Riesgos Laborales de conformidad con la Ley 1562 de 2012.	Indicador de Resultado 1. Cobertura de la población ocupada en riesgo laboral	Nacional Departamento	Anual
META 2. A 2021, se disminuye la tasa de accidentalidad en el trabajo en Colombia.	Indicador de Resultado 2. Incidencia de accidentalidad en el trabajo	Nacional Departamento	Anual
META 3. A 2021, se establece la línea base de las enfermedades laborales, diagnosticadas por cada cien mil trabajadores afiliados al Sistema General de Riesgos Laborales, en periodos bienales.	Indicador de Resultado 3. Incidencia de enfermedades relacionadas con el trabajo	Nacional Departamento	Anual

Tabla 5.9. Dimensión Grupos diferenciales de poblaciones

Dimensión Grupos diferenciales de poblaciones			
Meta	Indicador	Nivel desagregación	Periodicidad
META 1. En 2021 se habrá disminuido la mortalidad nacional en menores de 5 años a menos de 18 x1.000 nacidos vivos.	Indicador de Resultado 1. Mortalidad en menores de cinco años Indicador de Resultado 2. Tasa de mortalidad por desnutrición en la niñez	Nacional Departamental Municipal	Anual
META 2. En 2015 se tendrán metas diferenciales de mortalidad infantil por territorio y para 2021 se tendrá una disminución del gradiente diferencial de esta mortalidad.	Indicador de Resultado 3. Tasa de mortalidad por EDA en menores de 5 años Indicador de Resultado 4. Tasa de mortalidad por IRA en la niñez Indicador de Resultado 5. Tasa de mortalidad en la niñez ajustada (DANE)		
META 3. En 2021 habrá disminuido la mortalidad infantil nacional a menos de 15 x1000 nacidos vivos.	Indicador de Resultado 6. Tasa de mortalidad infantil ajustada (DANE)	Nacional Departamental Municipal	Anual
META 4. En 2015 se tendrán metas diferenciales de			

mortalidad infantil por territorito y para 2021 se tendrá una disminución del gradiente diferencial de esta mortalidad.			
META 5. En 2021, Colombia cuenta con un modelo de atención y prestación de servicios en salud con adecuación en el curso de vida, género, etnicidad, y en las necesidades diferenciales de la población con discapacidad y víctima del conflicto	**Indicador de Gestión 1.** Modelo de Atención y prestación de servicios en salud con adecuación en el curso de vida, género, etnicidad, y en las necesidades diferenciales de la población con discapacidad y víctima del conflicto implementado.	Nacional	Anual
META 6. En 2021, Colombia ha aumentado la disponibilidad de información y evidencia sobre la atención diferencial de las personas y colectivos	**Indicador de Gestión 2.** Número de publicaciones disponibles para consulta sobre sobre la atención diferencial de las personas y colectivos	Nacional	Anual
META 7. En 2021, Colombia ha desarrollado modelos de educación y comunicación en salud en el tema de conductas saludables con enfoque diferencial.	**Indicador de Gestión 3.** Número de modelos de educación y comunicación en salud en temas de conductas saludables con enfoque diferencial.	Nacional	Anual
META 8. En 2021, Colombia consolida la participación social en salud a través de redes de organizaciones sociales que influyen de manera positiva en las políticas públicas orientadas a intervenir los Determinantes Sociales de la Salud	**Indicador de Gestión 4.** Número de redes de organizaciones sociales que influyen de manera positiva en las políticas públicas orientadas a intervenir los Determinantes Sociales de la Salud	Nacional	Anual
META 9. A 2015 se habrá implementado en todo el territorio nacional el marco estratégico y operativo de los “Primeros Mil días de vida”, desde la gestación hasta cumplir los dos años de vida.	**Indicador de Gestión 5.** Documento que contenga Marco estratégico y operativo de los "Primeros Mil días de vida" desde la gestación hasta cumplir los dos años de vida implementado en el territorio nacional	Departamentos Municipios	Anual
META 10. A 2015 se habrá implementado en todo el territorio nacional el marco estratégico y operativo de promoción de la salud materna, prevención, atención y vigilancia de las anomalías congénitas.	**Indicador de Gestión 6.** Documento que contenga Marco estratégico y operativo de promoción de la salud materna, prevención, atención y vigilancia de las anomalías congénitas	Nacional	Anual

META 11. A 2017 se habrá implementado en todo el territorio nacional el marco estratégico y operativo de salud de la infancia.	**Indicador de Gestión 7.** Modelo de salud dirigido a la infancia implementado	Nacional	Anual
META 12. A 2017 se habrá implementado en todo el territorio nacional el marco estratégico y operativo de salud de la adolescencia.	**Indicador de Gestión 8.** Modelo de salud dirigido a la adolescencia implementado	Nacional	Anual
META 13. A 2021, por lo menos el 80% de los planes territoriales anuales en salud, habrán tenido participación activa de niñas, niños y adolescentes en su diseño, implementación, monitoreo y evaluación.	**Indicador de Gestión 9.** Porcentaje de planes territoriales anuales de salud que cuentan con la participación activa de niños, niñas y adolescentes en su implementación, monitoreo y evaluación.	Nacional Departamentos	Anual
META 14. En 2015 se tendrán metas diferenciales de mortalidad neonatal por territorito y para 2021 se tendrá una disminución del gradiente diferencial de esta mortalidad.	Indicador de Resultado 7. Tasa de mortalidad neonatal por causas	Departamentos Municipios Sexo	Anual
META 15. En 2019 se tendrá definidas líneas de base y metas en la disminución de mortalidad y morbilidad evitable en niñas, niños entre (6 a 10) y adolescentes (11 a 17 años).	**Indicador de Gestión 10.** Número de líneas base establecidas en relación a la morbi.mortalidad evitable en niños, niñas y adolescentes.	Departamentos Municipios	Anual
META 16. En 2021 las acciones territoriales en salud para la primera infancia, infancia y adolescencia forman parte de la ruta integral de atenciones definida por el marco de política nacional.	**Indicador de Gestión 11.** Número de acciones territoriales en salud para la infancia y adolescencia integradas a la ruta de atención definida en el marco de la política nacional	Departamentos Municipios	Anual
META 17. En 2021, las mujeres gestantes y en periodo de lactancia materna, las niñas, los niños y adolescentes reconocen los resultados de la política de humanización que implementan el sector salud.	**Indicador de Gestión 12.** Número de mujeres gestantes y en periodo de lactancia materna, las niñas, los niños y adolescentes que reconocen los resultados de la política de humanización que implementan el sector salud.	Departamento Municipio	Anual
META 18. A 2016 el país contará con líneas de base	**Indicador de Gestión 13.** Proporción de municipios y	Departamento Municipio	Anual

nacional y territorial, del desarrollo infantil y de la condición de discapacidad de niñas, niños y adolescentes.	departamentos que cuentan con línea base de desarrollo infantil y de la condición de discapacidad de niños, niñas y adolescentes.		
META 19. A 2016 el país contará con línea de base respecto a la situación de salud de las y los adolescentes.	**Indicador de Gestión 14.** Línea base de la situación de salud de los niños, las niñas y los adolescentes.	Departamento Municipio	Anual
META 20. A 2016 se tendrá una línea de base de las brechas de equidad en los resultados en salud de niñas, niños y adolescentes.	**Indicador de Gestión 15.** Línea base de las brechas de equidad en los resultados de salud de niñas, niños y adolescentes.	Departamento Municipio	Anual
META 21. En el 2016 el 100% de los actores del sector salud implementan estrategias de seguimiento a los resultados en salud, de las niñas, los niños y las y los adolescentes.	**Indicador de Gestión 16.** Porcentaje de actores del sector salud que implementan estrategias se seguimiento a los resultados en salud de la infancia y la adolescencia.	Departamento Municipio	Anual
META 22. En el 2016 el 100% de las secretarias de salud de los municipios y los departamentos implementan estrategias para fortalecer la vigilancia en salud pública y los eventos de interés en salud, materno infantil.	**Indicador de Gestión 17.** Proporción de secretarías de salud que implementan estrategias para fortalecer la vigilancia en salud pública y los eventos de interés en salud materno infantil.	Departamento Municipio	Anual
META 23. A 2021 Colombia contará con un modelo de envejecimiento activo promovido y adoptado a nivel nacional y territorial por el MSPS.	**Indicador de Gestión 18.** Modelo de envejecimiento activo promovido y adoptado para Colombia	Departamento Municipio	Anual
META 24. A 2015 se habrá fortalecido el Plan Nacional de Ciencia y Tecnología para el desarrollo de estudios e investigaciones e innovación y desarrollo de tecnologías para atender el envejecimiento y vejez.	**Indicador de Gestión 19.** Número de investigaciones y proyectos avalados por COLCIENCIAS concentrado en el tema de vejez y envejecimiento.	Nacional	Anual
META 25. A 2015 se habrán establecido y aplicado las metodologías de análisis de las inequidades sociales en los diferentes momentos del curso de vida, para sustentar las	**Indicador de Gestión 20.** Número de metodologías implementadas de análisis de las inequidades sociales en los diferentes momentos del curso de vida, para sustentar las	Departamento Municipio	Anual

estrategias de focalización de las políticas, planes y programas dirigidos a las poblaciones en situación de vulnerabilidad social.	estrategias de focalización de las políticas, planes y programas dirigidos a las poblaciones en situación de vulnerabilidad social.		
META 26. A 2016 Colombia contará con un sistema de información que apoya en análisis de la situación de envejecimiento y vejez coordinado por la Dirección de Epidemiología y Demografía.	**Indicador de Gestión 21.** Sistema de información implementado para apoyar el análisis de la situación de envejecimiento y vejez.	Departamento Municipio	Anual
META 27. A 2015 el 80% de las entidades territoriales del orden departamental, distrital y municipal desarrollarán estrategias intergeneracionales para promover el envejecimiento activo en toda su población.	**Indicador de Gestión 22.** Proporción de municipios y departamentos que desarrollan estrategias intergeneracionales para promover el envejecimiento activo en toda su población.	Departamento Municipio	Anual
META 28. A 2021 el 100% de los departamentos, distritos y municipios desarrollarán programas para promover el envejecimiento activo de su población y contarán con planes y programas intergeneracionales para promover una “Sociedad para Todas las Edades”.	**Indicador de Gestión 23.** Proporción de municipios y departamentos que desarrollan programas para promover el envejecimiento activo	Departamento Municipio	Anual
META 29. A 2016 el 100% de las entidades territoriales del nivel departamental, municipios y ciudades capitales cuentan con centros vida o día para promover la inclusión social de las personas mayores y el envejecimiento activo desarrollando en ellos, estrategias de apoyo y fortalecimiento familiar, social y comunitario.	**Indicador de Gestión 24.** Proporción de entidades territoriales con centros días para promover la inclusión social de las personas mayores. Proporción de entidades territoriales que cuentan con estrategias de apoyo y fortalecimiento familiar, social y comunitario en relación con el envejecimiento activo y personas mayores.	Departamento Municipio	Anual

META 30. A 2015 las aseguradoras y los prestadores de servicios de salud habrán desarrollado una estrategia de sensibilización y capacitación de su personal para la humanización de los servicios prestados a las personas mayores.	**Indicador de Gestión 25.** Proporción de aseguradoras y prestadores de los servicios de salud que desarrollen estrategias de sensibilización y capacitación de su personal en la humanización de prestación de servicios a las personas mayores.	Departamento Municipio	Anual
META 31. A 2021, el 100% de los servicios de salud que atienden a las personas mayores tendrán implementados protocolos de atención para las personas mayores y desarrollarán políticas de calidad y humanización con resultados favorables reconocidos por los usuarios.	**Indicador de Gestión 26.** Proporción de servicios de salud que atienden población mayor cuentan con protocolos para la atención de este grupo poblacional e incluyen políticas de atención con calidad y humanización.	Departamento Municipio	Anual
META 32. A 2021, el país presentará disminución progresiva de las barreras de acceso a servicios de salud dirigidos a las personas mayores.	**Indicador de Gestión 27.** Porcentaje de personas que enfrentan barreras de acceso a servicios de salud. Barreras de acceso a salud según las causas.	Departamento Municipio Grupos de edad Sexo Grupos étnicos	Anual
META 33. A 2015 se habrán diseñado estrategias de comunicación por medios masivos y alternativos de comunicación para promover los derechos, el respeto y la dignificación de las personas mayores.	**Indicador de Gestión 28.** Número de estrategias de comunicación por medios masicos y alternativos de comunicación para promover los derechos, el respeto y la dignificación de las personas mayores.	Departamento Municipio	Anual
META 34. A 2021, el 100% de los municipios y departamentos contarán con un proceso de implementación y seguimiento de las políticas públicas de envejecimiento y vejez y de apoyo y fortalecimiento a las familias.	**Indicador de Gestión 29.** Proporción de municipios y departamentos que cuentan con un proceso de implementación y seguimiento de la política pública de envejecimiento y vejez.	Departamento Municipio	Anual
META 35. A 2021 existirá una instancia de coordinación gubernamental a nivel nacional y territorial que favorezca el proceso de implementación y seguimiento a las políticas públicas de envejecimiento y	**Indicador de Gestión 30.** Creación de una instancia de coordinación gubernamental y territorial que favorezca el proceso de implementación y seguimiento a las políticas públicas de envejecimiento y	Departamento Municipio	Anual

vejez y de apoyo y fortalecimiento de las familias.	vejez.		
META 36. A 2015 el Ministerio de Salud y Protección Social, en articulación con otros sectores, habrá diseñado un sistema de garantía de la calidad para los prestadores de servicios de protección y promoción social que brindan atención a las personas mayores, teniendo en cuenta sus diferentes componentes: i) registro institucional, ii) autorización de funcionamiento, iii) seguridad del usuario, iv) auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención, v) acreditación, vi) sistema de información para la calidad.	**Indicador de Gestión 31.** Sistema de Garantía de la calidad para los prestadores de servicios de protección y promoción social que brindan atención a las personas mayores diseñado en articulación entre el Ministerio de Salud y Protección Social y otros sectores.	Nacional	Anual
META 37. A 2015 el país cuenta con la identificación de la situación de los servicios sociales de protección y promoción social, que se brindan a las personas mayores.	**Indicador de Gestión 32.** Número de servicios sociales y de protección social que se brinda a las personas mayores caracterizados.	Departamento Municipio	Anual
META 38 A 2021, Colombia contará con la adecuación del modelo de atención integral al enfoque de género, orientado a la reducción de las inequidades de género en salud, con participación social y articulación intersectorial con trabajo y educación.	**Indicador de Gestión 33.** Documento que describa la adecuación realizada del modelo de atención integral al enfoque de género, orientado a la reducción de las inequidades de género en salud, con participación social y articulación intersectorial con trabajo y educación.	Nacional	Anual
META 39. A 2014, Colombia cuenta con un capítulo étnico que desarrolla la ruta de la salud pública para esta población	**Indicador de Gestión 34.** Documento que describa la ruta de la salud pública de grupos étnicos a incluir dentro del capítulo étnico.	Nacional	Anual
META 40. A 2021, Colombia cuenta con modelo de atención y prestación de servicios en salud con adecuación etnocultural	**Indicador de Gestión 35.** Documento que contenga el Modelo de atención y prestación de servicios en salud con adecuación etnocultural.	Nacional	Anual
META 41. A 2021, Colombia	**Indicador de Gestión 36.**	Nacional	Anual

contará con un adecuado modelo de atención integral en salud para personas con discapacidad, que permita promover el desarrollo de políticas públicas orientadas a mejorar las condiciones y entornos cotidianos para su desarrollo integral, para garantizar servicios de salud accesibles e incluyentes y asegurar la calidad y disponibilidad de los servicios y de la oferta de habilitación y rehabilitación centrada en las necesidades y características de las personas con discapacidad y en el fortalecimiento de sus capacidades.	Documento que describa el Modelo de atención integral en salud para personas con discapacidad, que permita promover el desarrollo de políticas públicas orientadas a mejorar las condiciones y entornos cotidianos para su desarrollo integral, para garantizar servicios de salud accesibles e incluyentes y asegurar la calidad y disponibilidad de los servicios y de la oferta de habilitación y rehabilitación centrada en las necesidades y características de las personas con discapacidad y en el fortalecimiento de sus capacidades		
META 42. A 2014, Colombia cuenta con un capítulo específico en el Plan Decenal de Salud Pública dirigido a garantizar el acceso y mejorar las condiciones de salud entre la población víctima del conflicto armado, incorporado al documento marco del PDSP	**Indicador de Gestión 37.** Documento que describa el capítulo dirigido a garantizar el acceso y mejorara las condiciones de salud entre la población víctima del conflicto armado, incorporado al documento marco del PDSP.	Nacional	Anual
META 43. A 2021, Colombia contará con un modelo de atención integral en salud para población víctima del conflicto armado, en el que las entidades territoriales cuenten con la capacidad técnica para ejecutar y monitorear el programa de atención psicosocial y salud integral para población víctima del conflicto armado PAPSIVI.	**Indicador de Gestión 38.** Documento que describa el modelo de atención integral en salud para población víctima del conflicto armado, en el que las entidades territoriales cuentan con la capacidad técnica para ejecutar y monitorear el programa de atención psicosocial y salud integral para población víctima del conflicto armado PAPSIVI	Nacional	Anual

Tabla 5.10. Dimensión Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria

Dimensión Fortalecimiento de la autoridad sanitaria			
Meta	Indicador	Nivel desagregación	Periodicidad
Meta	Indicador	Nivel desagregación	Periodicidad
META 1. A 2021, Colombia cuenta con cobertura universal en salud con acceso efectivo a los servicios de atención equiparables entre zona urbana y rural y entre el quintil más pobre y el quintil más rico.	**Indicador de Gestión 1.** % de cobertura de acceso efectivo a los servicios de atención en áreas urbanas	Nacional Departamental Municipal	Anual
META 2. A 2021, Colombia dispone de información y evidencia sobre desigualdades sociales y económicas e inequidades en salud, por departamentos, necesaria para orientar políticas e intervenciones en los territorios y grupos vulnerables.	**Indicador de Gestión 2.** Número de Informes/reportes generados desde los Observatorios del Minsalud disponibles para guiar políticas e intervenciones	Nacional Departamental	Anual
	Indicador de Resultado 1. Índice de desempeño integral de planes de salud	Municipal EPS/ARL Grupos Vulnerables	
META 3. A 2021, Colombia consolidará el sistema de información integrado y los observatorios de salud pública, utilizado como la fuente única de información en salud por las Entidades Territoriales, las aseguradoras o quien haga sus veces, los prestadores de servicios de salud, y los organismos de control, y como fuente principal para los investigadores y la academia.	**Indicador de Gestión 3.** % de consultas realizadas a la Bodega de Datos del SISPRO	Nacional Departamental Municipal EPS/ARL	Anual
META 4. A 2021, Colombia ha implementado el sistema de garantía de la calidad de servicios de salud individuales y colectivos.	**Indicador de Gestión 4.** Sistema de garantía de la calidad de servicios de salud individuales y colectivos implementado	Nacional	Anual
META 5. A 2021, Colombia basa su modelo de atención en salud en la Estrategia de Atención Primaria en Salud.	**Indicador de Gestión 5.** % de departamentos con acciones enmarcadas en la Estrategia de Atención Primaria en Salud	Nacional Departamental Municipal EPS/ARL	Anual

Dimensión Fortalecimiento de la autoridad sanitaria			
Meta	Indicador	Nivel desagregación	Periodicidad
	adelantada		
META 6. A 2021, Colombia cuenta con talento humano suficiente y calificado para responder a la demanda de servicios de salud.	**Indicador de Gestión 6.** Disponibilidad/concentración de talento humano en salud en el país	Nacional Departamental Municipal EPS/ARL Profesiones	Anual
META 7. A 2021 Colombia consolida y desarrolla el Sistema de Vigilancia en Salud Pública en todo el territorio nacional, y lo integra a los sistemas de vigilancia y control sanitario, e inspección, vigilancia y control del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en coordinación con las entidades territoriales, Entidades Promotoras de Salud EPS o las que hagan sus veces, Prestadores de Servicios de Salud, organismos de control e institutos adscritos.	**Indicador de Gestión 7.** % de aseguradoras con planes de mejoramiento de cobertura implementados en áreas rurales y dispersas.	Nacional Departamental Municipal EPS/ARL	Anual
META 8. A 2021 Colombia consolida y desarrolla la Red Nacional de Laboratorios, como apoyo a la gestión de la vigilancia en salud pública y vigilancia sanitaria.	**Indicador de Gestión 8.** Porcentaje avance de la implementación de la Red Nacional de Laboratorios de salud pública	Nacional Departamental	Anual