

DECRETO 3039 DE 2007

(agosto 10)

por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010.

Nota: Desarrollado por la Resolución 1956 de 2008, M. de la Protección Social.

El Presidente de la República de Colombia, en uso de sus atribuciones constitucionales y legales, en especial las conferidas por el numeral 11 del artículo 189 de la [Constitución Política](#) y los artículos 154 de la Ley 100 de 1993, 42 de la Ley 715 de 2001 y 33 de la Ley 1122 de 2007,

DECRETA:

Artículo 1°. Plan Nacional de Salud Pública. Adóptase el Plan Nacional de Salud Pública para el cuatrienio 2007-2010, contenido en el documento que forma parte integral del presente decreto.

El Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010 será de obligatorio cumplimiento, en el ámbito de sus competencias y obligaciones por parte de la Nación, las entidades departamentales, distritales y municipales de salud, las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado, las entidades obligadas a compensar, las entidades responsables de los regímenes especiales y de excepción y los prestadores de servicios de salud.

Artículo 2°. Implementación. El Ministerio de la Protección Social deberá desarrollar, adoptar o ajustar los documentos técnicos y expedir los actos administrativos que se requieran para facilitar la implementación del Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010 atendiendo las diferencias regionales, étnicas y culturales. (Nota: Ver Resolución 2121 de 2010, M. de la Protección Social.).

Artículo 3°. Vigencia. El presente decreto rige a partir de la fecha de su publicación.

Publíquese y cúmplase.

Dado en Bogotá, D. C., a 10 de agosto de 2007.

ÁLVARO URIBE VÉLEZ

El Ministro de la Protección Social,

Diego Palacio Betancourt.

PLAN NACIONAL DE SALUD PUBLICA

2007-2010

CAPITULO I

Alcance

En desarrollo de las competencias consagradas en la [Constitución Política](#), la Ley 9ª de 1979, Ley 10 de 1990, Ley 100 de 1993, Ley 715 de 2001, Ley 691 de 2001, Ley 1122 de 2007 y la Ley 1151 de 2007, el Ministerio de la Protección Social, como ente rector del Sistema de Protección Social, del Sistema General de Seguridad Social en Salud, SGSSS, y del sector salud, tiene la función de proveer de manera integral, las acciones de salud individuales y colectivas con la participación responsable de todos los sectores de la sociedad, que mejoren la condiciones de salud de la población.

Al Gobierno Nacional, de acuerdo con lo establecido en el artículo 33 de la Ley 1122 de 2007, le corresponde definir cada cuatro años el Plan Nacional de Salud Pública. El Plan Nacional de Salud Pública incluye:

1. Las prioridades, objetivos, metas y 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.

2. Define 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 complementarán con las acciones de los actores de otros sectores definidas en el Plan Nacional de Desarrollo y en los Planes de Desarrollo Territorial.

De acuerdo con lo establecido en las Leyes 10 de 1990, 100 de 1993, 715 de 2001, 691 de 2006 y 1122 de 2007, corresponde a las entidades nacionales, a las entidades adscritas al Ministerio de la Protección Social, a las direcciones territoriales de salud, a las Entidades Promotoras de Salud, EPS, a las entidades de los regímenes especiales y de excepción, a las Administradoras de Riesgos Profesionales, ARP, a los Prestadores de Servicios de Salud, IPS, a los resguardos indígenas, y a la sociedad civil en general, adoptar las políticas, prioridades, objetivos, metas y estrategias del Plan Nacional de Salud Pública. Para ello se formulará y aprobará el Plan de Salud Territorial a cargo de las direcciones territoriales de salud, comprende acciones del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas y las acciones previstas en el Plan Obligatorio de Salud, POS, del régimen contributivo y del régimen subsidiado y el de riesgos profesionales. Los anteriores planes se formularán en coherencia con los perfiles de salud territorial. Además, se adoptará el sistema de evaluación de resultados para realizar los correctivos pertinentes y así cumplir con las metas definidas para el cuatrienio.

Por tanto, el Ministerio de la Protección Social previa consulta a expertos y concertación con los actores del sector salud, formula el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010, cuyo propósito es definir la política pública en salud que garantice las condiciones para mejorar la salud de la población Colombiana, prolongando la vida y los años de vida libres de

enfermedad, promoviendo condiciones y estilos de vida saludables, previniendo y superando los riesgos para la salud, y recuperando o minimizando el daño, entendiendo la salud como un derecho esencial individual, colectivo y comunitario logrado en función de las condiciones de salud, bienestar y calidad de vida, mediante acciones sectoriales e intersectoriales.

El Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010, en coherencia con las políticas del Plan Nacional de Desarrollo 2006-2010, previstas en la Ley 1151 de 2007, define las prioridades en salud de los próximos cuatro años, los objetivos, metas y estrategias para su cumplimiento, y las enmarca en las competencias de todos los actores involucrados conforme a los recursos disponibles.

PROPOSITOS DEL PLAN NACIONAL DE SALUD PUBLICA

Son propósitos del Plan Nacional de Salud Pública los siguientes:

1. Mejorar el estado de salud de la población Colombiana.
2. Evitar la progresión y los desenlaces adversos de la enfermedad.
3. Enfrentar los retos del envejecimiento poblacional y la transición demográfica.
4. Disminuir las inequidades en salud de la población Colombiana.

CAPITULO II

Conceptos

Marco teórico

Se reconoce que en la definición de políticas y en la planificación en salud pública convergen procesos técnicos y políticos y existen diferentes modelos metodológicos para hacerlo. El

modelo racionalista, muy utilizado en las décadas del 60 y 70, sugiere seguir estrictamente etapas cronológicas y propone una práctica que no responde a solucionar situaciones complejas y de alternativas diversas que se requieren en el análisis.

El modelo incrementalista otorga todo el peso a la naturaleza política de la planificación y plantea que solo es posible realizar pequeños cambios para alcanzar los objetivos propuestos, los cuales dependen del contexto. De este modo, este modelo plantea las políticas, destacando el papel clave que juegan los grupos de interés.

El modelo mixto retoma elementos del modelo racionalista pero reduce las posibles alternativas a partir de criterios de priorización que permiten seleccionar áreas de acción.

Partiendo de esta priorización se pasa a definir los criterios de selección conforme a los valores del sistema, de los grupos de interés y del contexto.

El Plan Nacional de Salud Pública recoge los compromisos adquiridos por el país que favorecen la salud pública, en particular en la Iniciativa de Salud de las Américas, que incluye el desarrollo de las Funciones Esenciales de Salud Pública, la agenda de acuerdos entre los Ministros de Salud del Área Andina, los Objetivos de Desarrollo del Milenio y el Reglamento Sanitario Internacional, así como otros compromisos internacionales en temas específicos.

De esta manera, el Plan Nacional de Salud Pública es el resultado de la aplicación de los modelos anteriores a las características del sector de la salud colombiano y de la adopción de los compromisos internacionales. Adicionalmente, ante el desafío de prolongar la vida saludable y de reducir las inequidades en salud, el Plan Nacional de Salud Pública hace especial énfasis en la necesidad de coordinar acciones específicas con otros sectores, toda vez que muchos de los determinantes de la salud corresponden a las acciones de esos sectores.

Enfoques

El Plan Nacional de Salud Pública integra el mandato constitucional sobre el derecho a la salud bajo diversos enfoques conceptuales, enmarcados en el artículo 33 de la Ley 1122 de 2007 con el objetivo de mejorar las condiciones de salud, bienestar y calidad de vida de la población residente en el territorio Colombiano. En este sentido, el Plan Nacional de Salud Pública debe entenderse como el producto de la movilización social de actores y la concertación y articulación de las acciones sectoriales e intersectoriales.

Para ello se articulan los siguientes enfoques, con el propósito de reducir la carga de la enfermedad y crear las condiciones para modificar la carga futura en la población.

1. Enfoque poblacional

Se entiende por enfoque poblacional, las intervenciones en salud simples o combinadas dirigidas a la población en general que buscan modificar los riesgos acumulados en cada uno de los momentos del ciclo vital, que incrementan la carga de morbilidad, mortalidad y discapacidad.

2. Enfoque de determinantes

Los determinantes son un conjunto de factores que inciden de forma directa en el estado de salud de los individuos y de las poblaciones. El enfoque de determinantes plantea que los resultados en salud de los individuos, grupos y colectividades, dependen de la interacción de cuatro grupos de factores: ambientales, del comportamiento humano, de la herencia y de las respuestas de los servicios de salud. Este abordaje pretende intervenir aquellos factores de riesgo que sean modificables.

3. Enfoque de gestión social del riesgo

El enfoque de gestión social del riesgo se plantea como un proceso dinámico, creativo en el cual se construyen soluciones a partir de un abordaje causal de los riesgos de salud en poblaciones específicas, buscando la identificación y modificación de estos, para evitar desenlaces adversos, teniendo en cuenta que muchos de los eventos de salud no ocurren al azar sino que son predecibles y modificables con el concurso de los actores de salud, otros sectores comprometidos y la comunidad.

Principios

Los principios que guían el Plan Nacional de Salud Pública son los siguientes:

Universalidad

Es la garantía del derecho a la salud con calidad para todas las personas, sin ninguna discriminación, en todas las etapas de la vida.

Equidad

La equidad en salud se logra cuando todas las personas alcancen su potencial de salud y por lo tanto, ninguna persona sea afectada en su capacidad de alcanzar ese potencial debido a su condición social o por circunstancias socialmente determinadas y evitables.

Calidad

Es la provisión de servicios individuales y colectivos accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario.

Eficiencia

Es la mejor utilización social y económica de los recursos administrativos, técnicos y

financieros del Estado y los particulares para garantizar el derecho a la salud y al acceso de los servicios integrales de promoción de la salud y la calidad de vida, prevención de los riesgos y recuperación de la salud con oportunidad, calidad y suficiencia.

Responsabilidad

Es la garantía del acceso a las acciones individuales y colectivas en salud pública con oportunidad, calidad, eficiencia y equidad. La responsabilidad implica que los actores asuman consecuencias administrativas, penales, civiles y éticas por acciones inadecuadas u omisiones que atenten contra la salud o la calidad de vida.

Respeto por la diversidad cultural y étnica

Es la garantía del respeto, del entendimiento de la cosmovisión, usos, costumbres, territorio ancestral, sitios sagrados y creencias de los grupos étnicos frente a la promoción, prevención, protección y recuperación de la salud, bajo el ejercicio de la consulta y concertación con las comunidades, garantizando su participación en la formulación, seguimiento y evaluación de los planes de salud en concordancia con las disposiciones de la autoridad de salud y la Ley 691 de 2001.

Participación social

Es la intervención de la comunidad en la planeación, gestión y control social y evaluación del Plan, se deberá promover la vinculación efectiva de la población para garantizar que las prioridades en salud y bienestar territorial respondan a las necesidades sentidas de los grupos sociales, y que estas se concreten en los planes de salud territoriales.

Intersectorialidad

Es la interrelación y articulación de los distintos actores intra y extrasectoriales con el fin de

lograr resultados de salud de manera más eficaz, eficiente y sostenible, orientadas a alcanzar las metas comunes en salud.

CAPITULO III

Líneas de política

El Ministerio de la Protección Social, como principal responsable y gestor de las acciones dirigidas a mejorar las condiciones de salud en la población, define las siguientes líneas para el desarrollo de la política en salud:

1. La promoción de la salud y la calidad de vida.
2. La prevención de los riesgos.
3. La recuperación y superación de los daños en la salud.
4. La vigilancia en salud y gestión del conocimiento.
5. La gestión integral para el desarrollo operativo y funcional del Plan Nacional de Salud Pública.

Estas líneas buscan armonizar y articular el Sistema de Protección Social para el logro de las metas y especialmente para reducir las brechas en salud existentes entre regiones y grupos poblacionales. Esto exige una articulación efectiva de esfuerzos del sector, entre la Nación, las entidades territoriales, las Entidades Promotoras de Salud, EPS, las Administradoras de Riesgos Profesionales, ARP, los Prestadores de Servicios de Salud, IPS, la sociedad civil organizada, las sociedades científicas, las instituciones formadoras del talento humano en salud, los otros sectores de la sociedad y las entidades de cooperación técnica internacional.

Línea de política número 1. Promoción de la salud y la calidad de vida

La promoción de la salud y la calidad de vida constituye un proceso político y social que abarca las acciones dirigidas a fortalecer los medios necesarios para mejorar la salud como derecho humano inalienable, a consolidar una cultura de la salud que involucre a individuos, familias, comunidades y la sociedad en su conjunto, a integrar el trabajo de los sectores y las instituciones en un proceso orientado a modificar los condicionantes o determinantes de la salud, con el fin de mitigar su impacto en la salud individual y colectiva.

Se asume la promoción de la salud y la calidad de vida como una dimensión del trabajo de salud que ubica su centro en la noción de salud, en su sentido positivo como bienestar y calidad de vida, que se articula y se combina con la acción preventiva. La promoción de la salud y la calidad de vida integra las acciones individuales y colectivas encaminadas a hacer que los individuos y las colectividades estén en condiciones de ejercer un mayor control sobre los determinantes de su salud.

Esta línea hace posible la vinculación de los temas del sector salud con los temas de otros sectores y con la política económica y social. El objetivo es fomentar las capacidades y generar en los individuos y las comunidades las oportunidades para que sean capaces de identificar y satisfacer sus necesidades en salud, cambiar o adaptarse al medio ambiente, asumir estilos de vida que reduzcan su vulnerabilidad, y participar en el control social para la mejoría de las condiciones del entorno con el fin de facilitar el desarrollo de una cultura de la salud con calidad de vida y el desarrollo de la autonomía individual y colectiva.

La calidad de vida se define como la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. Supone la satisfacción mínima aceptable del complejo de necesidades y satisfactores en las dimensiones individual, familiar y comunitaria en los ámbitos locales, regionales y nacionales.

Estrategias de la promoción de la salud y la calidad de vida

Para el desarrollo de esta política se definen las siguientes estrategias:

A cargo de la Nación:

- a) Formulación, desarrollo y evaluación de políticas públicas de promoción de la salud y la calidad de vida;
- b) Fomento de la educación para la salud dentro y fuera del sector salud;
- c) Formulación, desarrollo y evaluación de las políticas para mejorar la participación social y el empoderamiento comunitario;
- d) Abogacía para movilizar voluntades, compromisos políticos intersectoriales y comunitarios para mejorar la salud y calidad de vida y establecer alianzas para la construcción de entornos saludables;
- e) Formulación, desarrollo y evaluación de las políticas para la reorientación de los servicios de salud hacia la promoción de la salud y la calidad de vida, bajo estándares de calidad y satisfacción de los usuarios.

A cargo de las entidades territoriales:

- a) Adopción y evaluación de políticas públicas de promoción de la salud y la calidad de vida y prevención de los riesgos;
- b) Fomento de la educación para la salud dentro y fuera del sector salud;
- c) Formulación, adopción y evaluación de políticas para mejorar la participación social y comunitaria en salud;

d) Abogacía para movilizar voluntades, compromisos políticos intersectoriales y comunitarios para mejorar la salud y calidad de vida y establecer alianzas para la construcción

de entornos saludables;

e) Formulación, adopción y evaluación de políticas para la reorientación de los servicios de salud hacia la promoción de la salud y la calidad de vida, bajo estándares de calidad y satisfacción de los usuarios.

A cargo de las Entidades Promotoras de Salud, EPS, Administradoras de Riesgos Profesionales,

ARP, e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, IPS:

a) Promoción del conocimiento de los derechos y deberes dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, SGSSS, en la población a su cargo;

b) Promoción de entornos saludables en la población a su cargo y en el ámbito de los servicios de salud;

c) Promoción del desarrollo individual integral por ciclo vital y de la adopción de estilos de vida saludable;

d) Promoción de la salud mental con énfasis en el ámbito intrafamiliar;

e) Promoción del uso racional, adecuado y oportuno de los servicios en salud;

f) Promoción de la conformación de redes sociales de apoyo y de usuarios que faciliten los procesos de mejoramiento de la salud y calidad de vida.

Línea de política número 2. Prevención de los riesgos

Es el conjunto de acciones individuales y colectivas en salud orientadas a la reducción de los riesgos de enfermar o morir. El objetivo de esta línea de política es minimizar la pérdida de bienestar evitando, mitigando o reduciendo al mínimo la probabilidad de daño, mediante intervenciones compartidas entre el Estado, la comunidad, las Entidades Promotoras de Salud, EPS, las Administradoras de Riesgos Profesionales, ARP, y los sectores cuyas acciones tienen incidencia en la salud de las personas.

Esta línea de política abarca las medidas destinadas no solamente a evitar la aparición de la enfermedad, la prevención primaria, sino también a gestionar el riesgo para detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida, la prevención secundaria.

Estrategias de la prevención de los riesgos

Para el desarrollo de esta política se definen las siguientes estrategias:

A cargo de la Nación:

- a) Definición, desarrollo, seguimiento y evaluación de las políticas públicas de prevención de los riesgos biológicos, del consumo, del comportamiento, del medio ambiente, laborales, sanitarios y fitosanitarios;
- b) Definición, seguimiento y evaluación de las acciones de prevención específica y detección temprana del Plan Obligatorio de Salud, POS, de los regímenes contributivo y subsidiado;
- c) Definición de las normas técnicas y guías de atención integral basadas en la evidencia para estandarizar los procesos de atención en el Plan Obligatorio de Salud, POS, de los regímenes contributivo y subsidiado;
- d) Desarrollo del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud, SOGCS;

- e) Definición, seguimiento y evaluación de las intervenciones preventivas de tipo colectivo priorizadas en el Plan Nacional de Salud Pública;
- f) Formulación, desarrollo y evaluación de planes preventivos en lo relativo a la salud, frente a las emergencias y desastres en salud;
- g) Definición, desarrollo, seguimiento y evaluación de los servicios preventivos en salud ocupacional y laboral;
- h) Desarrollo de acciones de coordinación y articulación intra y extrasectorial para la formulación y ejecución de las estrategias de prevención de los riesgos que afectan la salud.

A cargo de las entidades territoriales:

- a) Formulación, desarrollo y evaluación de políticas públicas de prevención de los riesgos biológicos, del consumo, del comportamiento, del medio ambiente, laborales, sanitarios y fitosanitarios;
- b) Seguimiento y evaluación de las acciones de prevención específica y detección temprana del Plan Obligatorio de Salud, POS, de los regímenes contributivo y subsidiado;
- c) Difusión y vigilancia de la aplicación de las normas técnicas y guías de atención integral basadas en la evidencia;
- d) Adopción del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud, SOGCS, en sus competencias;
- e) Desarrollo, seguimiento y evaluación de las intervenciones preventivas de tipo colectivo que afectan las prioridades del Plan Nacional de Salud Pública, en su jurisdicción;

f) Formulación, desarrollo y evaluación de planes preventivos en lo relativo a la salud, frente a las emergencias y desastres en salud, en su jurisdicción;

g) Definición, desarrollo, seguimiento y evaluación del desarrollo de los servicios preventivos en salud ocupacional y laboral, en su jurisdicción;

h) Desarrollo de acciones de coordinación y articulación intra y extrasectorial para la formulación y ejecución de las estrategias de prevención de los riesgos que afectan la salud, en su jurisdicción.

A cargo de las Entidades Promotoras de Salud, EPS, las Administradoras de Riesgos Profesionales, ARP, y de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, IPS:

a) Desarrollo por ciclo vital a nivel individual y familiar de las acciones de prevención específica y detección temprana incluidas en el Plan Obligatorio de Salud, POS, de los regímenes contributivo y subsidiado;

b) Desarrollo de su red de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, IPS, y del sistema de referencia y contrarreferencia;

c) Cumplimiento de los estándares definidos en el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud, SOGCS;

d) Mejoramiento continuo de las competencias del talento humano y capacitación en salud pública;

e) Evaluación de la percepción del riesgo y satisfacción de los servicios desde la perspectiva de los usuarios.

Línea de política número 3. Recuperación y superación de los daños en la salud

Es el conjunto de acciones individuales del Plan Obligatorio de Salud, POS, de los regímenes contributivo y subsidiado, que busca recuperar la salud y superar los daños ocurridos en los individuos y las poblaciones, mediante el acceso oportuno y con calidad a los servicios de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación y a los programas y redes de protección social. Involucra acciones de prevención secundaria y terciaria que se realizan en todos los niveles de atención y grados de complejidad con el objeto de detener o reducir el daño que pueda producir la enfermedad ya presente, el establecimiento de la cronicidad, sus recidivas o sus secuelas.

Esta política demanda de las autoridades de salud y de la sociedad en general, una permanente evaluación del acceso, oportunidad, calidad, pertinencia y grado de satisfacción de los usuarios de los servicios de salud.

Estrategias para la recuperación y superación de los daños en la salud

Para el desarrollo de esta política se definen las siguientes estrategias:

A cargo de la Nación:

- a) Definición, seguimiento y evaluación de las acciones de detección temprana, prevención específica y atención en salud incluidos del Plan Obligatorio de Salud, POS, de los regímenes contributivo y subsidiado;
- b) Definición de las normas técnicas y guías de atención integral basadas en la evidencia para estandarizar los procesos de atención en el Plan Obligatorio de Salud, POS, de los regímenes contributivo y subsidiado;
- c) Desarrollo del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud, SOGCS;

- d) Desarrollo de acciones de coordinación y articulación intra y extrasectorial para la formulación y ejecución de las estrategias de recuperación y superación de los daños en la salud;
- e) Definición, desarrollo, supervisión y evaluación de la redes de urgencias y de los sistemas de referencia y contrarreferencia;
- f) Definición, desarrollo, supervisión y evaluación de los servicios de atención integral de los accidentes de trabajo y la enfermedad derivada de la actividad laboral;
- g) Definición, desarrollo, supervisión y evaluación de los servicios diferenciales por ciclo vital para la atención y rehabilitación de las discapacidades;
- h) Fomento de la telemedicina.

A cargo de las entidades territoriales:

- a) Seguimiento y evaluación de las acciones de detección temprana y atención en salud del Plan Obligatorio de Salud, POS, de los regímenes contributivo y subsidiado, en su jurisdicción;
- b) Prestación de servicios de salud a la pobre, no asegurada, en lo establecido en el Plan Obligatorio de Salud, POS, del régimen contributivo;
- c) Difusión y vigilancia de la aplicación de las normas técnicas y guías de atención integral basadas en la evidencia para estandarizar los procesos de atención en el Plan Obligatorio de Salud, POS, de los regímenes contributivo y subsidiado;
- d) Desarrollo del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud, SOGCS, en sus competencias;

- e) Desarrollo de acciones de coordinación y articulación intra y extrasectorial para la formulación y ejecución de las estrategias de recuperación y superación de los daños en la salud, en su jurisdicción;
- f) Desarrollo de la redes de urgencias y de los sistemas de referencia y contrarreferencia, en su jurisdicción;
- i) Desarrollo, supervisión y evaluación de los servicios de atención integral de los accidentes de trabajo y la enfermedad derivada de la actividad laboral, en su jurisdicción;
- g) Vigilancia y fomento del desarrollo de servicios diferenciales por ciclo vital para la atención y rehabilitación de las discapacidades;
- h) Fomento de la telemedicina.

A cargo de las Entidades Promotoras de Salud, EPS, las Administradoras de Riesgos Profesionales, ARP, y de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, IPS:

- a) Desarrollo de las redes de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, IPS, y del sistema de referencia y contrarreferencia;
- b) Cumplimiento de los estándares definidos en el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud, SOGCS, en sus competencias;
- c) Mejoramiento continuo de las competencias del talento humano y capacitación en salud pública;
- d) Desarrollo por ciclo vital a nivel individual y familiar de las acciones de protección específica y atención en salud en el Plan Obligatorio de Salud, POS, de los regímenes contributivo y subsidiado;

e) Fomento y desarrollo de la telemedicina.

Línea de política número 4. Vigilancia en salud y gestión del conocimiento

Es el conjunto de procesos sistemáticos y constantes de recolección, análisis, interpretación y divulgación de información, y de investigación para la identificación de las necesidades de salud de la población y de la respuesta de los servicios para el mejoramiento de la salud y la calidad de vida de los colombianos.

La vigilancia en salud está compuesta por los procesos de vigilancia en salud pública, vigilancia en salud en el entorno laboral, vigilancia sanitaria e inspección, vigilancia y control de la gestión del Sistema General de Seguridad Social en Salud, SGSSS.

Vigilancia en salud pública

La vigilancia en salud pública vigila los riesgos y daños biológicos, del comportamiento y del medio ambiente, tanto individuales como colectivos. Para ello emplea la notificación obligatoria, la vigilancia activa por medio de observatorios y centinelas, entre otros, y la investigación de modelos de riesgo y enfermedad en las condiciones y eventos priorizados.

Este proceso es liderado por el Instituto Nacional de Salud, INS.

Vigilancia en salud en el entorno laboral

La vigilancia en salud en el entorno laboral vigila los riesgos laborales, los accidentes de trabajo y la enfermedad derivada de la actividad laboral. Para ello emplea la vigilancia activa haciendo uso entre otros de la metodología de buenas prácticas, y de la investigación.

Este proceso es liderado por el Ministerio de la Protección Social.

Vigilancia sanitaria

La vigilancia sanitaria vigila los riesgos relacionados con los alimentos, medicamentos, tecnologías en salud, productos de uso doméstico, establecimientos públicos y las cadenas productivas. Para ello emplea la vigilancia activa haciendo uso entre otros de la metodología de buenas prácticas, y de la investigación. Este proceso es liderado por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos, Invima.

Inspección, vigilancia y control de la gestión del Sistema General de Seguridad Social en Salud, SGSSS

La inspección, vigilancia y control de la gestión del Sistema General de Seguridad Social en Salud, SGSSS, es el conjunto de normas, agentes, y procesos articulados entre sí, en los ejes de financiamiento, aseguramiento, prestación de servicios, atención al usuario y participación social. Este proceso es liderado por la Superintendencia Nacional de Salud.

La vigilancia en salud, aplicando todos sus procesos y componentes generará el conocimiento sobre la situación de salud de la población Colombiana, la cual permitirá al Ministerio de la Protección Social junto con el modelo de desarrollo general ajustar el Plan Nacional de Salud Pública.

Esta línea demanda el desarrollo de procesos de aprendizaje individual, grupal y organizacional para la generación, aplicación y apropiación del conocimiento. Esto lleva a una concepción dinámica de la relación entre el conocimiento, el sujeto que conoce y el entorno en el cual actúa para lograr una transformación positiva de la realidad. Requiere la construcción de alianzas entre el sector salud y los sectores como educación, medio ambiente, agua, y comunicación entre otros, para la innovación e introducción de nuevas tecnologías.

La generación de conocimiento estará apoyada en el sistema de información de salud y en la

investigación, procesos fundamentales en el Plan Nacional de Salud Pública, y tiene como objetivo la identificación de las necesidades de salud de la población y sus determinantes.

La evaluación de resultados tiene como objetivo monitorear el grado de apropiación, ejecución y mejoramiento continuo de las políticas sectoriales y extrasectoriales definidas en el Plan Nacional de Salud Pública y su impacto en la salud individual y colectiva. Incluye la verificación de cumplimiento de los indicadores de gestión, los resultados y los recursos programados, conforme a lo establecido en el sistema de evaluación que el Ministerio de la Protección Social defina en cumplimiento del artículo 2° de la Ley 1122 de 2007.

Estrategias de la vigilancia en salud y gestión del conocimiento

Para el desarrollo de esta política se definen las siguientes estrategias:

A cargo de la Nación:

- a) Diseño, desarrollo, seguimiento y evaluación de las acciones de vigilancia en salud y gestión del conocimiento;
- b) Diseño, desarrollo, seguimiento y evaluación del análisis de la situación de salud de la población;
- c) Desarrollo del sistema de información de salud;
- d) Diseño, desarrollo, seguimiento y evaluación del Plan Nacional de Salud Pública;
- e) Fomento de la investigación aplicada en áreas de interés del Plan Nacional de Salud Pública;
- f) Desarrollo de estrategias de difusión de los resultados en salud.

A cargo de las entidades territoriales:

- a) Desarrollo e implementación de las acciones de vigilancia en salud en su jurisdicción;
- b) Monitoreo, evaluación, y análisis de la situación de salud en su jurisdicción;
- c) Evaluación del impacto de las políticas y estrategias formuladas para atender las prioridades del Plan Nacional de Salud Pública, en su jurisdicción;
- d) Implementación del sistema de evaluación de gestión y de resultados en salud y bienestar del Sistema de Protección Social, en su jurisdicción;
- e) Implementación del sistema de información de salud en su jurisdicción;
- f) Desarrollo de estrategias de difusión de resultados en salud en su jurisdicción;

A cargo de las Entidades Promotoras de Salud-EPS, las Administradoras de Riesgos Profesionales-ARP y de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud-IPS:

- a) Desarrollo del sistema de vigilancia en salud en sus competencias;
- b) Diseño, desarrollo, seguimiento y evaluación de la situación de salud de sus afiliados y usuarios;
- c) Generación de la información requerida por el sistema de información de salud;

Línea de política número 5. Gestión integral para el desarrollo operativo y funcional del Plan Nacional de Salud Pública

La gestión integral para el desarrollo operativo y funcional del Plan Nacional de Salud Pública, busca fortalecer las competencias para liderar, planear, ejecutar y evaluar las políticas y sus estrategias. La gestión es el eje central de integración, coordinación y

articulación de las competencias, responsabilidades y funciones en salud pública de los actores en el ámbito nacional, territorial e institucional, público, privado y comunitario.

Esta línea de política permite promover el liderazgo de las entidades territoriales de salud y los demás actores institucionales para fortalecer la capacidad de la autoridad de salud territorial en el desempeño de las competencias de salud, permite generar escenarios para apoyar el ejercicio de rectoría y gobernabilidad del sector, para mejorar la capacidad de coordinación, regulación, planificación, conducción, vigilancia, evaluación y comunicación de los riesgos en salud y de los resultados y efectos de las políticas de promoción de la salud y la calidad de vida, prevención de los riesgos y recuperación de la salud.

Mediante estas acciones de gestión se identifican las necesidades locales y se articulan las respuestas en los espacios cotidianos donde transcurre la vida de las personas, con el fin de promover el ejercicio del poder por parte de los sujetos para transformar las prácticas de vida y potenciar el desarrollo de autonomía que conduzca al mejoramiento de la calidad de vida y el ejercicio pleno de los derechos.

La gestión integral se apoya en un conjunto de procesos, estrategias, procedimientos, intervenciones, actividades, herramientas, instrumentos, capacidades y habilidades gerenciales, técnicas, operativas, logísticas, de información y comunicación enmarcadas en los principios de calidad. Articula procesos de planeación, seguimiento y evaluación de las competencias de salud pública individuales y colectivas y los mecanismos de control de la gestión con calidad, y el seguimiento para el logro de las metas definidas en el Plan Nacional de Salud Pública. Además, fomenta la comunicación en salud, como estrategia que permite corregir las asimetrías en el manejo social del riesgo, generar redes de protección social, lograr equidad y aumentar la calidad de vida en la población colombiana.

El Ministerio de la Protección Social con el apoyo del Instituto Nacional de Salud, INS; el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos, INVIMA; el Instituto

Colombiano Agropecuario, ICA; el Instituto Nacional de Cancerología, INC; el Instituto Dermatológico Federico Lleras; el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, ICBF; la Superintendencia Nacional de Salud y las entidades territoriales de salud del orden departamental, distrital y municipal, realizará las acciones de rectoría, seguimiento, monitoreo y evaluación de las políticas, estrategias, procedimientos, y acciones individuales y colectivas en salud pública, en el ámbito de sus competencias.

Estrategias para la gestión integral para el desarrollo operativo y funcional del Plan Nacional de Salud Pública

Para el desarrollo de esta política se definen las siguientes estrategias:

A cargo de la Nación y de las entidades territoriales:

- a) Aseguramiento universal en salud, priorizando la población pobre y vulnerable;
- b) Fortalecimiento de la capacidad de rectoría, regulación, gestión y fiscalización en salud pública para garantizar el cumplimiento de las competencias en los diferentes niveles territoriales;
- c) Mejoramiento de la capacidad institucional para la planificación y gestión de las acciones individuales y colectivas en salud pública;
- d) Concertación intersectorial para la modificación de los determinantes de la salud y reducción de condiciones de vulnerabilidad de los individuos y poblaciones;
- e) Desarrollo de los modelos de atención en salud de origen intercultural;
- f) Fomento del mejoramiento continuo de las competencias del talento humano en áreas de interés en salud pública;

g) Desarrollo de un plan de asesoría y asistencia técnica a todos los actores del Sistema de Protección Social;

h) Promoción del control social y la rendición de cuentas.

A cargo de las Entidades Promotoras de Salud, EPS; las Administradoras de Riesgos Profesionales, ARP, y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, IPS:

a) Generación de la información que permita vigilar, monitorear y evaluar el uso y calidad de los servicios de salud, la percepción de los usuarios, los resultados en salud y proveer la información necesaria para ajustar los planes de beneficios;

b) Evaluación y mejoramiento continuo de la calidad de los servicios de salud a su cargo;

c) Desarrollo e implementación de los modelos de atención en salud que respondan mejor a las necesidades de salud de la población a su cargo, teniendo en cuenta sus diferencias étnicas, socioculturales, de género y de ciclo vital;

d) Fomento del mejoramiento continuo de las competencias del talento humano y capacitación en áreas de interés en salud pública;

e) Desarrollo de balance social y rendición de cuentas.

CAPITULO IV

Situación de salud

El análisis de la situación de salud del que parte el Plan Nacional de Salud Pública, es un proceso analítico-sintético que abarca diversos tipos de análisis y permite caracterizar, medir y explicar el perfil de salud-enfermedad de la población, incluyendo los daños y

problemas de salud, así como los factores asociados y sus determinantes.

El análisis incluye la aproximación sucesiva a la realidad por medio de la caracterización epidemiológica de los problemas prioritarios de salud de cada subgrupo poblacional y los factores asociados a la ocurrencia de dichos problemas, y el reconocimiento de las desigualdades en términos de sexo, edad, raza, factores genéticos, distribución geográfica, acceso y uso de servicios de salud y factores de inclusión o exclusión social, para dar cuenta de las inequidades.

La aproximación descriptiva de la situación de salud de los colombianos más actualizada que se dispone hoy se basa en los registros de estadísticas vitales, registros de salud, el sistema de vigilancia en salud, el Censo de Población, Dane 2005, las encuestas de calidad de vida, el Estudio Nacional de Salud Mental Colombia 2003, la Encuesta Nacional de Demografía y Salud, ENDS 2005, y la Encuesta Nacional de Situación Nutricional Colombia, ENSIN 2005, entre otros. Adicionalmente, la Encuesta Nacional de Salud, ENS Colombia 2007 enfocada al levantamiento de datos poblacionales sobre morbilidad sentida e institucional, funcionamiento y discapacidad y caracterización de oferta y demanda de servicios de salud, se está ejecutando para completar el conjunto de datos necesarios.

Como base para el abordaje de los principales problemas de salud priorizados en el Plan Nacional de Salud Pública, se ha tenido en cuenta el conjunto de efectos y daños codificados como categorías de salud, enfermedades, trastornos o lesiones, disfunciones o discapacidades, de acuerdo con una clasificación determinada, que tienen una estructura causal común y que se pueden modificar a través de intervenciones sociales y sectoriales también comunes; además, que se pueden medir sistemáticamente desde el punto de vista de su magnitud, comportamiento, tendencia, severidad, características de los subgrupos de población afectados, e impactos sociales y económicos.

Desde esta perspectiva y de manera sintética se puede afirmar que la situación de salud de

la población colombiana plantea grandes problemas característicamente asociados a la transición demográfica propia de una sociedad en proceso de modernización con tasas de mortalidad, natalidad y crecimiento decrecientes; así como las características propias de la transición epidemiológica con una progresiva reducción de las enfermedades transmisibles, aunada a un incremento en las enfermedades crónicas no transmisibles, así como las características socioeconómicas de países en desarrollo en donde confluyen condiciones de salud de extrema pobreza con riesgos asociados a la industrialización y globalización, a los procesos de urbanización y distribución espacial de la población; con impactos generados por los cambios en hábitos de consumo y comportamiento, los cambios en los sistemas de salud y educación, los cambios en la estructura social y económica, y la situación de conflicto armado registrados en las últimas décadas.

Demografía y salud

La evolución demográfica en Colombia se ha dado en un período corto de tiempo, mostrando grandes cambios en los componentes de la dinámica de crecimiento poblacional.

En solo 20 años la fecundidad total descendió de 3,2 hijos por mujer en 1985 a 2,5 en 2005 (Dane), conjuntamente con la reducción de la mortalidad infantil de 42 a 15,5 por mil nacidos vivos en el periodo 1995 a 2005 (Dane). Esto ha generado un descenso en el crecimiento poblacional hasta alcanzar hoy niveles de 1,5% (Dane), lo cual significa que mientras en 1985 la población se duplicaba cada 23 años, hoy se necesitan más de 38 años para el mismo crecimiento.

No obstante, estos cambios no han sido uniformes en el territorio nacional, de tal forma que el análisis por regiones y grupos poblacionales revela diferenciales en los indicadores, que reflejan inequidades en los riesgos de enfermar y morir, y en consecuencia, en la esperanza y calidad de vida. Así por ejemplo, mientras en la zona urbana la tasa total de fecundidad es de 2,1 hijos por mujer, en la zona rural es de 3,4 (ENDS).

La distribución de la población dentro del territorio es una de las transformaciones más importantes, observándose en la última década una mayor concentración y urbanización como resultado de la intensa migración interna. Es así como en los tres últimos censos de población, la distribución cabecera-resto, ha pasado del 65% en 1985 a 68% en 1993 y a 72% en 2005 (Dane).

Otros cambios de la dinámica demográfica se expresan en la composición y tamaño de la familia colombiana. El tamaño de los hogares pasó de 7,3 personas por hogar en 1905, a 6,0 en 1965 y 4,1 en el 2005 (Dane). Si bien las familias presentan un predominio de la jefatura masculina en el hogar, la proporción de hogares con jefatura femenina sigue en aumento pasando de 24% en 1995 al 30% en 2005 (ENDS).

Salud materna e infantil

A pesar de los avances logrados en la reducción de la mortalidad infantil promedio, persisten grandes diferencias no sólo entre las diversas regiones del país y grupos poblacionales.

La mortalidad infantil entre los hijos de mujeres con educación superior es tres veces inferior a los de las mujeres sin educación (14 vs 43 por mil) y entre los hijos de las mujeres de estrato socioeconómico más bajo en los que la tasa de mortalidad es más del doble comparada con la del estrato más rico de la población (32 vs 14 por mil) (ENDS).

De igual forma, el país registra un progresivo cambio en la estructura de las causas de mortalidad infantil, de tal modo que los trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal y las malformaciones congénitas corresponden a las dos primeras causas de mortalidad en este grupo de edad, mientras que las causas infecciosas ocupan un lugar menos relevante, observándose una tendencia sostenida en la reducción de la mortalidad por infección respiratoria aguda, IRA, y por enfermedad diarreica aguda, EDA.

Dentro de las enfermedades prevalentes en la infancia, resulta notable la baja incidencia de las enfermedades inmuno-prevenibles debidas al progresivo y sostenido nivel de coberturas alcanzadas con los biológicos del Programa Ampliado de Inmunizaciones, PAI. Este impacto se hace evidente con la consolidación de la erradicación del polio y la eliminación del sarampión, enfermedades de las cuales no se presentan casos desde 1991 y 2002, respectivamente; así como la marcada reducción de casos de tétanos neonatal, tos ferina, rubéola, difteria y meningitis-neumonía por *Haemophilus influenzae* tipo B.

Con relación a la salud materna, el acceso a servicios de salud por las gestantes ha presentado un constante incremento, de tal forma que la atención institucional del parto pasó de una cobertura de 80,6% en 1990 a 86,4% en 2000 y 90,7% en 2005 (ENDS). En lo referente a atención prenatal, se registra no sólo un incremento en la cobertura sino también, en la proporción de gestantes captadas en el primer trimestre del embarazo y atendidas por personal profesional, de modo que la cobertura de atención prenatal adecuada pasó de 82,0% en 1990, a 82,6 en 1995, 90,8% en el 2000, a 93,5 en el 2005 (ENDS).

Así por ejemplo, mientras en el año 2000 sólo el 30% de las gestantes atendidas era captado en el primer trimestre del embarazo, para el año 2005, esta proporción aumentó a 71% y el 83% de las gestantes tuvo 4 o más controles prenatales. En el período 1990-2005 se observa descenso de 20% a 6% en la proporción de embarazos sin atención prenatal institucional. En el mismo período la atención prenatal por médico aumentó de 79% a 88% en los antiguos territorios nacionales, mientras que la cobertura del parto institucional aumentó de 86% al de 92% (ENDS).

Para el año 2005 se estimó una razón de mortalidad materna de 68 por cien mil nacidos vivos (DANE), registrando una reducción del 35% en comparación con la razón de mortalidad materna del año 2000 de 105 por cien mil nacidos vivos. El 90% de las muertes corresponden a causas evitables, entre las que destacan hipertensión ligada a la gestación,

hemorragia postparto y aborto.

El uso actual de métodos anticonceptivos en las mujeres en edad fértil se incrementó de 53% en 2000 a 56% en 2005. Para 2005 el uso actual de métodos anticonceptivos en las mujeres unidas fue de 78,2%. Destaca una importante reducción en la brecha en el uso de métodos anticonceptivos modernos en las mujeres unidas entre zonas urbana y rural, con un diferencial que pasó de 10% en 1990 a 2,1% en 2005. En el mismo período la provisión de métodos anticonceptivos por el sector público y la seguridad social aumentó de 22,7 a 43,3% (ENDS).

A pesar de los avances que el país ha mostrado en reducción de la fecundidad y del mayor acceso a los métodos modernos de anticoncepción, la fecundidad en adolescentes de 15 a 19 años se ha incrementado, en concordancia con la tendencia observada en los países de la región. Los estudios recientes revelan que son las mujeres jóvenes las que más dificultades tienen para controlar su fecundidad y que el nivel educativo, el índice de riqueza y el lugar de residencia inciden directamente sobre el embarazo adolescente, especialmente entre subgrupos vulnerables como la población desplazada, en tanto la permanencia en el sistema educativo, constituye el principal factor protector. Tan solo el 15% de los embarazos registrados en las adolescentes es no deseado. El 39% corresponde a embarazo deseado, mientras el 46% lo deseaba pero hubiera preferido tenerlo más tarde (ENDS).

Enfermedades transmisibles

Frente a las enfermedades transmisibles de mayor impacto, el dengue, la malaria, la tuberculosis y las infecciones de transmisión sexual, VIH/SIDA, son las más frecuentes y representan problemas prioritarios de salud pública dada su alta carga de morbilidad distribuida en los grupos de población más vulnerables.

La tendencia de la infección por VIH en Colombia va en aumento con una prevalencia estimada de 0,1 % en 1990 a 0,7% en 2005 en personas entre 15 y 49 años (Observatorio

VIH/MPS-ONUSIDA). En Colombia la epidemia aún es concentrada, con predominio de transmisión sexual, específicamente heterosexual, y una creciente participación femenina en la misma, de mayor concentración en áreas de mayor densidad poblacional y distribución geográfica heterogénea. La distribución por sexo de los casos notificados de VIH muestra una tendencia a la feminización de la epidemia, pasando de 8,2% a 26,7% la proporción de casos ocurridos en mujeres en el periodo 1985-2005. La razón de infección de VIH hombre/ mujer pasó de 9,4 en 1990 a 2,3 en 2005, incrementando el riesgo de transmisión perinatal de y que se encuentra cercana al 3% del total (Observatorio VIH/MPS-ONUSIDA).

La tuberculosis es una enfermedad reemergente cuya prevalencia en el país, a pesar del incremento en la captación de sintomáticos respiratorios registrada desde el año 2002, ha presentado una tendencia descendente durante los últimos 5 años, con una tasa de 25 casos por cien mil habitantes en el año 2005. La cobertura de tratamiento por medio de la estrategia de Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado-TAES DOTS es del 50%, quedando el restante en la tradicional estrategia del Programa Nacional de Control de Tuberculosis.

Enfermedades transmitidas por vectores

El comportamiento de la malaria en Colombia se caracteriza por ciclos epidémicos que ocurren cada 2 a 7 años, interrumpidos en 1993, año a partir del cual la fumigación con DDT y se inició una tendencia ascendente, con promedios de 150.000 a 160.000 casos anuales.

Durante el período 2001 a 2006 la morbilidad por malaria tuvo una reducción del 50%, pasando de 179.448 a 89.794 casos (SIVIGILA). El 65% de los casos ocurridos en el país corresponden a malaria por *Plasmodium vivax*. En la Costa Pacífica en cambio, predomina la malaria por *Plasmodium falciparum*, principal causante de la malaria complicada. La

morbilidad de malaria por esta especie tuvo durante el mismo periodo una reducción de 62%, mientras que en la mortalidad se aprecia una reducción en 33.9% al pasar de 59 a 39 muertes/año, por esta enfermedad.

Al igual que en el resto de países de la región, desde su reaparición en 1990, el dengue presentaba una tendencia creciente con un comportamiento de ciclos epidémicos cada dos o tres años, acompañado de cuadros clínicos de mayor severidad y la expansión de las áreas geográficas de infestación por *Aedes aegypti* y presencia de la enfermedad y la circulación simultánea de diferentes serotipos del virus. Lo anterior, debido a condiciones ecoepidemiológicas y climáticas propicias por el calentamiento global y la introducción del *Aedes albopictus* a zonas urbanas. No obstante, producto de la intensificación de las acciones de control vectorial en el país, entre el año 2002 y el 2006 la morbilidad por dengue tuvo una reducción de 68% al pasar de 81.824 a 26.088 casos anuales totales registrados en el país (SIVIGILA).

La Leishmaniasis representa un problema creciente de salud pública con un incremento significativo en la incidencia, pasando de un registro promedio anual de 6.500 casos a un promedio anual de casi 22.000 casos. La transmisión predominantemente es selvática, fundamentalmente por especies de *Leishmania baziliensis* y *Leishmania panamensis*. La variedad cutánea corresponde al 95% de los casos registrados con menores proporciones para las variedades visceral y mucosa (4% y 1% respectivamente). Dentro de las causas de este incremento se destacan la migración de población a lugares enzoóticos, la interacción con reservorios y vectores infectados; la colonización de áreas forestales; los movimientos de personal militar y grupos ilegales a zonas endémicas y la explotación extensiva de los recursos naturales.

El comportamiento general de la fiebre amarilla presentaba desde 1934 una marcada disminución en la tendencia secular de la enfermedad especialmente a partir de 1948, con la introducción de la vacuna antiamarílica. En los años 2002 y 2003 se registró en el país la

reemergencia de focos enzoóticos de fiebre amarilla en la Sierra Nevada de Santa Marta y la Cordillera Oriental, situación que motivó a replantear la estrategia de prevención de esta enfermedad, a través de la puesta en marcha de un plan intensificado de control de la enfermedad, que además de las acciones de vigilancia en salud pública y control vectorial se propuso la vacunación acelerada del 100% de la población de 1 a 65 años, residente en las zonas de riesgo. Producto de lo anterior, actualmente solo se presentan casos esporádicos en población que ha rehusado la vacunación.

Enfermedades crónicas no transmisibles

Referente a las enfermedades crónicas y algunos factores de riesgo asociados con estilos de vida cabe destacar que las crónicas no transmisibles ocupan el primer puesto entre las principales causas de enfermedad y muerte de la población colombiana, sobrepasando incluso las causadas por violencia y accidentes. Del total de muertes registradas en Colombia durante 1990 al año 2005 la mortalidad por las enfermedades crónicas se incrementó, pasando del 59% al 62,6%, mientras que la violencia y los accidentes representaron el 23,9% y las del grupo de las transmisibles, maternas, perinatales y de la nutrición el 11,3% (Dane).

Dentro de la estructura de causas de morbilidad en la población general, las enfermedades del sistema circulatorio, principalmente la enfermedad isquémica del corazón, la enfermedad cerebrovascular y la hipertensión arterial y sus complicaciones, ocupan el primer lugar, seguido de tumores, enfermedades pulmonares crónicas y enfermedades degenerativas osteoarticulares.

El cáncer representa otra de las patologías crónicas que registra un incremento importante en su incidencia. La mortalidad por esta causa pasó de representar el 3,7% del total de muertes en 1960 al 14,7% en el año 2000, ocupando el tercer lugar en la estructura de causas, luego de las enfermedades cardiovasculares y la violencia (Dane).

Entre otras condiciones crónicas, cabe destacar la prevalencia de los trastornos de la salud mental y del consumo de sustancias psicoactivas. De acuerdo con el Estudio Nacional de Salud Mental de 2003, al menos un 40,1 % de la población colombiana ha padecido alguna vez en su vida de algún trastorno mental y la prevalencia anual es del 16,0%, siendo los trastornos de ansiedad y los relacionados con el estado de ánimo, las más frecuentes entre las mujeres y los trastornos asociados al consumo de sustancias psicoactivas más prevalentes en los hombres.

En cuanto al abuso y dependencia de sustancias psicoactivas, este mismo estudio muestra que la prevalencia de vida de trastornos por sustancias psicoactivas en mayores de 18 años es del 10,6%, siendo el abuso de alcohol el principal problema con una prevalencia de vida de 6,7%, lo que indica que uno de cada 15 colombianos abusa del alcohol. Por otra parte, una de cada 100 personas abusa de sustancias ilegales y una de cada 200 tiene dependencia de estas; siendo las drogas de mayor prevalencia de vida la marihuana en un 11,1%, seguida de la cocaína en 3,7% y los tranquilizantes en 2,6%.

De particular interés, resulta el consumo de sustancias psicoactivas entre los jóvenes escolarizados entre los 12 y 17 años de edad. Los estudios en este subgrupo de población muestran altas prevalencias de vida de consumo de cigarrillo (51,4 hombres y 41,8 mujeres) y alcohol (77,9 en hombres y 72,5 en mujeres), con un promedio de edad de inicio para estas dos sustancias de 12,7 años. Del mismo modo se evidencia un alto consumo de tranquilizantes y solventes entre las sustancias psicoactivas lícitas que se usan indebidamente, así como alta prevalencia de consumo de marihuana como sustancia predominante entre las sustancias psicoactivas ilícitas.

Violencia y lesiones de causa externa

Los efectos de la violencia y lesiones de causa externa tienen alto impacto en la salud de la población, siendo los homicidios y lesiones infligidas intencionalmente por otra persona, las

que generan mayor morbilidad y mortalidad. Entre todos los países de la región, Colombia ocupa el tercer lugar de mortalidad por todas las causas externas con una tasa ajustada de 112,7 muertes por cada cien mil habitantes en 2005; el primer lugar para homicidios con una tasa ajustada de 84,6 por cien mil habitantes, el quinto lugar para muertes por accidentes de tránsito con tasa ajustada de 20,5 por cien mil habitantes y el decimotercero lugar los suicidios con tasa ajustada de 6,8 por cien mil habitantes (OPS). Mientras que en el perfil de mortalidad nacional en 2004, se encuentra que los homicidios ocupan el primer lugar con el 13% de las defunciones, y las muertes por accidentes de transporte terrestre ocupan el sexto lugar con el 3,5% de las defunciones, afectando principalmente a los peatones (INML).

El suicidio es la principal manifestación de lesiones externas autoinfligidas que predomina en la población de adultos jóvenes, siendo las personas entre los 20 a 24 años las que mayores tasas reportan, seguido del grupo de 25 a 34 años, con predominio de personas solteras y residentes en áreas urbanas. Es relevante la emergencia de este fenómeno como un problema de salud pública en el último quinquenio, principalmente entre la población adolescente, toda vez que la prevalencia de vida para ideaciones suicidas es de 12,3% (INML).

De otra parte, las encuestas periódicas y estudios específicos sobre el tema de violencia intrafamiliar han puesto en evidencia un problema de gran magnitud que suele pasar desapercibido o no es denunciado. La violencia verbal es la modalidad más frecuente (33%), seguida de la física (19,3%) y finalmente la sexual (5%). Los casos de violencia sexual intrafamiliar con una tasa nacional de notificación de 184 casos por cada cien mil habitantes, son mayores contra las mujeres entre 10 y 25 años. El 30% de los 200 mil casos de lesiones por causa externa que se registran en el Instituto de Medicina Legal cada año, corresponden a lesiones por violencia intrafamiliar (INML/ENDS).

Nutrición

Con respecto a la situación nutricional, las prevalencias de lactancia materna exclusiva y total a pesar de presentar una tendencia ascendente, continúan siendo bajas frente a los estándares internacionales de 6 y 24 meses respectivamente. En 2005 la duración de la lactancia materna exclusiva fue de 2,2 meses y la duración total de 14,9 meses en promedio (ENDS).

Los estudios realizados en la última década muestran disminución en la prevalencia de la desnutrición global en los niños menores de 5 años, de 8,4% en 1995 a 7,0% en el año 2005, con diferencias regionales marcadas y evidencia de mayor afectación en la zona rural. En los grupos de niños de 5 a 9 años y 10 a 17 años, la desnutrición global fue de 5,4% y 6,6% en 2005, respectivamente (ENSIN). Finalmente, las deficiencias y anemias nutricionales en 2004 se encuentran dentro de las primeras cinco causas de mortalidad en el grupo de uno a cuatro años, correspondiendo al 7,7% de las muertes en niños y al 8,8% de las ocurridas en niñas (Dane).

Condiciones de vida, riesgos asociados con la interacción del hombre con el ambiente y otros determinantes de salud

En relación con las condiciones de vida, riesgos asociados con la interacción del hombre con el ambiente y otros determinantes de salud, en los estudios de calidad de vida y desarrollo humano, si bien, las cifras de pobreza decrecieron 8% entre 2002 y 2005 (de 57% a 49% de población bajo la línea de pobreza; y de 20,7% a 14,7% de población bajo la línea de indigencia), se ha acentuado la disparidad en la distribución de los ingresos con un coeficiente de Gini que aumentó desde 0,54 en 1996 a 0,56 en 2005 (DNP).

El nivel de desarrollo en Colombia puede observarse a través del comportamiento del Índice de Desarrollo Humano-IDH-. En el año 2004 presentó un incremento de 0,006 puntos respecto al 2003, y representando un incremento del 8% con respecto a 1991 (0,728). Por departamentos, Chocó, Nariño y Cauca presentaron los menores índices de desarrollo

(0,680, 0,725 y 0,725, respectivamente, en 2004) mientras Bogotá, Valle del Cauca y Santander tienen los índices más elevados (0,833, 0,799 y 0,788, respectivamente, en 2004) (DNP).

El porcentaje de personas con al menos una Necesidad Básica Insatisfecha, NBI, ha venido disminuyendo a medida que mejoran las características de la vivienda, el hacinamiento, la cobertura en servicios básicos, la escolaridad y la tasa de dependencia. Entre 1985 y 2003, la población con una o más necesidades básicas insatisfechas pasó del 45,0% al 21,7% y con dos o más del 22,8% al 6,3% (Dane/DNP).

Es notable también que, aunque se ha venido cerrando a lo largo del tiempo, existe una amplia brecha entre los índices en la zona urbana y rural, los índices de pobreza e indigencia por necesidad básica insatisfecha, NBI, siendo más que el doble y el triple, respectivamente, este mismo índice en el área urbana (Dane/DNP).

Si el Índice de Desarrollo Humano, IDH, muestra diferencias importantes al nivel departamental, el Índice de Condiciones de Vida, ICV, resultado de varios otros factores incluidos hacinamiento y condiciones de la vivienda, acceso a servicios públicos, y acceso a educación superior, muestra un panorama aún más desigual. En el 2004, el ICV para el total nacional tuvo un valor de 78,8; Chocó ocupó el último puesto, con un puntaje de 60,5, mientras que Bogotá obtuvo 89,6, es decir, un ICV de 32% más alto.

Respecto a los riesgos relacionados con el saneamiento básico, la información disponible muestra que entre 1993 y el 2003 la cobertura de acueducto urbano se incrementó de 94,6% a 97,4%. En materia de alcantarillado la cobertura aumentó de 81,8% a 90,2%.

En el sector rural, la cobertura de acueducto ha avanzado 12 puntos porcentuales en los últimos 10 años llegando en la actualidad a 66%. La cobertura de recolección de residuos sólidos es del 95%. La cobertura de servicios públicos guarda una relación directamente proporcional al tamaño del municipio. En lo concerniente a agua potable y saneamiento la

cobertura de saneamiento básico rural es de 57,9%, sin embargo la calidad del agua sigue siendo deficitaria en la mayoría de los sistemas pequeños y medianos, principalmente en zonas rurales y urbanas marginales.

Cabe señalar que entre los riesgos ambientales que constituyen problemas de salud de alto impacto, están la contaminación ambiental por emisiones aéreas y ruido en áreas urbanas de alta concentración poblacional, así como la contaminación e intoxicación con plaguicidas y metales pesados producida por exposiciones ambientales y ocupacionales.

Las mayores emisiones de partículas menores a 10 micras, PM10, óxidos de nitrógeno-Nox y monóxido de carbono, CO son causadas por fuentes móviles: 85% por gasolina en transporte y las partículas suspendidas totales, PST; y los óxidos de azufre, SOx por fuentes fijas: 65% por carbón. La contaminación del aire se produce mayoritariamente por transporte terrestre (86%). La contaminación de aire se asocia a enfermedades como cáncer, asma, bronquitis crónica y desórdenes respiratorios, entre otros.

Población en condiciones de vulnerabilidad

Además de aquellos diferenciales en la situación de salud que dependen de la variación en el grado de desarrollo regional y local, se destacan los diferenciales de grupos poblacionales que comparten por condiciones étnicas, culturales o sociales mayores vulnerabilidades que las observadas en la población general. En este sentido son de gran relevancia algunas condiciones observadas en población en situación de desplazamiento forzoso, grupos étnicos y población con discapacidad, como los que se destacan a continuación.

Para el caso de la población en situación de desplazamiento forzoso, además de la problemática de la salud mental y la vulnerabilidad que deriva de la carencia de vivienda, saneamiento básico y seguridad alimentaria y nutricional, destacan los riesgos en salud sexual y reproductiva y situación de salud de la infancia. Así por ejemplo, la tasa total de fecundidad en las mujeres desplazadas por conflicto armado en 2005 fue de 4,2 hijos por

mujer, es decir 1,8 hijos más que el promedio nacional en el mismo año. Más de una tercera parte de las mujeres de 15 a 19 años en situación de desplazamiento ya son madres (28,4%), o están embarazadas de su primer hijo (5,2%), lo que da un total de 33,6%, cifra mucho más alta que la del promedio nacional en la ENDS 2005 que fue de 20,5%.

Los grupos étnicos minoritarios presentan problemas de salud que derivan de vulnerabilidades como la pérdida de territorio, destrucción de los recursos naturales y deterioro de medio ambiente; los cambios socioculturales asociados al incremento del contacto e interacción con el entorno social; el abandono progresivo de la medicina tradicional; las dificultades para acceder a los servicios de salud y precariedad de estos servicios en sus territorios; pobreza y marginalidad social y otras barreras geográficas y culturales.

En general en estos grupos prevalecen las enfermedades carenciales y parasitarias que incrementan la incidencia y severidad de la morbilidad por enfermedades infectocontagiosas como la tuberculosis y las enfermedades diarreicas y respiratorias agudas. En la región pacífica donde habita gran parte de la población afrocolombiana, además de la problemática antes descrita destaca la de salud sexual y reproductiva y la elevada prevalencia de malaria por *Plasmodium falciparum*, resistente a cloroquina.

Finalmente, deben considerarse otros grupos poblacionales que presentan condiciones de vulnerabilidad mediados por algún grado de discapacidad. En tal sentido, según el Censo de Población de 2005, la prevalencia de limitaciones permanentes en la población en el año 2005, fue 6,4% (6,6 en hombres y 6,2 en mujeres). Las principales limitaciones son: para ver, a pesar de usar lentes (43,2%), para moverse o caminar (29%), para oír, a pesar de usar aparatos especiales (17,3%), para hablar (12,8%), para entender o aprender (11,9%) (Dane).

CAPITULO V

Prioridades nacionales en salud

Entre las razones que fundamentan la necesidad de establecer prioridades en salud, las más destacadas son: el cambio en los patrones en salud (por envejecimiento poblacional, cambio en los determinantes por desarrollo económico y social, nuevas patologías), el cambio en los conceptos de salud (descubrimientos de nuevas causalidades, tratamientos para situaciones antes incurables), las necesidades y expectativas de los grupos de interés, exceden los recursos disponibles (necesidades de salud infinitas, nuevas tecnologías, intereses particulares) y sobre todo, porque el uso de los recursos de salud es de interés público y existe la exigencia de hacerlo de forma eficiente, donde el bienestar para la mayoría prime y se impacte de la manera más amplia posible.

El Plan Nacional de Salud Pública define las prioridades y los parámetros de actuación en respuesta a las necesidades de salud, a los recursos disponibles y a compromisos establecidos por la Nación en los acuerdos internacionales.

Los objetivos de las prioridades en salud son respuesta a las necesidades del país en materia de salud, las cuales han sido debatidas y consensuadas con los distintos actores del sector, de otros sectores y representantes de los ciudadanos y usuarios de los servicios de salud, a través de mesas de discusión y aportes individuales y de diferentes colectividades.

Las prioridades nacionales en salud son:

1. La salud infantil.
2. La salud sexual y reproductiva.
3. La salud oral.
4. La salud mental y las lesiones violentas evitables.

5. Las enfermedades transmisibles y las zoonosis.
6. Las enfermedades crónicas no transmisibles.
7. La nutrición.
8. La seguridad sanitaria y del ambiente.
9. La seguridad en el trabajo y las enfermedades de origen laboral.
10. La gestión para el desarrollo operativo y funcional del Plan Nacional de Salud Pública.

Las prioridades en salud del Plan Nacional de Salud Pública son de estricto cumplimiento en la Nación, en los planes de salud territoriales y en los planes operativos de las Entidades Promotoras de Salud, EPS, en coherencia con los perfiles de salud territorial.

Los objetivos, metas y estrategias, definidos en este documento serán ajustados para cada departamento, distrito y municipio del país. A las metas territoriales se les aplicarán criterios diferenciales, por población y territorio.

Las estrategias de salud pública se han seleccionado con base en evidencia y en la investigación, para garantizar su idoneidad y efectividad. Se elaboraron y siguieron marcos lógicos de intervención, adecuados a cada prioridad. De la misma manera, se evaluará y difundirá de forma periódica el resultado de las intervenciones y acciones en salud pública.

El conocimiento y la experiencia aprendida se incorporarán de forma sistemática para los ajustes sucesivos del Plan Nacional de Salud Pública.

CAPITULO VI

Responsabilidades de los actores del sector salud de la Nación

Sin perjuicio de las competencias establecidas en las normas legales, corresponde a la Nación-Ministerio de la Protección Social asumir, frente al Plan Nacional de Salud Pública, las siguientes responsabilidades:

1. Realizar, actualizar y divulgar el análisis de la situación de salud de la población colombiana y la capacidad de respuesta sectorial e intersectorial de los actores, con base en investigaciones y en la información generada por el sistema de información de salud.
2. Diseñar, desarrollar y articular con los actores intra y extrasectoriales la planeación, la ejecución, el seguimiento y la evaluación de las metas del Plan Nacional de Salud Pública.
3. Definir las acciones que integran el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas a cargo de las entidades territoriales.
4. Diseñar, implementar y evaluar el desarrollo normativo de carácter técnico-científico, administrativo y financiero para todas las líneas de política del Plan Nacional de Salud Pública.
5. Diseñar y desarrollar la supervisión, el seguimiento, la evaluación y la difusión de los resultados del Plan Nacional de Salud Pública.
6. Brindar asesoría y asistencia técnica a los departamentos, distritos y municipios para la implementación, seguimiento de la ejecución y evaluación de las metas incluidas en los Planes de Salud Territoriales.
7. Definir, desarrollar, administrar y actualizar el sistema de información de salud.
8. Promover en concurrencia con el Programa Nacional de Ciencia y Tecnología de la Salud, el desarrollo de investigaciones periódicas y sistemáticas sobre las necesidades y problemas

de salud de la población y la respuesta sectorial, que provean evidencia para el ajuste del Plan Nacional de Salud Pública.

9. Adquirir y distribuir, directamente o a través de terceros, los biológicos del Programa Ampliado de Inmunizaciones, PAI, y los medicamentos e insumos críticos para las condiciones priorizadas, que defina el Ministerio de la Protección Social.

10. Fortalecer y regular en coordinación con el Instituto Nacional de Salud, INS y el Instituto de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos, Invima, la red nacional de laboratorios, el sistema de gestión de la garantía de la calidad de los laboratorios de salud pública y la red de laboratorios clínicos.

11. Definir las intervenciones de prevención, mitigación y superación de los riesgos para la salud derivados de las condiciones propias del trabajo, en especial a los del sector informal de la economía.

12. Coordinar la vigilancia y control de todos los aspectos relacionados con la administración, prevención, atención y control de los riesgos profesionales que adelanten las Administradoras de Riesgos Profesionales, ARP.

13. Definir, desarrollar, administrar y aplicar el sistema nacional de vigilancia de riesgos profesionales y ocupacionales, con la participación de las entidades territoriales e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, IPS.

14. Definir, administrar e implementar en coordinación con el Instituto de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos, Invima, el sistema de vigilancia sanitaria.

15. Definir y desarrollar en coordinación con los actores intra y extrasectoriales, los componentes que fortalecerán la capacidad nacional para cumplir con el Reglamento Sanitario Internacional.

De los departamentos, distritos, y municipios categoría E 1, 2, y 3

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

1. Realizar, actualizar y divulgar el análisis de la situación de salud de la población en su territorio y la capacidad de respuesta sectorial e intersectorial de los actores en su territorio.
2. Coordinar y articular con los actores intra y extrasectoriales la planeación, la ejecución, el seguimiento y la evaluación de las metas del Plan de Salud Territorial.
3. Adoptar y adaptar el Plan Nacional de Salud Pública a su territorio y formular el Plan de Salud Territorial y el plan operativo anual en consulta y concertación con los distintos actores, bajo los lineamientos establecidos por el Ministerio de la Protección Social.
4. Tramitar ante el Consejo Territorial de Planeación la inclusión del Plan de Salud Territorial en el Plan de Desarrollo Territorial.
5. Adoptar las normas técnico-científicas, administrativas y financieras que para la ejecución del Plan de Salud Territorial defina el Ministerio de la Protección Social.
6. Realizar la supervisión, seguimiento, evaluación y difusión de los resultados del Plan de Salud Territorial.
7. Promover el ejercicio pleno de los deberes y derechos de los ciudadanos y comunidades en la planeación, ejecución, seguimiento y control social del Plan de Salud Territorial.
8. Ejercer la autoridad sanitaria para garantizar la promoción de la salud y la prevención de los riesgos y la recuperación y superación de los daños en salud en su jurisdicción.

9. Brindar asistencia técnica a las entidades de acuerdo a sus competencias.
10. Generar la información requerida por el sistema de información de salud, tal como lo defina el Ministerio de la Protección Social.
11. Garantizar la conservación y red de frío y distribuir los biológicos del Programa Ampliado de Inmunizaciones, PAI, y los medicamentos e insumos críticos para el control de vectores, tuberculosis y lepra.
12. Coordinar el desarrollo y operación de la vigilancia en salud en sus componentes de vigilancia en salud pública, vigilancia sanitaria e inspección, vigilancia y control en la gestión del Sistema General de Seguridad Social en Salud, SGSSS, en su jurisdicción.

De los municipios categoría 4, 5 y 6

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

1. Participar en el desarrollo del análisis de las necesidades y problemas de salud de la población de su territorio y de la capacidad de respuesta sectorial e intersectorial de los actores de su territorio.
2. Formular con asesoría del departamento el Plan de Salud Territorial y el plan operativo anual.
3. Concertar las metas y estrategias sectoriales e intersectoriales, con la participación de la comunidad, los actores del Sistema de Protección Social y de otros sectores.
4. Tramitar ante el Consejo Territorial de Planeación la inclusión del Plan de Salud Territorial en el Plan de Desarrollo Territorial.

5. Adoptar las normas técnico-científicas, administrativas y financieras que para la ejecución del Plan de Salud Territorial defina el Ministerio de la Protección Social.
6. Participar en la supervisión, seguimiento, evaluación y difusión de los resultados del Plan de Salud Territorial.
7. Promover el ejercicio pleno de los deberes y derechos de los ciudadanos y comunidades en la planeación, ejecución, seguimiento y control social del Plan de Salud Territorial.
8. Ejercer la autoridad sanitaria para garantizar la promoción de la salud y la prevención de los riesgos y la recuperación y superación de los daños en salud en su jurisdicción.
9. Generar la información requerida por el sistema de información de salud, tal como lo defina el Ministerio de la Protección Social.
10. Apoyar el funcionamiento del Programa Ampliado de Inmunizaciones, PAI, en coordinación con el departamento.
11. Coordinar el desarrollo con el departamento la operación de la vigilancia en salud en el componente de vigilancia en salud pública.

De las entidades promotoras de salud

Sin perjuicio de las competencias establecidas en las normas legales, corresponde a las Entidades Promotoras de Salud, EPS, y a las entidades que ejercen funciones de Entidades Promotoras de Salud, EPS, de los regímenes contributivo y subsidiado asumir, frente al Plan Nacional de Salud Pública, las siguientes responsabilidades:

1. Realizar y actualizar el análisis de la situación de salud de la población afiliada.
2. Articularse con las direcciones territoriales para la formulación, seguimiento y evaluación

de las metas de las acciones individuales en salud pública incluidas en el Plan de Salud Territorial, de acuerdo con los lineamientos que defina el Ministerio de la Protección Social.

3. Formular el plan operativo de acción anual discriminado territorialmente, de acuerdo con los lineamientos que defina el Ministerio de la Protección Social.

4. Participar en la elaboración del Plan de Salud Territorial en los municipios de su influencia.

5. Adoptar y aplicar las normas técnico-científicas, administrativas y financieras para el cumplimiento de las acciones individuales en salud pública incluidas en el Plan Obligatorio de Salud, POS del régimen contributivo y del régimen subsidiado.

6. 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 de Salud Territorial.

7. Promover los conocimientos de la población a su cargo en derechos y deberes, en el uso adecuado de servicios de salud y en la conformación y organización de alianzas de usuarios y su articulación con la defensoría de los usuarios.

8. Promover la conformación de redes sociales para la promoción de la salud y la calidad de vida.

9. Realizar seguimiento y análisis por cohortes, de pacientes con tuberculosis, infección por VIH, insuficiencia renal crónica, cáncer, diabetes e hipertensión y cualquier otra condición priorizada, tal como lo defina el Ministerio de la Protección Social.

10. Adoptar el sistema de evaluación por resultados y rendición de cuentas.

11. Participar en la operación de la vigilancia en salud, en sus componentes de vigilancia en salud pública e inspección, vigilancia y control de la gestión del Sistema General de Seguridad Social en Salud, SGSSS.

12. Cumplimiento de los estándares establecidos en el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud-SOGCS, que le corresponden.

De las administradoras de riesgos profesionales

Sin perjuicio de las competencias establecidas en las normas legales, corresponde a las Entidades Administradoras de Riesgos Profesionales, ARP, frente al Plan Nacional de Salud Pública asumir las siguientes responsabilidades:

1. Realizar y actualizar el análisis de la situación de salud de la población afiliada.

2. Articularse con las direcciones territoriales para la formulación, seguimiento y evaluación de las metas relacionadas con los riesgos ocupacionales en el Plan de Salud Territorial, de acuerdo con los lineamientos que defina el Ministerio de la Protección Social.

3. Definir y desarrollar el plan anual de acción de prevención de riesgos profesionales frente a sus empresas afiliadas, con base en riesgos prioritarios a los cuales están expuestos sus afiliados en función de la actividad económica, el tamaño de empresa y la accidentalidad, de acuerdo con las instrucciones que en tal sentido imparta el Ministerio de la Protección Social.

4. 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.

5. Garantizar la atención y rehabilitación de los daños ocasionados por las enfermedades

ocupacionales y accidentes laborales.

6. Proteger a los trabajadores con discapacidad a través de procesos de rehabilitación funcional y profesional.

De las instituciones prestadoras de servicios de salud

Sin perjuicio de las competencias establecidas en las normas legales, corresponde a las instituciones prestadoras de servicios de salud, IPS, frente al Plan Nacional de Salud Pública, asumir las siguientes responsabilidades:

1. Adoptar y aplicar las políticas, normas técnico-científicas, administrativas y financieras requeridos para el cumplimiento de las metas del Plan Nacional de Salud Pública.
2. Cumplir con el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud, SOGCS.
3. Implementar mecanismos de seguimiento, evaluación y mejoramiento continuo de las acciones de promoción de la salud y prevención de los riesgos.
4. Generación de la información requerida por el sistema de información de salud.
5. Participar en la operación de la vigilancia en salud en sus componentes de vigilancia en salud pública, vigilancia en salud en el entorno laboral e inspección, vigilancia y control de la gestión del Sistema General de Seguridad Social en Salud, SGSSS.

CAPITULO VII

Financiación del plan nacional de salud pública

En la financiación del Plan Nacional de Salud Pública concurren recursos de múltiples

orígenes, tanto de carácter fiscal y parafiscal como recursos de crédito, en todos los niveles de administración del Estado, a saber:

Recursos para las acciones de promoción de la salud y de la calidad de vida

Si bien el sector salud tiene un rol fundamental en la abogacía para la construcción de entornos favorables a la salud, las estrategias para el mejoramiento de la calidad de vida tales como el mejoramiento de las viviendas, el suministro de agua potable y saneamiento básico, la seguridad vial y la construcción de espacios que promuevan la actividad física, se financian con los recursos de cada uno de los niveles de administración del Estado en los sectores correspondientes.

Los recursos disponibles en el sector salud financian estrategias de promoción de la salud, tales como las de información, educación y movilización social para el desarrollo de habilidades favorables a la salud y la promoción de estilos de vida saludable, el fomento y evaluación de políticas públicas saludables, el fomento de la participación social y la reorientación de los servicios hacia las acciones de promoción y prevención.

En tal sentido, las acciones de promoción de la salud competen a todos los actores del sector de la salud y por tanto sus fuentes de financiación incluyen los recursos que se destinen en el Presupuesto General de la Nación para el desarrollo de programas de salud pública; los recursos que se destinen de la Subcuenta de Promoción de la Salud del Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, para el desarrollo de programas nacionales de promoción y prevención; los recursos del componente de salud pública del Sistema General de Participaciones, SGP, y los recursos propios que las entidades territoriales destinen para la financiación de las acciones de promoción de la salud del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas.

Las acciones de promoción de la salud incluidas en los planes obligatorios de salud de los regímenes contributivo y subsidiado se financian con los recursos destinados a la prestación

de servicios de la Unidad de Pago por Capitación, UPC, de cada régimen y los recursos que adicionalmente se reconocen a las Entidades Promotoras de Salud, EPS, del régimen contributivo, por afiliado compensado para acciones de promoción y prevención.

Adicionalmente, los recursos disponibles en el Fondo de Riesgos Profesionales, así como, los recursos de la cotización administrados por las Administradoras de Riesgos Profesionales, ARP, para el desarrollo de programas, campañas y acciones de educación para la prevención de los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de los afiliados al Sistema General de Riesgos Profesionales.

Recursos para la prestación de servicios de prevención de riesgos y de recuperación y superación de los daños en salud.

Los servicios individuales de detección temprana, protección específica y atención del Plan Obligatorio de Salud, POS, para la población afiliada a los regímenes contributivo y subsidiado se financian con los recursos de la Unidad de Pago por Capitación, UPC, correspondiente, destinados para la prestación de servicios y los recursos que adicionalmente se reconocen a las Entidades Promotoras de Salud, EPS, del régimen contributivo por afiliado compensado para acciones de promoción y prevención.

Para el caso de la población pobre no afiliada, estos servicios se prestan con cargo a los recursos del componente de prestación del servicio de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda del Sistema General de Participaciones, SGP, y demás recursos que la Nación y las entidades territoriales destinan para prestación de servicios de salud y atención de urgencias.

La prevención de los daños a la salud por accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de los afiliados al Sistema General de Riesgos Profesionales, se financia con los recursos de la cotización a cargo de las Administradoras de Riesgos Profesionales, ARP,

mientras que la recuperación y superación de los daños en salud originados en accidentes de tránsito, se financia con los recursos correspondientes al Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito, SOAT y la Subcuenta ECAT del Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga.

Las acciones de prevención, mitigación y superación de los daños en salud del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas se financian con los recursos del componente de salud pública del Sistema General de Participaciones SGP, las rentas propias de las entidades territoriales y demás recursos que se asignen para la atención de emergencias y desastres.

Finalmente, los recursos que se destinen de la Subcuenta de Promoción de la Salud del Fosyga para el desarrollo de programas nacionales de promoción y prevención, los de la Subcuenta ECAT asignados para el fortalecimiento de la Red de Urgencias, así como los recursos que se destinen en el Presupuesto General de la Nación para el desarrollo de programas de salud pública a cargo del Ministerio de la Protección Social y sus entidades adscritas y vinculadas.

Recursos para la vigilancia en salud y gestión del conocimiento

La vigilancia en salud y gestión del conocimiento es competencia de todos los actores del sistema y se financia con los recursos que se asignen en el Presupuesto General de la Nación para el Ministerio de la Protección Social y sus entidades adscritas o vinculadas tales como, el Instituto Nacional de Medicamentos y Alimentos, Invima, el Instituto Nacional de Salud, INS, el Instituto Nacional de Cancerología, INC.

En el ámbito territorial la vigilancia en salud y gestión del conocimiento se financia con las rentas propias y los recursos que para el efecto las entidades territoriales asignen del componente de salud pública del Sistema General de Participaciones, SGP, así como los recursos de prestación de servicios de salud destinados al desarrollo y operación del sistema

de información, entre otros.

En lo correspondiente a las Entidades Promotoras de Salud, EPS, la vigilancia en salud y gestión del conocimiento se financia con los recursos que para el efecto se destinen de la proporción de la Unidad de Pago por Capitación, UPC permitida para gastos de administración y tratándose de las Administradoras de Riesgos Profesionales, ARP, con cargo a los recursos de la cotización a su cargo que se destinen para la investigación de los riesgos presentes en los ambientes laborales.

Finalmente, en la vigilancia en salud y gestión del conocimiento concurren los recursos del Fondo de Investigación en Salud administrados por Instituto Colombiano para el Desarrollo de la Ciencia y Tecnología Francisco José de Caldas, Colciencias, los recursos de crédito externo y los recursos que se destinen en el Presupuesto General de la Nación para la investigación y análisis de la situación de salud.

Recursos para la gestión integral para el desarrollo operativo y funcional del plan de salud pública

Las actividades para la gestión integral para el desarrollo operativo y funcional del plan de salud pública se financian con los recursos que todos los actores del Sistema destinen para el fortalecimiento y desarrollo institucional provenientes de fuentes tales como, los recursos del Presupuesto General de la Nación a cargo del Ministerio de la Protección Social y sus entidades adscritas y vinculadas; recursos de crédito externo y los recursos propios y de libre destinación del Sistema General de Participaciones-SGP, en el ámbito territorial. Finalmente, los recursos que las entidades promotoras de salud destinen para el efecto con cargo a la proporción de la unidad de pago por participación-UPC permitida para gastos de administración.

ANEXO TECNICO

Objetivos, metas y estrategias prioritarias en salud

La definición de las prioridades en salud tiene como propósito identificar aquellas áreas en las que se focalizarán los mayores esfuerzos y recursos por parte de los actores involucrados, para lograr el mayor impacto en la situación de salud. Esta definición es el producto de una cuidadosa consulta a expertos y concertación con representantes de los diferentes actores, ejercicio que otorga mayor legitimidad, transparencia y racionalidad a las metas y estrategias propuestas.

La definición de las metas se basó fundamentalmente en la revisión de los compromisos adquiridos tanto en el ámbito nacional como internacional, como el caso de los Objetivos de Desarrollo de Milenio, así como en el análisis de las tendencias de los eventos priorizados con la información nacional disponible y las proyecciones existentes en el ámbito internacional.

En los casos en los que la evidencia no era suficiente o no se disponía de fuentes sistemáticas de información se fijaron metas de proceso.

La definición de las estrategias se basó en la revisión de la evidencia sobre experiencias exitosas para abordar cada problema prioritario, así como en la consulta a expertos durante el proceso de concertación interinstitucional e intersectorial.

Para el logro de cada una de las metas se proponen diversas estrategias operativas que desarrollan las líneas de política previstas, de la siguiente manera:

Línea de política número 1. Promoción de la salud y la calidad de vida

Para el desarrollo de esta línea de política se formulan estrategias operativas orientadas a fomentar la conformación de entornos favorables a la salud en las dimensiones físicas y socioculturales, así como en el desarrollo de habilidades y competencias ciudadanas y

comunitarias en pro de la salud.

Líneas de política números 2 y 3. Prevención de los riesgos y recuperación y superación de los daños en la salud

Para el desarrollo de esta línea de política se formulan estrategias operativas orientadas a garantizar el acceso de la población a servicios de salud de calidad de protección específica, detección temprana y atención integral de los eventos de interés.

Línea de política número 4. Vigilancia en salud y gestión del conocimiento

Para el desarrollo de esta línea de política se formulan estrategias operativas para mejorar el acopio y análisis de la información necesaria para la toma de decisiones.

Línea de política número 5. Gestión integral para el desarrollo operativo y funcional del Plan Nacional de Salud Pública

Para el desarrollo de esta línea de política en el décimo objetivo se sintetizan las estrategias operativas orientadas al fortalecimiento de la capacidad institucional de rectoría, vigilancia y control para el mejoramiento de la gestión en salud pública en el ámbito nacional y subnacional.

OBJETIVOS DE LAS PRIORIDADES NACIONALES EN SALUD

PARA EL PERIODO 2007-2010

1. Mejorar la salud infantil.
2. Mejorar la salud sexual y reproductiva.

3. Mejorar la salud oral.
4. Mejorar la salud mental.
5. Disminuir las enfermedades transmisibles y las zoonosis.
6. Disminuir las enfermedades crónicas no transmisibles y las discapacidades.
7. Mejorar la situación nutricional.
8. Mejorar la seguridad sanitaria y ambiental.
9. Mejorar la seguridad en el trabajo y disminuir las enfermedades de origen laboral.
10. Fortalecer la gestión para el desarrollo operativo y funcional del Plan Nacional de Salud Pública.

A continuación se desarrollan las metas nacionales incluidas en cada uno de los objetivos del Plan Nacional de Salud Pública para el periodo 2007-2010:

OBJETIVO 1. MEJORAR LA SALUD INFANTIL

Metas nacionales de salud infantil

1. Reducir a 15 por 1.000 nacidos vivos la tasa de mortalidad en menores de 1 año (Línea de base: 16,3 por 1.000 nacidos vivos. Fuente: Dane 2004).
2. Lograr y mantener las coberturas de vacunación con todos los biológicos del Programa Ampliado de Inmunizaciones, PAI por encima del 95%, en niños y niñas en menores de 1 año (Línea de base: polio: 86,8%, DPT: 86,8%, sarampión y rubeola: 89,1 % en menores de 1 año. Fuente: PAI 2005).

3. Reducir a 24,0 por cien mil la tasa de mortalidad en menores de 5 años (Línea de base: 30,2 por cien mil. Fuente: DANE 2004).

Estrategias para mejorar la salud infantil

Línea de política número 1. Promoción de la salud y la calidad de vida

- a) Conformación de mecanismos de coordinación y articulación local intersectorial para la formulación y seguimiento de los planes locales de salud infantil y control social de la política nacional de primera infancia y plan nacional de niñez y adolescencia;
- b) Desarrollo de iniciativas de enfoque comunitario para mejorar las competencias de los individuos, las familias y la comunidad en la prevención y control de las enfermedades prevalentes de la infancia, Atención Integral de Enfermedades Prevalentes en la Infancia-AIEPI;
- c) Desarrollo de iniciativas de enfoque comunitario para mejorar las competencias de los individuos, las familias y la comunidad para la promoción del buen trato al menor y la solución pacífica de conflictos;
- d) Desarrollar y evaluar estrategias de educación, información, comunicación y movilización social con enfoque etno-cultural, para promover los derechos en salud de la infancia y estilos de vida saludable;
- e) Promoción de las medidas de protección para la ubicación familiar de los niños y jóvenes con derechos vulnerados;
- f) Abogacía para desarrollar estrategias que promuevan la conformación de entornos favorables a la salud de la infancia y la adolescencia y prevención de accidentalidad con los sectores competentes y el fondo de prevención vial.

Líneas de política números 2 y 3. Prevención de los riesgos y recuperación y superación de los daños en la salud

a) Promover proteger y apoyar en todos los ámbitos la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y con alimentación complementaria adecuada hasta los primeros dos años de vida y más;

b) Garantizar el desarrollo de la estrategia instituciones amigas de la mujer y la infancia;

c) Implementar en todas las Entidades Promotoras de Salud, EPS e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, IPS la estrategia Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia, AIEPI;

d) Garantizar el desarrollo de la estrategia de vacunación sin barreras;

e) Suplementación con vitamina A, “estrategia PAI- plus” en poblaciones de riesgo;

f) Introducción de nuevos inmunobiológicos al Programa Ampliado de Inmunizaciones, PAI, según evaluación de costo efectividad, factibilidad programática y riesgo poblacional;

g) Implementar en todas las Entidades Promotoras de Salud, EPS e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, IPS estrategias para mejorar la prevención y control de la retinopatía perinatal, la sífilis gestacional y congénita; la detección y control del hipotiroidismo congénito;

h) Impulsar el desarrollo del programa canguro para la atención del recién nacido de bajo peso al nacer en las instituciones prestadoras de servicios de salud, con los criterios de calidad requeridos;

i) Mejorar el acceso y calidad en la prestación de los servicios de prevención y control de los

riesgos y atención de las enfermedades que afectan a los niños y niñas, así como a sus madres durante el control prenatal y la atención del parto.

Línea de política número 4. Vigilancia en salud y gestión del conocimiento

a) Implementar un sistema de vigilancia de las anomalías congénitas con énfasis en rubéola, sífilis y toxoplasmosis, y de la mortalidad perinatal, neonatal e infantil,

b) Fortalecer la vigilancia de los riesgos y determinantes de la salud infantil, a través del diseño y disposición de metodologías estandarizadas de carga de enfermedad y vigilancia de acceso y calidad de atención;

c) Realizar estudios de costo efectividad, carga de enfermedad y de factibilidad programática para la introducción de nuevas vacunas en el Programa Ampliado de Inmunizaciones, PAI.

d) Fortalecer la formación continua y específica del recurso humano que se requiere para la atención integral y manejo de los riesgos relacionados con la salud infantil;

e) Implementar la vigilancia multisectorial de maltrato infantil (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, ICBF, Instituto Nacional de Medicina Legal, comisarías de familia, personerías y policía) para realizar intervenciones con base en la información generada.

OBJETIVO 2. MEJORAR LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Metas nacionales de salud sexual y reproductiva

1. Reducir por debajo de 62,4 por cien mil nacidos vivos la tasa de mortalidad materna (Línea de base: 78,7 por cien mil nacidos vivos. Fuente: Dane 2004).

2. Lograr reducir y mantener por debajo de 2,4 hijos por mujer, la fecundidad global en

mujeres entre 15 a 49 años (Línea de base: 2,4 hijos por mujer al terminar su periodo reproductivo. Fuente: ENDS 2005).

3. Reducir por debajo de 7 por cien mil mujeres, la tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino (Línea de base: 9,4 por cien mil mujeres. Fuente: Instituto Nacional de Cancerología,

INC/DANE 2004).

4. Mantener por debajo de 1,2% la prevalencia de infección por VIH en población de 15 a 49 años (Línea de Base: 0,7%. Fuente: Observatorio VIH/MPS 2004).

5. Lograr cobertura universal de terapia antiretroviral para VIH positivos. (Línea de base: 72%. Fuente: Observatorio VIH/MPS 2005).

Estrategias para mejorar la salud sexual y salud reproductiva

Línea de política número 1. Promoción de la salud y la calidad de vida

a) Conformación de mecanismos de coordinación y articulación local intersectorial para la formulación y seguimiento de los planes locales de salud sexual y reproductiva y control social de la política nacional de salud sexual y reproductiva;

b) Desarrollar y evaluar estrategias de educación, información, comunicación y movilización social con enfoque etno-cultural, para promover el ejercicio responsable de la sexualidad y los derechos y deberes en salud sexual y reproductiva;

c) Desarrollar y evaluar estrategias de educación, información, comunicación y movilización social con enfoque etno-cultural para la promoción del buen trato y la prevención integral en salud a víctimas de la violencia y abuso sexual;

- d) Fomentar la construcción de redes sociales de apoyo para la promoción y garantía del derecho a la protección de la salud sexual y salud reproductiva;
- e) Fomentar la estrategia de inducción a los servicios de control prenatal en el ambiente laboral y en los espacios públicos comunitarios como supermercados, Cades, taquillas para eventos, entre otros;
- f) Realizar abogacía para el desarrollo en instituciones educativas de programas de formación para la sexualidad, construcción de ciudadanía y habilidades para la vida que favorezcan el desarrollo de un proyecto de vida autónomo, responsable, satisfactorio, libremente escogido y útil para sí mismo y la sociedad, teniendo en cuenta la diversidad étnica y cultural.

Líneas de política números 2 y 3. Prevención de los riesgos y recuperación y superación de los daños en la salud

- a) Desarrollar estrategias de identificación de poblaciones vulnerables y de inducción de la demanda hacia los servicios de tamizaje, detección y tratamiento de los riesgos y daños en salud sexual y reproductiva;
- b) Garantizar la habilitación específica funcional para la idoneidad de los servicios de atención del control prenatal, del parto, del nacimiento, del puerperio y de los servicios que ofrecen atención de la interrupción voluntaria del embarazo;
- c) Implementar la atención integral protocolizada en salud con enfoque de riesgo biopsicosocial, sin barreras y con calidad para las emergencias obstétricas, control prenatal, atención del parto y posparto e interrupción voluntaria del embarazo, atención de abuso sexual en servicios de urgencia;

- d) Identificación y capacitación por competencias de las alternativas no institucionales para la atención de parto;
- e) Promover la utilización de métodos anticonceptivos modernos, mediante la inducción de la demanda, la eliminación de barreras de acceso y el seguimiento de su uso por parte de los servicios de salud, de acuerdo con las características y necesidades de la población en edad fértil;
- f) Implementar el modelo de servicios amigables para atención en salud sexual y reproductiva para los adolescentes, con énfasis en consejería, oferta anticonceptiva de emergencia y de métodos modernos;
- g) Implementar el modelo de gestión programática de VIH y la guía para el manejo sin barreras y con calidad de las infecciones de transmisión sexual y el VIH/SIDA;
- h) Incrementar la cobertura de asesoría y prueba voluntaria para VIH en población general y gestante;
- i) Suministro de tratamiento a mujeres embarazadas y leche de fórmula a los recién nacidos para reducir la transmisión perinatal del VIH;
- j) Desarrollo de mecanismos de inspección, vigilancia y control de estándares de calidad de las instituciones con servicios obstétricos habilitados y de las instituciones que realizan control prenatal, atención del parto y puerperio, detección y diagnóstico de cáncer de cérvix y mama y la atención de infecciones de transmisión sexual y el VIH/SIDA.

Línea de política número 4. Vigilancia en salud y gestión del conocimiento

- a) Fortalecer la vigilancia de los riesgos y determinantes de la salud sexual y reproductiva, a través del diseño y disposición de metodologías estandarizadas de estudio de carga de

enfermedad, vigilancia de casos y acceso y calidad de los servicios;

b) Fortalecer la formación del recurso humano para la atención integral y manejo de los riesgos relacionados con la salud sexual y reproductiva.

OBJETIVO 3. MEJORAR LA SALUD ORAL

Metas nacionales de salud oral

1. Lograr un índice de COP promedio a los 12 años de edad menor de 2,3 (Línea de base: 2,3. Fuente: III ENSB 1999).
2. Lograr y mantener los dientes permanentes en el 60% de los mayores de 18 años (Línea de base: 50,2%. Fuente: III ENSB 1999).

Estrategias para mejorar la salud oral

Línea de política número 1. Promoción de la salud y la calidad de vida.

- a) Promover en el hogar, ámbitos escolares e instituciones como guarderías y hogares de bienestar hábitos higiénicos de salud bucal como rutina de cuidado diario desde el nacimiento, primera infancia y edad escolar.
- b) Promover en los padres y cuidadores factores protectores para la salud bucal tales como: no usar chupos y biberones, establecer hábitos higiénicos orales y resaltar la importancia del cuidado del sexto molar y del control por odontólogo.
- c) Vigilancia de la estrategia de fluoración de la sal y fortalecer las acciones de vigilancia, prevención y control de la fluorosis.
- d) Promover en los ámbitos laborales los hábitos higiénicos en salud oral y el ejercicio de los

derechos y deberes de los usuarios a los servicios de salud bucal.

Líneas de política números 2 y 3. Prevención de los riesgos y recuperación y superación de los daños en la salud

a) Fortalecer dentro de la estrategia de atención integral de las enfermedades prevalentes de la infancia el rol de la familia para proteger la salud oral y generar hábitos higiénicos para su mantenimiento;

b) Difundir y vigilar el cumplimiento de la norma técnica de atención preventiva en salud bucal;

c) Garantizar el acceso a servicios de calidad de salud oral, de conformidad con lo establecido en los Planes Obligatorios de Salud, POS, del régimen contributivo y del régimen subsidiado;

d) Fomentar una estrategia de información a las embarazadas y de educación al personal de salud sobre la importancia del componente de salud oral en el control prenatal y su impacto en el control del riesgo de la preeclampsia;

e) Promover en las madres, padres y cuidadores el primer acceso a los servicios odontológicos en los niños menores de 1 año;

Línea de política número 4. Vigilancia en salud y gestión del conocimiento

a) Diseño y ejecución de la III Encuesta Nacional de Salud Bucal, ENSB.

b) Desarrollo de una estrategia de vigilancia centinela para las fluorosis.

OBJETIVO 4. MEJORAR LA SALUD MENTAL

Metas nacionales en salud mental

1. 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 (Línea de base: 0%. Fuente: direcciones territoriales de salud 2006).

Estrategias para mejorar la salud mental

Línea de política número 1. Promoción de la salud y la calidad de vida

a) Conformación de mecanismos de coordinación y articulación local intersectorial para la formulación y seguimiento de las políticas y planes de salud mental y de reducción del consumo de sustancias psicoactivas;

b) Promover el desarrollo de iniciativas de enfoque comunitario, orientadas a mejorar las competencias de los individuos, las familias y la comunidad en la promoción de la salud mental y la prevención y control de la violencia intrafamiliar;

c) Apoyar las iniciativas actuales para la salud mental y reducción de sustancias psicoactivas otros actores locales, la construcción conjunta de nuevas propuestas, buscando sinergias y sincronías junto a las Entidades Promotoras de Salud-EPS, Ministerio de Educación, Ministerio del Interior y de Justicia, Ministerio de Cultura y Deporte, secretarías de desarrollo social, personerías, organizaciones internacionales y organizaciones de base comunitaria;

d) Formación de grupos gestores y redes de apoyo de salud mental en los municipios conformados por actores institucionales (juez, inspector de policía, personero, docentes, policía, promotoras de salud, personal de salud, etc.) y comunitarios (líderes, madres comunitarias, pastoral social, etc.), y organizaciones no gubernamentales, para el desarrollo de actividades de promoción de la salud mental, prevención de trastornos mentales y del consumo de sustancias psicoactivas, tamizaje en salud mental, detección temprana,

canalización, seguimiento y rehabilitación comunitaria;

e) Desarrollar estrategias para favorecer la reinserción laboral y escolar en personas con patología mental controlada;

f) Promover capacidades en empresas y centros educativos para la detección de síntomas de trastornos mentales y reorientación a los servicios de atención.

Líneas de política números 2 y 3. Prevención de los riesgos y recuperación y superación de los daños en la salud

a) Incorporación del componente de salud mental y de reducción del consumo de sustancias psicoactivas en otros programas sociales y de salud pública relevantes tales como: Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia-AIEPI, familias en acción, comedores comunitarios, programas de crecimiento y desarrollo, escuelas de familia y escuelas saludables, programas para desplazados;

b) Promover la conformación de una red comunitaria en salud mental y prevención del consumo de sustancias psicoactivas que favorezca el tratamiento integral en salud mental, participación de la familia y grupos de autoayuda;

c) Diseñar e implementar un modelo de atención primaria en salud mental;

d) Ampliar el espectro de intervención de riesgo-población en salud mental para diagnóstico, tratamiento oportuno en trastornos de niños, adolescentes y de la demencia y la enfermedad de Alzheimer;

e) Garantizar el acceso a diagnóstico temprano y tratamiento, y al suministro de medicamentos.

Línea de política número 4. Vigilancia en salud y gestión del conocimiento

- a) Fortalecimiento de la vigilancia de los eventos más prevalentes en salud mental, consumo de sustancias psicoactivas y violencia, así como actualización de los diagnósticos departamentales;
- b) Promover actividades de capacitación en salud mental y reducción de consumo de sustancias psicoactivas, a los referentes institucionales de los niveles departamental y municipal, a los gestores locales de salud mental y a los grupos comunitarios;
- c) Realizar estudios de costo efectividad e impacto en la unidad de pago por capitación de las intervenciones prioritarias en salud mental.

OBJETIVO 5. DISMINUIR LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

Y LAS ZONOSIS

Metas nacionales en enfermedades transmisibles y zoonosis

1. Aumentar al 70% la detección de casos de tuberculosis en el país (Línea de base: 54%. Fuente: MPS 2005).
2. Aumentar al 85% la tasa de curación de los casos de tuberculosis pulmonar baciloscopia positiva (Línea de base 63%. Fuente: MPS 2004).
3. Reducir en un 50% los municipios que no cumplen con la meta de eliminación de la lepra (prevalencia de 1 por diez mil habitantes) (Línea de base: 87 municipios no cumplen meta de eliminación. Fuente: MPS 2006).
4. Eliminar la rabia humana transmitida por perro (Línea de base: 0,0047 x cien mil).

Fuente: MPS 2006).

5. Reducir los casos de mortalidad por malaria a 60 casos para el 2010 (Línea de base: 119 muertes. Fuente: DANE 2004).

6. Reducir los casos de mortalidad por dengue en un 30% a 49 casos para el 2010 (Línea de base: 70 muertes. Fuente: DANE 2004).

Estrategias para disminuir los riesgos para las enfermedades transmisibles y las zoonosis

Línea de política número 1. Promoción de la salud y la calidad de vida

a) Desarrollar estrategias intersectoriales y de base comunitaria para mantener el control de las poblaciones de vectores y reservorios;

b) Impulsar la conformación de un comité de coordinación y articulación local intersectorial para la formulación y seguimiento de los planes locales de prevención y control de las enfermedades transmisibles evitables y las zoonosis;

c) Impulsar la gestión de los Consejos Territoriales de Zoonosis para desarrollar acciones de prevención, vigilancia y control de las zoonosis de importancia epidemiológica en los territorios.

d) Desarrollar y evaluar estrategias de educación, información, comunicación y movilización social con enfoque etnocultural, para promoción de estilos de vida saludable, búsqueda de sintomáticos respiratorios y de piel y prevención de las enfermedades transmisibles;

e) Promover la participación social para la prevención de factores de riesgo y control de la transmisión de las enfermedades transmisibles y zoonosis.

Líneas de política números 2 y 3. Prevención de los riesgos y recuperación y superación de los daños en la salud

a) Movilizar y coordinar acciones intersectoriales con participación comunitaria para lograr y mantener las coberturas útiles de vacunación contra fiebre amarilla y vacunación antirrábica de caninos y felinos;

b) Implementar el Plan Estratégico Colombia Libre de Tuberculosis 2000-2015, para la expansión y fortalecimiento de la estrategia Tratamiento Acortado Supervisado DOTS/TAS para el manejo de pacientes con tuberculosis;

c) Coordinar el trabajo integral de los programas Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia-AIEPI, de lucha contra el VIH y el Programa Ampliado de Inmunizaciones, PAI, para prevenir y atender la coinfección VIH/tuberculosis;

d) Fortalecer las alianzas estratégicas entre Entidades Promotoras de Salud-EPS y Prestadores de Servicios de Salud-IPS públicos y privados para garantizar el desarrollo de las acciones de promoción de la salud, prevención específica, detección temprana y atención integral de las enfermedades transmisibles y las zoonosis;

e) Mantener y fortalecer la vigilancia de la resistencia a los medicamentos antituberculosos y antimaláricos y estudios para la introducción de nuevos esquemas de tratamiento médico para las enfermedades vectoriales;

f) Fortalecer las redes de microscopia en las zonas rurales dispersas para el diagnóstico de malaria y tuberculosis;

g) Adquirir, distribuir, hacer seguimiento y evaluación del acceso oportuno a medicamentos, insumos críticos y medidas de protección para el control de enfermedades transmisibles y

las zoonosis.

Línea de política número 4. Vigilancia en salud y gestión del conocimiento

- a) Fortalecer la vigilancia activa en los eventos prioritarios y seguimiento de cohortes de sintomáticos respiratorios, de piel y sistema nervioso periférico;
- b) Fortalecer los laboratorios de salud pública y entomología para el control de calidad de las pruebas de laboratorio clínico y las pruebas de confirmación especial en laboratorio de referencia nacional e internacional;
- c) Fortalecer la conformación de comités de vigilancia en salud pública en las entidades territoriales, Entidades Promotoras de Salud, EPS, e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud-IPS y la investigación operativa de las enfermedades transmisibles y las zoonosis.
- d) Impulsar el desarrollo de acciones de caracterización, estratificación, focalización y georreferenciación de los riesgos y condiciones de salud;
- e) Fortalecer los mecanismos de capacitación y actualización del talento humano para mejorar la vigilancia, prevención y la atención de eventos transmisibles y las zoonosis;
- f) Desarrollar e implementar metodologías para el estudio de la carga de enfermedad y sus determinantes, con enfoque diferencial, según ciclo vital y grupos vulnerables.

OBJETIVO 6. DISMINUIR LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

Y LAS DISCAPACIDADES

Metas nacionales en enfermedades no transmisibles y discapacidades

1. Aumentar por encima de 26% la prevalencia de actividad física global en adolescentes

entre 13 y 17 años (Línea de base: 26%. Fuente: ENSIN 2005).

2. Aumentar por encima de 42,6% la prevalencia de actividad física mínima en adultos entre 18 y 64 años (Línea de base: 42,6%. Fuente: ENSIN 2005).

3. Incrementar por encima de 12,7 años la edad promedio de inicio del consumo de cigarrillos en población menor de 18 años (Línea de base: 12,7 años. Fuente: Encuesta nacional de consumo de sustancias psicoactivas, escolares 2004).

4. Promover las acciones de diagnóstico temprano de la Enfermedad Renal Crónica-ERC (Línea de base: por definir).

5. Promover acciones preventivas para mantener o reducir la prevalencia de limitaciones evitables (Línea de base: 6,4%. Fuente: DANE 2005).

Estrategias para disminuir los riesgos para las enfermedades crónicas no transmisibles

Línea de política número 1. Promoción de la salud y la calidad de vida

a) Fomentar estrategias intersectoriales para mejorar la seguridad vial en áreas rurales y urbanas y el fomento de espacios temporales de recreación como ciclorrutas recreativas;

b) Impulsar estrategias para la promoción de la actividad física en escenarios educativos, redes y grupos comunitarios, laborales;

c) Desarrollar y evaluar estrategias de educación, información, comunicación y movilización social con enfoque etnocultural, para promoción de estilos de vida saludable, uso racional de medicamentos, y prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles;

d) Promover estrategias de información, educación, comunicación y asesoría para desestimular el hábito de fumar y la cesación del hábito del tabaco en las escuelas de básica

primaria, secundaria, universidades y lugares de trabajo;

e) Difundir, vigilar y regular el cumplimiento de la normativa de rotulado general y nutricional de alimentos para controlar el consumo de sal en alimentos procesados, colesterol y azúcar y promover el consumo de frutas y verduras (etiquetas visibles y otros refuerzos);

f) Promover la dieta saludable en comedores y restaurantes de las empresas e instituciones de trabajo;

g) Realizar abogacía para la reglamentación del convenio marco de lucha antitabáquica, y ajustar la regulación sobre la comercialización y publicidad del tabaco;

h) Promover la implementación de las estrategias de Instituciones Educativas, Espacios de Trabajo y Espacios Públicos Libres de Humo de tabaco y de combustibles sólidos, en coordinación con las direcciones territoriales de salud, Entidades Promotoras de Salud-EPS, Administradoras de Riesgos Profesionales-ARP, el sector educativo, trabajo, cultura y deporte y otros sectores;

i) Promover acciones de inducción a la demanda a los servicios de promoción de la salud, prevención de los riesgos y atención de los daños en salud visual, auditiva y cognitiva en los espacios educativos, laborales, culturales, deportivos y otros espacios cotidianos;

j) Ejercer abogacía para incluir en el Plan Decenal de Educación, programas dirigidos a incrementar el acceso al consumo de alimentos saludables en el ámbito educativo y para sustituir la clase de educación física de conceptos de deportes a clases de actividad física;

k) Promover acciones de protección de los derechos del consumidor y las condiciones ambientales y de salud que favorezcan el aprovechamiento biológico de los alimentos y un

adecuado estado nutricional de la población entre el Ministerio de la Protección Social, Agricultura y Comercio, Superintendencia del Consumidor y Ministerio de Educación;

l) Impulsar políticas que propicien sistemas de transporte que promuevan desplazamientos activos o el uso de vehículos no motorizados;

m) Realizar abogacía para la sustitución del enfoque del deporte centrado en deportistas de alto rendimiento hacia la actividad física, que se incluya la actividad física en espacios de la vida cotidiana y los discapacitados.

Líneas de política números 2 y 3. Prevención de los riesgos y recuperación y superación de los daños en la salud

a) Fortalecer las alianzas estratégicas entre aseguradoras y Prestadores de Servicios de Salud públicos y privados para garantizar el desarrollo de las acciones de promoción de la salud, protección específica, detección temprana y atención integral de las enfermedades crónicas no transmisibles;

b) Promover el desarrollo de acciones continuas de tamizaje de los factores de riesgo para las enfermedades crónicas no transmisibles;

c) Fortalecer las alianzas estratégicas entre aseguradoras y Prestadores de Servicios de Salud públicos y privados para garantizar el desarrollo de la estrategia VISION 20/20;

d) Promover el desarrollo de servicios diferenciados de prevención del consumo experimental y cesación del consumo de tabaco por ciclo vital, sexo y etnia;

e) Desarrollar e implementar guías de atención integral para la prevención del consumo de sustancias psicoactivas;

- f) Implementar en las Entidades Promotoras de Salud-EPS y sus red de prestadores el modelo de prevención y control de la enfermedad renal crónica;
- g) Promover la identificación y seguimiento de población en riesgo de desarrollar Enfermedad Renal Crónica, ERC;
- h) Implementar el seguimiento y evaluación de las cohortes de pacientes con enfermedad renal crónica desde sus estadios iniciales para la orientación terapéutica;
- i) Incluir programas de información dirigida a disminuir la práctica de automedicación de agentes nefrotóxicos;
- j) Fortalecer la rectoría de la autoridad sanitaria municipal, distrital y departamental para velar por la reducción de las oportunidades perdidas en la prestación de los servicios de atención para prevenir y atender la diabetes mellitus, retinopatía diabética, hipertensión arterial y enfermedad renal.

Línea de política número 4. Vigilancia en salud y gestión del conocimiento

- a) Impulsar el desarrollo de acciones de caracterización, estratificación, focalización y georreferenciación de los riesgos y condiciones de salud;
- b) Fortalecer la conformación de comités de vigilancia en salud pública en las entidades territoriales, Entidades Promotoras de Salud-EPS e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud-IPS y la investigación operativa de las enfermedades crónicas no transmisibles;
- c) Fortalecer los mecanismos de capacitación y actualización del talento humano para mejorar la vigilancia, prevención y la atención de las enfermedades crónicas no transmisibles;
- d) Desarrollar e implementar metodologías para el estudio de la carga de enfermedad y sus

determinantes, con enfoque diferencial, según ciclo vital y grupos vulnerables.

OBJETIVO 7. MEJORAR LA SITUACION NUTRICIONAL

Metas nacionales en nutrición

1. Reducir a 5% el porcentaje de desnutrición global en niños menores de 5 años con desnutrición global (Línea de base: 7%. Fuente: ENSIN 2005).
2. Reducir por debajo de 6,7 por cien mil la tasa de mortalidad por desnutrición crónica en menores de 5 años (Línea de base: 6,7 por cien mil menores de 5 años. Fuente: DANE 2004).
3. Incrementar en un mes la mediana de duración de la lactancia materna exclusiva (Línea de base: mediana 2,2 meses Ensin 2005).

Estrategias para mejorar la situación nutricional

Línea de política número 1. Promoción de la salud y la calidad de vida

- a) Concertación intersectorial para la ejecución y seguimiento del Plan Nacional Seguridad Alimentaria y Nutricional y de los Planes Territoriales de Seguridad Alimentaria y Nutricional;
- b) Desarrollar y evaluar estrategias de educación, información, comunicación y movilización social con enfoque etnocultural, para promoción de estilos de vida saludable, patrones alimentarios adecuados, fomento y protección de la lactancia materna;
- c) Fortalecer e implementar la inspección, vigilancia y control de los riesgos fitosanitarios de la cadena de producción, procesamiento, distribución y comercialización de alimentos dentro del marco de los sistemas salud internacional;

- d) Fortalecer los sistemas de garantía de la calidad para los alimentos fortificados;
- e) Promover la protección de los derechos del consumidor en espacios comunitarios.

Líneas de política números 2 y 3. Prevención de los riesgos y recuperación y superación de los daños en la salud

- a) Desparasitación y suplementación con micronutrientes a grupos de más alta vulnerabilidad;
- b) Desarrollar estrategias para la prevención de las deficiencias de micronutrientes;
- c) Implementar acciones de fomento, protección y apoyo a la lactancia materna;
- d) Desarrollar estrategias de complementación nutricional a grupos de más alta vulnerabilidad;
- e) Fortalecer las alianzas estratégicas entre aseguradoras y Prestadores de Servicios de Salud públicos y privados para garantizar el desarrollo de las acciones de promoción de la salud, protección específica, detección temprana y atención integral de las alteraciones nutricionales, según ciclo vital (institucional y comunitario);
- f) Promover en los espacios laborales, educativos y comunitarios estrategias de recuperación y preparación de alimentos sanos tradicionales en la dieta cotidiana.

Línea de política número 4. Vigilancia en salud y gestión del conocimiento

- a) Diseño e implementación del componente de vigilancia de la situación nutricional para la población menor de 12 años y gestantes;
- b) Fortalecer los mecanismos de capacitación y actualización del talento humano para

mejorar la vigilancia, prevención y la atención de las deficiencias nutricionales.

OBJETIVO 8. MEJORAR LA SEGURIDAD SANITARIA Y AMBIENTAL

METAS NACIONALES EN SEGURIDAD SANITARIA Y AMBIENTAL

1. Implementar la política de salud ambiental en las entidades territoriales (Línea de base: por desarrollar).
2. Ampliar la cobertura de vigilancia de calidad del agua al 100% de los municipios 4, 5 y 6 (Línea de base: por desarrollar).

Estrategias para mejorar la seguridad sanitaria y ambiental

Línea de política número 1. Promoción de la salud y la calidad de vida

- a) Impulsar la conformación de mecanismos de coordinación y articulación local e intersectorial para el seguimiento y evaluación de los planes locales de prevención y control de los factores de riesgo ambiental y desarrollo de la política de salud ambiental;
- b) Promover la formulación de planes de emergencia, prevención y control por parte de las empresas que manejan sustancias químicas peligrosas, incluyendo las rutas de transporte de sustancias;
- c) Implementar y evaluar la estrategia de entornos saludables en espacios educativos, de vivienda y espacios laborales;
- d) Promover acciones permanentes de sensibilización, información a la comunidad para la prevención de accidentes por envenenamiento en el hogar, la prevención de la contaminación de alimentos y la disposición adecuada de residuos sólidos;

e) Promover procesos de veeduría y control social;

f) Desarrollo y evaluación de estrategias de información, educación y movilización social para el manejo alternativo del saneamiento ambiental en las zonas rurales y marginales.

Líneas de política números 2 y 3. Prevención de los riesgos y recuperación y superación de los daños en la salud

a) Fortalecer los programas de salud ocupacional en pequeñas y medianas empresas a fin de garantizar un ambiente seguro;

b) Promover al interior de las empresas la adopción de la estrategia de ambientes libres de humo;

c) Promover las acciones de control sanitario a los riesgos sanitarios, fitosanitarios y ambientales.

Línea de política número 4. Vigilancia en salud y gestión del conocimiento

a) Diseño, desarrollo, seguimiento, evaluación y difusión de los resultados de la vigilancia sanitaria;

b) Fortalecer los mecanismos de capacitación y actualización del talento humano para mejorar la vigilancia y control de los factores de riesgo del ambiente;

c) Fortalecer los laboratorios de salud pública para el apoyo de la vigilancia sanitaria.

OBJETIVO 9. MEJORAR LA SEGURIDAD EN EL TRABAJO Y DISMINUIR

LAS ENFERMEDADES DE ORIGEN LABORAL

Metas nacionales en seguridad laboral y enfermedades de origen laboral

1. Reducir la tasa de mortalidad por enfermedad profesional (Línea de base: 11,5 por cien mil. Fuente: MPS 2005).

2. Reducir la tasa de accidentes ocupacionales (Línea de base 5,2 por cien mil. Fuente: MPS 2005).

Estrategias para mejorar la seguridad en el trabajo y disminuir las enfermedades de origen laboral

Línea de política número 1. Promoción de la salud y la calidad de vida

a) Promover la implementación y evaluación de la efectividad de la estrategia de entornos saludables en espacios laborales con enfoque diferencial por género;

b) Desarrollar normas técnicas para la promoción de la salud en espacios de trabajo, detección temprana, protección específica y atención de las enfermedades ocupacionales prevenibles;

c) Promover en las empresas, universidades, centros de formación del recurso humano y comunidad general el acceso a las acciones promoción de la salud, detección temprana, protección específica dentro del Sistema de Riesgos Profesionales, según normas técnicas establecidas (Ministerio de la Protección Social, direcciones territoriales de salud, Administradoras de Riesgos Profesionales-ARP, Entidades Promotoras de Salud-EPS).

Líneas de política números 2 y 3. Prevención de los riesgos y recuperación y superación de los daños en la salud

a) Desarrollar programas de sensibilización para la reincorporación y la inclusión del discapacitado en el sector productivo;

b) Formulación y seguimiento de planes de mitigación de los riesgos en las empresas con

base en los riesgos profesionales y ocupacionales y la accidentalidad.

Línea de política número 4. Vigilancia en salud y gestión del conocimiento

a) Diseñar, desarrollar, hacer seguimiento, evaluación y difusión de resultados de la vigilancia en salud en el entorno laboral.

OBJETIVO 10. FORTALECER LA GESTION PARA EL DESARROLLO OPERATIVO Y FUNCIONAL DEL PLAN NACIONAL DE SALUD PUBLICA

Metas nacionales en fortalecimiento de gestión

1. 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 de conformidad con las particularidades étnicas y culturales.
2. Fortalecer la regulación y fiscalización de las acciones de salud en el 100% de los departamentos, distritos y municipios.
3. Lograr el aseguramiento universal y la financiación del plan obligatorio de salud-POS.
4. 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.

Estrategias para fortalecer la gestión para el desarrollo operativo y funcional del Plan Nacional de Salud Pública

Línea de política número 5. Gestión integral para el desarrollo operativo y funcional del Plan Nacional de Salud Pública

- a) Promover el aseguramiento universal en salud, priorizando la mujer y niños, población pobre y vulnerable localizada en las áreas urbanas marginales y rurales;
- b) Promover el aumento de cobertura de aseguramiento a riesgos profesionales y protección al cesante, especialmente empresas y la población extranjera;
- c) Promover una agenda de trabajo y un plan de acción para la salud pública con los comités departamentales y locales de planeación, para impulsar el desarrollo de políticas y acciones intersectoriales del Plan Nacional de Salud Pública;
- d) Coordinación intersectorial, interinstitucional y comunitaria para la intervención de los determinantes de la salud y reducción de condiciones de vulnerabilidad de los individuos y de las poblaciones;
- e) Fomento de pactos, convenios y tratados de cooperación con instituciones y sectores responsables para la gestión social del riesgo e intervención de los determinantes de la salud;
- f) Articulación, con la Red Juntos para la Superación de la Pobreza Extrema;
- g) Formulación, ejecución, seguimiento y evaluación del plan nacional de reducción del impacto de emergencias y desastres en salud (mapas de amenazas, vulnerabilidad y riesgos);
- h) Coordinación interinstitucional y comunitaria para la estructuración de los modelos de salud de los pueblos indígenas e investigación sobre la medicina tradicional;
- i) Fomento del servicio de telemedicina para la prevención de los riesgos y la recuperación y superación de los daños en salud;
- j) Desarrollo del sistema de evaluación de resultados de salud.

k) Desarrollo de un programa de educación continuada para mejorar la capacidad de gestión del talento humano en salud.