

SEGUIMIENTO AL SECTOR SALUD EN COLOMBIA

**así vamos en salud**

# EXPERIENCIAS VALIOSAS EN GESTIÓN TERRITORIAL

2007

SEGUIMIENTO AL SECTOR SALUD EN COLOMBIA

**así vamos en salud**

# EXPERIENCIAS VALIOSAS EN GESTIÓN TERRITORIAL

2007



Fundación corona



CASA EDITORIAL  
**EL TIEMPO**

## COMITÉS QUE CONFORMAN EL PROYECTO “ASÍ VAMOS EN SALUD”

### COMITÉ DIRECTIVO

**Roberto Esguerra**

Director general, Fundación Santa Fe de Bogotá. Director del proyecto “Así vamos en salud”

**Juan Pablo Uribe**

Director ejecutivo, Fundación Santa Fe de Bogotá

**Gabriel Carrasquilla**

Director Centro de Estudios e Investigación en Salud (Ceis), Fundación Santa Fe de Bogotá

**María Luisa Latorre**

Coordinadora del proyecto “Así vamos en salud”

**Emilia Ruiz**

Directora ejecutiva, Fundación Corona

**Mario Gómez**

Director social, Fundación Antonio Restrepo Barco

**Soraya Montoya**

Directora ejecutiva, Fundación Saldarriaga Concha

**Hernán Jaramillo**

Decano Facultad de Economía, Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario

**Carlos Castro**

Jefe Centro de Extensión Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia

**Ofelia Corradine**

Directora de Responsabilidad Social, Casa Editorial El Tiempo

### COMITÉ TÉCNICO

**Gabriel Carrasquilla**

Director Centro de Estudios e Investigación en Salud (Ceis), Fundación Santa Fe de Bogotá

**María Luisa Latorre**

Coordinadora del proyecto “Así vamos en salud”

**Henry Gallardo**

Director de Gestión Integral Corporativa, Fundación Santa Fe de Bogotá

**Juan Carlos Correa**

Director División de Salud Comunitaria, Fundación Santa Fe de Bogotá

**Elsa Victoria Henao**

Jefa Área de Salud, Fundación Corona

**Margarita Martínez**

Coordinadora de Proyectos, Fundación Antonio Restrepo Barco

**Carolina Cuevas**

Gerente de Inversión Social, Fundación Saldarriaga Concha

**Catalina Latorre**

Directora Departamento de Salud Pública y Gestión en Salud, Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario

**Elkin Otálvaro**

Asesor de proyectos, Universidad de Antioquia

**Carlos Francisco Fernández**

Asesor médico, Casa Editorial El Tiempo

### COMITÉ EDITORIAL DE LA PUBLICACIÓN

**Gabriel Carrasquilla**

Director Centro de Estudios e Investigación en Salud (Ceis), Fundación Santa Fe de Bogotá

**Henry Gallardo**

Director de Gestión Integral Corporativa, Fundación Santa Fe de Bogotá

**Juan Carlos Correa**

Director División de Salud Comunitaria, Fundación Santa Fe de Bogotá

**María Luisa Latorre**

Coordinadora proyecto “Así vamos en salud”

**Juan Carlos Merchán**

Asistente del proyecto “Así vamos en salud”

**Catalina Latorre**

Directora Departamento de Salud Pública y Gestión en Salud, Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario

**Hernán Jaramillo**

Decano Facultad de Economía, Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario

**Elsa Victoria Henao**

Jefa Área de Salud, Fundación Corona

**Elkin Otálvaro**

Asesor de proyectos, Universidad de Antioquia

**Margarita Martínez**

Coordinadora de proyectos, Fundación Antonio Restrepo Barco

**Luis Fernando Toro**

Asociado, Fundación Saldarriaga Concha

Fundación Santa Fe de Bogotá  
Fundación Corona  
Fundación Antonio Restrepo Barco  
Fundación Saldarriaga Concha  
Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario  
Universidad de Antioquia  
Casa Editorial El Tiempo

Documento elaborado por  
María Luisa Latorre  
Juan Carlos Merchán  
Elsa Victoria Henao

Editor capítulo IV Germán Hernández

Corrección Elkin Rivera

Diseño: ILC.iNK Lemoine comunicación

Impresión

ISBN: 978-958-96648-3-4

Bogotá, D.C., Colombia  
Diciembre de 2007

---

## Presentación

**EL PROYECTO ““ASÍ VAMOS EN SALUD””** se propone realizar una publicación de alcance nacional en la que se refleje la labor que el programa realiza año tras año, presentar los indicadores de seguimiento al sector salud en Colombia, al igual que resaltar algunos ejemplos de proyectos que se estén llevando a cabo en distintos puntos del país, en busca de una mejor salud para la población colombiana.

Este año los comités Directivo y Técnico de “Así vamos en salud” acordaron la preparación, edición y publicación de este libro, así como iniciar una convocatoria a nivel nacional a través de las secretarías de salud de cada departamento para recibir aquellas propuestas que resumieran proyectos de diversa índole llevados a cabo en los municipios por medio de sus secretarías municipales. Como resultado de esta convocatoria, recibimos los proyectos que a continuación presentamos a los lectores. Bogotá, Nariño, Santander, Risaralda, Huila, Meta, Cundinamarca y Boyacá son los entes territoriales en los cuales estas experiencias valiosas en salud ejercen influencia. La reseña detallada de cada uno de los proyectos será la base de esta publicación.

En esta primera versión se presentarán quince indicadores trazadores, escogidos por el proyecto para hacerle seguimiento al sector salud en Colombia en áreas como el estado de salud, acceso a servicios, financiamiento y aseguramiento. Su descripción, situación y evolución también se describirán en esta primera versión de nuestra publicación.

Reseñamos igualmente lo sucedido en el Foro Nacional de “Así vamos en salud” realizado el 26 de octubre de 2007, que tuvo como tema central el papel del sector salud en la inclusión. El foro, que contó con la asistencia de 110 personas, dejó profundas reflexiones sobre el estado de la discapacidad en Colombia, así como la influencia del sector en su desarrollo. A continuación se presentará un documento de política en el que se destacan las principales conclusiones de cada intervención.

En la misma forma, los lectores encontrarán también un resumen de las actividades que el proyecto “Así vamos en salud” ha venido desarrollando a lo largo de los años 2006 y 2007. Mesas de trabajo, publicaciones y foros nacionales serán los eventos descritos en una de las secciones de esta publicación.

---

## Capítulo I

# Reseña del proyecto

**PROYECTO “ASÍ VAMOS EN SALUD”**. Iniciado en el 2001 con el proyecto “Sector salud y candidatos” y continuado en el 2003 y 2004 con el proyecto “Así vamos en salud: seguimiento al sector salud y a las metas de gobierno del presidente Álvaro Uribe”, se ha consolidado como proyecto de seguimiento al sector salud en Colombia. Se gestiona desde la Fundación Santa Fe de Bogotá, en alianza con otras seis instituciones: Fundación Corona, Fundación Antonio Restrepo Barco, Fundación Saldarriaga Concha, Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, Universidad de Antioquia y Casa Editorial El Tiempo, con el fin de proveer información tanto a las administraciones gubernamentales como a la ciudadanía, y aportar en la construcción y evaluación de las políticas públicas del sector salud a través de sistemas de medición —indicadores, series históricas—, foros y artículos sobre temas relevantes que impactan la salud de los colombianos.

Desde el año 2003, el proyecto tiene como objetivo contribuir a mejorar el desempeño del sector salud y el cumplimiento de los principios fundamentales del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), mediante el seguimiento, evaluación y difusión de sus resultados.

Es así como se ha dado a la tarea de crear espacios, a través de mesas de trabajo y de foros, en los cuales los líderes y tomadores de decisiones del sector salud analizan y debaten los principales aspectos del sector, formulan propuestas para avanzar en el cumplimiento de los principios fundamentales del Sistema General de Seguridad Social en Salud: universalidad, equidad, calidad y eficiencia, y el mejoramiento del estado de salud de la población.

El impacto del proyecto se puede mirar desde sus diferentes objetivos: para el seguimiento al sector salud se han construido series históricas de indicadores representativos del estado de salud de la población colombiana, del acceso a los servicios de salud, de la cobertura del aseguramiento, de algunos temas financieros y de calidad, entre otros. Éstos se publican en la página web, la cual ha recibido 101.335 visitantes desde su creación en el 2004 hasta el 30 de noviembre de 2007, y su empleo como hoja de consulta se ha incrementado a través del tiempo.

Para la evaluación se ha propiciado un espacio destinado a la rendición de cuentas mediante foros en los cuales las entidades gubernamentales han informado a los actores del sector sobre los temas relevantes del

<b>Presentación</b>	<b>Capítulo I</b>	<b>Capítulo II</b>	<b>Capítulo III</b>	<b>Capítulo IV</b>	<b>Capítulo V</b>	9
7	8 Reseña del proyecto	10 Seguimiento al sector salud en Colombia: indicadores sectoriales	40 Aporte del sector salud a la inclusión	46 Experiencias valiosas en gestión territorial	94 Resumen de actividades "Así vamos en salud". Seguimiento al sector salud en Colombia, 2004 - 2007	

SGSSS y del estado de salud de la población. Estos foros se han construido sobre las metas propuestas en las campañas electorales, las que —gracias al proyecto— se han publicado para conocimiento de la comunidad en general.

Los resultados de los foros, con sus conclusiones y recomendaciones, han sido objeto de difusión a través de medios masivos de comunicación mediante periódicos, artículos, y han sido materia prima de reuniones por parte de las entidades gubernamentales en la búsqueda de incrementar los logros de las metas propuestas y, por ende, de procurar un mejor estado de salud para los colombianos.

El proyecto también ha propiciado espacios para que los tomadores de decisiones a nivel gubernamental conozcan experiencias del sector privado y estudios de investigación realizados por la academia, para tener elementos claves a la hora de decidir.

## Capítulo II

# Seguimiento al sector salud en Colombia: indicadores sectoriales

**PARA CADA UNA DE ESTAS ÁREAS** se seleccionan indicadores que permiten observar los avances, retrocesos y tendencias del sector en su respectiva materia. A su vez, estos indicadores se revisan a la luz de los objetivos del sistema, de los compromisos electorales, de los planes de desarrollo de los gobiernos y de compromisos adquiridos con la comunidad internacional en materia de salud.

Las áreas que se monitorizan en el proyecto son el **estado de salud** de la población, **el acceso o uso y la calidad** de los servicios de salud, la extensión del **aseguramiento (cobertura)** y los recursos **financieros** que se invierten en el sistema. Adicional a estas áreas, se observan otros aspectos considerados prioritarios, como es el caso de la discapacidad, y aquellos procesos o temas coyunturales de alto interés para el país, como por ejemplo la reglamentación y la Ley 1122 de 2007.

Es importante anotar que para el cálculo de muchos de estos indicadores se toman datos de población como denominadores, y para esto se utilizan las proyecciones de población del censo 1993 del Dane. De igual manera, se ha buscado construir indicadores a los que se pueda hacer seguimiento al menos una vez por año y cuyas fuentes de información sean oficiales y públicas.

Dado el interés de “Así vamos en salud” de servir de referente no sólo nacional sino también regional, el proyecto presenta aquellos indicadores disponibles que describen las condiciones departamentales específicas.

### I. Estado de Salud

1. Razón de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos
2. Tasa de mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos
3. Tasa de mortalidad en menores de 5 años por 1.000 nacidos vivos
4. Mortalidad por tétanos neonatal

Presentación	Capítulo I	Capítulo II	Capítulo III	Capítulo IV	Capítulo V	11
7	8 Reseña del proyecto	10 Seguimiento al sector salud en Colombia: indicadores sectoriales	40 Aporte del sector salud a la inclusión	46 Experiencias valiosas en gestión territorial	94 Resumen de actividades "Así vamos en salud". Seguimiento al sector salud en Colombia, 2004 - 2007	

5. Diez primeras causas de mortalidad en Colombia 1980 - 2005
6. Prevalencia de bajo peso al nacer (RN con peso inferior a 2.500 gramos) por 100 nacidos vivos
7. Fecundidad en adolescentes
8. Índice parasitario anual de malaria

## II. Acceso a servicios

1. Porcentaje de partos atendidos en instituciones de salud
2. Porcentaje de niños menores de un año vacunados contra el sarampión: triple viral

## III. Aseguramiento

1. Porcentaje de población no asegurada

## IV. Sistema de garantía de calidad

1. Número de IPS Acreditadas

## V. Financiamiento

1. Transferencias de la nación, salud 1994 - 2007 en millones de pesos constantes
2. Transferencias de la nación, salud 1994 - 2007 en millones de pesos
3. Participación de la cartera de las IPS a 90 días y más

## I. Estado de salud de la población

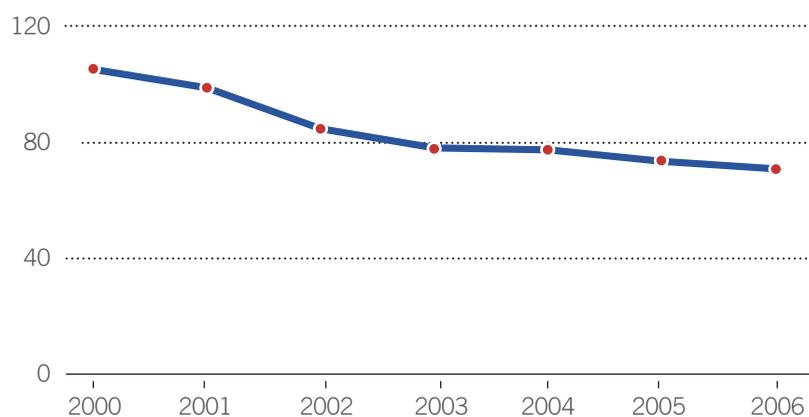
En el área "Estado de salud" se hace seguimiento a diversos eventos de salud de gran trascendencia para la población colombiana y a los cambios producidos en ellos a lo largo del tiempo.

Los indicadores trazadores de esta área se refieren a la mortalidad materna e infantil (menores de 1 año), la de niños menores de 5 años y la ocasionada por el tétanos en recién nacidos; También al embarazo en adolescentes, los recién nacidos con bajo peso y el comportamiento de la malaria entre las poblaciones expuestas a este riesgo. Igualmente se presenta un seguimiento quinquenal, desde 1980, a las diez primeras causas de mortalidad en el país.

## 1. Razón de mortalidad materna:

TENDENCIA DE LA MORTALIDAD MATERNA								
Indicador trazador	Año							Fuente
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	
Razón de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos	104,94	98,58	84,37	77,81	78,69	73,06	70,28	Dane

### RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA COLOMBIA 2000-2006



FUENTE: ESTADÍSTICAS VITALES DEL DANE. AÑO 2006 PRELIMINAR

**Meta ODM: 45 defunciones maternas por cien mil nacidos vivos**

MORTALIDAD MATERNA - FICHA TÉCNICA			
Nombre	Definición	Metodología de cálculo	Fuente
Razón de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos.	Cociente entre el número de muertes maternas en un determinado año y el número de nacidos vivos en el mismo año, expresado por 100.000 nacidos vivos, para un determinado país, territorio o área geográfica, reportado por la autoridad sanitaria nacional.	Numerador: número de muertes maternas ocurridas en un año. Denominador: total de nacidos vivos para el mismo año. Unidad de medida: por 100.000 nacidos vivos.	Dane, Estadísticas vitales.

A continuación se muestra la razón de mortalidad materna, por lugar de residencia de la madre, en los diferentes departamentos del país para el año 2005, según el Dane, en octubre del 2007:

MORTALIDAD MATERNA POR DEPARTAMENTO Y DE RESIDENCIA			
COLOMBIA, AÑO 2005			
DEPARTAMENTO DE RESIDENCIA Y GRUPOS DE CAUSAS	Total	Nacidos vivos	Razón mortalidad materna
TOTAL NACIONAL	526	719.968	73,06
ANTIOQUIA	62	94.636	65,51
ATLÁNTICO	29	40.624	71,39
BOGOTÁ	67	112.478	59,57
BOLÍVAR	29	31.846	91,06
BOYACÁ	16	20.523	77,96
CALDAS	6	14.079	42,62
CAQUETÁ	8	7.249	110,36
CAUCA	23	18.263	125,94
CESAR	8	20.418	39,18
CÓRDOBA	7	27.075	25,85
CUNDINAMARCA	25	35.901	69,64
CHOCÓ	13	5.181	250,92
HUILA	8	20.873	38,33
LA GUAJIRA	15	11.447	131,04
MAGDALENA	23	20.988	109,59
META	13	15.922	81,65
NARIÑO	18	23.489	76,63
NORTE DE SANTANDER	19	20.936	90,75
QUINDÍO	6	7.499	80,01
RISARALDA	9	12.942	69,54
SANTANDER	19	33.737	56,32
SUCRE	8	15.530	51,51
TOLIMA	20	23.295	85,86
VALLE	56	62.297	89,89
ARAUCA	3	5.083	59,02
CASANARE	3	5.937	50,53
PUTUMAYO	3	5.208	57,60
SAN ANDRÉS		978	0,00
AMAZONAS	2	1.266	157,98
GUAINÍA	2	518	386,10
GUAVIARE	3	1.752	171,23
VAUPÉS		559	0,00
VICHADA		829	0,00
SIN INFORMACIÓN	2	454	

Fuente: Dane - Estadísticas vitales (web octubre de 2007)

### Qué dicen estos datos

**ESTE INDICADOR REFLEJA**, entre otras cosas, las desigualdades en la atención en salud para las mujeres, especialmente en el primer nivel y relacionada con la capacidad de detectar a tiempo los riesgos evitables del embarazo.

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en Latinoamérica mueren cada año cerca de 22.000 mujeres por complicaciones en el embarazo, en el parto o en el posparto, casi todas éstas evitables. La razón de mortalidad materna en la región es 190 por 100.000 nacidos vivos. Las diferencias entre los países son inmensas: mientras en Canadá se encuentra una razón de mortalidad materna de 4 por 100.000 nacidos vivos, en Haití asciende a 523, según el Informe Mundial de la Infancia Unicef 2007.

La meta de Colombia (ODM) para el año 2015 es de 45 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos. Para el 2010, de acuerdo con la meta propuesta en el Plan Nacional de Salud Pública 2007 - 2010, se espera haber reducido la razón de mortalidad materna a 62,4.

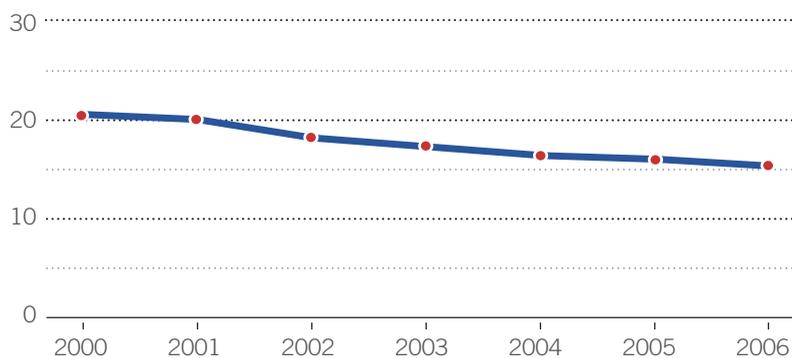
En Colombia, según cifras del Dane, en el año 2005 fallecieron 526 mujeres por causas relacionadas con la maternidad, para una razón de 73,06 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos. Las diferencias entre los departamentos, por su parte, señalan unas desigualdades regionales que merecen especial atención. Mientras en Córdoba, Huila y Cesar se cumple ampliamente con la meta de los ODM (25,50, 37,80 y 39,04, respectivamente), en el Guaviare llega a 173,51, en Chocó a 270,33 y en Guainía a 384,62.

Según datos preliminares del Dane de diciembre 26 de 2007, la razón de mortalidad materna en el año 2006 descendió a 70,28.

## 2. Mortalidad infantil

TENDENCIA DE LA MORTALIDAD INFANTIL								
Indicador	Año							Fuente
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	
Razón de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos	20,41	19,92	18,05	17,18	16,28	15,91	15,07	Dane
Mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos, por encuesta	21					19		ENDS

## TASA DE MORTALIDAD INFANTIL COLOMBIA, 2000-2006



FUENTE: ESTADÍSTICAS VITALES DEL DANE. AÑO 2006 PRELIMINAR

**Meta ODM: 14 defunciones en menores de un año por 1.000 NV**

### MORTALIDAD INFANTIL - FICHA TÉCNICA

Nombre	Definición	Metodología de cálculo	Fuente
Tasa de mortalidad infantil	Cociente entre el número de muertes de niños de un año de edad en un determinado año y el número de nacidos vivos para el mismo año, expresado por 1.000 nacidos vivos, para un año dado, en un determinado país, territorio o área geográfica.	Numerador: número de muertes de niños menores de un año de edad. Denominador: total de nacidos vivos para el mismo año. Unidad de medida: por 1.000 nacidos vivos.	Dane.

Seguidamente se presenta la tasa de mortalidad infantil, por lugar de residencia de la madre, en los diferentes departamentos del país para el año 2005, de acuerdo con las tablas del Dane en octubre del 2007:

<b>MORTALIDAD INFANTIL POR DEPARTAMENTO DE RESIDENCIA</b>			
<b>COLOMBIA, AÑO 2005</b>			
<b>DEPARTAMENTO</b>	<b>Nacidos vivos</b>	<b>Def. &lt; 1 años</b>	<b>Tasa mort. &lt; 1 año</b>
TOTAL COLOMBIA	719.968	11.456	15,91
ANTIOQUIA	94.636	1.294	13,68
ATLÁNTICO	40.624	750	18,25
BOGOTÁ	112.478	1.684	13,86
BOLÍVAR	31.846	616	19,81
BOYACÁ	20.523	357	17,44
CALDAS	14.079	191	13,45
CAQUETÁ	7.249	170	23,52
CAUCA	18.263	388	23,02
CESAR	20.418	336	16,40
CÓRDOBA	27.075	536	19,52
CUNDINAMARCA	35.901	591	21,21
CHOCÓ	5.181	170	35,35
HUILA	20.873	323	15,29
LA GUAJIRA	11.447	277	24,51
MAGDALENA	20.988	429	20,45
META	15.922	237	14,61
NARIÑO	23.489	274	11,67
NORTE DE SANTANDER	20.936	331	15,79
QUINDÍO	7.499	102	13,19
RISARALDA	12.942	212	16,49
SANTANDER	33.737	403	11,76
SUCRE	15.530	175	11,24
TOLIMA	23.295	315	14,05
VALLE	62.297	800	12,56
ARAUCA	5.083	84	16,49
CASANARE	5.937	73	12,62
PUTUMAYO	5.208	89	17,63
SAN ANDRÉS	978	14	15,04
AMAZONAS	1.266	37	28,59
GUAINÍA	518	21	40,38
GUAVIARE	1.752	39	22,56
VAUPÉS	559	8	14,60
VICHADA	829	22	30,26
Extranjeros	156	14	
Sin información	454	94	

Fuente: DANE: Nacimientos por departamento de residencia de la madre



## Qué dicen estos datos

**ESTE INDICADOR MUESTRA** la probabilidad que tiene un niño al nacer de morir antes de cumplir un año de edad. Estos menores son la población más vulnerable y quienes presentan la mortalidad más alta. La educación de la madre, el nivel socioeconómico de las familias, el acceso a los servicios de salud, la calidad en la atención y el saneamiento básico, entre otros, son factores relacionados con este resultado.

En Colombia se aprecia una tendencia a mejorar en este indicador, pasando de una tasa de 20,41 defunciones por 1.000 nacidos vivos en el año 2000 a 15,91 en el 2005, según los indicadores construidos con la información suministrada por el Dane. La Encuesta Nacional de Demografía y Salud reitera esta tendencia con una reducción de 21 en el 2000 a 19 en el 2005 y arroja un resultado menor que el presentado por estadísticas vitales del Dane.

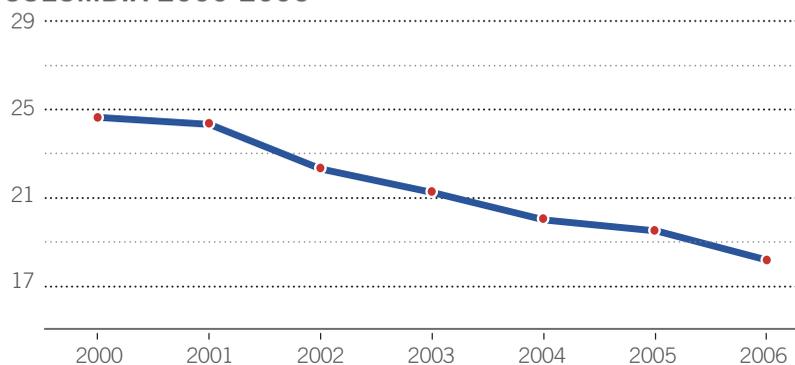
Según el informe de Estado Mundial de la Infancia 2007 de Unicef, la tasa de mortalidad infantil en África subsahariana se encuentra por encima de 100, en América Latina y el Caribe en 26, mientras que en los países industrializados está en 5.

Según datos preliminares del Dane de diciembre 26 de 2007, la tasa de mortalidad infantil en el año 2006 descendió a 15,07.

## 3. Mortalidad en menores de 5 años

TENDENCIA DE LA MORTALIDAD EN MENORES DE 5 AÑOS								
Indicador trazador	Año							Fuente
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	
Tasa de mortalidad en menores de 5 años por 1.000 nacidos vivos	24,56	24,25	22,23	21,17	19,94	19,42	18,37	Dane

### TASA DE MORTALIDAD EN MENORES DE 5 AÑOS COLOMBIA 2000-2006



FUENTE: ESTADÍSTICAS VITALES DEL DANE. AÑO 2006 PRELIMINAR

#### Meta ODM: 17 defunciones en menores de 5 años por 1.000 NV

MORTALIDAD MENORES DE 5 AÑOS - FICHA TÉCNICA			
Nombre	Definición	Metodología de cálculo	Fuente
Tasa de mortalidad menores de 5 años.	Cociente entre el número de muertes de niños menores de 5 años de edad en un determinado año y el número de nacidos vivos para el mismo año, expresado por 1.000 nacidos vivos, para un año dado, en un determinado país, territorio o área geográfica.	Numerador: número de muertes de niños menores de 5 años de edad. Denominador: total de nacidos vivos para el mismo año. Unidad de medida: por 1.000 nacidos vivos.	Dane.

Seguidamente se presenta la tasa de mortalidad en menores de 5 años, por lugar de residencia de la madre, en los diferentes departamentos del país para el año 2005, de acuerdo con las tablas del Dane en octubre

**MORTALIDAD INFANTIL POR DEPARTAMENTO DE RESIDENCIA****COLOMBIA, AÑO 2005**

<b>DEPARTAMENTO</b>	<b>Nacidos vivos</b>	<b>Def. &lt; 5 años</b>	<b>Tasa mort. &lt; 5</b>
TOTAL COLOMBIA	719.968	13.983	19,42
ANTIOQUIA	94.636	1.586	16,76
ATLÁNTICO	40.624	884	21,76
BOGOTÁ	112.478	1.948	17,32
BOLÍVAR	31.846	741	23,27
BOYACÁ	20.523	449	21,88
CALDAS	14.079	240	17,05
CAQUETÁ	7.249	219	30,21
CAUCA	18.263	528	28,91
CESAR	20.418	402	19,69
CÓRDOBA	27.075	611	22,57
CUNDINAMARCA	35.901	707	19,69
CHOCÓ	5.181	224	43,23
HUILA	20.873	418	20,03
LA GUAJIRA	11.447	329	28,74
MAGDALENA	20.988	504	24,01
META	15.922	313	19,66
NARIÑO	23.489	343	14,60
NORTE DE SANTANDER	20.936	406	19,39
QUINDÍO	7.499	119	15,87
RISARALDA	12.942	267	20,63
SANTANDER	33.737	470	13,93
SUCRE	15.530	209	13,46
TOLIMA	23.295	437	18,76
VALLE	62.297	998	16,02
ARAUCA	5.083	119	23,41
CASANARE	5.937	102	17,18
PUTUMAYO	5.208	107	20,55
SAN ANDRÉS	978	14	14,31
AMAZONAS	1.266	49	38,70
GUAINÍA	518	24	46,33
GUAVIARE	1.752	54	30,82
VAUPÉS	559	16	28,62
VICHADA	829	32	38,60
Extranjeros	156	18	
Sin información	454	102	

Dane: Nacimientos por departamento de residencia de la madre



del 2007:

### Qué dicen estos datos

**ESTE INDICADOR ES UNO** de los más importantes trazadores a nivel mundial y se ha constituido en una medida para el seguimiento del bienestar de los menores de cinco años. Por tal razón, hace parte de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y de las metas acordadas en la Cumbre Mundial de la Infancia, que espera lograr una reducción de las dos terceras partes de la mortalidad en el 2015 (ODM).

En los últimos 5 años, Colombia ha logrado un descenso progresivo de esta tasa, partiendo de 24.56 defunciones en menores de 5 años por 1000 nacidos vivos en el año 2000 hasta 19,42, en el 2005.

Respecto a otros países y con una tasa calculada de 21 defunciones por 1.000 nacidos vivos, (“Estado Mundial de la Infancia 2007”) se posiciona a Colombia en el puesto 108 entre 193 países, con un límite superior de 282 muertes por 1000 nacidos vivos para Sierra Leona y uno inferior de 3 defunciones en Singapur. Por su parte, la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005 reporta una tasa nacional de 22 y reporta un incremento en el área rural respecto a la urbana, con tasas desagregadas de 26 y 20, respectivamente.

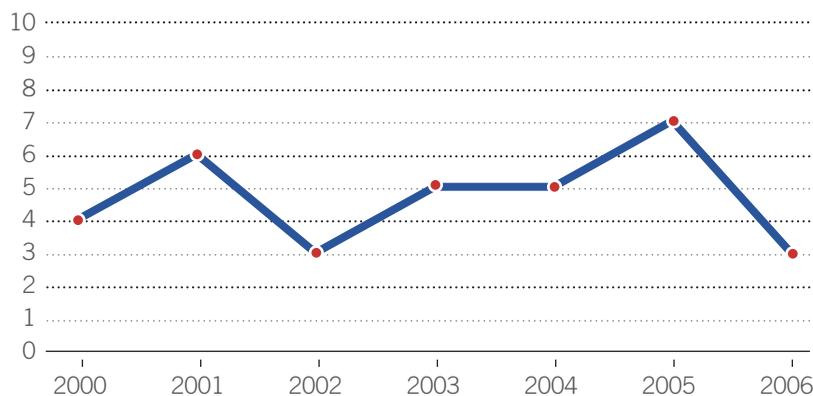
Según datos preliminares del Dane de diciembre 26 de 2007, la tasa de mortalidad en menores de cinco años en el año 2006 descendió a 18,37.

#### 4. Mortalidad por tétanos neonatal

##### TENDENCIA DE LA MORTALIDAD POR TÉTANOS NEONATAL

Indicador trazador	Año							Fuente
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	
Mortalidad por tétanos neonatal.	4	6	3	5	5	7	3	Instituto Nacional de Salud.

##### MORTALIDAD POR TÉTANOS NEONATAL



**Meta Cumbre Mundial de la Infancia: cero defunciones por tétanos neonatal.**

##### MORTALIDAD POR TÉTANOS NEONATAL - FICHA TÉCNICA

Nombre	Definición	Metodología de cálculo	Fuente
Mortalidad por tétanos neonatal.	Número de muertes de niños menores de cuatro semanas cuyos certificados de defunción registran tétanos como causa básica de muerte, para un año dado, en un determinado país, territorio o área geográfica, expresado por número de defunciones, reportado por la autoridad sanitaria nacional.	Unidad de medida: defunciones.	Instituto Nacional de Salud.

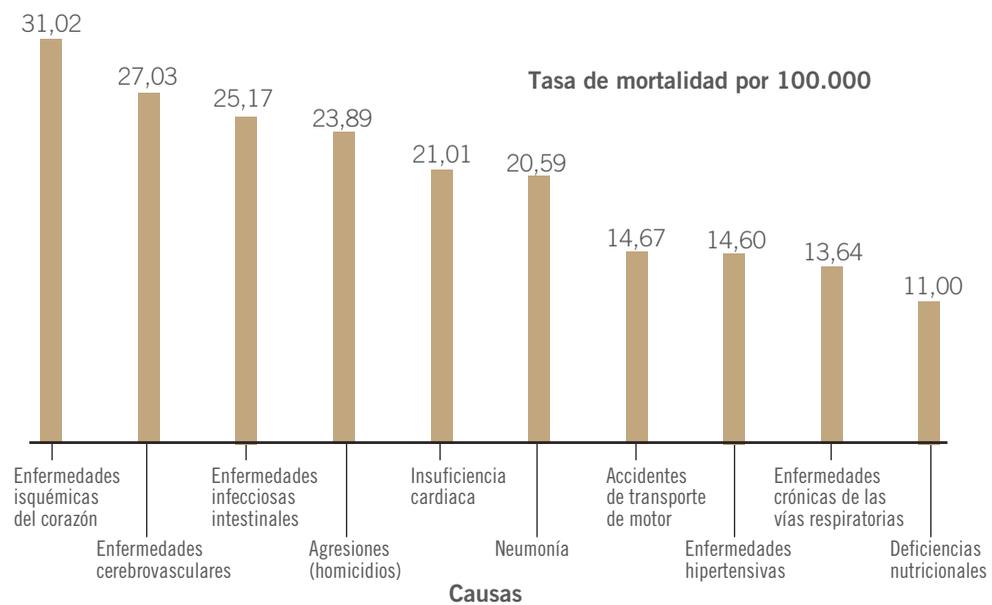


#### Qué dicen estos datos

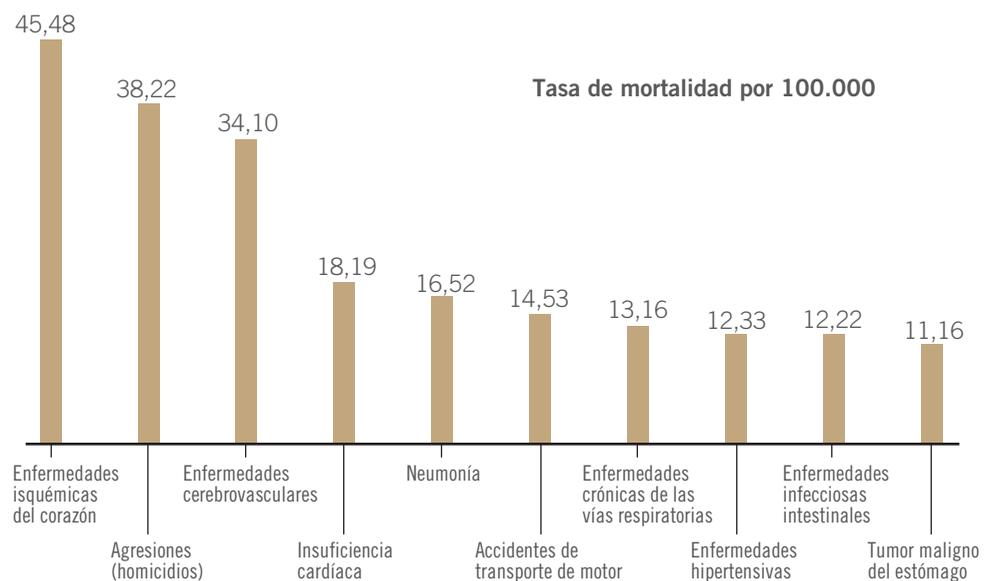
**A PESAR DE LOS ESFUERZOS** por mejorar las coberturas de vacunación, teniendo en cuenta que en Colombia el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) contempla la aplicación de vacuna antitetánica durante el embarazo, aún se siguen presentando defunciones por tétanos en recién nacidos.

## 5. Diez primeras causas de mortalidad en Colombia

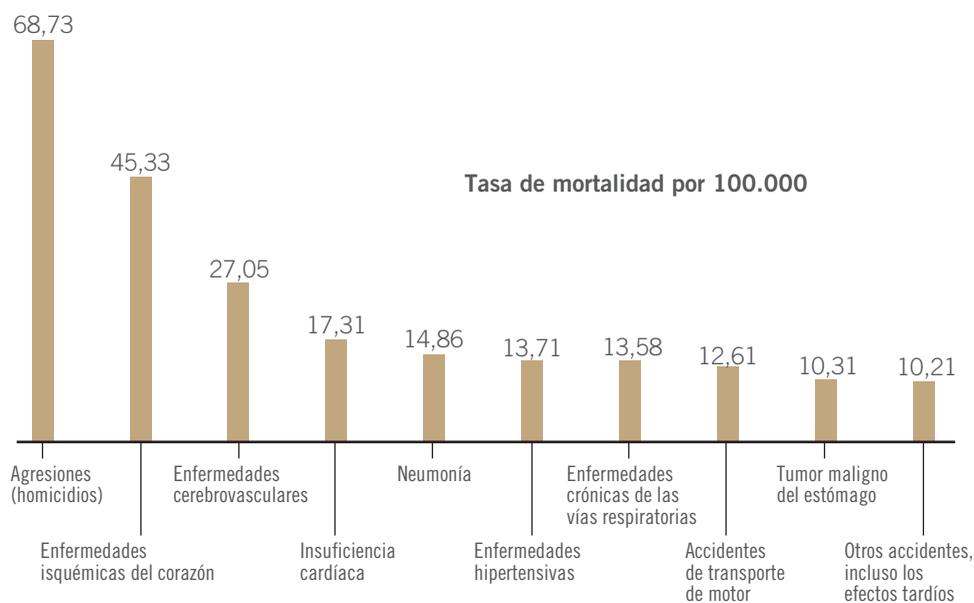
### PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD COLOMBIA, 1980



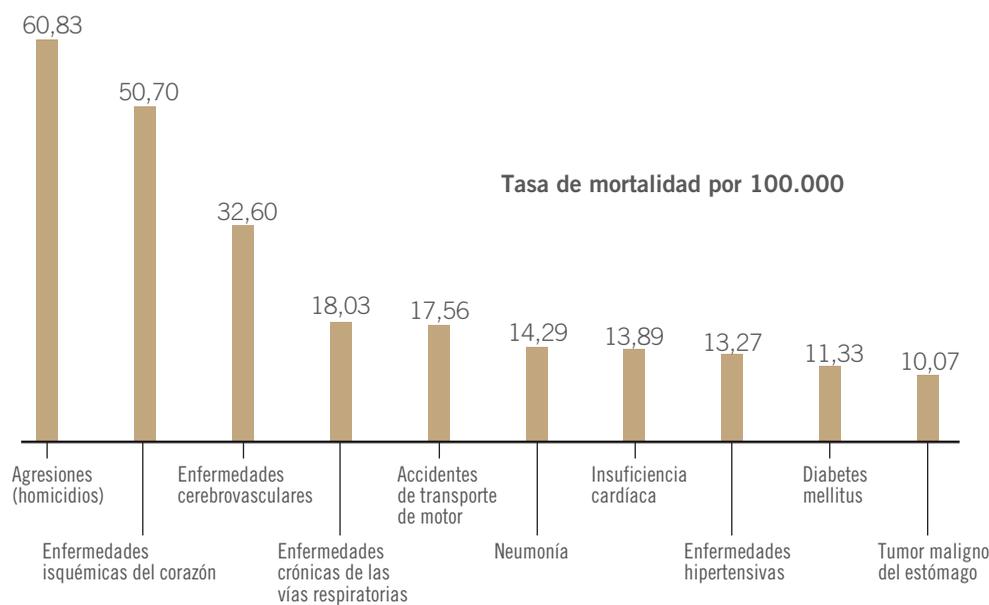
### PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD COLOMBIA, 1985



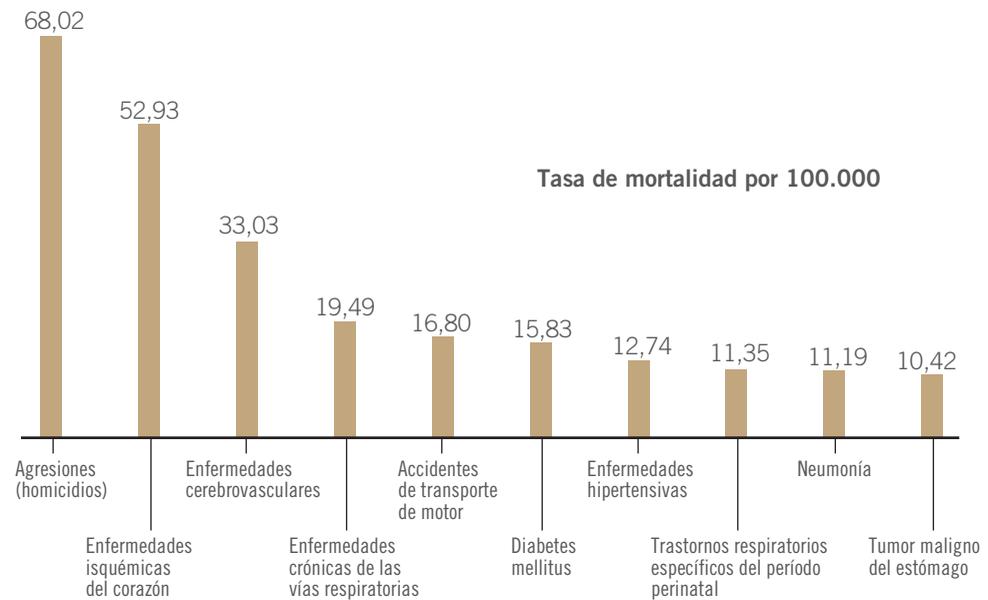
## PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD COLOMBIA, 1990



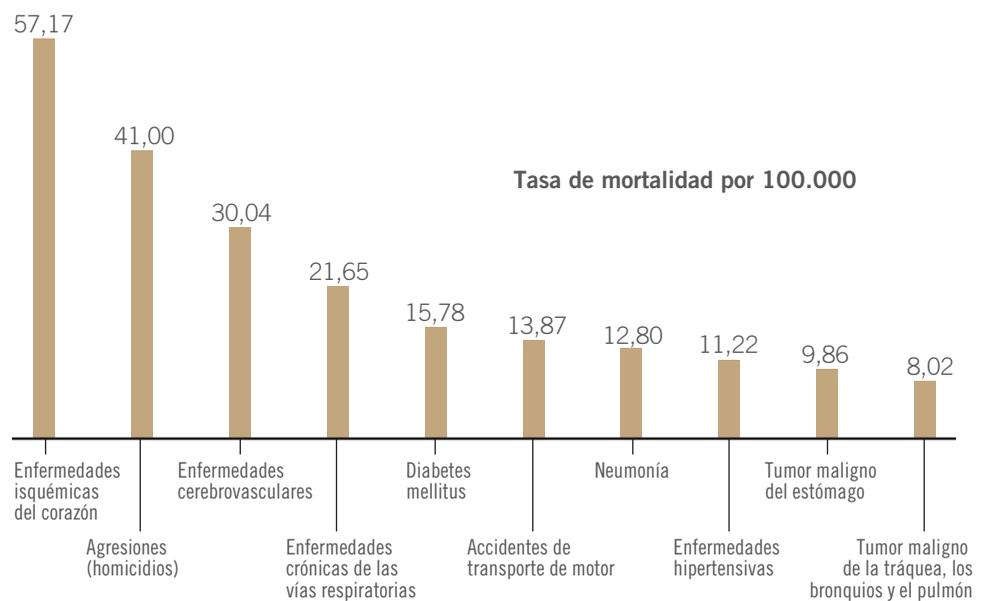
## PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD COLOMBIA, 1995



## PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD COLOMBIA, 2000



## PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD COLOMBIA, 2005



## DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD EN COLOMBIA - FICHA TÉCNICA

Nombre	Definición	Metodología de cálculo	Fuente
Diez primeras causas de mortalidad general en Colombia.	Número de muertes en población general, para un año dado, en un determinado país, territorio o área geográfica, expresado por número de defunciones en la población proyectada para ese mismo territorio, reportado por la autoridad sanitaria nacional.	Tasa de mortalidad general, diez primeras causas para Colombia, según lista 105 para la tabulación de la mortalidad, total nacional. Proyecciones de población del Dane para los años correspondientes.	Dane, Estadísticas vitales, construido en julio de 2007.



## Qué dicen estos datos

**LAS PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD PARA COLOMBIA** han presentado cambios significativos a lo largo de las últimas décadas, como se puede apreciar en las gráficas anteriores. La causa de muertes por agresiones y homicidios, por ejemplo, que ocupaba el cuarto lugar en 1980, pasó a ser la primera causa entre 1990 y el 2000 y al segundo puesto en el 2005, cediendo la primera casilla a las enfermedades isquémicas del corazón.

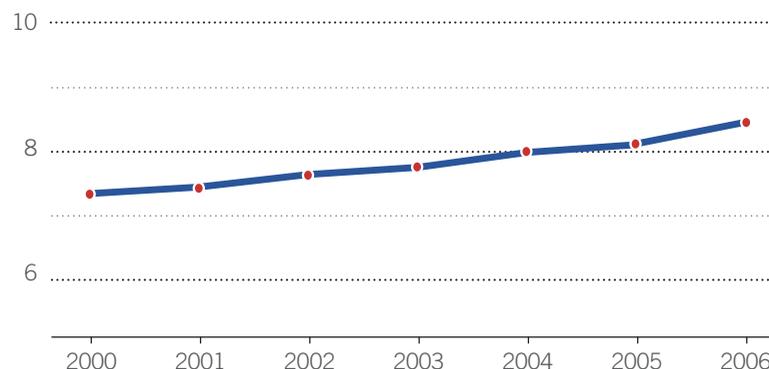
Las enfermedades cardio-cerebrovasculares y las metabólicas, ubicadas entre las primeras causas de mortalidad en Colombia, al igual que en los países con mayor nivel de desarrollo, coexisten con otras de origen infeccioso, como las neumonías.

## 6. Bajo peso al nacer

## TENDENCIA DE BAJO PESO AL NACER

Indicador trazador	Año							Fuente
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	
Prevalencia de bajo peso al nacer (RN con peso inferior a 2.500 g) por 100 NV	7,33	7,44	7,64	7,75	8,00	8,13	8,45	Dane

### PREVALENCIA DE BAJO PESO AL NACER POR 100 NACIDOS VIVOS COLOMBIA, 2000-2006



FUENTE: ESTADÍSTICAS VITALES DEL DANE. AÑO 2006 PRELIMINAR

#### Meta Cumbre Mundial de la Infancia: menos de 10% o menos

BAJO PESO AL NACER - FICHA TÉCNICA			
Nombre	Definición	Metodología de cálculo	Fuente
Prevalencia de bajo peso al nacer por 100 nacidos vivos.	Número de nacidos vivos con peso inferior a 2.500 gramos, medido al momento del nacimiento o dentro de las primeras horas de vida, antes de que la significativa pérdida de peso posnatal haya ocurrido, expresado por 100 nacidos vivos, para un año dado.	Numerador: número de recién nacidos con peso inferior a 2.500 g. Denominador: total de nacidos vivos para el mismo año. Unidad de medida: por 100 nacidos vivos.	Dane, Estadísticas vitales.



#### Qué dicen estos datos

**ESTE INDICADOR SE OBTIENE DE LOS REGISTROS** de nacidos vivos y su consolidación como estadísticas vitales del Dane para cada año. Hace referencia al número de nacidos vivos con peso al nacer inferior a 2.500 gramos, y expresado por 100 nacidos vivos. Tiene una estrecha relación con la morbilidad y mortalidad perinatales y se asocia, entre otras cosas, con el estado nutricional de la madre antes del embarazo, con una pobre ganancia de peso durante la gestación y con otros eventos como el parto pretérmino, la ruptura prematura de membranas, la preeclampsia, el hábito de fumar durante la gestación y períodos entre embarazos menores de doce meses. Es importante anotar que, en la gran mayoría de los casos, estos eventos son prevenibles a través de un control prenatal oportuno y eficiente.

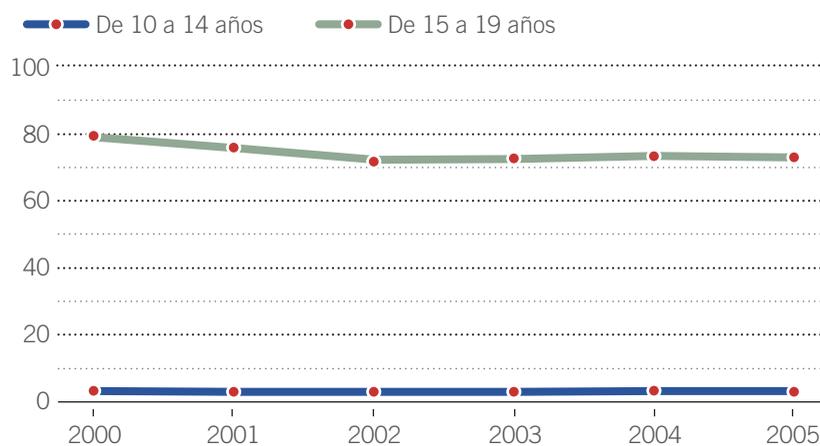
A diferencia de otros indicadores, en Colombia el bajo peso al nacer muestra una tendencia al aumento, al pasar de 7,33 en el 2000 a 8,13 en el 2005. En Bogotá la cifra alcanza un 12% y en comparación con otros países latinoamericanos, como Argentina, Brasil y México, las cifras son similares, mientras que en Suecia la prevalencia es del 4% y en India del 30% (Informe Mundial de la Infancia Unicef 2007).

Según datos preliminares del Dane de diciembre 26 de 2007, la prevalencia de bajo peso al nacer en el 2006 ascendió a 8,43.

## 7. Fecundidad en adolescentes:

ESTADO DE SALUD							
Indicador trazador	Año						Fuente
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	
Tasa específica de fecundidad en mujeres de 10 a 14 años de edad por 1.000 mujeres del mismo grupo de edad	2,74	2,61	2,55	2,62	2,72	2,80	Dane
Tasa específica de fecundidad en mujeres de 15 a 19 años de edad por 1.000 mujeres del mismo grupo de edad	78,57	75,31	71,86	71,98	72,87	72,58	Dane

### TASA ESPECÍFICA DE FECUNDIDAD EN MUJERES DE 10 A 14 AÑOS Y DE 15 A 19 AÑOS COLOMBIA, 2000-2005



FUENTE: ESTADÍSTICAS VITALES DEL DANE. PROYECCIONES DE POBLACIÓN CENSO 1993.

**Meta Objetivos de Desarrollo del Milenio: Por debajo del 15% por encuesta (ENDS)**

**Nota:** El embarazo en adolescentes, para el 2005, según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud del 2006, ascendía a 20,5%.

TASAS ESPECÍFICAS DE FECUNDIDAD EN ADOLESCENTES - FICHA TÉCNICA			
Nombre	Definición	Metodología de cálculo	Fuente
Tasa específica de fecundidad en mujeres de 10 a 14 años de edad.	Razón entre el número de nacidos vivos de madres de 10 a 14 años de edad durante un año dado y la población femenina de 10 a 14 años de edad a mitad de año, para un determinado país, territorio o área geográfica, durante un período específico, usualmente multiplicada por 1.000.	Numerador: número de nacidos vivos de madres entre 10 y 14 años. Denominador: total de mujeres entre 10 y 14 años. Unidad de medida: por 1.000.	Dane.
Tasa específica de fecundidad en mujeres de 15 a 19 años de edad.	Razón entre el número de nacidos vivos de madres de 15 a 19 años de edad durante un año dado y la población femenina de 15 a 19 años de edad a mitad de año, para un determinado país, territorio o área geográfica, durante un período específico, usualmente multiplicada por 1.000.	Numerador: número de nacidos vivos de madres entre 15 y 19 años. Denominador: total de mujeres entre 15 y 19 años. Unidad de medida: por 1.000.	Dane.



### Qué dicen estos datos

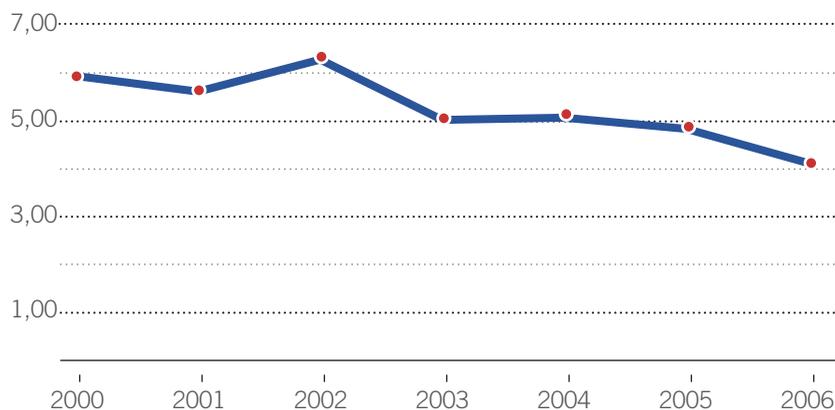
**UNA DE LAS METAS DE LOS ODM** para el año 2015 es reducir el porcentaje de embarazos en adolescentes a menos del 15%. Según la ENDS, entre el 2000 y 2005 se pasó de 19,1 a 20,5% de mujeres de 15 a 19 años que ya son madres o se encontraban embarazadas al momento de la encuesta.

Para hacer seguimiento a los embarazos en adolescentes año tras año, se eligió la tasa de fecundidad en niñas de 10 a 14 años y de 15 a 19 años, las cuales presentan una ligera tendencia al aumento en el grupo de 10 a 14 años y una leve tendencia a disminuir en el grupo de 15 a 19. Cabe resaltar que la tasa de fecundidad de 10 a 14 años en el año 2005 fue de 2,8 por 1.000 mujeres de este grupo de edad, que corresponde a 6.459 madres a los 14 años o menos.

## 8. Índice parasitario anual de malaria

ESTADO DE SALUD								
Indicador trazador	Año							Fuente
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	
Índice parasitario anual de malaria.	5,9	5,58	6,25	5	5,04	4,8	4,09	Instituto Nacional de Salud.

## ÍNDICE PARASITARIO ANUAL DE MALARIA COLOMBIA, 2000-2006



FUENTE: INSTITUTO NACIONAL DE SALUD.

**Meta ODM: Reducir el IPA al 45%.**

### ÍNDICE PARASITARIO ANUAL DE MALARIA - FICHA TÉCNICA

Nombre	Definición	Metodología de cálculo	Fuente
Índice parasitario anual de malaria.	Expresa la relación de los casos de malaria y la población que vive en zonas de riesgo. Da cuenta de la probabilidad de contraer la enfermedad entre la población en riesgo.	Numerador: número de casos de malaria registradas en un año. Denominador: total de población que vive en áreas de riesgo. Unidad de medida: por 1.000 habitantes en riesgo.	Instituto Nacional de Salud.



#### Qué dicen estos datos

**ESTE ÍNDICE MUESTRA LA PROBABILIDAD** que tiene una persona, que vive en una zona endémica, de contraer malaria. Si bien ha habido una leve tendencia a disminuir en los últimos años, la cifra absoluta muestra más de 100 mil casos reportados por año.

## II. Acceso a servicios de salud

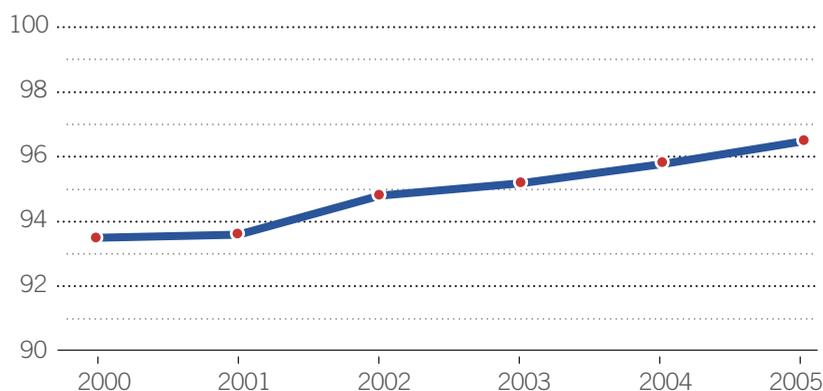
En esta área se hace seguimiento a la utilización de los servicios de salud por parte de la población en eventos que se consideran prioritarios en el país, ya sea por el tipo de atención o por ser una actividad relacionada con la prevención y control de enfermedades de interés público.

Los indicadores trazadores seleccionados para observar el acceso son la atención de parto en instituciones de salud y las coberturas de vacunación.

### 1. Partos atendidos en instituciones de salud

ACCESO A SERVICIOS							Fuente
Indicador trazador	Año						
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	
Porcentaje de nacidos vivos atendidos en instituciones de salud	93,47	93,58	94,76	95,15	95,73	96,45	Dane

### PORCENTAJE DE PARTOS INSTITUCIONALES COLOMBIA, 2000-2005



FUENTE: ESTADÍSTICAS VITALES DEL DANE.

**Meta Objetivos de Desarrollo del Milenio: 95% de partos atendidos en instituciones de salud**

### NACIMIENTOS EN INSTITUCIONES DE SALUD - FICHA TÉCNICA

Nombre	Definición	Metodología de cálculo	Fuente
Porcentaje de nacidos vivos atendidos en instituciones de salud.	Expresa la proporción de nacidos vivos atendidos en una institución de salud en un período determinado, y el acceso de la población al servicio.	Numerador: número de nacimientos (nacidos vivos) atendidos en una institución de salud. Denominador: total de nacidos vivos en el mismo período de tiempo. Unidad de medida: por 100.	Dane.



#### Qué dicen estos datos

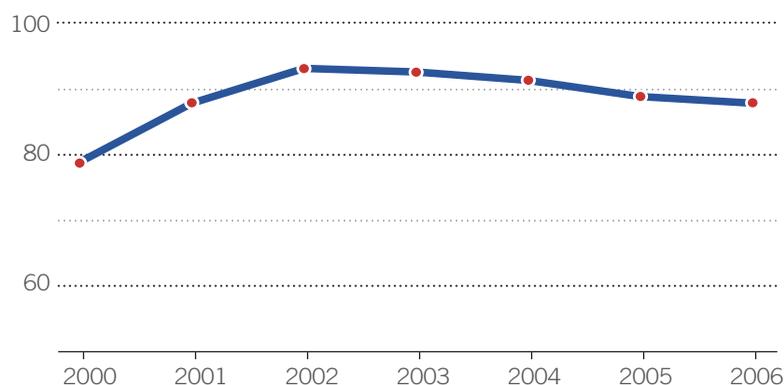
**SI BIEN PARA EL 2005 COLOMBIA** supera la meta planteada en los Objetivos de Desarrollo del Milenio con un 96,45%, este indicador permite apreciar las grandes diferencias entre los departamentos. Por ejemplo, mientras que en Chocó los nacidos vivos atendidos en los servicios de salud son el 90,75% y en el Cauca el 84,87%, existen municipios de estos departamentos en los que a duras penas se alcanza una cobertura cercana al 60%.

## 2. Coberturas de vacunación con triple viral (sarampión, paperas, rubéola)

### ACCESO A SERVICIOS

Indicador trazador	Año							Fuente
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	
Porcentaje de niños de un año vacunados contra el sarampión: triple viral.	79,49	88,19	93,3	92,8	91,56	89,13	88,18	Ministerio de Protección Social Mipaisof/ Dane.

### PORCENTAJE DE VACUNACIÓN CONTRA EL SARAMPIÓN: TRIPLE VIRAL COLOMBIA, 2000-2006



FUENTE: MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL.

#### Meta Objetivos de Desarrollo del Milenio: 95% o más

COBERTURAS DE VACUNACIÓN - FICHA TÉCNICA			
Nombre	Definición	Metodología de cálculo	Fuente
Porcentaje de niños de 1 año vacunados contra el sarampión: triple viral	Número de niños de un año de edad que han recibido una dosis de vacuna contra el sarampión (generalmente en combinación con rubéola y parotiditis, SRP), expresado como porcentaje de la población de un año de edad a mitad de año, para un año específico, en un determinado país, territorio o área geográfica.	Numerador: total de niños de un año vacunados con triple viral. Denominador: total de población de un año. Unidad de medida: por 100.	Ministerio de la Protección Social/ Mipaisof / Dane.



#### Qué dicen estos datos

**EN EL ESQUEMA DEL PROGRAMA AMPLIADO** de Inmunizaciones (PAI) se aplica la vacuna triple viral para la población infantil al alcanzar el año de edad. Se utilizó este indicador de vacunación porque se esperaba que quienes son vacunados con estos biológicos ya tendrían las demás aplicaciones que corresponden a menores de un año (polio, hepatitis B, haemophilus influenzae, difteria, tétanos y tosferina). El resultado de triple viral, de 88,18%, no alcanza a ser una cobertura útil en vacunación.

Según la Encuesta Nacional de Salud 2005, sólo al 58,1% de los niños entre 12 y 23 meses se les habían aplicado todas las vacunas para la edad (verificado por carné o reporte de la madre).

### III. Aseguramiento

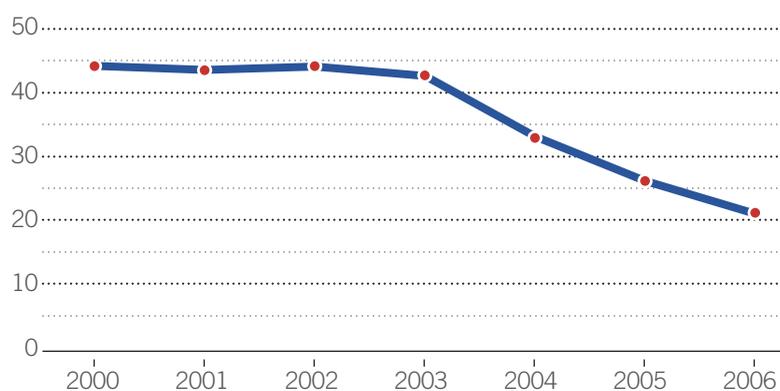
#### 2. Aseguramiento en salud

En esta área recogen las cifras de la población asegurada al Sistema General de Seguridad Social en Salud, tanto en el régimen contributivo como en el subsidiado, y en este último desagrega la información entre la población que recibe subsidios plenos y la población que recibe subsidio parcial.

Teniendo en cuenta que la meta definida, tanto en la Ley 1122 de 2007 como en el Plan de Desarrollo y el Plan Colombia 2019, es la del aseguramiento universal, el indicador trazador es la población que no ha sido amparada por el sistema, mientras que, en segunda línea se mira la distribución de la afiliación entre los dos regímenes.

ASEGURAMIENTO								Fuente
Indicador trazador	Año							
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	
Porcentaje de población no asegurada.	43,99	43,34	43,86	42,42	32,91	25,9	20,73	Ministerio de la Protección Social// Dane

#### PORCENTAJE DE POBLACIÓN NO ASEGURADA COLOMBIA, 2000-2006



FUENTE: MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. PROYECCIONES DE POBLACIÓN DANE CENSO 1993.

ASEGURAMIENTO - FICHA TÉCNICA			
Nombre	Definición	Metodología de cálculo	Fuente
Porcentaje de población no asegurada en salud.	Proporción de la población colombiana que no se encuentra afiliada al sistema de seguridad social en salud en un año determinado.	Total de la población colombiana menos población asegurada a una EPS de los regímenes contributivo o subsidiado dividido por el total de la población por cien.	Ministerio de la protección social y Fosyga/Dane.



### Qué dicen estos datos

**TENIENDO EN CUENTA QUE LA META** para 2019 es cobertura universal del aseguramiento en salud, este indicador muestra el porcentaje de población no asegurada en el régimen contributivo ni en el régimen subsidiado a través de los años. La tendencia ha sido sostenidamente a disminuir: en el año 2000 el porcentaje de población no asegurada era del 43,99%, mientras que en el año 2006, con corte a 31 de diciembre, el porcentaje de población no afiliada al SGSSS descendió a 20,73%.

## IV. Sistema de garantía de calidad

La calidad puede ser hoy la dimensión más importante para alcanzar mejores resultados de salud y una mejor satisfacción de la población. Sin embargo, las acciones en este campo son difíciles de observar y el país no cuenta con información objetiva que pueda arrojar resultados significativos y válidos.

Por tal razón y en tanto que se desarrolla la información específica en este campo, el proyecto le hace seguimiento al desarrollo del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud adoptado como norma en el país en 2002. Con este sistema se pueden conocer aquellas instituciones acreditadas por el Icontec por el cumplimiento de estándares más altos de calidad a favor de los usuarios.

### 1. Acreditación

CALIDAD									
Indicador trazador	Año								Fuente
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	
IPS acreditadas.	0	0	0	0	0	4	6	3	Icontec.

CALIDAD- FICHA TÉCNICA			
Nombre	Definición	Metodología de cálculo	Fuente
Número de IPS acreditadas.	Número de IPS que han sido acreditadas.	Número de IPS acreditadas. Unidad de medida: número absoluto.	Icontec.

Presentación	Capítulo I	Capítulo II	Capítulo III	Capítulo IV	Capítulo V	35
7	8 Reseña del proyecto	10 Seguimiento al sector salud en Colombia: indicadores sectoriales	40 Aporte del sector salud a la inclusión	46 Experiencias valiosas en gestión territorial	94 Resumen de actividades "Así vamos en salud". Seguimiento al sector salud en Colombia, 2004 - 2007	

## Listado de IPS acreditadas

### IPS ACREDITADAS

#### 2007

Fundación Santa Fe de Bogotá, Bogotá (25 de julio)

Fundación Valle de Lili, Cali (25 de julio)

Clínica de Occidente, Bogotá (18 de abril)

#### 2006

Clínica el Rosario de Medellín. (30 de noviembre)

Hospital San Vicente de Paul, Santa Rosa Cabal, Caldas. (29 de septiembre)

Centro Médico Imbanaco de Cali S.A. (26 de abril)

Hospital Pablo VI de Bosa, sede CAMI (14 de febrero)

Centro Policlínico del Olaya, Bogotá (14 de febrero)

Hospital París Acevedo Fontidueño, sede Hospital Zamora, del municipio de Bello (14 de febrero)

#### 2005

Hospital del Sur "Gabriel Jaramillo Piedrahita", Itagüí. (30 de noviembre)

Hospital General de Medellín (11 de noviembre)

Hospital Pablo Tobón Uribe de Medellín (29 de junio)

Instituto del Corazón de la Fundación Cardiovascular de Colombia (19 de enero)

## V. Financiamiento

En el área de financiamiento se hace seguimiento al comportamiento y las tendencias de los recursos del Sistema de Seguridad Social en Salud.

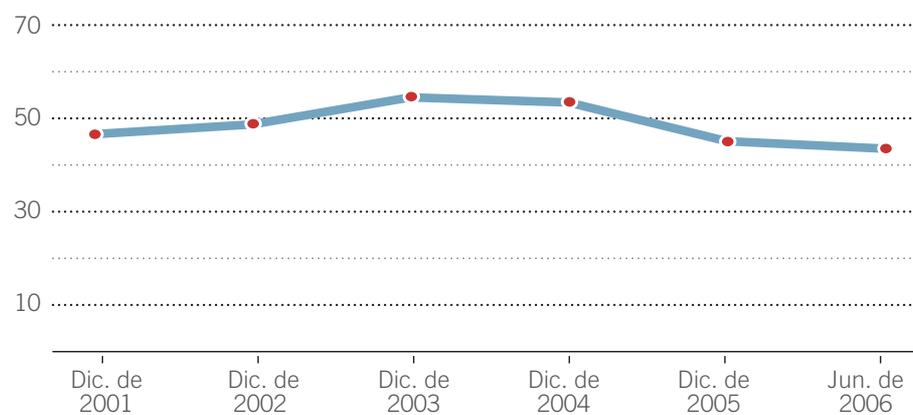
Dadas las limitaciones de información oficial oportuna, el proyecto reproduce los resultados del programa de seguimiento a la cartera de los hospitales que realiza la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas desde hace varios años.

También se presentan dos cuadros en los que se pueden apreciar las transferencias de la nación para salud, en millones de pesos constantes y corrientes, desde 1994 hasta el año 2007.

## 1. Participación de la cartera de las IPS a 90 días y más

FINANCIAMIENTO							
Indicador	Año						Fuente
	Dic. 2001	Dic. 2002	Dic. 2003	Dic. 2004	Dic. 2005	Jun. 2006	
IPS que reportaron	48	75	103	110	114	116	Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas
Cartera reportada (millones de pesos corrientes)	360.896	723.021	1.115.137	1.408.349	1.167.705	1.676.504	
Cartera reportada a 90 días y más (\$ corrientes)	168.181	352.399	606.932	752.700	526.713	729.300	
Cartera promedio por IPS	7.519	9.640	10.827	12.803	10.243	14.453	
Cartera promedio por 90 días y más (\$ corrientes)	3.054	4.699	5.893	6.843	4.620	6.287	
Participación de la cartera a 90 días y más	46,6%	48,7%	54,5%	53,4%	45,1%	43,5%	

## PARTICIPACIÓN DE LA CARTERA DE LAS IPS A 90 DÍAS Y MÁS



## CARTERA IPS - FICHA TÉCNICA

Nombre	Definición	Metodología de cálculo	Fuente
IPS que reportaron	Total de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que reportan información semestralmente a la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas.	Número de IPS.	Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas.
Cartera reportada (millones de \$ corrientes)	Total de cartera reportada por las IPS.	Suma de la cartera reportada por las IPS durante un período de tiempo.	
Cartera reportada a 90 días y más (millones de \$ corrientes)	Total de cartera reportada por las IPS a 90 días y más.	Suma de la cartera a 90 días y más reportada por las IPS durante un período de tiempo.	
Cartera promedio por IPS	Promedio del total de cartera reportada por las IPS.	Suma del total de la cartera / Total de IPS que reportan en un período de tiempo.	
Cartera promedio a 90 días y más (millones de \$ corrientes)	Promedio del total de cartera reportada por las IPS a 90 días o más.	Suma del total de la cartera a 90 días o más / Total de IPS que reportan en un período de tiempo.	
Participación de la cartera a 90 días y más	Porcentaje de cartera de 90 días o más del total de cartera reportado por las IPS.	Total de cartera de 90 días o más / Total de cartera de IPS.	



### Qué dicen estos datos

**SE PUEDE APRECIAR UNA LEVE DISMINUCIÓN** del porcentaje de cartera de las IPS de 90 días o más, pero sigue estando por encima del 40%.

## 2. Transferencias de la nación para salud

TRANSFERENCIAS DE LA NACIÓN. SALUD, 1994-2007						
MILLONES DE PESOS CONSTANTES 2006						
Período	Subsidios a la demanda	Subsidios a la oferta	Salud pública (PAB)	Total salud	Variación (%)	PIB (%)
1994	1.051.866,62	601.607,42	-	1.653.474,04		0,72
1995	1.151.630,38	917.365,38	-	2.068.995,76	25,10	0,86
1996	1.353.773,65	1.025.489,91	-	2.379.263,55	15,00	0,97
1997	1.452.236,28	1.148.899,69	-	2.601.135,97	9,30	1,02
1998	1.545.238,03	1.238.992,73	-	2.784.230,76	7,00	1,09
1999	1.718.231,71	1.327.093,72	-	3.045.325,43	9,40	1,24
2000	1.479.909,54	1.314.734,80	-	2.794.644,34	-8,20	1,11
2001	1.886.473,50	1.351.133,34	-	3.237.606,84	15,90	1,27
2002	1.679.687,69	1.520.442,17	404.605,26	3.604.735,12	11,30	1,38
2003	1.737.597,01	1.512.196,08	402.410,89	3.652.203,98	1,30	1,35
2004	1.788.281,91	1.497.203,36	398.421,18	3.683.906,45	0,90	1,3
2005	1.859.155,40	1.498.038,45	398.643,40	3.755.837,26	2,00	1,26
2006	1.954.948,97	1.502.785,09	399.914,20	3.857.648,26	2,70	1,12
2007 py	2.236.796,31	1.353.080,92	404.401,90	3.994.279,12	3,50	1,2

FINANCIACIÓN - FICHA TÉCNICA			
Nombre	Definición	Metodología de cálculo	Fuente
Transferencias de la nación. Salud, 1994 - 2007.	Representa la evolución de los recursos públicos del orden nacional girados a los entes territoriales para destinación específica en salud.	Millones de pesos netos de gasto en salud. Hasta 2001 corresponden a los recursos provenientes de los ingresos corrientes de la nación y situado fiscal (Ley 60 de 1993). A partir de 2002 representan los recursos del Sistema General de Participaciones (Ley 715 de 2001). Éstos comprenden las transferencias realizadas a los entes territoriales con destinación específica para dos propósitos: a) Subsidios a la demanda y b) Ampliación de coberturas.	Departamento Nacional de Planeación (DNP).

## TRANSFERENCIAS DE LA NACIÓN, SALUD, 1994-2007

MILLONES DE PESOS

Período	Subsidios a la demanda	Subsidios a la oferta	Salud pública (PAB)	Total salud	Variación (%)
1994	310.222,12	177.429,27	-	487.651,51	0,72
1995	403.671,31	321.556,37	-	727.165,92	0,86
1996	554.571,88	420.090,81	-	975.533,74	0,97
1997	695.088,45	549.901,50	-	1.245.552,11	1,02
1998	848.863,94	680.630,58	-	1.529.412,61	1,09
1999	1.063.044,12	821.052,93	-	1.883.591,88	1,24
2000	1.026.516,70	911.945,76	-	1.936.963,18	1,11
2001	1.390.284,42	995.751,93	-	2.392.562,10	1,27
2002	1.317.318,93	1.192.428,37	317.317,42	2.827.064,72	1,38
2003	1.465.940,82	1.275.779,11	339.497,91	3.081.217,84	1,35
2004	1.622.704,73	1.358.577,17	361.531,33	3.342.813,23	1,30
2005	1.778.809,76	1.433.298,92	381.415,55	3.593.524,23	1,26
2006	1.954.948,97	1.502.785,09	399.914,20	3.857.648,26	1,12
2007 py	2.311.070,78	1.398.010,97	417.830,36	4.126.912,11	1,20



## Qué dicen estos datos

**LOS DATOS MUESTRAN QUE HASTA 2001**, antes de la Ley 715, se presentan incrementos considerables en los recursos de transferencias a salud. Además, aumentaron como proporción del PIB, pasando de representar el 0,72% en 1994 al 1,27% en 2001. A partir de 2001, se presenta un comportamiento relativamente más constante de los recursos transferidos, los cuales han crecido 3,6% en promedio durante este período.

## Capítulo III

# Aporte del sector salud a la inclusión

**EXISTE UN CONSENSO EN CUANTO** a que la discapacidad no es una enfermedad sino una condición, e igualmente que la atención para las personas en situación de discapacidad debe ser integral y estar encaminada no sólo a la prestación de servicios de salud, sino a la integración escolar y laboral, entre otras.

Colombia ha recorrido un gran trecho del camino hacia lograr el reconocimiento de los derechos de las personas con alguna discapacidad que produzca limitaciones en su desempeño diario.

Desde el año 2002 inició el reto de registrar a toda la gente con discapacidad, para lo cual se diseñó un instrumento, el “Registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad”, el cual se ha aplicado en todo el país, con diferencias en su recolección entre las diferentes regiones del país. Bogotá, por ejemplo, se ha dado a la tarea de localizar a las personas con discapacidad que presentan limitaciones permanentes, teniendo en agosto del 2007 un total de 173.587 registros, de un total de 600.192 registros consolidados en el país.

Con este registro se busca que cada una de las regiones del país, de los departamentos, de los municipios, pueda caracterizar y localizar su población en situación de discapacidad y así diseñar estrategias de prevención y de atención que den respuestas a las necesidades de cada población.

En el foro “Aporte del sector salud a la inclusión” se propuso mirar con un enfoque sectorial, desde la salud, cuál es y cuál debería ser el aporte a la inclusión de la población con discapacidad. Conscientes de que se trata de un problema transversal que involucra a muchos sectores, es claro también que existe una responsabilidad del sector salud en la atención de las personas con discapacidad en un marco de integralidad, en busca de soluciones que disminuyan las limitaciones físicas, psíquicas o sensoriales que permitan que las personas mitiguen sus limitaciones o las superen y logren incluirse entre la sociedad en general.

Un primer avance es tener información sobre la situación de la discapacidad en Colombia, indispensable para mirar la magnitud de los problemas y poder buscar soluciones. La Fundación Santa Fe de Bogotá ha realizado un procesamiento y análisis de los 600.192 registros que el Dane tiene consolidados hasta agosto del 2007. Si, de acuerdo con el censo de 2005, la población colombiana con limitaciones permanentes es del 6,3%, teniendo en cuenta que en este mismo censo la población colombiana total se estima en

42.090.502, se calcula que existen en el país 2.651.701 personas con por lo menos una limitación permanente. La distribución de las limitaciones halladas muestra que el 43,2% presenta limitación para ver a pesar de usar lentes o gafas; seguidas por las limitaciones permanentes para moverse o caminar, con un 29,5%; para oír, aún con aparatos especiales, el 17,4%; para usar brazos o manos, el 14,9%; para hablar, el 13,2%; para entender o aprender, el 12,3%; para relacionarse con los demás, el 10,1%; para bañarse, vestirse o alimentarse por sí mismo, el 9,8%. En el grupo de "Otras limitaciones" se encuentra el 19%.

### PREVALENCIA DE LIMITACIONES PERMANENTES CENSO 2005



El Censo 2005 mostró además que es mayor la prevalencia de limitaciones permanentes en hombres (6,5%) que en mujeres (6,1%) y aumenta con la edad.

Esta información debe ser línea de base para registrar a las personas con discapacidad a través del Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, proceso liderado por el Dane y ejecutado por los entes territoriales. Con la información de los más de 600 mil registros consolidados por el Dane, se puede observar lo siguiente:

Del total de las personas con limitaciones permanentes halladas en el censo de 2005, el 18% se encuentran registradas.

El porcentaje de hombres (47,7%) con discapacidad registrados es menor que el de mujeres (52,3%).

El 37,8% son mayores de 60 años, el 28,6% están entre 15 y 44 años de edad y el 19,1% entre 45 y 59 años, llamando la atención que este último grupo de edad presente un número de registros inferior al grupo de 15 a 44 años, teniendo en cuenta que la prevalencia aumenta con la edad.

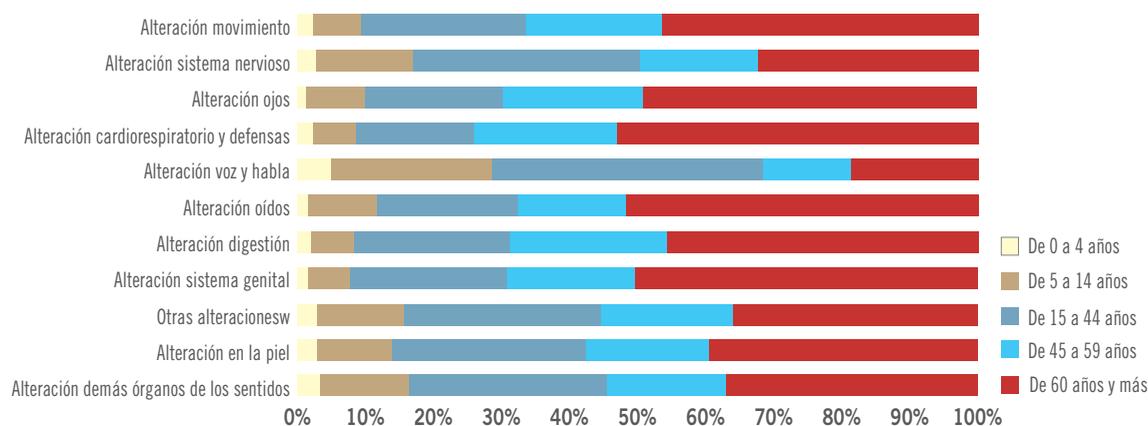
El 81,3% de la población registrada reside en las cabeceras municipales y el 18,7% en zonas rurales.

El 79,8% de los registrados pertenece a los estratos 1 y 2; esta cifra asciende al 95,3% si se suman las personas de estrato 3.

Son más las personas registradas que se encuentran afiliadas al régimen subsidiado (49,3%); en segundo lugar están las personas que no se encuentran afiliadas (29,7%) y en tercer puesto están las afiliadas al régimen contributivo (19,1%).

Entre las personas registradas se encontró que el 20,8% tiene alteraciones permanentes para el movimiento del cuerpo, manos, brazos y piernas; el 17,8% tiene una alteración permanente del sistema nervioso; otro 17%, en los ojos; el 12,8%, en el sistema cardiorrespiratorio y las defensas; el 8,2%, en la voz y el habla, entre otros. En promedio estamos hablando de 2,4 alteraciones permanentes por persona. En este mismo orden se encuentra la alteración que perciben como la que más las afecta, en la que el primer lugar lo ocupan las alteraciones permanentes para el movimiento.

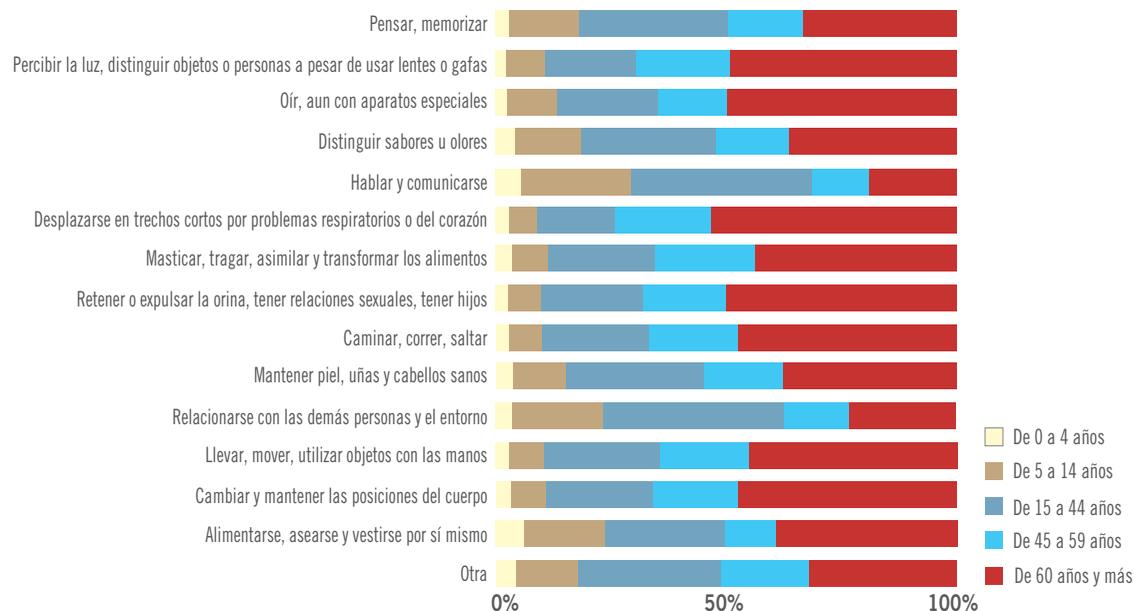
## DISTRIBUCIÓN POR GRUPOS DE EDAD, SEGÚN ALTERACIONES PERMANENTES



Fuente: Dane, Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, con corte a agosto del 2007.

Las limitaciones para desarrollar actividades cotidianas se presentan en 2,7 limitaciones por persona, en promedio. Las principales limitaciones presentadas son para caminar, correr y saltar en un 18,6%, seguidas por las limitaciones para pensar y memorizar en un 13,7% y las limitaciones para percibir la luz, distinguir objetos o personas, a pesar de usar lentes o gafas, que se correlacionan con las alteraciones permanentes encontradas.

## GRUPOS DE EDAD SEGÚN LIMITACIONES PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES COTIDIANAS



Fuente: Dane, Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, con corte a agosto del 2007.

En cuanto al origen de la discapacidad, el 34,4% desconoce la causa de su discapacidad. De quienes conocen el origen de la discapacidad, el 42% la asocia a enfermedad general; el 16,9% a un accidente; el 15,5%, a una alteración genética; el 7,8, a condiciones de salud de la madre durante el embarazo; el 3,6, a complicaciones del parto; el 2,3% dice ser víctima de la violencia y el 2,1% lo atribuye a enfermedad profesional. Entre otras causas mencionadas están la dificultad en la prestación de los servicios de salud (1,8%), el conflicto armado (0,6%) y los desastres naturales (0,2%).

El origen de la discapacidad varía por sexo, pero son mucho más frecuentes en mujeres las causas enfermedad general y alteración genética o hereditaria, mientras que en hombres predominan las causas externas, como accidentes, violencia y conflicto armado.

En Colombia se ha avanzado en cuanto a la conceptualización y a la definición de políticas públicas e instancias que incidan en la prevención o reducción de la discapacidad, la mitigación si ocurriera un evento que pueda producir discapacidad y la superación de las limitaciones en caso de presentarse una alteración permanente a nivel físico, mental o sensorial.

Es así como se encuentra explícito en la Constitución Política de Colombia; hay un Comité Consultivo Nacional, un Consejo Nacional de Discapacidad, así como consejos territoriales, y en Bogotá D.C., por ejemplo, Consejos Locales en cada una de las 20 localidades. También se ha adelantado la construcción del Plan Marco de Discapacidad para consolidar la política pública en discapacidad para Colombia.

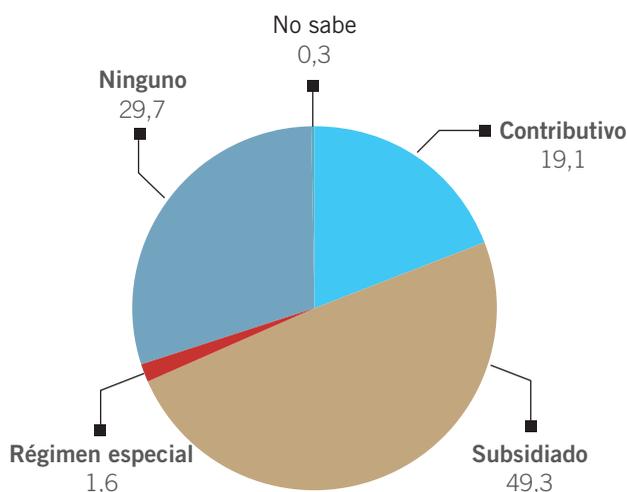
En cuanto a la atención en salud para la población colombiana, se han dado lineamientos de política en busca de disminuir la incidencia y minimizar los riesgos de presentar patologías discapacitantes. Así en el Plan Nacional de Salud Pública 2007 - 2010 se señala la importancia de promover estilos de vida saludables y la prevenir enfermedades o las secuelas que puedan derivarse de las diferentes afecciones.

Para la atención en Colombia se diseñó un plan de beneficios que deben cubrir por las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado o los entes territoriales, en el caso de población sin capacidad de pago no afiliada a la seguridad social en salud.

Para los trabajadores formales existen también la atención y la cobertura de eventualidades que puedan producir discapacidad a través de las administradoras de riesgos profesionales.

En el consolidado de los registros para la localización y caracterización de personas con discapacidad, consolidados por el Dane con corte a agosto de 2007, entre las personas registradas se puede apreciar que el 49,3% de éstas se encuentran afiliadas al régimen subsidiado; el 19,1%, al régimen contributivo; el 1,6%, a un régimen especial, y el 29,7% dice no estar afiliadas.

### TIPO DE AFILIACIÓN AL SGSSS



Existe diferencia con lo hallado en el total de la población colombiana, pues según datos oficiales del Ministerio de la Protección Social y de Fosyga, el total de afiliados a la seguridad social en salud está alrededor del 80%, mientras que la población con discapacidad afiliada es del 70,3%, diez puntos menos. Este dato cobra importancia porque es un porcentaje muy alto (30%) de población registrada sin afiliación, la cual ya se encuentra localizada y caracterizada, la idea es promover la afiliación al régimen que corresponda para mejorar el acceso a los servicios de salud. Se esperaría que esta población, considerada vulnerable, debería tener prioridad en cuanto a la afiliación al sistema de salud.

A través del Sistema de Seguridad Social en Salud, en el Plan Obligatorio de Salud se incluyen diversos servicios dirigidos al tratamiento de la discapacidad. Por tanto, desde las diferentes instituciones se

Presentación	Capítulo I	Capítulo II	Capítulo III	Capítulo IV	Capítulo V	45
7	8 Reseña del proyecto	10 Seguimiento al sector salud en Colombia: indicadores sectoriales	40 Aporte del sector salud a la inclusión	46 Experiencias valiosas en gestión territorial	94 Resumen de actividades "Así vamos en salud". Seguimiento al sector salud en Colombia, 2004 - 2007	

debe revisar la normatividad, para luego aplicar con eficiencia lo ya ganado en política en discapacidad, exigiéndoles a las EPS cumplir con lo requerido por las personas en situación de discapacidad, incluido en el POS, en el tiempo adecuado. También se debe incluir en este esfuerzo la educación que se ha de ofrecer a la persona con discapacidad para que, por una parte, entienda, conozca profundamente y sepa manejar su problema, y por otra, haga un uso adecuado y responsable de los servicios a los que tiene derecho.

Otro punto que hay que analizar, relacionado con lo anterior, es la interpretación de las políticas especificadas en decretos y normas que a menudo resultan confusas para los actores del sistema. En muchas ocasiones lo que finalmente se presta como servicio a las personas con discapacidad es algo completamente diferente de lo que la norma o decreto determina; en otros casos es similar, pero no cumple con todo lo propuesto. Esta cambiante interpretación de las políticas, además de generar tutelas a la salud innecesarias, debe ser reemplazarse por un cumplimiento estricto y pertinente de lo establecido, sin realizar excepciones motivadas por variantes económicas o sociales. Y es que aun cuando se tienen normas y decretos legales, todavía falta mucho más en cuanto al reconocimiento y manejo de la discapacidad.

Esto es imposible de lograr si entre las instituciones y sectores encargados de aplicar e interpretar las normas no existe un trabajo coordinado e interdependiente, dejando atrás negligencias en las responsabilidades de cada uno de ellos. Esto, evidentemente, evitaría situaciones frustrantes para esta población, que observa diferencias en la atención prestada por una u otra EPS. Agilizaría también el trámite para eventos que requieran urgente atención y le permitiría a la persona con discapacidad estar segura de que cualquier institución del sector está dispuesto a colaborar en su continuo tratamiento. Sin embargo, no es sólo una coordinación del sector, sino de todas las entidades que en una forma u otra son responsables del cumplimiento de lo establecido para esta población, evitando así que la discapacidad afecta otros sectores de la sociedad.

Por otra parte, la búsqueda de la integralidad en la atención y de la cobertura del tratamiento integral no sólo es una cuestión de derechos sino que, con base en varios ejemplos, es posible mostrar que es costo efectivo.

La responsabilidad del sector salud en el tema de la atención integral a personas en situación de discapacidad trasciende a la búsqueda de soluciones en las que participen los aseguradores y los prestadores para que, de común acuerdo, se logre el objetivo. Pero aún es mayor la responsabilidad en la prevención de la discapacidad con acciones que impacten no solo en evitar la aparición de enfermedades discapacitantes sino en impedir las complicaciones de las enfermedades, así como el manejo oportuno de las mismas con calidad y calidez, para evitar que puedan terminar produciendo una limitación permanente.

Nota: Este documento se construyó con base en las presentaciones, comentarios y aportes de la discusión del foro de "Así vamos en salud" del 26 de octubre de 2007, realizadas por los doctores Gabriel Carrasquilla y Sandra Martínez de la Fundación Santa Fe de Bogotá; José Ignacio Zapata del Instituto Roosevelt; y Blanca Elvira Cajigas del Ministerio de la Protección Social. Las presentaciones y el boletín se pueden consultar en la página web [www.asivamosensalud.org](http://www.asivamosensalud.org).

---

## Capítulo IV

# Experiencias valiosas en gestión territorial

**EL PROGRAMA “ASÍ VAMOS EN SALUD”** por medio de los comités Directivo y Técnico, como parte de su publicación “Así vamos en salud” 2007, se dio a la tarea de realizar una convocatoria nacional con destino a las secretarías de salud departamentales con el fin de recibir propuestas en las que se resuman proyectos que se estuvieren llevando a cabo o ya se hubieren realizado en los municipios de cada uno de los 32 departamentos del país.

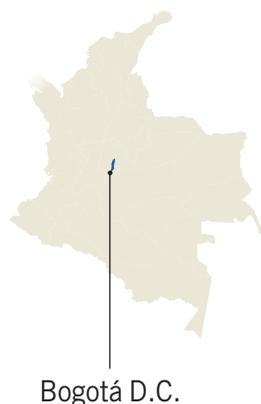
En total 42 propuestas respondieron al llamado de nuestro programa, provenientes de los entes territoriales de Bogotá, Nariño, Santander, Risaralda, Huila, Meta, Cundinamarca y Boyacá. Mediante un análisis por pares se evaluaron los proyectos para seleccionar los que, por su constitución, capacidad de evaluación de gestión, replicabilidad e impacto, serían finalmente los escogidos.

Lo que se espera con esta reseña de los proyectos recibidos es que puedan tomarse como modelo por su objeto de trabajo y por su eficacia en la construcción y aplicación de nuevas estrategias o proyectos que beneficien la salud de los habitantes de cada uno de los pueblos y regiones del país. Por tanto, este cuarto capítulo de nuestra publicación servirá como guía constante en la gestión del sector.

Para cada experiencia, los lectores encontrarán una dirección de correo electrónico en caso de necesitar información específica de la labor realizada por los coordinadores de estos proyectos. A continuación, los escogidos.

## Proyectos de experiencias valiosas en salud

1. Bogotá. "Discapacidad con capacidad". Proceso transversal de discapacidad - estrategia de rehabilitación basada en comunidad. Coordinadora: Solángel García, Secretaría de Salud de Bogotá.
2. Boyacá. "Fuerza solidaria". Fortalecimiento de redes sociales de apoyo a la discapacidad. Coordinadora: Yenni Alvarado, Secretaría de Salud de Boyacá.
3. Cundinamarca. "Aprender de manera saludable". Proyecto Educativo Institucional en promoción y prevención dentro del marco de la estrategia de escuela saludable. Coordinadora: Martha Lucia Herrera, Secretaría de Salud de Cundinamarca.
4. Huila. Municipio de Gigante. "Vida en Gigante con maternidad segura". Coordinador: Cesar Germán Roa, Hospital San Antonio.
5. Huila. Municipio de Palermo. "Ejercítate, Palermo". Coordinadora: Johanna Montenegro Ortiz, Secretaría de Salud de Palermo.
6. Huila. Municipio de Saladoblanco. "Corazones saludables". Coordinadora: Hilda Lupe Tovar, Secretaría de Salud de Saladoblanco.
7. Meta. "La dulce espera de la nueva vida". Atención de mujeres gestantes desde su etapa gestacional, parto y puerperio con atención especializada. Coordinador: Waldo Enrique Martínez., Secretaría de Salud del Meta.
8. Nariño. Pasto. "La batalla contra la muerte". Mejoramiento de la detección temprana del cáncer de Cervix a través de la promoción del servicio de citologías y asistencia técnica a IPS para el mejoramiento del programa en el municipio de Pasto. Coordinadora: Graciela Guerrero, Dirección de Salud Municipal de Pasto.
9. Nariño. Pasto. "Amigos de tu sonrisa". Programa de salud oral "PANDAS". Coordinadora: Clara Inés Alonso. Dirección de Salud Municipal de Pasto.
10. Nariño. Pasto. "Apoyo al Buen Trato". Coordinadora: Claudia López Guerrero, Dirección de Salud Municipal de Pasto.
11. Santander. Observatorio de Salud Pública de Santander (OSPS). Coordinador: Virgilio Galvis Ramírez, Secretaría de Salud de Santander.
12. Risaralda. "Punto seguido". Diseño e implementación de una campaña comunicativa para la promoción de la salud mental y la convivencia pacífica en cuatro ciudades del Eje Cafetero". Coordinadora: Patricia Pimienta, Secretaría de Salud de Risaralda.



## Discapacidad con capacidad

La población de discapacitados tiene derecho a su inclusión en la sociedad. Esta es una estrategia para mejorar su calidad de vida en Bogotá, una capital en la que un 5% de la población está afectada y un 40% de los años de vida saludables que se pierden se deben a discapacidad.

**LA CIFRA ES ATERRADORA:** en la capital de Colombia, cerca de 320.000 personas sufren de discapacidad, y entre las principales deficiencias están las relacionadas con el movimiento del cuerpo, el sistema nervioso y las deficiencias visuales. Igualmente, las limitaciones con mayor frecuencia referidas son las actividades de caminar, correr o saltar; pensar y memorizar y desplazarse por problemas respiratorios o del corazón.

Por esa razón, y además para contribuir al desarrollo de las localidades de la capital, se buscó incidir en la agenda social y política del Distrito a través de la promoción de la inclusión y el ejercicio de derechos de la población en situación de discapacidad.

### El arte de saber convivir

Lo primero que se buscó para hacer realidad esta experiencia fue promover la identificación y la atención oportuna de condiciones que puedan generar discapacidades temporales o permanentes.

Luego se quiso suscitar la calidad de vida de la población en situación de discapacidad desde la promoción, ejercicio, preservación y restitución de la autonomía funcional, social y política. También se intentó desarrollar en esa población sus competencias ciudadanas, como saber ser, saber convivir, saber conocer y saber hacer, de manera que sepan que tienen derechos sociales y políticos.

Otro objetivo buscado con esta experiencia fue impulsar el fortalecimiento de redes y organizaciones sociales por los derechos de las personas con discapacidad, lo mismo que promover el acceso y la participación de los discapacitados en diferentes escenarios de la sociedad.

### Años de vida perdidos

La discapacidad no es un problema menor. Según el censo del año 2005, realizado por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (Dane), aproximadamente un 5% de la población está afectada por algún tipo de discapacidad, lo que equivale a cerca de 320 mil personas.



» **La estrategia se desarrolla** en las 20 localidades de la ciudad. Se ubica dentro de los hospitales de primer nivel de atención y hace parte de las acciones del Plan de Atención Básico (PAB), que actualmente se encuentra en proceso de transformación hacia el Plan Nacional de Salud Pública.

Así mismo, el 40% de años de vida saludables que se pierden en Bogotá se debe a discapacidad y la causa que más aporta a este proceso son las enfermedades crónicas.

De acuerdo con los registros que se han hecho de las personas con discapacidad en la ciudad de Bogotá, el riesgo de padecerla aumenta con la edad y su origen se debe casi siempre a la enfermedad general, a los accidentes y a los procesos relacionados con el embarazo y el parto; las principales deficiencias tienen que ver con el movimiento del cuerpo, el sistema nervioso y las deficiencias visuales, en tanto que las limitaciones referidas con mayor frecuencia son las actividades de caminar, correr o saltar, pensar y memorizar y desplazarse por problemas respiratorios o del corazón.

Con el fin de responder a las necesidades de las personas con discapacidad y sus familias, la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá definió una estrategia de rehabilitación basada en comunidad (RBC) que se soporta en normas, convenios y tratados internacionales, nacionales y distritales, para fomentar así los derechos de estas personas.

### Quiénes son y quiénes actúan...

Pero ¿quiénes y cómo son las personas discapacitadas que residen en Bogotá, y quiénes pueden ayudar a su rehabilitación?

Los actores de la estrategia son, desde luego y en primer lugar, las personas con discapacidad y sus familias. Pero también están los agentes de cambio y los facilitadores locales y distritales, con quienes se desarrollan los procesos de competencias ciudadanas.

» **Los actores de la estrategia son, desde luego y en primer lugar, las personas con discapacidad y sus familias. Pero también están los agentes de cambio y los facilitadores locales y distritales con quienes se desarrollan los procesos de competencias ciudadanas.**

### La experiencia en sí misma

La estrategia se desarrolló durante las siguientes fases:

*Fase de Iniciativa: 1995 - 2000.* Se construyen las bases fundamentales en cuanto a las normas y leyes. Así mismo, se definen la discapacidad como prioridad en salud pública y la RBC como estrategia para la promoción de la salud. Finalmente, se establecen las primeras acciones relacionadas con la conformación de los consejos locales y las asesorías domiciliarias.

*Fase de Consolidación: 2000 - 2003.* Los principales esfuerzos se orientan hacia la capacitación y desarrollo de habilidades, definición de los lineamientos y asesoría y asistencia técnica.

*Fase de Sistematización y Evaluación: 2003 - 2007.* Interés por recuperar la experiencia y renovar y recrear las acciones desarrolladas. Se inicia la propuesta de construcción de un modelo para la RBC.

*Fase de expansión: 2005 - a la fecha.* Hay ampliación de cobertura a familias. Se diversifican las acciones, se amplían las fuentes de financiación, se construye el sistema de información y se ajusta y se definen guías y lineamientos.

### Arranca el proceso

La estrategia se desarrolla en las 20 localidades de la ciudad. Se ubica dentro de los hospitales de primer nivel de atención y hace parte de las acciones del Plan de Atención Básico (PAB), que actualmente se encuentra en proceso de transformación hacia el Plan Nacional de Salud Pública.

En cada uno de los hospitales hay un grupo de personas, facilitadores y agentes de cambio, que hacen posible el desarrollo de la estrategia.

Las acciones se desarrollan en tres componentes:

*Gestión Local.* Está a cargo del Consejo Local de Discapacidad y con ella se realizan las acciones de coordinación y de gestión, en general, de los procesos de discapacidad dentro del hospital y en la localidad, y su coordinación con otras localidades y el Distrito.

*Vigilancia en Salud.* Con ella se tiene un sistema de información en discapacidad y registro para la localización y caracterización de la población con discapacidad en Bogotá.

*Ámbitos.* Laboral (asesoría a empresas para la promoción de la inclusión de la población), escolar (asesoría para la inclusión de personas con discapacidad en el sistema educativo e identificación de dificultades en la población escolar), comunitario (formación de agentes de cambio, trabajo con cuidadores, promoción de las organizaciones de personas con discapacidad y de las familias), familiar (asesorías domiciliarias), institucional (promoción de instituciones amigas de las personas con discapacidad).

Presentación	Capítulo I	Capítulo II	Capítulo III	Capítulo IV	Capítulo V	51
7	8 Reseña del proyecto	10 Seguimiento al sector salud en Colombia: indicadores sectoriales	40 Aporte del sector salud a la inclusión	46 Experiencias valiosas en gestión territorial	94 Resumen de actividades "Así vamos en salud". Seguimiento al sector salud en Colombia, 2004 - 2007	

El proceso de definición de acciones y análisis de las mismas implica:

- » Comprender la realidad, la complejidad de causas conocidas y el porqué de los problemas que afectan la calidad de vida y salud de las personas y colectividades, y su impacto desigual entre la población.
- » Realizar una lectura y análisis de las necesidades de la población en cada contexto.
- » Identificar los principales núcleos y establecer relaciones con los demás procesos.
- » Definir acciones y promover su paso a otros sectores.

### Lo que se ganó

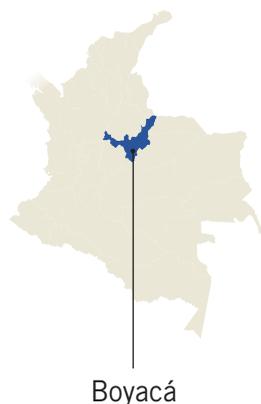
Sin querer decir que esta estrategia es ya un producto terminado, sí produjo varias ganancias. Se logró, por ejemplo, la inclusión en la agenda social y política de la ciudad de dicha población, lo mismo que en las diferentes políticas sociales. Se identificó la población y sus necesidades, y se comprendió la discapacidad desde una mirada social. También se fomentaron las organizaciones y se contribuyó a la calidad de vida y autonomía de esa población, además de que se obtuvo el aumento de las coberturas y del poder de exigir sus derechos.

### Dificultades y desaciertos

Sin embargo, hay aspectos en los que aún se debe mejorar. El proceso, por ejemplo, generó tensiones entre la formación de los profesionales contra las competencias exigidas en la práctica, lo mismo que en la investigación centrada en la deficiencia y no en modelos sociales. Adicionalmente se notó tirantez entre la alta identificación de población y la baja capacidad de respuesta, al igual que entre el oportunismo político y el ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad. Hubo, además, propuestas segregadoras en contra de las propuestas incluyentes, a la vez que se produjeron resistencias entre quienes proponían acciones asistencialistas y quienes promovían acciones emancipadoras.

Entre lo que se debe hacer en el futuro están la revisión y ajuste de las políticas de discapacidad y su afectación para el siguiente plan de desarrollo, lo mismo que la implementación del sistema de información y la continuidad del registro para la localización y caracterización de la población con discapacidad. Se necesita también una continuidad de la formación de agentes de cambio y facilitadores, al igual que el desarrollo de prácticas de estudiantes y pasantías, y la construcción e implementación de modelos de atención centrados en las familias y la comunidad.

Se debe buscar el fortalecimiento de los Consejos Locales de Discapacidad y de las organizaciones de personas con discapacidad, lo mismo que la socialización y publicación de guías y lineamientos. Finalmente, se requiere estimular la sensibilización e información permanente a la ciudadanía, así como la diversificación de acciones en los diferentes ámbitos de la vida cotidiana.



## Fuerza solidaria

La discapacidad no es un problema de pocos, sino de todos. Con esta estrategia se logró incluir algunas iniciativas dentro de la vida cotidiana de los municipios y se inició una transformación del imaginario cultural frente a este fenómeno.

**LA DISCAPACIDAD** no es una enfermedad que se localiza en el cuerpo. Tampoco es algo que concierne sólo a las personas que la sufren; es un asunto colectivo. Por eso, más allá de ser un problema, es una oportunidad para mejorar la calidad de vida de toda una población.

En desarrollo de esta estrategia se logró la voluntad y disposición de la comunidad en general, de las personas con limitaciones funcionales y sus familias y de la administración local para formular e implementar un plan de acción de discapacidad. Se buscaba además conformar una red con capacidad para gestionar el respectivo plan de acción. Lo anterior implica que la red comprende el plan y sabe cómo gestionarlo.

### La discapacidad en la sociedad

Hoy en día existe un creciente porcentaje de población con discapacidad en todo el planeta. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que el 10% de la población en los países desarrollados sufre algún tipo de discapacidad. En Boyacá la cifra es también alarmante: el 8,7% de la población presenta alguna limitación permanente, y el 8,9% se registra en los hombres y el 8,6% en las mujeres.

Así las cosas, la discapacidad deja de estar encarnada en el cuerpo y de ser un problema individual para trasladarse a algún punto de encuentro entre el individuo y el medio ambiente. Entonces, el entorno cobra importancia protagónica en la generación de procesos de capacitación y, por tanto, en la participación e inclusión social.

A lo largo de América Latina, el enfoque usado para la gestión social ha mostrado su ineficacia. En consecuencia, la inequidad persiste y tiende a acelerarse. En buena medida, esto se debe a que en lugar de intentar constatar la pregunta '¿Cómo lograr que las actividades se conviertan en impactos?', casi todo el énfasis se hace en lograr coberturas y en entregar obras o bienes concretos (que se vean) sin relación clara con la eficacia (logro de objetivos).

En síntesis, los principales obstáculos para realizar una buena gestión pública en discapacidad e inclusión social son el excesivo énfasis en la eficiencia (coberturas, cumplimiento de acciones), la baja comprensión

Presentación	Capítulo I	Capítulo II	Capítulo III	Capítulo IV	Capítulo V	53
7	8 Reseña del proyecto	10 Seguimiento al sector salud en Colombia: indicadores sectoriales	40 Aporte del sector salud a la inclusión	46 Experiencias valiosas en gestión territorial	94 Resumen de actividades "Así vamos en salud". Seguimiento al sector salud en Colombia, 2004 - 2007	

del tema *discapacidad*, la fragmentación entre temas con la consiguiente descoordinación intersectorial e institucional, la dificultad de considerar las particularidades territoriales y político - culturales al ajustar las pretensiones que se tienen en cada tema, la dificultad para la concurrencia entre los diversos niveles del sector público y entre lo público, lo privado y las redes sociales.

Estas deficiencias en el enfoque se reflejan en la falta de conceptos, metodologías, procedimientos e instrumentos de gestión adecuados para enfrentar los retos que se derivan de la complejidad que implica gestionar política social en territorios concretos.

La iniciativa de facilitar la puesta en marcha de redes de apoyo a la discapacidad se inscribe dentro de las líneas de acción del Ministerio de Protección Social, y de las líneas de acción del programa Conpes 80 y del Sistema Nacional de Discapacidad. Dicha metodología reconoce los procesos que han llevado a cabo la Presidencia de la República en la Consejería de Programas Especiales, el Programa Apoyo a la Discapacidad y las iniciativas del Comité de Antioquia, que han realizado procesos de participación política a través de la estrategia de rehabilitación basada en la comunidad.

### Quiénes son y quiénes actúan...

Esta experiencia se desarrolla en 40 municipios de Boyacá, donde según los datos obtenidos mediante el Registro para la Localización y Caracterización de la Población con Discapacidad, hay 19.140 personas en situación de discapacidad.



» **La Organización Mundial de la Salud** estima que el 10% de la población en los países desarrollados sufre algún tipo de discapacidad. En Boyacá la cifra es también alarmante: el 8,7% de la población presenta alguna limitación permanente, y el 8,9% se registra en los hombres y el 8,6% en las mujeres.

## La experiencia en sí misma

Este proyecto diseñó varios instrumentos, dentro de una metodología que permite que los actores del nivel local, que en muchas ocasiones son liderados por el sector salud, reflexionaran en torno al tema de discapacidad e inclusión social y generaran espacios de discusión en los cuales concebían acciones no solamente centradas en el gasto, sino en la construcción de ambientes accesibles para la población de los 40 municipios beneficiados.

En el proyecto de redes se elaboró una cartilla-plegable en la que se ilustraba un juego de simulación a través del cual los actores generaban un espacio para compartir saberes y desarrollar un plan de acción con base en un instrumento denominado “cadena de impactos”. Para hacer este análisis de la gestión de las actividades en el nivel local es importante comprender que todo proyecto, desde la óptica de su eficacia (o ineficacia), puede verse como un proceso con cuatro niveles secuenciales de complejidad. Es a este proceso al que se denomina cadena de impactos.

El juego consta de tres bloques. El primero pretende generar reflexión acerca de un enfoque que busca alinear a los actores frente a una realidad que no tiene una sola arista, sino que muestra diferentes puntos de vista. Con este enfoque se determina desde dónde se va a lograr que toda la cadena de impactos se cumpla. El segundo bloque produce planeación desde el futuro deseable y se devuelve al presente para caminar hacia el futuro fijado. Gracias a él se logra que las personas salgan de la rutina de generar diagnósticos con el fin de producir objetivos para generar cambio. Lo que se produce, entonces, es una generación de propuestas de solución viables que dan al diagnóstico un valor preciso de uso adecuado dentro de la planeación local. Y el tercer bloque busca determinar un análisis por productos del proceso planteado. Este proyecto se basa en tres conceptos: redes, desarrollo y discapacidad.

## Redes

Aquí no se le enseña a la gente cómo solucionar el tema de la discapacidad. Se propiciaron conversaciones en las que la gente expuso su saber y a partir de aquí se fueron encontrando soluciones viables a nivel local. No es una red conformada por cargos o representantes de sectores u organizaciones, ni de una suma de actores. Son relaciones y acciones.

## Desarrollo

Este proceso se centra en las necesidades y no en los bienes. Es decir, se entiende como la satisfacción de necesidades humanas en forma autónoma, pero en interdependencia... y no como la mayor disponibilidad de bienes y servicios. Por tanto, está centrado en las personas, en el cómo solucionar sus necesidades y no en el cómo obtener más bienes y servicios.

Este desarrollo responde las preguntas “cómo hacer”, “cómo gestionar para solucionar las necesidades”, “cómo debe hacer su gestión la red”, “cómo deben funcionar y relacionarse los que están dentro de la red”, “cómo se da cuenta el otro de que la red le sirve”, “cómo llevar a cabo un plan de acción”, “cómo...”.

En este enfoque de desarrollo no se asumió la discapacidad como un riesgo o un problema, sino como una oportunidad para el desarrollo que parte de la generación de procesos productivos, en torno a la construcción de un medio ambiente de soporte, y que involucra a toda la comunidad.

## Discapacidad

El concepto de discapacidad tiene tres componentes:

*Deficiencia.* Se concreta en el cuerpo y se entiende como cualquier daño en alguna estructura o función del cuerpo. Ejemplo: daño en la médula espinal, en el globo ocular o en el funcionamiento del cerebro.

*Limitación funcional.* La deficiencia genera limitación en la funcionalidad. Ejemplo: no caminar, no ver, no razonar.

*Restricción en la participación.* Si la limitación funcional se encuentra en un contexto que le impide superarse, entonces la persona experimenta restricción para involucrarse en situaciones vitales. Ejemplo: trabajar, estudiar, ir a misa, utilizar el transporte público, participar...

La discapacidad es entonces un proceso, reversible, que se genera en el encuentro entre una persona con una limitación funcional y el contexto social, político, físico, cultural, psicológico...

Vale la pena mencionar que el proyecto tuvo en cuenta cada territorio como una realidad diferente y generó un instrumento de identificación del contexto con el cual se definían las estrategias de intervención en cada uno de ellos. Los actores de la administración municipal, como el personero, los coordinadores PAB, los gerentes de las ESE locales, el grupo terapéutico de las instituciones prestadoras de servicios de salud, los actores comunitarios, los educadores familiares, los representantes de ONG especializadas en discapacidad, fueron los protagonistas en el desarrollo del proyecto. Lo anterior se debe a que éste forma parte de un convenio interinstitucional entre el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, regional Boyacá, la Secretaría de Salud Departamental y la Secretaría de Desarrollo Humano de la Gobernación de Boyacá.

## Lo que se ganó

En primer lugar, existió inquietud por el tema, dado que es una necesidad sentida en cada municipio. Además, la presentación de un nuevo enfoque de gestión social permite que se generen soluciones viables y se dejen a un lado las frustraciones por la falta de recursos y la generación de acciones de poco impacto a nivel local.

Existe ya un trabajo de red (sin importar el nivel de profundidad de la misma): es el Consejo Municipal de Política Social, que aporta elementos importantes para el trabajo en red en el tema de discapacidad y que permitiría un trabajo coordinado con el respeto de políticas sociales que se formulan a nivel local.

El proyecto ayuda a las organizaciones de la sociedad civil a cambiar el enfoque de discapacidad y gestión con el fin de que, más que mendigantes, sean propositivas. Además, los instrumentos diseñados y adaptados por la metodología pueden emplearse en otros proyectos locales, cosa que hicieron muchos municipios.

## Dificultades y desaciertos

Primero, la rotación del personal, dado el alto flujo de trabajo que se realiza desde el nivel local. Además, la delegación del tema se hace a cualquier persona, sin importar el perfil (al igual que para los demás temas sociales).

- » A ello se añade la falta de una sociedad civil organizada para el tema en la mayoría de los municipios. Otra falla es la carencia de información en los municipios para la localización y caracterización de la población en situación de discapacidad en Boyacá. O no hay resultados o no se conoce cómo hacer uso de la información recolectada por el Dane. Por otro lado, dicha actividad creó falsas expectativas en la población y en las administraciones, por lo cual hay una especie de resentimiento hacia las entidades públicas y privadas frente al tema de discapacidad.

---

Para mayor información sobre este proyecto y su aplicación, puede comunicarse a los correos electrónicos [enredandoaboyaca@gmail.com](mailto:enredandoaboyaca@gmail.com) o [ymlvarador@yahoo.com.mx](mailto:ymlvarador@yahoo.com.mx).



## Aprender de manera saludable

A través de la “Escuela saludable” se diseñan, adaptan, desarrollan y evalúan proyectos educativos institucionales en salud escolar, que permitan integrar dentro del plan de estudios los contenidos y prácticas de promoción y prevención de la salud, la higiene, el autocuidado, los entornos y ambientes, los estilos de vida saludable.

**LA IDEA PARECE SIMPLE:** ayudar a las escuelas a convertirse en instituciones promotoras de la salud. Es una iniciativa de la Organización Mundial de la Salud, que en 1995 hizo el lanzamiento formal de la Iniciativa Mundial de Salud Escolar con el fin de implementar programas de salud escolar en todas las regiones del mundo.

Y ese es el objetivo de la estrategia denominada “Escuela Saludable”, que comenzó en Cundinamarca en 1997 con el propósito de aplicarla a niños y niñas en edad escolar comprendida entre los 6 y los 18 años, pertenecientes a escuelas ubicadas en áreas rurales del departamento. La estrategia cubre aproximadamente a 50.000 estudiantes, distribuidos en 50 municipios y 200 instituciones escolares.

### La escuela de la salud

Para lograrlo, lo primero fue estructurar áreas y proyectos pedagógicos para las secciones preescolar, básica y media en todas las instituciones departamentales. En segundo término, se organizaron procesos de capacitación del sector salud para el sector educativo, y luego se unificaron y actualizaron conceptos de salud involucrados en los proyectos pedagógicos.

El tercer paso fue definir metodologías para cada área, lo mismo que los correspondientes materiales didácticos, textos escolares, ayudas audiovisuales, informática y demás medios requeridos. Además se necesitó diseñar conjuntamente, entre los sectores de salud y educación, currículos, metodologías, contenidos y recursos de aprendizaje.

Lo siguiente fue mejorar la motivación y cooperación de los profesores hacia los temas de salud, creando un espacio para las actividades de educación en salud dentro del currículo escolar. Igualmente, se estructuraron currículos de promoción y prevención que involucraran temas, subtemas, metodologías pedagógicas e intensidad horaria adecuados a los lineamientos de educación y salud.

Se definieron, además, unos horizontes de aprendizaje que involucrara n conceptos de salud escolar basados en promoción y prevención para todos los niveles educativos.

Y una última misión indispensable: se promovió la participación activa de los padres mediante el fortalecimiento de la escuela de padres.

## Los pasos de una estrategia

Todo principió en 1995, cuando la Organización Mundial de la Salud (OMS) convocó a un Comité de Expertos sobre Educación y Promoción de la Salud Escolar con la finalidad de formular recomendaciones sobre las medidas políticas y de acción necesarias para ayudar a las escuelas a convertirse en instituciones promotoras de la salud.

En los países de América Latina y el Caribe, el liderazgo en la difusión de la Estrategia de Escuelas Promotoras de la Salud le corresponde a la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). Dicha iniciativa surgió en respuesta a la situación de los programas de salud escolar identificada en los países de la región y como resultado del compromiso de la OPS/OMS, desde la década de los ochenta, con la promoción de la salud y la educación para la salud con enfoque integral en el ámbito escolar.

A partir de 1997 se empezó a poner en práctica la estrategia de "Escuela saludable" en el departamento de Cundinamarca. Y desde ese momento, tanto a nivel departamental como nacional, se inició una discusión técnica entre el sector educativo y el sector salud sobre la necesidad de involucrar tal estrategia en el Proyecto Educativo Institucional (PEI), como estaba contemplado en los lineamientos nacionales. En la mayoría de los casos, esa discusión terminaba con un acompañamiento del Plan de Atención Básica (brigadas de salud) hacia las instituciones educativas, pero generando procesos desarticulados entre los dos sectores, limitados gran parte de los municipios y departamentos por los recursos económicos y humanos que el Plan de Atención Básica entregaba para desarrollar la estrategia.

## Aparecen las debilidades

Y aunque el lineamiento nacional contemplaba "involucrar la estrategia de 'Escuela saludable' en el Proyecto Educativo Institucional", nunca se había especificado cómo involucrarla ni qué metodología o qué resultados se esperaban. Con esta debilidad se comenzó a implementar la estrategia en cuestión, tanto en el país como en el departamento de Cundinamarca.

Sin embargo, en el año 2002, durante el desarrollo del "Plan Decenal de Educación Departamental 2002-2012", el sector educativo invita a participar la estrategia dada la aceptación que había tenido y las bondades de trabajar los dos sectores de manera articulada, el de salud y el de educación. Como resultado, se creó una línea estratégica en el plan decenal llamada "Escuela saludable y prevención". Aun así, faltaba definir la metodología para desarrollar dicha línea.

En agosto del año 2005, con el apoyo del gobierno departamental, se integra el trabajo entre las secretarías de Salud y Educación. Ello permitió desarrollar una metodología operativa que definiría los parámetros para involucrar la estrategia de 'Escuela saludable' en el PEI, gracias al fortalecimiento de la temática de salud dentro de las áreas fundamentales de ciencias naturales, sociales, ética y valores a partir de el preescolar hasta el último nivel, con una intensidad curricular articulada a los estándares y logros curriculares educativos, al igual que con los indicadores de salud. Esta metodología se probó mediante un programa piloto en el que participaron 13 instituciones departamentales y 16.039 escolares. En la actualidad, la estrategia se continúa como una actividad dentro de los planes operativos de Escuela Saludable, al incluir esta actividad en los 47 municipios restantes.



» La estrategia de “Escuela saludable” cubre aproximadamente a 50.000 escolares, distribuidos en 50 municipios y 200 instituciones escolares.

### Quiénes son y quiénes actúan...

La población sobre la cual trabaja la estrategia son niños y niñas en edad escolar comprendida entre los 6 y los 18 años, pertenecientes a escuelas ubicadas en áreas rurales. En Cundinamarca, la estrategia de “Escuela saludable” cubre aproximadamente a 50.000 escolares, de los cuales el 55,5% pertenecen al régimen subsidiado, están distribuidos en 50 municipios y 200 instituciones escolares. El hecho de ser escuelas rurales permite que sus proyectos educativos institucionales tengan énfasis agrícolas, dado que una de las principales fuentes de ingresos del departamento es la agricultura. Estos escolares pertenecen a instituciones educativas de estratos 1 y 2.

### La experiencia en sí misma

La estrategia cuenta con una estructura que le permite ser sostenible dentro de las administraciones municipales y departamental. Esta estructura consta de las siguientes partes:

- Entornos saludables que se constituyen en pilares estratégicos para su desarrollo.
- Líneas de acción del Proyecto Educativo Institucional (PEI), de Promoción y Prevención, de saneamiento básico y de ambientes psicosociales.
- Líneas de acción que se constituyen en acciones concertadas, educación con enfoque integral, prioridades en salud pública, proyectos ambientales y vigilancia de factores de riesgo.

Dentro de la estrategia, la Dirección de Salud Pública define unos lineamientos departamentales, lo mismo que unos requisitos y las actividades para desarrollar durante el año escolar. A partir de este momento, se brinda asesoría a los municipios y durante el año escolar se dictan capacitaciones para los docentes de los comités operativos en liderazgo y manejo de estrés, salud ambiental, saneamiento escolar, etc.

Presentación	Capítulo I	Capítulo II	Capítulo III	Capítulo IV	Capítulo V	59
7	8 Reseña del proyecto	10 Seguimiento al sector salud en Colombia: indicadores sectoriales	40 Aporte del sector salud a la inclusión	46 Experiencias valiosas en gestión territorial	94 Resumen de actividades "Así vamos en salud". Seguimiento al sector salud en Colombia, 2004 - 2007	

» En el año 2005 se desarrolló una metodología operativa para involucrar la estrategia de “Escuela saludable” en el Proyecto Educativo Institucional (PEI), gracias al fortalecimiento de la temática de salud dentro de las áreas fundamentales de ciencias naturales, sociales, ética y valores, a partir del preescolar hasta el último nivel.

### Lo que se ganó

Gracias a la estrategia, se logró la comprensión integral de la realidad del sector, así como la identificación y análisis de sus debilidades, potencialidades, intereses, sueños y deseos.

Durante el desarrollo de la estrategia sorprenden la originalidad y creatividad mostradas en los procesos, conceptos, propuestas y resultados para dar soluciones a problemas de su entorno.

Muy positivas son también la funcionalidad y la aplicabilidad de las propuestas pedagógicas y administrativas generadas por el PEI.

El programa piloto demostró que la inversión en recursos económicos fue del 35% del total de recursos asignados para el período 2005 - 2006. Y se le dio más énfasis a la experiencia de los profesionales de las secretarías de Salud y Educación, tanto a nivel departamental como municipal.

La coordinación entre la Secretaría de Salud, la Secretaría de Educación, las alcaldías y las instituciones fue del 70%, convirtiéndose en el mayor logro a diferencia de otros años, en los que la coordinación era muy débil. El 85% de los docentes que participaron en la propuesta fueron bastante receptivos y proactivos. Es decir, la propuesta se recibió como algo innovador.

Y la propuesta no sólo se ha presentado como experiencia exitosa en varios eventos nacionales e internacionales, sino que en algunas instituciones se ha comenzado a manifestar el cambio en las actitudes y aptitudes hacia los hábitos higiénicos y el cuidado del entorno (agua).

Con la estrategia quedaron demostradas la funcionalidad y la aplicabilidad de las propuestas pedagógicas y administrativas generadas por el PEI, lo mismo que la capacidad de transformación de la institución y de su contexto. Y ello se ve en el enorme grado de aceptación, apropiación y satisfacción por parte de la comunidad educativa.

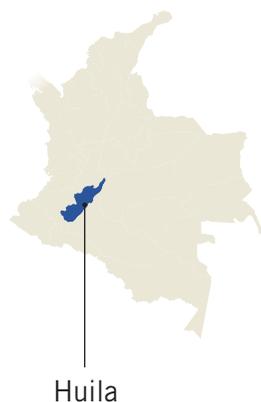
### Dificultades y desaciertos

Hubo varios. El primero y más notable, la tramitomanía en los procesos de contratación del recurso humano que trabaja en las alcaldías.

Igualmente, la dificultad en la concertación de objetivos y propósitos comunes con algunos técnicos del nivel departamental, pertenecientes a la Secretaría de Educación. Pero también se notan desconocimiento y falta de experiencia de los profesionales del sector salud en relación con temas de pedagogía.

Finalmente, es un desacierto la no especificación de recursos destinados para la estrategia, como sucedió en concreto en el caso de “habilidades para la vida”.

Para mayor información sobre este proyecto y su aplicación, puede comunicarse al correo electrónico [mherrera@cundinamarca.gov.co](mailto:mherrera@cundinamarca.gov.co)



## Vida en Gigante con maternidad segura

Con esta estrategia se busca erradicar la muerte perinatal y mantener ausente la muerte materna dentro del panorama de la salud de la población gestante en Gigante.

**LA MUERTE MATERNA** y de un recién nacido afecta el derecho más importante del ser humano: la vida. Por eso es una responsabilidad que atañe tanto a los entes gubernamentales como al entorno social y familiar. Y lo más importante: al individuo.

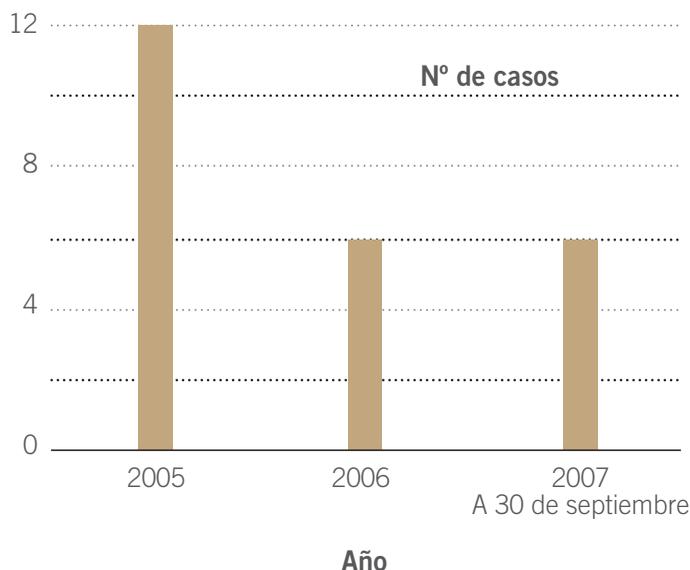
En Gigante (Huila), resulta preocupante la realidad vivida por la población gestante, en la cual se hacen mucho más evidentes las inequidades del sistema social colombiano, puesto que el mayor porcentaje de muertes ocurren en la población más pobre, con menor nivel educativo y mayores dificultades de acceso a los servicios de salud.

Para intentar resolver esa situación, se creó una estrategia orientada a erradicar la muerte tanto materna como perinatal, y en primer lugar se buscó, concretamente, eliminar las barreras de acceso control prenatal. Otro objetivo específico fue garantizar el acceso a los paraclínicos de rutina de las gestantes y captar al 60% de la población gestante durante el primer trimestre a el embarazo.

Otra labor que debe sostener la estrategia consiste en vigilar el cumplimiento de la norma técnica de detección precoz de las alteraciones del embarazo, así como facilitar el acceso a la ecografía obstétrica, y realizar como mínimo dos durante la gestación. También se detectaron factores agresores oportunamente y así se pudieron disminuir complicaciones, al igual que realizar consultas de ginecoobstetricia a las embarazadas de alto riesgo.

Dentro de la estrategia se deben vigilar el cumplimiento de la norma técnica de atención de parto y del recién nacido, lo mismo que el sistema de referencia y contrarreferencia, en aras de agilizar los procesos de salud.

## NÚMERO DE CASOS DE MUERTE PERINATAL SEGÚN AÑO



### Quiénes son y quiénes actúan...

La estrategia está enfocada en 510 gestantes y sus productos, tanto de la zona rural como urbana del municipio.

### La experiencia en sí misma

La necesidad de implementar la estrategia resultó de la preocupante realidad de las muertes perinatales ocurridas en el municipio. Antes de ponerla en marcha, se descubrió que el acceso a los servicios de salud para las gestantes no era el óptimo, debido a que muchas de las embarazadas debían desplazarse hasta una hora por vías en regular estado hasta la institución de salud, y así acceder a todos los servicios tanto del control prenatal como de laboratorios, entrega de micronutrientes, manejo de patologías relacionadas con la gestación y vacunación. Ello ocasionaba la deserción al control prenatal, en un gran porcentaje, de las embarazadas.

Una vez detectadas las barreras de acceso, la institución emprendió una cruzada para acercar los servicios a las gestantes, ofreciéndolos con calidad y calidez. También se inició un proceso de sensibilización de los actores institucionales y comunitarios hacia la búsqueda de la protección del binomio madre-hijo.

Las cifras que se manejan en tres años son: para el período del 2005 hubo doce muertes perinatales. Para el año 2006 se logró disminuir esta alarmante cifra a seis casos, y en lo que va corrido del presente año con corte a 30 de septiembre, se han registrado seis casos, de los cuales dos se han debido a malformaciones congénitas. El 80% de las gestantes procede de la zona rural, con dificultades de acceso a los servicios de salud por ubicación geográfica, situación económica y por aspectos de índole cultural.

» **Una vez detectadas las barreras de acceso, la institución emprendió una cruzada para acercar los servicios a las gestantes, ofreciéndolos con calidad y calidez.**

### Lo que se ganó

Durante los tres años de la estrategia, un equipo de salud interdisciplinario, conformado por médico, enfermera, bacteriólogo, odontóloga y psicólogo, ha llegado a todos los rincones del municipio. También se ha logrado una cobertura del control prenatal del 95% en las gestantes, con una iniciación cada día más temprana del control prenatal, como se relaciona a continuación:

AÑO	% INICIACIÓN DURANTE EL I TRIMESTRE	% INICIACIÓN DURANTE EL II TRIMESTRE	% INICIACIÓN DURANTE EL III TRIMESTRE
2004	49	39	12
2005	60	31	9
2006	64	32	4

Pero también hubo otros logros que producen orgullo. Por ejemplo, se hacen visitas domiciliarias para captar las gestantes tempranamente y remitirlas al control prenatal. De la misma manera, se estableció la atención prenatal en los seis puestos de salud rural ubicados en los diferentes corregimientos del municipio, de tal manera que, una vez por semana, el médico brinda atención a esta población y una vez por mes lo hace la enfermera profesional. Igualmente se garantiza el acceso de micronutrientes a las usuarias de la zona rural, entregándolos en el mismo momento de la atención.

Así mismo se logró el acceso oportuno de las gestantes al servicio de odontología, con un número de cupos diarios disponibles para las gestantes, además de la presencia de la higienista oral los días de control prenatal en cada uno de los puestos de salud. Las gestantes también pueden recibir medicamentos de patologías asociadas a la gestación.

Además, todas las gestantes tienen acceso a los paraclínicos y al servicio de ecografía obstétrica, según lo estipula la norma técnica emanada por el Ministerio de la Protección Social. Este servicio se ofrece en el municipio, de modo que se eliminó la barrera que representaba tener que desplazarse hacia el municipio de Garzón o a la capital, Neiva, según el caso, con todas las implicaciones económicas que esto genera.

Otro logro importante fue poder dictar un curso psicoprofiláctico para la población gestante según su zona de procedencia, como mecanismo para eliminar muchos factores agresores y fomentar los protectores. En este curso se capacita al familiar que acompañará a la gestante en el momento del parto.



» **Antes de ponerla en marcha, se descubrió que el acceso a los servicios de salud para las gestantes no era el óptimo, debido a que muchas de la embarazadas debían desplazarse hasta una hora por vías en regular estado hasta la institución de salud.**

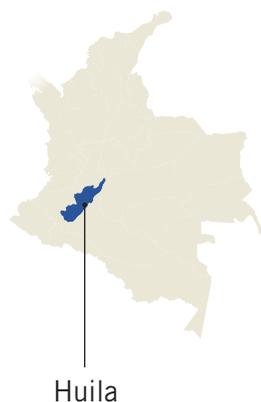
Las futuras madres de Gigante tienen derecho a participar en jornadas lúdicas con sus familias, como estrategia de unión familiar en torno a la gestación. Eso para no hablar de las consultas especializadas en ginecoobstetricia a las gestantes y del derecho que ellas tienen de regresar a su residencia en transporte institucional luego del parto.

Hay no obstante, más conquistas: la consulta por psicología a toda gestante que ingresa al control prenatal y seguimiento a casos con factores agresores, la asesoría antes y después para la toma de muestra de VIH-sida, y la implementación de un laboratorio portátil con los equipos necesarios para procesar exámenes paraclínicos de primer nivel en los seis puestos de salud rural por parte de la bacterióloga.

Con todo éxito más importante es el crecimiento en la credibilidad de la gestante hacia los servicios de salud.

### Dificultades y desaciertos

El principal inconveniente que se ha venido superando es la falta de compromiso de algunos actores institucionales para lograr que la estrategia brinde sus frutos. También se ha visto que el sistema de salud vigente fragmenta a la gestante en responsabilidades de las diferentes instancias, cosa que en algunas ocasiones, en busca de "ahorrar" recursos, dilata la atención especializada de la gestante.



## “Ejercítate, Palermo”

Mil seiscientos habitantes del municipio de Palermo comprendieron que la actividad física y los hábitos de vida saludable aumentan la calidad de vida.

**EN EL MUNICIPIO** de Palermo están de moda las rumbas aeróbicas. Y en muchas partes del pueblo se respiran deporte y calidad de vida. Todo es consecuencia del programa “Promoción de estilos de vida saludables para la prevención y control de las enfermedades crónicas no transmisibles, una estrategia que busca disminuir las causas de morbimortalidad y discapacidad en la población.

### De la mula a la bicicleta

Gracias a esta estrategia, se fortalecieron y mejoraron las políticas de promoción de la actividad física en Palermo, y se incentivó el trabajo entre los diversos sectores y la participación comunitaria.

Para conseguirlo, se crearon y fortalecieron redes locales para la promoción de actividad física y se aumentaron los conocimientos sobre la actividad física y hábitos de vida saludable. También se promovió la práctica de diferentes alternativas deportivas, como ciclopaseos, rumbas aeróbicas, ciclorutas, caminatas ecológicas, danza terapia y el deporte en general como opción de la actividad física.

La estrategia se destacó así mismo por la promoción y el mantenimiento en la población de un peso corporal adecuado y una dieta balanceada, lo mismo que la sana utilización del tiempo libre.

### Riesgo en Palermo

Las enfermedades crónicas no transmisibles se constituyen en importantes causas de morbimortalidad y discapacidad en todo el territorio colombiano, y el municipio de Palermo no es ajeno a esta problemática. Datos tomados en el Hospital San Francisco de Asís reportan que, en el año 2003, estas enfermedades se encuentran entre las diez primeras causas de mortalidad general, con 29 casos. En el año 2004 se reportaron 17 casos. En el año 2005 hubo 33 casos. El 2006 se cerró con 21 casos y hasta noviembre de 2007 iban cinco casos.



» **Gracias a esta estrategia, se fortalecieron y mejoraron las políticas de promoción de la actividad física en Palermo, y se incentivó el trabajo entre los diversos sectores y la participación comunitaria.**

Está comprobado que la aparición de las enfermedades crónicas no transmisibles está determinada por dos conjuntos de factores de riesgo. En el primero se encuentran factores inherentes a cada individuo, como la raza, el sexo y el factor hereditario, los cuales no se pueden modificar directamente. En segundo lugar encontramos los factores modificables, como el sedentarismo, el consumo de alcohol y cigarrillo, los malos hábitos alimenticios y la obesidad. Un análisis hecho a la línea de base CAP (Comportamientos, Actitudes y Prácticas), aplicada a una muestra de 2.313 habitantes de Palermo durante el año 2005, se corroboró que los factores de riesgo modificables relacionados anteriormente se encuentran presentes en la población.

Por eso, y con el ánimo de abordar esta problemática —y para dar estricto cumplimiento a lo establecido en la circular número 018—, se implementó el programa “Promoción de estilos de vida saludable para la prevención y control de las enfermedades crónicas no transmisibles”.

### Quiénes son y quiénes actúan...

La población sobre la que se ha hecho énfasis está compuesta por escolarizados y docentes, trabajadores, adultos mayores, indígenas, personas en situación de desplazamiento o discapacidad, campesinos y población en general.

### La experiencia en sí misma

La experiencia empieza en el año 2004, cuando se promulga el Decreto 035 emitido por la Alcaldía municipal, por el cual se rige el desarrollo de la actividad física a través de la estrategia “Ejercítate, Palermo”. Como consecuencia, se crea el Plan Municipal Intersectorial para la Promoción de Estilos de Vida Saludables, y se da apertura a las rumbas aeróbicas en la zona urbana una vez a la semana, lo mismo que una actividad física con los adultos mayores y con grupos en situación de discapacidad. Participaron 150 personas.



» **Tan exitosa** fue la estrategia, que se logró un reconocimiento de ‘Ejercítate, Palermo’ a nivel municipal y departamental. Y la mejor prueba del éxito es que cuando se dio apertura al programa participaron 150 personas, y al final había 1.600 personas.

En el año 2005 se involucran otros entes al plan. En el primer semestre se aumentan las rumbas aeróbicas a dos veces a la semana en la zona urbana y se amplía la cobertura en la zona rural (Betania, Juncal, Frontera Norte) a una vez a la semana. Y se realizan ciclo paseos, caminatas ecológicas, ciclorutas nocturnas, encuentros de juegos tradicionales, olimpiadas con discapacidad y el aniversario del programa. Se mantiene la actividad física con el adulto mayor y el grupo de discapacidad y se amplía el programa a las madres gestantes.

En el segundo semestre se amplía el programa de rumbas aeróbicas en la zona urbana a cinco días en la semana. En este punto ya se involucran a 850 personas.

Para el año 2006 se mantienen todas las actividades desarrolladas en el año anterior, ampliando el cupo a 1.100 personas. Este año también se mantienen todas las actividades, pero el número de participantes aumenta a 1.600 personas.

## Lo que se ganó

En primer lugar, se creó conciencia para el fomento de la actividad física y hábitos de vida saludables, al tiempo que se implementaron alternativas de actividad física.

Fueron importantes el aumento y el mantenimiento de la realización de actividad física en el municipio, que se pasó de uno a cinco días a la semana. A ello también contribuyó el incremento del número de redes locales que promocionan la actividad física.

Tan exitosa fue la estrategia, que se logró un reconocimiento de "Ejercítate, Palermo" a nivel municipal y departamental. Y la mejor prueba del éxito es que cuando se dio apertura al programa participaron 150 personas, y al final había 1.600 personas.

## Dificultades y desaciertos

Fueron varios. En primer lugar, la inactividad física a la que estaba acostumbrada la comunidad. A ello se suma el temor de los habitantes de que otros los vean haciendo actividad física.

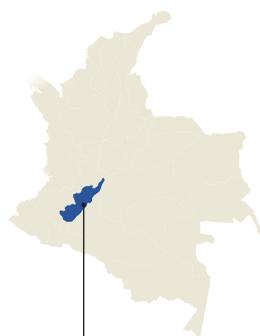
Ello puede deberse al poco conocimiento existente acerca de los beneficios de la actividad física y de los hábitos de vida saludables.

Con algunas comunidades, además, no fue exitosa la ejecución de las rumbas aeróbicas en espacios abiertos, por lo que tuvieron que cambiarse a áreas cerradas.

Finalmente, una mala noticia: la suspensión del apoyo del instructor de aeróbicos por parte del departamento durante este año.



» **Datos tomados** en el Hospital San Francisco de Asís reportan que, en el año 2003, estas enfermedades se encuentran entre las diez primeras causas de mortalidad general, con 29 casos. En el año 2004 se reportaron 17 casos. En el año 2005 hubo 33 casos. El 2006 se cerró con 21 casos y en lo que va corrido del año 2007 iban cinco casos.



Huila

## Corazones saludables

Con este programa se brinda, aparte de los medicamentos, apoyo para el manejo de la enfermedad, ofreciendo de manera gratuita los medicamentos de control e incentivando a la población a adoptar una cultura de cuidado con la modificación de estilos de vida en Saladoblanco.

### ¿Por qué nace el proyecto “Corazones saludables”?

Simplemente porque las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de morbilidad en el municipio de Saladoblanco. De acuerdo con el diagnóstico de salud del año 2003, dicha dolencia se prioriza como necesidad sentida.

Para el funcionamiento del proyecto se contó, hasta el año anterior, con el apoyo económico de la Secretaría de Salud Departamental. A esta entidad se le presentó el proyecto, se le hicieron recomendaciones y luego se pactó un convenio interadministrativo.

### Un estilo de vida

El primer objetivo de la estrategia fue identificar a las personas afectadas por enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), por medio de tomas casuales de presión arterial y revisión de historias clínicas. Así se descubrió que las de mayor prevalencia que se presentan en el municipio son la diabetes y la hipertensión.



Posteriormente, estas personas se inscribieron en el programa "Corazones saludables", que brinda, aparte de los medicamentos, apoyo educativo, recreativo y ocupacional para el manejo de la enfermedad y tiempo libre, dado que algunos miembros son ancianos. La estrategia también brinda, de manera gratuita, los medicamentos de control, al igual que incentiva a la población a adoptar una cultura de cuidado individual gracias a la modificación de estilos de vida como dejar el sedentarismo, el consumo exagerado de sal y grasas, etc.

Con el núcleo familiar de la persona con esta dolencia se realiza un trabajo de sensibilización frente a la prevención de la hipertensión y la diabetes mellitus, cambiando y mejorando los hábitos.

En la estrategia participó un equipo interdisciplinario conformado por un médico, una psicóloga, una enfermera jefe, un licenciado en educación física y una auxiliar de enfermería.

Con la población en general se buscó brindarle información a través de mensajes radiales, folletos educativos, murales y sesiones educativas, con el propósito de motivar prácticas saludables relacionadas con la prevención de la ECNT, lo mismo que mejores estilos de vida.

### Quiénes son y quiénes actúan...

Se trabaja con personas diagnosticadas con hipertensión y/o diabetes mellitus, sin importar su ciclo vital. Cabe mencionar que, en el municipio, el 87,73% de la población está cubierta con régimen subsidiado, y por tanto la mayoría de los usuarios que conforman el grupo "Corazones saludables" está afiliada al SGSSS. No obstante, también se atiende a población vinculada.

El 70% de los integrantes del grupo superan los 55 años y su subsistencia económica es la agricultura y para la mayoría de las mujeres su ocupación es "gerenciar" el hogar.

### La experiencia en sí misma

De modo integral se trabajó con la familia para prevenir que, por llevar el mismo estilo de vida, el usuario llegue a la patología. Con la comunidad en general se buscó prevenir las dolencias con la promoción de un mejor estilo de vida a través de estrategias colectivas, como sesiones educativas, folletos, mensajes radiales, murales y actividades lúdicas.

### Lo que se ganó

El principal logro fue el mejoramiento de la calidad de vida de los 120 integrantes del grupo. Por un lado, ellos ya tienen controlada su enfermedad, mientras que por el otro crecen en conocimientos. Además, disfrutan del soporte social de sus pares, con quienes comparten fechas especiales, se recrean y han fortalecido los vínculos. Así, siente en el grupo apoyo, afecto y aceptación, a pesar de que la mayoría está pasando por el momento de evaluar el proceso vivido y algunos no encuentran espacio en sus familias. Es en el grupo en donde hallan aprobación y empatía.

### Dificultades y desaciertos

A nivel económico, se ha presentado la dificultad de no poder identificar al grupo. Se ha buscado la forma de que cada quien cubra el costo de los uniformes (sudaderas para poder realizar los ejercicios y las actividades), cosa que de alguna manera le daría mayor reconocimiento y pertenencia al grupo conformado.



## La dulce espera de la nueva vida

En el departamento del Meta se implementó una estrategia para aumentar y pulir el cuidado de mujeres gestantes desde su etapa gestacional, parto y puerperio con atención especializada

**LA MORTALIDAD DE LAS MADRES** y sus hijos durante el embarazo y en el parto es un indicador de la salud y del desarrollo social de un país, y refleja la relación entre el proceso de enfermedad y salud y las condiciones higiénicas, económicas y sociales de una determinada población.

Estas muertes se consideran indicadores universales de la calidad en la atención de los servicios de salud y de las condiciones de vida, dado que un alto porcentaje se debe a causas evitables. Además, las condiciones de salud y nutrición de la madre contribuyen al bajo peso de los niños al nacer, elemento que se convierte en un factor de riesgo para la mortalidad infantil.

Uno de los problemas que actualmente profundizan la situación de la mortalidad materna es el embarazo en adolescentes (10 a 19 años), que fisiológica y socialmente las hace más vulnerables a la mortalidad



Presentación	Capítulo I	Capítulo II	Capítulo III	Capítulo IV	Capítulo V	71
7	8 Reseña del proyecto	10 Seguimiento al sector salud en Colombia: indicadores sectoriales	40 Aporte del sector salud a la inclusión	46 Experiencias valiosas en gestión territorial	94 Resumen de actividades "Así vamos en salud". Seguimiento al sector salud en Colombia, 2004 - 2007	



» **En el Meta se acudió a una estrategia que buscaba garantizar, en primer lugar, el acceso a los servicios de salud para disminuir la mortalidad materna y perinatal del departamento.**

materna, mortalidad infantil y a contraer enfermedades de transmisión sexual. Y nuestro país, como muchas otras naciones de Centro y Suramérica, ha tratado de implementar, con la ayuda de estamentos de carácter mundial, diversas estrategias para el control y la disminución de esta problemática.

### Atendiendo a mamá

En el departamento del Meta hay varios problemas. Existe deficiencia en la atención de las gestantes en cuanto a cobertura y la calidad, lo mismo que un control prenatal inadecuado. También incide negativamente el aumento de la exclusión en salud por factores legislativos y la accesibilidad a los servicios en forma oportuna, al igual que la falta de tecnología apropiada en las instituciones de salud. Eso para no hablar de los problemas relacionados con la situación de pobreza de la población, que se ven reflejados en el estado nutricional.

En el Meta se acudió a una estrategia que buscaba garantizar, en primer lugar, el acceso a los servicios de salud para disminuir la mortalidad materna y perinatal en el departamento. Con dicho método también se quiso captar madres para control prenatal, parto y puerperio, con la respectiva valoración de riesgo y apoyo nutricional.

La estrategia quería garantizar además el traslado de las gestantes desde áreas de difícil acceso geográfico, lo mismo que avalar la atención de alta complejidad cuando se requiera, incluso en áreas de difícil acceso.

En fin, se trataba de eliminar las barreras para el acceso a los servicios de salud y optimizar la utilización de recursos en áreas de difícil acceso geográfico.

### Quiénes son y quiénes actúan...

La población objeto del proyecto es la comunidad pobre y vulnerable que pertenece a los niveles 1 y 2 del Sisben, lo mismo que las adolescentes en embarazo del área urbana, pero especialmente la rural.

### La experiencia en sí misma

El proyecto tuvo gran acogida en cada uno de los municipios porque tocaba puntos álgidos en relación con la calidad en la atención de salud y, además, por las medidas de solución que se necesitaban para los mismos. Los entes municipales fueron de gran ayuda para que esta valiosa experiencia cumpliera con los objetivos propuestos.

### Lo que se ganó

Aunque a la fecha el proceso de captación de usuarios ya terminó, las actividades contempladas en el proyecto se encuentran en ejecución.

Las siguientes cifras muestran el alcance del mismo.

MUNICIPIO	MUERTES PERINATALES 2006	MUERTES MATERNAS 2006	MUERTES PERINATALES 2007	MUERTES MATERNAS 2007*
VILLAVICENCIO	104	4	75	5
ACACÍAS	11	0	8	1
CSATILLA LA NUEVA	4	0	1	0
CUBARRAL	2	0	2	0
EL CASTILLO	1	0	1	0
EL DORADO	2	0	1	0
FUENTE DE ORO	4	1	2	0
GRANADA	20	4	12	0
PUERTO LÓPEZ	10	0	7	1
PUERTO RICO	3	1	1	0
SAN CARLOS DE GUAROA	1	0	1	0
SAN MARTÍN	8	0	2	0
TOTAL	170	10	113	7

Cabe aclarar que el proyecto se inició el 12 de diciembre de 2006.

\* A 30 de septiembre.

Presentación	Capítulo I	Capítulo II	Capítulo III	Capítulo IV	Capítulo V	73
7	8 Reseña del proyecto	10 Seguimiento al sector salud en Colombia: indicadores sectoriales	40 Aporte del sector salud a la inclusión	46 Experiencias valiosas en gestión territorial	94 Resumen de actividades "Así vamos en salud". Seguimiento al sector salud en Colombia, 2004 - 2007	

## Dificultades y desaciertos

Desde luego que, al tiempo con el desarrollo del proyecto, se encontraron dificultades sobre todo en la parte sociocultural. En el área rural, por ejemplo, la presencia de parteras o comadronas dificultó el desarrollo de la estrategia.

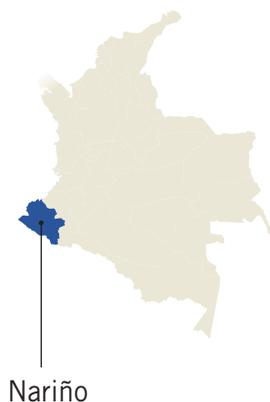
Pero en general hubo problemas en el proceso de captación de los usuarios para el proyecto relacionados con la demanda inducida hecha por el personal que se desplazó por todas las áreas del departamento en busca de población objeto. Por fortuna, todos se solucionaron en forma acertada, en consenso con los entes administrativos de cada municipio.

Y un factor negativo muy importante es el estado de inseguridad por el que atraviesa el país, especialmente en esta zona.

Sin embargo en términos generales, el proyecto cumplió con los objetivos propuestos y dejó muchas enseñanzas que se pueden utilizar en el momento de la creación de políticas sociales.



» **El proyecto tuvo gran acogida en cada uno de los municipios porque tocaba puntos álgidos en relación con la calidad en la atención de salud y, además, por las medidas de solución que se necesitaban para los mismos.**



## La batalla contra la muerte

Una estrategia que logra el mejoramiento de la detección temprana del cáncer de cervix a través de la promoción de servicios de citologías y asistencia en Pasto.

**ES UN FANTASMA** que aterriza: en Colombia, el cáncer de cuello uterino es un problema prioritario de salud pública, por su alta incidencia y mortalidad. Una cifra basta para confirmarlo: en el año 2004, según el Instituto Nacional de Cancerología y el Dane, la mortalidad por cáncer de cuello uterino era de 9,4 por cada cien mil mujeres.

Y en el departamento de Nariño, el cáncer de cervix es la neoplasia más común que afecta a mujeres entre 31 y 61 años. En Colombia, es la tercera causa de muerte por cáncer en la población femenina: un total de 371.000 casos nuevos son diagnosticados por año, de acuerdo con el Instituto Nacional de Cancerología.

En Pasto, entre los años 2004 y 2007, la tasa de mortalidad es de 3 por cien mil mujeres entre 33 y 83 años de edad, pertenecientes la mayoría al área urbana. Esta patología es frecuente en las mujeres con bajo nivel socioeconómico y vida sexual activa, con varios partos, infecciones de transmisión sexual, infección por el virus del papiloma humano. Además, la tendencia a iniciar relaciones sexuales tempranas produce que el cáncer de cuello uterino afecte a mujeres cada vez más jóvenes.

### El poder de la mujer

A partir del Plan de Desarrollo “Pasto mejor”, la Gobernación de Nariño fortaleció la estrategia de toma de citología de primera vez para el cuatrienio, cumpliendo al ciento por ciento la meta planteada en la promoción, movilización social y toma del procedimiento de las IPS públicas y privadas.

Las estrategias utilizadas para la detección temprana y aumento de coberturas se realizaron a través de los exámenes citológicos, practicados a intervalos regulares, en el esquema 1:1:1, para tamizaje anual, lo que reduce efectivamente en un 60% la incidencia y mortalidad del cáncer uterino.

Por ello, lo que se buscó con la estrategia fue, primero, capacitar al equipo de salud de las IPS públicas y privadas responsables del programa de prevención de cáncer de cervix. Además, se quería apoyar la calidad de los servicios de toma de citología cervico-uterina en la IPS, y coordinar acciones para la capacitación, movilización ciudadana y empoderamiento de la mujer. El programa, finalmente, también deseaba ejercer una buena vigilancia y control a las IPS públicas y privadas.

### Quiénes son y quiénes actúan...

En la estrategia participó personal de salud encargado del programa en la red pública y privada de las IPS de primer nivel de complejidad, lo mismo que comités de vigilancia epidemiológica comunitaria, mujeres en edad fértil del municipio de Pasto, en edades de 25 a 69 años, o que tuvieran vida sexual activa, pertenecientes al régimen subsidiado contributivo, y población vulnerable, como la que se halla en situación de desplazamiento, o las empleadas de clubes nocturnos y las recicladoras.

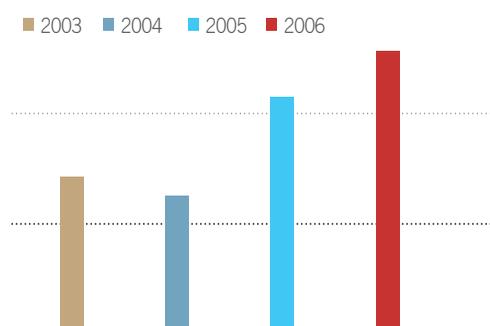
## La experiencia en sí misma

Para fortalecer el programa, la Dirección Municipal de Salud de Pasto realiza continuamente procesos de promoción, sensibilización con la comunidad y asistencia técnica a coordinadores, enfermeras, médicos, citotecnólogas, laboratorios de lecturas de citologías y tecnólogos de promoción y prevención de las IPS públicas y privadas. Con ello se logra generar impacto en un 60% de las coberturas de toma de citologías y aumento en la detección temprana de lesiones pre y neoplásicas.

## Lo que se ganó

RÉGIMEN	2003	%	2004	%	2005	%	2006*	%
SUBSIDIADOS	25	64	34	79	284	50	273	54
VINCULADOS	13	33	7	16	116	21	37	7
LEY 387	1	3	2	5	6	1	4	1
PARTICULAR	0	0	0	0	15	3	12	2
CONTRIBUTIVO	SIN	SIN	SIN	SIN	144	25	181	36

## CITOLOGÍAS TOMADAS RED PÚBLICA PERÍODO 2003 - 2006



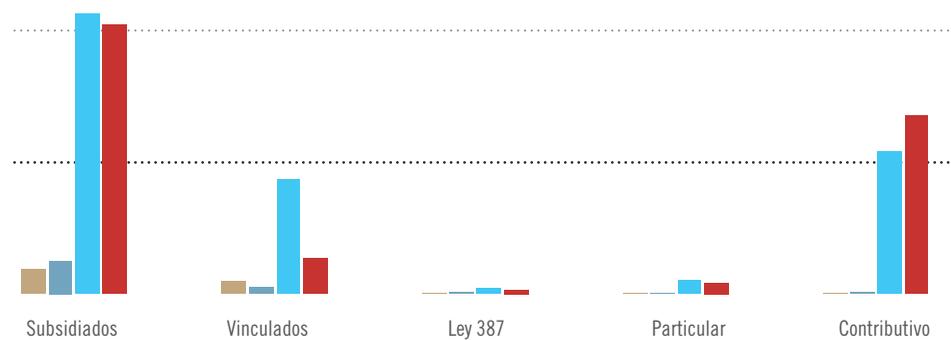
RED PÚBLICA	
AÑO	CIT. TOMADAS
2003	13.947
2004	12.035
2005	21.449
2006	25.450



» El cáncer de cervix es la tercera causa de muerte por cáncer en la población femenina: un total de 371.000 casos nuevos se diagnostican por año.

### DETECCIÓN DE LESIONES PRENEOPLÁSICAS DE CUELLO SEGÚN RÉGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL, PERÍODO 2003 - 2006

■ 2003 ■ 2004 ■ 2005 ■ 2006



Presentación	Capítulo I	Capítulo II	Capítulo III	Capítulo IV	Capítulo V	77
7	8 Reseña del proyecto	10 Seguimiento al sector salud en Colombia: indicadores sectoriales	40 Aporte del sector salud a la inclusión	46 Experiencias valiosas en gestión territorial	94 Resumen de actividades "Así vamos en salud". Seguimiento al sector salud en Colombia, 2004 - 2007	

### DETECCIÓN DE LESIONES PRENEOPLÁSICAS DE CUELLO UTERINO SEGÚN RÉGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL, PERÍODO 2003-2006

TOTAL	39	100	43	100	565	100	507	100
-------	----	-----	----	-----	-----	-----	-----	-----

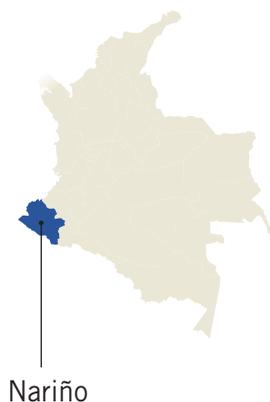
\* Datos preliminares 2006.

### Dificultades y desaciertos

Aunque la Alcaldía de Pasto y la Dirección Municipal de Salud han hecho uso del talento humano capacitado y con experiencia y con el apoyo económico para la ejecución del proyecto, lo mismo que del fortalecimiento de la estrategia de información, educación y comunicación, los problemas culturales en el municipio todavía son una barrera para que las usuarias asistan al tamizaje. Hubo también otra dificultad en la consecución de información de años anteriores a la formulación del proyecto.



» **La tendencia a iniciar relaciones sexuales tempranas produce que el cáncer de cuello uterino afecte a mujeres cada vez más jóvenes.**



## Amigos de tu sonrisa

Con el programa de salud oral “Pandas” se ha favorecido la disminución de índices de morbilidad por caries y enfermedad periodontal en niños de Pasto. Con esta estrategia se logrará un cambio de hábitos en salud oral y se mantendrán muchas sonrisas sanas.

**LOS DATOS NO ERAN** precisamente para sonreír: en el año 2004, en Pasto, la población menor de un año presentaba lesiones de caries cuando tan sólo tenía cuatro o seis dientes. Y aunque la caries dental ha afectado a la humanidad desde hace muchos siglos y a pesar de los avances científicos todavía representa un desafío para la salud pública, en la capital de Nariño esta enfermedad ocupa el segundo lugar de prevalencia en la consulta externa en la red pública municipal entre las causas de morbilidad en la población.

Además, la demanda de los servicios odontológicos en el municipio se inicia aproximadamente desde los tres años, edad en que la mayoría de los niños ya tienen instaurados procesos de caries en su cavidad bucal. De modo que la atención se centra en acciones curativas —y algunas preventivas— pero que son tardías para haber prevenido la aparición de las patologías.

En vista de que las medidas de promoción y prevención en salud oral no eran suficientes para motivar un cambio sustancial en la disminución de morbilidad y cambios de hábitos favorables en salud bucal infantil, se pensó en abordar las acciones preventivas y educativas desde la gestación, período en el que hay mayor receptividad de conocimientos que benefician la salud de la madre y del bebé.

Para ello, la Dirección Municipal de Salud diseñó, en el año 2004, el programa de salud oral “Pandas, amigos de tu sonrisa” como un proyecto piloto que incluyó en el Plan de Desarrollo, con un modelo de atención integral. La meta era tener, al finalizar el año 2007, una cobertura de 5.000 niños beneficiados con esta estrategia.

### Con la boca abierta

“Pandas” es en la actualidad el único programa municipal de atención preventiva precoz, y aunque algunas facultades de odontología de Colombia están atendiendo bebés en sus clínicas de posgrados, no existen reportes de políticas municipales similares.

El objetivo, pues, era construir una política de salud oral con la que se implementen hábitos tempranos y estilos de salud que logren disminuir las caries y la enfermedad periodontal.

Presentación	Capítulo I	Capítulo II	Capítulo III	Capítulo IV	Capítulo V	79
7	8 Reseña del proyecto	10 Seguimiento al sector salud en Colombia: indicadores sectoriales	40 Aporte del sector salud a la inclusión	46 Experiencias valiosas en gestión territorial	94 Resumen de actividades "Así vamos en salud". Seguimiento al sector salud en Colombia, 2004 - 2007	



» **La meta era tener, al finalizar el año 2007, una cobertura de 5.000 niños beneficiados con esta estrategia. Al 30 de junio del 2007 estaban vinculados 6.094 neonatales y 5.653 infantiles, para un total de 11.747 niños que se benefician del programa de salud oral "Pandas".**

Para ello se buscó, en primer lugar, implementar un modelo de atención integral que garantizara sostenibilidad y efectividad del programa, lo mismo que comprometer a padres y cuidadores de niños en la práctica de hábitos saludables en salud bucal.

Se necesitaba, desde luego, el compromiso de los docentes y padres de familia de las instituciones educativas para fomentar la higiene oral dentro del ámbito escolar. Y, finalmente, diseñar un programa de capacitación en salud bucal a la población objeto del programa.

### Quiénes son y quiénes actúan...

La población a la que está dirigida la estrategia pertenece a los estratos I y II subsidiados y vinculados de la red pública municipal, está dividida en los siguientes grupos:

- » El PANDA NEONATAL, que abarca a las madres gestantes, lactantes y bebés de 0 a 24 meses. En estas personas se trata de mantener la dentición temporal sana y mejorar la salud oral de la madre y del entorno familiar del bebé. Igualmente, se busca incorporar medidas de higiene oral a temprana edad, hábitos nutricionales y visitas periódicas de control. También, garantizar permanencia en el programa de padres y cuidadores por medio de actas de compromiso.
- » El PANDA INFANTIL, dirigido a niños y niñas entre los cinco y siete años de edad (antes de la erupción de la dentición permanente). Con ellos se busca disminuir la incidencia y prevalencia de caries y enfermedad periodontal en la dentición permanente, por medio de capacitaciones lúdico-educativas y acciones específicas de prevención en salud bucal. En el mismo programa se da capacitación a docentes, padres de familia y alumnos de grado preescolar para incorporar hábitos de salud oral en la escuela. De la misma manera se establece el cepillado diario en la escuela como actividad de carácter obligatorio en el grado preescolar.

### La experiencia en sí misma

Esta es una estrategia de prevención que usa elementos lúdicos para educar, con hábitos sostenibles de salud oral, a las madres gestantes, lactantes y niños en edad preescolar. Así se logra motivar acciones preventivas tempranas para disminuir el riesgo de caries y enfermedad periodontal en la población infantil.

En el proceso de implementación se crearon elementos didácticos dirigidos a la comunidad como cartillas, autoadhesivos, volantes, *jingles* y afiches.

Además, para monitorear y vigilar el desarrollo del programa en cada centro de salud, fue necesario adoptar registros clínicos (inscripciones, controles, morbilidad por caries, capacitaciones y actividades preventivas).

Las madres gestantes se capacitan en tres sesiones sobre salud oral. Aparte de esto, se las motiva para que asistan a su tratamiento odontológico y lo terminen, para lograr que, en el momento del parto, se encuentren bucalmente sanas y no existan riesgos de transmisión vertical. Los bebés son inscritos al programa a los seis meses de edad y asisten a controles cada tres meses hasta los dos años, al cabo de los cuales se refuerza la educación a la madre en los cuidados e higiene temprana de la boca del bebé.

Los niños más grandes reciben tres sesiones de capacitación individualizada en la escuela y de actividades lúdicas como motivación por el oso panda, varios títeres y videos que complementan la educación.

Para la estrategia se cuenta con una odontóloga coordinadora del programa “Pandas” y por medio de convenios interinstitucionales se obtiene apoyo para el desarrollo de las actividades educativas y lúdicas.



» **Las madres gestantes** se capacitan en tres sesiones sobre salud oral. Aparte de esto, se las motiva para que asistan a su tratamiento odontológico y lo terminen, para lograr que, en el momento del parto, se encuentren bucalmente sanas y no existan riesgos de transmisión vertical.

Presentación	Capítulo I	Capítulo II	Capítulo III	Capítulo IV	Capítulo V	81
7	8 Reseña del proyecto	10 Seguimiento al sector salud en Colombia: indicadores sectoriales	40 Aporte del sector salud a la inclusión	46 Experiencias valiosas en gestión territorial	94 Resumen de actividades "Así vamos en salud". Seguimiento al sector salud en Colombia, 2004 - 2007	

**» Los niños más grandes reciben tres sesiones de capacitación individualizada en la escuela y de actividades lúdicas, como motivación por el oso panda, varios títeres y videos que complementan la educación.**

Las acciones de protección específica las ejecuta la ESE Pastosalud en todas las 21 IPS de la red pública municipal, a través de odontólogos e higienistas orales.

### Lo que se ganó

Al 30 de junio del 2007 estaban vinculados 6.094 neonatales y 5.653 infantiles, para un total de 11.747 niños que se benefician del programa de salud oral "Pandas".

Con el propósito de evaluar la eficacia del programa, se realizó un estudio sobre morbilidad por caries en los "niños Panda" pioneros de la estrategia, es decir, los inscritos en el año 2004. Para el estudio se seleccionaron siete centros de salud, representativos de todos los sectores de la ciudad, y se analizaron 343 historias clínicas de los "panditas".

Los resultados son alentadores. De 175 casos de neonatales evaluados, se encontraron 136 casos de niños sanos, que corresponden a un 78% libres de caries (en dentición temporal). Y de 168 casos de infantiles evaluados, se encontraron 124 casos de niños sanos, que corresponden a un 74% libres de caries (en dentición permanente).

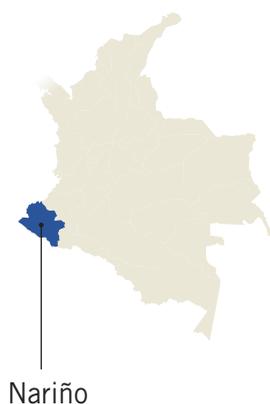
En cuanto a las acciones lúdico-didácticas en escuelas, "Pandas" ha intervenido en 18 instituciones educativas en grados preescolar y primero, y ha logrado capacitar a un total de 3.762 niños y niñas en hábitos de salud bucal. Además, el hábito del cepillado diario se ha ido incorporando en la escuela con el compromiso de padres y docentes.

### Dificultades y desaciertos

Una de las grandes dificultades que se ha tenido, especialmente en el presente año, es la no aceptación por parte de las aseguradoras para reconocer, a las IPS, los controles de los bebés menores de dos años, pues la norma técnica para la atención preventiva en salud bucal emitida por el Ministerio de la Protección Social contempla que las actividades preventivas se deben realizar en población mayor de dos años para el caso de control de placa, a partir de tres años para aplicación de sellantes y a partir de cinco años para aplicación de flúor. ¿Por qué esperar a que el niño llegue a estas edades?

Otra limitante es el factor económico, que cumple un papel importante a la hora de invertir en difusión a la comunidad a través de los medios televisivos, radiales y de prensa que logren dar cobertura amplia y eficaz.

Por eso es necesario replantear a nivel gubernamental soluciones de bajo costo con gran impacto social y con una filosofía eminentemente preventiva.



## Apoyo al buen trato

Con este proyecto se busca prevenir de la violencia intrafamiliar y sexual, y el maltrato infantil y la promoción del buen trato, con el fin de facilitar un cambio positivo en las actitudes y comportamientos personales y familiares en Pasto.

**NUBES NEGRAS** se ciernen sobre Pasto: la violencia intrafamiliar y sexual, lo mismo que el maltrato infantil, siguen estando presentes en la comunidad. Se trata de uno de los fenómenos psicosociales que más inciden en la disminución de la calidad de vida de la comunidad, y que representa un alto costo social.

La violencia intrafamiliar es la expresión de un manejo negativo del conflicto, al afectar los escenarios en donde se construyen los vínculos primarios de afecto que cohesionan el tejido social. Dicha violencia causa daños en las relaciones de convivencia entre hombres y mujeres, niños y niñas, ciudadanos y ciudadanas, que ven sus derechos fundamentales vulnerados en el ámbito de sus relaciones de mayor intimidad y destruye las relaciones equitativas y democráticas. Y ello trae como consecuencia el deterioro del capital social y de la seguridad ciudadana.

Las estadísticas de lesiones en Pasto han permitido clasificar la violencia en no intencional, interpersonal, autoinfligida, intrafamiliar y por accidentes de tránsito. Las mismas cifras indican que, en el primer trimestre desde los años 2005, 2006 y 2007, los casos reportados van en ascenso no tanto por la réplica de más casos, sino por la existencia del sistema de información, denuncias y reportes de dichos casos, así: 2.812 en el 2005; 3.310 en el 2006 y 4.293 en el 2007, siendo los más significativos aquellos referidos a violencia no intencional (52%) e interpersonal (18%).

En el caso de lesiones no intencionales, se encontró que los días y lugares en que se presentan con mayor frecuencia están los domingos (16%), lunes (15%) y jueves (15%), en la casa (52%) y espacios públicos (22%). Ellas se presentan en el grupo comprendido entre 1 y 29 años (60%), siendo la hora de ocurrencia entre las 9:00 p.m. y las 10:00 a.m. (72%) y principalmente en hombres (61%). En cuanto a la actividad relacionada con el evento, se destacan las labores personales (33%) y las recreativas (33%). En cuanto al mecanismo de la lesión, están las caídas de su propia altura (30%), golpes (21%), caída en escaleras (9%), otra altura (11%) y cortes (9%).

Presentación	Capítulo I	Capítulo II	Capítulo III	Capítulo IV	Capítulo V	83
7	8 Reseña del proyecto	10 Seguimiento al sector salud en Colombia: indicadores sectoriales	40 Aporte del sector salud a la inclusión	46 Experiencias valiosas en gestión territorial	94 Resumen de actividades "Así vamos en salud". Seguimiento al sector salud en Colombia, 2004 - 2007	

## La experiencia en sí misma

El mecanismo de gestión que permite la articulación de las entidades que desarrollan políticas para la niñez, familia y comunidad de Pasto es la Red de Apoyo al Buen Trato (RABT), un sistema de apoyo y de búsqueda de nuevas alternativas que favorezcan la consolidación de familias democráticas y tolerantes de las diferencias, respetuosas de la dignidad y de los derechos de sus miembros.

Entre las acciones que se han efectuado a nivel municipal está la adopción de un sistema de información, denuncia y seguimiento a casos de violencia intrafamiliar, violencia sexual y maltrato infantil, a través de una red institucional denominada "Red de Apoyo al Buen Trato, de la Violencia Intrafamiliar, Sexual y Maltrato Infantil". Así mismo, se cuenta con el Observatorio del Delito como una dependencia de la Dirección Municipal de Salud y Secretarías de Gobierno y Tránsito, la cual está encargada de sistematizar y analizar la información levantada y reportada por cada una de las instituciones pertenecientes a la RABT. Dicha información alimenta de manera sistemática los comités de seguridad, que se llevan a cabo mensualmente con la dirección del alcalde.

La RABT se encuentra organizada por cinco comités de trabajo, que se encargan de dinamizar los procesos que se deben llevar a cabo en torno a la prevención, detección, atención y vigilancia de la violencia y la promoción del buen trato, así:

### Comité de Promoción y Prevención

Coordinador: ICBE

Indicador: Aplicación de la estrategia "Termómetro del afecto" con población vulnerable.

Busca disminuir factores de riesgo y fortalecer factores protectores para la promoción del buen trato y la prevención de la violencia intrafamiliar a través de una estrategia validada.



» El mecanismo de gestión que permite la articulación de las entidades que desarrollan políticas para la niñez, familia y comunidad de Pasto es la Red de Apoyo al Buen Trato (RABT), un sistema de apoyo y de búsqueda de nuevas alternativas que favorezcan la consolidación de familias democráticas y tolerantes.



### **Comité de Detección Temprana Vigilancia**

Coordinador: Dirección Municipal de Salud (DMS).

Indicador: Notificación al sistema de vigilancia.

Busca cualificar el recurso humano de las instituciones que conforman la RABT, con el fin de establecer estrategias de detección temprana de eventos de violencia intrafamiliar.

### **Comité de Atención y Rehabilitación Componente Legal**

Coordinador: Comisaría Primera de Familia.

Indicador: Protocolos de Atención Legal.

Busca brindar atención integral a niñas, niños, adolescentes y adultos involucrados en problemas de maltrato y violencia intrafamiliar.

### **Comité de Atención y Rehabilitación Componente Salud**

Coordinador: ESE Pasto Salud.

Indicador: Modelo de atención integral para víctimas de violencia.

Busca brindar atención integral a niñas, niños, adolescentes y adultos involucrados en problemas de maltrato y violencia intrafamiliar.

### **Comité de Formación Humana**

Coordinador: Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses.

Indicador: Cualificación del personal institucional en diferentes temáticas.

Busca capacitar a los funcionarios delegados por las instituciones que forman parte de la RABT de Pasto.

### **Comité de Vigilancia Institucional**

Busca vigilar que la misión institucional se cumpla de acuerdo con lo planteado por lo establecido en la Constitución y sus reglamentaciones en beneficio de la comunidad.

Presentación	Capítulo I	Capítulo II	Capítulo III	Capítulo IV	Capítulo V	85
7	8 Reseña del proyecto	10 Seguimiento al sector salud en Colombia: indicadores sectoriales	40 Aporte del sector salud a la inclusión	46 Experiencias valiosas en gestión territorial	94 Resumen de actividades "Así vamos en salud". Seguimiento al sector salud en Colombia, 2004 - 2007	

## Quiénes son y quiénes actúan...

La población urbana y rural del municipio, usuaria de instituciones de salud y legales, lo mismo que las instituciones educativas. También forma parte de esta estrategia la población en general, participante de las redes operativas comunitarias.

## Lo que se ganó

En primer lugar, se obtuvo una participación del 90% de las instituciones convocadas, las cuales fueron parte activa del mecanismo de gestión. Se logró, además, la participación comunitaria en la promoción de una cultura de buen trato. Y se identificaron las familias como modelos positivos y formación de multiplicadores.

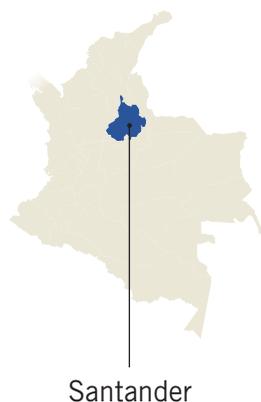
Se propició la expansión de la RABT como estrategia comunitaria en las comunas 3, 5, 8 y otros grupos organizados, y se estructuró el sistema de vigilancia de la violencia a través de la notificación de instituciones de salud y justicia, para posterior toma de decisiones y planeación de estrategias de intervención. La RABT quedó identificada a nivel municipal como una alternativa para prevenir la violencia intrafamiliar, sexual y maltrato infantil, problemática que se enmarca en la política de salud mental del municipio, el Plan de Intervenciones Colectivas de Salud Pública y el Plan de Desarrollo Municipal.

## Dificultades y desaciertos

Hubo falta de disponibilidad de recursos financieros para el desarrollo de acciones que permitan ampliación de coberturas.



» Se adoptó un sistema de información, denuncia y seguimiento a casos de violencia intrafamiliar, violencia sexual y maltrato infantil, a través de una red institucional denominada Red de Apoyo al Buen Trato.



## Observatorio de Salud Pública de Santander

El Observatorio de Salud Pública de Santander (OSPS) es una experiencia pionera en el país. Con ella se consolida un espacio de integración para la recuperación, análisis y divulgación de la información de salud que oriente la formulación de políticas públicas y contribuya al cumplimiento de los Objetivos del Milenio en el departamento.



**LA CREACIÓN DEL OSPS** surgió como respuesta a la necesidad del departamento de contar con un centro unificado de información que utilizara los datos de salud dispersos o subutilizados. Su consolidación se realizó mediante un convenio de cooperación institucional suscrito entre la Gobernación de Santander, las alcaldías de Bucaramanga y Floridablanca y la Fundación Foscal, con el apoyo del Ministerio de la Protección Social y la colaboración especial de la OPS.

Presentación	Capítulo I	Capítulo II	Capítulo III	Capítulo IV	Capítulo V	87
7	8 Reseña del proyecto	10 Seguimiento al sector salud en Colombia: indicadores sectoriales	40 Aporte del sector salud a la inclusión	46 Experiencias valiosas en gestión territorial	94 Resumen de actividades "Así vamos en salud". Seguimiento al sector salud en Colombia, 2004 - 2007	



» **Su primer objetivo** específico fue analizar la situación de salud del departamento, lo mismo que brindar apoyo en sistemas de información, y en creación de grupos de discusión y monitoreo del comportamiento de los eventos de interés en salud pública.

Su primer objetivo específico fue analizar la situación de salud del departamento, lo mismo que brindar apoyo en sistemas de información, y en creación de grupos de discusión y monitoreo del comportamiento de los eventos de interés en salud pública. Igualmente, se buscó implementar el procesamiento, evaluación de calidad y análisis epidemiológico de los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (Rips).

La estrategia logró además la divulgación permanente de la información generada.

### Quiénes son y quiénes actúan...

La red está constituida por la comunidad general, pero entre los principales públicos del Observatorio se encuentran actores tanto del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) como los entes territoriales y las Empresas Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB).

### La experiencia en sí misma

Desde el inicio de la misma se ha realizado la gestión de fuentes de información, entre las que se encuentran los entes territoriales, las Empresas Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB), el Dane y el Instituto

» **Con este programa se consiguió crear mesas de trabajo interinstitucionales para el control de cáncer y el seguimiento a los “Objetivos de Desarrollo del Milenio”.**

Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Con base en la información suministrada, se han construido diferentes productos de publicación periódica, como el Diagnóstico de Salud y los Indicadores Básicos de Salud, así como otras publicaciones seriadas entre las que están el Informe Epidemiológico de Santander y la Revista del OSPS, que publica el análisis de la situación de diversos eventos de interés en salud pública discutido previamente con los actores del SGSSS, la academia y la comunidad en salas de análisis de situación.

Así mismo, se realiza el análisis de calidad y epidemiológico de los Rips que reportan las EAPB, siendo este uso específico el que se reporta como fuente de educación. También se destaca el fortalecimiento del sistema de vigilancia departamental de violencia intrafamiliar y sexual y la consolidación del Comité Operativo Departamental de VIF-VS, que integra actores como la Fiscalía, Medicina Legal, Procuraduría de Familia, Policía Nacional, secretarías de salud departamental y municipales y comisarías de familia, entre otros.

### **Lo que se ganó**

El OSPS es reconocido en los ámbitos departamental y nacional como un referente legítimo de información de salud pública, con avances importantes en la implementación de análisis de la situación de salud y de sistemas de información aplicados a la salud pública.

Gracias a esta estrategia, se logró la colaboración total en gestión de Rips por las EAPB. Por la experiencia, capacidad técnica, científica, administrativa y logística para la consolidación, procesamiento, análisis y divulgación de la información de Rips, el OSPS ejecuta el componente de recolección y validación de los Rips de la Encuesta Nacional de Salud 2007.

Con este programa se consiguió crear mesas de trabajo interinstitucionales para el control de cáncer y el seguimiento a los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

De la misma manera, el OSPS ganó y ejecutó dos de los diez proyectos cofinanciados por Colciencias en la convocatoria nacional 345 del año 2006, orientada a la solución de problemas en salud pública: el desarrollo de aplicaciones informáticas en apoyo al análisis de la situación de salud, y el posicionamiento de la violencia intrafamiliar y sexual como un evento de interés en salud pública en el departamento y movilización de actores para la creación del sistema de vigilancia departamental de este evento.

Otro logro de esta estrategia es la consulta permanente de los análisis y comunicaciones realizados por medio escrito (revista científica, plegable de indicadores básicos y de morbilidad atendida basada en Rips, informes epidemiológicos y boletín del observatorio), lo mismo que la creación de un enlace de la página web del OSPS en la sección "Destacados", de la Biblioteca Virtual de Salud Pública (BVS).

### Dificultades y desaciertos

En el contexto departamental, la creación del OSPS tuvo ciertas dificultades de tipo económico y político, pues implicaba inversión monetaria y apoyo gubernamental compartido con una entidad privada. Sin embargo, esta unión representa una ventaja para el OSPS, pues le permite tener independencia de las situaciones políticas pese a ser parte de las secretarías locales y departamental.



» **El OSPS es reconocido** en los ámbitos departamental y nacional como un referente legítimo de información de salud pública, con avances importantes en la implementación de análisis de la situación de salud.



Gran Caldas

## “Punto seguido”

Una estrategia para mejorar la calidad de vida de la población desde la salud mental y la convivencia gracias a un ejercicio de comunicación. Se busca erradicar la violencia familiar y social en cuatro ciudades del Eje Cafetero.

**DESDE EL AÑO 2005**, un ejercicio de comunicación y educación intenta combatir la violencia familiar y social en el antiguo Gran Caldas: Manizales, Dosquebradas, Pereira y Armenia. Se trata de la estrategia “Punto seguido”, cuya finalidad es abordar a los pobladores de barrios y de funcionarios de entidades que tienen relación directa e indirecta con el tema de la violencia y la convivencia familiar y social.

Para llegar a la población objetivo se siguieron los pasos básicos de la estrategia IEC (Información – Educación – Comunicación), los mismos que se espera, favorezcan unos mínimos de actuación de los pequeños grupos de pobladores barriales, funcionarios de salud e integrantes de otros sectores sociales.



<b>Presentación</b>	<b>Capítulo I</b>	<b>Capítulo II</b>	<b>Capítulo III</b>	<b>Capítulo IV</b>	<b>Capítulo V</b>	91
7	8 Reseña del proyecto	10 Seguimiento al sector salud en Colombia: indicadores sectoriales	40 Aporte del sector salud a la inclusión	46 Experiencias valiosas en gestión territorial	94 Resumen de actividades "Así vamos en salud". Seguimiento al sector salud en Colombia, 2004 - 2007	

Dichos pasos básicos son los siguientes:

1. Aproximación a la población objetivo.
2. Aproximación cultural e histórica de la población.
3. Construcción concertada de herramientas de comunicación, educación e información.
4. Evaluación, validación y monitoreo de los productos y procesos que se inscriben en las acciones realizadas.

En el caso específico del proyecto "Punto seguido", dichos puntos se han explicado a los participantes mediante catorce afirmaciones que permiten que las acciones planteadas como posibles tengan una secuencia.

## Estar y construir juntos

Esa estrategia tuvo un complemento necesario, que buscó la paulatina conformación de grupos de pobladores interesados en la producción de materiales que permitiesen abordar temas e intereses propios de los sectores donde se habita y convive. Para ello se retomaron las propuestas de grupo operativo y de los espacios de encuentro para aprender juntos. Estos dispositivos metodológicos (el uno local y el otro foráneo) permitieron complementar el vacío de la IEC, en el que no se tiene en cuenta el grupo social como una potencialidad comunicativa y educativa. El elemento central de ambas propuestas es la necesidad de delimitar tareas específicas para los participantes de un grupo operativo, lo que permite en la línea de tiempo evidenciar productos intermedios que le den sentido al estar y construir juntos.

## La experiencia en sí misma

Para lograr que esta estrategia funcione, lo primero que se buscó fue proponer la unión de la institucionalidad con el actor social mediante la activación de redes de apoyo. También se quiso transformar al ciudadano en un sujeto activo, para ser capaz de cambiarla y superarla a través de factores protectores para la salud mental y la convivencia armónica.

Tres fases se siguieron en esta estrategia. El primero consistió en ajustarla y acoplarla con el proyecto IEC 2005, al ser dicho proyecto un segundo momento en la construcción y aplicación de la estrategia IEC para el departamento de Risaralda. Allí se abordaron siete grupos de patologías más frecuentes en el departamento y se concretó una mirada de la comunicación, donde la perspectiva cultural les daba sentido a las acciones realizadas.

Siguiendo una línea cercana en la mirada de la comunicación como producto social y respetando los pasos establecidos por la estrategia IEC, en el segundo momento se aplicaron uno por uno los pasos en el campo específico de la violencia familiar. En este paso se hicieron las adecuaciones y ajustes necesarios de acuerdo con las características y condiciones socioculturales de los pobladores de cada sector y ciudad.

La segunda fase consistió en concretar la estrategia "Punto seguido". Con los aportes y aprendizajes de la fase anterior, se diseñó una metodología basada en el modelo "macrointencional" de la comunicación como estructura operativa y además la perspectiva del cumplimiento de tareas de los grupos operativos y las redes sociales como punto final de desarrollo y anclaje de las acciones. Ello significa que el fin último de toda la estrategia ha sido el fortalecimiento de los grupos operativos y de las redes comunitarias y sociales que los incluye.



» De un total inicial de 55 barrios y más de 700 personas, la fase dos se concluyó con diez grupos operativos, que impactaron a una población amplia que superó las 5.000 personas.

Así, de un total inicial de 55 barrios y más de 700 personas involucradas de manera directa, la fase dos se concluyó con diez grupos operativos, que mediante su trabajo impactaron a una población amplia que superó las 5.000 personas. Lo más interesante de este trabajo fue el desplazamiento logrado entre una planeación técnica (modulada por la Secretaría de Salud) y una planeación participativa, en las que aproximadamente 90 representantes de los grupos operativos brindaron ideas, construyeron objetivos y trazaron lineamientos de trabajo para lo que se espera sea la fase tres.

Para desarrollar la estrategia se han diseñado y puesto en funcionamiento un total de doce herramientas de comunicación. Pero no han funcionado solas. En el caso de los participantes directos, por ejemplo, la estrategia ha sido multimediada, mientras que para el caso de los participantes indirectos, ha dependido del contacto que haya tenido con una o con varias herramientas.

### Quiénes son y quiénes actúan...

La estrategia cubrió la población urbana y rural de los municipios del proyecto, oyentes y lectores de los medios de comunicación donde se dio a conocer el proyecto. También se extendió a las instituciones educativas y a la población en general participante en las redes operativas comunitarias.

### Lo que se ganó

En primer lugar, se cumplió la construcción del modelo IEC estructurado para el componente de salud mental, y se crearon grupos organizados en las diferentes ciudades en donde se implementó. Además, con el apoyo de los líderes comunitarios y la comunidad en general, se logró movilizar voluntad política para desarrollar la siguiente fase, que se realizó en el 2007 en Pereira, Dosquebradas y Armenia.

Además, se tiene un programa de radio de emisión semanal en el que los reporteros son comunitarios y dan las noticias de su barrio o sector en pro de movilizar la salud mental y la convivencia pacífica. Estos reporteros fueron capacitados por la Universidad Católica de Risaralda para desarrollar técnicamente los

Presentación	Capítulo I	Capítulo II	Capítulo III	Capítulo IV	Capítulo V	93
7	8 Reseña del proyecto	10 Seguimiento al sector salud en Colombia: indicadores sectoriales	40 Aporte del sector salud a la inclusión	46 Experiencias valiosas en gestión territorial	94 Resumen de actividades "Así vamos en salud". Seguimiento al sector salud en Colombia, 2004 - 2007	

reportajes, de modo que se han logrado vincular a los medios de comunicación y son agentes activos en su comunidad y traductores de la realidad de su entorno.

Por otra parte, la campaña comunicativa se irradió a escalas territorial y nacional con los comerciales de "Desarma tus manos para amar", los cuales se mantienen en emisión y se fueron construyeron con equipo técnico y los validaron por grupos focales comunitarios.

El proyecto llegó a tener una metodología clara de trabajo, además de construir un modelo para realizar intervención en la estrategia IEC en salud mental. Igualmente, se cuenta con grupos organizados que reciben apoyo de una traductora o facilitadora para sensibilizar y formar a los ciudadanos sobre los beneficios y potencialidades de un trabajo en pro de la salud mental en cada una de las comunidades en donde se realiza la estrategia.

La estrategia es una convocatoria a la movilización, orientada a generar modificaciones en la forma de pensar, soñar, sentir y actuar entre sectores específicos de la sociedad, en función de un propósito colectivo de construcción de una convivencia democrática y equitativamente productiva. Con ella se contribuye a la salud mental de los que la vivencian. Además, las redes sociales se cualifican y amplían con el ejercicio directo de los grupos y con el impacto local de la comunicación masiva e interpersonal. Ambos estímulos permiten una mayor cobertura y repetición frente a lo que se pretende: cualificar las condiciones de los municipios para construir factores protectores y reducir factores que vulneran la salud mental.

## Dificultades y desaciertos

En primer lugar, la falta de recursos para hacer un proyecto integral. También se encontró una falta de compromiso de las IPS con el tema de salud mental. Queda pendiente establecer un modelo pedagógico de prevención del consumo de alcohol dirigido a los jóvenes, lo mismo que la segunda fase del proyecto de implementación de la política de salud mental.

---

## Capítulo V

# Resumen de actividades “Así vamos en salud”. Seguimiento al sector salud en Colombia, 2004 - 2007

### **Foros 2005 - 2006**

- » Rendición de cuentas del Ministerio de la Protección Social al sector salud, septiembre de 2005
- » Análisis de los resultados de los compromisos del gobierno del presidente Álvaro Uribe con el sector salud para los años 2002 - 2006.

### **Foro 2007**

- » Aporte del sector salud a la inclusión

### **Mesas de trabajo 2004 - 2006**

- » Ajustes a los contenidos del Plan Obligatorio de Salud: 2004
- » Sostenibilidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud: 2004
- » Elementos para la discusión de la reforma al SGSSS: 2004
- » Salud pública en el contexto del SGSSS: 2005
- » Análisis de las coberturas de vacunación de Bogotá: 2005
- » Subsidios parciales: debe revisarse su costo social: 2005
- » Así vamos en salud Sexual y reproductiva: 2005
- » Seguimiento al programa “Salud a su hogar” de Bogotá: 2004, 2005, 2006.
- » Transparencia en el sector salud: 2006.
- » Respuesta del Estado a la problemática de salud y bienestar de las poblaciones desmovilizadas y en situación de desplazamiento: 2006.
- » Protección social, gerencia social y generación de valor público con énfasis en salud: 2006.

Presentación	Capítulo I	Capítulo II	Capítulo III	Capítulo IV	Capítulo V	95
7	8 Reseña del proyecto	10 Seguimiento al sector salud en Colombia: indicadores sectoriales	40 Aporte del sector salud a la inclusión	46 Experiencias valiosas en gestión territorial	94 Resumen de actividades "Así vamos en salud". Seguimiento al sector salud en Colombia, 2004 - 2007	

## Mesas de trabajo 2007

- » “La nueva EPS del Seguro Social: retos y perspectivas” El 23 de marzo de 2007, en las instalaciones de *El Tiempo*, “Así vamos en salud” realizó una mesa de trabajo en la cual se analizó este tema, de gran importancia para el Sistema de Seguridad Social en Salud. En el evento se presentó una mirada sobre el espíritu de la reforma de la salud y en especial sobre la creación de empresas promotoras de salud como entidades que velan por el bienestar de sus afiliados enfatizando en la importancia de las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Los expertos ponentes fueron los doctores José Fernando Cardona y Gabriel Carrasquilla.  
El doctor Luis Carlos Arango, director administrativo de colsubsidio, presentó las perspectivas de creación de la nueva EPS del Seguro Social, teniendo en cuenta que está pendiente un estudio financiero de viabilidad para su consolidación. Finalmente el doctor Gilberto Quinche, presidente del Seguro Social, mencionó entre las acciones prioritarias la depuración de las bases de datos, corregir el desequilibrio técnico de la UPC y realizar acciones de promoción y prevención como la mejor forma de administrar el riesgo.
- » “Hacia dónde vamos en gestión y evaluación de la tecnología en salud en Colombia” Dado el creciente papel que desempeña la tecnología en los procesos de diagnóstico, atención clínica y gestión de los servicios de salud, el pasado 22 de junio el proyecto “Así vamos en salud” realizó la mesa de trabajo “Hacia dónde vamos en gestión y evaluación de la tecnología en salud en Colombia”, liderada por la Universidad de Antioquia. El evento se llevó a cabo en el Auditorio de la Facultad Nacional de Salud Pública, en Medellín.
- » “Equidad en salud”: Una mesa de trabajo alrededor de este interrogante se realizó el 23 de agosto, en las instalaciones del diario *El Tiempo*. En el evento se presentaron dos estudios: uno titulado Avances y Desafíos de la Equidad en el Sistema de Salud Colombiano, realizado por la Fundación Corona, el Departamento Nacional de Planeación y las universidades del Rosario y los Andes, presentado por las investigadoras Carmen Elisa Flórez y Olga Lucía Acosta, quién presentó la equidad en el financiamiento del SGSSS. Finalmente las doctoras Ligia de Charry y Sandra Roca del Centro de Estudios e Investigación en Salud de la Fundación Santa Fe de Bogotá, presentaron un estudio dedicado a la Evaluación de la equidad de la atención del cáncer de próstata y seno en los regímenes de seguridad social en salud en Colombia.
- » “El hospital como organización de conocimiento y espacio de formación de investigadores en salud” El 14 de septiembre de 2007, con la asistencia de decanos de facultades de medicina, gerentes y directores de hospitales y clínicas, así como de profesores e investigadores del sector, se realizó con éxito la mesa de trabajo “El hospital como organización de conocimiento y espacio de formación de investigadores en salud”, en las instalaciones de la Casa Editorial El Tiempo. El evento, liderado por la Universidad del Rosario, contó con el concurso del doctor Juan Manuel Lozano del Departamento de Epidemiología Clínica y Bioestadística, quien realizó una presentación magistral sobre los principios y funciones de la investigación clínica. Posteriormente los doctores Catalina Latorre y Hernán Jaramillo presentaron los resultados del proyecto “Los recursos humanos en salud y su tránsito a comunidades científicas: el caso de la investigación clínica en Colombia”.

### Participación en eventos y proyectos 2007:

- » “¿Hacia dónde va Medellín como ciudad saludable?” El 11 de mayo el proyecto Medellín Cómo Vamos organizó la mesa de trabajo ¿Hacia dónde va Medellín como Ciudad Saludable?, evento en el cual el director de “Así vamos en salud”, doctor Roberto Esguerra, presentó los resultados del seguimiento realizado por el proyecto a la salud en Colombia, como marco para analizar los resultados que se presentaron en la mesa.  
“Medellín cómo vamos” hace parte de la Red de Ciudades Cómo Vamos —Bogotá, Medellín, Cali, Cartagena—, los cuales hacen seguimiento a los factores críticos de calidad de vida en dichas ciudades. “Así vamos en salud” colabora con la red para el seguimiento al tema de salud.
- » “Encuentro de gobernadores: hechos y derechos, Colombia tierra de niños y adolescentes” Los días jueves 14 y viernes 15 de junio de 2007 se realizó en la ciudad de Valledupar el IV Encuentro de Gobernadores por la infancia y la adolescencia, con una asistencia masiva de gobernadores, de representantes de los niños y las niñas de Colombia, de instituciones del sector público, de organizaciones internacionales y nacionales, de investigadores y de representantes de la empresa privada, quienes acudieron a las cuatro mesas temáticas propuestas. Éste fue uno más en el historial de encuentros, foros, conferencias y asambleas que se han venido llevando a cabo desde el año 2004. En este encuentro participó el proyecto “Así vamos en salud”, en la Mesa de Responsabilidad Social.
- » Congreso anual de Gestarsalud El proyecto “Así vamos en salud” participó en el VI Congreso Nacional de Gestarsalud, Colombia en el camino hacia la equidad y la salud, “Lucha contra la Pobreza”, Evidencias y Desafíos, en el panel “Situaciones, avances y resultados locales y regionales en la búsqueda de la equidad y la salud de los colombianos”, con la presentación de algunos de los resultados del proyecto, contruidos con el fin de realizar seguimiento al sector salud, comparar la evolución de ciertos indicadores de salud del país, con hallazgos por departamento e incluso con algunos municipios, para ilustrar las diferencias que se presentan por regiones, e invitar a los expertos y a los diferentes actores del sistema a reflexionar sobre la importancia del trabajo territorial en la búsqueda de un mejor estado de salud de la población colombiana.
- » Apoyo técnico y asistencial al convenio entre la Fundación Santa Fe de Bogotá y Unicef para la rendición de cuentas en salud materna e infantil en Cauca, Chocó, Nariño y La Guajira. Este proyecto se llevó a cabo en tres fases: una de sensibilización, un taller de asistencia técnica y finalmente culminó con la realización de un foro de rendición pública de cuentas en salud materna e infantil en las cuatro ciudades capitales de los departamentos mencionados, en las que se presentaron los indicadores de seguimiento a la salud materna e infantil, las líneas de política y las estrategias que las entidades territoriales desarrollan en el tema y experiencias valiosas para compartir por parte de los municipios.

### Artículos y noticias 2004 - 2006

- » Así vamos en cobertura.
- » Treinta millones de colombianos afiliados a la seguridad social en salud hasta 2004.
- » Seguimiento a diez temas claves del sector. Tutelas.
- » Un vacío importante que llenar: información pública sobre el aseguramiento en salud.

- » Cobertura de los regímenes de afiliación a salud aumenta gracias a los subsidios parciales.
- » El Observatorio de la Seguridad Social analiza la reforma a la salud en Colombia y el desarrollo de la economía de la salud (enlace con la Universidad de Antioquia).
- » Ministerio de la Protección Social llama la atención a departamentos rajados en vacunación, 2005.
- » Nuevos datos sobre malaria muestran tendencia al incremento de la morbilidad.
- » Incluidos nueve medicamentos nuevos en el Plan Obligatorio de Salud Contributivo y Subsidiado.
- » Acceso de los hogares a los principales servicios públicos y sociales y percepciones de calidad sobre estos servicios
- » Una aproximación al financiamiento de un sistema de protección social en Colombia
- » Determinantes del estado de salud en Colombia y su impacto según área urbana y rural: una comparación entre 1997 y 2003
- » Análisis de las políticas de educación, salud y vivienda del nuevo Plan de Desarrollo de Bogotá, Capítulo Salud
- » Aspectos teóricos sobre la salud como un determinante del crecimiento económico
- » Los mandatos constitucionales sobre el derecho a la salud: implicaciones de equidad y eficiencia
- » El gasto en salud de los hogares colombianos: un análisis descriptivo.
- » Una aproximación a la salud en Colombia a partir de las encuestas de calidad de vida
- » ¿Hay selección sesgada en el régimen contributivo?

## Artículos y noticias 2007

- » Personal de la Fundación Santa Fe participa en el desarrollo de vacuna contra ciertos tipos de cáncer: El Centro de Estudios e Investigación en Salud y el Departamento de Ginecología, Obstetricia y Reproducción Humana de la Fundación Santa Fe participan desde hace cinco años aproximadamente en los estudios Future, patrocinados por la industria farmacéutica (laboratorio Merck & Co.), dedicados a la investigación de la vacuna contra el virus de papiloma humano, agente causal del 99,5% de los casos de cáncer de cervix, y en menor proporción del cáncer vaginal, vulvar, anal y de pene.
- » Metaanálisis de efectividad de la colecistectomía laparoscópica versus abierta. Este documento recoge, por medio de un metaanálisis, los resultados de efectividad de la colecistectomía laparoscópica versus la colecistectomía abierta, con el objeto de generar mayor evidencia a este respecto.
- » Sancionada ley que modifica aspectos del Sistema General de Seguridad Social en Salud: El 9 de enero de 2007 se publicó la Ley 1122, mediante la cual se reforma la Ley 100 de 1993 en temas como la dirección del sistema, la financiación, la prestación de servicios, la salud pública, la vigilancia y el control de recursos, instituciones y de eventos de interés en salud pública. La ley también modifica otros aspectos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

- » Cuidado crítico en Colombia: diferencias entre unidades académicas y no académicas. Con el objetivo de evaluar si hay diferencias en la atención de pacientes hospitalizados en Unidades de Cuidado Intensivo (UCI) académicas y no académicas en Colombia, el Centro de Estudios e Investigación en Salud (CEIS), en alianza con la Asociación Colombiana de Medicina Crítica y Cuidado Intensivo (AMCI), seleccionó para dar respuesta a esta pregunta once unidades académicas y ocho no académicas, situadas en seis ciudades colombianas, que cumplieron los requisitos exigidos por la legislación nacional para prestar servicios de cuidado intensivo.
- » Desarrollo del cuidado intensivo en Latinoamérica. El cuidado intensivo en Latinoamérica, al igual que en el resto del mundo, ha tenido un desarrollo vertiginoso, debido a los mejores conocimientos de la fisiopatología del paciente en cuidado crítico, del avance tecnológico necesario para el diagnóstico, monitoreo y manejo y del deseo continuo de mejorar la calidad de la prestación de los servicios. Este documento da cuenta de cómo ha sido ese proceso.
- » El reto del control del dengue en dos ciudades turísticas. Esta publicación es el *policy brief* de la investigación realizada por el Centro de Estudios e Investigación en Salud (Ceis) de la Fundación Santa Fe de Bogotá y el Departamento de Antropología de la Universidad de los Andes sobre incidencia del dengue en las poblaciones de Melgar y Girardot. Fue realizada con el enfoque de Ecosalud entre noviembre del 2004 y febrero del 2005, y contó con la participación de entomólogos, antropólogos y epidemiólogos, de la comunidad, de los responsables de la toma de decisiones y de universidades, Secretarías de Salud departamentales y municipales.
- » Pérdidas y ganancias de las reformas en salud. Resume las más importantes conclusiones del estudio realizado por la Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, en conjunto con la Asociación Colombiana de la Salud, sobre el tema de los logros y los fracasos en materia económica del sistema de seguridad social en salud creado con la Ley 100 de 1993.
- » Boletín *Cuidate*. Este boletín lo produce uno de los equipos de investigación del Centro de Estudios e Investigaciones de la Fundación Santa Fe de Bogotá, y tiene como propósito ofrecer información acerca de la actualidad del virus del papiloma humano, así como de otros temas en salud.
- » Boletín *Aportes del Sector Salud a la Inclusión*. En este boletín, el cual fue entregado en el foro anual de “Así vamos en salud”, se presentaron los lineamientos de política de atención a la discapacidad, un resumen en el que se ilustra la situación de la discapacidad en Colombia, y dos artículos: “Atención integral a la persona con discapacidad hoy y mañana” y “Discapacidad y salud, una cuestión de derechos humanos”.
- » Nueva prórroga para cierre del Instituto de Seguro Social. Reseña sobre la decisión de la Superintendencia Nacional de Salud, mediante decreto emitido por el gobierno, por el cual se prorroga por ocho meses (el 18 de julio era el plazo acordado) el proceso de cierre de la EPS del Seguro Social. Ya para la fecha han pasado seis meses desde que la Superintendencia definió como plazo máximo para el cierre y con los ocho meses adicionales, el proceso habrá cumplido más de un año sin que la nueva EPS, como se ha denominado la institución que remplazará al Seguro, haya entrado en funcionamiento.
- » Aprobado el Plan Nacional de Salud Pública. El pasado 10 de Agosto, mediante Decreto 3039 de 2007, el gobierno nacional proclamó la entrada en vigencia del Plan Nacional de Salud Pública (PNSP) para el período 2007 – 2010. Dicho plan establece las prioridades, objetivos, metas y estrategias de salud que se deben tener en cuenta en el período acordado y su financiación.

<b>Presentación</b>	<b>Capítulo I</b>	<b>Capítulo II</b>	<b>Capítulo III</b>	<b>Capítulo IV</b>	<b>Capítulo V</b>	99
7	8 Reseña del proyecto	10 Seguimiento al sector salud en Colombia: indicadores sectoriales	40 Aporte del sector salud a la inclusión	46 Experiencias valiosas en gestión territorial	94 Resumen de actividades "Así vamos en salud". Seguimiento al sector salud en Colombia, 2004 - 2007	

- » “Avances y desafíos de la equidad en el sistema de salud colombiano”, “La equidad en el financiamiento del SGSSS” y “Evaluación de la equidad de la atención en cáncer de próstata y seno en los tres regímenes de seguridad social en salud en Colombia”: Estos tres documentos fueron presentados y analizados en la mesa de trabajo sobre equidad en salud y se encuentran, junto con las presentaciones respectivas, en la página web de “Así vamos en salud”.