

**ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD  
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD**

**ESTRATEGIA DE COOPERACIÓN CON COLOMBIA  
2006-2010**

**21 NOVIEMBRE DE 2006**

1.- INTRODUCCIÓN .....	2
2.- DESAFÍOS DEL DESARROLLO Y LA SALUD EN EL PAÍS.....	4
2.1. Los desafíos en el ámbito de los determinantes sociales y de salud .....	4
2.2. Los desafíos en el ámbito de la situación de salud.....	5
2.3. Los desafíos en el ámbito del Sistema de Salud .....	8
2.4. Políticas y prioridades en salud del Gobierno Nacional .....	9
2.5. Fortalezas y potencial del país para el desarrollo nacional de la salud .....	12
3.- COOPERACIÓN AL DESARROLLO Y ALIANZAS ESTRATÉGICAS.....	13
4.- ACTIVIDADES ACTUALES DE COOPERACIÓN DE LA OPS/OMS EN COLOMBIA.....	16
4.1. Recursos Financieros .....	19
4.2. Recursos humanos y físicos .....	21
5.- MARCO POLÍTICO DE LA OPS/OMS .....	23
6.- AGENDA ESTRATÉGICA.....	27
7.- IMPLEMENTACIÓN DE LA AGENDA ESTRATÉGICA .....	30
7.1. PLAN ESTRATÉGICO 2006-2010.....	30
7.2. MODIFICACIONES AL BPB 2006 – 2007.....	36
7.3. PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL.....	37
7.3.1. Desarrollo de los temas de la hoja de ruta .....	37
7.3.2. Competencias a construir y fortalecer en el mediano plazo.....	39
7.4. AJUSTES A LA ESTRUCTURA DE LA REPRESENTACION OPS/OMS .....	40
7.5. SUGERENCIAS PARA FORTALECER LAS SINERGIAS ENTRE EL NIVEL REGIONAL Y LA OFICINA DE OPS/OMS EN COLOMBIA .....	41
BIBLIOGRAFÍA.....	45
ANEXOS.....	46
ANEXO No. 1 - Políticas y Prioridades en Salud del Gobierno Nacional.....	46
ANEXO No. 2 – Colombia y los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) .....	48
ANEXO No. 3 – Recursos Cooperación Técnica y Operativos.....	49
ANEXO No. 4 – Detalle de los ajustes de OPS/OMS al BPB 2006-2007.....	50
ANEXO No. 5 – Competencias a construir/fortalecer en OPS/OMS Colombia.....	52
ANEXO No. 6 – Listado de Participantes .....	54
ANEXO No. 7 – Distribución “no post cost” .....	57
ANEXO No. 8 – Anexo Estadístico.....	58

## 1.- INTRODUCCIÓN

La finalidad de la cooperación internacional de la OPS/OMS es el proceso de Desarrollo Nacional de la Salud y el progreso global de los países. Dados esos objetivos, la cooperación técnica en salud supone un proceso de construcción y fortalecimiento conjunto de las capacidades institucionales de los países para identificar y enfrentar de forma autónoma, sostenida y en red con otros países del ámbito interamericano y global, los problemas inherentes a sus propios y particulares procesos, así como para capitalizar las mejores prácticas<sup>1</sup>

Esta noción de la cooperación internacional es fruto de un desarrollo conceptual que ha buscado alejarla de los enfoques asistenciales (centrados en la transferencia asimétrica de tecnología, conocimientos o insumos), para acercarla a enfoques basados en una relación horizontal y simétrica de acción conjunta entre los organismos de cooperación y los países, así como entre los propios países que comparten objetivos comunes. En la actualidad, la relación de construcción y fortalecimiento mutuo que supone la cooperación internacional, se orienta a la reducción de la pobreza y a ese específico conjunto de metas que en tal sentido representan los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Colombia ha elaborado marcos estratégicos para la formulación e implementación de instrumentos de política pública orientados al logro de estos objetivos, como lo son los lineamientos del Documento 091 del Consejo Nacional de Política Económica y Social (CONPES 091), el Plan de Desarrollo 2007-2010 del actual gobierno, y la Agenda Visión Colombia 2019 Segundo Centenario. Este último ha sido fruto de un proceso de construcción y socialización que se encuentra bastante avanzado. En él se enfatiza como propósito de la acción social del Estado la reducción de la pobreza y se presenta un marco de políticas para intervenir en los determinantes estructurales más relevantes para la salud<sup>2</sup>. En especial, la Agenda plantea objetivos que permiten orientar las políticas, estrategias y acciones de impacto sobre la salud<sup>3</sup>, así como metas y acciones que permitan disminuir las desigualdades sociales y facilitar el logro de la equidad en salud y en otros sectores.

La Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) es uno de los actores clave entre los socios internacionales que participan en la implementación del programa de acción sanitaria mundial. Este programa es coherente con los principios rectores en materia de salud —como la equidad y el acceso universal a la atención de salud— y tiene una visión general de la salud que sobrepasa la esfera tradicional del sector sanitario en tanto abarca la

---

<sup>1</sup> OPS (2005). La Cooperación Centrada en los Países y el Desarrollo Nacional de la Salud. Washington D.C. Documento CD46/19.

<sup>2</sup> Cobertura universal en el SGSSS; eficiencia en el gasto público; regulación, vigilancia y control del las entidades del SGSSS; grado adecuado de descentralización; mecanismos para la generación de información y de difusión de ésta a los usuarios para facilitar la apropiación de derechos y deberes; equiparación de planes de beneficio entre regímenes; consolidación del sistema de garantía de la calidad; y mejoramiento de indicadores de salud pública.

<sup>3</sup> Estos se refieren, entre otros, a la prestación de servicios de protección social; la reducción de la mortalidad materna e infantil; el desarrollo de infraestructura de saneamiento básico; el mejoramiento de la higiene laboral y la protección del medio ambiente; la prevención, tratamiento y lucha contra enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de condiciones de vida o comportamiento; y la participación de la población en la planeación, gestión, ejecución (cuidado, promoción) y evaluación.

política pública, la atención y la prevención de enfermedades, la promoción de modos de vida saludables y los factores determinantes de la salud, tanto sociales, como biológicos.

Con base en estos elementos, la definición de la Estrategia de Cooperación de OPS/OMS con Colombia busca construir una visión a mediano plazo para la cooperación técnica. Esta visión se expresa en una Agenda Estratégica 2006-2010, ratificada formalmente por el Ministro y el Representante el 16 de septiembre de 2006, que incluye las prioridades de cooperación, consensuadas con los actores nacionales liderados por la Autoridad Sanitaria Nacional (el Ministerio de la Protección Social) tras un ejercicio de diálogo, en el marco de las directrices de políticas del Estado colombiano y las orientaciones estratégicas aprobadas por los cuerpos directivos de la Organización en los niveles regional y global (listado de participantes en anexo no. 6).

Este proceso de redefinición de prioridades de cooperación se justifica en Colombia principalmente por las siguientes razones:

- La implementación en la última década de un proceso de reforma del sector de la salud y de reforma del Estado en general que han influido de manera profunda en la capacidad institucional y en el desarrollo de la salud en el país.
- Un contexto socio-económico y político de gran complejidad, caracterizado por la presencia de violencia y marcadas desigualdades entre grupos sociales y regiones así como entre áreas urbanas y rurales.
- La transición demográfica y epidemiológica de Colombia, en un contexto donde se superponen la necesidad de afrontar los nuevos retos de la agenda de salud y los temas aún inconclusos del pasado.
- Un Sistema de Protección Social cuyos componentes (seguridad y asistencia social) buscan reducir la vulnerabilidad de los hogares –especialmente de aquellos que se encuentran en situación de pobreza – anticipando eventuales caídas de ingreso, a través de un mejor manejo del riesgo<sup>4</sup>.
- La necesidad de consolidar los avances en la lucha contra las enfermedades y mejorar la cobertura y calidad de la atención a grupos prioritarios por su especial vulnerabilidad biológica y social.
- La existencia en el país de una masa crítica de instituciones y recursos humanos de excelencia en salud pública y organismos de cooperación que requieren ser plenamente utilizados, por cuanto son cruciales tanto para el país, como para el apoyo a los países de la región con mayor vulnerabilidad y menor capacidad.
- Un desarrollo importante de la cooperación técnica de OPS/OMS en Colombia que ha diversificado sus temas y ha ampliado su ámbito de acción hacia un número importante de contrapartes en los niveles nacional y territorial.

La Estrategia de Cooperación es producto de un ejercicio participativo con la presencia y los aportes de los actores relevantes nacionales e internacionales del

---

<sup>4</sup> Bajo el Sistema Social de Riesgo (SSR) las acciones de protección social se sustentan y complementan con medidas orientadas a garantizar el crecimiento económico (inversión, empleo e ingreso de la población); medidas de política social orientadas a garantizar el acceso a servicios sociales básicos de la población pobre, la ejecución de proyectos focalizados en las zonas más necesitadas; mecanismos de protección de mercado; y mecanismos informales de protección complementarios (Cfr. Consejería Presidencial para la Protección Social, 2002: 131) Un desarrollo conceptual útil y actualizado que permite comprender los elementos y funciones del Sistema de Protección Social colombiano se encuentra en Guerrero (2006).

sector. Al ser fruto de un consenso con el Estado colombiano y los actores nacionales e internacionales del sector, se espera que la Estrategia pueda contribuir al fortalecimiento de las entidades del Gobierno en la rectoría y la coordinación de esfuerzos en el sector. En este sentido, la Estrategia se constituye como una plataforma para el diálogo sobre las orientaciones estratégicas de la cooperación entre el Gobierno y los diferentes actores involucrados, así como para la armonización y la coordinación de la acción de los diferentes niveles de la OPS/OMS (Global, Región de las Américas y Oficina de País), y para las acciones de fortalecimiento de los mecanismos de integración del ámbito subregional.

## **2.- DESAFÍOS DEL DESARROLLO Y LA SALUD EN EL PAÍS**

Se considera a continuación la problemática y principales desafíos en los ámbitos de los determinantes de la salud, los problemas de salud y el sistema de salud colombiano. El capítulo incluye una relación de las principales orientaciones vigentes del actual gobierno en materia de salud, y concluye con un análisis de las fortalezas y potencial del país para el desarrollo nacional de la salud (el anexo no. 8 contiene las principales estadísticas de salud del país).

### **2.1. Los desafíos en el ámbito de los determinantes sociales y de salud**

Durante los últimos 14 años el país ha mejorado su índice de desarrollo humano, el cual aumentó algo más del 7% entre 1991 y 2003<sup>5</sup>. Considerando algunos indicadores sociales, se puede notar que aún constituyen desafíos para el país mejorar las cifras de 49.7% de la población bajo la línea de pobreza (año 2005); así como mejorar los índices de desempleo de 13% (octubre de 2006) y la tasa de analfabetismo en población mayor de 15 años de 7.18% (año 2004).

Un desafío que el Estado considera de mayor relevancia es la lucha contra la desigualdad, que ha ido en aumento en el mismo período (el indicador de disparidad en la distribución de los ingresos-Gini, aumenta desde 0.544 en 1996 a 0.563 en 2003). La desigualdad es notoria entre las zonas rural y urbana, así como entre departamentos. Adicionalmente, al igual que en otros países de la región, en Colombia hay presencia de un importante conglomerado de población afrocolombiana y de minorías étnicas con culturas ancestrales (indígenas, gitanos y raizales) que tienen índices más elevados de pobreza, marcadas dificultades de acceso a servicios de saneamiento básico y sufren de marginación, violencia y problemas de salud.

El país experimenta desde hace más de cuatro décadas la acción armada de grupos ilegales, lo cual impacta negativamente el desarrollo humano y la seguridad. En los escenarios de la confrontación hay grandes dificultades para acceder a los servicios de salud; los niños y los jóvenes son afectados en su proyecto de vida, sus posibilidades de educación y el arraigo necesarios para el desarrollo de país. Otro efecto directo es el desplazamiento forzado de la población, fenómeno que viene presentándose hace varios años con un pico entre 2001 y 2002. La población que acude a los grandes centros urbanos compite por servicios insuficientes para la

---

<sup>5</sup> PNUD (2004). Informe de Desarrollo Humano 2004.

demanda existente, sus condiciones de vivienda y acceso a los servicios públicos son precarias<sup>6</sup> y a ello se suman las consecuencias psico-afectivas y la descomposición familiar generadas por el desplazamiento. Un reto importante en este campo es mejorar la capacidad de las autoridades locales en cuanto a la ejecución de los recursos destinados exclusivamente a la provisión de servicios a la población desplazada, así como en cuanto a la aplicación de los mecanismos existentes para la protección de la población vulnerable y la disminución de los riesgos de salud

Colombia experimenta cambios demográficos propios de las sociedades en transición. Su población está envejeciendo, su tasa de fecundidad desciende y su distribución es predominantemente urbana.

El incremento de las cohortes de población de mayor edad presenta un reto para el sector de la salud y de la asistencia social en general, en tanto determina modificaciones importantes en el perfil epidemiológico de la población en general y, específicamente, de los ciclos vitales con fenómenos de superposición de enfermedades transmisibles, típicas de los países en desarrollo, y enfermedades no transmisibles.

Hay una importante disminución de los grupos de edad entre 15 y 35 años, debido en parte a los efectos de la violencia, que afecta en mayor grado a los hombres (el índice de mortalidad por esta causa es 8 veces el de las mujeres). Es importante considerar, por otra parte, el fenómeno de la migración externa, pues se estima que el 10% de la población colombiana ha abandonado el país en la última década.

En lo que se refiere a la provisión de servicios sanitarios básicos, en la zona urbana, la cobertura de acueducto llegó al 97,6% y la de alcantarillado a 90,2% en el 2003. En la zona rural la cobertura de acueducto llegó al 53,1% y la de saneamiento básico llegó al 57,9%. Sin embargo, la calidad del agua sigue siendo deficitaria en la mayoría de los sistemas pequeños y medianos. La contaminación de ríos y quebradas es alta y la construcción de sistemas de tratamiento de aguas residuales es una práctica relativamente reciente. En cuanto a los residuos sólidos, la cobertura de recolección alcanza una media nacional del 95% y el 32% de los municipios disponen sus residuos en rellenos sanitarios. Para 2002 el déficit de vivienda urbana se estimó en 2,3 millones de unidades<sup>7</sup>. El desafío que el país viene enfrentando en el campo del saneamiento básico, es la formulación de una política de agua potable y saneamiento para el sector rural con especial énfasis en la población indígena.

## **2.2. Los desafíos en el ámbito de la situación de salud**

**a)** Las enfermedades del sistema circulatorio, las causas externas y los tumores son actualmente las principales causales de mortalidad. Estas enfermedades se manifiestan preponderantemente en los adultos y adultos mayores, pero se gestan desde edades tempranas. Son problemas que exigen una adecuación de los sistemas

---

<sup>6</sup> La afiliación al SGSSS es inferior a la de la población general, hay baja proporción de esquemas completos de vacunación entre los niños y alta proporción de embarazo en adolescentes y dificultades para acceder a los alimentos, entre otros.

<sup>7</sup> De estos 2.3 millones, 1,5 corresponden a la diferencia entre el número de hogares y el stock de viviendas (déficit cuantitativo). El complemento corresponde a viviendas susceptibles de mejoramiento, es decir, viviendas que presentan alguna deficiencia en servicios públicos, espacio o estructura (déficit cualitativo).

de salud para surtir las prestaciones curativas y las acciones de promoción, prevención y vigilancia de los factores de riesgo relacionados con estos eventos.

Por otra parte, en los últimos años ha habido un avance significativo en la reducción de las enfermedades infecciosas como causa de muerte, y las enfermedades inmunoprevenibles están en franco retroceso. Las enfermedades diarreicas y las infecciones respiratorias agudas continúan siendo importantes causas de morbilidad en los menores de cinco años. Las enfermedades transmitidas por vectores (malaria, dengue, leishmaniasis y enfermedad de Chagas) son causa importante de morbilidad y mantienen su comportamiento endemoepidémico. La infección por VIH/SIDA aumenta progresivamente su prevalencia, aunque mantiene su estatus de “epidemia concentrada”. La lucha contra las enfermedades transmisibles requiere un esfuerzo de organización y armonización de las capacidades y recursos en los niveles nacional y territorial, y de la participación intersectorial con especial atención a las estrategias específicas de promoción, prevención y tratamiento en la normativa del SGSSS y la descentralización en salud. De manera concreta, deben armonizarse las acciones de recuperación individual previstas en el POS (Plan Obligatorio de Salud) y las acciones de prevención y atención colectiva y al ambiente que desarrollan los PAB (Planes de Atención Básica) municipales.

**b)** La mortalidad infantil y materna constituyen aún retos por enfrentar. La mortalidad infantil disminuyó de manera importante en su componente post-neonatal y las cifras actuales reflejan el mayor peso relativo de la mortalidad neonatal. Hay indudables avances en la lucha contra las enfermedades inmunoprevenibles de la niñez ya que el gobierno garantiza la provisión regular de biológicos y, en el período 2005-2006, la campaña de vacunación sarampión-rubéola fue indudablemente exitosa. La mortalidad materna ha descendido (104.9 por 1000 nv en el 2000 y 68.1 por 1000 nv en el 2005), pero deben afrontarse problemas como la calidad de la atención del parto (el 90% son institucionales), la alta incidencia de abortos y el aumento de la frecuencia del embarazo en adolescentes (especialmente entre la población vulnerable y desplazada). El 75% de las muertes maternas son evitables.

Considerando que en Colombia las dos terceras partes de la mortalidad infantil ocurre durante los primeros 30 días de vida (mortalidad neonatal: 10.6 por 1000 nv; mortalidad postneonatal: 6.6 por 1000 nv, para 2003, según DANE) se hace relevante focalizar la atención en mejorar la capacidad resolutoria en el período perinatal, incluyendo el binomio madre/niño en la misma. Adicionalmente, al considerar la falta de continuidad entre las acciones de control prenatal y de atención del parto, es necesario desarrollar un sistema de atención prenatal que garantice el acceso de calidad (eliminando barreras y facilitando rutas) de las madres a los servicios.

En el ámbito de las enfermedades crónicas relacionadas con la esfera de la salud sexual y reproductiva, es preocupante la mortalidad por cáncer del cuello del útero, que se constituye en la segunda causa de muerte por tumores entre las mujeres (DANE, 2005). Adicionalmente, las acciones deben prestar atención a las desigualdades regionales. Los indicadores de satisfacción de necesidades, de distribución del ingreso y de pobreza, así como los indicadores demográficos y de salud, se muestran más desfavorables en los departamentos de la Orinoquia y la Amazonia; Bolívar y la Guajira en la costa del Caribe; y Nariño, Cauca y Chocó en

la costa del Pacífico. Las desigualdades se focalizan, al interior de los territorios, en los grupos más pobres, los grupos de población desplazada, los afrocolombianos y las minorías étnicas. El desafío estriba en una mejor identificación de estos grupos y regiones vulnerables, con el fin de focalizar las intervenciones en salud sobre ellas.

**c)** El tabaquismo es un fenómeno creciente entre adolescentes y jóvenes que podría enfrentarse de mejor manera si el país toma la decisión de adherirse al Convenio Marco de Lucha Antitabáquica de la OMS. La salud mental es una dimensión preocupante de la problemática de salud por la alta prevalencia de trastornos en hombres y mujeres.

**d)** Siguen siendo relevantes y prioritarias las acciones de control de las zoonosis y la salud pública veterinaria para precautelar la salud humana, la inocuidad de los alimentos, la seguridad alimentaria y contribuir al desarrollo comercial. Para ello es necesario un trabajo conjunto con responsabilidad compartida por todos los actores, con el liderazgo de los sectores Agricultura y Protección Social. Mención especial en este campo merece el Plan de Preparación para una posible pandemia de influenza.

**e)** Las lesiones fatales de causa externa intencionales y no intencionales, especialmente los homicidios, accidentes de tránsito y suicidios, que afectan a la población desde edades tempranas, así como la violencia intrafamiliar, constituyen un tema prioritario de salud pública. En este sentido es importante reforzar el papel del Estado nacional y territorial y de las instituciones de la sociedad civil para el desarrollo de iniciativas de investigación, vigilancia y promoción de estrategias de convivencia solidaria.

**f)** En cuanto a la contaminación física y química, la contaminación del aire de las grandes ciudades y la contaminación del ambiente por plaguicidas en el sector rural son los problemas más importantes. El país ha avanzado en normas y reglamentos de emisiones al medio ambiente, pero los sistemas de vigilancia para evaluar los riesgos ambientales generados por el uso de sustancias químicas, la contaminación del aire, suelo y agua son incipientes en el país y sin una clara relación con la epidemiología de las enfermedades, que permita analizar las causas y su contribución al desarrollo de patologías.

**g)** La salud de los trabajadores ha tenido un avance en el marco jurídico e institucional, principalmente con la Ley 100 de 1993 donde se determina el Sistema General de Riesgos Profesionales. Se destaca también en este sector la conformación del Comité Nacional de Salud Ocupacional y el Plan Nacional de Salud Ocupacional del 2003-2007. El desafío actual es incorporar al sistema a todos los trabajadores del sector formal y establecer estrategias para atender al sector de trabajadores del sector informal. Para ello debe mejorarse el registro de las enfermedades profesionales<sup>8</sup>.

---

<sup>8</sup> Para el año 2000 había una tasa de incidencia de 24.65 por 100.000 trabajadores/año.

### 2.3. Los desafíos en el ámbito del Sistema de Salud

El Ministerio de la Protección Social como cabeza del sector salud, en concordancia con instituciones relevantes del sector y OPS/OMS, consideran que algunos de los más importantes desafíos del SGSSS<sup>9</sup> son los siguientes:

**a)** Fortalecimiento de la Rectoría de la Autoridad Sanitaria Nacional y Subnacional y de la Función Regulatoria. Esto se hace imperativo en el marco de la descentralización del Estado con la asignación de competencias a las entidades territoriales y la aparición de un número elevado de actores en el sector para las funciones de aseguramiento y prestación de servicios.

**b)** Ampliación de la cobertura de aseguramiento y equiparación de los planes de beneficios entre afiliados. En los últimos años la cobertura de afiliación de la población ha aumentado de 56.6% (2001) a 71.1% (2004), correspondiendo este último porcentaje a un 32.8% de afiliados al régimen contributivo y un 34.3% de afiliados al régimen subsidiado, con un 3.9% correspondiente a regímenes especiales. Una de las causas por la cual no se ha logrado la cobertura universal está relacionada con la no materialización de las proyecciones económicas que sustentaban la evolución del SGSSS.

**c)** Fortalecimiento del nivel primario de atención a través de la consolidación de redes que permitan un buen nivel de resolución de problemas y patologías en ese nivel. Para un buen funcionamiento del sistema de referencia, según niveles, el país está comprometido en la reestructuración y modernización de hospitales públicos, transformándolos en Empresas Sociales del Estado (ESE), las cuales deben cumplir con requisitos de calidad y eficiencia. La modernización incluye un perfeccionamiento del sistema de información y de las modalidades de contratación y pago como base para el mejoramiento de la gestión de la oferta, y de los sistemas de calidad y gestión de los servicios.

---

<sup>9</sup> El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), creado por la Ley 100 de 1993 establece una reforma del sistema integral de seguridad social en el país y reorganiza el sistema de prestación de servicios de salud. El SGSSS aborda principalmente los sistemas de Seguridad Social en Pensiones y en Salud, correspondiendo a este último el desarrollo del servicio público de salud. Desde sus inicios, el sistema se propuso superar las restricciones de cobertura y la ineficiencia del sistema anterior mediante el fortalecimiento de mecanismos de solidaridad, a través de la incorporación de todos los colombianos a un plan de protección integral con acceso progresivo de los beneficiarios y de los beneficios. Es un sistema que busca la complementariedad entre proveedores públicos y privados. Se resalta en el sistema la creación de entidades promotoras de salud (aseguradoras), el fortalecimiento de las instituciones prestadoras de servicios de salud y las nuevas funciones de dirección y control. Con el propósito de lograr la universalidad, el sistema plantea la obligatoriedad de la afiliación de la población asalariada y con capacidad de pago a través del pago de cotizaciones. El efecto esperado es la cobertura de todo el grupo familiar del trabajador cotizante. Para la población sin capacidad de pago el gobierno otorga subsidios parciales o totales orientados a asegurar su vinculación al sistema. El sistema define los tipos de recursos que facilitan la puesta en marcha de mecanismos de solidaridad. La unidad de pago por capitación (UPC) permite equilibrar los recursos del Sistema Contributivo. Los recursos de la Nación y del Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) permiten el acceso de la población más pobre a las intervenciones de promoción y a las intervenciones curativas. El sistema de financiación busca inducir, además de un mecanismo de solidaridad entre los afiliados con distintos niveles de ingreso, la eficiencia del sistema como beneficio general para todos los afiliados. La ley crea planes de beneficios diferenciales entre el régimen contributivo y subsidiado con la expectativa de igualar los mismos para el 2001 y alcanzar coberturas universales de afiliación. Actualmente se encuentra en proceso un proyecto de ley con el que se busca reformar y redefinir algunos de los mecanismos de la Ley 100 para mayor eficiencia del sector.

**d)** Complementar el enfoque actual de prestaciones curativas de carácter individual, consolidando y ampliando las estrategias y acciones de promoción y prevención basadas en el análisis del perfil de salud de la población según territorios, grupos específicos, ciclos vitales, etc., construida con base en el monitoreo constante del estado de salud derivado de un sistema de información integrado. Los Planes de Atención Básica municipales (PAB) son instrumentos decisivos en el desarrollo de las acciones de salud pública, para cuya implementación se hace necesario mejorar las competencias de las autoridades municipales para la formulación y desarrollo de estos planes. Por otra parte, como se establece en el Plan de Desarrollo 2007-2010, se requiere fortalecer la capacidad del Estado para vigilar y garantizar el cumplimiento de las responsabilidades y competencias en salud pública de los diferentes actores del sistema.

**e)** Promover la rectoría de los recursos humanos en salud, a través del impulso de un proyecto de ley relativo a la estructuración de la “Red Colombiana de Observatorios de Recursos Humanos en Salud”. La red se constituye como una instancia de coordinación para la investigación, el debate y la toma de decisiones técnico-políticas.

**f)** El país requiere disponer de información confiable y sistemática sobre mortalidad, morbilidad (perfiles epidemiológicos) y prestación y gestión de los servicios, desagregada por territorios y grupos poblacionales. Esta necesidad será solventada mediante el desarrollo del Sistema Integral de la Protección social (SISPRO). Es prioritario en el corto plazo, fortalecer el Sistema de Estadísticas Vitales (DANE) y el sistema de vigilancia de la salud pública.

**g)** La construcción de una Agenda Nacional de Investigaciones en Salud que favorezca el desarrollo de la capacidad científica que reoriente los recursos priorizando temas de impacto en la salud colectiva. La necesidad de contar con estudios sobre el impacto de las intervenciones en salud, relacionadas especialmente con los ODM.

#### **2.4. Políticas y prioridades en salud del Gobierno Nacional**

A continuación se presenta una síntesis de los principales instrumentos de política y planificación en salud del actual gobierno (información detallada en el anexo no. 1).

##### **a) Programa Nacional de Salud 2002-2006 (Ministerio de la Protección Social)**

Las metas esenciales para el sector son (1) avanzar hacia la cobertura universal, (2) conseguir coberturas útiles de vacunación y de atención materno infantil, y (3) obtener sostenibilidad financiera del SGSSS.

En el ámbito del desarrollo del SGSSS las metas principales son:

- Incrementar la cobertura del régimen subsidiado en cerca de cinco millones de nuevos afiliados, promover la afiliación al Régimen contributivo y reducir el nivel de evasión.
- Diseñar e implementar mecanismos que permitan monitorear, evaluar y ajustar anualmente el valor de la UPC y el contenido de los planes de beneficios.

- Redefinir la metodología para calcular los patrimonios técnicos mínimos y los procedimientos administrativos que se exigirán para acreditar u organizar una EPS nacional o extranjera que desee operar el aseguramiento en el sector salud.
- Definir zonas de operación regional para lograr la concentración poblacional que permita la operación eficiente del aseguramiento y la adecuada prestación de servicios a los afiliados por parte de las EPS.
- Fortalecer la inspección, vigilancia y control según lo establece el decreto - ley 1280 de 2002; impulsar mecanismos que permitan establecer el alcance y suficiencia de los derechos y deberes de los afiliados al sistema, e imponga límites razonables al gasto en salud, en desarrollo de los artículos 48 y 49 de la Constitución Política.
- Formular e implementar una Política de Prestación de Servicios de Salud para mejorar el acceso y la utilización de los servicios de salud por parte de la población.
- Reorganizar y modernizar las IPS públicas, ajustando sus costos y su producción para que sean sostenibles a través de la venta de servicios.

En el área de la salud pública las metas principales son:

- Consecución y sostenimiento de coberturas de vacunación útiles, superiores al 95 por ciento en menores de 5 años, en todos los biológicos del PAI, y la búsqueda de mejores condiciones de negociación y compra de biológicos en el mercado internacional.
- Mejorar los mecanismos de vigilancia de la mortalidad materna y de control de calidad de la atención materno - infantil.
- Formular e implementar una Política de Salud Reproductiva y Sexual que contribuya, entre otros, a la reducción del embarazo entre las adolescentes.
- Financiar mecanismos de tamizaje voluntario y desarrollar estrategias con el sector educativo para un mayor uso de métodos de protección frente a la infección por VIH.
- Poner en marcha el Sistema Integral de Información del SGSSS en sus componentes de aseguramiento, prestación de servicios, salud pública, financiamiento y recursos humanos.
- Establecer y evaluar resultados mínimos de las EPSs en la promoción de la salud en sus afiliados.
- Fortalecer las acciones integrales para la detección temprana y el tratamiento oportuno del cáncer de cuello del útero.
- Fortalecer la estrategia de control integrado de vectores para disminuir la incidencia de malaria en un 50 por ciento y la incidencia de dengue en un 60 por ciento.
- Implementar una política pública de infancia, bajo un compromiso de responsabilidad y corresponsabilidad por parte de la familia, la sociedad y el Estado.
- Apoyar la adolescencia en cuanto al consumo de sustancias psicoactivas, la vida sexual responsable y la disminución de la fecundidad para proteger el capital humano.

#### **b) Circular 018 (Ministerio de la Protección Social)**

Este documento presenta los lineamientos para la formulación y ejecución de los Planes Estratégicos y Operativos del PAB 2004–2007, y de los recursos asignados

para salud pública. El documento establece metas de impacto y de proceso de acuerdo a temas prioritarios y actividades transversales.

Los temas prioritarios son la reducción de enfermedades inmunoprevenibles, prevalentes de la infancia y mortalidad infantil; la implementación de la Política de Salud Sexual y Reproductiva; la prevención y control de enfermedades transmitidas por vectores; la promoción de estilos de vida saludable para la prevención y control de enfermedades crónicas; el fortalecimiento del Plan Nacional de Alimentación y Nutrición y la implementación de la Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional; la implementación de la Política de Salud Mental y Reducción del Impacto en Salud de la Violencia; y por último, las enfermedades prioritarias en salud pública (tuberculosis, lepra, zoonosis).

Las actividades transversales son la gestión de la salud pública, la vigilancia en Salud Pública, la participación social y, por último, la inspección, vigilancia y control de los factores de riesgo del ambiente.

**c) Documento CONPES 091 de 2005 (Consejo Nacional de Planeación Económica y Social)**

En el año 2005 el gobierno incluyó oficialmente en la agenda social los Objetivos de Desarrollo del Milenio emitiendo el documento CONPES SOCIAL 91, en el que se definen las metas a alcanzar por Colombia en cada uno de los Objetivos, las estrategias y el presupuesto a asignarse con este fin. Las estrategias previstas incluyen el incremento de la cobertura de la seguridad social, el desarrollo de los servicios de atención de salud y el fortalecimiento de la capacidad nacional y territorial para la promoción, prevención, control y vigilancia en salud pública. Las metas específicas propuestas en este documento se presentan en el anexo no. 2.

**d) Plan de Desarrollo 2007 - 2010**

La OPS, por solicitud expresa del Ministerio de la Protección Social está acompañando la elaboración del capítulo de salud pública del nuevo Plan de Desarrollo 2007-2010 que será presentado al Congreso Nacional en marzo de 2007 para su aprobación. Las líneas principales del Plan son coherentes con el CONPES 91 y la Agenda 2019.

**e) Agenda Visión Colombia II Centenario (Consejo Nacional de Planeación Económica y Social)**

En un marco de acción y desarrollo a largo plazo, el Departamento Nacional de Planeación está liderando, mediante un largo proceso de consulta, revisión y socialización, el documento Agenda Visión Colombia 2019 II Centenario, donde se enfatiza como propósito de la acción social del Estado la reducción de la pobreza y se presenta un marco de políticas para intervenir en los determinantes estructurales más relevantes para la salud, todo ello orientado hacia el logro de los ODM<sup>10</sup>.

---

<sup>10</sup> Los documentos relativos a presentaciones y archivos de la Agenda Visión Colombia 2019 pueden consultarse en el siguiente url: [http://www.dnp.gov.co/paginas\\_detalle.aspx?idp=366](http://www.dnp.gov.co/paginas_detalle.aspx?idp=366)

## **2.5. Fortalezas y potencial del país para el desarrollo nacional de la salud**

A continuación se presentan los principales asuntos considerados fortalezas del país, fruto del consenso entre los diversos actores nacionales e internacionales consultados en el año 2005.

- Existencia de recursos humanos nacionales altamente calificados y centros de excelencia, públicos y privados, en el campo académico, de investigación y desarrollo tecnológico, que actualmente participan en la cooperación técnica al país y fuera de él.
- Sistema de la Protección Social y Sistema General de Seguridad Social en Salud, fundamentados en criterios explícitos de manejo del riesgo, vulnerabilidad y equidad.
- Planes, políticas, prioridades y recursos establecidos por el gobierno a través de una amplia gama de instrumentos jurídicos que garantizan su cumplimiento y continuidad.
- Descentralización del poder político (incluyendo responsabilidades en el ámbito de la salud) y recursos a las entidades territoriales y locales, que permiten el desarrollo de la salud con criterio local y enfoque intersectorial.
- Desarrollo de iniciativas exitosas en vigilancia, prevención y control de enfermedades y en atención de la salud, a cargo de diversos actores en el nivel territorial y local.
- Importante movilización de recursos humanos y financieros en torno a la problemática de la población desplazada.
- Recursos significativos de las agencias externas para cooperación con el país, múltiples proyectos en ejecución con potencial de generar sinergias, y estructuración del Sistema de Cooperación Internacional a cargo de Acción Social del gobierno nacional.
- Avances generales de la tecnología de comunicación y Política Nacional de Conectividad, que propician la difusión y acceso a la tecnología virtual para difusión y gestión del conocimiento.

### **3.- COOPERACIÓN AL DESARROLLO Y ALIANZAS ESTRATÉGICAS TENDENCIAS, INSTRUMENTOS Y COORDINACIÓN**

La cooperación internacional en Colombia se ha incrementado un 27.5% durante los últimos cuatro años, periodo en el cual la cooperación multilateral creció en un 153%. La cooperación bilateral aportó el 68% encabezada por Estados Unidos, país que aporta individualmente el 38%.<sup>11</sup> En términos generales, la cooperación bilateral procede de Alemania, Austria, Bélgica, Canadá, Dinamarca, España, Estados Unidos, Finlandia, Francia, Italia, Japón, Noruega, Países Bajos, Reino Unido, Suecia y Suiza<sup>12</sup>. Los principales interlocutores de OPS/OMS en el Sistema de Naciones Unidas y afines para el accionar del sector son OIM, PMA, UNICEF, UNFPA, ACNUR, PNUD, UNDOC y FAO. Con el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) está vigente un convenio específico para provisión de vacunas al país, por un monto de US\$20'000.000 anuales.

En el año 2006 el Sistema de Naciones Unidas (SNU) ha iniciado el proceso de elaboración de la Evaluación Conjunta de País<sup>13</sup> y la Programación Conjunta del Sistema de Naciones Unidas (CCA/UNDAF), en torno a los ejes humanitario, derechos humanos y desarrollo humano, en el marco de los ODM.

El gobierno ha estructurado un Sistema Nacional de Cooperación Internacional con el objetivo de articular sus vínculos con agencias externas. El Alto Comisionado para la Acción Social de la Presidencia (antigua Agencia Colombiana de Cooperación Internacional-ACCI) es competente para coordinar las estrategias del Gobierno de Colombia y los socios para atender a la población vulnerable (ya sea por causa de su extrema pobreza o la violencia)<sup>14</sup>. La inversión para la Acción Social se realiza a través del Plan Colombia y la Red de Solidaridad Social, apoyada con recursos provenientes de otros países y organismos internacionales. Entre los años 2004 y 2005 esta entidad recolectó información sobre los proyectos, sus montos y localizaciones, conformando así el mapa de cooperación internacional con el cual se pueden identificar y localizar las iniciativas y el destino de los recursos externos.

La OPS Colombia ha propiciado la realización de alianzas estratégicas con agencias del Sistema de Naciones Unidas para el intercambio de información e identificación de posibles acciones comunes. A través del Plan de Acción Humanitaria-PAH, cuya

---

<sup>11</sup> Acción Social (2006). Informe de Rendición de cuentas 2002-2006. Bogotá: Presidencia de la República.

<sup>12</sup> La cooperación multilateral procede de organismos como ACNUR, BID, BM, CAF, CEPAL, FAO, OACNUDH, OEI, OIM, OIT, ONUDI, ONUSIDA, OPS/OMS, PMA, PNUD, SECAB, UNODC, UNESCO, UNFPA, UNICEF y la Unión Europea. La OPS/OMS viene implementando acciones con 22 agencias del Sistema de Naciones Unidas.

<sup>13</sup> La Evaluación Conjunta de País (*Common Country Assessment - CCA*) es un proceso de revisión y análisis de la situación de desarrollo del país, así como de evaluación del seguimiento de las conferencias y declaraciones de la ONU. Por su parte, el *UN Development Assistance Framework (UNDAF)* describe la implementación de los asuntos tratados en las conferencias de las Naciones Unidas y en el CCA. El UNDAF es considerado la pieza central de la cooperación de la ONU a nivel de país y sirve como marco a la planeación estratégica, identificando prioridades comunes de desarrollo en el país. Este marco para trabajo entre agencias de la ONU provee una oportunidad a la OPS para fomentar las acciones intersectoriales en materia de salud.

<sup>14</sup> Esto se enmarca en los "6 bloques temáticos": Bosques, Reincorporación a la civilidad, Desarrollo productivo y alternatividade, Fortalecimiento del Estado Social de Derecho y los Derechos Humanos, Programas Regionales de Desarrollo y Paz, y Desplazamiento forzoso y Asistencia Humanitaria y las "siete herramientas de equidad" que contempla el plan de gobierno: Revolución educativa, Protección y seguridad social, Economía solidaria, Manejo social del campo, Manejo social de los servicios públicos, País de propietarios y Calidad de vida urbana.

segunda fase se elaboró en el año 2004, se ha formulado una estrategia entre el Estado, las organizaciones de la sociedad civil, los donantes y el Sistema de Naciones Unidas con la cual se buscó contribuir de manera coordinada y eficaz a la reconstrucción del tejido social y la recuperación de la población afectada por la violencia, en particular, de aquella en riesgo de desplazamiento y la que ya se ha desplazado.

En la fase actual se están revisando las estrategias humanitarias y los planes relativos con el gobierno y los socios para la actualización de los mismos. La OPS ha ejercido liderazgo en el Comité Nacional de Salud en cuanto a la implementación del PAH II y ha participado con programas de apoyo a las autoridades territoriales para promover el acceso de la población en situación de desplazamiento a los servicios de salud, referentes a la salud comunitaria (componente materno infantil), el ambiente y los entornos saludables, la garantía del derecho a la salud en población desplazada y la atención integral en salud mental a poblaciones en situación de emergencia compleja. Los principales interlocutores del sistema de Naciones Unidas con la OPS/OMS en el PAH II son OIM, FNUAP, UNODC, ONUSIDA y UNICEF. Los principales financiadores de los programas de OPS/OMS para la asistencia a las poblaciones desplazadas y preparación ante emergencias complejas, en este último quinquenio, han sido el Departamento de Estado de los Estados Unidos y CIDA Canadá. El departamento humanitario de la Unión Europea ha contribuido financieramente para la elaboración de estrategias de preparación ante desastres y, en el último año, a asistencia humanitaria.

Por otra parte, junto con el Ministerio de la Protección Social, participan también organizaciones y entidades como Plan Internacional, OCHA, MSF, Cruz Roja, Médicos del Mundo y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Con el Fondo Global para la lucha contra la Malaria, la Tuberculosis y el VIH/SIDA se encuentran en desarrollo dos proyectos referidos al tratamiento y la prevención del VIH/SIDA con énfasis en poblaciones desplazadas y el proyecto de acción fronteriza PAMAFRO – Plan Andino de Malaria en las Fronteras – liderado por el Organismo Andino en Salud–ORAS.

Hay limitada cooperación externa en salud en el campo del desarrollo, sin embargo algunas iniciativas regionales que incluyen acciones en Colombia, están en fase de implementación con contribuciones de GTZ (tecnologías rurales de saneamiento básico y políticas nacionales de prevención de violencia en adolescentes), USAID (prevención, tratamiento y vigilancia de malaria) y CIDA Canadá (prevención y tratamiento de VIH y tuberculosis en población indígena).

Desde el año 2006 se aprobó un BPB subregional con el objetivo de fortalecer los mecanismos de integración andinos, cuyas contrapartes son ORAS y la CAN. Con el Convenio Andrés Bello se estableció en febrero de 2006 una alianza que busca apoyar la capacidad institucional y movilizar los recursos necesarios para impulsar acciones de integración entre el sector educativo y el de la salud, a través de iniciativas basadas en la estrategia de Escuelas Promotoras de Salud, la cual viene siendo apoyada por la OPS/OMS desde hace algunos años.

En el ámbito del fortalecimiento de alianzas estratégicas entre el gobierno nacional y las entidades territoriales, se han firmado convenios y se han implementado recursos

con el MPS (vigilancia y vacunas) y el ICA (zoonosis y salud pública veterinaria). Hay también desarrollo de programas técnicos y alianzas estratégicas a través de los Centros Colaboradores OPS/OMS presentes en el país.

#### **4.- ACTIVIDADES ACTUALES DE COOPERACIÓN DE LA OPS/OMS EN COLOMBIA**

La Representación en Colombia desempeña su mandato en el país a partir del Acuerdo Básico de Asistencia Técnica firmado entre la Organización Mundial de la Salud y el Gobierno de Colombia en 1951. Igualmente mediante la Ley 62 de 1973 se aprobó la Convención sobre privilegios e inmunidades de las Naciones Unidas, y se reglamentó mediante el Decreto 2821 de diciembre de 2001.

La Cooperación Técnica se organiza y financia en el marco del Programa y Presupuesto Bienal (BPB), conformado por los resultados esperados según las áreas de trabajo y sus recursos correspondientes, el cual se ejecuta a través de planes de trabajo semestrales (PTS) donde se especifican las actividades y tareas con su asignación de recursos. El presupuesto se evalúa anual y bienalmente y se monitorea a través de informes registrados en el software dedicado a su manejo. Los resultados esperados se establecen de mutuo acuerdo entre la OPS y el país (cuyo principal interlocutor es el Ministerio de la Protección Social), y se miden a través de indicadores específicos, teniendo en cuenta las prioridades y necesidades nacionales así como los mandatos de la Organización.

Además de llevar a cabo el programa de trabajo registrado en el BPB, la Organización busca alianzas estratégicas que permitan potenciar las actividades de Cooperación y juega un papel importante en la coordinación de la Cooperación Internacional con diversas agencias y dentro del Sistema de Naciones Unidas en el País, facilitando diferentes espacios creados para armonizar y alinear la cooperación en el sector Salud<sup>15</sup>.

El Programa y Presupuesto Bienal en Colombia, se distribuye actualmente en siete proyectos o áreas técnicas de trabajo cuyo fin es apoyar al Gobierno Nacional y demás socios relacionados con el sector en el mejoramiento de la calidad de vida de la población colombiana, especialmente la población más vulnerable, a través de iniciativas de acción integral que influyan sobre los factores que implican riesgos en salud.

- **Reducción de factores de riesgo y prevención y control de enfermedades:** Reducción de los daños y factores condicionantes de las enfermedades transmisibles y no transmisibles, con énfasis en las contempladas en los compromisos nacionales e internacionales. Incluye, entre otros, temas como: malaria y otras enfermedades transmitidas por vectores, tuberculosis, lepra, influenza estacional y de origen aviar, enfermedades crónicas, cáncer de cuello uterino, fiebre aftosa, zoonosis, enfermedades transmitidas por alimentos, y salud pública veterinaria.
- **Desarrollo y acceso universal a servicios de salud:** Acceso a la garantía del derecho a la salud a través del acceso más equitativo y de calidad a los servicios de salud individuales y colectivos, y la ampliación de la cobertura de aseguramiento. Se incluyen temas como fortalecimiento de la rectoría del sistema de seguridad social en salud, capacidad de la gestión territorial en salud pública,

---

<sup>15</sup> Cfr. Sección 3 de este mismo documento.

competencias en organización y gestión de la prestación de servicios focalizados en territorios y grupos vulnerables.

- **Salud familiar y comunitaria:** Reducción de las barreras en el acceso a servicios de salud familiar para disminuir las inequidades y alcanzar las Metas del Milenio. Incluye temas como vacunación y vigilancia de enfermedades inmuno prevenibles, salud de la niñez (incluida la implementación de AIEPI), adolescencia y juventud, políticas de salud sexual y reproductiva, estrategias de prevención de ITS y vigilancia de VIH/SIDA.
- **Salud ambiental y entornos saludables:** Mejoramiento de las condiciones sanitarias y entornos físicos y sociales para la reducción de riesgos que afectan la salud. Incluye entre otros temas: lucha contra el consumo de tabaco, insecticidas, prevención de la violencia, calidad del aire, calidad del agua, y saneamiento, tratamiento de aguas residuales, viviendas saludables, lesiones por violencia y accidentes de tránsito.
- **Salud en Desastres y Emergencias Complejas:** Reducción de la vulnerabilidad a través del mejoramiento del acceso a la oferta de salud de la población en riesgo y desplazada, y preparación ante situaciones de desastre o emergencias complejas.
- **Información y conocimiento en salud:** Mejoramiento del acceso de entidades relevantes involucradas en el sector salud, públicas y privadas, a información científica y epidemiológica estructurada y de calidad, incluidas las Metas del Milenio, para mejorar el monitoreo y la toma de decisiones en la formulación de políticas, control de enfermedades y gestión de los servicios.
- **Organización y Gestión de la Representación:** Coordinación de la cooperación técnica de la OPS/OMS en el país para el desarrollo nacional de la salud. Incluye temas como la articulación de iniciativas de cooperación técnica con las instancias gubernamentales, la sociedad civil y los actores relevantes; la gestión y articulación de proyectos de Cooperación Técnica entre países (TCC) y en las fronteras; y la gerencia de procesos administrativos y operativos adecuados a las necesidades y estrategias de la Cooperación Técnica.

Adicionalmente la Representación es sede de consultores para programas regionales de salud ocular y sangre, y subregional para apoyo en la subregión andina a la prevención y atención del VIH/SIDA.

También se cuenta en la Representación con el Programa Ampliado de Libros de Texto y materiales de instrucción (PALTEX), que desarrolla su cometido a través de 51 puntos de venta mediante memorandos de entendimiento firmados con universidades e instituciones educativas en todo el territorio colombiano.

La principal contraparte de la cooperación de la OPS en Colombia es el Ministerio de la Protección Social, y a través de sus direcciones nacionales y sus instituciones adscritas (Instituto Nacional de Salud, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y el INVIMA), y el Ministerio del Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial, el Ministerio de Agricultura (a través del Instituto Colombiano Agropecuario–ICA), el Ministerio del Interior y de Justicia (Dirección de Prevención y Atención de Desastres), el Ministerio de Relaciones Exteriores, Acción Social, COLCIENCIAS, el Departamento Administrativo Nacional de Estadística–DANE, el Servicio Nacional de Aprendizaje–SENA, la Procuraduría General de la Nación y el Departamento Nacional de Planeación–DNP. Igualmente son contrapartes activarlos

entes y autoridades departamentales, distritales y municipales. Otros actores que se encuentran como socios nacionales en la implementación de programas de cooperación técnica con el país son los Centros Colaboradores de OPS/OMS. Actualmente el país cuenta con cinco Centros Colaboradores: CISALVA, CIDEIM y CEDETES, en Cali; ACOFAEN en Bogotá y PROINAPSA-UIS en Bucaramanga. Otros socios incluye a la Academia Nacional de Medicina, Consejo de Secretarías Departamentales y Municipales de Salud (COSESAM), la Federación Colombiana de Municipios, universidades, asociaciones de hospitales, asociaciones indígenas y afrocolombianas y ONGs entre otros.

En el ámbito del fortalecimiento de la cooperación horizontal entre Colombia y otros países, en el último quinquenio se han desarrollado iniciativas con El Salvador (transferencia de tecnología y rehabilitación sobre base comunitaria), Bolivia (vigilancia de pesticidas), Cuba (mejoramiento de estadísticas vitales), Ecuador (sistemas de salud para población indígena, vigilancia en salud pública, intoxicaciones y calidad del agua, promoción de la salud y seguridad ciudadana) y Panamá (prevención y vigilancia de la violencia)

### **Otras actividades actuales de la cooperación de OPS/OMS en Colombia**

El Ministerio de la Protección Social, por intermedio del Fondo Rotatorio para el Programa Ampliado de Inmunización (PAI) efectuó compras de vacunas y jeringas por US\$62.292.558, para el bienio 2004-2005, para los programas de inmunización que con apoyo de la Organización adelanta en todo el territorio nacional. Por este mismo Fondo, en lo corrido del año 2006 (hasta noviembre 6) se han colocado Ordenes de Compra por US\$18.981.923. También la Secretaría de Salud de Bogotá, utilizando el Fondo Rotatorio, en el año 2005 efectuó compras por US\$2.075.267 y en lo corrido del 2006 por US\$750.451, para la adquisición de vacunas contra la influenza estacional.

Mediante la suscripción de Convenios de Cooperación Técnica con el Ministerio, se han llevado a cabo dos iniciativas financiadas por el mismo en el bienio 2004-2005. El primero de ellos en materia de protección a grupos vulnerables por 82 millones de pesos, y el segundo por un valor de 604 millones de pesos con el objeto de aunar esfuerzos y optimizar los recursos disponibles para el desarrollo y gestión de algunos componentes fundamentales del sistema nacional de Vigilancia en Salud Pública.

Con el Departamento del Valle del Cauca, en 2005 y 2006 se viene ejecutando un Convenio de Cooperación por un valor de \$380 millones, para el fortalecimiento de la Secretaría de Salud Departamental como autoridad sanitaria, con el fin de diseñar, implementar y evaluar las políticas públicas de salud en el departamento. Otros convenios que están actualmente en proceso de negociación incluyen el Programa de *Fortalecimiento Institucional de la Secretaría Distrital de Salud* con la Alcaldía de Bogotá, el *Programa de Atención Primaria en Salud y Seguridad Alimentaria y Nutricional* con la Gobernación de Antioquia, y dos programas referentes a atención de salud de grupos indígenas y de atención psicosocial a población desplazada con el Ministerio de la Protección Social.

Mediante el mecanismo de la Organización de Compras Reembolsables, se han efectuado compras para el País de medicamentos antimaláricos en los años 2005 y

2006 por US\$187.819, de suero anticorral por US\$30.435 y biológicos e insumos antirrábicos por US\$231.856.

#### 4.1. Recursos Financieros

La Organización funciona en el país a través de dos fuentes principales de recursos financieros: (a) Fondos regulares del presupuesto, provenientes de las cuotas de membresía de los Estados miembros a nivel regional (OPS) y global (OMS); y (b) Fondos extra-presupuestarios, que son de carácter voluntario y provienen de los países donantes, de empresas públicas o privadas, de entidades del Estado colombiano a nivel central o territorial.

Como se describe en la tabla no. 1, durante el bienio 2004-2005 se asignaron al país recursos por US\$ 6.806.231, de los cuales en el presupuesto del bienio la Representación obligó la suma de US\$4.234.433 y a la Oficina Central en Washington presupuestó US\$2.571.798 para atender los contratos de puestos internacionales y funcionarios con responsabilidades regionales y subregionales.

**Tabla no. 1**  
**Total de recursos invertidos en Colombia, bienio 2004 – 2005**

<b>Concepto de recursos (Bienio 2004 - 2005)</b>	<b>Regulares</b>	<b>Extrapresupuestarios</b>	<b>Total</b>
Recursos asignados al país manejados directamente por la Representación	2,052,730	2,181,702	<b>4,234,432</b>
Recursos asignados al país para contratos de puestos internacionales y regionales *	1,944,488	627,311	<b>2,571,799</b>
Recursos adicionales manejados por la Representación en Colombia para temas regionales	0	2,015,825	<b>2,015,825</b>
<b>Recursos totales</b>	<b>3,997,218</b>	<b>4,824,838</b>	<b>8,822,056</b>

\* Nota: Los contratos relativos a puestos internacionales, se manejan directamente desde la OPS en Washington

Por otro lado desde la OPS en Washington, otras Representaciones, Centros Técnicos y oficina en Ginebra de la OMS, se le entregaron a la Representación en el país, recursos adicionales por US\$2.015.825 para el desarrollo de temas regionales, a través de contratos de servicios para asesoría técnica, capacitación y participación de personal colombiano en diversos foros, talleres, seminarios y reuniones.

Como se describe en la tabla no. 2, para el bienio actual 2006-2007, los recursos presupuestados para Colombia alcanzan la suma de US\$6.214.438, dentro de los cuales la Representación maneja US\$3.682.438 y en la sede en Washington D.C. se

han presupuestado US\$2.532.000 para los contratos de puestos internacionales y funcionarios con responsabilidades regionales y subregionales

**Tabla no. 2**  
**Total de recursos invertidos en Colombia, bienio 2006 – 2007**

Concepto de recursos (Bienio 2006- 2007)	Regulares	Extrapresu puestarios	Total
Recursos asignados al país manejados directamente por la Representación	2,260,476	1,421,962	<b>3,682,438</b>
Recursos asignados al país para contratos de puestos internacionales y regionales *	1,932,000	600,000	<b>2,532,000</b>
Recursos adicionales manejados por la Representación en Colombia para temas regionales	0	1,162,993	<b>1,162,993</b>
Recursos totales	4,192,476	3,184,955	<b>7,377,431</b>

\* Nota: Los contratos relativos a puestos internacionales, se manejan directamente desde la OPS en Washington

Así mismo desde diversas fuentes como la sede de la OPS en Washington, de otras Representaciones, Centros Técnicos y oficina en Ginebra de la OMS, en lo corrido del año 2006 a la Representación en el país, se les han asignado recursos adicionales por US\$1.162.993 para temas regionales, como contratos de servicios para asesoría técnica, capacitación y participación de personal colombiano en diversos foros, talleres, seminarios y reuniones.

Adicionalmente, el país se beneficia de la realización de eventos de carácter técnico internacional, como es el caso de reunión sobre el tema de Preparación para una posible Pandemia de Influenza Aviar, llevada a cabo en abril de 2006 en Bogotá, evento en el cual se invirtieron recursos del orden de los 38.560 dólares (ver detalle en anexo no. 5). La distribución de los recursos manejados directamente por la Representación, por áreas técnicas de cooperación, se observa en el cuadro siguiente:

**Tabla no. 3**  
**Detalle de Recursos para actividades de Cooperación Técnica Directa por áreas y proyectos 2004 – 2007**

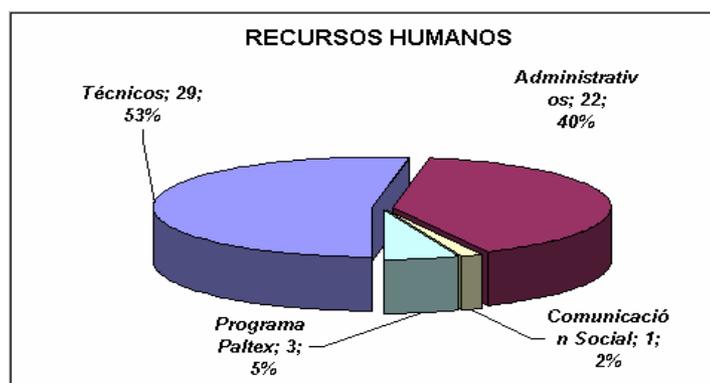
PROYECTOS	2004- 2005				2006 -2007			
	REC REGULARES	REC EXTRAPRESUPUESTARIOS	TOTAL FONDOS	%	REC REGULARES	REC EXTRAPRESUPUESTARIOS	TOTAL FONDOS	%
Reducción de riesgo y prevención y control de enfermedades	\$266,785	\$631,227	\$898,012	21%	236,025	280,862	516,887	14%
Salud ambiental y entornos saludables	\$227,761	\$133,060	\$360,821	9%	198,205	48,558	246,763	7%
Información y conocimiento en salud	\$178,264	\$210,502	\$388,766	9%	149,420	0	149,420	4%
Salud Familiar y Comunitaria	\$315,582	\$47,612	\$363,194	9%	268,450	173,551	442,001	12%
Desarrollo y acceso universal a servicios de salud	\$390,034	\$115,730	\$505,764	12%	309,961	78,616	388,577	11%
Salud en Desastres y Emergencias Complejas	\$63,509	\$1,043,571	\$1,107,080	26%	46,400	753,175	799,575	22%
Gestión de la Representación	\$610,795	\$0	\$610,795	14%	1,052,015	87,200	1,139,215	31%
	<b>2,052,730</b>	<b>2,181,702</b>	<b>4,234,432</b>	<b>100%</b>	<b>2,260,476</b>	<b>1,421,962</b>	<b>3,682,438</b>	<b>100%</b>

## 4.2. Recursos humanos y físicos

Las instalaciones físicas de OPS/OMS en Colombia son una oficina central en Bogotá y 8 oficinas de terreno que fueron creadas a petición del MPS con el objetivo de apoyar las entidades territoriales en el mejoramiento del acceso a la salud de las poblaciones desplazadas y receptoras. Algunas oficinas de terreno son compartidas con otras agencias del SNU y facilitan la implementación de acciones conjuntas del SNU a nivel territorial, a continuación se presenta el mapa del país con la ubicación de estas oficinas en los departamentos de Córdoba, Chocó, Antioquia, Cundinamarca, Santander, Norte de Santander, Valle y Nariño.



El recurso humano lo conforman 55 funcionarios, de los cuales 30 son técnicos (54%), 22 son personal administrativo y de apoyo a los proyectos de cooperación (41%), 3 del programa Paltex (5%) (venta de libros de textos de salud).



Dentro del personal de la Representación, cabe resaltar que 21 funcionarios son financiados con fondos extrapresupuestarios. Se incluyen aquí 12 personas del área de Salud en Desastres y Emergencias Complejas (SADEC: 7 en oficinas de terreno y

5 en Bogotá), 3 asesores subregionales, 3 funcionarios del programa Paltex, un Asesor del PAI, un Profesional para Malaria (que cumple funciones como cabeza de la oficina de terreno en Antioquia), un Profesional pasante en Liderazgo en Salud de la OMS y un Asesor Nacional de VIH/SIDA.

El personal técnico está conformado por 7 funcionarios internacionales 3 funcionarios con funciones subregionales, 11 profesionales nacionales en Bogotá y 8 profesionales nacionales ubicados en las oficinas de terreno.

A su vez el personal administrativo está conformado por 10 funcionarios en prestación de servicios administrativos como el manejo de la administración general, el presupuesto, los recursos humanos, la tesorería, los servicios generales, lo relacionado con archivo y correspondencia, los sistemas y comunicaciones, las compras e importaciones, el manejo logístico de cursos y seminarios, y la administración de oficinas de terreno.

La distribución del personal por género es mayoritariamente femenina con un 69% del total. La Organización tiene diferentes formas de vinculación de su personal. Este se da mediante contratos que pueden ser directos con la OPS/OMS (25% con 14 personas), por contratación de profesionales nacionales (40% con 22 personas), a través de una agencia de servicios temporales (33% con 18 personas) o personal del Ministerio de la Protección Social en misión (2% con 1 persona).

## 5.- MARCO POLÍTICO DE LA OPS/OMS DIRECTRICES MUNDIALES Y REGIONALES

La OPS desarrolla sus actividades en dos ámbitos multilaterales, por un lado en el Sistema Interamericano (OEA) como brazo técnico de salud (Oficina Sanitaria Panamericana), y por otro lado, en el sistema de Naciones Unidas como agencia especializada en salud y Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas (AMRO).

En el ámbito regional de las Américas, la Organización Panamericana de la Salud formuló su **Plan Estratégico 2003-2007** en el que define como misión de OPS: “liderar esfuerzos colaborativos estratégicos entre los Estados Miembros y otros aliados, para promover la equidad en salud, combatir la enfermedad, y mejorar la calidad y prolongar la duración de la vida de la población de las Américas”. En este Plan se establecen seis funciones básicas de la Organización:

- Proporcionar la visión estratégica para el desarrollo sanitario en las Américas;
- Generar y compartir información para vigilar la situación, los riesgos y las disparidades en materia de salud de la población y el ambiente; informar, promover y educar acerca de los temas de salud regionales; producir conocimientos y encontrar soluciones innovadoras;
- Movilizar recursos y fomentar alianzas en los planos nacional, regional e internacional, para aumentar la cooperación en la búsqueda de soluciones comunes;
- Construir la capacidad nacional y regional;
- Adaptar soluciones técnicas integrales e innovadoras para alcanzar los objetivos de salud nacionales y comunitarios;
- Formular normas y procedimientos para proteger la salud y conseguir la seguridad.

La OPS, con base en las resoluciones de sus Cuerpos Directivos, estableció las siguientes focalizaciones en la cooperación técnica:

- **Grupos especiales:** Concentración de iniciativas en las poblaciones de bajos ingresos y pobres, especialmente poblaciones indígenas, minorías étnicas, migrantes, mujeres y niños.
- **Países clave:** Prestar atención especial a los países cuya situación sanitaria sigue siendo delicada, encabezando esfuerzos estratégicos de colaboración entre los países para las mejoras sanitarias en Bolivia, Haití, Honduras, Guyana y Nicaragua.
- **Áreas técnicas prioritarias:** Estas se basan en los resultados del análisis de diferentes medidas epidemiológicas, la aplicación de los criterios acordados y la orientación estratégica indicada por el análisis del ambiente externo, las prioridades a mediano plazo de la OMS, los mandatos de las Cumbres y las metas pertinentes, las reuniones mundiales y la Declaración del Milenio. Dichas áreas son las siguientes:

- Prevención, control y reducción de las enfermedades transmisibles.
- Prevención y control de las enfermedades crónicas no transmisibles.
- Promoción de estilos de vida y ambientes sociales saludables.
- Crecimiento y desarrollo sanos.
- Promoción de entornos físicos seguros.
- Preparativos, gestión y respuesta en caso de desastres.
- Procurar el acceso universal a sistemas de salud integrados, equitativos y sostenibles.
- Fomentar que el tema de la salud se tenga en cuenta en la formulación de políticas sociales, económicas, ambientales y de desarrollo.

Complementariamente la OPS ha definido diez Desafíos Estratégicos en Salud en las Américas, relacionados con el impacto diferencial que tienen diferentes factores sobre los problemas de salud, dentro de los cuales se incluyen la pobreza y la exclusión social; los factores políticos de gobierno; los cambios producidos por la globalización; los desastres naturales y la calidad del entorno físico; ciencia, tecnología, investigación e información; los sistemas de salud y el acceso universal a servicios de salud; los recursos humanos y financieros en salud; y la cooperación internacional en salud.

La OMS ha establecido las orientaciones generales para su labor como principal organismo internacional especializado en la salud, en el Undécimo Programa General de Trabajo, vinculado con los Objetivos de Desarrollo del Milenio, que abarca el período entre 2006 y 2015. En este Programa la salud es analizada en un contexto mundial en transformación, en donde se la percibe cada vez más como un aspecto fundamental de la seguridad humana, ocupando un puesto destacado en los debates sobre las prioridades de desarrollo.

El XI Programa de Trabajo de la OMS hace mención a que el panorama global en salud muestra un considerable aumento en la esperanza de vida durante los últimos 20 años, pero las inequidades en salud también han aumentado. En contraste con las tendencias sanitarias generales a nivel mundial que son positivas, se observan algunas zonas con retrocesos imputables a factores como las enfermedades infecciosas, especialmente el VIH-SIDA, el debilitamiento de los servicios de salud y el deterioro de las condiciones socioeconómicas, especialmente en países en vías de desarrollo y en grupos vulnerables y afectados por la pobreza también existentes en los países desarrollados.

Las tendencias en lo que respecta a los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionadas con salud no son alentadoras, los aspectos deficitarios se resumen en los ámbitos de la justicia social, la responsabilidad, y en la generación y aplicación de conocimientos.

El programa de acción de salud mundial de la OMS plantea que sólo con políticas integrales será posible reducir en el futuro las desigualdades en materia de salud, por lo que se requiere definir la contribución de cada grupo poblacional a las tasas de mortalidad y morbilidad generales, y adoptar medidas intersectoriales en distintos niveles (personal, comunitario, nacional, regional y mundial) para conseguir avances significativos en el logro de los ODM.

El Programa propone un marco mundial para una estrategia de promoción de la salud que permita abordar algunos de los factores determinantes de la salud, dirigido a todas las partes interesadas, y no solo a la OMS, en donde se destacan siete prioridades:

1. Invertir en salud para reducir la pobreza;
2. Crear seguridad sanitaria individual y mundial;
3. Promover una cobertura universal, la igualdad entre hombres y mujeres y los derechos humanos relacionados con la salud;
4. Afrontar los factores determinantes de la salud;
5. Reforzar los sistemas de salud y promover el acceso equitativo a la atención de salud;
6. Aprovechar los conocimientos, la ciencia y la tecnología;
7. Fortalecer la gobernanza, el liderazgo y la rendición de cuentas.

Para enfrentar los retos propuestos, la OMS define unos lineamientos institucionales sobre la base de su mandato y teniendo en cuenta sus ventajas comparativas (carácter neutral, membresía global, imparcialidad, capacidad de convocatoria y reconocimiento de su experticia y liderazgo en la lucha contra las enfermedades). También se definen las funciones básicas de la organización utilizando un marco de gestión basado en resultados. Los lineamientos institucionales prioritarios de la OMS son:

- Prestación de apoyo a los países para avanzar hacia la cobertura universal con intervenciones de salud eficaces;
- Fortalecimiento de la seguridad sanitaria mundial;
- Generación y mantenimiento de medidas intersectoriales para modificar los determinantes comportamentales, sociales, económicos y ambientales de la salud;
- Aumento de la capacidad institucional para el desempeño de las funciones esenciales de la salud pública mejorando las condiciones de los ministerios de salud y protección social.
- Fortalecimiento del liderazgo de la OMS en los niveles mundial y regional, y apoyo en los países a la labor de los gobiernos.

La OPS/OMS participa en el Plan Global Estratégico de Mediano Plazo (MTSP) de la OMS 2008-2013, definiendo 16 objetivos estratégicos (que sustituyen a 38 áreas de trabajo), los cuales permitirán por primera vez consolidar un mecanismo de gestión basada en resultados (RBM), como fue definido en la Declaración de París en el 2003. De esta manera, tanto en la planificación como en la evaluación, se podrá consolidar -en los resultados esperados de tales objetivos estratégicos- los insumos financieros, el trabajo y los logros de cada uno de los niveles de la organización.

Los países de la región se encuentran preparando la Agenda Estratégica de Salud para las Américas 2007-2018, la cual constituirá el marco de acción para la próxima década. En su versión preliminar actual<sup>16</sup>, esta agenda ha definido la siguientes áreas

---

<sup>16</sup> OPS (2006). AGENDA DE SALUD PARA LAS AMERICAS 2008 – 2017, Propuesta para discusión regional. Documento CE139/5, 29.

de acción: fortalecimiento de la autoridad sanitaria; abordaje de los determinantes de la salud; aprovechamiento de los conocimientos, la ciencia y la tecnología; fortalecimiento de la solidaridad y seguridad sanitaria; disminución de las inequidades en salud entre los países y al interior de los mismos; reducción de los riesgos y la carga de la enfermedad; aumento de la protección social y acceso a los servicios de salud de calidad; y fortalecimiento de la gestión y desarrollo de las personas que trabajan por la salud.

## **6.- AGENDA ESTRATÉGICA**

### **PRIORIDADES ACORDADAS CONJUNTAMENTE CON RESPECTO A LA COOPERACIÓN DE LA OPS/OMS EN EL PAÍS Y CON EL PAÍS**

La presencia y el mandato de la OPS/OMS en el país están reglamentados por un convenio marco firmado entre la OPS/OMS y Gobierno de Colombia en 1951.

#### **JUSTIFICACIÓN**

El Ministerio de la Protección Social y la OPS/OMS Colombia acordaron en septiembre de 2006 una agenda estratégica para la cooperación técnica de la Organización con el sector de la salud en Colombia para el período 2006 – 2010. Este acuerdo se consolidó luego de varias reuniones consultivas con los actores más relevantes del sector, bajo el liderazgo del Ministerio.

En estas consultas se focalizó, de forma prioritaria, el logro de los ODM tal como se define en el CONPES 091 y la Agenda Visión Colombia 2019 Segundo Centenario<sup>17</sup>, planes en que se enfatiza la reducción de la pobreza y se presenta un marco de políticas y estrategias para intervenir en los determinantes estructurales más relevantes para la salud como propósito de la acción social del Estado<sup>18</sup>. Los términos de la agenda estratégica acordada se transcriben a continuación:

#### **EJES TEMÁTICOS PRIORITARIOS:**

- Reducir la mortalidad en menores de cinco años
- Mejorar la salud sexual y reproductiva
- Combatir las enfermedades transmisibles de mayor impacto
- Garantizar la sostenibilidad ambiental

#### **LINEAS DE ACCION:**

- a. Construcción de sinergias con los actores nacionales e internacionales comprometidos con el sector en el nivel nacional y territorial;
- b. Cooperación internacional a nivel regional, subregional y fronterizo para compartir buenas prácticas entre países y lograr el cumplimiento de los compromisos y acuerdos internacionales.
- c. Definición, incorporación, adecuación implementación y evaluación de estrategias, metodologías e instrumentos costo-eficaces que permitan el cumplimiento de los Objetivos del Milenio- ODM priorizados, adaptados al Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano, con énfasis en la universalización de la cobertura de aseguramiento y mejoramiento del acceso a servicios de salud, en coordinación con otros sectores involucrados y mejorando la capacidad de gestión de los actores del sistema a nivel nacional,

---

<sup>17</sup> *Confr.* sección 2.4 de este mismo documento.

<sup>18</sup> En el tema de salud, las estrategias previstas incluyen el incremento de la cobertura de la seguridad social, el desarrollo de los servicios de atención de salud y el fortalecimiento de la capacidad nacional y territorial para la promoción, prevención, control y vigilancia en salud pública (ver anexo no. 2).

- territorial, de autoridades, aseguradores y prestadores, para el cumplimiento de las competencias;
- d. Desarrollo de los sistemas nacionales de vigilancia en salud pública, análisis de la situación de salud y capacidad de investigación aplicada así como su implementación a nivel territorial para la orientación y el monitoreo de los avances hacia el logro de los ODM priorizados;
  - e. Identificación, sistematización, intercambio e implementación de prácticas exitosas, planes, programas y proyectos para la atención en salud de las poblaciones vulnerables: mujeres, adultos mayores, desplazados, receptores, grupos étnicos, discapacitados, reincorporados, víctimas de la violencia y agresores, etc tanto a nivel nacional como territorial;
  - f. Mejoramiento de la capacidad institucional para posibilitar el acceso a bienes públicos, medicamentos, biológicos, insumos, evaluación de tecnologías y utilización de fondos rotatorios y estratégicos de OPS, tanto a nivel nacional, como territorial;
  - g. Incorporación de la dimensión de los ODM en la formulación de políticas de recursos humanos en salud, fortaleciendo el Observatorio Nacional de Recursos Humanos en Salud, como ámbito de concertación entre los actores del sistema, y catalizando el intercambio a nivel subregional y regional;
  - h. Fortalecimiento de los organismos competentes a nivel nacional, subnacional y local para la preparación, mitigación y apoyo a la respuesta en emergencias y desastres tanto a nivel nacional, como territorial.

## **INICIATIVA ESPECÍFICA DE INTERVENCIÓN**

Selección e intervención en 80-100 municipios con mayor grado de vulnerabilidad, con evidencia de dificultad para el logro de los ODM priorizados y de acuerdo al enfoque de género, prevención de violencia y demás, mediante la implementación local de las líneas estratégicas definidas, con el apoyo de las oficinas de terreno de OPS/OMS para el seguimiento de las acciones.

## **COMISION DE SEGUIMIENTO**

Se creará una Comisión de Seguimiento, que se reunirá al menos una vez al año para analizar el logro de los objetivos planteados y el impacto de las acciones realizadas, con indicadores y objetivos cuantificables y sencillos de evaluar, integrada por el Consejero Presidencial para la Acción Social y la Cooperación Internacional o su delegado; el Ministro de la Protección Social, o su delegado; y el Representante de la OPS/ OMS, o su delegado.

---

En su rol de cooperante, la OPS/OMS ha desarrollado cajas de herramientas técnicas y procesos de gestión del conocimiento con una doble finalidad. En primer lugar, las cajas de herramientas buscan fortalecer la capacidad de regulación y conducción del MPS a nivel nacional, así como fortalecer la capacidad de formular e implementar políticas de salud pública y de prestación de servicios en el marco del SGSSS y el Sistema de Protección Social.

En segundo lugar, las cajas de herramientas tienen la finalidad de fortalecer la asimilación de la normativa nacional por parte del nivel territorial para el cumplimiento de sus competencias, y para la incorporación de medidas de salud pública y prestación de servicios orientadas al logro de los ODM. Estas herramientas se presentan en la siguiente tabla relacionadas con los ODM ante los cuales resultan eficaces:

ODM	CAJA DE HERRAMIENTAS TECNICAS EFICACES
Reducir la mortalidad en menores de cinco años	Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI); Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)
Mejorar la salud sexual y reproductiva	Estrategia de Maternidad Segura (a través de los centros asociados al CLAP).
Combatir las enfermedades transmisibles de mayor impacto	<p>Implementación del nuevo Reglamento Sanitario Internacional, incluidas las acciones para fortalecer la vigilancia y control de enfermedades emergentes</p> <p>VIH: Apoyo al Plan Intersectorial con la Estrategia para vigilancia, y acceso universal a prevención, cuidados y tratamiento del VIH/SIDA e ITS;</p> <p>ETV: Hacer Retroceder la Malaria, y RAVREDA; EGI (estrategia de gestión integral del dengue) y, COMBI (comunicación para el cambio conductual)</p> <p>Tuberculosis:DOTS/TAS (tratamiento acortado y supervisado de la tuberculosis)</p> <p>Lepra: Poliquimioterapia para eliminación de la lepra.</p> <p>Vigilancia y control de las zoonosis (énfasis en rabia y enfermedades transmitidas por alimentos: ETAS)</p>
Garantizar la sostenibilidad ambiental	<p>Entornos saludables (Iniciativa de Escuelas, Viviendas, Municipios, Batallones Saludables y Alianza para el Desarrollo Humano- CAB- Educación/Salud)</p> <p>Educación, estrategias y tecnologías para vigilancia de la calidad del agua a nivel comunitario y para saneamiento ambiental en áreas dispersas</p>

## **7.- IMPLEMENTACIÓN DE LA AGENDA ESTRATÉGICA IMPLICACIONES PARA LA SECRETARÍA DE LA OPS/OMS, SEGUIMIENTO Y PRÓXIMOS PASOS EN CADA NIVEL**

Para la implementación de la agenda estratégica se contemplan los siguientes componentes:

7.1. El Plan Estratégico 2006 – 2010, que incorpora las metas acordadas, en torno a la agenda estratégica acordada con el Ministerio de la Protección Social y los socios en las consultas llevadas a cabo durante septiembre de 2005 y agosto de 2006.

7.2. Modificaciones al Presupuesto de Programa Bienal (BPB) 2006-2007, las cuales derivan del acuerdo de cooperación técnica suscrito entre OPS/OMS y el MPS.

7.3. Plan de Desarrollo Institucional que propone dos fases. La primera fase es de corto plazo y se basa en las hojas de ruta elaboradas durante los retiros de la Representación desde diciembre de 2005; y una segunda fase que contempla competencias a construir y fortalecer en el mediano plazo.

7.4. Ajustes a la estructura de la Representación derivados del análisis de las implicaciones operacionales para la implementación de la agenda estratégica concordada.

7.5. Sugerencias y recomendaciones para la participación del nivel regional de la OPS/OMS en apoyo a la implementación de la Estrategia de Cooperación con Colombia.

### **7.1. PLAN ESTRATÉGICO 2006-2010**

#### **VISIÓN<sup>19</sup>**

En el 2010, la OPS/OMS en Colombia será el organismo líder de la Cooperación Técnica en salud en el país, promoviendo y apoyando los esfuerzos del Gobierno y demás entidades nacionales y subnacionales, para el mejoramiento de la salud de la población colombiana y de las zonas fronterizas, con un enfoque de equidad, para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

#### **MISIÓN**

La OPS/OMS brinda cooperación en protección social y salud con excelencia técnica, basada en la gestión del conocimiento en salud pública, a las entidades de Gobierno y demás entidades nacionales y subnacionales, fortaleciendo la articulación intersectorial, para el mejoramiento de las condiciones de salud y bienestar de la población y el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, en especial de las poblaciones vulnerables.

---

<sup>19</sup> Consenso de Sala de Situación de medio año (30 de junio de 2006).

## **FINALIDAD**

Contribuir a alcanzar las metas fijadas por el Gobierno colombiano en el Documento CONPES 91 para el logro de los ODM en los siguientes Ejes Temáticos Prioritarios acordados con el Ministerio de la Protección Social y la OPS/OMS<sup>20</sup>:

- Reducir la mortalidad en menores de cinco años
- Mejorar la salud sexual y reproductiva
- Combatir las enfermedades transmisibles de mayor impacto
- Garantizar la sostenibilidad ambiental

## **PROPÓSITOS**

Fortalecer la capacidad de liderazgo del Ministerio de Protección Social a nivel nacional y territorial para la implementación, monitoreo y evaluación de intervenciones eficaces (caja de herramientas de OPS/OMS):

a) Fortalecimiento de la capacidad de regulación y conducción del MPS en el nivel nacional; el diseño e implementación de políticas en el campo de la salud pública; y la prestación de servicios en el marco del SGSSS y el Sistema de la Protección Social

b) Fortalecer la traducción de la normativa nacional a los niveles territoriales en apoyo al MPS, para el cumplimiento de las competencias, la incorporación de medidas de salud pública y de prestación de servicios de salud hacia el logro de los ODM.

## **OBJETIVOS Y PLANTEAMIENTOS ESTRATÉGICOS PARA LAS LÍNEAS DE ACCIÓN DEL ACUERDO CON EL MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL.**

**a. Construcción de sinergias con los actores nacionales e internacionales comprometidos con el sector en el nivel nacional y territorial.**

<b>Objetivo estratégico</b>	<b>Indicadores</b>
Mejorar la capacidad de las instituciones nacionales para concertar y coordinar acciones sectoriales e intersectoriales en el plano nacional y con aliados internacionales.	1. Número y tipo de alianzas (comités, grupos, etc.) del sector e intersectoriales con componente de salud pública en el país, con participación de actores internacionales construidas y operativas, con fuerte participación de OPS e incluidos en el Sistema Nacional de Cooperación Internacional  2. Número de iniciativas de cooperación técnica en el sector e intersectoriales con componente de salud pública en el país, con participación de actores internacionales construidas y operativas con fuerte participación de OPS e incluidas en el Sistema Nacional de Cooperación Internacional

<sup>20</sup> Acta de Acuerdo sobre la Agenda de la Estrategia de Cooperación y Portafolio de la Cooperación Técnica en Protección Social para Colombia. OPS – Ministerio de Protección Social, septiembre de 2006 (ver anexo 2).

	3. Número de iniciativas de cooperación técnica en salud implementados con participación inter-agencial del SNU y presencia de entidades del gobierno nacional.
--	---

Planteamientos estratégicos:

- Contar con un inventario de entidades e iniciativas en salud del país y del exterior para potenciales alianzas.
- Liderar alianzas para la salud en los foros en los que participa OPS/OMS, especialmente del Sistema de Naciones Unidas como el IASC<sup>21</sup>, el grupo temático de Desarrollo, el grupo temático ONUSIDA, entre otros.

**b. Desarrollo de la cooperación horizontal a nivel regional, subregional y fronterizo**

<b>Objetivo estratégico</b>	<b>Indicadores</b>
Fortalecer a los organismos coordinadores de la cooperación internacional <sup>22</sup> e instituciones del nivel nacional, departamental y local para compartir buenas prácticas entre países y lograr el cumplimiento de los compromisos y acuerdos internacionales.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Número de tratados o convenios para cooperación técnica en salud en los niveles regional, subregional y fronterizo facilitados por OPS e implementados.</li> <li>2. Número de iniciativas de cooperación técnica en salud en los niveles regional, subregional y fronterizo formuladas con base en prácticas exitosas documentadas e implementadas.</li> <li>3. Número de talleres con participación de Colombia a nivel internacional:               <ol style="list-style-type: none"> <li>3A. De capacitación;</li> <li>3B. Para elaboración conjunta de políticas y estrategias</li> </ol> </li> </ol>

Planteamientos estratégicos:

- Acompañar las iniciativas del país para su desempeño en los organismos de integración regional, subregional andino (CAN, ORAS/CONHU, Parlamento Andino) y fronterizo (Comisiones de Integración Fronteriza).
- Fortalecer la capacidad institucional para el diseño y ejecución de proyectos de cooperación a nivel subregional y fronterizo.

**c. Definición, incorporación, adecuación, implementación y evaluación de estrategias, metodologías e instrumentos costo-eficaces adaptados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, hacia la universalización de la cobertura de aseguramiento y mejoramiento del acceso a servicios de salud.**

<b>Objetivo estratégico</b>	<b>Indicadores</b>
Extender en el país, con énfasis en los territorios priorizados, las estrategias OPS/OMS de	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Número de departamentos del país que han adoptado, en el SGSSS, alguna herramienta de OPS/OMS.</li> <li>2. Número y tipo de herramientas OPS/OMS que han sido objeto de adaptación y negociación exitosa dentro del SGSSS.</li> </ol>

<sup>21</sup> *Inter-Agency Standing Committee.*

<sup>22</sup> Ministerio de Relaciones Exteriores, Acción Social, Dirección de Cooperación y Relaciones Internacionales del Ministerio de la Protección Social.

<p>prevención y control de las enfermedades transmisibles de mayor impacto<sup>23</sup> y de atención a la niñez; implementar la Política de Salud Sexual y Reproductiva, en su componente de maternidad segura; planes de intervención en agua y saneamiento y promoción de entornos saludables.</p>	<p>3. Porcentaje de municipios que implementan la caja de herramientas de la OPS para los ODM entre los seleccionados.</p>
---	--

Planteamientos estratégicos:

- Fortalecimiento del Sistema de Salud y las instituciones del Estado en su rol rector para el cumplimiento de sus funciones de conducción, normatización, regulación y asistencia técnica para la implementación de estrategias e intervenciones eficaces para ODM y el logro del acceso universal de la población a los servicios de salud con calidad y oportunidad.
- Generación de modalidades de atención y estrategias organizativas de los servicios para mejorar el acceso de la población a atención oportuna y con calidad.
- Mejoramiento de la capacidad de gestión de los actores del sistema a nivel nacional y territorial de autoridades, aseguradores y prestadores, para el cumplimiento de sus competencias.

**d. Información para orientación, monitoreo y evaluación de los avances hacia el logro de los ODM priorizados**

<b><u>Objetivo estratégico</u></b>	<b>Indicadores</b>
<p>Alcanzar para las instituciones del sector de la salud en los niveles nacional y territorial, disponibilidad de información y capacidad para análisis de situación y monitoreo de procesos, resultados e impacto, para toma de decisiones en el campo de las políticas y los aspectos técnicos y gerenciales, para alcanzar los ODM definidos por el gobierno.</p>	<p>1. Número de departamentos y municipios con salas de situación para monitoreo de los ODM (énfasis en municipios fronterizos)</p> <p>2. Número de protocolos de vigilancia en salud pública relacionados con los ODM, implementados y en aplicación.</p> <p>3. Número de instituciones académicas o centros de excelencia que realizan investigación aplicada para mejorar intervenciones hacia los ODM.</p>

Planteamientos estratégicos:

<sup>23</sup> Malaria, dengue, tuberculosis, lepra, zoonosis-rabia-, VIH, cáncer del cuello del útero, enfermedades transmitidas por alimentos- ETAs.

- Fortalecimiento del Sistema de vigilancia de salud pública (**SIVIGILA**) en componentes fundamentales y específicos para los ODM.
- Implementación y fortalecimiento de la función de Análisis de Situación en Salud (**ASIS**) a nivel nacional y subnacional, y fronteras, incluyendo investigación operativa, con énfasis en monitoreo de los ODM

#### e. Atención a poblaciones vulnerables

<b><u>Objetivo estratégico</u></b>	<b><u>Indicadores</u></b>
Mejorar la capacidad nacional y territorial para la atención en salud de grupos vulnerables seleccionados.	1. Porcentaje de la utilización de recursos nacionales y departamentales para la atención en salud a desplazados. 2. Al final del período se ha establecido una caja de herramientas con guías, manuales y publicaciones sobre desplazamiento y salud. 3. Existencia de información en salud estratificada por grupos poblacionales vulnerables. 4. Se ha desarrollado un modelo de atención para población indígena.

#### Planteamientos estratégicos:

- Identificación, sistematización, intercambio e implementación de prácticas exitosas, planes, programas y proyectos para la atención en salud de las poblaciones vulnerables: mujeres, adultos mayores, desplazados, receptores, grupos étnicos, discapacitados, reincorporados, víctimas de la violencia y agresores, etc
- Contar con instituciones territoriales competentes en la aplicación de modelos de atención para los grupos vulnerables, incluidos los grupos étnicos, en cuanto a promoción, prevención, atención y rehabilitación.
- Desarrollo acciones de intersectoriales y propuestas que incidan en los principales determinantes que afectan la salud de la población.

#### f. Mejoramiento de la capacidad institucional para acceso a bienes públicos y utilización de fondos de OPS/OMS.

<b><u>Objetivo estratégico</u></b>	<b><u>Indicadores</u></b>
Conseguir que el país tenga acceso a bienes públicos y utilización de fondos rotatorios y estratégicos de OPS/OMS.	1. Mecanismos de gestión (planeamiento, compra, almacenamiento, distribución y evaluación) implementados y funcionando en el Ministerio de la Protección Social y sus entidades adscritas, y en las secretarías de salud de entes territoriales seleccionados. 2. Normativa sobre evaluación de tecnología establecida en el 80% de las instituciones seleccionadas.

#### Planteamientos estratégicos:

- Fortalecimiento de la capacidad institucional nacional y territorial para el acceso a bienes públicos, medicamentos, biológicos, dispositivos médicos, evaluación de tecnologías y utilización de fondos rotatorios y estratégicos de OPS.

**g. Incorporación de los ODM en la formulación de políticas de recursos humanos en salud.**

<b><u>Objetivo estratégico</u></b>	<b>Indicadores</b>
Incorporar la dimensión de los ODM en la formulación de políticas de recursos humanos en salud.	1. Implementación de política pública y de la normativa sobre el Observatorio de Recursos Humanos en Salud en entidades territoriales seleccionadas.  2. Número de departamentos y municipios con planes en ejecución para desarrollo de competencias de los RR.HH. orientados hacia los ODM.

**Planteamientos estratégicos:**

- Fortalecer el Observatorio Nacional de Recursos Humanos en Salud, como ámbito de concertación entre los actores del sistema.
- Fortalecer el Observatorio Nacional de Recursos Humanos en Salud como catalizador de intercambios a nivel subregional y regional.

**h. Preparación, mitigación y apoyo a la respuesta en emergencias y desastres**

<b><u>Objetivo estratégico</u></b>	<b>Indicadores</b>
Reducir la vulnerabilidad y mejorar en oportunidad la respuesta a las necesidades de salud de la población en riesgo ante situaciones de emergencias y desastres.	1. Producción intersectorial y actualización bianual de planes de preparación y respuesta para emergencias y desastres en departamentos donde OPS cuenta con oficinas de terreno y sus áreas de influencia.  2. Número de departamentos con planes de contingencia de la red hospitalaria elaborados y/o actualizados.

**Planteamiento estratégico:**

- Fortalecimiento de los organismos competentes a nivel nacional, subnacional y local (Consejos Nacionales, Departamentales y Locales) para la preparación y apoyo a la respuesta en emergencias y desastres.

**i. Iniciativa específica de intervención (80-100 municipios seleccionados)**

<b><u>Objetivo estratégico</u></b>	<b>Indicadores</b>
Alcanzar resultados medibles en los ODM y construir un modelo de intervención territorial articulada entre las áreas técnicas de OPS/OMS Colombia, las instituciones de nivel nacional y territorial y los aliados nacionales e	1. Modelo para intervención territorial diseñado, validado y en aplicación en el 50% de los municipios seleccionados.  2. El 50% de municipios seleccionados alcanzan o superan el 95% en coberturas de vacunación (vacuna trazadora).  3. El 50% de los municipios seleccionados han organizado una red de atención para maternidad segura y atención perinatal.

Planteamientos estratégicos:

- Selección de municipios con mayor grado de vulnerabilidad, con evidencia de dificultad para el logro de los ODM priorizados
- Implementación local de las líneas estratégicas definidas, con el apoyo de las oficinas de terreno de OPS/OMS para el seguimiento de las acciones.
- Alianzas con las agencias del SNU y otros socios para realizar intervenciones articuladas hacia el desarrollo integral de todos los ODM.
- Desarrollo de estrategias que permitan movilizar inversiones nacionales e internacionales para actuar sobre los principales determinantes sociales que afectan la salud.

**7.2. MODIFICACIONES AL BPB 2006 – 2007.**

A continuación se presenta la síntesis de los principales cambios al BPB para el período 2006-2007. El anexo no. 5 presenta los cambios con los detalles de las variaciones que fueron concordadas entre los directores del MPS y los coordinadores de OPS/OMS en Colombia.

**a. Salud y medio ambiente:** Modificación de resultados esperados y eliminación de indicadores en cuanto a violencia, tabaco y calidad del aire.

**b. Desastres naturales y emergencias complejas:** Ajuste de la estructura y de la localización geográfica para responder a las prioridades de soporte al acceso de salud de la población en situación de desplazamiento agudo y a las demandas de cooperación técnica en emergencias y desastres.

**c. Prevención y control de enfermedades:** Suspensión de resultados esperados en Enfermedades No Transmisibles; introducción de VIH, cáncer de cuello del útero, zoonosis, salud pública veterinaria y enfermedades transmitidas por alimentos (ETAs) dentro del resultado esperado de Enfermedades Transmisibles; y desagregación del resultado esperado de enfermedades transmisibles en dos resultados esperados. (nacional y territorial).

**d. Información y conocimiento en salud:** Análisis de situación de salud (ASIS) y vigilancia en salud pública (VSP) focalizadas en ODM; se reducen los resultados esperados de tres a dos con el criterio de reforzar la rectoría nacional y territorial.

**e. Salud familiar y materno infantil:** Se puntualiza en el trabajo del binomio madre-hijo para la reducción de la mortalidad materna; se incorpora el tema neonatal responsable del 60% de las muertes infantiles y la neonatal; y se añade el tema de municipios de frontera.

**f. Servicios de salud:** Orienta resultados 1 y 2 hacia ODM, salud pública y prestación de servicios. Sustituye resultado 3 (gestión de servicios públicos) por modelos de atención a grupos vulnerables

### 7.3. PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL

El desarrollo institucional puede entenderse como un proceso a través del cual, las instituciones, con base en el monitoreo y la evaluación de sus resultados y su entorno institucional, definen las reglas de juego con las cuales actúan para mejorar en efectividad y eficiencia; reafirman o reemplazan valores y principios que las guían; y modifican incentivos que determinan cómo la organización se estructura y cómo opera, así como el tipo de diseño institucional que adoptan.

A partir del retiro realizado en diciembre de 2005 y las observaciones producidas en el proceso de elaboración de la Estrategia de Cooperación con el País, la Representación ha formulado hojas de ruta para mejorar sus procesos y mecanismos de cooperación técnica. Este trabajo ha incorporado los componentes de cooperación técnica a nivel territorial; negociación de áreas prioritarias, ejes temáticos y portafolio de cooperación; estrategias de comunicación interna y externa; gestión de calidad de la cooperación técnica; análisis de situación y manejo de información estratégica; aspectos administrativos; sistema de evidencia, fortalecimiento institucional, visibilidad de resultados e impacto, lecciones aprendidas; y Fortalecimiento de relaciones con los aliados y de la capacidad de negociación y movilización de fondos extrapresupuestarios.

Junto con ellos, del acuerdo entre el MPS y la OPS/OMS, se derivan dos componentes adicionales referidos, por un lado, a la incorporación y adaptación de estrategias, metodologías e instrumentos costo-eficaces (cajas de herramientas) al Sistema General de Seguridad Social en Salud y, por otro lado, a la gestión de información para la orientación, el monitoreo y la evaluación de los avances en el logro de los ODM priorizados, de modo que se fortalezcan tanto el MPS y los socios en cuanto a la disponibilidad y uso de información referente a impactos, procesos y resultados en el logro de los ODM. En ambos componentes se requiere desarrollar una metodología de trabajo articulado entre las diferentes áreas técnicas.

#### 7.3.1. Desarrollo de los temas de la hoja de ruta

##### **1. Incorporación y adaptación de estrategias, metodologías e instrumentos costo-eficaces (cajas de herramientas) al Sistema General de Seguridad Social en Salud**

<b>Objetivo</b>	Organización articulada de las áreas técnicas para la adaptación de las herramientas eficaces al SGSSS.
<b>Productos</b>	- Identificación colectiva de procesos críticos del SGSSS en el ámbito nacional y territorial que deban fortalecerse para la aplicación común de las herramientas. - Definición de temas y productos comunes entre las áreas técnicas. - Definición de procesos trazadores, estrategias y resultados comunes y aglutinantes.

##### **2. Gestión de información para la orientación, monitoreo y evaluación de los avances en el logro de los ODM priorizados.**

<b>Objetivo</b>	Incorporar a la totalidad de las áreas técnicas en el manejo de información y
-----------------	---

	búsqueda de evidencias para el trabajo efectivo hacia los ODM.
<b>Productos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Capacitación en el manejo de tabla de indicadores de gestión, resultados e impacto hacia los ODM.</li> <li>- Capacitación para la búsqueda efectiva de bibliografía, revisiones y meta-análisis de la producción científica orientada hacia los ODM.</li> </ul>

### 3. Cooperación técnica a nivel territorial

<b>Objetivo</b>	Contribuir al mejoramiento de la gestión y capacidad de respuesta integral del sector salud a las necesidades de salud de la población en situación de desplazamiento y vulnerable ante situaciones de desastre y de emergencias complejas de acuerdo a las demandas del MPS y de entidades del sector salud a nivel territorial en donde OPS tiene oficinas.
<b>Productos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fortalecimiento de capacidad para planeación, gestión, administración de recursos y atención integral a población vulnerable y población en situación de desplazamiento (PSD).</li> <li>- Criterios consensuados para la presencia de oficinas de OPS en el terreno y modalidades de cooperación técnica a nivel territorial sin presencia permanente.</li> <li>- Fortalecimiento de sistemas de prevención mitigación y atención de desastres.</li> <li>- AIEPI, PAI, estrategias de maternidad segura, entornos saludables y sistemas de información.</li> <li>- Difusión normas sobre atención a PSD.</li> </ul>

### 4. Ejes temáticos y portafolio de cooperación

<b>Objetivo</b>	Definir el portafolio, las líneas y los ejes de cooperación de la OPS con Colombia.
<b>Productos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificación de estrategias en consonancia con las prioridades nacionales que permitan a los niveles nacional y subnacionales tener claridad sobre la oferta de cooperación técnica.</li> <li>- Identificación de resultados esperados por cada línea en el corto y mediano plazo.</li> <li>- Definición de tipos y formas de cooperación técnica por parte de OPS.</li> <li>- Publicación de documento para difusión nacional.</li> </ul>

### 5. Estrategias de comunicación interna y externa

<b>Objetivo</b>	Elaboración e implementación de plan estratégico de comunicación externa e interna acorde a las necesidades de divulgación de conocimientos técnicos o científicos, así como la organización interna de procesos informativos que aseguren la ruta para mejorar la imagen y la visibilidad del trabajo de OPS.
<b>Productos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fortalecimiento de la capacidad interna de la Representación de OPS para la comunicación con el entorno.</li> <li>- Capacidad interna para uso de medios y recursos materiales y virtuales.</li> <li>- Sistematización de procesos de diálogo y capacitación hacia agentes de medios de comunicación, y alianzas estratégicas con medios de comunicación.</li> <li>- Alianzas estratégicas con los principales aliados para divulgación de información en medios de amplia cobertura.</li> </ul>

### 6. Gestión de calidad de la cooperación técnica

<b>Objetivo</b>	Incorporar los principios de gestión de la calidad a la cooperación técnica, con base en la evaluación y monitoreo continuos de las situaciones que impiden otorgar el mayor beneficio a los beneficiarios de la cooperación técnica.
<b>Productos</b>	- Claridad misional: visión, misión y valores.

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Formulación y desarrollo de proyectos de calidad.</li> <li>- Desarrollo de metodología para monitoreo de la calidad.</li> <li>- Plan para capacitación y motivación de personal para la calidad.</li> </ul>
--	--

## 7. Análisis de situación y manejo de información estratégica

<b>Objetivo</b>	Mejorar el acceso, uso y organización de la información referente a procesos políticos, sociales y económicos en diferentes medios oficiales y privados; para establecer su efecto como determinantes de la salud y la cooperación técnica.
<b>Productos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificación de información clave sobre estructuras y reestructuraciones del Estado.</li> <li>- Identificación de información clave sobre el proceso político (agenda legislativa y pronunciamientos de actores clave en medios oficiales y/o masivos).</li> </ul>

## 8. Aspectos administrativos

<b>Objetivo</b>	Simplificación y agilización de actividades, procesos y movilización de recursos.
<b>Productos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Simplificación de iniciativas extrapresupuestales y reducción de intervinientes.</li> <li>- Desarrollo de modalidades de negociación y gestión de recursos para apoyo operativo de la Representación.</li> <li>- Desarrollo de lineamientos para operación con contrapartes del personal administrativo en la Oficina Regional de OPS/OMS.</li> </ul>

## 9. Sistema de evidencia, fortalecimiento institucional, visibilidad de resultados e impacto, lecciones aprendidas.

<b>Objetivo</b>	Implementar una metodología para la documentación de experiencias y generación de evidencia con identificación clara de la contribución de OPS y lecciones aprendidas.
<b>Productos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Metodología para documentación de experiencias y generación de evidencia.</li> <li>- Capacitación del personal en la metodología.</li> <li>- Monitoreo y evaluación del sistema de generación de evidencia.</li> </ul>

## 10. Fortalecimiento de relaciones con los aliados y de la capacidad de negociación y movilización de fondos extrapresupuestarios.

<b>Objetivo</b>	Explorar sistemáticamente la oferta de fuentes de financiación en salud y tener claridad sobre la oferta del MPS y las entidades territoriales.
<b>Productos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conocer la oferta de recursos nacionales e internacionales disponibles para apoyo de políticas y programas del MPS y los entes territoriales.</li> <li>- Apoyar la viabilización de propuestas a donantes.</li> <li>- Estrategia de divulgación y posicionamiento del portafolio de servicios de OPS.</li> </ul>

### 7.3.2. Competencias a construir y fortalecer en el mediano plazo

Las competencias a construir y fortalecer en el mediano plazo se presentan en el anexo no. 6, organizadas de acuerdo a tres temas: planeación estratégica (relaciones con la autoridad sanitaria, relaciones institucionales entre los niveles global,

regional, sub-regional, nacional y subnacional), relación con el Sistema de Naciones Unidas, iniciativas inter-agenciales); desarrollo organizacional (estructura, roles y funciones de la Organización; modalidades de cooperación; procedimientos de gestión y operativos (optimización y simplificación); y metodología e instrumentos de programación, monitoreo y evaluación); y por último, desarrollo de personal (gestión del recurso humano y perfiles del staff).

#### **7.4. AJUSTES A LA ESTRUCTURA DE LA REPRESENTACION OPS/OMS**

En este cuarto y último componente se proponen ajustes inmediatos a la estructura actual de la Representación, con el objetivo de facilitar las acciones inter-programáticas y enfrentar la reducción de los recursos disponibles para las acciones de cooperación directa en el país<sup>24</sup>.

Una vez realizado el ejercicio de estrategia de cooperación con el país y con base en la agenda de cooperación concordada con el MPS, no se consideran cambios sustanciales de la estructura, sino modificaciones funcionales inmediatas y otras que derivarán del trabajo de la hoja de ruta interna para el desarrollo institucional, ilustradas en el componente 7.3.1.

Con base en lo anterior se proponen las siguientes medidas para el estudio y aprobación de la Dirección de la OPS/OMS.

- a) Se propone la eliminación del cargo de Asesor Internacional en el Proyecto de Prevención y Control de Enfermedades, teniendo en cuenta que el titular fue trasladado a Brasil desde febrero del 2005. Sus funciones y responsabilidades, desde la fecha indicada, se han redistribuido entre el Asesor en Información y Conocimiento en Salud y un Profesional Nacional para el manejo de Enfermedades Transmisibles y AIEPI. Los recursos respectivos (aproximadamente US\$300.000) se destinarán en parte a financiar al Profesional Nacional en Enfermedades Transmisibles y las actividades de Cooperación Técnica del mismo proyecto, así como para atender las necesidades de cooperación técnica para el desarrollo. Por tal razón, se solicita transformar los fondos del puesto antes mencionado en “*no post cost*” (ver anexo no. 7).
- b) Disminuir un cargo secretarial del área técnica (Salud Sexual y Reproductiva, y parte de Salud Ambiental), aprovechando que la titular ganó un concurso para el programa PALTEX. Las funciones se redistribuyen entre el resto de personal secretarial. Esta medida se consideró con el objetivo de buscar mayor balance del costo administrativo versus el técnico.
- c) Hasta el 31 de agosto de 2006 no se efectuaron incrementos de salarios al personal de contratación por agencia de empleo. Sólo se atendieron los incrementos por cambio de *step*. Esta acción conllevó a una atención mayor

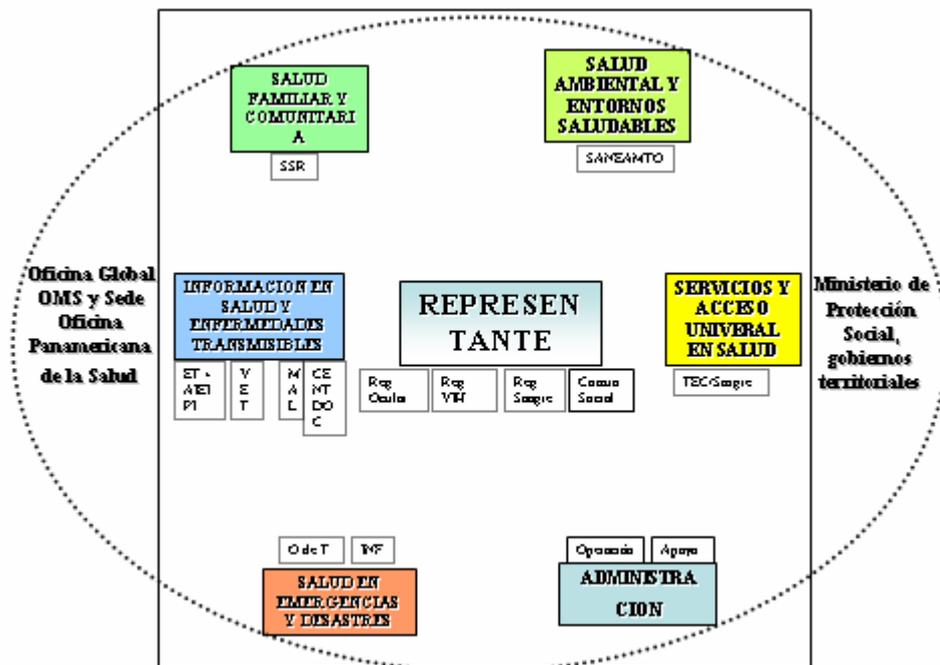
---

<sup>24</sup> El presupuesto regular para el bienio actual ha sufrido los efectos de la revaluación de la moneda colombiana frente al dólar (tipo de cambio de las Naciones Unidas). Esta variación ha sido un 12.1% en el año 2005, mientras que a los costos en pesos se incrementan con la inflación en un promedio anual del 5%.

en el manejo del ambiente laboral y motivacional del personal secretarial y de apoyo.

- d) Se ha dado por terminado el Contrato de un Profesional Nacional para el proyecto de Servicios de Salud. Los recursos asignados se redistribuirán en el proyecto para actividades técnicas y para apoyo secretarial. Sin embargo, en la medida de la necesidad de coordinación de convenios que cuenten con un importante volumen de recursos, y a partir de los condicionantes de la Ley 80 de 1993 (que prevee fondos y recursos de contrapartida de la entidad que ejecuta recursos del Estado), se considera la reapertura de la plaza para el manejo, bajo el proyecto de servicios de salud, de tales convenios técnicos con el Estado colombiano, en el caso de que los mismos lleguen a ser sancionados entre las dos entidades.

Conforme a esta propuesta la estructura de la Representación queda de esta manera:



### 7.5. SUGERENCIAS PARA FORTALECER LAS SINERGIAS ENTRE LOS NIVELES GLOBALES, REGIONALES Y LA OFICINA DE PAIS DE LA OPS/OMS EN COLOMBIA

Estas recomendaciones parten de la premisa que los niveles global-OMS Ginebra y regional-OPS en WDC de la Organización juegan un papel fundamental en el logro de las Agendas de la Oficina Sanitaria Panamericana, apoyando y consolidando las iniciativas a nivel de los países y la labor de la Oficina de País. Tales iniciativas comprenden estrategias y programas para enfrentar y resolver los problemas identificados por los Estados Miembros. Para priorizar las necesidades y problemas en cada país, el instrumento más apropiado es la “Estrategia de Cooperación con el

País”. Mediante tal ejercicio, se pretende alinear los distintos niveles de la Organización de manera explícita con la agenda de prioridades acordadas por la Organización con el país.

Dado que la Estrategia de Cooperación con Colombia está enmarcada en las metas y estrategias del gobierno para conseguir los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) en Salud, la cooperación técnica de OPS para el Desarrollo Nacional de la Salud en Colombia, está especialmente comprometida con los resultados previstos por el gobierno para el 2015. Por ello, nos permitimos realizar las siguientes sugerencias:

- a. En respuesta a las prioridades acordadas con el gobierno en la agenda estratégica y para conseguir el logro de los ODM en Colombia por específicos grupos poblacionales y áreas del país, se requiere que los niveles global y regional intensifiquen su función de soporte (backstopping) a la Oficina de País en Colombia en los siguientes temas: salud materna, salud infantil, enfermedades transmisibles y salud ambiental; así como en los procesos transversales críticos relacionados con el desarrollo de los servicios de salud y la información para la orientación, monitoreo y evaluación del avance hacia los ODM, con particular énfasis en los grupos y áreas del País en que las brechas hacia los ODM son más importantes.
- b. Para potenciar las sinergias entre estos niveles de la Organización y el nivel nacional en torno a las prioridades de la agenda estratégica, las iniciativas globales o regionales que incluyan para su desarrollo a Colombia podrían contemplar, una fase inicial de análisis y planificación conjuntas con la Oficina de País en Colombia con el fin de consolidar el entendimiento que facilite la alineación. Así, entre otras cosas, debería operarse en la ejecución de contratos de prestación de servicios o cartas de acuerdo solicitados por estos niveles a entidades y personas físicas del país, de modo que los esfuerzos técnicos y los recursos financieros se orienten a un mejor aprovechamiento de las iniciativas globales y regionales en respuesta a las necesidades del País. Tal entendimiento previo permitiría a la PWR el recoger las voluntades de las contrapartes nacionales y facilitar mayor efectividad de las intervenciones a nivel local. En síntesis, este esfuerzo de alineación facilitaría la ejecución de las iniciativas globales y regionales y también resultaría en un aprovechamiento de las mismas para potenciar la respuesta a necesidades nacionales.
- c. La elaboración del BPB de la Oficinas globales y regionales podría darse tomando en cuenta el siguiente rango de prioridades: a) Fortalecimiento de cooperación a las prioridades de los ODM del país; b) Cooperación a las prioridades regionales dentro de la agenda colectiva, c) Cooperación a las prioridades subregionales dentro de la agenda común subregional de los países, d) cooperación a las prioridades globales dentro de la agenda colectiva. De esta manera podrá asegurarse un volumen consistente y más sinérgico de cooperación hacia los procesos definidos por el nivel de País.
- d. La Oficina Regional debería desarrollar herramientas de trabajo específicas para el diseño de los planes de salud pública regionales y, en general, de las agendas colectivas tomando en cuenta las particularidades del sistema de protección y seguridad social de Colombia.

- e. La Oficina Regional debería continuar estableciendo acuerdos marco a nivel regional con las agencias del SNU y otras Agencias y Organismos de cooperación y desarrollo internacional, para la creación de mecanismos que permitan y faciliten acuerdos y consensos interagenciales a nivel de País.
- f. La Oficina Regional podría continuar sirviendo de ente facilitador de la articulación a nivel subregional, en las zonas fronterizas y con otros países para consolidar la cooperación horizontal hacia los ODM, estimulando y aprovechando las facultades de la Oficina de País para negociar actividades de cooperación entre países. Es particularmente importante el papel de la Oficina Regional en la relación con los organismos de integración andina (CAN. ORAS/CONHU)
- g. Promover acciones de apoyo para que la PWR Colombia pueda directamente movilizar y acceder a recursos extrapresupuestarios y definir mecanismos ágiles para su manejo<sup>25</sup> desde la sede o desde la Representación, según la situación sugiera. Estas iniciativas extrapresupuestarias deberán ser pertinentes, respaldadas por evidencia y garantizar rendición de cuentas.
- h. En cuanto a los aspectos administrativos, se presentan las siguientes sugerencias para consideración:
  - h1. Incrementar el techo para compras locales y ampliación de delegación a la Representación para compras dentro de la subregión;
  - h2. Garantizar delegación de responsabilidad en la Representación para la selección y nombramiento de los profesionales STC y TA por periodos que la Representación estime necesario y la flexibilidad administrativa para tal efecto. La incorporación de mecanismos de control de calidad podrían permitir el monitoreo de la delegación de responsabilidad;
  - h3. Siempre que se presente un nuevo convenio originado en el país, que implique manejo de recursos de terceros, facilitar la atribución al país de recursos de apoyo a los proyectos (PSC) conforme a las normas vigentes, para apoyo operativo de la Representación. El mecanismo podría ser que una vez aprobado el proyecto (cuya movilización de recursos ha ocurrido a nivel de país), firmado y registrado en Finanzas, en forma automática se tramite ante el área de Presupuestos la asignación del 50% del PSC pagado por el donante para disposición de la Representación;
  - h4. Revisar las normas sobre pasantías en la PWR de modo que se facilite el aprovechamiento de oportunidades de contar con el concurso de profesionales en estudios de postgrado, mediante el pago de algún tipo de reconocimiento económico menor, conforme a la especificidad de cada caso.

---

<sup>25</sup> Se podría ir estableciendo una metodología de trabajo, para atender requerimientos de los países, que implique aprobación mediante un especie de “silencio administrativo” que consiste en que dentro de un plazo límite de tiempo predefinido, si la instancia que debe dar un concepto (positivo o negativo) no lo hace, se entienda como aprobado el asunto solicitado y de esa manera pasa a la siguiente instancia, quien lo iniciará de oficio una vez transcurrido ese tiempo. De esta manera se lograría o el compromiso obligatorio de conceptuar sobre los temas requeridos o permitir que continúen su proceso, así, no se perjudica la relación de las Representaciones con sus contrapartes nacionales y se mejora la imagen de la Organización.

- i. Considerando el énfasis que el Gobierno Nacional hace en los ODM, la Oficina Regional podría considerar a Colombia como **país piloto para la cooperación técnica focalizada en los ODM**, considerándole un laboratorio en el que se desarrollen intervenciones innovadoras y se extraigan lecciones para aplicación en otros países en circunstancias similares. Podría considerarse la creación de un **grupo específico de seguimiento y apoyo** de la Oficina Regional. Sugerimos prever la creación de mecanismos de comunicación intensificada y talleres de consenso para operativizar los temas estratégicos, técnicos y administrativos sugeridos en esta sección.

## BIBLIOGRAFÍA

- Consejo Nacional de Política Económica y Social.: Documento CONPES SOCIAL 91 Metas y Estrategias de Colombia para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio-2015. Bogotá: Departamento de Planeación Nacional; 2005.
- Consejería Presidencial para la Política Social: Política Social, Pobreza y Desarrollo, La Política Social: 1998-2002. Bogotá: Presidencia de la República; 2002.
- DANE. Encuesta Continua de Hogares. Boletín Marzo 30, 2005 [www.dane.gov.co](http://www.dane.gov.co).
- DANE. Registro de nacimientos y defunciones. 2005.. [www.dane.gov.co](http://www.dane.gov.co).
- Departamento Nacional de Planeación, Dirección de Justicia y Seguridad.: Cifras de Violencia, Boletín Trimestral 6, Bogotá: Departamento de Planeación Nacional; 2004, <http://dnp.gov.co>
- Departamento Nacional de Planeación.: 2019 Visión Colombia II Centenario.Bogotá. Planeta; 2005
- Dirección de Agua Potable y Saneamiento del MAVDT.: Política Pública de de Abastecimiento de Agua y Saneamiento Básico para la Zona Rural del País (documento no publicado) Bogotá; 2005
- Echeverri López, María E.: La situación de salud en Colombia en: “La salud pública hoy” Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá;2003
- Fundación Corona - Alcaldía Mayor de Bogotá..”Así Vamos en Salud”. Bogotá: Fundación Corona; 2004
- Guerrero, Ramiro (2006). *El Concepto de la Protección Social*. Bogotá: Ministerio de la Protección Social, Viceministerio Técnico, Cuadernos de Protección Social No. 3.
- MPS – OPS/OMS (2005). Indicadores Básicos de Salud, Colombia 2002.
- Ministerio de la Protección Social, Instituto Nacional de Salud, OPS/OMS Colombia: Situación de Salud en Colombia. Indicadores Básicos 2003, Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2004
- Ministerio de la Protección Social.:Informe de Enfermedad Profesional en Colombia 2001-2002. Bogotá: Ministerio de la Protección Social;2004
- Ministerio de la Protección Social.: Plan Nacional de Salud Ocupacional 2003-2007. Bogotá: Ministerio de la Protección Social;2004
- Ministerio de la Protección Social y Universidad del Valle (CISALVA):. Creencias, actitudes y prácticas sobre la violencia. Línea de Base. Santiago de Cali: CISALVA; 2004
- Ministerio de Salud, La Reforma de la Seguridad Social en Salud, tomo 1 antecedentes y resultados pag.23 Editorial Carrera séptima Ltda. Santa Fé de Bogotá 1994
- Organización Panamericana de la Salud.: Situación de Salud en las Américas: Indicadores Básicos 2004. Washington D.C.; 2004
- OPS (2005). La cooperación centrada en los países y el desarrollo nacional de la salud. Washington D.C. Documento CD46/19.
- Organización Mundial de la Salud: Estrategias de OMS para Cooperación en Países: Un marco Orientador, Ginebra: OMS; 2005
- Organización Panamericana de la Salud, Colombia: Análisis de Situación. Biannual Program Budget (BPB) 2006-2007, Washington D.C: OPS/OMS; 2005
- Organización Panamericana de la Salud, Universidad de Antioquia.: Serie Salud y Desplazamiento en Colombia, Comparación de la situación de salud entre población en situación de desplazamiento y receptora, en seis ciudades, 2002-2003, Módulo 1, Bogotá: OPS/OMS; 2005
- Organización Panamericana de la Salud, Universidad de Antioquia.: Serie Salud y Desplazamiento en Colombia, Comparación de la situación de salud entre población en situación de desplazamiento y receptora, en seis ciudades, Indicadores 2002-2003.Bogotá: OPS/OMS; 2005
- PROFAMILIA.: Salud Sexual y Reproductiva en Colombia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS). Bogotá: Profamilia ; 2000
- República de Colombia. Plan Nacional de Desarrollo.: Hacia un Estado Comunitario.2002-2006
- Sistema de las Naciones Unidas y CEPAL, Programa Nacional de Desarrollo Humano DNP/PNUD, Agencia Colombiana de Cooperación Internacional, Federación Colombiana de Municipios, Cooperación Técnica Alemana GTZ.: Las regiones Colombianas frente a los Objetivos del Milenio. Bogotá: ONU, 2005.

## ANEXOS

### ANEXO No. 1 - Políticas y Prioridades en Salud del Gobierno Nacional

#### a) Programa Nacional de Salud 2002-2006

##### Metas esenciales para el sector:

- Avanzar hacia la cobertura universal,
- Conseguir coberturas útiles de vacunación y de atención materno infantil y,
- Obtener sostenibilidad financiera del SGSSS.

##### a1) En el ámbito del desarrollo del SGSSS

- Incrementar la cobertura del régimen subsidiado en cerca de cinco millones de nuevos afiliados, promover la afiliación al Régimen contributivo, reducir el nivel de evasión de manera drástica
- El Ministerio de la Protección Social deberá diseñar e implementar los mecanismos que permitan monitorear, evaluar y ajustar anualmente el valor de la UPC y el contenido de los planes de beneficios.
- El Gobierno Nacional redefinirá la metodología para calcular los patrimonios técnicos mínimos y los procedimientos administrativos que se exigirán para acreditar u organizar una empresa promotora de salud, nacional o extranjera, que desee operar el aseguramiento en el sector salud.
- Para la operación del régimen subsidiado por parte de las EPS, el Ministerio definirá zonas de operación regional con el fin de lograr la concentración poblacional que permita la operación eficiente del aseguramiento y la adecuada prestación de servicios a los afiliados.
- Se fortalecerá el esquema de inspección, vigilancia y control de conformidad con lo establecido en el decreto - ley 1280 de 2002 y se impulsarán mecanismos que permitan establecer el alcance y suficiencia de los derechos y deberes de los afiliados al sistema e imponga límites razonables al gasto en salud, en desarrollo de los artículos 48 y 49 de la Constitución Política.
- Se formulará e implementará una Política de Prestación de Servicios de Salud. Con el fin de mejorar el acceso y la utilización de los servicios de salud por parte de la población.
- Se llevará a cabo la reorganización y modernización de las IPS públicas, ajustando sus costos y su producción para que sean sostenibles a través de la venta de servicios.

##### a2) En el área de la salud pública.

- La meta prioritaria para el cuatrienio es la consecución y sostenimiento de coberturas de vacunación útiles, superiores al 95 por ciento en menores de 5 años, en todos los biológicos del PAI. el país tenga mejores condiciones de negociación y compra de biológicos en el mercado internacional.
- Mejoramiento de mecanismos de vigilancia de la mortalidad materna y de control de calidad de la atención materno - infantil.
- Se formulará e implementará la Política de Salud Reproductiva y Sexual que contribuya, entre otros, a la reducción del embarazo entre las adolescentes.
- El Ministerio de la Protección Social, las EPS y las entidades territoriales financiarán mecanismos de tamizaje voluntario y desarrollarán estrategias

conjuntas con el sector educativo para incrementar el uso de métodos de protección. infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)

- Antes de finalizar 2004, el Sistema Integral de Información, del SGSSS estará en plena operación en sus componentes esenciales de aseguramiento, prestación de servicios, salud pública, financiamiento y recursos humanos.
- Es necesario que el Estado establezca y evalúe resultados mínimos de las EPSs en la promoción de la salud en sus afiliados.
- El país fortalecerá las acciones integrales para la detección temprana y tratamiento oportuno del cáncer de cuello del útero
- Para disminuir en un 50 por ciento la incidencia de malaria y su mortalidad así como en un 60 por ciento la incidencia de dengue, se fortalecerá la estrategia de control integrado de vectores, concentrando esfuerzos en las zonas de mayor
- Se implementará una política pública de infancia, entendida como el compromiso a favor de la niñez expresada en procesos de responsabilidad y corresponsabilidad por parte de la familia, la sociedad y el Estado.
- Igualmente, los adolescentes deben contar con el apoyo permanente de las instituciones estatales que garanticen una vida sexual responsable y una disminución de la fecundidad de tal forma que pueda protegerse el capital humano. Asimismo, soñamos con una juventud libre de consumo de sustancias psicoactivas. En el futuro debemos contar con un recurso humano altamente competente para enfrentar las dificultades y características propias del sector y de las regiones.

#### **b) Circular 018 del Ministerio de la Protección Social**

Lineamientos (instrucciones de obligatorio cumplimiento) para la formulación y ejecución de los Planes Estratégicos y Operativos del PAB 2004–2007 y de los recursos asignados para salud pública . El documento establece metas de impacto y de proceso en los siguientes **temas prioritarios y actividades transversales** (ver anexo).

##### **b1) Temas prioritarios**

- Reducción de enfermedades inmunoprevenibles, prevalentes de la infancia y mortalidad infantil.
- Implementación de la Política de Salud Sexual y Reproductiva:
- Prevención y Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores:
- Promoción de Estilos de Vida Saludable para la Prevención y Control de las Enfermedades Crónicas.
- Fortalecimiento del Plan Nacional de Alimentación y Nutrición e Implementación de la Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional
- Implementación de la Política de Salud Mental y Reducción del Impacto en Salud de la Violencia
- Otras Enfermedades Prioritarias de Interés en Salud Pública: tuberculosis, lepra, zoonosis (rabia)

##### **b2) Actividades transversales**

- Gestión de la Salud Pública
- Vigilancia en Salud Pública
- Participación Social
- Inspección, Vigilancia y Control de los Factores de Riesgo del Ambiente

## ANEXO No. 2 – Colombia y los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)

### LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO COMO EJES DE UN PROCESO DE PRIORIZACIÓN Y DEFINICIÓN DE ESTRATEGIAS PARA EL DESARROLLO NACIONAL DE LA SALUD.

- a) Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) son una imagen objetivo y punto de impacto del mejoramiento de la capacidad institucional del país en salud.
- b) Los Objetivos de desarrollo del Milenio corresponden a aspectos coincidentes en la prioridades del desarrollo nacional de salud del país; problemas de salud, estructura y proceso, expresados por el gobierno del país y los propuestos en la consulta con los actores sociales del sector salud (primera reunión de consulta Estrategia de Cooperación con el País de OPS); y con las agendas global de OMS y Regional de OPS.
- c) Los Objetivos de Desarrollo del Milenio representan para el país la oportunidad de definir de manera precisa y evaluable los retos y avances en la senda del desarrollo y son elementos dinamizadores de desarrollos institucionales de gran potencialidad para la salud.

### LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO EN COLOMBIA

Objetivos de Desarrollo del Milenio	Metas 2010 Colombia (CONPES 91)
Desnutrición Infantil	Reducir a 4.4% los niños menores de 5 años con desnutrición global
Mortalidad en Menores de cinco años	95% de Coberturas de vacunación con PAI en todos los municipios y distritos del país
	Reducir la mortalidad en menores de 5 años a 21.4 muertes por 1000 nacidos vivos
	Reducir la mortalidad en menores de 1 año a 18.0 muertes por 1000 nacidos vivos
Salud Sexual y Reproductiva	Reducir la razón de mortalidad materna a 64.7 muertes por 100.000 nacidos vivos
	Incrementar al 87% el porcentaje de mujeres con 4 o más controles prenatales
	Incrementar la atención institucional del parto al 87%
	Incrementar la prevalencia del uso de métodos modernos de anticoncepción entre la población sexualmente activa de 15 a 19 años al 59%
	Detener el crecimiento del porcentaje de adolescentes que han sido madres o están en embarazo, manteniendo esta cifra por debajo del 20%
	Reducir la mortalidad por cáncer del cuello uterino a 7.1 muertes por 100.000 mujeres
	Reducir las muertes por malaria a 81 en el año 2010
VIH/SIDA, Malaria y Dengue	Reducir la incidencia de malaria en municipios con malaria urbana a 12.6 casos por 1000 Habitantes
	Reducir las muertes por dengue a 95 casos en el 2010
	Reducir a menos del 16% los índices de infestación de Aedes en los municipios de categoría especial, 1 y 2.
	Haber mantenido la prevalencia de la infección por VIH por debajo del 1.2% de la población general de 15 a 49 años de edad.
	Reducir la mortalidad por VIH/SIDA registrada por el DANE
	Reducir en % la incidencia de transmisión madre hijo
	Aumentar a un 60% la cobertura de terapia antiretroviral a las personas que la requieran
	Reducir la mortalidad por VIH/SIDA registrada por el DANE
Sostenibilidad ambiental	Cobertura de acueducto urbano al 98.5%
	Cobertura de solución de alcantarillado urbano al 94.5%
	Solución de abastecimiento de agua rural al 71.4%
	Solución de saneamiento básico rural al 65.5%

Fuente: CONPES 91. Departamento Nacional de Planeación (2005).

### ANEXO No. 3 – Recursos Cooperación Técnica y Operativos

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD - REPRESENTACION DE COLOMBIA RECURSOS COOPERACION TECNICA Y OPERATIVOS.														
RESUMEN CONSOLIDADO	BIENIO 2006-2007													
Fondos Manej.en colombia	\$ 3,682,438.00	*												
Fondos Manej.en O.C.	\$ 2,532,000.00	**												
Sub-Total	\$ 6,214,438.00													
Fondos Invert.en el pais	\$ 1,162,993.00	***ene-sept/06 (Fondos provenientes de Of.Central y de otros países)												
<b>*Explicacion monto</b>			<b>**Explic.Monto</b>				<b>***Explic.Monto</b>							
Coop.Técnica Directa.F.Regul.	\$ 1,166,247.00		Puestos Paho F.Reg.	\$ 1,332,000.00			Inversion en el pais	\$ 857,643.00						(Contratos con personas físicas y entidades)
Coop.Técnica Directa F.Extra-p	\$ 1,163,591.00		Puestos Paho F.Extra-p	\$ 600,000.00			Capacitación	\$ 266,784.00						(Capacitación de colombianos en el exterior)
	\$ 2,329,838.00		<b>Total</b>	\$ 2,532,000.00			Eventos	\$ 38,560.00						(Taller Internacional de Pandemia en colombia)
Costos Operat.F.Regul.	\$ 1,034,223.00						<b>Total</b>	\$ 1,162,993.00						
Costos Operat.F.Extra-p	\$ 258,371.00													
	\$ 1,352,600.00													
<b>Total</b>	\$ 3,682,438.00													
DISTRIBUCION FONDOS POR PROYECTOS - OPS/COLOMBIA BIENIO 2006-2007														
Concepto	Gestion de la Representación		Reduccion Factores de Riesgo.		Salud Ambiental y Ent.		Formación y Conoc.en Salu		Salud Familiar y Comunitaria		Servicios de Salud		Desastres **	
	Fondos Regulares	Fondos Extra-p	Fondos Regulares	Fondos Extra-p	Fondos Regulares	Fondos Extra-p	Fondos Regulares	Fondos Extra-p	Fondos Regulares	Fondos Extra-p	Fondos Regulares	Fondos Extra-p	Fondos Regulares	Fondos Extra-p
	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$
Puestos Nales Técnicos(NAPS)			\$ 85,881.00	\$ 81,074.00	\$ 65,352.00		\$ 38,670.00		\$ 100,860.00	\$ 47,000.00	\$ 100,500.00			\$ 244,000.00
Puestos Nales Admón (NAPS)	\$ 56,000.00	\$ 47,000.00												
Costos Operativos	\$ 784,015.00	\$ 40,200.00	\$ 50,000.00		\$ 37,853.00		\$ 42,350.00		\$ 46,750.00		\$ 61,261.00		\$ 16,000.00	\$ 171,171.00
Coop.Técnica	\$ 212,000.00		\$ 100,144.00	\$ 199,788.00	\$ 95,000.00	\$ 48,558.00	\$ 68,400.00		\$ 120,840.00	\$ 126,551.00	\$ 148,200.00	\$ 78,616.00	\$ 30,400.00	\$ 338,004.00
<b>Totales</b>	\$ 1,052,015.00	\$ 87,200.00	\$ 236,025.00	\$ 280,862.00	\$ 198,205.00	\$ 48,558.00	\$ 149,420.00		\$ 268,450.00	\$ 173,551.00	\$ 309,961.00	\$ 78,616.00	\$ 46,400.00	\$ 753,175.00
** Los NAPS de este proyecto se financian por año (2006)														

#### ANEXO No. 4 – Detalle de los ajustes de OPS/OMS al BPB 2006-2007

RESULTADOS ESPERADOS 2006-2007	Cambios al BPB actual
Se habrá fortalecido las capacidades nacionales y territoriales para la gestión de salud ambiental e identificado, sistematizado e implementado practicas exitosas en Agua potable y Saneamiento que permitan el incremento de coberturas, la reducción de riesgos ambientales de la población vulnerable y desarrollado alianzas estratégicas con instituciones nacionales, ONGs y agencias de Naciones Unidas para el cumplimiento de los ODM.	<b>Se suspendieron resultados esperados en Violencia, Tabaco y Calidad del aire .</b>
Se habrá fortalecido y difundido en el país, desarrollo de las estrategias de Escuelas y viviendas Saludables basado en un abordaje intersectorial y comunitario, enfocado al cumplimiento de los ODM.	

#### b. Desastres naturales y emergencias complejas

RESULTADOS ESPERADOS 2006-2007	Cambios al BPB actual
Sistemas nacional y subnacional para la prevención y atención de desastres fortalecidos, en los departamentos donde OPS tiene Oficinas de Terreno.	<b>Las demandas de cooperación técnica para responder eficazmente a emergencias y desastres atendidas.</b>
Contar con la estructura para responder eficazmente a las demandas de cooperación técnica de respuesta a las emergencias y desastres. (Fortalecimiento institucional a autoridades territoriales)	
Capacidades institucionales mejoradas para responder a las necesidades en salud de la población desplazada y vulnerable, en los departamentos donde OPS tiene Oficina de Terreno. (Sistema de información, articulación con actores, materiales y capacitaciones, monitoreo y seguimiento)	

#### c. Prevención y control de enfermedades

RESULTADOS ESPERADOS 2006-2007	Cambios al BPB actual
Instituciones del nivel nacional elaboran normativa, políticas, e instrumentos de apoyo técnico, que faciliten la incorporación de las intervenciones en el SGSSS con el fin de avanzar en las metas de los ODM para Colombia en lo concerniente a prevención y control de enfermedades.	<b>Supresión de resultado esperado de Enfermedades No Transmisibles.</b>
En desarrollo estrategias dirigidas al fortalecimiento de las entidades territoriales para el desempeño de sus competencias en promoción de la salud, prevención y control de enfermedades.	
	<b>Introducción de VIH, cáncer de cuello del útero, zoonosis, SPV y ETAs dentro del resultado esperado de Enfermedades Transmisibles</b>
	<b>Desagregación del resultado esperado de E.T. en dos R.E. (nacional y territorial)</b>

#### d. Información y conocimiento en salud

RESULTADOS ESPERADOS 2006-2007	Cambios al BPB actual
Instituciones del nivel nacional elaboran e implementan normas técnicas, reglamentos, instrumentos y estrategias para aplicación en el sector, para el desempeño de las funciones de vigilancia de salud pública (SIVIGILA), análisis de situación de salud (ASIS) e investigación aplicada hacia los ODM	<b>ASIS y VSP focalizan en torno a ODM.</b>
En desarrollo estrategias dirigidas al fortalecimiento de las entidades territoriales para el desempeño de sus competencias en vigilancia de salud pública ,y análisis de situación de salud.	
	<b>Se reducen los R.E. de tres a dos con el criterio de reforzar la rectoría nacional y territorial.</b>

### e. Salud familiar y materno infantil

<b>RESULTADOS ESPERADOS 2006-2007</b>	<b>Cambios al BPB actual</b>
Estrategias para la reducción de la mortalidad materna y neonatal concertadas, promovidas y operando en áreas vulnerables y, con particular atención a municipios en la frontera con el Ecuador.	<p><b>Puntualiza en el trabajo del binomio madre-hijo para la reducción de la mortalidad materna incorpora el tema neonatal responsable del 60% de las muertes infantiles y la neonatal.</b></p> <p><b>Añade el tema de municipios en frontera</b></p>
Grupos Funcionales del nivel nacional y sub. nacional fortalecidos en el desarrollo de competencias y para la reducción de de la mortalidad materna-neonatal en el marco del SGSS.	
Prácticas exitosas en salud materna en el marco del SGSS identificadas y sistematizadas	
Formulación y/o fortalecimiento de políticas ; capacidad de gestión implementación de intervenciones fortalecidas promovidas para mejorar la salud de la niñez, adolescencia y juventud en grupos vulnerables a fin de avanzar en los ODM	

### f. Servicios de salud

<b>RESULTADOS ESPERADOS 2006-2007</b>	<b>Cambios al BPB actual</b>
Sistema Nacional de Protección Social en Salud y de las instituciones a nivel nacional y subnacional fortalecidas en su rol rector, para el cumplimiento de las ODM y el logro del acceso universal de la población a los servicios de salud	<p><b>Orienta resultados 1 y 2 hacia ODM, salud pública y prestación de servicios.</b></p> <p><b>Sustituye resultado 3 (gestión de servicios públicos) por modelos de atención a grupos vulnerables.</b></p>
Capacidad institucional a nivel nacional y subnacional fortalecidas en sus competencias para el desarrollo y gestión de la Salud Pública y de la prestación de servicios de salud	
Instituciones territoriales con competencia en la aplicación de modelos de atención y fortalecimiento de los servicios para los grupos con alto grado de exclusión y vulnerabilidad, incluidas los grupos étnicos en lo concerniente a la promoción, prevención, atención y rehabilitación.	

## ANEXO No. 5 – Competencias a construir/fortalecer en OPS/OMS Colombia

<b>Planeación Estratégica</b>	
<b>Competencia</b>	<b>Contenidos</b>
Relaciones con la autoridad sanitaria	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hacer visible ante la autoridad sanitaria acciones de cooperación técnica en sectores relacionados que impactan en la salud, y articular los procesos de comunicación con contrapartes en todos los niveles.</li> </ul>
Relaciones institucionales entre los niveles (global, regional, sub-regional y nacional, sub-nacionales)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fortalecer la cooperación subregional.</li> <li>- Documentar y analizar cuales necesidades de país pueden ser apoyadas por los niveles regional y central.</li> <li>- Identificar potencialidades en todos los niveles para cooperación técnica y abogacía, y saberla usar estratégicamente.</li> <li>- Identificar y comunicar necesidades hacia el nivel regional y central.</li> <li>- Armonización de la agenda entre OPS regional y país, y OMS.</li> <li>- Fomentar el intercambio ágil de capacidad técnica e información.</li> <li>- Crear mecanismos gerenciales y administrativos ágiles, para concretar modalidades de Cooperación de acuerdo a las necesidades de los países.</li> </ul>
Relación con el Sistema de Naciones Unidas, a iniciativas inter-agenciales, a entidades bilaterales, a 'public-private partnerships'.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conocimiento preciso de los portafolios de servicios, áreas de competencia, espacios de intervención, estrategias de cooperación técnica de las Agencias .</li> <li>- Análisis estratégico que permita visualizar las potencialidades y el valor agregado de iniciativas conjuntas evitando la duplicación de esfuerzos.</li> <li>- Promover la conformación de alianzas a nivel nacional regional y local con actores no gubernamentales, gubernamentales, del sector privado y agencias del sistema.</li> <li>- Crear canal formal para compartir el trabajo de las áreas OPS en Colombia y con las oficinas de terreno.</li> <li>- Mapeo de instituciones y sus mandatos, identificar las experticias y el perfil técnico del Staff de OPS</li> </ul>

<b>Desarrollo Organizacional</b>	
<b>Competencia</b>	<b>Contenidos</b>
Estructura, roles y funciones de la Organización	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover la planeación de la organización con enfoque “bottom-up” aprovechando la presencia en el terreno con el fin de mejorar la capacidad de respuesta a las necesidades territoriales.</li> <li>- Fortalecer la capacidad del área técnica para el liderazgo, análisis e implementación de las políticas de salud que promuevan el proceso descentralizador y generen y den continuidad a la capacidad local para la planeación de la salud pública y de los servicios de salud.</li> <li>- Mejorar la capacidad para generar información sobre inequidades en salud (resultados y financiamiento) que permita tomar oportunas medidas para la respuesta nacional y regional mediante el seguimiento a las estrategias de focalización y protección social así como asignación y distribución del gasto nacional y regional en salud.</li> </ul>
Modalidades de cooperación	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Documentar, evaluar y diseminar buenas prácticas y otras experiencias.</li> <li>- Promover la conformación de alianzas a nivel nacional regional y local con actores no gubernamentales, gubernamentales, del sector privado y agencias del sistema.</li> <li>- Cooperación técnica horizontal: centros de excelencia, identificación de recursos humanos calificados del país.</li> <li>- Capacidad de diagnóstico estratégico para identificar las brechas y potencialidades en su campo de acción.</li> <li>- Cooperación técnica directa</li> </ul>
Procedimientos de gestión y operativos (optimización y simplificación)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hacer un análisis de los procedimientos administrativos para hacerlos mas descentralizados, efectivos y eficientes, basados en la confianza.</li> <li>- Fomentar la creación de aplicaciones de apoyo en la intranet y otras tecnologías disponibles.</li> <li>- Desarrollar instrumentos para elaboración de informes que puedan ser utilizados por usuarios técnicos y administrativos.</li> </ul>

Metodología e instrumentos de programación, monitoreo y evaluación	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mejorar la capacidad para el análisis de los factores determinantes de la salud, la medición y vigilancia de la carga de enfermedad, el monitoreo y evaluación de los procesos de la reforma y el análisis del impacto de las intervenciones en salud.</li> <li>- Desarrollar instrumentos de medición de impacto para cada uno de los programas del país y para el país en su conjunto.</li> </ul>
--	--

<b>Desarrollo de Personal</b>	
<b>Competencia</b>	<b>Contenidos</b>
Gestión del recurso humano	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisión administrativa de la definición de los perfiles del cargo, formas e instrumentos de selección, vinculación y evaluación del recurso humano, para que responda a las necesidades de la CT centrada en los países</li> <li>- Implica mantenimiento, actualización y desarrollo del talento humano para cumplir los retos de la OPS</li> <li>- Manejo interno del conflicto.</li> </ul>
Perfil y tipología del staff	<ul style="list-style-type: none"> <li>- El staff en su perfil y tipología requerirá no sólo experticia técnica sino formación y capacidad de liderazgo, capacidad para movilizar y aglutinar acciones y estrategias que potencien la CT, capacidad demostrada en la resolución de conflictos, competencia demostrada para el trabajo en equipo.</li> <li>- Competencia demostrada para adaptación de estrategias y metodologías de cooperación técnica en lo nacional, departamental, distrital y municipal</li> <li>- Demostradas competencias para análisis estratégico de actores involucrados</li> <li>- Con predominio de los campos técnicos priorizados en las estrategias.</li> <li>- El staff debe desarrollar conocimiento de la realidad del país en lo histórico, geográfico, socioeconómico, cultural, político e institucional.</li> <li>- El staff debe desarrollar los conceptos y métodos para gestión del conocimiento, porque la cooperación técnica es, fundamentalmente, administración del conocimiento local o internacional para el desarrollo de la salud.</li> <li>- Profesionales con habilidades y competencias laborales para: identificar la capacidad técnica del país, los intereses de conocimiento, la forma de comprender y apropiarse de conocimientos, técnicas y tecnologías, con capacidad para promover la comprensión e interpretación de nuevos conocimientos. Capacidad para trabajar contextos disciplinares (problemas, categorías, concepciones en salud), contextos socioculturales( culturas regionales, nacionales, internacionales, vida cotidiana, tecnologías), construcciones teóricas ( desarrollos conceptuales, alternativas de interpretación y aplicación de alternativas en salud), capacidad movilizadora.</li> <li>- Fomentar la capacidad comunicativa en inglés.</li> </ul>

**ANEXO No. 6 – Listado de Participantes**

**Participantes en el proceso de formulación de la  
Estrategia de Cooperación con el País 2006 – 2010  
Taller Análisis de la Situación del País y la Cooperación en Salud  
Mayo 2005**

<b>Institución</b>	<b>Nombre</b>	<b>Cargo</b>
Ministerio de la Protección Social	Dr. Cesar Córdoba	Director Promoción Social
	Marieta Ortega	Prof. Especializado Of. Coop. Int.
	Luz Stella Méndez	Prof. Especializado Of. Coop. Int
	Dr. Jose Gabriel Mesa	Jefe Oficina de Cooperación
	Dra. Sonia Bedoya M.	Coordinadora Grupo de Gestión
	Dra. Luz Marina Salcedo	Coordinadora Sistemas
Ministerio de Relaciones Exteriores	Dra. Mery Cecilia Hurtado	Asesora Of. Cooperación Internacional
	Dra. Lucía González	Asesora Dir. Asuntos Multilaterales
	Dr. Ricardo Montenegro	Coordinador CIIDEF
Ministerio de Educación Nacional	Dra. Maria Clara Ortiz K.	Subdirectora Articulación
PRESIDENCIA – Colombia Joven	Dra. Ana Maria Ospina	Consultora Políticas Juventud
ACCION SOCIAL	Dra. Ana María Gómez	
DNP	Dr. Felix Nates	Subdirector de Salud
	Dra. Diana Cardenas	Asesora Subdirección Salud
DANE	Dra. Clara Inés González	Profesional Especialista
ICBF	Dra. Blanca Luz Hoyos	
	Dra. Lilia Fuentes de Roa	
	Dr. Jaime Matute	Jefe Cooperación Internacional
Instituto de Seguros Sociales	Dr. Jairo Reynales	Vicepresidente EPS - ISS
	Dra. Angela Maria Escobar	Dirección Nacional de Planeación
Asoc. Col. Hospitales y Clínicas	Dr. Juan Carlos Giraldo	Director General
DGPAD	Dr. Hugo Gamba	Jefe Area Educación
Academia Nacional de Medicina	Dr. Zoilo Cuellar	Presidente
COSESAM	Dr. Elkin Otálvaro	Director Ejecutivo
ACESI	Dra. Maria Teresa Roballo	
SDS - Bogota	Dra. Nancy Molina	Directora Salud Pública
	Dr. Mario Hernández	Secretario Salud Bogota (E)
RECOLVIH	Javier Varón	
Universidad Nacional	Dr. Jairo Luna	Profesor Asociado
Oficina del Coordinador Residente SNU	Frederik Svensson	
PNUD	Fernando Hemera	Especialista
ACNUR	Adraina Buchelli	Oficial de Protección
	Dra. Tiziana Clerico	Oficial Asuntos Comunitarios
OIM	Dra. Beatriz E. Gutiérrez	IDPs
FAO	Dra. Maria Jose Zimmermann	Representante
	Dr. Darío Fajardo	Oficial de Programas
UNFPA	Dra. Lucy Warttenberg	
CEPAL	Michele Espinoza	
VISION MUNDIAL	Dra. Isabel Cristina Gallego	Coordinadora Nacional de Salud
PLAN INTERNACIONAL	Dra. Piedad Osorio	
Save The Children	Dr. Pedro Quijano	Secretario Técnico
Médicos Sin Fronteras Bélgica	Dr. Carlos Ayala	Coordinador Médico
	Dr. Giovanni Apraez	Médico Asistente
Médicos Sin Frontereas España	Dr. Jose Felix Jaulín	
Federación Int. Cruz Roja	Dr. Geert Haghebaert	Representante
	Tatiana Florez	Asesora
ACOFAEN	Dra. Maria Iraidis Soto	Directora Ejecutiva

CISALVA	Dra. Maria Isabel Gutiérrez	Directora
CEDETES	Dra. Ligia de Salazar	Directora
Universidad del Valle	Dra. Liliana Arias	Decana Facultad de Salud
Séc. Salud Depto. Del Valle	Dra. Nohora Lucia Arias	Secretaria Salud
Centro Inv. Epidemiológicas	Oscar Hernán Falla	Director
FNSP – U. de Antioquia	Dr. Oscar Sierra	Decano
Inst. Departamental de Salud Nariño	Dra. Elizabeth Trujillo	Subdirectora P y P

**Participantes en el proceso de formulación de la  
Estrategia de Cooperación con el País 2006 – 2010  
Consulta Interinstitucional Abril 2006**

<b>Institución</b>	<b>Nombre</b>	<b>Cargo</b>
Ministerio de la Protección Social	Dr. Lenis Urquijo	Director General de Salud Pública
	Dra. Luz Elena Monsalve	Coordinadora Grupo Promoción y Prevención, DGSP
	Dr. Andres Palacio	Director General de Promoción Social
	Dr. Lucio Robles	Asesor
	Dr. Jose Gabriel Mesa	Jefe Oficina de Cooperación y Relaciones Internac.
	Dra. Guillermina Agudelo	Oficina de Cooperación y Relaciones Internacionales
Ministerio de Relaciones Exteriores	Dra. Mery Cecilia Hurtado	Asesora Dirección de Cooperación Internacional
	Dr. Gedeon Jaramillo Rey	Asesor Dirección de Cooperación Internacional
Ministerio del Medio Ambiente	Dr. Juan Carlos Giraldo	Coordinar Nacional Grupo Técnico
	Dr. Luis Ariel Lombana	Asesor Dirección de Agua Potable
Ministerio de Educación Nacional	Dra. Maria Clara Ortiz K.	Subdirectora de Proyectos Intersectoriales
	Dr. Carlos Jimenez	Profesional Oficina de Cooperación Internacional
ACCION SOCIAL	Dr. Rafael Uribe Iregui	Subdirector
	Dra. Luz Maria Salazar	Asesora
DNP	Dr. Felix Nates	Subdirector de Salud
DANE	Dra. Clara Inés González	Profesional Especialista
ICBF	Dra. Blanca Luz Hoyos	Directora Técnica
	Dra. Ana María Peñuela	Directora de Evaluación
INC	Dr. Raúl Murillo	Subdirector
Instituto de Seguros Sociales	Dr. Gilberto Quinche	Presidente
	Dra. Angela Maria Escobar	Dir. Planeación de Salud
Cruz Roja Colombiana	Dra. Mercedes Suarez	Coord. Nal Salud Comunitaria y Salud en Desastres
Academia Nacional de Medicina	Dr. Alvaro Moncayo	Secretario
Sociedad Colombiana de Padiatría	Dr. Jaime Céspedes	Vicepresidente
COLCIENCIAS	Dra. Rosa Isabel Patiño	Directora Programa de Ciencia y Tecn. de la Salud
Consejo Episcopal – Pastoral Social	Padre Adriano Tarrarán	Coordinador Pastoral Social
	Dra. B. de Calderón	Coordinadora Formación de Salud
Oficina del Coordinador Residente SNU	Dr. Juan Ignacio Arango	Analista de Coordinación
PMA	Dr. Peter Goossens	Representante

ACNUR	Dr. Julio Roberto Meier	Representante
UNICEF	Dra. Ma. Del Pilar Rodríguez	Oficial de Salud y Nutrición
ONUSIDA	Dr. Ricardo García	Coordinador Nacional
OCHA	Dr. Juan Chávez	Oficial Nacional
Embajada de Italia	Dr. Fabio Messineo	Primer Secretario
VISION MUNDIAL	Dra. Isabel Cristina Gallego	Coordinadora Nacional de Salud
Convenio Andrés Bello	Dr. Elmer Escobar	Asesor
AECI	Dr. Francesco Vila	Técnico Proyectos
GTZ	Dra. Petra Riedle	Asesora
USAID	Dra. Lynn Vega	Directora Programa Desplazados
ACOFAEN	Dra. Maria Iraidis Soto	Directora Ejecutiva
CISALVA	Dra. Maria Isabel Gutiérrez	Directora
CIDEIM	Dra. Nancy Saravia	Directora Científica
Universidad del Valle	Dra. Liliana Arias	Decana Facultad de Salud
Séc. Salud Santander	Dra. Claudia Patricia Arenas	Subdirectora de Salud Pública

## ANEXO No. 7 – Distribución “no post cost”

La distribución de fondos es la siguiente para el bienio 2006-2007

NAP Enf. Transmisibles/AIEPI	US\$ 73.000.00
Proyecto Gestión de la PWR	US\$ 59.000.00
Reducción de Factores de Riesgo	US\$ 44.000.00
Salud Ambiental	US\$ 15.000.00
Información y Conocim. en Salud	US\$ 29.000.00
Salud Familiar y Comunitaria	US\$ 29.000.00
Servicios de Salud	US\$ 44.000.00
Salud en Desastres y Emergencias	US\$ 7.000.00
Total	US\$ 300.000.00

**Nota:** Se han recibido US\$ 49.000.00 que han sido utilizados en la contratación del NAP de Enfermedades Transmisibles/AIEPI. Se espera recibir US\$ 251.000.00, los cuales se distribuirán así: US\$ 24.000.00 para completar el financiamiento del citado NAP, y US\$ 227.000.00 que se distribuirán entre los proyectos, como se describe arriba.

## ANEXO No. 8 – Anexo Estadístico

### DESARROLLO HUMANO EN COLOMBIA

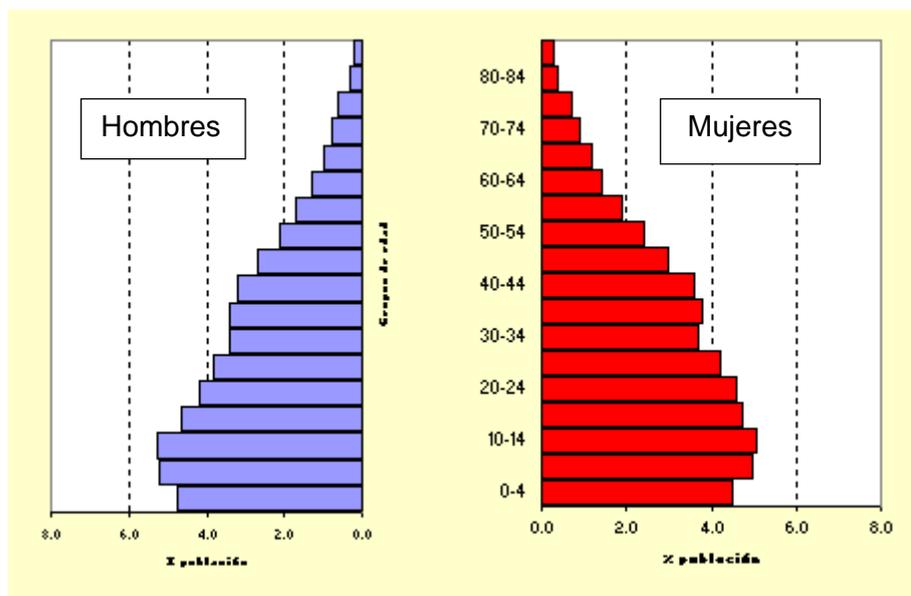
#### INDICE DE DESARROLLO HUMANO Y DESIGUALDAD DE INGRESOS, COLOMBIA 1991 - 1997 - 1999 - 2001

Años	Indice de logro educativo	Indice de esperanza de vida	Indice de PIB per cápita ajustado	Coficiente de GINI	Indice PIB per cápita con Gini	IDH	IDH ajustado con Gini
1991	0,797	0,719	0,668	N.A.	N.A.	0.728	N.A.
1997	0,849	0,762	0,717	0,56	0.316	0.776	0,642
1999	0,845	0,771	0,662	0,56	0.291	0.759	0,636
2001	0,844	0,781	0,688	0,546	0.313	0.771	0,646

Fuente: DNP (2005). Las Regiones Colombianas Frente a los Objetivos del Milenio.

### INDICADORES DEMOGRAFICOS DE COLOMBIA

#### POBLACIÓN POR EDAD Y SEXO (DISTRIBUCIÓN PROPORCIONAL) COLOMBIA 2005



Fuente: DANE (2006). Cifras provisionales del Censo 2005.

**ESTRUCTURA DE LA POBLACION COLOMBIA  
(Estimaciones para el 2006)**

	%
<b>Población urbana (cabecera)</b>	<b>72.8</b>
<b>Población rural</b>	<b>27.2</b>
<b>Población femenina</b>	<b>50.56</b>
<b>Población masculina</b>	<b>49.44</b>
<b>Proporción de población menor de 15 años</b>	<b>30.5</b>
<b>Proporción de población de 60 y más años</b>	<b>7.6</b>

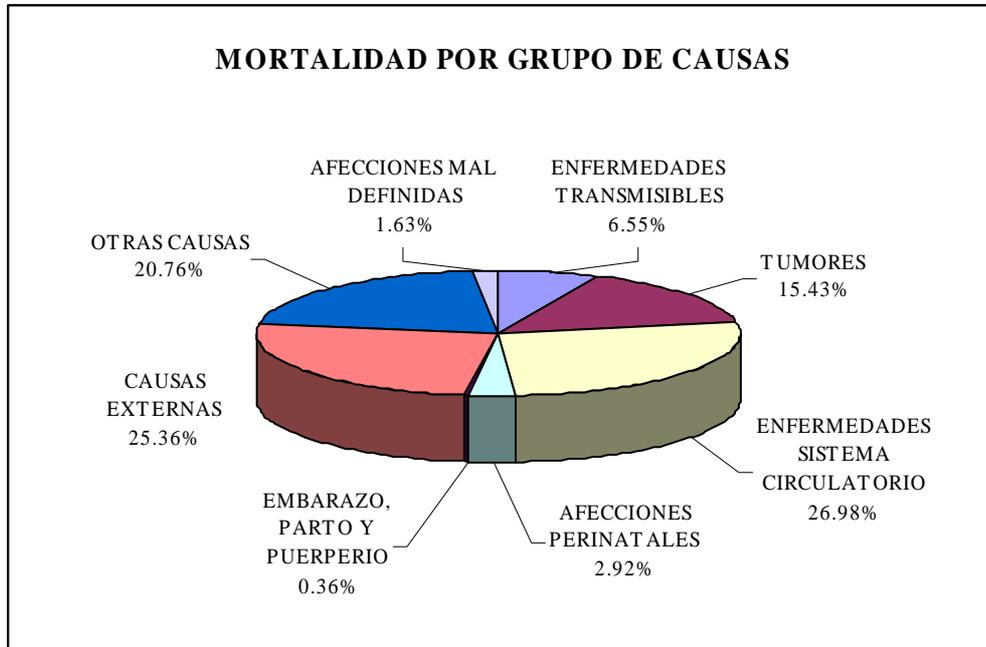
Fuente: MPS-OPS/OMS (2006) Situación de Salud en Colombia, Indicadores Básicos 2006 (Proyecciones del DANE, con base en población del censo de 1993).

**DINAMICA DE LA POBLACION COLOMBIA  
(Estimaciones para el 2005)**

<b>Tasa global de fecundidad por mujer (2005-2010)</b>	<b>2,48</b>	
<b>Tasa específica de fecundidad en mujeres de 15 a 19 años de edad (por 1000)</b>	<b>79,5</b>	
<b>Media anual de nacimientos (estimada)</b>	<b>985.666</b>	
<b>Tasa bruta de natalidad (nacidos vivos por 1000 habitantes) (estimada)</b>	<b>22,3</b>	
<b>Media anual de defunciones (estimada)</b>	<b>242.115</b>	
<b>Tasa bruta de mortalidad por 1.000 habitantes (estimada)</b>	<b>5,48</b>	
<b>Tasa de mortalidad infantil estimada por 1000 nacidos vivos</b>	<b>25,6</b>	
<b>Esperanza de vida al nacer (años)</b>	<b>Total</b>	<b>72,17</b>
	<b>Hombres</b>	<b>69,17</b>
	<b>Mujeres</b>	<b>75,32</b>

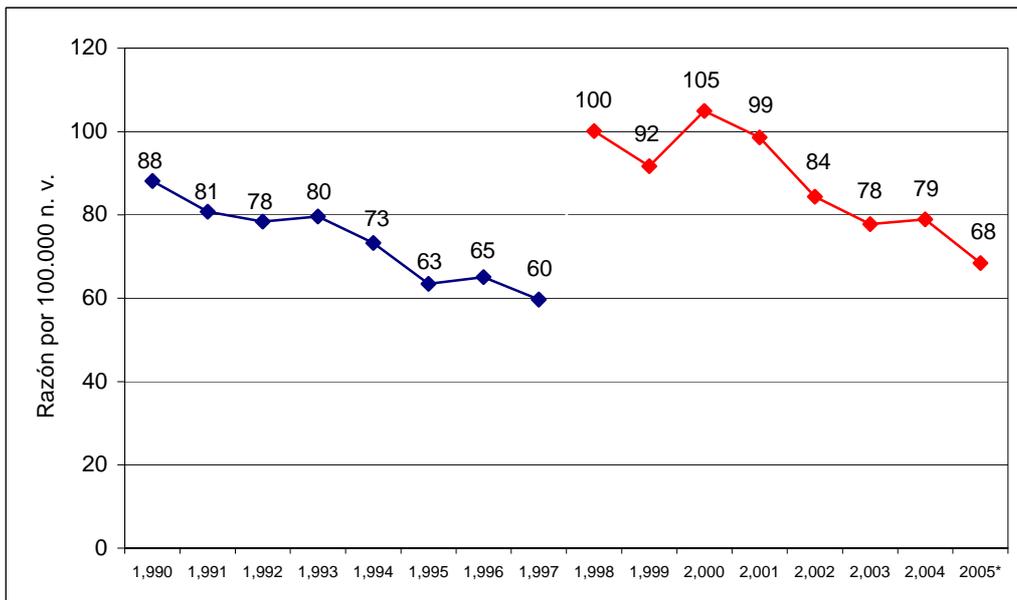
Fuente: MPS-OPS/OMS (2005). Situación de Salud en Colombia, Indicadores Básicos 2005.

**COMPORTAMIENTO DE LA MORTALIDAD EN COLOMBIA**  
**Por grupos de causas (lista 6/67 OPS) 2002**



Fuente: MPS – OPS/OMS (2005). Situación de Salud en Colombia. Indicadores Básicos 2005.

**RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA COLOMBIA 1990-2005**

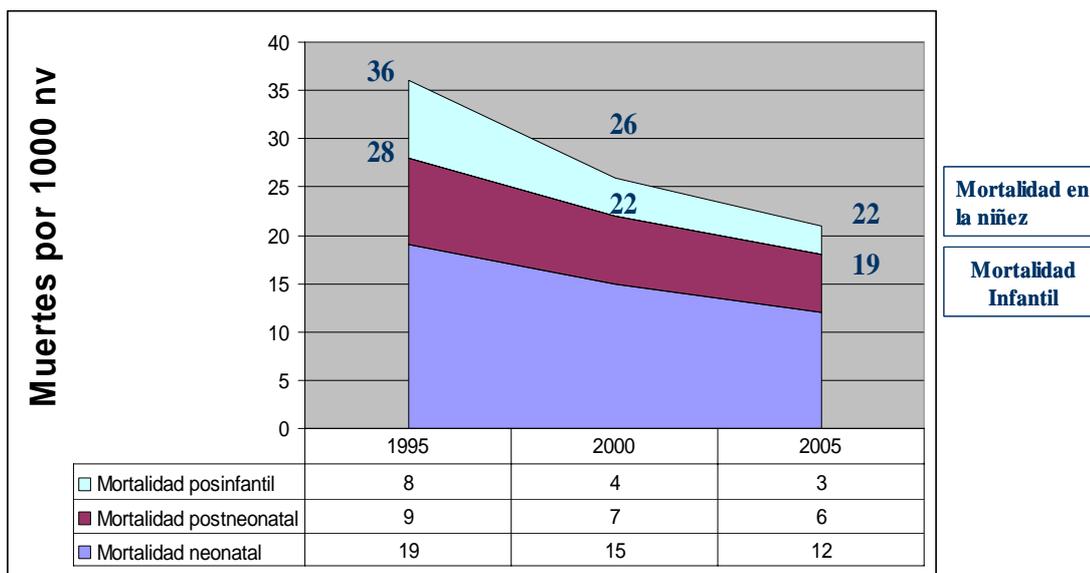


\* 2005 valor preliminar

Fuente: DANE

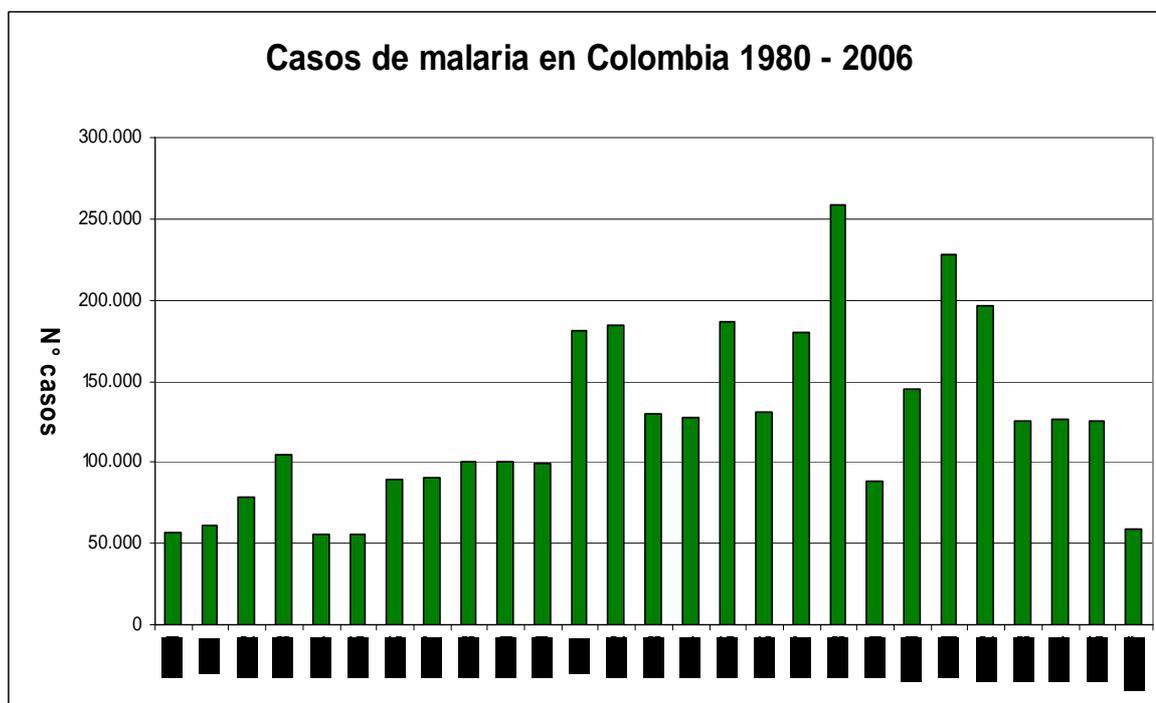
Elaboración: Ministerio de la Protección Social

## MORTALIDAD INFANTIL Y EN LA NIÑEZ TASA POR 1000 nv – COLOMBIA 1995 - 2005



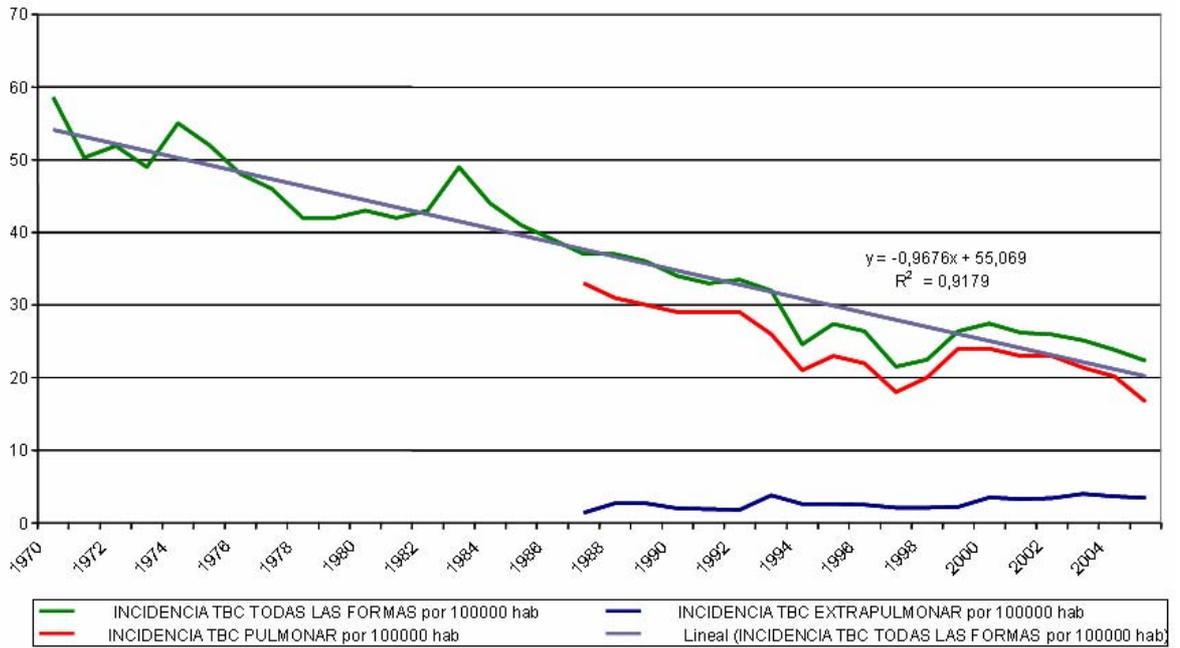
Fuente: Profamilia (2005). Encuesta Nacional de Demografía y Salud 1995, 2000, 2005  
Elaboración: Ministerio de la Protección Social.

## COMPORTAMIENTO DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES EN COLOMBIA



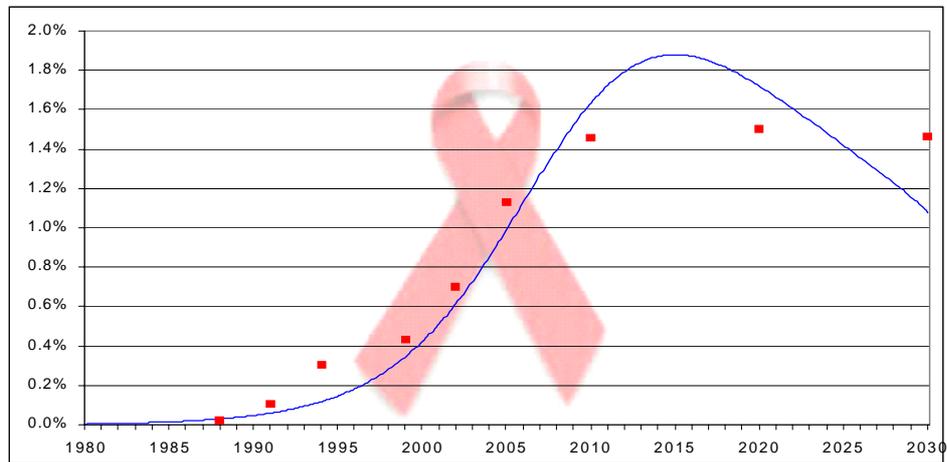
Fuente: Ministerio de la Protección Social (2005).

## INCIDENCIA DE TUBERCULOSIS COLOMBIA 1970-2005



Fuente: Ministerio de la Protección Social (2005).

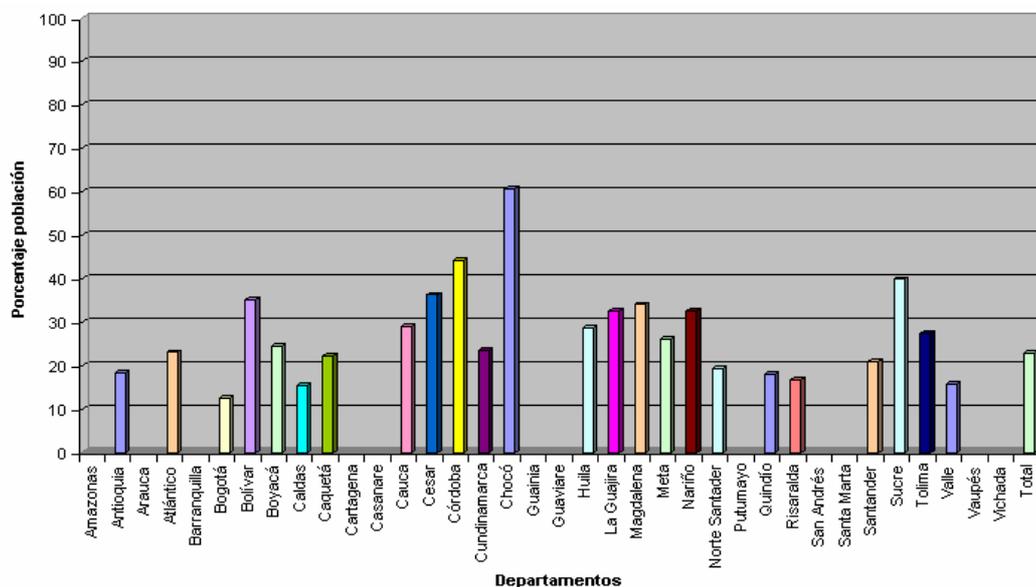
### Prevalencia de infección por VIH, en población de 15 a 49 años Escenario Inercial.



Fuente: ONUSIDA- MPS-INS (2005).

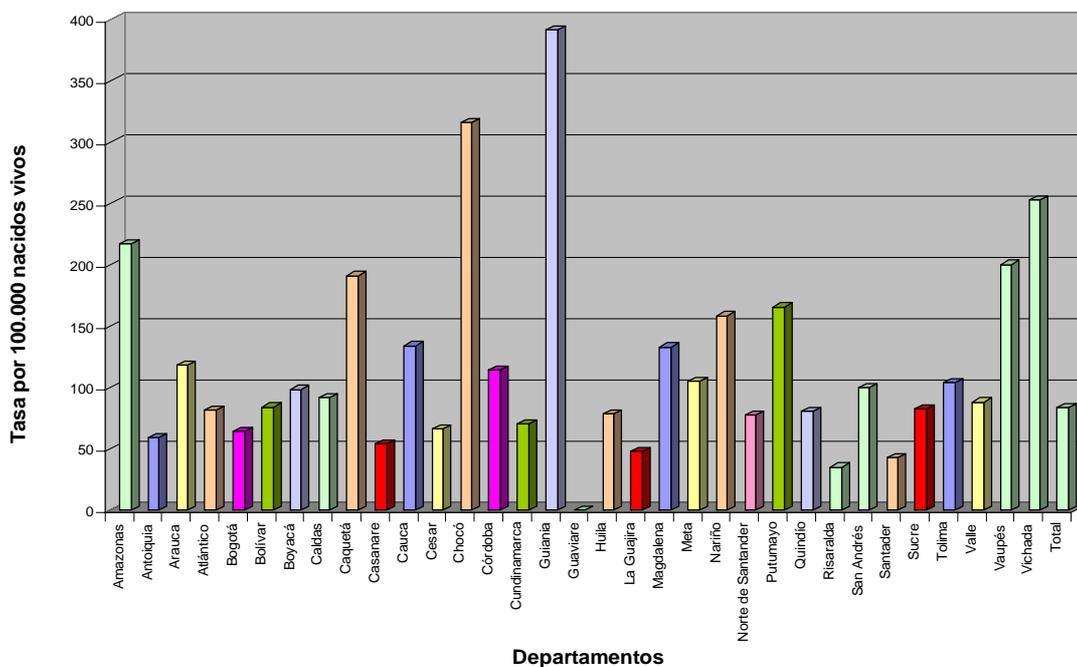
## DESIGUALDAD GEOGRAFICA EN SALUD

### POBLACIÓN CON NECESIDADES BÁSICAS INSATISFECHAS DEPARTAMENTOS – COLOMBIA 2000



Fuente: MPS-OPS/OMS: Situación de Salud en Colombia. Indicadores Básicos, 2003

### RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA POR 100.000 NV DEPARTAMENTOS – COLOMBIA 2002



Fuente: MPS-OPS/OMS (2005). Situación de Salud en Colombia, Indicadores Básicos 2005.

## SALUD DEL AMBIENTE

### ACCESO A SERVICIOS PUBLICOS DOMICILIARIOS 2003

Cobertura del servicio de acueducto (urbano)	<b>97,6%</b>
Cobertura del servicio de acueducto (rural)	<b>53,1%</b>
Cobertura del servicio de alcantarillado (urbano)	<b>90,2%</b>
Cobertura del servicio de saneamiento básico rural	<b>57,9%</b>
Cobertura del servicio de recolección de residuos sólidos	<b>95,1%</b>

Fuente: DNP (2005). Documento CONPES Social 091.

## SITUACION DE SALUD EN POBLACIONES VULNERABLES

### COBERTURAS DE VACUNACIÓN EN NIÑOS MENORES DE 1 AÑO EN POBLACION DESPLAZADA Y DE ESTRATO 1, COLOMBIA 2002

Variables	Desplazados [1]	Estrato 1 [1]
% Niños con carné de vacunación	<b>69.5</b>	<b>72.0</b>
% Niños BCG (1 dosis)	<b>84.8</b>	<b>95.1</b>
% Niños VOP (3 dosis)	<b>79.6</b>	<b>88.1</b>
% Niños HIB (3 dosis)	<b>47.6</b>	<b>62.4</b>
% Niños DPT (3 dosis)	<b>76.2</b>	<b>84.5</b>
% Niños Hepatitis B (3 dosis)	<b>76.2</b>	<b>82.5</b>

[1] Fuente: Para niños entre 7 y 12 meses. Consolidado EPEPV 2002. Estudio de Perfil Epidemiológico en población desplazada y población estrato uno no desplazada en cuatro ciudades de Colombia: Montería, Soacha, Cali, Cartagena. Organización Panamericana de la Salud / Instituto Nacional de Salud 2002

## SISTEMA DE SALUD

### AFILIACIÓN REGIMEN SUBSIDIADO COLOMBIA 1995-2003

AÑO	AFILIADOS	COBERTURA TOTAL
1995	4.800.916	12.5%
1996	5.981.774	15.2%
1997	7.026.691	17.06%
1998	8.527.061	20.8%
1999	9.325.832	22.5%
2000	9.510.566	22.5%
2001	11.069.182	26.3%
2002	11.444.003	26.7%
2003	11.867.947	23.0%
2004*	15.534.474	34.3%

Fuente: UDEA (2003). Resultados económicos de la Reforma de salud en Colombia. Observatorio de la Seguridad Social No. 7, Grupo de Economía de la salud. Medellín.  
\* Ministerio de la Protección Social, Dirección General de Seguridad Económica y Pensiones.