

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD  
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

# PLAN ESTRATEGICO

---

COLOMBIA

**PARA ALIVIAR LA CARGA Y SOSTENER LAS ACTIVIDADES DE CONTROL EN LEPROSIA**

**2010-2015**

PLAN ESTRATÉGICO

17/09/09

**DIEGO PALACIO BETANCOURT**

Ministro de Protección Social

**CARLOS IGNACIO CUERVO VALENCIA**

Viceministros de Salud y Bienestar

**ROBERTO SEMPETEGUI**

Representante OPS/OMS Colombia

**JUAN GONZALO LOPEZ CASAS**

Director Instituto Nacional de Salud

**GILBERTO ALVAREZ URIBE**

Director General de Salud Pública

**RICARDO LUQUE**

Coordinación grupo Promoción y Prevención

#### **Grupo Funcional Nacional**

**Ernesto Moreno Naranjo**

Responsable Programa Nacional de Lepra

**Martha Idalí Saboyá Díaz**

Profesional Nacional Área Transmisibles OPS/OMS

**María Consuelo Garzón Torres**

Coordinadora Grupo Micobacterias SRNL- INS

**Claudia Llerena Polo**

**Dora Leticia Orjuela Gamboa**

**Graciela Mejía Restrepo**

Bacteriólogas Grupo Micobacterias SRNL- INS

**Grupo Redactor Versión Inicial**

Ernesto Moreno Naranjo  
Martha Idalí Saboyá Díaz  
María Consuelo Garzón Torres  
Claudia Llerena Polo  
Dora Leticia Orjuela Gamboa  
Graciela Mejía Restrepo  
Cesar Castiblanco Montañez

**Grupo Revisor Externo**

**Consultores Externos OPS/OMS  
Representación Colombia**

Ingrid Garcia  
David Rodriguez  
Adriana Betancourt  
Guillermo Escobar  
Eder Castro  
Norman Gil

**Asociación Alemana de Asistencia al  
Enfermo con Lepra y Tuberculosis. DAHW**

Ángel Albero Rivera Rojas  
Libardo José Gómez Peña  
Martha Cecilia Barbosa Ladino  
Leila Kassem Llano

**Actualización**

Nestor Vera Nieto  
Consultor Externo OPS/OM  
Representación Colombia

## Tabla de contenido

Abreviaturas.....	6
I. Antecedentes.....	7
II. Situación de la Lepra en Colombia.....	7
Análisis de la situación de la lepra por grupos de departamentos.....	10
III. Marco legal para la prevención y el control de la lepra en Colombia.....	13
La Lepra en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.....	13
Estructura, competencias y recursos en Colombia para realizar acciones de vigilancia, prevención y control de la lepra.....	15
Ministerio de la Protección Social.....	15
El Instituto Nacional de Salud.....	15
Direcciones departamentales y distritales de salud.....	16
Direcciones municipales de salud.....	16
Financiación de las acciones de prevención, vigilancia y control de la lepra en Colombia.....	17
Guía de atención y protocolo de Vigilancia en salud pública.....	17
Sistema de información.....	18
IV. Justificación del Plan Estratégico 2010-2015.....	18
V. Objetivos y metas.....	20
Objetivo General.....	20
Metas generales:.....	20
Objetivos específicos.....	20
VI. Líneas de acción prioritarias para la prevención, vigilancia y control de la lepra en Colombia.....	22
Líneas de acción nacionales.....	22
Líneas de acción generales en el nivel territorial.....	23
Metas y Líneas de acción específicas adicionales para distritos y departamentos según escenario.....	24
Para departamentos y distritos del ESCENARIO 1.....	24
Para departamentos y distritos del ESCENARIO 2.....	25
VII. Monitoreo y evaluación del plan.....	25

Cronograma.....	26
Indicadores de Monitoreo y Evaluación – Plan Estratégico Colombia 2010 – 2015 .....	27
Bibliografía.....	28
Anexo: Información epidemiológica por territorio .....	30

## Abreviaturas

<b>DANE</b>	Departamento Nacional de Estadística.
<b>EPS C</b>	Entidad Promotora de Salud del Régimen Contributivo
<b>EPS S</b>	Entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado
<b>INS</b>	Instituto Nacional de Salud.
<b>IEC</b>	Información, Educación, Comunicación.
<b>IPS</b>	Institución Prestadora de Servicios de Salud
<b>LNR</b>	Laboratorio Nacional de Referencia.
<b>LSP</b>	Laboratorio de Salud Pública
<b>MPS</b>	Ministerio de la Protección Social.
<b>MB</b>	Multibacilar.
<b>ODM</b>	Objetivos de Desarrollo del Milenio.
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud.
<b>ONG</b>	Organización No Gubernamental.
<b>OPS</b>	Organización Panamericana de la Salud.
<b>PB</b>	Paucibacilar.
<b>PIC</b>	Plan de Intervenciones Colectivas.
<b>PQT</b>	Poliqumioterapia.
<b>RBC</b>	Rehabilitación Basada en Comunidad.
<b>RNL</b>	Red Nacional de Laboratorios.
<b>RRHH</b>	Recursos Humanos.
<b>SGSSS</b>	Sistema General de Seguridad Social en Salud.
<b>SIVIGILA</b>	Sistema de Vigilancia en Salud Pública.
<b>SISPRO</b>	Sistema de Información de la Protección Social.
<b>UPGD</b>	Unidad Primaria Generadora de Datos.
<b>TN</b>	Transferencias Nacionales.

## Plan estratégico para aliviar la carga y sostener las actividades de control en lepra Colombia 2010-2015

### I. Antecedentes

En 1991 la 44 asamblea mundial de la salud aprobó la propuesta de eliminar la Lepra como problema de salud pública para el año 2000. Lo que se definió como la reducción de la tasa de prevalencia a cifras inferiores a 1 caso por 10.000 habitantes, por lo que esta meta no significa la erradicación de la enfermedad ni la interrupción de la transmisión, sino la reducción de la prevalencia a niveles muy bajos, en los que se considera que el potencial de transmisión es muy limitado.

En el año 2000 la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió el plan estratégico 2000-2005 con el objetivo de consolidar en la región la eliminación de la lepra como un problema de salud pública a nivel nacional y alcanzarla en aquellos países donde aún no se había alcanzado la meta propuesta.

Sin embargo, la OMS consideró urgente y necesario efectuar cambios decisivos en la organización del control de la lepra, para lograr la meta de eliminación, reducir la carga de la enfermedad y sostener los servicios de control de lepra durante muchos años; por lo cual, diseñó la **estrategia mundial 2006-2010 para aliviar la carga de la lepra y sostener las actividades de control de la enfermedad** la cual fue definida por la OMS como: “la evolución natural del plan estratégico, encaminada a afrontar los desafíos restantes y reducir la carga de morbilidad generada por la lepra”<sup>1</sup>. Desafíos que no son ajenos a la realidad y situación de la enfermedad en Colombia. Actualmente se ha promulgado la **estrategia 2011-2015** la cual pretende afianzar la lucha contra la enfermedad<sup>2</sup>.

### II. Situación de la Lepra en Colombia

La situación epidemiológica de la lepra en los países de la región de las Américas constituye un desafío en materia de salud pública, además de la magnitud del problema, su distribución no es uniforme. Brasil y Paraguay tienen prevalencias superiores a un caso por cada 10.000 habitantes.

La gravedad de la Lepra como problema de salud pública, no solo puede evaluarse con lo que indican las cifras, tales como el número de casos registrados en cada uno de los años y las tasas de prevalencia e incidencia; sino que hay que tener en cuenta la duración de la enfermedad, las desfiguraciones físicas y la discapacidad permanente que causa y que se reflejan en el sufrimiento humano y rechazo social del que es objeto el paciente y su familia, a lo cual se suma el impacto económico de dichas situaciones.

En el país se introdujo la PQT a partir de 1985, cumpliendo globalmente con la meta de eliminación de la Lepra como problema de Salud Pública en 1997 con una prevalencia registrada de 0,8 x 10.000 habitantes; en 1999 con 1974 casos reportados se redujo la prevalencia a 0,5 x 10.000

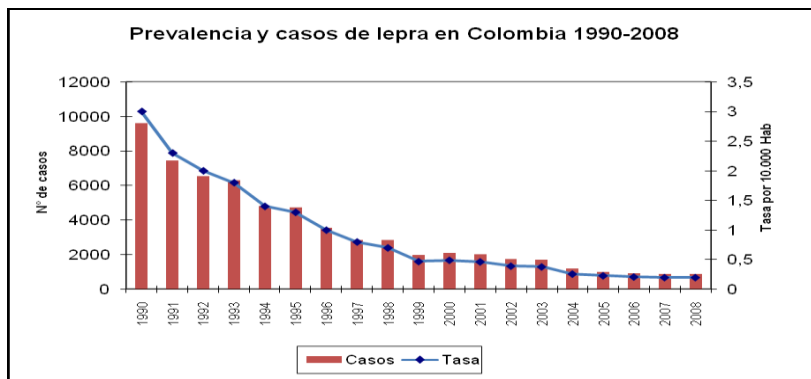
---

<sup>1</sup> Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial para aliviar la carga de la lepra y sostener las actividades de control de la enfermedad, 2006-2010. Génova: OMS. 2005

<sup>2</sup> Enhanced Global Strategy for Further Reducing the Disease Burden Due to Leprosy. Plan Period 2011-2015. SEA-GLP-2009.3

habitantes. Colombia desde hace más de 10 años ha presentado tasas por debajo de la meta de eliminación. Ver gráfico 1.

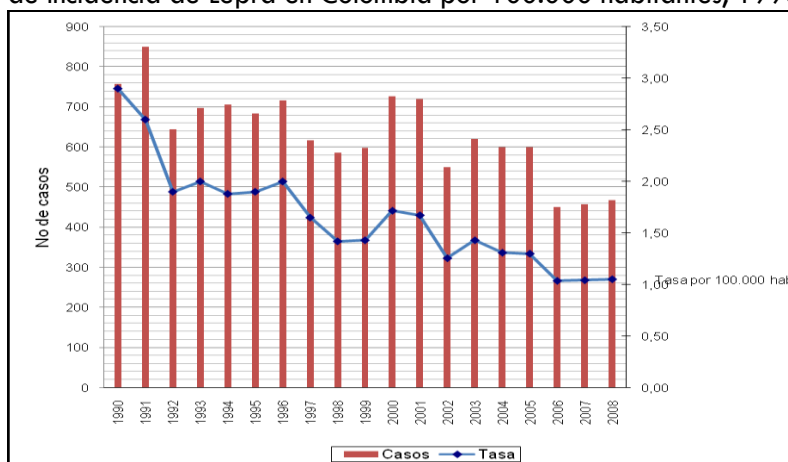
Gráfico 1. Casos prevalentes de Lepra y tasa de prevalencia por 10.000 Habitantes, Colombia, 1990 a 2008



Fuente: Programa lepra. MPS-INS

En relación con la incidencia aunque se observa una tendencia a la disminución ( $R^2: 0,87$ ) (Gráfico 2), ésta ha sido lenta en los últimos años, los casos nuevos en 1995 fueron 682, en el año 2005 595<sup>3</sup> y para el 2007 se reportaron 458, el 2008 presentó un ligero aumento en los casos con 468. La OPS/OMS ha dicho que a pesar que la carga de la lepra se ha reducido sustancialmente, en el futuro seguirán apareciendo nuevos casos en la mayoría de los países donde actualmente es endémica la enfermedad.

Gráfico 2. Tasa de incidencia de Lepra en Colombia por 100.000 habitantes, 1990 a 2008



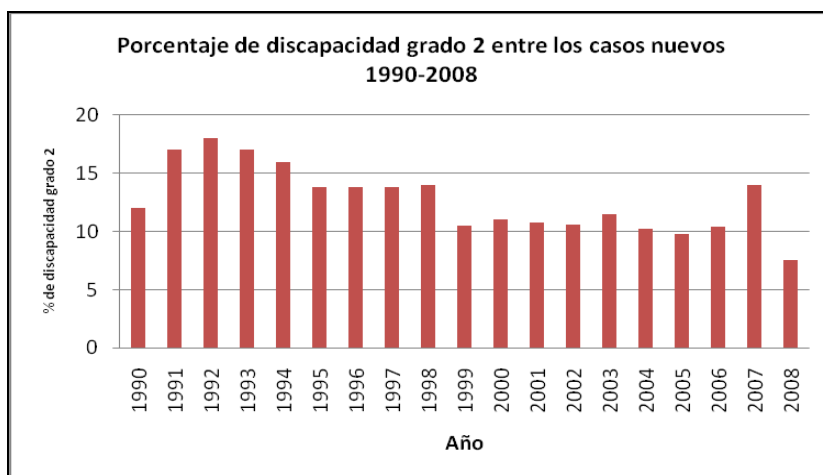
Fuente: Programa lepra. MPS-INS

Además del lento descenso de los casos nuevos, el porcentaje de casos detectados con discapacidad y en especial con discapacidad grado 2, al momento del diagnóstico, no ha presentado variaciones significativas en los últimos años; tres de cada 10 casos detectados presentan discapacidad al momento de su diagnóstico y uno de cada 10 presenta discapacidad grado 2.

<sup>3</sup> Castiblanco C, Espinosa J. Tuberculosis y lepra año 2005. Inf Quinc Epidemiol Nac 2006; 11 (6): 80-96



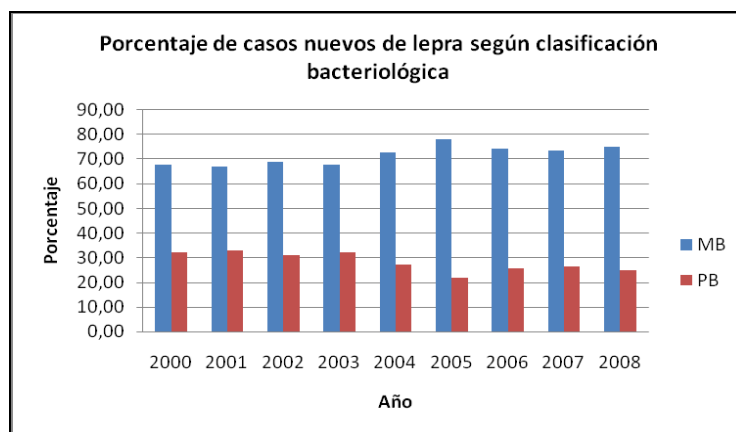
Grafico 3. Porcentaje de discapacidad grado 2 entre los casos nuevos de lepra. Colombia 1990 a 2008



Fuente: Programa lepra. MPS-INS. Los años 1998 y 2002 fueron ajustados por subregistro mediante regresión lineal simple.

La mayor proporción de discapacidad se observa entre los casos multibacilares; la cual a su vez corresponde a la forma bacteriológica más frecuente. La proporción de casos nuevos multibacilares se ha mantenido en los últimos años sin diferencias significativas, oscilando entre el 67 y 76%. (Gráfico 4).

Grafico 4. Porcentaje de casos nuevos de lepra según clasificación bacteriológica, Colombia. 2000-2008

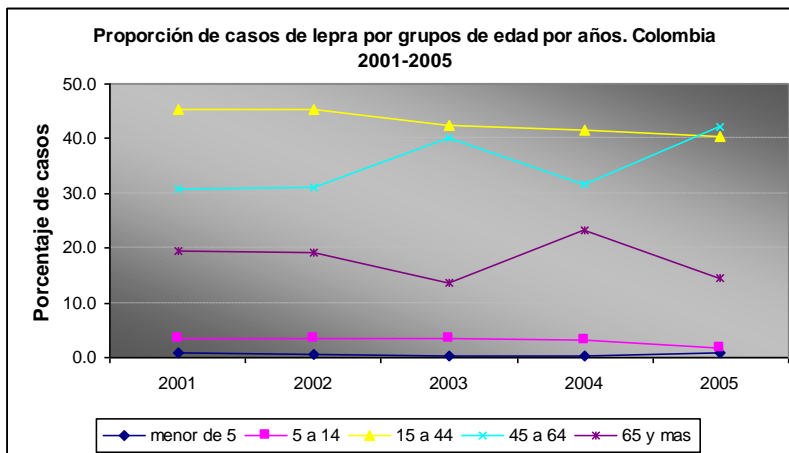


Fuente: MPS. Programa lepra

Con relación al sexo la mayor proporción de casos se encuentra en hombres con un 66%, la mediana de la edad de los casos reportados en el periodo 2001 – 2005 es 46 años con un mínimo de menor de 1 año y un máximo de 97 años. De acuerdo al grupo de edad la mayor proporción de casos se presenta en el grupo de 15 a 44 años (43%); sin embargo por grupos de edad en los cinco años analizados se observa una ligera tendencia a disminuir esta proporción a partir del 2003

y un aumento en la proporción de casos para el grupo de 45 a 64 años. Para el grupo de menores de 15 años se observa una marcada tendencia a la disminución ( $R^2 = 0,92$ ). (Grafico 5).<sup>4</sup>

Grafico 5. Proporción de casos de lepra por grupos de edad. Colombia 2001-2005



Fuente: MPS. Programa lepra-fichas individuales de pacientes

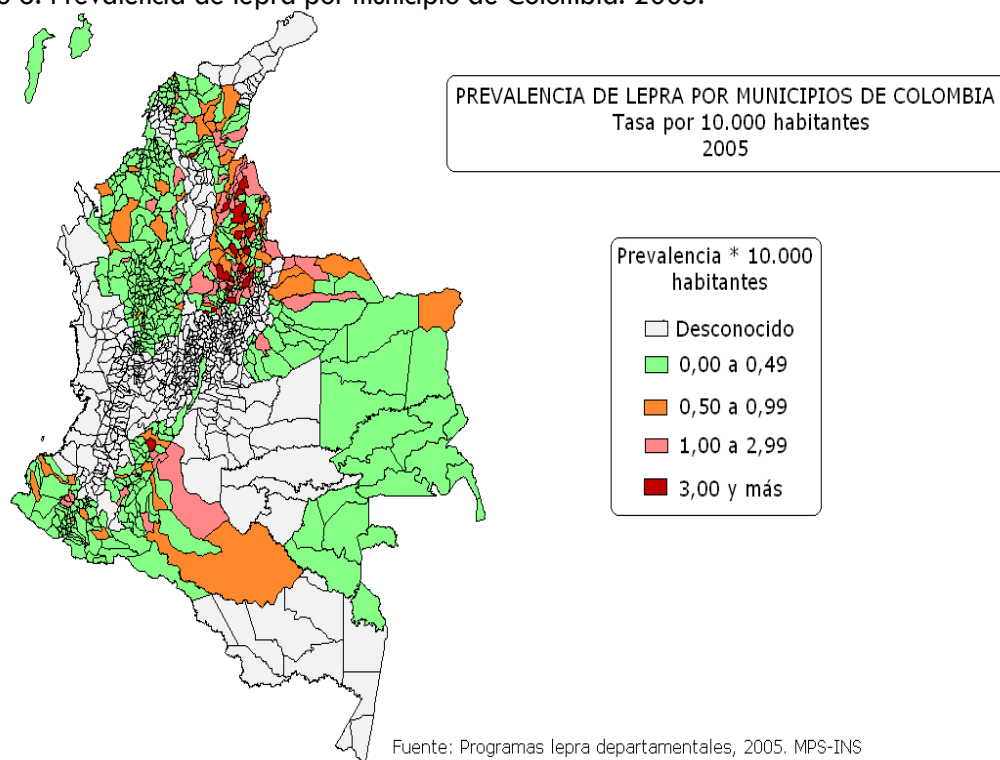
### Análisis de la situación de la lepra por grupos de departamentos

Al realizar el análisis por departamentos se encontró que para el 2005 y 2006 solo dos departamentos tenían prevalencias por encima de la meta de eliminación que son los departamentos de Norte de Santander (1,1 x 10.000 habitantes) y Santander (1 x 10.000 Hab.). Sin embargo, el comportamiento de la misma ha sido irregular en algunos departamentos y distritos. (Ver tablas en anexos). Para el año 2007 y 2008 solo Norte de Santander presentó prevalencias por encima de un caso por 10.000 habitantes.

Los departamentos que históricamente ha reportado más casos de lepra durante los años analizados son: Barranquilla, Bogotá, Bolívar, Cartagena, Cesar, Huila, Magdalena, Tolima, Valle, Santander y Norte de Santander. En cuanto a los municipios del país, para el año 2005 (con base en el 75,4% de la información): 87 municipios de Colombia aún tenían prevalencias de Lepra por encima de 1 caso por 10.000 habitantes. (Gráfico 6)

<sup>4</sup> Tomado del análisis de 2.112 fichas individuales de pacientes que ingresaron al programa de prevención y control de Lepra, Colombia durante el periodo de 2001 a 2005.

Grafico 6. Prevalencia de lepra por municipio de Colombia. 2005.



A fin de generar información útil para la toma de decisiones a nivel nacional y territorial, y como un ejercicio operativo, se realizó un análisis de la situación departamental frente a los indicadores de lepra por escenarios epidemiológicos.

Para la creación y definición de los escenarios, se tomó como referencia la tendencia y comportamiento en los últimos años de los siguientes indicadores y aspectos:

1. Incidencia (2001-2008)
2. Prevalencia (1999-2008)
3. Número de casos en tratamiento por año (2006-2008)
4. Número de casos nuevos detectados por año (2006-2008)

Para lo anterior se procedió a consolidar la información disponible en el Ministerio de la Protección Social, reportada por las diferentes entidades territoriales y posteriormente se obtuvo la media de los diferentes indicadores para definir valores de comparación con los siguientes parámetros:

1. **Incidenia Alta:** si la media supera los 2,2 casos por 100.000 habitantes (por encima del percentil 75).
2. **Prevalencia elevada:** si la media superaba 0,40 casos por 10.000 habitantes (por encima del percentil 75).
3. **Número alto de casos en tratamiento:** si la media superaba 22 casos por año (por encima del percentil 75).
4. **Número alto de casos nuevos detectados:** si la media superaba 15 casos por año (por encima del percentil 75).

5. **La discapacidad** se tomo como un valor transversal el cual será incluida en las actividades por cada escenario de manera específica.

Con base en lo anterior se definieron dos escenarios así:

Si un territorio (departamento o distrito) estaba en por lo menos dos parámetros de incidencia, prevalencia, número de casos en tratamiento y número de casos nuevos detectados por encima del percentil 75 se ubicó en el escenario de alta carga, los territorios que solo presentaron un parámetro por encima del percentil 75 y los que en todos los parámetros estuvieron por debajo de ese percentil se ubicaron en el escenario de baja carga.

Con base en lo anterior, se procedió a definir los escenarios así:

**Escenario 1:** Aquí ingresan los departamentos y distritos que tienen alta carga de enfermedad por lepra.

**Escenario 2:** Aquí ingresan los departamentos y distritos que tienen baja carga de enfermedad por lepra. En la tabla se relacionan los departamentos y distritos por cada uno de estos escenarios.

Tabla. Clasificación de los departamentos y distritos por escenarios.

Escenario	Departamento	Escenario	Departamento
Alta carga	Amazonas	Baja carga	Antioquia
	Arauca		Atlántico
	Barranquilla		Boyacá
	Bogotá		Caldas
	Bolívar		Caquetá
	Cartagena		Casanare
	Cesar		Cauca
	Huila		Chocó
	Magdalena		Córdoba
	Norte de Santander		Cundinamarca
	Santander		Guainía
	Tolima		Guaviare
Valle	La Guajira		
	Meta		
	Nariño		
	Putumayo		
	Quindío		
	Risaralda		
	San Andrés Islas		
	Sucre		
	Vaupés		
	Vichada		

### III. Marco legal para la prevención y el control de la lepra en Colombia

#### La Lepra en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

A través del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) se garantiza los servicios de salud a la totalidad de la población. Para tal fin se establece una organización del Sistema que incluye los siguientes organismos:

- Organismos de dirección y control
- Organismos de administración
- Organismos de prestación de servicios
- Usuarios del sistema

Además, se establecen Planes de Beneficios, entre los cuales se encuentran:

Plan Obligatorio de Salud (POS)  
Plan Obligatorio de Salud Subsidiado (POS-S)  
Plan de Intervenciones Colectivas (PIC)

“El Sistema de Protección Social definido en la Ley 789 de 2002 y la posterior fusión del Ministerio de Salud con el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social para conformar el actual Ministerio de la Protección Social (MPS), apuntan a una visión en la que el manejo social del riesgo se impone”.<sup>5</sup>

El Sistema de Protección Social se constituye como el conjunto de políticas públicas orientadas a disminuir la vulnerabilidad y a mejorar la calidad de vida de los colombianos, especialmente de los más desprotegidos, para obtener como mínimo el derecho a la salud, la pensión y al trabajo.

El MPS formula, dirige y coordina la política social del Gobierno Nacional en las áreas de empleo, trabajo, nutrición, protección y desarrollo de la familia, prevención y seguridad social integral.

La Ley 715 de 2001 define las competencias de la Nación en el sector salud y distribuye los recursos del Sistema General de Participaciones. Además, en su artículo 42 establece que “Corresponde a la Nación la dirección del sector salud y del SGSSS en el territorio nacional, de acuerdo con la diversidad regional y el ejercicio de las siguientes competencias.

El Decreto 272 de 2004 reestructuró el Instituto Nacional de Salud modificando su estructura y determinando las funciones de sus dependencias: Subdirección Red Nacional de Laboratorios, Subdirección de Investigación, Subdirección de Vigilancia y Control en Salud Pública, y Subdirección de Producción. Bajo esta estructura se realizan funciones del nivel nacional para la vigilancia y control de la lepra

La Guía de atención de la lepra expedida en el 2000 mediante la Resolución 412, aporta los lineamientos para la atención de los pacientes y se espera que en el primer año de este plan se inicie su revisión y ajuste acorde a las necesidades actuales..

El decreto 2323 de 2006 organiza la Red Nacional de Laboratorios y establece cuatro líneas estratégicas sobre las cuales se centran sus acciones: 1) Vigilancia en salud pública, 2) Investigación,

---

<sup>5</sup> Programa Nacional de Salud, 2002-2006, pág. 19. **Ministerio de la Protección Social. Bogotá, Colombia. Julio de 2003.**

3) Gestión de la calidad y 4) Prestación de servicios. Establece las funciones de los laboratorios nacionales de referencia (INS e INVIMA), laboratorios de salud pública departamental y distrital y de los laboratorios en el nivel municipal.

El decreto 3518 del 2006 crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) y establece las competencias y procesos para la vigilancia de eventos de interés en salud pública, dentro de los cuales se encuentra la lepra. Se cuenta con un protocolo de vigilancia estandarizado que incluye la ficha única de notificación de casos de lepra que se realiza de forma semanal al nivel nacional.

Bajo este esquema normativo las actividades de Prevención, Vigilancia y Control de la lepra en Colombia se ejecutan de forma descentralizada y se garantiza la atención de los pacientes a través de la afiliación al Sistema.

El Plan Nacional de Salud Pública (Decreto 3039 de 2007) presenta en su objetivo 5, disminuir el número de municipios que presenta prevalencia por encima de la meta de eliminación.

Subsidios por discapacidad: las Leyes 14 de 1964 y 380 de 1997, asignan subsidios en favor de quienes presentan grados severos de invalidez incompatibles con el ejercicio de una actividad remunerada, con cargo a la partida del Presupuesto Nacional, destinada al pago de los subsidios a enfermos de Lepra, en cuantía de un salario mínimo legal vigente. Si un individuo se encuentra inscrito en cualquiera de las Unidades Ejecutoras de la programa de Lepra de las Secretarías de Salud Departamentales, Distritales y/o Municipales, o los Sanatorios de Contratación y Aguas de Dios, puede solicitar subsidio de tratamiento de la enfermedad. Los requisitos son los siguientes<sup>6</sup>:

- Ser colombiano de nacimiento
- Residir dentro del territorio del departamento/distrito de origen o haber permanecido los últimos cinco años en el lugar de residencia actual
- Demostrar que está vivo
- Estar inscrito como enfermo de Lepra en cualquiera de las Unidades Ejecutoras de programa de Lepra de las Secretarías de Salud Departamentales, Distritales y/o Municipales o los Sanatorios de Contratación y Agua de Dios
- La inexistencia de medios de supervivencia o renta alguna o patrimonio propio.
- Acreditar ser paciente de lepra o haberla padecido para el caso de los curados sociales
- Acreditar ser de bajos recursos económicos
- Demostrar el cumplimiento regular de ingesta del tratamiento de la enfermedad de lepra y control médico adecuado de la misma

Norma de transferencias nacionales: la Ley General de Presupuesto y mediante Decreto se apropia el presupuesto de Gastos de Funcionamiento del Ministerio de la Protección Social para cada vigencia, Unidad 3601-01 Gestión General, Cuenta 3-Transferencias Corrientes, Subcuenta 2-Transferencias al Sector Público, Objeto 5-Empresas Públicas Departamentales No Financieras, Ordinal 4-Campañas Control Lepra, Recurso 10-Recursos Corrientes. Estos recursos asignados son de ejecución exclusiva del programa de Lepra, los cuales pueden ser utilizados para adelantar actividades como apoyo a acciones de promoción y prevención e información a la comunidad,

---

<sup>6</sup> Adjudicación y pago de subsidio para tratamiento de la enfermedad de Hansen.  
[http://www.gobiernoenlinea.gov.co/contenido\\_ciudadanos.aspx?temID=92&traID=4467](http://www.gobiernoenlinea.gov.co/contenido_ciudadanos.aspx?temID=92&traID=4467)

apoyo a búsqueda activa de casos, acciones de gestión y evaluación del programa, asistencia técnica y capacitación<sup>7</sup>

### **Estructura, competencias y recursos en Colombia para realizar acciones de vigilancia, prevención y control de la lepra**

En el marco de la descentralización, Colombia tiene niveles territoriales con responsabilidades normativas en salud pública y prestación de servicios de salud, los cuales corresponden al nivel nacional, departamental, distrital y municipal.

A continuación por cada uno de estos niveles se describe la capacidad para realizar actividades de vigilancia, prevención y control de la lepra.

#### **Ministerio de la Protección Social**

La Dirección General de Salud Pública del MPS tiene a su cargo la coordinación de actividades de prevención, vigilancia y control de la lepra en el nivel nacional.

Las actividades que se realizan son:

- Desarrollar el plan de acción anual para lepra.
- Gestionar la adquisición, distribución y control de los medicamentos del esquema regular de tratamiento.
- Asignar las transferencias de recursos específicos para lepra a los departamentos y distritos.
- Asignar los cupos para el subsidio de tratamiento de Lepra a quienes presenten grados severos de discapacidad en los territorios a través de los Sanatorios de Agua de Dios y Contratación.
- Realizar asistencia técnica y acompañamiento a los departamentos y distritos.
- Realizar la recolección, consolidación, análisis y difusión de la información de lepra: evaluar los indicadores epidemiológicos y de seguimiento de cohortes.
- Analizar la información del programa.
- Coordinar con el grupo de vigilancia en salud pública del Instituto Nacional de Salud (INS) las acciones en el SIVIGILA, red nacional de laboratorios e investigación y las correspondientes a atención de emergencias en el nivel territorial.

#### **El Instituto Nacional de Salud**

El Instituto Nacional de Salud tiene a su cargo las siguientes funciones:

- Coordinar, ejecutar y dirigir la investigación científica en Lepra en las áreas de su competencia, de conformidad con las políticas, planes y lineamientos del Ministerio de la Protección Social.
- Asesorar, coordinar, ejecutar y dirigir programas y proyectos en investigación científica y desarrollo tecnológico en Lepra.
- Participar en la planeación, desarrollo y coordinación de los sistemas de información en Lepra y vigilancia epidemiológica de este evento, en coordinación con el Ministerio de la Protección Social, las entidades territoriales y demás órganos del sistema de salud.
- Coordinar, asesorar y supervisar la red nacional de laboratorios y servir como laboratorio nacional de salud y de referencia del evento.

---

<sup>7</sup> Criterios para la asignación de recursos de funcionamiento a los entes territoriales para la prevención y control de la Lepra, Ministerio de la Protección Social, 2008.

- Asistencia técnica para la red nacional de laboratorios, en coordinación con el Ministerio de la Protección Social.
- Promover y realizar actividades de formación avanzada y capacitación de personal en las áreas científico-técnicas de su competencia, en concordancia con las normas sobre la materia.

### **Direcciones departamentales y distritales de salud**

En los 32 departamentos y 4 distritos de Colombia se cuenta con un profesional (sin dedicación exclusiva) responsable de las actividades de prevención, vigilancia y control de la lepra, Las actividades que ejecutan los departamentos y distritos son:

- Desarrollar e implementar el proyecto de lepra dentro del PIC con la inclusión de los recursos que llegan por transferencias nacionales.
- Programar y suministrar los medicamentos a todos los municipios de su jurisdicción
- Consolidar los informes trimestrales y realizar el análisis de cohortes y enviar al nivel nacional
- Consolidar la notificación semanal obligatoria de casos de lepra (nuevos y recaídas) en el formato y estructura establecida en el SIVIGILA.
- Asistencia técnica y capacitación a todos los municipios de su jurisdicción
- Realizar análisis de la situación de la lepra a nivel departamental y municipal y difundir los resultados del mismo.

Existen 32 laboratorios de salud pública departamentales y el del distrito capital Bogotá, que realizan actividades de referencia en su jurisdicción, estos desarrollan procesos de integración de la red de laboratorios, y cuentan por lo menos con un profesional (sin dedicación exclusiva) encargado de las siguientes actividades en lepra:

- Coordinar la red de laboratorios en su jurisdicción en el tema de lepra.
- Implantar y mantener el control de calidad al diagnóstico de la lepra mediante la evaluación externa del desempeño a todos los laboratorios de su red
- Realizar asistencia técnica y capacitación a todos los laboratorios de su red
- Recolectar, consolidar, analizar y difundir la información del laboratorio a su red y enviar lo correspondiente al INS
- Apoyar al SIVIGILA en el departamento

### **Direcciones municipales de salud**

Existen 1.090 municipios con una persona responsable de las actividades de vigilancia de los eventos de interés en salud pública; en este nivel se formulan y ejecutan los planes municipales dentro de los cuales se incluyen actividades colectivas para la prevención, vigilancia y control de la lepra. En este nivel se ejecutan las siguientes actividades:

- Vigilar que todas las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) públicas y privadas realicen las actividades de detección, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de personas con lepra.
- Búsqueda y evaluación de contactos de personas con lepra.
- Distribución y supervisión de medicamentos para toda la red de prestación de servicios
- Consolidar y enviar al nivel departamental los informes trimestrales de actividades y análisis de cohortes de su jurisdicción
- Asistencia técnica y capacitación de la red de IPS públicas y privadas
- Consolidar la notificación semanal obligatoria de casos de lepra (nuevos y recidivas) y enviarla al departamento



Por otra parte, las IPS públicas y privadas que hacen presencia en los municipios deben garantizar:

- Búsqueda de sintomáticos de piel y sistema nervioso periférico, detección, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación de personas con lepra.
- Notificar al municipio los casos nuevos y las recaídas, con periodicidad semanal en los formatos y estructura establecidos<sup>8</sup>.
- Consolidar y enviar a las secretarías locales de salud los informes trimestrales de actividades y análisis de cohortes (resultados de los tratamientos).

### **Financiación de las acciones de prevención, vigilancia y control de la lepra en Colombia**

La nación recibe, en cada vigencia, los medicamentos necesarios para el tratamiento de todos los casos de lepra que se reportan en el país, de la Organización Mundial de la Salud y a través de recursos de inversión de la Dirección General de Salud Pública se adquiere el medicamento para el tratamiento de reacción leprótica tipo II para lo cual se asignan aproximadamente \$300.000.000. Con los recursos establecidos en la Ley de Presupuesto General, se realiza una transferencia de recursos a los departamentos y distritos de destinación específica por un valor anual de \$1.300.000.000 para garantizar las acciones de vigilancia, prevención y control de la lepra.

Por otra parte, la nación establece recursos para la adjudicación y mantenimiento de los subsidios para pacientes de Lepra, estos recursos son asignados a través de los Sanatorios de Agua de Dios y Contratación, los cuales transfieren lo estipulado para cada paciente que cumple los criterios para ser beneficiario definidos en las Leyes 14 de 1964 y 380 de 1997.

Adicional a estos recursos, los departamentos y municipios disponen de recursos del SGP para el plan de intervenciones colectivas que son complementados con las TN para el apoyo a actividades de lepra.

Las administradoras de planes de beneficios reciben por cada afiliado recursos a través de la UPC para la atención en salud, dentro de los cuales se encuentra el tema de lepra. Sin embargo, no hay un estimado de estos recursos y tampoco lo hay para la atención de población pobre no afiliada, cuya atención en salud se garantiza con recursos del SGP.

### **Guía de atención y protocolo de Vigilancia en salud pública**

Desde febrero de 2000 el Ministerio de Salud (hoy ministerio de la protección social) expidió la Guía de Atención de la lepra como un documento que en sus contenidos técnicos incorpora lineamientos de obligatorio cumplimiento en todo el territorio nacional.

Esta Guía incorpora: definición de la enfermedad y de casos, aspectos conceptuales, población objeto de la Guía, características de la atención (búsqueda de sintomáticos de piel y sistema nervioso periférico, diagnóstico, tratamiento, seguimiento, normas administrativas del programa), manejo de la lepra en condiciones especiales, indicaciones de cirugía, vigilancia en salud pública de la lepra (flujos de información, indicadores de evaluación de control). Adicionalmente, establece la vacunación con BCG de todos las personas convivientes con enfermos de lepra, así: conviviente que tiene cicatriz de vacunación BCG previa, aplicarle una dosis de BCG. Conviviente que no presenta

---

<sup>8</sup> Ministerio de la Protección Social-Instituto Nacional de Salud. Protocolo para la vigilancia de lepra. Bogotá DC: INS, Subdirección de Vigilancia y Control en Salud Pública; 2005

cicatriz de vacunación BCG aplicarle una dosis de BCG y un refuerzo 6 meses más tarde<sup>9</sup>; por último adopta los formatos para las actividades normadas.

Con el fin de definir los lineamientos y herramientas para la captura, consolidación, flujo, análisis de información y difusión de datos e indicadores, que permitan caracterizar la situación de la lepra en las diferentes regiones del territorio nacional y aportar información útil para la toma de decisiones; se ha diseñado y establecido el protocolo nacional de vigilancia de lepra y la ficha de notificación individual de los casos la cual contiene datos básicos y complementarios de cada caso de lepra.

El protocolo de vigilancia y la ficha de notificación buscan generar información sobre la situación de la lepra, acorde con las actuales necesidades de datos para el control de la enfermedad en el país. La lepra es una enfermedad de notificación obligatoria en todo el territorio nacional.

### **Sistema de información**

La información sobre lepra fluye por tres vías:

- Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) en el componente de eventos transmisibles y de fuente común y se realiza semanalmente por parte de las IPS, públicas y privadas, a la Dirección Local de Salud y estas a su vez envían la información pertinente semanalmente a la Dirección Departamental o Distrital de Salud. Por último, éstas realizan los reportes semanalmente al INS.
- Programa Nacional:
  - Informe trimestral de casos y actividades: estos análisis son realizados por las IPS y enviados a las Direcciones Locales de Salud, las cuales consolidan el informe trimestral de su jurisdicción y lo envían a las Direcciones Departamentales/Distritales de Salud. En este nivel departamental o distrital se consolida el informe trimestral para enviarlo al MPS.
  - Red nacional de laboratorios mediante el condensado trimestral de actividades de bacteriología de lepra.

Existen limitaciones en cuanto a la oportunidad, recolección, consolidación y envío de la información del programa entre niveles. Adicionalmente no existe información de cohortes lo que impide conocer el número de casos que terminan tratamiento así como los casos que lo abandonan y la condición de discapacidad a su egreso.

En general hay inconvenientes en la oportunidad de la información, sobre todo en la referente a informes trimestrales de actividades, tanto en el nivel local como departamental y nacional, debido a que no hay personas de dedicación a esta tarea, lo cual repercute también en la calidad de los mismos.

#### **IV. Justificación del Plan Estratégico 2010-2015**

Colombia ha alcanzado en forma global la meta de eliminación de la lepra al tener una prevalencia desde 1997 hasta 2007 por debajo de la meta de 1 por 10.000 habitantes. Sin embargo, el análisis territorial evidencia que aún persisten dentro del país municipios que han sostenido prevalencias superiores a ésta meta y como resultante se notifican anualmente en promedio cerca de 600 casos nuevos, un tercio de los casos nuevos presentan algún grado de

---

<sup>9</sup> Ministerio de Salud. Guía de atención de la lepra. Bogotá DC: Ministerio de Salud, dirección general de salud; 2000.

discapacidad, 10% tenían discapacidad grado 2; sumando a esto el hecho de que en los últimos cinco años entre 67% y 76% de los casos nuevos corresponde a casos multibacilares; es conocido que la persistencia de personas infectantes sin tratamiento en la comunidad aumenta el riesgo de mantener la circulación del bacilo y por lo tanto de infectar a más personas.

Cerca de la mitad de los casos nuevos están diagnosticándose en adultos jóvenes entre los 15 y 44 años, lo cual significa que si además ya se encuentran con discapacidad, esto afecta a población económicamente activa, teniendo esto un gran impacto social y económico.

Si bien existen departamentos que permanentemente están notificando casos de lepra a través del SIVIGILA como Santander y Norte de Santander, hay departamentos que están en un aparente silencio epidemiológico, debido a que por recopilación histórica de información eran territorios que tenían circulación del bacilo de Hansen. De igual forma cerca de la mitad de los departamentos y distritos del país tienen un alto porcentaje de discapacidad promedio en los últimos años.

El programa de Lepra ha mantenido, las transferencias nacionales y los subsidios para discapacidad, sin embargo no ha tenido la suficiente visibilidad en el nivel territorial.

Existen debilidades en el sistema de información, que se han hecho evidentes debido a las fallas en el diligenciamiento de fichas individuales de notificación de casos, en fichas de diagnóstico y en los informes de actividades que están normados y regulados por la Resolución 412 de 2.000. No se ha regulado el análisis de cohortes en personas con lepra que permita evidenciar la efectividad de la PQT.

No se cuenta aún con una Guía de Atención actualizada que aborde con criterios específicos temas álgidos como el diagnóstico y manejo de recidivas, por lo cual existen discrepancias frente a cómo clasificar estos eventos, lo que ha generado una falta de información y sobretodo incertidumbre en el dato real de la ocurrencia de éstos en Colombia. De igual forma ha sucedido en el abordaje del tema de la lepra neural pura.

Existen problemas de gestión territorial frente a las actividades de prevención y control de la lepra que se han presentado por la ausencia de personal suficiente, alta rotación de personal, deficiencias en el seguimiento y monitoreo de aseguradores e IPS para el cumplimiento de lo normado frente al tema.

El Laboratorio Nacional de Referencia LNR de Micobacterias del INS coordina la Red Nacional de Laboratorios RNL desarrollando actividades a través del fortalecimiento de la evaluación externa del desempeño, capacitación, asesorías y visitas de asistencia técnica garantizando con calidad y oportunidad la clasificación y seguimiento de los pacientes; sin embargo aún hay falencias en el sistema de información por laboratorio.

En el área de investigación aplicada se han hecho esfuerzos pero de forma dispersa y hay dificultades en la integración de las líneas de investigación para que contribuyan a las prioridades y necesidades en salud pública en lepra.

En el tema de participación de la comunidad y sobre todo en la participación de personas afectadas por lepra (PAL), Colombia cuenta con un número de asociaciones PAL en diferentes regiones del país y, sin embargo no se tiene un inventario real de experiencias al respecto en el nivel territorial. Adicional a esto es necesario integrar las estrategias la Rehabilitación Basada en la Comunidad RBC dentro del programa de Lepra.

Es por lo anterior y en el marco de la estrategia mundial, que se plantea un Plan Estratégico para Colombia a mediano plazo (2010-2015), teniendo en cuenta que: 1) Es necesario proteger los logros alcanzados hasta el momento, 2) Continuarán presentándose nuevos casos, que requieren atención integral, 3) Es preciso efectuar el seguimiento para detectar reacciones y recaídas con el fin de prevenir la aparición de resistencia a los medicamentos y el recrudescimiento de la enfermedad 4) Hay muchas personas que padecen las consecuencias de la lepra o corren el riesgo de sufrir reacciones y deficiencias relacionadas con la enfermedad.

## **V. Objetivos y metas**

En el marco del cumplimiento de Colombia con la meta global de eliminación de la lepra y la actual estrategia mundial de control de la lepra y luego de analizar el estado de las acciones de prevención, control y vigilancia nacionales, se identificaron los siguientes objetivos y metas para el país en el mediano plazo:

### **Objetivo General**

Reducir la carga de la lepra y brindar acceso a servicios de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, prevención y rehabilitación de discapacidades con oportunidad y alta calidad a toda la población, conforme a los principios de equidad y justicia social.

### **Metas generales:**

- Para el año 2015 el 100% de los municipios del país tendrán prevalencias menores a 1 caso por 10.000 habitantes.
- Reducir en un 35% la tasa de nuevos casos detectados con discapacidad grado 2 para el año 2015. (línea de base 2010)<sup>10</sup>.

### **Objetivos específicos**

**Objetivo específico 1.** Mantener la lepra como una prioridad y aumentar las actividades en colaboración con todos los socios a nivel nacional y territorial

#### **Metas para cumplir con este objetivo:**

- a) Para el 2011 Colombia habrá conformado el comité nacional de gestión en lepra, con amplia participación de expertos, instituciones del nivel nacional, sanatorios, asociaciones de profesionales, asociaciones de enfermos, organizaciones no gubernamentales entre otros.
- b) Anualmente 100% de las entidades territoriales departamentales y distritales recibirán las transferencias nacionales (TN) para la promoción, prevención y vigilancia de la lepra.
- c) Entre 2010 y 2015 el 100% de los departamentos y distritos formularán y ejecutarán proyecto del Plan de Intervenciones Colectivas para la prevención y control de la lepra, acorde con la normatividad vigente y los POA.

**Objetivo específico 2.** Garantizar acceso a servicios de detección temprana, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación a toda persona con lepra.

---

<sup>10</sup> Enhanced Global Strategy for Further Reducing the Disease Burden Due to Leprosy. Plan Period 2011-2015. SEA-GLP-2009.3

**Metas para cumplir con este objetivo:**

- a) Reducir en un 35% la tasa de nuevos casos detectados con discapacidad grado 2 para el año 2015. Línea de base 2010.
- b) Los territorios que detecten casos deberán evaluar al 100% de los convivientes. Realizar examen clínico y vacunación con BCG al 100% de los convivientes de enfermos nuevos de lepra.
- c) El 100% de departamentos y distritos deberán mantener las actividades de búsqueda de sintomáticos de piel y de sistema nervioso periférico.
- d) Al 2012 disminuir en 10% la detección de casos multibacilares con respecto al total de casos. Línea de base promedio 2004-2008: 74,8%.

**Objetivo específico 3.** Garantizar asistencia técnica, capacitación y acompañamiento sostenible a las entidades territoriales.

**Meta para cumplir con este objetivo:**

- a) El 100% de las entidades territoriales departamentales recibirán capacitación y asistencia técnica sobre lepra cada año.

**Objetivo específico 4.** Garantizar la capacidad operativa del programa en términos de recursos técnicos, así como la disponibilidad de insumos y medicamentos

**Metas para cumplir con este objetivo:**

- a) Anualmente el Ministerio de la Protección Social realizará la gestión para garantizar el 100% de los medicamentos del esquema regular para el tratamiento de todos los pacientes con lepra.
- b) Al 2012 el 100% de las aseguradoras garantizarán la realización de actividades de detección precoz, diagnóstico, tratamiento, control y rehabilitación de pacientes con lepra, según lo establecido en el plan obligatorio de salud del régimen contributivo y subsidiado (POSc y POSs).
- c) Al 2011 el 100% de las entidades territoriales garantizarán la realización de actividades de detección precoz, diagnóstico, tratamiento, control y rehabilitación de pacientes con lepra, pobres no asegurados por el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

**Objetivo específico 5.** Garantizar la calidad y oportunidad de la clasificación bacteriológica y control a través de la RNL.

**Metas para cumplir con este objetivo:**

- a) 100% de los laboratorios departamentales de salud pública y distrito capital recibirán anualmente acompañamiento y asistencia por parte del INS.
- b) 100% de los laboratorios de la red prestadora pública y privada recibirá asistencia técnica
- c) 100% de la RNL de lepra participará anualmente en la evaluación externa de desempeño de lepra.

**Objetivo específico 6.** Desarrollar e implementar estrategias de participación comunitaria para la prevención y control de la lepra incluyendo actividades de la estrategia de rehabilitación basada en comunidad RBC.

**Metas para cumplir con este objetivo:**

- a) A 2010 el nivel nacional contará con un inventario de estrategias de participación comunitaria para la prevención, control y rehabilitación en los departamentos.
- b) A 2015 se habrán implementado actividades encaminadas a reducir el estigma y la discriminación de las personas y las familias afectadas por la lepra.
- c) A 2015 se habrán implementado por lo menos una estrategia de RBC en los territorios (departamentos y distritos) de alta carga.

**Objetivo específico 7.** Desarrollar acciones de supervisión, monitoreo y evaluación para garantizar el cumplimiento de las metas e indicadores del sistema de información en lepra.

**Metas para cumplir con este objetivo:**

- a) En 2011, 100% de las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) notificarán la información completa al SIVIGILA y programa de control de acuerdo con la periodicidad, calidad y parámetros establecidos para cada fuente de información.
- b) Existirá 100% de correlación en la información reportada al SIVIGILA y al programa de control por parte de todas las entidades territoriales al 2011.
- c) En 2011, 100% de los departamentos y distritos utilizarán formatos unificados para el reporte de información epidemiológica, de laboratorio y gestión del programa establecidos por el Ministerio de la Protección Social, el SIVIGILA y LNR.

## **VI. Líneas de acción prioritarias para la prevención, vigilancia y control de la lepra en Colombia**

De acuerdo con los escenarios construidos en el análisis de la información epidemiológica de lepra en Colombia y que permiten focalizar acciones acordes con esa situación, a continuación se relacionan las principales líneas de acción por cada uno, incluido el nivel nacional.

Se presentarán en su orden las acciones nacionales, luego las acciones que serán comunes y de obligatorio cumplimiento para todas las entidades territoriales independientemente de su situación de lepra y por último las acciones específicas por escenarios.

### **Líneas de acción nacionales**

1. Priorizar la lepra como problema de salud pública
2. Gestionar recursos para implementar el Plan Estratégico Nacional
3. Conformar el Comité nacional para gestión en lepra
4. Generar alianzas estratégicas para abordar de forma integral el problema de la lepra en Colombia.
5. Continuar la asignación de las transferencias nacionales anualmente.
6. Asignar los subsidios de tratamiento a enfermos de lepra
7. Gestionar la adquisición de medicamentos, su distribución y seguimiento y control a su uso.

8. Asistencia técnica y capacitación a todas las entidades territoriales departamentales y distritales.
9. Definir los lineamientos nacionales para operar el sistema de información.
10. Revisar y ajustar la guía de atención integral de lepra.
11. Realizar la evaluación externa del desempeño a los laboratorios de la RNL.
12. Suministrar la información solicitada por los organismos internacionales.
13. El Ministerio de la Protección Social publicará un informe anual disponible para toda la comunidad de salud nacional e internacional sobre la situación de lepra en el país.
14. Desarrollar una propuesta de “software” para el sistema de información en lepra en el marco del Sistema de Información de la Protección Social (SISPRO).
15. Promover y participar en investigación en lepra, en especial la vigilancia y seguimiento de las recidivas, de las reacciones y del daño neural.
16. Implementar estrategias de RBC en relación a Lepra.
17. Realizar al menos una vez en el año evaluación nacional.
18. Actualizar y promover el uso de los formatos del programa incluyendo los de la RNL y Sivigila.

### **Líneas de acción generales en el nivel territorial**

Estas actividades serán ejecutadas por todas las entidades territoriales del país:

1. Dar prioridad a la lepra como problema de salud pública.
2. Formular e implementar el plan estratégico departamental para el control de lepra en su jurisdicción.
3. Ejecutar los recursos de las TN y asignar recursos adicionales para garantizar el cumplimiento de las acciones del plan estratégico.
4. Caracterizar su población afectada por lepra: no solo en los aspectos epidemiológicos, sino también en lo relacionado con su entorno social, familiar y de discapacidad (es decir no solo pacientes en tratamiento con PQT).
5. Identificar las redes de discapacidad para el apoyo de las personas afectadas por lepra.
6. Generar estrategias de Rehabilitación Basada en Comunidad que permitan el involucramiento de las personas afectadas por Lepra.
7. Los departamentos realizarán la inspección, vigilancia y control de municipios, aseguradoras e IPS con el fin de garantizar la ejecución de acciones de búsqueda de casos, tratamiento y rehabilitación.
8. El departamento ejecutará planes de asistencia técnica y capacitación a los municipios de su jurisdicción.
9. Promover el fortalecimiento de redes de referencia y contrarreferencia de pacientes y muestras de laboratorio para la atención integral de personas con lepra.
10. Participar activamente en la evaluación externa del desempeño de las actividades de laboratorio (bacteriología y patología) con calidad y oportunidad.
11. Implementar los formatos del SIVIGILA, formatos de la Red Nacional de Laboratorios y formatos de Gestión de acciones establecidos por el nivel nacional.
12. Realizar la notificación semanal obligatoria de casos confirmados de lepra (nuevos y recidivas) según protocolo de vigilancia en salud pública de lepra.
13. Enviar al nivel nacional el informe trimestral de casos y actividades tanto del programa como de la Red Nacional de Laboratorios, mínimo dentro del mes siguiente finalizado el respectivo trimestre.
14. Realizar análisis de situación de lepra en su departamento, desagregado por municipio e incluyendo el análisis de cohortes para la toma de decisiones y evaluación de su situación.

15. Garantizar el abastecimiento de medicamentos (solicitar, recibir, almacenar y distribuir) con calidad y oportunidad.

### **Metas y Líneas de acción específicas adicionales para distritos y departamentos según escenario**

#### **Para departamentos y distritos del ESCENARIO 1**

*Amazonas, Arauca, Barranquilla, Bogotá, Bolívar, Cartagena, Cesar, Huila, Magdalena, Norte de Santander, Santander, Tolima y Valle*

En estos departamentos las metas a alcanzar son las siguientes:

- Al 2012 el 50% de los municipios de estos departamentos habrán reducido la prevalencia a menos de 1 caso por 10.000 habitantes.
- Reducirán en un 35% la tasa de nuevos casos detectados con discapacidad grado 2 para el año 2015. Línea de base 2010<sup>11</sup>.
- 100% de aseguradoras y entidades territoriales tendrán establecidos y ejecutarán planes para la búsqueda de sintomáticos de piel y sistema nervioso periférico y para el manejo integral de las personas con discapacidad.
- 100% de convivientes de enfermos nuevos serán vacunados con BCG y valorados clínicamente.

*Líneas de acción:*

Además de las líneas de acción generales antes mencionadas, las entidades territoriales del Escenario 1, deberán garantizar las siguientes:

- Conformar el comité departamental de lepra y una comisión especial para el tema de discapacidad.
- Evaluar las causas de discapacidad y generar un plan de acción frente al problema identificado.
- Capacitar a toda la red de IPS para garantizar el diagnóstico oportuno y con calidad de pacientes con lepra, incluyendo la prevención y manejo de discapacidad.
- Generar acciones que permitan mantener la búsqueda de sintomáticos de piel y sistema nervioso periférico.
- Velar porque los subsidios de tratamiento a enfermos de lepra sean asignados a pacientes que reúnan las condiciones establecidas por la ley.
- Programar monitoreo y seguimiento a los municipios con mayores prevalencias e incidencia por lo menos tres veces al año.
- Realizar seguimiento a los municipios en silencio epidemiológico.
- Hacer seguimiento estricto a la notificación de casos de lepra y a la discapacidad notificada, la cual debe ser evaluada para verificar los datos.
- Hacer especial énfasis en el tema de recidivas.
- Caracterizar su población afectada por lepra: no solo en los aspectos epidemiológicos, sino también en lo relacionado con su entorno social, familiar y de discapacidad (es decir no solo pacientes en tratamiento con PQT).

---

<sup>11</sup> Enhanced Global Strategy for Further Reducing the Disease Burden Due to Leprosy. Plan Period 2011-2015. SEA-GLP-2009.3



- Identificar las redes de discapacidad para el apoyo de las personas afectadas por lepra.
- Generar estrategias de Rehabilitación Basada en Comunidad que permitan el involucramiento de las personas afectadas por Lepra. Diseñar e implementar por lo menos un modelo de intervención desde una perspectiva RBC.
- Implementar estrategias de seguimiento, incluyendo análisis de cohortes de pacientes. Definir la condición de egreso de todos los casos.

### **Para departamentos y distritos del ESCENARIO 2**

En estos departamentos las metas a alcanzar son las siguientes:

- Al 2015 estos departamentos mantendrán una prevalencia inferior a 1 por 10.000 habitantes.
- Reducirán en un 35% la tasa de nuevos casos detectados con discapacidad grado 2 para el año 2015.
- 100% de convivientes han sido vacunados con BCG y valorados clínicamente.

#### *Líneas de acción:*

- Mantener la capacitación y asistencia técnica a toda la red de IPS para garantizar el diagnóstico oportuno y con calidad de pacientes con lepra, incluyendo la prevención y manejo de discapacidad. Realizar análisis de la notificación de casos por municipio, indicadores y recuperar la información histórica sobre el evento. Con base en la información de años anteriores, generar estrategias para la búsqueda activa de nuevos casos a nivel comunitario.
- Generar estrategias que permitan continuar y mejorar la búsqueda de sintomáticos de piel y sistema nervioso periférico.
- Velar porque los subsidios de tratamiento a enfermos de lepra sean asignados a pacientes que reúnan las condiciones establecidas por la ley.
- Programar monitoreo y seguimiento a los municipios con mayores prevalencias e incidencia de forma semestral. Además de aquellos en silencio epidemiológico.
- Identificar las redes de discapacidad para el apoyo de las personas afectadas por lepra.

## **VII. Monitoreo y evaluación del plan**

El proceso de monitoreo y evaluación del Plan estará a cargo del Ministerio de la Protección Social y el Instituto Nacional de Salud con base en los indicadores que para tal fin se han incorporado al plan.

En cada plan operativo anual (POA) nacional se hará la inclusión de los componentes del plan estratégico para el control de la lepra, para así ejecutar las acciones necesarias para conseguir las metas e invertir de forma eficiente los recursos asignados para tal fin.

En su respectiva jurisdicción, las entidades territoriales deberán garantizar el seguimiento y monitoreo a las metas que se fijan para tal fin.

Se emplearán como fuentes de verificación por parte del nivel nacional:

- Los informes trimestrales de actividades por departamento/distrito.

- La notificación semanal obligatoria de casos al SIVIGILA
- Análisis de cohortes
- Información trimestral de actividades de bacteriología de lepra
- Los informes de las visitas de asistencia técnica del MPS, INS, OPS/OMS, Asociación Alemana.
- Actas departamentales/distritales de capacitaciones
- Informes de gestión.
- Resultados de estudios de investigación operacional y epidemiológica

### **Cronograma**

La recopilación de información necesaria para la evaluación se hará de manera continua, según se vayan implementando las diferentes actividades. A partir del 2010, cada año se realizará una revisión y análisis del plan, para verificar avances en el nivel nacional. En 2010 se realizará la primera medición de los indicadores de impacto y el resultado de los mismos.

Se continuará con las reuniones de evaluación a nivel nacional de actividades de prevención, vigilancia y control de la lepra, las cuales serán organizadas por el MPS e INS.

## Indicadores de Monitoreo y Evaluación – Plan Estratégico Colombia 2010 – 2015

	Medios de verificación	Basal (año)	Meta 2010	Meta 2012	Meta 2015
<b>Indicadores principales para el monitoreo del progreso</b>					
<b>INDICADORES DE IMPACTO</b>					
Tasa de prevalencia: Número de casos en registro activo.	Informes del programa	2008 (0.2/10.000)	<1 / 10.000	<1 / 10.000	<1 / 10.000
Tasa de detección de casos nuevos (por 100.000 habitantes) anual.	Informes del programa	2008 (1/100.000)			
Prevalencia por municipios: Número de municipios con prevalencias superiores a 1 / total de municipios que notifican casos de lepra	Informes del programa	2005 (87 municipios)	Definición. Evaluación línea de base		0
Tasa de nuevos casos detectados con discapacidad grado 2 (por 100.000 habitantes) anual.	Informes del programa		Línea de base.		
Proporción de tratamientos completados: Número de pacientes con Lepra MB que terminaron tratamiento/ Número de pacientes con Lepra MB que iniciaron tratamiento por 100 (Análisis de cohortes). Número de pacientes con Lepra PB que terminaron tratamiento/ Número de pacientes con Lepra PB que iniciaron tratamiento por 100 (Análisis de cohortes).	Informes del programa		Línea de base		99%
<b>INDICADORES OPERACIONALES</b>					
Indicadores principales para evaluar la detección de casos					
	Medios de verificación	Basal (año)	Meta 2010	Meta 2012	Meta 2015
Proporción de niños detectados entre los casos nuevos	Informes de actividades trimestrales	2008 2,35%			1%
Proporción de mujeres detectadas entre los casos nuevos	Informes de actividades trimestrales	2010	Definición de línea de base		
Proporción de MB detectados entre los casos nuevos. Número de casos nuevos MB/total de casos de lepra por entidad territorial	Informes de actividades trimestrales	Promedio 2 0 0 4			50%

		- 2 0 0 8 (74.8%)			
Proporción de convivientes examinados: número de convivientes evaluados / número de convivientes	Informes de actividades	2006 (50%)		80%	100%
<b>Indicadores para el seguimiento</b> la capacidad de la Red Nacional de Laboratorios.					
	<b>Medios de verificación</b>	<b>Basal (año)</b>		<b>Meta 2010</b>	<b>Meta 2015</b>
<b>LDSP con asistencia técnica por parte del LNR:</b> Proporción de LDSP visitados del total de LDSP en Colombia	Informe de visitas de asistencia técnica del INS	2010			100%
<b>LSPD participan en evaluación externa del desempeño de lepra:</b> Proporción de LDPS con evaluación externa del desempeño del total de LDSP	Informes de evaluación externa del desempeño Consolidado anual del INS	2010			100%
<b>Laboratorios clínicos participando en el control de calidad:</b> Proporción de laboratorios clínicos que participan en el control de calidad del total de laboratorios clínicos inscritos en la red departamental/distrital	Consolidado trimestral de actividades de bacteriología. Realizada por LSP	2010			100%
<b>Indicadores para evaluar la calidad de los servicios. Los cuales tendrán línea de base el año 2010.</b>					
Proporción de abandonos al tratamiento.					
Número de recidivas					
Proporción de pacientes que desarrollan nuevas/adicionales discapacidades durante la PQT					

### Bibliografía.

1. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial para aliviar la carga de la lepra y sostener las actividades de control de la enfermedad, 2006-2010. Génova: OMS. 2005
2. Enhanced Global Strategy for Further Reducing the Disease Burden Due to Leprosy. Plan Period 2011-2015. SEA-GLP-2009.3
3. Castiblanco C, Espinosa J. Tuberculosis y lepra año 2005. Inf Quinc Epidemiol Nac 2006; 11 (6): 80-96
4. Ministerio de la Protección Social. Programa Nacional de Salud, 2002-2006. Bogotá, Colombia. Julio de 2003.
5. Ministerio de la Protección Social-Instituto Nacional de Salud. Protocolo para la vigilancia de lepra. INS, Subdirección de Vigilancia y Control en Salud Pública; 2005
6. Ministerio de Salud. Guía de atención de la lepra. Ministerio de Salud, dirección general de salud; 2000.
7. Decreto 272 de 2004. Ministerio de la Protección Social. Enero de 2004.

8. Decreto 2323 de 2006. Ministerio de la Protección Social. Julio de 2006.
9. Decreto 3518 de 2006. Ministerio de la Protección Social. Octubre de 2006.
10. Plan Nacional de Salud Pública. Decreto 3039 de 2007. Ministerio de la Protección Social.
11. Ley 14 de 1964.
12. Ley 380 de 1997.

### Anexo: Información epidemiológica por territorio

Tabla: Información programa nacional de Lepra por territorio. 2006. Fuente: Programa Nacional. Ministerio de la protección Social.

DEPARTAMENTO/DISTRITO	PACIENTES EN TRATAMIENTO AL FINAL DEL AÑO				CASOS NUEVOS DETECTADOS DURANTE EL AÑO		GRADO DE DISCAPACIDAD DE LOS CASOS NUEVOS																		TOTAL CASOS NUEVOS	TOTAL CASOS EN TRATAMIENTO	INCIDENCIA * 100000 HAB	PREVALENCIA *10000 HAB										
	MB		PB		MB	PB	MB NIÑOS			MB ADULTOS			MB TOTAL			PB NIÑOS			PB ADULTOS			PB TOTAL																
	ADULTOS	NIÑOS	ADULTOS	NIÑOS			0	1	2	0	1	2	0	1	2	0	1	2	0	1	2	0	1	2														
AMAZONAS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-	-
ANTIOQUIA	21	0	7	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	10	28	0,17	0,05										
ARAUCA	12	0	2	0	6	4	0	0	0	6	0	0	6	0	0	0	0	0	4	0	0	4	0	0	10	14	4,25	0,60										
ATLANTICO	17	0	4	0	3	1	0	0	0	2	0	1	2	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	4	21	0,38	0,20										
BARRANQUILLA	64	2	7	0	23	12	1	0	0	12	8	2	13	8	2	0	0	0	12	0	0	12	0	0	35	73	3,03	0,63										
BOGOTA	47	0	8	0	30	9	0	0	0	15	8	7	15	8	7	1	0	0	3	4	1	4	4	1	39	55	0,56	0,08										
BOLIVAR	35	0	4	0	24	12	1	0	0	21	2	0	22	2	0	2	0	0	6	0	4	8	0	4	36	39	3,62	0,39										
CARTAGENA	24	0	4	0	15	5	0	0	0	10	3	2	10	3	2	0	0	0	5	0	0	5	0	0	20	28	2,22	0,31										
BOYACA	7	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	8	0,08	0,06										
CALDAS	0	0	0	0	7	0	0	0	0	4	3	0	4	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	0	0,72	-										
CAQUETA	0	0	0	0	7	0	0	0	0	7	0	0	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	0	1,64	-										
CASANARE	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0,33	-										
CAUCA	34	0	2	0	13	3	0	0	0	5	8	0	5	8	0	0	0	0	2	1	0	2	1	0	16	36	1,25	0,28										
CESAR	47	1	12	1	19	15	0	0	0	18	1	0	18	1	0	1	0	0	14	0	0	15	0	0	34	61	3,71	0,67										
CORDOBA	11	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	2	12	0,13	0,08										
CUNDINAMARCA	3	0	2	0	3	5	0	0	0	3	0	0	3	0	0	0	0	0	5	0	0	5	0	0	8	5	0,34	0,02										
CHOCO	10	0	0	0	5	4	0	0	0	5	0	0	5	0	0	0	0	0	4	0	0	4	0	0	9	10	1,96	0,22										
GUAINIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-	-										

LA GUAJIRA	10	0	0	0	3	0	0	0	0	2	0	1	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	3	10	0,42	0,14	
GUAVIARE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-	-	
HUILA	0	0	0	0	21	1	0	0	0	14	3	4	14	3	4	0	0	0	1	0	0	1	0	0	22	0	2,14	-
MAGDALENA	22	0	2	1	11	3	0	0	0	8	1	2	8	1	2	0	0	0	3	0	0	3	0	0	14	25	1,90	0,34
SANTA MARTA	0	0	0	0	6	0	1	0	0	1	2	2	2	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	0	1,42	-
META	18	0	1	0	5	1	0	0	0	2	3	0	2	3	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	6	19	0,75	0,24
NARIÑO	0	0	0	0	7	1	0	0	0	6	1	0	6	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	8	0	0,51	-
NORTE DE SANTANDER	123	1	21	0	33	17	0	0	0	26	3	4	26	3	4	0	0	0	13	2	2	13	2	2	50	145	3,99	1,16
PUTUMAYO	0	0	0	0	4	1	0	0	0	3	1	0	3	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	5	0	1,60	-
QUINDIO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-	-
RISARALDA	11	0	2	0	4	0	0	0	0	3	0	1	3	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	13	0,44	0,14
SAN ANDRES	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	-	0,14	-
SANTANDER	215	0	15	0	63	11	0	0	0	48	7	8	48	7	8	0	0	0	5	3	3	5	3	3	74	230	3,76	1,17
SUCRE	0	0	0	0	6	2	0	0	0	2	4	0	2	4	0	0	0	0	0	2	0	0	2	0	8	0	1,03	-
TOLIMA	39	0	5	0	10	4	0	0	0	7	2	1	7	2	1	0	0	0	4	0	0	4	0	0	14	44	1,02	0,32
VALLE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	20	0	0,48	-
VAUPES	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-	-
VICHADA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-	-
<b>TOTAL</b>	<b>808</b>	<b>4</b>	<b>103</b>	<b>2</b>	<b>334</b>	<b>116</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>231</b>	<b>64</b>	<b>36</b>	<b>234</b>	<b>64</b>	<b>36</b>	<b>5</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>87</b>	<b>13</b>	<b>11</b>	<b>92</b>	<b>13</b>	<b>11</b>	<b>450</b>	<b>917</b>	<b>1,04</b>	<b>0,21</b>

Tabla: Información programa nacional de Lepra por territorio. 2007. Fuente: Programa Nacional. Ministerio de la protección Social.

PARTAMENTO/DISTRITO	PACIENTES EN TRATAMIENTO AL FINAL DEL AÑO				CASOS NUEVOS DETECTADOS DURANTE EL AÑO		GRADO DE DISCAPACIDAD DE LOS CASOS NUEVOS												TOTAL CASOS NUEVOS	TOTAL CASOS EN TRATAMIENTO	INCIDENCIA * 100000 HAB	PREVALENCIA *10000 HAB						
	MB		PB				MB NIÑOS			MB ADULTOS			MB TOTAL			PB NIÑOS							PB ADULTOS			PB TOTAL		
	ADULTOS	NIÑOS	ADULTOS	NIÑOS	MB	PB	0	1	2	0	1	2	0	1	2	0	1	2					0	1	2	0	1	2
AMAZONAS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-	-
ANTIOQUIA	17	0	2	0	2	1	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	3	19	0,05	0,03
ARAUCA	15	0	1	0	9	3	0	0	0	3	1	5	3	1	5	0	0	0	2	0	1	2	0	1	12	16	5,03	0,67

ATLANTICO	20	2	5	0	13	6	0	0	0	6	3	4	6	3	4	0	0	0	6	0	0	6	0	0	19	27	1,79	0,25
BARRANQUILLA	47	1	8	1	37	13	0	0	1	25	8	3	25	8	4	1	0	0	12	0	0	13	0	0	50	57	4,30	0,49
BOGOTA	66	0	7	0	27	7	0	0	0	17	2	8	17	2	8	1	0	0	4	1	1	5	1	1	34	73	0,48	0,10
BOLIVAR	0	0	0	0	15	3	0	0	0	10	4	1	10	4	1	0	0	0	2	1	0	2	1	0	18	0	1,79	-
CARTAGENA	0	0	0	0	13	10	0	0	0	13	0	0	13	0	0	1	0	0	9	0	0	10	0	0	23	0	2,52	-
BOYACA	9	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	9	0,08	0,07
CALDAS	9	0	0	0	3	1	0	0	0	2	1	0	2	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	4	9	0,41	0,09
CAQUETA	0	0	0	0	3	2	0	0	0	0	1	2	0	1	2	0	0	0	2	0	0	2	0	0	5	0	1,16	-
CASANARE	7	0	0	0	2	1	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	3	7	0,98	0,23
CAUCA	28	2	5	0	4	5	2	0	0	1	1	0	3	1	0	0	0	0	5	0	0	5	0	0	9	35	0,70	0,27
CESAR	45	1	6	2	27	8	1	0	0	20	4	2	21	4	2	2	0	0	6	0	0	8	0	0	35	54	3,77	0,58
CORDOBA	0	0	0	0	5	1	0	0	0	3	1	1	3	1	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	6	0	0,40	-
CUNDINAMARCA	8	0	2	0	6	3	0	0	0	6	0	0	6	0	0	0	0	0	3	0	0	3	0	0	9	10	0,38	0,04
CHOCO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-	-
GUAINIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-	-
LA GUAJIRA	0	0	0	0	2	1	0	0	0	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	3	0	0,41	-
GUAVIARE	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1,01	0,10
HUILA	59	0	9	0	19	4	0	0	0	14	3	2	14	3	2	0	0	0	4	0	0	4	0	0	23	68	2,21	0,65
MAGDALENA	0	0	0	0	7	6	0	0	0	2	3	2	2	3	2	0	0	0	4	0	2	4	0	2	13	0	1,75	-
SANTA MARTA	0	0	0	0	4	1	0	0	0	2	1	1	2	1	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	5	0	1,17	-
META	17	0	3	0	9	4	0	0	0	1	7	1	1	7	1	0	0	0	3	1	0	3	1	0	13	20	1,59	0,24
NARIÑO	11	0	2	0	3	2	0	0	0	2	1	0	2	1	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	5	13	0,32	0,08
NORTE DE SANTANDER	128	0	10	0	34	8	0	0	0	20	9	5	20	9	5	0	0	0	7	0	1	7	0	1	42	138	3,32	1,09
PUTUMAYO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-	-
QUINDIO	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	2	0	0,37	-
RISARALDA	10	0	4	0	1	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	2	14	0,22	0,15
SAN ANDRES	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-	-
SANTANDER	149	0	0	0	47	10	1	0	0	26	12	8	27	12	8	0	0	0	5	3	2	5	3	2	57	149	2,88	0,75
SUCRE	0	0	0	0	6	4	0	0	0	4	2	0	4	2	0	0	0	0	3	0	1	3	0	1	10	0	1,27	-
TOLIMA	28	0	8	0	12	6	0	0	0	8	3	1	8	3	1	0	0	0	5	1	0	5	1	0	18	36	1,31	0,26
VALLE	68	2	6	0	20	5	1	0	0	3	12	4	4	12	4	0	0	0	1	3	1	1	3	1	25	0	0,59	-
VAUPES	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	2,49	-
VICHADA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-	-
<b>TOTAL</b>	<b>769</b>	<b>8</b>	<b>81</b>	<b>3</b>	<b>337</b>	<b>121</b>	<b>5</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>194</b>	<b>83</b>	<b>54</b>	<b>199</b>	<b>83</b>	<b>55</b>	<b>5</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>92</b>	<b>14</b>	<b>10</b>	<b>97</b>	<b>14</b>	<b>10</b>	<b>458</b>	<b>861</b>	<b>1,04</b>	<b>0,20</b>

Tabla: Información programa nacional de Lepra por territorio. 2008. Fuente: Programa Nacional. Ministerio de la protección Social.



DEPARTAMENTO/DISTRITO	PACIENTES EN TRATAMIENTO AL FINAL DEL AÑO				CASOS NUEVOS DETECTADOS DURANTE EL AÑO		GRADO DE DISCAPACIDAD DE LOS CASOS NUEVOS																		TOTAL CASOS NUEVOS	TOTAL CASOS EN TRATAMIENTO	INCIDENCIA * 100000 HAB	PREVALENCIA * 10000 HAB		
	MB		PB				MB NIÑOS			MB ADULTOS			MB TOTAL			PB NIÑOS			PB ADULTOS			PB TOTAL								
	ADULTOS	NIÑOS	ADULTOS	NIÑOS	MB	PB	0	1	2	0	1	2	0	1	2	0	1	2	0	1	2	0	1	2						
AMAZONAS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-	-	
ANTIOQUIA	20	0	1	0	8	0	0	0	0	3	5	0	3	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10	21	0,17	0,04
ARAUCA	6	0	3	0	5	4	0	1	0	0	3	1	0	4	1	0	0	0	0	3	1	0	3	1	9	9	3,73	0,37		
ATLANTICO	0	0	0	0	9	6	0	0	0	5	4	0	5	4	0	0	0	0	6	0	0	6	0	0	15	0	0,67	-		
BARRANQUILLA	40	1	3	0	24	8	1	0	0	17	5	1	18	5	1	1	0	0	7	0	0	8	0	0	32	44	2,73	0,38		
BOGOTA	18	0	9	0	15	13	0	0	0	11	2	2	11	2	2	0	0	0	9	4	0	9	4	0	28	27	0,39	0,04		
BOLIVAR	13	0	0	0	40	3	0	0	0	36	0	4	36	0	4	0	0	0	3	0	0	3	0	0	43	13	2,22	0,07		
CARTAGENA	0	0	0	0	13	10	1	0	0	12	0	0	13	0	0	0	0	0	10	0	0	10	0	0	23	0	2,49	-		
BOYACA	10	0	2	0	3	2	0	0	0	0	1	2	0	1	2	0	0	0	0	2	0	0	2	0	5	12	0,40	0,09		
CALDAS	2	0	0	0	5	0	0	0	0	5	0	0	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	2	0,51	0,02		
CAQUETA	0	0	0	0	2	1	0	0	0	2	0	0	2	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	3	0	0,69	-		
CASANARE	5	0	1	0	3	2	0	0	0	1	2	0	1	2	0	0	0	0	2	0	0	2	0	0	5	6	1,60	0,19		
CAUCA	18	2	4	2	8	3	0	0	0	8	0	0	8	0	0	2	0	0	1	0	0	3	0	0	11	26	0,85	0,20		
CESAR	61	0	8	0	18	6	0	0	0	11	6	1	11	6	1	0	0	0	5	0	1	5	0	1	24	69	2,55	0,73		
CORDOBA	14	0	1	0	6	1	0	0	0	2	2	2	2	2	2	0	0	0	0	1	0	0	1	0	7	15	0,46	0,10		
CUNDINAMARCA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-	-		
CHOCO	2	0	0	0	2	0	0	0	0	0	2	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0,43	0,04		
GUAINIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-	-		
LA GUAJIRA	6	0	0	0	2	1	0	0	0	2	0	0	2	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	3	6	0,39	0,08		
GUAVIARE	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2,00	-		
HUILA	56	0	6	0	11	2	0	0	0	8	3	0	8	3	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	13	62	1,23	0,59		
MAGDALENA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-	-		
SANTA MARTA	9	0	0	0	8	0	0	0	0	6	2	0	6	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	9	1,84	0,21		
META	14	0	0	0	9	1	1	0	0	8	0	0	9	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	10	14	1,20	0,17		

NARIÑO	9	1	0	0	4	0	0	0	0	4	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	10	0,25	0,06	
NORTE DE SANTANDER	132	2	7	0	37	9	1	0	0	21	10	5	22	10	5	0	0	0	8	1	0	8	1	0	46	141	3,61	1,11
PUTUMAYO	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	-	0,19	
QUINDIO	9	0	1	0	2	1	0	0	0	2	0	0	2	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	3	10	0,55	0,18	
RISARALDA	10	0	0	0	2	0	0	0	0	2	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	10	0,22	0,11	
SAN ANDRES	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1,39	-	
SANTANDER	172	0	15	0	48	12	0	0	0	20	20	8	20	20	8	0	0	7	5	0	7	5	0	60	187	3,02	0,94	
SUCRE	0	0	0	0	9	2	0	0	0	2	5	2	2	5	2	0	0	1	1	0	1	1	0	11	0	1,38	-	
TOLIMA	25	0	1	0	11	1	0	0	0	8	2	1	8	2	1	0	0	1	0	0	1	0	0	12	26	0,87	0,19	
VALLE	120	0	21	0	46	27	0	0	0	43	0	3	43	0	3	2	0	25	0	0	27	0	0	20	0	0,47	-	
VAUPES	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-	-	
VICHADA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-	-	
<b>TOTAL</b>	<b>777</b>	<b>6</b>	<b>83</b>	<b>2</b>	<b>352</b>	<b>116</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>239</b>	<b>75</b>	<b>33</b>	<b>243</b>	<b>76</b>	<b>33</b>	<b>6</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>89</b>	<b>19</b>	<b>2</b>	<b>95</b>	<b>19</b>	<b>2</b>	<b>468</b>	<b>868</b>	<b>1,05</b>	<b>0,20</b>

Tabla. Incidencia de Lepra por 100.000 habitantes en Colombia por entidad territorial. 2001 a 2008.

Ente territorial	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
AMAZONAS	8,28	6,72	7,86	5,1	3,73	-	-	-
ANTIOQUIA	0,24	0,14	0,16	0,25	0,17	0,17	0,05	0,17
ARAUCA	0,81	6,62	7,55	3,66	3,2	4,25	5,03	3,73
ATLANTICO	0,67	2,61	0,53	1,66	1,12	0,38	1,79	0,67
BARRANQUILLA	2,74	3,45	2,7	2,79	2,81	3,03	4,30	2,73
BOGOTA	0,82	0,36	0,52	0,55	0,6	0,56	0,48	0,39
BOLIVAR	5,11	5,27	3,45	5,51	4,83	3,62	1,79	2,22
CARTAGENA	2,7	3,25	2,15	1,2	0,19	2,22	2,52	2,49
BOYACA	0,51	0,51	0,79	0,71	0,57	0,08	0,08	0,40
CALDAS	0,36	0,62	0,35	0,43	0,34	0,72	0,41	0,51

CAQUETA	1,17	2,29	1,57	1,1	1,08	1,64	1,16	0,69
CASANARE	0,68	0,33	2,59	0,95	2,15	0,33	0,98	1,60
CAUCA	0,7	0,77	1,13	0,82	0,66	1,25	0,70	0,85
CESAR	6,84	6,22	3,45	4,64	3,8	3,71	3,77	2,55
CORDOBA	1,72	1,11	1,02	0,8	0,14	0,13	0,40	0,46
CUNDINAMARCA	0,92	0,58	2,12	0,87	0,81	0,34	0,38	SD
CHOCO	0,49	SD	0,24	0	0,24	1,96	-	0,43
GUAINIA	0	SD	0	0	0	-	-	-
LA GUAJIRA	2,03	2,2	1,97	1,74	0,38	0,42	0,41	0,39
GUAVIARE	3,32	0,81	0	1,54	0,75	-	1,01	2,00
HUILA	3,62	2,41	3,2	2,65	4,01	2,14	2,21	1,23
MAGDALENA	5,16	5,1	3,64	2,33	2,82	1,90	1,75	-
SANTA MARTA	1,76	2,44	1,42	1,38	0,67	1,42	1,17	1,84
META	1,82	0,14	1,21	0,4	1,04	0,75	1,59	1,20
NARIÑO	0,24	0,53	0,58	0,34	0,51	0,51	0,32	0,25
NORTE DE SANTANDER	4,73	3,06	4,11	3,89	3,81	3,99	3,32	3,61
PUTUMAYO	0,59	0,29	0,56	0,54	0,53	1,60	-	-
QUINDIO	1,57	0,51	0,84	0,17	0,33	-	0,37	0,55
RISARALDA	0,62	0,51	0,91	0,69	0,39	0,44	0,22	0,22
SAN ANDRES	0	sd	0	0	0	-	-	1,39
SANTANDER	4,93	3,57	3,48	3	4,12	3,76	2,88	3,02
SUCRE	1,24	1,09	1,91	1,75	2,18	1,03	1,27	1,38

TOLIMA	1,08	0,31	1,6	1,37	2,13	1,02	1,31	0,87
VALLE	1,37	0,39	0,8	0,96	0,86	0,48	0,59	0,47
VAUPES	0	0	0	3,08	0	-	2,49	-
VICHADA	2,32	1,12	1,09	1,07	2,08	-	-	-
<b>TOTAL</b>	<b>1,67</b>	<b>1,36</b>	<b>1,43</b>	<b>1,31</b>	<b>1,3</b>	<b>1,04</b>	<b>1,04</b>	<b>1,05</b>

Fuente: Programa de Lepra. MPS-INS

Tabla. Prevalencia de Lepra por 10.000 habitantes en Colombia por ente territorial. 1999 a 2008.

Entidad territorial	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
AMAZONAS	1,15	0,71	0,97	1,48	1,57	1,40	0,50	-	-	-
ANTIOQUIA	0,04	0,05	0,03	0,02	0,03	0,04	0,10	0,05	0,03	0,04
ARAUCA	0,17	0,46	0,60	0,70	1,47	1,79	0,90	0,60	0,67	0,37
ATLANTICO	0,49	0,67	0,53	0,67	0,49	0,40	0,40	0,20	0,25	-
BARRANQUILLA	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	0,63	0,49	0,38
BOGOTA	0,21	0,50	0,21	0,03	0,09	0,08	0,10	0,08	0,10	0,04
BOLIVAR	1,24	1,16	2,63	0,72	0,52	0,44	0,30	0,39	-	0,07
CARTAGENA	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	0,31	SD	SD
BOYACA	0,04	0,15	0,13	0,15	0,11	0,14	0,10	0,06	0,07	0,09
CALDAS	0,46	0,20	0,17	0,32	0,15	0,07	0,10	-	0,09	0,02
CAQUETA	0,15	0,26	0,19	0,25	0,16	0,20	0,30	-	-	-
CASANARE	0,04	0,14	0,14	0,10	0,26	0,19	0,30	-	0,23	0,19
CAUCA	0,11	0,21	0,23	0,18	0,21	0,26	0,20	0,28	0,27	0,20

CESAR	1,74	1,51	1,46	1,45	0,92	0,86	0,80	0,67	0,58	0,73
CORDOBA	0,22	0,28	0,22	0,16	0,17	0,18	0,10	0,08	-	0,10
CUNDINAMARCA	0,27	0,23	0,35	0,32	0,50	0,09	-	0,02	0,04	-
CHOCO	0,37	0,34	0,34	0,02	0,12	0,12	0,10	0,22	-	0,04
GUAINIA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
LA GUAJIRA	0,44	0,43	0,37	0,44	0,41	0,33	0,30	0,14	-	0,08
GUAVIARE	0,69	0,43	0,58	0,08	0,08	0,23	-	-	0,10	-
HUILA	0,99	1,01	0,82	0,71	0,68	0,69	0,70	-	0,65	0,59
MAGDALENA	0,56	0,67	0,90	0,90	0,60	0,40	0,20	0,34	-	-
SANTA MARTA	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	-	-	0,21
META	0,42	0,36	0,41	0,40	0,24	0,28	0,90	0,24	0,24	0,17
NARIÑO	0,06	0,10	0,08	0,09	0,13	0,11	0,10	-	0,08	0,06
NORTE DE SANTANDER	1,23	1,04	1,35	1,57	1,41	0,89	1,10	1,16	1,09	1,11
PUTUMAYO	0,55	0,21	0,09	0,14	0,19	0,22	0,20	-	-	0,19
QUINDIO	0,29	0,82	0,21	0,22	0,07	0,20	-	-	-	0,18
RISARALDA	0,15	0,17	0,15	0,15	0,12	0,13	-	0,14	0,15	0,11
SAN ANDRES	0,28	0,27	-	0,26	-	0,25	0,10	0,14	-	-
SANTANDER	0,94	0,98	0,94	0,87	1,04	1,08	1,00	1,17	0,75	0,94
SUCRE	0,40	0,43	0,40	0,28	0,29	0,22	0,20	-	-	-
TOLIMA	0,56	0,70	0,48	0,29	0,31	0,31	0,30	0,32	0,26	0,19
VALLE	0,95	0,70	0,68	0,74	0,54	0,41	-	-	-	-
VAUPES	-	-	-	-	-	0,31	-	-	-	-

VICHADA	0,12	-	0,23	0,34	0,22	0,2	0,2	-	-	-
TOTAL	0,47	0,49	0,46	0,39	0,22	0,21	0,20	0,21	0,20	0,20

Fuente: Programa de Lepra. MPS-INS.