



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

 **PROSPERIDAD
PARA TODOS**

Guía Metodológica para Registros, Observatorios, Sistemas de Seguimiento y Salas Situacionales Nacionales en Salud

Dirección de Epidemiología y Demografía
Grupo de Gestión del Conocimiento

Bogotá, Colombia

Abril 2013

Versión 6



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

 **PROSPERIDAD
PARA TODOS**

Guía de Registros, Observatorios, Sistemas de Seguimiento y Salas Situacionales Nacionales

ISBN: XXXX XXXXX XXXXX

Registros, Observatorios, Sistemas de Seguimiento y Salas Situacionales Nacionales en Salud

Dirección de Epidemiología y Demografía

Ministerio de Salud y Protección Social

Coordinación editorial

2013

Bogotá D.C., Colombia



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

Guía de Registros, Observatorios, Sistemas de Seguimiento y Salas Situacionales Nacionales

Equipo de Trabajo

ALEJANDRO GAVIRIA URIBE

Ministro de Salud y Protección Social

FERNANDO RUIZ GOMEZ

Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

MARTHA LUCÍA OSPINA MARTÍNEZ

Directora de Epidemiología y Demografía

JOSE IVO MONTAÑO CAICEDO

Asesor Dirección de Epidemiología y Demografía

JUAN CARLOS RIVILLAS GARCIA

Coordinador Observatorios y Registros Nacionales



Contenido

Resumen.....	7
PRESENTACIÓN.....	9
1. Sección Bases normativas	14
1.1. Normatividad Observatorios.....	15
1.2. Normatividad en Sistemas de Seguimiento y Evaluación	27
1.3. Normatividad Registros Nacionales	34
2. Sección Bases conceptuales	37
3. Sección Registros, Observatorios, Sistemas de Seguimiento y Salas Situacionales	44
3.1. Observatorios (16).....	44
3.2. Sistemas de Seguimiento (9)	48
3.3. Registros (2).....	50
3.4. Salas Situacionales (1)	51
4. Sección Fuentes de información	53
5. Sección Modelo de Observatorios	59
5.1. Rol y funciones de los Observatorios:	59
5.2. Características del Modelo.....	60
5.3. Estructura y Funcionamiento	60
5.4. Sistema Estándar de Indicadores	63
6. Gestión del Conocimiento en Salud	68
6.1. Planes de Análisis	71
6.2. Diseño de Líneas Base	74
6.3. Salas Situacionales	78
6.4. Difusión y Comunicación.....	79
7. Conclusiones y Recomendaciones	83
Trabajos citados	86



Listados de Tablas y Figuras

Tabla 1.

Registros Administrativos SISPRO.

Tabla 2.

Encuestas Poblacionales de salud en Colombia.

Tabla 3.

Metodología para los Registros, Observatorios, Sistemas de Seguimiento y Salas Situacionales ROSS-MSPS.

Tabla 4.

Ejemplo de Hoja de Vida de un Indicador: Proporción transmisión materno infantil VIH en niños menores de 5 años

Tabla 5.

Ejemplo de Plan de Análisis: Observatorio Nacional de Violencias - ONV Colombia

Tabla 6.

Metodología para el desarrollo de líneas base a partir de indicadores DANE

Figura 1.

Estructura y Funcionamiento de los Registros, Observatorios, Sistemas de Seguimiento y Salas Situacionales, ROSS -MSPS.

Figura 2.

Gestión del Conocimiento en Salud, Dirección de Epidemiología y Demografía -MSPS.

Figura 3.

Comparación de Cambios a través del Tiempo a partir de Sistemas Estándar de Indicadores Definidos por una Línea Base.



Abreviaturas

BD	Bodega de Datos
CONPES	Consejo Nacional de Política Social y Económica
CNSSS	Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud
DANE	Departamento Administrativo Nacional de Estadística
DED	Dirección de Epidemiología y Demografía
EOC	Entidades Obligadas a Compensar
MSPS	Ministerio de Salud y Protección Social
ODM	Objetivos del Milenio
OECD/ OCDE	Organization for Economic Co-operation and Development Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONEA	Observatorio Nacional e Intersectorial de Embarazo Adolescente
ONVIH	Observatorio Nacional para la Gestión Programática de ITS VIH/SIDA
ONSM	Observatorio Nacional de Salud Mental
OSAN	Observatorio de Seguridad Alimentaria y Nutricional de Colombia
ONV	Observatorio Nacional de Violencias
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PISIS	Plataforma de Información de SISPRO
POS	Plan Obligatorio de Salud
RIDIS	Registro Individual de Indicadores en Salud
ROSS	Registros, Observatorios, Sistemas de Seguimiento y Salas Situacionales
SEN	Sistema Estadístico Nacional
TICs	Tecnologías de la Información
SISPRO	Sistema de Información de la Protección Social
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud
SSIVE	Sistema de Seguimiento y Monitoreo a la Interrupción Voluntaria del Embarazo
SAPS	Sistema de Seguimiento de la Estrategia de Atención Primaria en Salud
SEASS	Sistema de Calificación y Evaluación de Actores del Sistema de Salud
SENOS	Eventos de Notificación Obligatoria
SNAIPD	Sistema Nacional de Atención Integral a la Población Desplazada
SIVIGILA	Sistema de Vigilancia en Salud



Resumen

Los Observatorios en el nuevo milenio deben concebirse como instancias proactivas y efectivas en la planeación de la salud pública que requieren de continuidad. Así mismo, deben estar en capacidad de ser sistemas inteligentes con el propósito de identificar los riesgos y determinantes que deterioren la salud de la población, por ello es necesario que estén integrados horizontal y verticalmente en todos los niveles estratégicos de la información: desde lo local hasta lo global. Por ésta razón, los observatorios de salud pública reflejan la importancia creciente que resulta del trabajo entre agencias y de acciones intersectoriales sólidas, que no sólo buscan entregar mayor relevancia a la generación y difusión de información, si no adicionalmente, gestionar el conocimiento como garantía en la formulación y orientación de políticas e intervenciones en salud con enfoque de equidad y basadas en la evidencia.

En Colombia, el Ministerio de Salud y Protección Social ha priorizado un conjunto de Registros, Observatorios y Sistemas de Seguimiento- ROSS para que cumplan con roles estratégicos y competencias bien definidas en función de la gestión del conocimiento. Aunque los roles y alcances definidos para los ROSS – MSPS están en sintonía con solucionar la limitada disponibilidad de información a nivel tanto individual como contextual, así como local, nacional e internacional, no se han limitado en registrar y recopilar datos sobre morbilidad y mortalidad, en ésta oportunidad adquieren un valor adicional debido que se han concentrado en identificar y monitorear las condiciones que inducen a cambios en la salud de las poblaciones, influyen comportamientos y conductas de riesgo para la salud en las personas y realizan seguimiento a la equidad en salud en el país.

Así, los esfuerzos y compromisos desde el sector salud en materia de información en salud, con la integración de las fuentes disponibles de información con datos relevantes sobre la salud de las personas en un sistema único y representativo para el país, y materializado en el Sistema de Información Integral de la Protección Social, SISPRO, constituye un hecho histórico que agrega mayor significado a los Registros, Observatorios, Sistemas de Seguimiento y Salas Situacionales dispuestos para monitorear la salud y las desigualdades comúnmente asociadas a esta entre grupos específicos dentro de la población Colombiana.



Guía de Registros, Observatorios, Sistemas de Seguimiento y Salas Situacionales Nacionales

El Rol de los Observatorios es gestionar el conocimiento en salud para el país, pero esta gestión del conocimiento debe darse en, al menos tres (3) niveles que valen la pena destacar. En primer lugar, la identificación de desigualdades socio-económicas asociadas a estados de salud que experimentan determinados grupos de manera acentuada y en forma creciente. En segundo lugar, el seguimiento de políticas en salud conducidas para enfrentar éstas desigualdades, y mejorar el acceso y oportunidad de los servicios de salud. Y en tercer lugar, el uso de información accesible y transparente en la forma cómo se asigna y movilizan los recursos de las intervenciones en salud.

De esta forma y con el fin de constituir avances en la vigilancia de salud pública de acuerdo al perfil epidemiológico del país, el Ministerio de Salud y Protección Social a través del SISPRO usa fuentes de información que por norma legal deben ser notificadas, captadas desde varios niveles, sin pretender reemplazar o crear sistemas paralelos, sino dirigiendo esfuerzos necesarios para fortalecer los sistemas de información existentes. Así, el SISPRO constituye la fuente principal de los Registros, Observatorios, Sistemas de Seguimiento y Salas Situacionales priorizados e implementados.

Finalmente, el propósito de este documento **Guía Metodológica de Registros, Observatorios, Sistemas de Seguimiento y Salas Situacionales**, es superar la noción que este tipo de estrategias son puramente pasivas y fomentar el entendimiento sobre la proactividad y eficacia que pueden adoptar cuando son implementados adecuadamente. Se recomienda, así que estos sean concebidos como sistemas de inteligentes que estructuran y organizan la disponibilidad de la información y destacan la gestión del conocimiento como rol principal, evitando limitarse a monitorear indicadores, sino también identificando condiciones que pueden contribuir o influenciar la salud, a la vez que tienen la capacidad de seguir el progreso y dificultades en el desarrollo de las Políticas para emitir recomendaciones y finalmente, detectar necesidades o ausencia de investigación en salud.



PRESENTACIÓN

"La razón para recolectar, analizar y difundir información sobre una enfermedad es para el control de dicha enfermedad. La Interpretación y el análisis debe permitir además decidir si los recursos para dichas acciones continúan o no"

*William H. Foege, M.D., M.P.H., Former Director,
Centers for Disease Control and Prevention, 2003*

La Organización Mundial de la Salud, OMS (WHO, 2012) busca incrementar la capacidad de los sistemas de información existentes para avanzar en la vigilancia en temas de interés de salud pública de los países. Para lograr esto, insiste en la importancia de difundir información y gestionar conocimiento a través de observatorios que resulten de una necesidad compartida (agendas), concentrados para ser complementados unos con otros, y mediante una verdadera colaboración y cooperación en materia de información, permitiendo finalmente, una visión de la salud pública de un país, de sus grupos de interés y/o vulnerables y de cada individuo desde diversas dimensiones.

En Colombia los Registros, Observatorios, Sistemas de Seguimiento y Salas Situacionales- ROSS priorizados por el Ministerio de Salud y Protección Social MSPS han sido en su conjunto, identificados para cumplir con roles estratégicos y competencias bien definidas en función de la gestión del conocimiento. El modelo de ROSS se ha aplicado con el propósito de informar la formulación de las políticas e intervenciones en salud, de la siguiente manera:

- Proporcionando información, datos y gestionando el conocimiento sobre la situación de salud de la población Colombiana.
- Liderando el seguimiento del comportamiento de las desigualdades en salud y monitoreando cambios entre estas desigualdades al interior de grupos específicos.
- Gestionando el conocimiento para orientar la formulación de políticas en salud y asegurar de esta forma, una implementación efectiva de sus intervenciones y estrategias.

El desarrollo y fortalecimiento de estos ROSS-MSPS reflejan la importancia alcanzada en el país por el trabajo conjunto entre agencias e instituciones, por el acceso e intercambio de información de la salud de las personas. La Dirección de Epidemiología y Demografía- DED, del Ministerio de Salud y Protección Social, dando cumplimiento a las competencias y obligaciones de seguimiento, evaluación y gestión del conocimiento establecidas para el sector salud, ha priorizado, agrupado y concentrado un set de Registros, Observatorios, Sistemas de Seguimiento y Salas Situacionales que generan información apoyados en el SISPRO, gestionan el conocimiento y difunden resultados con



tal finalidad. Estos se agrupan de acuerdo su naturaleza de observación y seguimiento en cuatro (4) categorías:

Observatorios

- 1 **ONV Colombia - Observatorio Nacional de Violencias**
- 2 **ONVIH - Observatorio Nacional para la Gestión Programática de ITS – VIH/SIDA**
- 3 **ONSM - Observatorio Nacional de Salud Mental**
- 4 **Observatorio Nacional de Salud Materna de Colombia**
- 5 **ONIEA - Observatorio Nacional e Intersectorial del Embarazo Adolescente**
- 6 **OEV Colombia - Observatorio Nacional de Vejez y Envejecimiento para Colombia**
- 7 **OSAN Colombia - Observatorio de Seguridad Alimentaria y Nutricional de Colombia**
- 8 **Observatorio de Medicamentos y Tecnologías en Salud**
- 9 **ERCCAV - Observatorio de Enfermedad Renal Crónica y Salud Cardiovascular**
- 10 **Observatorio Andino de Economía de la Salud**
- 11 **Observatorio de Salud de los Grupos Étnicos de Colombia**
- 12 **Observatorio Nacional de Zoonosis**
- 13 **Observatorio de Discapacidad de Colombia**
- 14 **ONC Colombia - Observatorio Nacional de Cáncer de Colombia**
- 15 **ONCASASS Colombia - Observatorio Nacional de Calidad y Seguimiento a Actores del Sistema de Salud**
- 16 **Observatorio de Talento Humano en Salud**

Sistemas de seguimiento

- 1 **Sistema de Seguimiento a la Atención en Salud de las Víctimas del Conflicto Armado en Colombia**
- 2 **SSIVE – Sistema de Seguimiento y Monitoreo a la Interrupción Voluntaria del Embarazo**
- 3 **Sistema Nacional de Seguimiento a la Infancia y Adolescencia de Colombia**
- 4 **Sistema de Seguimiento a Eventos de Notificación Obligatoria en Salud**
- 5 **Sistema de Seguimiento para el Logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio – ODM SALUD Colombia**
- 6 **SAPS – Sistema de Seguimiento a la Estrategia de Atención Primaria en Salud de Colombia**
- 7 **Sistema Estándar de Indicadores Básicos en Salud de Colombia**
- 8 **Sistema de Indicadores para Seguimiento a los Indicadores OECD**
- 9 **Sistema de Nacional de Seguimiento y Evaluación del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021**

Registros

- 1 **Registro de Enfermedades Huérfanas y Raras de Colombia**
- 2 **Registro de Actividades Preventivas en Salud**

Salas Situacional

- 1 **PAI – Programa Ampliado de Inmunizaciones**



Es importante que previa operación y funcionamiento de los ROSS, se supere la falta de conocimiento frente lo que un observatorio en salud pública es y puede hacer, y asumir que no son posibles sin una operación conjunta entre fuentes de información, redes de conocimiento¹ y actores que integren y exploten los datos disponibles, y gestionen el conocimiento como último fin.

En la primera sección del documento se realiza un compendio del marco legal y político en materia de información en salud que fundamentan los ROSS, citando aquellas bases normativas que ordenan su diseño, implementación y/o fortalecimiento en el país. Adicionalmente, se resaltan aquellas normas recientes que fomentan la gestión del conocimiento en salud por primera vez en Colombia.

En la segunda sección se describen las bases conceptuales usadas y necesarias para la operación de los ROSS, con el fin de añadir valor a los datos y enfatizar sobre la necesidad de estandarizar conceptos que garanticen la sintonía en el manejo y uso de información por parte de actores responsables, y desde la misma implementación que adelante el Ministerio de Salud y Protección Social.

Seguido, la sección tres una conceptualización de cada ROSS priorizados y desarrollados por el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Posteriormente, la sección cuatro identifica las fuentes con información relevante de la salud de individuos, que se integran en el SISPRO.

En la sección cinco se describen concretamente los componentes del modelo de los ROSS propuesto: i) rol y funciones, ii) características que adquiere el modelo, iii) estructura y funcionamiento y vi) Sistema Estándar de Indicadores. Allí se destacan los alcances de los ROSS: desde monitorear y hacer seguimiento con información disponible al comportamiento de eventos de interés en salud pública, pasando por la identificación de brechas en la información, hasta la estabilización de salidas de información y automatización de los sistemas estándar de indicadores requeridos por cada ROSS.

La sección seis desarrolla el tema de la gestión del conocimiento que deben liderar los ROSS y en el que tanto se ha enfatizado. Se describen brevemente los atributos esenciales de un plan de análisis, se enlistan las recomendaciones necesarias para el diseño y actualización de líneas base, el desarrollo de salas situacionales y se establece la importancia de la difusión y diseminación de la evidencia generada a través de éstos.

¹Esta estrategia promovida por Colciencias busca propiciar y contribuir con la solución de problemas de gran relevancia científica, tecnológica, económica, social y competitiva del país.



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

 **PROSPERIDAD
PARA TODOS**

Guía de Registros, Observatorios, Sistemas de Seguimiento y Salas Situacionales Nacionales

Al final, la sección siete resume unas conclusiones y emite una serie de recomendaciones para garantizar una adecuada operación y sostenibilidad de los ROSS en el tiempo, recordando el papel que juegan dentro del sistema de vigilancia en salud pública, en el desarrollo de políticas y programas en salud, y finalmente en la gestión y fomento del conocimiento con enfoque de equidad para el país.

Martha Lucía Ospina Martinez
Directora Epidemiología y Demografía



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

 **PROSPERIDAD
PARA TODOS**

Registros, Observatorios, Sistemas de Seguimiento y Salas Situacionales Nacionales

SECCIÓN 1 | Bases Normativas



1. Sección Bases normativas

Según las competencias otorgadas por la Ley 715 de 2001, le corresponde al Ministerio de Salud y Protección Social definir, diseñar, reglamentar, implantar y administrar el Sistema Integral de Información en Salud y el Sistema de Vigilancia en Salud Pública, con la participación de las entidades territoriales. Por ello, y en cumplimiento a las recientes leyes y decretos, se deben implementar y desarrollar sistemas de información, registros y observatorios nacionales, y fortalecer los existentes e integrarlos al SISPRO. Con el fin de disponer de información adecuada y oportuna que apoye la toma de decisiones en el sistema de salud, precise modelos y protocolos de atención, fomente la investigación y potencialice la formulación de políticas en salud que se materialicen en un mayor estado de bienestar y salud de la población colombiana.

A continuación se resumen las bases normativas que ordenan el cumplimiento de estas competencias por el sector salud para cada uno de los ROSS en desarrollo:

- Normatividad Observatorios (25 disposiciones)
- Normatividad Sistemas de Seguimiento (28 disposiciones)
- Normatividad Registros (8 disposiciones)

Según la naturaleza de la norma, los dispuestos legalmente en apoyo a la creación de ROSS son las siguientes:

- CONPES (7)
- Políticas Nacionales (2)
- Leyes (14)
- Decretos (10)
- Resoluciones (11)
- Acuerdos (3)
- Circulares (2)
- Sentencias (3)
- Autos (6)
- Normas internacionales (3)



1.1. Normatividad Observatorios

1. ONV Colombia - Observatorio Nacional de Violencias

- a) **CONPES 91 de 2005 Metas y Estrategias de Colombia para el Logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio - 2015.** Define la importancia de recopilar información oportuna para mitigar el impacto de la violencia, particularmente en el objetivo tres (3) referido a promover la igualdad de género y la autonomía de la mujer: *“Mantener la aplicación y el análisis al menos cada cinco años del módulo de violencia contra la mujer en la Encuesta Nacional de Demografía y Salud, y promover su aplicación y análisis en departamentos y ciudades”,* y *“Fortalecer y mantener un programa intersectorial de vigilancia y atención de la violencia intrafamiliar como estrategia de salud pública, especialmente la ejercida por la pareja, iniciando por las cuatro grandes ciudades (Bogotá, Medellín, Cali, Barranquilla y Bucaramanga) y, posteriormente con los demás municipios”.*
- b) **CONPES 140 de 2011 Modificación doc. CONPES SOCIAL 91 DE 2005: Metas y estrategias de Colombia para el logro de los ODMs-2015.** Objetivo 3. Igualdad de Oportunidades para las Mujeres. Ratifica y complementa este requerimiento, trazando metas a 2015: *“Diseño, desarrollo e implementación del Observatorio Nacional de Violencias”* y *“Línea de base definida que dé cuenta de la información para seguimiento y monitoreo de las violencias de género intrafamiliar y sexual”.*
- c) **Ley 1257 de 2008 (Art. 9) Normas de Sensibilización, Prevención y Sanción de Formas de Violencia y Discriminación Contra las Mujeres.** Asimismo, el Ministerio de Salud y Protección Social tiene la responsabilidad, a través de ésta Ley de implementar el Observatorio Nacional de Violencias, para la detección, monitoreo y seguimiento de agresiones sexuales o cualquier forma de violencia contra las mujeres, para lo cual las entidades responsables en el marco de la ley deben aportar información referente a violencia de género a este observatorio.
- d) **Decreto 164 de 2010 Comisión Intersectorial para Erradicar la Violencia contra las Mujeres.** Establece y promueve un sistema de registro unificado de casos de violencia contra la mujer.

2. ONSM - Observatorio Nacional de Salud Mental

- a) **Decreto 3039 de 2007: Plan Nacional de Salud Pública 2007 - 2010. objetivo 4: Creación del Observatorio de Salud Mental.** Es relevante lo relacionado en la formulación de la línea de política número 4: Vigilancia en salud y Gestión del conocimiento en Salud Mental, Violencia y Lesiones Evitables. Se resalta la importancia de la notificación



obligatoria, la vigilancia activa por medio de observatorios centinelas y la investigación de modelos de riesgo y enfermedad en las condiciones y eventos definidos como prioridad nacional. Dada la importancia de la información para la toma de decisiones, la orientación y formulación de políticas para mejorar la calidad de vida enfrentar el problema de los trastornos mentales en la población, se implementó el Observatorio Nacional de Salud Mental y Drogas, que viene funcionando desde el Ministerio de Salud y Protección Social y deben dirigirse esfuerzos para su integración al SISPRO y facilitar su posterior fortalecimiento desde la Dirección de Epidemiología y Demografía.

- b) **Ley 1438 de 2011. Reforma del Sistema General de Seguridad Social en Salud.** Artículo 65. Atención Integral en Salud Mental. Retoma la importancia de la implementación, seguimiento y evaluación de la Política Nacional de Salud Mental.
- c) **Plan Nacional de Reducción del Consumo de Drogas 2009-2010.** Que define entre sus ejes operativos: prevención, mitigación, superación y capacidad de respuesta; así mismo propone acciones frente al no consumo y la alta vulnerabilidad al mismo: consumo activo y problemático que concentra la mayor cantidad de consumidores de sustancias psicoactivas lícitas e ilícitas y la mayor cantidad de consecuencias y costos en seguridad, convivencia, salud pública, salud mental, entre otros; a la superación de la dependencia a partir del tratamiento, al rehabilitación y la inclusión social definitiva y sostenible de quienes han abandonado su consumo y finalmente acciones en el desarrollo de la capacidad técnica, institucional, de articulación y financiera para avanzar en la construcción de dispositivos que permitan evaluación de resultados.

3. ONVIH - Observatorio Nacional para la Gestión Programática de ITS VIH/Sida

- a) **CONPES 91 de 2005 Metas y Estrategias de Colombia para el Logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio - 2015.** Objetivo 6: Combatir el VIH/Sida, dengue y malaria.
- b) **CONPES 140 de 2011 Modificación doc. CONPES SOCIAL 91 DE 2005: Metas y estrategias de Colombia para el logro de los ODMs-2015.** Objetivo 6. Combatir el VIH/Sida, Dengue y malaria. Ratifica y complementa este requerimiento, trazando metas a 2015: Sistemas de Información para incrementar la eficiencia de los actores del SGSSS, para monitorear el comportamiento de los servicios de salud en lo relacionado con acceso y tratamiento oportunos a la TAR (Terapia Antirretroviral), el comportamiento de la epidemia entre poblaciones específicas y el control y eliminación de la transmisión materno-infantil en Colombia.



- c) **DECRETO 1543 DE 1997. Reglamentar el manejo de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y otras Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS).** Define la notificación obligatoria de casos de VIH/Sida y ETS dentro de un sistema de información epidemiológica a cargo de todos los actores sin importar su naturaleza jurídica de carácter público o privada dentro del SGSSS, con el propósito de detectar tempranamente casos, evitar progreso de la enfermedad y mortalidad, medir prevalencia de la epidemia en el país.
- d) **RESOLUCION 4725 DE OCTUBRE DE 2011. Definición de periodicidad, forma y contenido de la información reportada por Entidades Promotoras de Salud EPS y demás entidades obligadas a compensar a la Cuenta de Alto Costo relacionada con la infección por VIH y SIDA.** Establece la colaboración entre fuentes de información y obliga que todas las IPS suministren la información en las condiciones requeridas de la resolución a las EPS y demás EOC, para dar viabilidad a la operación del Sistema de Información de la Cuenta de Alto Costo que proporciona finalmente los datos validados al Ministerio de Salud y Protección Social.
- e) **Resolución 783 YERROS VIH. Modificaciones e inclusión de variables y categorías para monitorear poblaciones infectadas con VIH/SIDA.** Se ratifican Sistemas de Información y obligatoriedad del reporte cada seis meses a cargo de las EPS y EOC al Observatorio Nacional para la Gestión Programática del VIH/Sida operado por el Ministerio de Salud y Protección Social.

4. Observatorio Nacional de Salud Maternade Colombia

- a) **CONPES 91 de 2005 Metas y Estrategias de Colombia para el Logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio - 2015.** Objetivo 5: Mejorar la Salud Sexual y Reproductiva. Propone para lograr este objetivo el diseño e implementación de herramientas que faciliten la identificación, orientación y adhesión a las intervenciones de detección temprana de alteraciones del embarazo, de atención del parto y de atención del puerperio. Así, como fortalecer la vigilancia sobre el cumplimiento y la calidad de las intervenciones relacionadas con la salud materna y de los componentes de atención obstétrica esencial.
- b) **CONPES 140 de 2011 Modificación doc. CONPES SOCIAL 91 DE 2005: Metas y estrategias de Colombia para el logro de los ODMs-2015.** Objetivo 5. Mejorar la Salud Materna. Ratifica y complementa las metas nacionales a 2015, a través de seguimiento y monitoreo



al comportamiento de la salud materna y reproductiva a través de los indicadores y conservando la línea base y fuentes previamente establecidas.

- c) **Decreto 3039 de 2007: Plan Nacional de Salud Pública 2007 - 2010.** Define los avances en materia de Salud Sexual y Reproductiva que debe lograrse mediante la implementación y fortalecimiento de un sistema de vigilancia epidemiológica.
- d) **Ley 1438 de 2011 que modifica la Ley 100 de 1993. Reforma del Sistema General de Seguridad Social en Salud.** Establece un conjunto de indicadores de resultados en salud dentro de los cuales se debe encontrar mínimamente indicadores de morbilidad y mortalidad materna trazadores para el país.

5. ONIEA - Observatorio Nacional e Intersectorial de Embarazo Adolescente

- a) **Ley 75 de 1.968:** Los niños, niñas y adolescentes, por primera vez se ven diferenciados como grupo y para el cual se confía el cuidado y salvaguardia de la integridad física, la salud y la educación ya sea por intermedio de sus cuidadores directos o por instituciones dedicadas a tal fin y se crea oficialmente el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) cuyo fin esencial es proveer protección al menor.
- b) **Constitución Nacional de Colombia de 1991.** Establece en sus artículos 44 y 45 el papel preponderante de los niños y adolescentes en nuestro país.
- c) **CONPES 091 de 2005: Metas y estrategias de Colombia para el logro de los ODM - 2015. Objetivo 5. Mejorar la salud sexual y reproductiva.** Estrategias para mejorar la salud sexual y reproductiva de las mujeres. Define el diseño e implementación de herramientas para identificar, orientar y facilitar la adhesión a las intervenciones de detección temprana de alteraciones del embarazo, de atención del parto y de atención del puerperio. Adicional enfatiza sobre el fortalecimiento de la vigilancia en salud pública en salud sexual y reproductiva, a través del diseño y disposición de metodologías estandarizadas de vigilancia sobre los eventos de interés y sobre el acceso y calidad.
- d) **CONPES 140 de 2011: Ratificación metas a nivel nacional ODM. Objetivo 5: Mejorar la salud materna.** Establece las estrategias para la reducción de la mortalidad materna y la promoción de la salud sexual y reproductiva. Objetivo 5B. Sobre el logro del acceso universal a la salud reproductiva, el porcentaje de mujeres entre los 15 y 19 años de edad que han sido madres o están en embarazo y cuya meta para el año 2015 es de menos de 15%.



- e) **Ley 1098 de 2006: Código de Infancia y Adolescencia.** Después de discusiones de varios años es promulgado éste código considerándose como uno de los hitos más importantes en materia de reconocimiento de los derechos de la Infancia y juventud en el país.
- f) **CONPES 147 de 2012: Lineamientos para el desarrollo de una línea estratégica para la prevención del embarazo en la adolescencia (edades entre 6 y 19 años).** Establece un sistema de seguimiento, monitoreo y evaluación a este evento en Colombia, a través del Observatorio Nacional del Embarazo Adolescente: Define el desarrollo de una estrategia conjunta para monitorear el embarazo adolescente articulada con otros actores responsables a nivel nacional, con el fin de generar información útil en la orientación de una política pública para su prevención y reducción.

6. OSAN Colombia - Observatorio de Seguridad Alimentaria y Nutricional de Colombia

- a) **CONPES 113 Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (PNSAN).** En 2008 se aprueba mediante éste documento la única norma que define de forma específica directrices en materia de investigación en Seguridad Alimentaria y Nutricional SAN en Colombia. Plantea como una de las estrategias de evaluación y seguimiento de la PNSAN: el Observatorio de Seguridad Alimentaria y Nutricional OSAN, para que funcione como un sistema integrado de instituciones, actores, políticas, procesos, tecnologías, recursos y responsables de la Seguridad Alimentaria y Nutricional, que integre fuentes de información, genere análisis de información y facilite la gestión del conocimiento necesaria para el seguimiento y evaluación de las acciones que buscan garantizar la efectividad de la PSAN.
- b) **CONPES 140 de 2011 Modificación doc. CONPES SOCIAL 91 DE 2005: Metas y estrategias de Colombia para el logro de los ODMs-2015.** Objetivo 1. Erradicar la pobreza extrema y el hambre. Define la responsabilidad de monitorear, hacer seguimiento y reunir información oportuna y de calidad a través de la vigilancia de la situación de desnutrición y de las enfermedades transmitidas por alimentos en el país.



7. Observatorio de Medicamentos y Evaluación de Tecnologías en Salud de Colombia

- a) **Ley 1438. CAPÍTULO IV MEDICAMENTOS, INSUMOS y DISPOSITIVOS MÉDICOS. Artículo 86. Política Farmacéutica Nacional, de Insumos y Dispositivos Médicos.** El Ministerio de la Protección Social es responsable de definir la política farmacéutica, de insumos y dispositivos médicos a nivel nacional y en su implementación, así mismo de establecer y desarrollar mecanismos y estrategias dirigidas a optimizar la utilización de medicamentos, insumos y dispositivos, a evitar las inequidades en el acceso y asegurar la calidad de los mismos, en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- b) **CONPES 155 de 2012. Política Farmacéutica Nacional.** El Ministerio de Salud y Protección Social es responsable del diseño y administración de una base de datos centralizada de pacientes a los que se administre medicamentos de biológicos y biotecnológicos, preservando la confidencialidad de la información, esto para fines de farmacovigilancia, seguimiento al uso y mejoramiento de la atención en salud. Adicional, dentro de la Política Farmacéutica se propone un plan de acción anual para la implementación y el seguimiento de la misma mediante la definición de un Sistema de Monitoreo y Evaluación que permita generar información sobre su desempeño, progresos, dificultades y resultados en términos de cobertura, calidad y costo-efectividad para el país.

8. OEV Colombia - Observatorio de Envejecimiento y Vejez de Colombia

- a) **Política Nacional de Envejecimiento y Vejez 2007-2019.** Corresponde al Ministerio de Salud y Protección Social en ejercicio de sus funciones monitorear y evaluar los resultados e impacto de la Política, así como promover e impulsar investigación sobre envejecimiento y vejez en Colombia. Generando información socio-demográfica e indicadores en salud en términos de envejecimiento, del mismo modo sobre los servicios integrales del sistema de salud y asistencia social para personas mayores, información y resultados que deben publicarse con una periodicidad, y que proporcionen evidencia para las acciones que se adelanten desde el sistema de vigilancia en salud pública relacionada con el envejecimiento poblacional en el país.
- b) **CONPES 2793 de 1995. Sobre Envejecimiento y Vejez en Colombia.** Plantea los lineamientos de política relativos a la atención del envejecimiento y a la vejez de la población colombiana, y en especial a las necesidades de las personas de mayor edad que deben ser monitoreadas y seguidas en el tiempo, no sólo con fines de garantizar



protección y calidad de vida si no para conocer el comportamiento del envejecimiento en el país y preparar el sistema de salud.

9. ERCCAV - Observatorio de Enfermedad Renal Crónica y Salud Cardiovascular

- a) **ONU A66/L.1 Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles.** Establece la necesidad de reforzar, según proceda, los sistemas de información para la planificación y gestión de la salud, lo que incluye reunir, desglosar, analizar, interpretar y difundir datos y elaborar registros y encuestas nacionales de población, cuando corresponda, para facilitar intervenciones apropiadas y oportunas en favor de toda la población.
- a) **Naciones Unidas A/RES/64/265. Prevención y control de las Enfermedades No Transmisibles.** A través de la cual establece la necesidades de observar y monitorear las condiciones en que viven las personas y su estilo de vida influyen en su salud y calidad de vida y que las enfermedades no transmisibles más destacadas están relacionadas con factores de riesgo comunes: el consumo de tabaco, abuso del alcohol, una dieta malsana, la inactividad física y los carcinógenos ambientales, consciente de que estos factores de riesgo tienen determinantes económicos, sociales, de género, políticos, de comportamiento y ambientales, y destacando, a este respecto, la necesidad de dar una respuesta multisectorial para luchar contra las enfermedades no transmisibles.
- b) **Resolución 2565 de 2007.** Mediante la cual se adoptan unas determinaciones en relación con la Cuenta de Alto Costo relacionado con las actividades de protección específica, detección temprana y atención de la Enfermedad Renal Crónica.
- c) **Decreto 2699 de 2007.** Mediante el cual se crea la fuente de la Cuenta de Alto Costo.
- d) **Resolución 4700 de 2008.** A través de la cual se define la periodicidad, forma y contenido de la información que deben reportar las Entidades Promotoras de Salud y las demás Entidades Obligadas a Compensar para la operación de la Cuenta de Alto Costo.
- e) **Decreto 861 de 2010.** Por el cual se define la metodología a aplicar para el ajuste de la desviación de siniestralidad sobre el promedio del Sistema General de Seguridad Social en Salud en la Enfermedad renal Crónica.

10. ONC Colombia - Observatorio Nacional de Cáncer de Colombia

- a) **Ley 1384 de 2010. Atención Integral Cáncer en la Población Colombiana.** Ordena la creación del Sistema de Información, a través del establecimiento de los Registros Nacionales de Cáncer en adultos, basado en registros poblacionales y registros



institucionales, así como el Observatorio de Cáncer para Colombia. Adicional, menciona la necesidad de captar datos de diversas fuentes con el fin de generar información válida, confiable y representativa para el país, que sea explotada a través de la aplicación de métodos estadísticos y modelos epidemiológicos que incrementen la investigación y generen evidencia científica apta para la vigilancia en salud pública.

b) Ley 1388 de 2010 Disminución mortalidad por Cáncer en niños y menores de 18 años.

Capítulo III: Información, Registro e Investigación. Para el desarrollo de la garantía establecida en el artículo 3° de ésta ley, ordena crear el Registro Nacional de Cáncer Infantil, con el propósito de captar la mayor cantidad posible de datos desde el registro del diagnóstico, seguimiento al acceso al sistema de salud hasta la evolución del tratamiento del paciente. Enfatiza sobre la necesidad de establecer el Sistema Nacional de Información para el control de la atención de cáncer infantil, articulado y sintonizado con el Sistema Integrado de Información de la Protección Social - SISPRO y en cumplimiento a las demás normas que lo complementan, para aumentar el monitoreo, seguimiento y control de la prestación integral de servicios de salud a la población de niños y personas menores de 18 años con cáncer e incrementar el uso de la información disponible en la generación de estudios científicos relacionados en cáncer en el país.

c) Resolución 4496 de 2012 Sistema Nacional de Información en Cáncer para Colombia.

Establecimiento y organización del conjunto de fuentes de información, datos sobre tumores, códigos y procesos estandarizados que existen hasta ahora en el país, obliga a la integración de la información, estableciendo roles de los responsables de la información y la creación del Observatorio Nacional de Cáncer para estabilizarla información estadística e indicadores que permitan determinar la magnitud, distribución, tendencias y supervivencia del cáncer y principales factores de riesgo entre poblaciones específicas por primera vez en el país.

11. Observatorio Nacional de Discapacidad en Colombia

- a) Resolución 48 de 1996.** Las Normas Uniformes sobre la igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad aprobadas en la Asamblea general de Naciones Unidas en el año 1993 actualmente están vigentes y sirven de legislación modelo para algunos países. Se trata de normas básicas destinadas a dar a las personas con discapacidad las mismas oportunidades que a cualquiera. En su sección III, Artículo 13, expresa que “... los Estados deben asumir la responsabilidad final de reunir y difundir información acerca de las condiciones de vida de las personas con discapacidad”.



- b) Organización de las Naciones Unidas (ONU) 1997.** Por primera vez solicita información estadística útil sobre: deficiencias, discapacidades, minusvalías y cuestiones conexas como la gravedad, y las causas², a fin de que se pueda cumplir con las políticas y al año siguiente inicia el proceso de supervisión del cumplimiento de las Normas Uniformes, mediante la elaboración de la “Base de datos estadísticos de las Naciones Unidas sobre los impedidos - DISTAT³”.
- c) Organización Mundial de la Salud (OMS) 2001.** Recomienda que la información, y las estadísticas modernas sobre discapacidad se realicen teniendo en cuenta la terminología y las categorías de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud - CIF, lineamiento que es seguido por Colombia, al intentar conocer la magnitud de la discapacidad en el país; para tal fin incluye una pregunta en el instrumento para la realización del Censo Poblacional 2005 y posteriormente desarrolla más ampliamente la clasificación en la definición del instrumento para conocer la situación de las personas con discapacidad, denominado “Registro para la localización y caracterización de las personas con discapacidad”.
- d) Ley 1438 de 2011. Artículo 66. Atención integral en salud a discapacitados.** Establece que las acciones de salud deben incluir la garantía a la salud del discapacitado, mediante una atención integral y una implementación de una política nacional de salud con un enfoque diferencial con base en un plan de salud del Ministerio de Protección Social, acciones que deben desarrollarse a través de sistemas de seguimiento e indicadores.

12. Observatorio Nacional de Salud de los Grupos Étnicos de Colombia

- a) Convenio 169 de la OIT sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes.** Ratificado por Colombia mediante la Ley 21 de 1991, específicamente en sus artículos 24 y 25 parte V sobre seguridad social y salud establece: “1. la seguridad social deberá atenderse de manera progresiva a los pueblos interesados sin discriminación alguna, y 2. para gozar del máximo nivel posible de salud física y mental los gobiernos deberán velar por que se pongan a su disposición los servicios de salud adecuados, o en su defecto, proporcionar a tales pueblos los medios que les permitan organizar y prestar tales

²Manual de elaboración de información estadística para políticas y programas relativos a personas con discapacidad. Departamento de Información Económica y social y análisis de Políticas – División de Estadísticas – Estadísticas sobre Grupos especiales de población. Naciones Unidas 1997. Pág. 13

³La división Estadística de las Naciones Unidas - DISTAT, supervisa la información estadística de los países relacionada con discapacidad.



servicios bajo su propia responsabilidad y control. Deberá atenderse especialmente a las condiciones económicas, culturales geográficas y sociales de cada pueblo, así mismo a sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales”.

- b) Ley 691 de 2001. Mediante la cual se reglamenta la participación de los Grupos Étnicos en el Sistema General de Seguridad Social en Colombia. Artículo 27. Sistemas de Información.** El Ministerio de Salud adecuará los sistemas de información del Sistema General de Seguridad Social en Salud, para que estos respondan a la diversidad étnica y cultural de la Nación colombiana, incluyendo en particular indicadores concernientes a patologías y conceptos médicos tradicionales de los Pueblos Indígenas, en orden a disponer de una información confiable, oportuna y coherente con sus condiciones, usos y costumbres, que permita medir impacto, eficiencia, eficacia, cobertura y resultados de los Servicios de Salud correspondientes.
- c) Sentencia C-864/08. Se demanda la Ley 691 de 2001.** Mediante la cual se reglamenta la participación de los Grupos Étnicos en el Sistema General de Seguridad Social de Colombia, por considerar que excluye a los miembros de las comunidades afrodescendientes, afrocolombianas o negras, de los beneficios especiales de acceso y participación en el sistema general de salud que se conceden en dicha ley a los pueblos indígenas y a sus integrantes. La Corte Declaró exequible la Ley, pero exhortó al Congreso Nacional para que regule para las comunidades etno-culturales no indígenas servicios de salud adecuados.
- d) Decreto 330 de 2001.** Por el cual se expiden normas para la constitución y funcionamiento de Entidades Promotoras de Salud, conformadas por cabildos y/o autoridades tradicionales indígenas en Colombia.
- e) Plan Nacional de Desarrollo 2010 – 2014 “Prosperidad para Todos”. Anexo IV. Acuerdos con los Pueblos Indígenas.** Bases para el programa de garantías de los derechos fundamentales de los pueblos indígenas en Colombia.

13. ONCASASS Colombia - Observatorio Nacional de Calidad y Seguimiento a Actores del Sistema de Salud

- a) Ley 100 de 1993. Sistema General de Seguridad Social en Salud.** En los artículos 178 y 180 determina como función de las Entidades Promotoras de Salud “Establecer procedimientos para controlar la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad en los



servicios prestados por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud” y establece el deber de éstas en evaluar sistemáticamente la calidad de los servicios que ofrecen a sus usuarios.

- b) Resolución 1446 de 2006. Sistema de Información para la Calidad e Indicadores del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.** El Ministerio de Salud y Protección Social debe realizar seguimiento y evaluación a la calidad en la atención en salud a través de la adopción del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud, que entregará información oportuna sobre indicadores de calidad de los servicios de salud que los usuarios deben tener como criterios en el momento de decidir libremente su afiliación, de manera que puedan tomar decisiones informadas como contempla el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Además del establecimiento de tres niveles de operación del sistema de información: general, interno y externo mediante indicadores trazadores y fichas técnicas de implementación obligatoria.
- c) Decreto 4747 de 2007. Regulación de algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo.** En el artículo 5 establece como requisito para la negociación y suscripción de los acuerdos de voluntades, entre otros, los indicadores de calidad en la prestación de servicios, definidos en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.
- d) Ley 1438 de 2011. Reforma el Sistema General de seguridad Social en Salud.** En el artículo 111 establece la creación de sistemas de evaluación y calificación de las Direcciones Territoriales de Salud, Entidades Promotoras de Salud e Instituciones Prestadoras de Salud que permitan conocer públicamente: i) número de quejas, ii) gestión de riesgo, iii) programas de percepción y control de enfermedades implementados, iv) resultados en la atención de la enfermedad, v) prevalencia de enfermedades de interés en salud pública, vi) listas de espera; administración y vii) flujo de recursos.
- e) Ley 1122 de 2007 que modifica la Ley 100 de 1993. Algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.** Obliga al Ministerio de Salud y Protección Social definir el Sistema Integrado de Información de la Protección Social –SISPRO–, el cual entre sus funciones debe i) facilitar el seguimiento y monitoreo de actores en salud, garantizando que los actores del Sistema suministren datos con calidad, cobertura, pertinencia, oportunidad, fluidez y transparencia. ii) Registrar la información sobre actores del sector salud capturada y sistematizada por el Sistema de Vigilancia Epidemiológica –



SIVIGILA- del Instituto Nacional de Salud. iii) Recoger y sistematizar información para monitorear resultados en salud de las Entidades Territoriales, aseguradoras y prestadores de servicios con el fin de alimentar el Sistema de Rectoría y Administración por resultados previsto en el Artículo 2º de ésta Ley.

- f) **Decreto 3039 de 2007: Plan Nacional de Salud Pública 2007 - 2010. Capítulo VI: Responsabilidades de los actores del sector salud de la Nación.** En su Política no. 4 define la importancia de la vigilancia en salud pública y la constante gestión del conocimiento como procesos sistemáticos en la recolección, análisis, interpretación y difusión de información e investigación, que proporcionan la identificación de necesidades en salud de la población y el comportamiento de la respuesta y oferta institucional en salud, razones por las cuales define el desarrollo, administración y actualización del sistema de información de salud, que permita realizar estudios de costo efectividad e impacto en la unidad de pago por capitación de las intervenciones prioritarias en salud a nivel nacional.

14. Observatorio de Talento Humano en Salud

- a) **Ley 1164 de 2007. Por la cual se dictan disposiciones en materia del Talento Humano en Salud. Artículo 23. Del Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud.** Créase el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud consistente en la inscripción que se haga al Sistema de Información previamente definido, del personal de salud que cumpla con los requisitos establecidos para ejercer como lo señala la presente ley, proceso con el cual se entiende que dicho personal se encuentra certificado para el ejercicio de la profesión u ocupación, por el período que la reglamentación así lo determine. En este registro se deberá señalar además la información sobre las sanciones del personal en salud que reporten los Tribunales de Ética y Bioética según el caso; autoridades competentes o los particulares a quienes se les deleguen las funciones públicas.
- a) **Resolución 1536 de 2010. Organización y funcionamiento del Observatorio del Talento Humano en Salud en Colombia y otras Disposiciones.** El Observatorio de Talento Humano en Salud se conformará como una red de instituciones públicas y privadas, investigadores, expertos y profesionales, dedicada a la producción, análisis, construcción y difusión de información sobre el talento humano del sector salud.
- b) **Ley 1438 de 2011. CAPITULO VI TALENTO HUMANO. Artículo 97. Política de Talento Humano.** El Ministerio de la Protección Social, teniendo en cuenta las recomendaciones del Consejo Nacional de Talento Humano en Salud, es responsable de definir la política de



Talento Humano en Salud que oriente la formación, ejercicio y gestión de las profesiones y ocupaciones del área de la salud, en coherencia con las necesidades de la población colombiana, las características y objetivos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

15. Observatorio Andino de Economía y Salud

- a) **Plan Estratégico 2013 – 2017 del ORAS CONHU.** Dentro de los objetivos estratégicos y líneas de acción consideradas en el Plan Estratégico se encuentra SISTEMAS UNIVERSALES DE SALUD y allí se define la necesidad del Observatorio Andino de Economía de la Salud que permita comparaciones y análisis de estudios costo beneficio de intervenciones y salud así como de las cuentas maestras en salud entre los países miembros.

1.2. Normatividad en Sistemas de Seguimiento y Evaluación

16. Sistema de Seguimiento a la Atención en Salud de las Víctimas del Conflicto Armado de Colombia

- a) **Ley 1448 de 2011. Ley de Víctimas.** El Ministerio de Salud y Protección Social ha propuesto en el plan de trabajo para el monitoreo, seguimiento y evaluación a través de un Sistema que permite y mejora los arreglos del sistema de salud en acceso a la población víctima del conflicto armado. (En concordancia con el artículo 90 del Decreto 4800) y atención psicosocial brindadas a las personas víctimas del conflicto armado.
 - a. Para ello, se requiere crear un sistema de monitoreo y seguimiento o registro de la atención integral en salud, de uso obligatorio por las entidades que conforman el Ministerio Público y en sintonía con los lineamientos del Protocolo de Atención Integral en Salud con Enfoque Psicosocial a las Víctimas del Conflicto Armado (Ley 1448 de 2011 y órdenes judiciales Corte IDH). Esta herramienta debe estar articulada con diferentes mecanismos diseñados dentro del SGSSS, para efectos de monitoreo, seguimiento y evaluación de la atención suministrada específicamente a esta población vulnerable.
- b) **Sentencia de Tutela T - 025 de 2004 Corte Constitucional.** Las medidas en materia de asistencia en salud y la rehabilitación física, mental y psicosocial son fundamentales dentro del proceso de reparación a las víctimas, su desatención causa afectaciones muy complejas haciéndolas más vulnerables a sufrir nuevas victimizaciones. Al respecto y en



vigencia del marco normativo y conceptual orientado a la población víctima del desplazamiento forzado, la Honorable Corte Constitucional en Sentencia T-025 de 2004 declara un “estado de cosas inconstitucional” (Constitucional, 2004) y ordena una serie de medidas específicas en los autos de seguimiento.

- c) A partir de este señalamiento, analizado en nueve autos emitidos entre los años 2005 y 2007, la evaluación de la política de atención a la población desplazada se plantea como uno de los principales retos para el gobierno. En términos generales, la Corte Constitucional propone a las entidades del Sistema Nacional de Atención Integral a la Población Desplazada – SNAIPD - disponer de diferentes series de indicadores de resultados que sirvieran como: *“(…) instrumentos para medir de manera transparente, confiable y significativa la efectividad de la política pública de atención a la población desplazada, en relación con dicha política como un todo y con cada uno de sus componentes, basados en la necesidad de garantizar el goce efectivo de los derechos fundamentales de las personas en estado de desplazamiento”*.
- d) **Sentencia T-045 de 2010 Corte Constitucional.** En respuesta a la acción de tutela instaurada por la Comisión Colombiana de Juristas en representación de cuatro víctimas de la Masacre del Salado (Carmen de Bolívar) ordena al Ministerio de Salud y Protección Social *“diseñar e implementar los protocolos, programas y políticas necesarias de atención en salud que respondan a las necesidades particulares de las víctimas del conflicto armado, sus familias y comunidades, especialmente en lo referido a la recuperación de los impactos psicosociales, producidos por su exposición a eventos traumáticos desencadenados por la violencia sociopolítica en el país”*⁴.
- e) Dichos pronunciamientos acordes a los efectos de las Graves Violaciones a los Derechos Humanos e Infracciones al Derecho Internacional Humanitario que genera el conflicto armado vigente que vive Colombia, han requerido ingentes esfuerzos de organizaciones no gubernamentales, cooperación internacional, organismos del Estado y del sector privado, entre otros, para atender las necesidades de un universo de víctimas que ahora con la Ley 1448 de 2011 se amplían al considerar las medidas de atención, asistencia y reparación a víctimas de delitos como homicidio, desaparición forzada, secuestro, violencia sexual, reclutamiento ilícito, tortura, minas antipersona y desplazamiento forzado, entre otros.

⁴ Corte Constitucional. Sentencia T-045 de 2010. Mp. María Victoria Calle Correa. Febrero 02 de 2010.



- f) **Auto 092 de 2008 y Auto 237 de 2008.** Ordena la promoción de la afiliación y atención integral en salud, abordaje psicosocial y salud mental, acciones de prevención de la violencia sexual, intrafamiliar y comunitaria, así como el apoyo a mujeres desplazadas jefes de hogar de facilitación al acceso a oportunidades laborales, productivas y de prevención de la explotación doméstica y laboral.
- g) **Auto 251 de 2008.** Mis derechos primero: Monitoreo rápido de coberturas de vacunación, instituciones amigas de la mujer y la infancia, atención integral a las enfermedades prevalentes de la infancia, abordaje psicosocial, promoción de la salud mental, abordaje intersectorial de la salud sexual y reproductiva y prevención de violencias, servicios amigables para adolescentes y jóvenes, entornos saludables, prevención y erradicación de las peores formas de trabajo infantil y protección al joven trabajador.
- h) **Auto 004 de 2009, Auto 382 de 2010, Auto 005 de 2009, Auto 384 de 2010 y Auto 174 de 2011.** Programas del Plan de Atención al Desplazado señalados en los Autos 092 de 2008, 251 de 2008, 006 de 2009 y relacionados, para la atención integral a la población desplazada, mientras se formulan los Planes de Salvaguarda para los pueblos indígenas y los Planes Específicos de Protección para las comunidades afrocolombianas
- i) **Auto 052 de 2008, Auto 007 de 2009, Auto 008 de 2009, Auto 314 de 2009, Auto 383 de 2009.** Programas de la Política de Atención al Desplazado en Protección Social señalados en los Autos 092 de 2008 y relacionados, 251 de 2008, 004 y 005 de 2009 y relacionados, y 006 de 2009, para la atención integral a la población en situación de desplazamiento víctima del conflicto armado.
- j) **Auto 006 de 2009.** Ordena el diseño, adopción e implementación de un programa para la protección diferencial de las personas con discapacidad y sus familias frente al desplazamiento forzado.
- k) **Auto 116 de 2009.** Ordena el seguimiento de Indicadores de proceso y de resultado asociados a los indicadores de goce efectivo para cada uno de los Programas de Protección Social en el marco del Plan de Atención al Desplazado: Autos 092 de 2008 y relacionados, 251 de 2008, 004 y 005 de 2009 y relacionados y 006 de 2009.

17. SSIVE - Sistema de Seguimiento y Monitoreo a la Interrupción Voluntaria del Embarazo

- a) **Resolución 4905 de diciembre de 2006 mediante la cual se adopta la Norma Técnica para la Interrupción Voluntaria del Embarazo.** Disposición generada a partir de la Sentencia C-



355/ 2006 y el Decreto 444 de 2006 que ordena el reporte obligatorio de todas aquellas prestaciones derivadas de los servicios de Interrupción Voluntaria del Embarazo IVE a nivel nacional, de notificación para todas las instituciones públicas y privadas a través de la articulación de un sistema de información, facilitando el seguimiento y monitoreo del acceso y oportunidad de los servicios de salud, la vigilancia en salud pública, la caracterización de la morbilidad materna relacionada con la IVE y sus complicaciones en el país.

- b) **Acuerdo 008 de Diciembre de 2009. Art. 48. Interrupción Voluntaria del embarazo.** Se establece una red prestadora de servicios para procedimientos de interrupción voluntaria del embarazo IVE en los eventos que contempla la sentencia C-355 de 2006 y define la necesidad de un sistema de referencia y contrarreferencia que asegure la realización de procedimiento de IVE en todos los grados de complejidad de la gestante, además de proteger la confidencialidad y asegurar el acceso al servicio de IVE independientemente de su afiliación y condición económica y social.
- c) **Decreto 4444/2006 Ministerio de Salud y Protección Social.** Mediante el cual se Reglamentan los servicios de salud sexual y reproductiva, así como las normas relativas a prestación de servicio de Interrupción Voluntaria del Embarazo IVE. Posteriormente con suspensión provisional por el Consejo de Estado, mediante el Auto del 15 de Octubre/2009.
- d) **Acuerdo 350/2006 CNSSS.** Incluye la atención de la Interrupción Voluntaria del Embarazo IVE en el Plan Obligatorio de Salud POS régimen contributivo y subsidiado, posteriormente actualizado por el Acuerdo 008 de Diciembre de 2009. Art. 48. Interrupción Voluntaria del embarazo. Por el cual se aclaran y actualizan integralmente los planes obligatorios de salud de los regímenes contributivo y subsidiado, se describen los procedimientos cubiertos para la IVE en el POS-C.
- e) **Circular 031/2007 MSPS.** Mediante la cual establece las instrucciones sobre recolección información sobre prestación servicios IVE.
- f) **Circular externa 000003 de Septiembre de 2011.** Mediante la cual se imparten instrucciones para el cumplimiento de las directrices de las sentencias C.355 de 2006 y T388 de 2009 de la Corte Constitucional e imposición de sanciones, entre estas el llamado frente a evitar las barreras de acceso al procedimiento de Interrupción Voluntaria del Embarazo IVE en todos los grados de complejidad de la gestante, la solicitud de sistema de referencia y contrarreferencia que asegure la realización de procedimiento, se exhorta



a quienes tienen habilitados servicios de obstetricia realizar procedimientos de IVE y proteger confidencialidad y asegurar el acceso al servicio independientemente de su afiliación y condición económica y social. Del mismo modo, menciona la inspección, vigilancia y control de las prestadoras de servicios de salud que tengan servicio de obstetricia para que cumplan instrucciones sobre IVE por parte de las entidades territoriales, la evaluación y seguimiento de estas instrucciones por parte de la Superintendencia Nacional de Salud para informar a la Corte Constitucional.

18. Sistema Nacional de Seguimiento a la Infancia y Adolescencia de Colombia

- a) **Ley 1098/2006: Código de Infancia y Adolescencia. Sistema de Información.** Define el rol del observatorio con misión, visión, actores y una batería de indicadores básicos con sus respectivas fichas técnicas, identificando fuentes primarias y secundarias de información, estableciendo la periodicidad de los reportes y definiendo métodos para análisis y medición. De esta forma se pueden seguir y evaluar las políticas e indicadores implementados para los niños, niñas y adolescentes relacionadas con salud mental, índice consumo alcohol y consumo de sustancias psicoactivas, trabajo infantil de riesgo, ETS y transmisión materno-infantil, riesgos por desastres naturales, salud nutricional, cobertura de vacunación y embarazo en adolescentes en el país.
- b) **CONPES 109 de 2007: Política Pública Nacional de Primera Infancia “Colombia por la Primera Infancia”.** En su objetivo 7 establece la creación y fortalecimiento de los mecanismos necesarios para el diseño, ejecución, seguimiento y evaluación de la política de primera infancia, garantizando así una eficiente y eficaz gestión de política. Específicamente, la Línea Estratégica 8 define el seguimiento y evaluación mediante el fortalecimiento e implementación de sistemas de información, monitoreo y evaluación del impacto de la política en niños y niñas de 0 a 6 años.
- c) **Ley 1295 de 2009 atención integral de los niños y las niñas de la primera infancia de los sectores clasificados como 1, 2 y 3 del SISBEN.** Realizar seguimiento a las acciones y atención integral de estos grupos específicos e niños y niñas.
- d) **CONPES 140 Modificación CONPES 91 de 2005: Metas y Estrategias de Colombia para el Logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio-2015.** En sus Objetivos 4 y 5: Reducir la mortalidad en menores de 5 años en 2/3 partes y mejorar la salud materna, reducir la mortalidad materna en 3/4 partes respectivamente. Mencionan la importancia de aunar esfuerzos en la captación de la información referente a las acciones adelantadas en la primera infancia, que favorezcan la caracterización de situaciones específicas, conocer el



comportamiento de la mortalidad materna e infantil, de la mortalidad en menores de 1 año, las coberturas de vacunación en las regiones y el país, por ello un sistema de información que proporcione esta información y permita comparación con las líneas base obtenidas por la Encuesta Nacional de Demografía y Salud ENDS y la Encuesta Nacional de Situación Nutricional de Colombia ENSIN.

- e) **Ley 1438 de 2011. Artículo 115. Indicadores de salud sobre niños, niñas y adolescentes.** Menciona la medición del estado de salud de los menores de edad con información detallada que las IPS y EAPB suministren al sistema de información en salud del país.

19. Sistema de Seguimiento a la Estrategia de Atención Primaria en Salud – SAPS

- a) **Ley 1438 de 2011. Reforma el Sistema General de seguridad Social en Salud.** Retoma y menciona el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud dentro del marco de la Estrategia de Atención Primaria en Salud. Dentro de esta misma ley, se definen un conjunto de indicadores de resultados en salud que se deben emplear para medir el impacto de dicha estrategia entre la población, del mismo modo, se resalta la importancia de fortalecer y priorizar indicadores de morbilidad y mortalidad materna y perinatal, enfermedades crónicas no transmisibles y el acceso a los servicios de salud que permitan evaluar la Estrategia de Atención Primaria en Salud en el País.

20. Sistema de Seguimiento a los Eventos de Notificación Obligatoria - ENOS

- a) **Ley 715 de 2001. Otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros. Título III, Capítulo I. Competencias de la Nación en el sector salud.** Que según las competencias otorgadas ésta Ley, le corresponde al Ministerio de Salud y Protección Social definir, diseñar, reglamentar, implantar y administrar el Sistema Integral de Información en Salud y el Sistema de Vigilancia en Salud Pública, con la participación de las entidades territoriales.
- b) **Decreto 3518 de 2006. Vigilancia de los Eventos de Interés en Salud Pública.** Crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública – SiviVigila, para la provisión en forma sistemática y oportuna, de información sobre la dinámica de los eventos que afecten o puedan afectar la salud de la población, con el fin de orientar las políticas y la planificación en salud pública; tomar las decisiones para la prevención y control de enfermedades y factores de riesgo en salud, optimizar el seguimiento y evaluación de las intervenciones, racionalizar y optimizar los recursos disponibles y lograr la efectividad de las acciones en



esta materia, propendiendo por la protección de la salud individual y colectiva. Aquellos eventos que son considerados importantes o trascendentes por el Ministerio son denominados Eventos de Interés en Salud Pública y son de notificación obligatoria por parte de todos los integrantes del Sistema.

También el Decreto estipula que el Ministerio de Protección Social (hoy Ministerio de Salud y Protección Social) es quien dirige el Sistema, y delega al Instituto Nacional de Salud la operación del mismo en las áreas de su competencia, entre otras funciones.

21. Sistema de Indicadores para el Seguimiento del Plan Decenal de Salud Pública PDSP Colombia 2012-2021

- a) **Ley 1438. Título II Salud Pública, Promoción y Prevención y Atención Primaria en Salud. Capítulo I Salud Pública. Artículo 60. Plan Decenal para la Salud Pública.** El Ministerio de la Protección Social elaborará un Plan Decenal de Salud Pública a través de un proceso amplio de participación social y en el marco de la estrategia de atención primaria en salud, en el cual deben confluir las políticas sectoriales para mejorar el estado de salud de la población, incluyendo la salud mental, garantizando que el proceso de participación social sea eficaz, mediante la promoción de la capacitación de la ciudadanía y de las organizaciones sociales. El Plan definirá los objetivos, las metas, las acciones, los recursos, los responsables sectoriales, los indicadores de seguimiento, y los mecanismos de evaluación del Plan.

22. Sistema de Seguimiento para el Logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio – ODM Salud Colombia

- a) **CONPES 091 de 2005: Metas y estrategias de Colombia para el logro de los ODM - 2015.** Realizar seguimiento al cumplimiento de los 8 objetivos acordados en la Cumbre del Milenio que se materializan en 18 metas y 48 indicadores comunes a todos los países, lo que facilita el seguimiento y evaluación permanente para la comparación de los resultados de Colombia a nivel internacional así como la identificación de progresos y dificultades para su consecución.
- b) **CONPES 140 de 2011: Ratificación metas a nivel nacional de los Objetivos de Desarrollo del Milenio ODM. Objetivo 5: Mejorar la salud materna.** Inclusión de nuevos indicadores y al ajuste en las líneas base establecidas en el CONPES 091 de 2005, y metas de algunos de los indicadores inicialmente adoptados y cambios en fuentes de información.



1.3. Normatividad Registros Nacionales

23. Registro de Enfermedades Huérfanas

- a) **Ley 1392 de 2010 Atención enfermedades huérfanas.** Reconoce las enfermedades huérfanas como de especial interés para la salud pública que aunque presentan baja prevalencia en la población demandan un elevado costo de atención, por lo que requieren dentro del SGSSS un mecanismo de aseguramiento diferente al establecido para las enfermedades generales, dentro de las que se incluyen las de alto costo. A través de esta Ley se adopta la primera norma tendiente a garantizar la protección social por parte del Estado colombiano a la población que padece de enfermedades huérfanas y sus cuidadores, y define la necesidad de un Registro Nacional de Pacientes que padecen enfermedades huérfanas y raras.
- b) **DECRETO 1954 DE 2012. Implementación del Sistema de Información de Pacientes con Enfermedades Huérfanas.** Reglamenta el registro de tales enfermedades y la generación de un sistema de información básico que proporcione un mayor conocimiento sobre la incidencia de los casos, la prevalencia, la mortalidad o en su defecto, el número de casos detectados en cada área geográfica, permitiendo identificar los recursos sanitarios, sociales y científicos que se requieren, neutralizar la intermediación en servicios y medicamentos, evitar fraude y garantizar que cada paciente y su cuidador o familia en algunos casos, recibe efectivamente el paquete de servicios diseñado para su atención con enfoque de protección social.

24. Registro de Actividades Preventivas en Salud

- a) **Ley 1438 de 2011. Reforma el Sistema General de seguridad Social en Salud.** Establece el sistema de evaluación y calificación de las Direcciones Territoriales de Salud, de Entidades Promotoras de Salud e Instituciones Prestadoras de Salud, como resultado de la aplicación de indicadores relacionados con: gestión de riesgo, programas de prevención y control de enfermedades implementados, prevalencia de enfermedades de interés en salud pública, para ello ordena al Ministerio de Salud y Protección Social articular el manejo y administración de la información, a través del Sistema Integrado de Información de la Protección Social (SISPRO) y refiere la obligación de Entidades Promotoras de Salud, prestadores de servicios de salud, direcciones territoriales de salud, empresas farmacéuticas, cajas de compensación, administradoras de riesgos profesionales y demás



agentes del sistema, proveer la información solicitada de forma confiable, oportuna y clara dentro de los plazos establecidos y con el siguiente nivel de desagregación: sexo, edad, lugar de residencia, origen étnico y otras variables pertinentes, de no hacerlo estas Instituciones serán reportadas ante las autoridades competentes quienes aplicarán las sanciones correspondientes de acuerdo a lo establecido en el artículo 116 de la misma Ley.

- b) Resolución 3374 de 2000. Reglamento de los datos básicos que deben reportar los prestadores de servicios de salud y las entidades administradoras de planes de beneficios sobre los servicios de salud prestados.** Establece los registros individuales de la prestación de los servicios de salud, con el uso de códigos CUPS y clasificación CIE10, estableciendo que la descripción de una actividad preventiva se da por la variable relacionada de finalidad de la consulta y finalidad del procedimiento.
- c) Resolución 3384 de 2000. Modifica Parcialmente las Resoluciones 412 y 1745 de 2000 y se Deroga la Resolución 1078 de 2000. Cumplimiento y adopción de Normas Técnicas y Guías de Atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana, así como para la atención de las enfermedades de interés en salud pública.** Instaura la medición del cumplimiento de Protección Específica y Detección Temprana, a través de metas por régimen de afiliación y del uso de matrices de programación e informes de ejecución, establece el sistema de fortalecimiento de la gestión para EAPB y como guía para las Entidades Territoriales.
- d) Resolución 4505 de 2012. Establecimiento del Registro de las actividades de Protección Específica, Detección Temprana y la aplicación de las Guías de Atención Integral para las enfermedades de interés en salud pública.** Define los criterios para la recolección y consolidación del registro por persona de las actividades de Protección Específica, Detección Temprana y la aplicación de las Guías de Atención Integral para las enfermedades de interés en salud pública de obligatorio cumplimiento, remitidas por las Direcciones Municipales de Salud o Instituciones Prestadoras de Servicios de salud, reglamenta su reporte y monitoreo en el país.



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

 **PROSPERIDAD
PARA TODOS**

Registros, Observatorios, Sistemas de Seguimiento y Salas Situacionales Nacionales

Sección 2 | Bases Conceptuales



2. Sección Bases conceptuales

Para realizar una mejor aproximación a la iniciativa de los ROSS del Ministerio de Salud y Protección Social, es necesario examinar algunos enfoques teóricos y metodológicos que los sustentan. A continuación se describen los conceptos necesarios y de uso obligado para el desarrollo y operación efectiva de los ROSS:

- a) **Unidad Primaria Generadora de Datos.** Es toda entidad, pública o privada que capta la ocurrencia de los eventos de interés en salud pública y genera información útil y necesaria para los fines del Sistema de Vigilancia en Salud Pública, SIVIGILA⁵.
- b) **Información.** La información es un conjunto organizado de datos procesados (*unidades de información que incluyen percepciones, números, observaciones, hechos y cifras*) y útiles, que constituyen un mensaje sobre un determinado fenómeno, proporcionando significado o sentido a una situación en particular. Los datos se convierten en información cuando aportan significado, relevancia y entendimiento a determinadas personas en un tiempo y lugar determinado (DANE, DIRPEN, 2009).
- c) **Fuente de Información:** Es el origen de datos o cualquier recurso que de una u otra forma difunden información a través de encuestas o estudios poblacionales, registros administrativos, censos, estadísticas derivadas y que responda a una necesidad de información de uno o más usuarios en un área en especial (WB-HIS, 2011) (OECD, Quality Framework and Guidelines for OECD Statistical, 2003).
- d) **Registro.** Se define como toda inscripción resultante de necesidades fiscales, tributarias, sanitarias u otras, creado con la finalidad de viabilizar la administración de los programas de gobierno o para fiscalizar el cumplimiento de obligaciones legales de la sociedad. Para su utilización con fines estadísticos es preciso evaluar su base conceptual y metodológica, clasificaciones, cobertura alcanzada, variables investigadas, calidad de las respuestas, procesamiento de los datos y frecuencia de disponibilidad de ellos (CEPAL, Serie de Estudios Estadístico y Prospectivos no. 53. División de Desarrollo Social y División de Estadística y Proyecciones Económicas, 2007).
- e) **Sistema de información.** Es un conjunto de elementos orientados para la recolección y tratamiento de datos procedentes de diversas fuentes, por ello, estandariza procesos

⁵ Revisar el Art. 3, Decreto 3518 de 2006. Sistema de Vigilancia en Salud Pública.



(Entradas, insumos, salidas), realiza control de calidad y utiliza la información para la formulación de políticas y la gestión de los servicios de salud. Los sistemas de información en salud incluyen una serie de fuentes de datos basados especialmente en registros poblacionales, registros de prestación de servicios, censos y encuestas de hogares, y sistemas de información administrativos como el registro civil, nacimientos y defunciones (WB-HIS, 2011).

- f) **Sistema de Vigilancia en Salud Pública.** El concepto de vigilancia ha cambiado a través de los años, es importante citar los conceptos que más han regido en la historia y que continúan vigentes, antes de detallar el adoptado por el Ministerio de Salud y Protección Social, que se fundamenta en el artículo no. 3° del Decreto 3518 de 2006: Sistema de Vigilancia en Salud Pública.

Los primeros conceptos elaborados y difundidos sobre vigilancia en salud pública fueron trabajados a partir del año 1988, y fue definida inicialmente como *“La colección permanente y sistemática, el análisis y la interpretación de los resultados específicos de datos para su uso en la planificación, ejecución y evaluación de las prácticas de salud pública”*. Posteriormente, en 2003 otros conceptos trabajados la definieron como *“la recolección permanente y sistemática de datos, análisis, interpretación y difusión de información sobre factores de riesgo y protección, y perfiles de morbilidad y mortalidad de eventos de interés para uso y acción de las Políticas en Salud”*.

En ambos conceptos, se basa en el uso de información generada a partir de registros administrativos, encuestas poblacionales, estudios de salud, provenientes de instituciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud y de los regímenes de excepción, de personas, organizaciones comunitarias y comunidad en general, así como otras organizaciones o instituciones de interés fuera del sector, siempre que sus actividades influyan directamente en la salud de la población.

La vigilancia en salud pública está constituida por los siguientes componentes⁶:

- **Vigilancia demográfica:** da cuenta de la estructura y dinámica de la población en la que ocurren los fenómenos de salud. A este respecto, los factores poblacionales que deben considerarse en la vigilancia son la fecundidad (grado de crecimiento), mortalidad, estructura por edad y sexo, migración y distribución espacial, procesos de urbanización y composición familiar.

⁶ Revisar el Decreto 3518 de 2006: Sistema de Vigilancia en Salud Pública.



- **Vigilancia de factores de riesgo y protectores:** se encarga de coordinar y articular la información de factores protectores y factores de riesgo ambiental, biológicos, sociales, laborales, ocupacionales y conductuales priorizados que afectan la salud humana, con el fin de proponer alternativas de intervención/respuesta, con un alto carácter preventivo.
 - **Vigilancia de casos, estructurada o basada en indicadores:** da cuenta de la observación habitual de unas enfermedades priorizadas (Enfermedades de Notificación Obligatoria), a través de estrategias como vigilancia rutinaria, vigilancia centinela, vigilancia por laboratorio, vigilancia por registros institucionales, encuestas, etc., con el propósito de detectar los cambios en la tendencia y distribución de la morbilidad, mortalidad o discapacidad en una población, con el fin de poner en marcha medidas de investigación, intervención y de control.
 - **Vigilancia de eventos:** se orienta a la vigilancia de aquellas enfermedades, riesgos y condiciones que tienen un alto potencial de daño poblacional y que requieren de una investigación urgente y una respuesta oportuna en salud. La información puede surgir de rumores y otros informes ad hoc transmitidos por conductos formales o informales.
 - **Vigilancia de estrategias, intervenciones y resultados en salud pública:** da cuenta de la eficiencia, efectividad y beneficio de las intervenciones y resultados en salud pública, con el fin de determinar si se requiere realizar ajustes o no a las estrategias o intervenciones definidos para cada una de las situaciones bajo vigilancia. La vigilancia de resultados tiene como objetivo monitorear el grado de apropiación y ejecución de las políticas definidas en el Plan Decenal de Salud Pública.
- g) Sistemas de seguimiento y evaluación.** Los sistemas de seguimiento y evaluación son una iniciativa multidimensional enfocada a hacer el desarrollo global más efectivo por medio de herramientas de administración basada en resultados. En este sentido, contar con información que permita retroalimentar las acciones gubernamentales facilitando mayor entendimiento de la evolución de situaciones y dificultades específicas, a través del ajuste y orientación de planes, programas y proyectos en el momento oportuno para garantizar alcanzar estos resultados (DANE, DIRPEN, 2009).

Es necesario establecer las diferencias entre un sistema de seguimiento y uno de evaluación:

- **Seguimiento** es una *“función continua que utiliza la recolección sistemática de datos en indicadores específicos para medir el grado de avance y logros de objetivos y progresos en la utilización de fondos asignados”* (OECD, Quality Framework and Guidelines for OECD Statistical, 2003).



- **Evaluación** es la “*valoración o estimación sistemática y objetiva de una intervención en curso o terminada, comprendiendo su diseño, ejecución y resultados. Lo que se busca es determinar la relevancia y satisfacción de objetivos, la eficiencia del desarrollo, su efectividad, impacto y sostenibilidad. La evaluación debe proporcionar información creíble y útil, permitiendo incorporar las lecciones aprendidas de todos los actores involucrados*” (DANE, DIRPEN, 2009).

De esta forma, el seguimiento ofrece información relevante acerca de la situación en un momento dado de las políticas, programas y proyectos, envía señales acerca de la labor que se está llevando a cabo en el proceso de alcanzar las metas que se quieren evaluar, mientras que la evaluación ofrece la evidencia de por qué los objetivos y efectos se están, o no, alcanzando.

En este sentido, debe entenderse un sistema de seguimiento y evaluación como una herramienta que permite valorar el nivel de cumplimiento de los objetivos propuestos de una intervención, identificando y seleccionando información que permita tomar decisiones, aplicar correctivos y sistematizar experiencias. A su vez, este sistema permite entender y valorar todos los pasos estructurales en el proceso decisorio de una política pública.

- h) **Observatorio.** Es un sistema inteligente integrado por sistemas de información y acciones intersectoriales que facilitan y organizan la disponibilidad de fuentes de datos, y la estabilización y estandarización de las salidas de información, de tal modo que permitan monitorear cambios en la salud de la población, seguir tendencias de la evolución de la misma y analizar los determinantes socio-económicos que contribuyen con la ocurrencia de desigualdades en salud, con el fin de incrementar la gestión del conocimiento para informar la formulación de políticas en salud y orientar intervenciones en la práctica (Anston, 2000) (Hemming & Wilkinson, 2003) (Wilkinson J. , 2010).
- i) **Sala Situacional.** Es definida por la Organización Panamericana de la Salud OPS (Bergonzolli, 2006) como un espacio de trabajo matricial, en donde se conjugan diferentes saberes para la identificación y estudio de situaciones de salud coyunturales o no, llevar a cabo análisis de los factores que los determinan, las soluciones más viables y factibles de acuerdo con el contexto local y el monitoreo y evaluación de los resultados obtenidos después de la aplicación de las decisiones tomadas.
- j) **Indicador.** Es una expresión cualitativa o cuantitativa observable, que permite describir características, comportamientos o fenómenos de la realidad a través del establecimiento de una relación entre variables, que comparada con períodos anteriores, productos similares o una meta o compromiso, facilita evaluar el desempeño y su evolución en el tiempo (DANE,



DIRPEN, 2009). Por lo general son fáciles de recopilar, altamente relacionados con otros datos y mediante los cuales se pueden extraer rápidamente conclusiones útiles. Un indicador debe cumplir con siguientes características básicas:

- **Simplificación:** la realidad en la que se actúa es multidimensional, un indicador puede considerar alguna de tales dimensiones (*económica, social, cultural, política, etc.*) pero no puede abarcarlas todas.
- **Medición:** permite comparar la situación actual de una dimensión de estudio en el tiempo o respecto a patrones establecidos.
- **Comunicación:** todo indicador debe transmitir información para la toma de decisiones.

Un ejemplo práctico puede ser tenido con el indicador, **Cobertura de tratamiento antirretroviral**. Este indicador se construye del cociente entre dos (2) variables: i) Total de personas infectadas con el virus de VIH/Sida que reciben tratamiento antirretroviral en un período determinado (numerador) sobre ii) total de personas infectadas con el virus de VIH/Sida en el mismo período que cumplen con criterios para TAR. Revisemos si cumple con las tres (3) características básicas arriba descritas:

- **Simplificación:** este indicador mide el porcentaje de cobertura de tratamiento antirretroviral entre personas infectadas con VIH/SIDA. Puede considerar las dimensiones políticas: acceso al tratamiento desde el sistema de salud, social y cultural, ya que tal cobertura de la terapia antirretroviral permite saber qué grupos poblacionales de alto riesgo acceden al sistema.
- **Medición:** la meta para el 2010 es aumentar en un 15% la cobertura de terapia antirretroviral a las personas que lo requieran, y para 2015 aumentar esta cobertura en un 30%. La línea de base del año 2003 era del 52.3% de cobertura. De acuerdo con los datos obtenidos a través del Observatorio Nacional de la Gestión en VIH, la medición de cobertura de tratamiento antirretroviral para el 2011 fue del 89.6%. Sobre 34.152 personas que requerían tratamiento antirretroviral, 30.612 tuvieron acceso al tratamiento.
- **Comunicación:** a pesar que la cobertura a la terapia antirretroviral ha aumentado significativamente entre 2003 y 2011 en un 37.3%, existen un 10.4%, alrededor de 3.540 personas que conviven con el virus VIH/Sida que no han recibido el tratamiento antirretroviral de forma oportuna y pueden estar experimentado algún tipo de desigualdad en el acceso al sistema de salud de alguna manera.



- k) Línea base.** La línea base nace como un método de evaluación de proyectos sociales, cuando se pretendía obtener información concreta de la situación al momento de iniciarse las acciones planificadas, es decir, establecer un 'punto de partida' para el proyecto o intervención. En este sentido, la línea base ha tomado un papel fundamental dentro de los sistemas de información para la toma de decisiones, permitiendo reducir algunos problemas de asimetrías de información estadística y con ello reducir la selección adversa de políticas públicas (DANE, DIRPEN, 2009).

La línea base suele tener un carácter cuantitativo y puede recurrir a fuentes primarias y secundarias de información, sin embargo, se prefieren las fuentes primarias dado que los registros rutinarios aumentan la especificidad de aquello que se desea comparar más adelante.

l) Gestión del conocimiento

El concepto de Gestión del Conocimiento que conduce los ROSS es una adaptación a partir del concepto ideado por Wilkinson, J. (Wilkinson J. , 2010), y ha sido complementado con el propuesto por Macías-Chapula (Macías-Chapula, 2009). El conocimiento hace referencia a una información estructurada y organizada, que constituye un nivel superior de información. Debe entenderse gestión del conocimiento desde la planificación, organización, coordinación y control de las actividades que lleven a la captura y creación de indicadores hasta la difusión de la evidencia generada de una manera eficiente.

La finalidad última de la gestión del conocimiento es muy clara y sencilla: identificación de las necesidades en salud de la población y los determinantes asociados a éstas y que contribuyen con cambios: aquellos de origen ambiental, del comportamiento humano, genéticos y de respuesta de los servicios de salud.

En ese sentido, los procesos principales relacionados con la gestión del conocimiento son:

- Acceso a conocimiento de fuentes externas
- Generación y medición de nuevo conocimiento
- Disposición de nuevo conocimiento en bases de datos
- Transferencia y difusión del conocimiento
- Fomento de líneas de investigación



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

 **PROSPERIDAD
PARA TODOS**

Registros, Observatorios, Sistemas de Seguimiento y Salas Situacionales Nacionales

SECCIÓN 3 | Registros, Observatorios, Sistemas de Seguimiento Y Salas Situacionales



3. Sección Registros, Observatorios, Sistemas de Seguimiento y Salas Situacionales

3.1. Observatorios (16)

1. ONVIH - Observatorio Nacional para la Gestión Programática de ITS VIH/Sida

Es una instancia responsable de integrar y articular fuentes de información existentes en el área de VIH/Sida, para mejorarlas y hacerlas disponibles, haciendo posible la definición de indicadores estratégicos que permitan monitorear la epidemia, seguir tendencias y evolución de la infección entre grupos de alto riesgo, e intensificar la gestión de conocimiento y la investigación informando la toma de decisiones, realizando ajustes concernientes en el marco del SGSSS y cumpliendo con las metas para la reducción y control de la epidemia al año 2015.

2. ONSM - Observatorio Nacional de Salud Mental

Es la instancia técnica responsable de consolidar y proveer información relacionada con la salud mental de la población colombiana, así como de proporcionar evidencia a los responsables de formular políticas, planes y programas, orientados a mejorar la capacidad y oferta de los servicios de salud mental a nivel nacional y territorial, con el fin de impactar positivamente la situación de la población con problemas y trastornos asociados a ella.

3. ERCCAV - Observatorio de Enfermedad Renal Crónica y Salud Cardiovascular

Es un sistema inteligente integrado por sistemas de información que facilitan y organizan la información sobre Enfermedad Renal Crónica y Enfermedad Cardiovascular en el país, permitiendo la estandarización de indicadores, de tal modo que permitan monitorear estos eventos y seguir tendencias de la evolución de la salud dentro de la población Colombiana, y gestionar el conocimiento que aumente la prevención y mejore la calidad de vida.

4. ONV Colombia - Observatorio Nacional de Violencias

Es un sistema inteligente integrado por sistemas de información y acciones intersectoriales que facilitan y organizan la disponibilidad de los datos, y estandarización de indicadores, de tal modo que permitan monitorear diferentes formas de violencia y lesiones por causas externas, seguir su tendencia y evolución, y analizar la contribución de las desigualdades socio-económicas asociadas a su ocurrencia entre grupos específicos de la población colombiana, intensificando de esta forma, la gestión de conocimiento y entendimiento necesarios para formular políticas y destinar con eficiencia recursos para su control y reducción.



5. Observatorio Nacional de Salud Materna de Colombia

En un sistema inteligente que organiza la disponibilidad de la información y estandariza indicadores que permiten monitorear y hacer seguimiento al comportamiento de la salud materna en Colombia, así como de los determinantes sociales y económicos asociados que pueden influenciarla, con el fin de intensificar la gestión de conocimiento y la evidencia para orientar intervenciones y políticas que garanticen el acceso a los servicios de salud y el mejoramiento de la salud materna en general.

6. ONIEA - Observatorio Nacional e Intersectorial de Embarazo Adolescente

El Observatorio Nacional e Intersectorial de Embarazo Adolescente es una instancia técnica que organiza la disponibilidad de la información e indicadores en salud para monitorear el comportamiento del embarazo adolescente y sus determinantes socio-económicos en el país, con el fin de intensificar la gestión de conocimiento que oriente intervenciones y políticas pertinentes para su reducción y control.

7. OSAN Colombia - Observatorio de Seguridad Alimentaria y Nutricional de Colombia

El OSAN integra sistemas de información y fomenta acciones intersectoriales que faciliten y organicen la disponibilidad de los datos sobre seguridad alimentaria y nutricional en el país, define y estandariza indicadores para monitorear la evolución de la salud nutricional, así como analizar los determinantes socio-económicos asociados a la seguridad alimentaria y nutricional entre grupos específicos de la población, con el fin de intensificar la gestión de conocimiento y el aprendizaje en SAN, necesarios para las políticas y programas en Colombia.

8. Observatorio Andino de Economía de la Salud

El Observatorio Andino de Salud y Economía es una instancia de trabajo colaborativo en red de la Comisión Andina de Salud y Economía, que tiene como propósito el intercambio y generación conjunta de información, experiencias y conocimientos para la toma de decisiones, relacionadas a la economía de la salud, cuentas de salud, sostenibilidad de los sistemas de salud e indicadores de salud nacionales que permitan la comparación y promuevan la equidad en salud entre los países de la Región Andina.



9. Observatorio de Medicamentos y Evaluación de Tecnologías en Salud

Es un Sistema Inteligente como resultado de acciones intersectoriales, sistemas de información, procesos y tecnologías que gestiona el conocimiento necesario para la formulación de políticas y acciones en la mejora del uso, control de costos y gestión del riesgo de los medicamentos y tecnologías en salud en el país, facilitando la adecuada administración a pacientes de alto costo, el mejoramiento de la atención en salud y la misma sostenibilidad económica del sistema de salud.

10. Observatorio de Salud de los Grupos Étnicos de Colombia

El Observatorio de Salud Étnica de Colombia es un sistema inteligente de información que facilita la disponibilidad de datos y la generación de indicadores sobre la situación de los grupos étnicos con presencia en el país, realiza seguimiento a la evolución y tendencias de su situación de salud, el acceso a los servicios de salud y las desigualdades de mayor impacto entre estas comunidades, proporcionando mayor gestión del conocimiento para la orientación de políticas en salud y en la efectiva asignación de recursos para intervenciones conducidas entre las comunidades.

11. ONC Colombia - Observatorio Nacional de Cáncer de Colombia

Es un sistema inteligente integrado por sistemas de información y acciones intersectoriales que facilitan y organizan la disponibilidad de los datos de cáncer en adultos y en niños, y estandarizan indicadores, de tal modo que permitan monitorear la situación del cáncer en prevención, detección temprana, diagnóstico, tratamiento y distribución en la población, vigilar los procesos de atención, las tecnologías y los medicamentos utilizados, e intensificar la gestión de conocimiento y la investigación para formular políticas y destinar con eficiencia recursos para el abordaje y control de la enfermedad.

13. OEV Colombia - Observatorio Nacional de Vejez y Envejecimiento de Colombia

El Observatorio de vejez es un sistema inteligente de información que facilita la disponibilidad de datos y la generación de indicadores para realizar seguimiento a la evolución y tendencias del envejecimiento de la población Colombiana, y monitorear el acceso de las personas mayores al sistema de salud, con el fin de incrementar y gestionar el conocimiento necesario para la orientación de las intervenciones en salud y en la efectiva asignación de los recursos que finalmente garantizarán en el mediano y largo plazo sostenibilidad del sistema de salud para las próximas generaciones.



14. Observatorio Nacional de Discapacidad

El Observatorio Nacional de Discapacidad – OND se concibe como una estrategia técnica que recopila, investiga, analiza y genera información, para contribuir al seguimiento de los esfuerzos que en el marco del Sistema Nacional de Discapacidad, realizan los actores institucionales y de otros sectores, a través de indicadores que permiten evaluar el impacto de la legislación nacional, las políticas, planes, programas y proyectos en la garantía de los derechos de las personas con discapacidad.

15. Observatorio Nacional de Zoonosis

El Observatorio de Zoonosis se encarga de estructurar y organizar las fuentes de información disponibles para hacer seguimiento al comportamiento de un grupo de 17 zoonosis (enfermedades transmitidas por animales) priorizadas por el MSPS de acuerdo con el nivel de riesgo y amenaza potencial que representan para la salud humana y también para el sector agropecuario, entre ellas la Rabia, la Gripe Aviar, la Leptospirosis y la Brucelosis, haciendo posible mejorar su detección, tendencias e identificación de determinantes sociales asociados con su ocurrencia, con el fin de orientar acciones intersectoriales que apoyen el desarrollo de políticas y estrategias para enfrentar este grupo de enfermedades.

16. ONCASASS - Observatorio Nacional de Calidad y Seguimiento a los Actores del Sistema de Salud

El Observatorio de Calidad de la Atención en Salud se define como un espacio que brinda un conjunto de herramientas para facilitar la consolidación y difusión del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en las instituciones de Colombia, una de estas herramientas estratégicas constituye el sistema estándar de indicadores para seguimiento y evaluación del desempeño del sistema de salud en términos de calidad, cobertura, acceso, oportunidad de la oferta sanitaria de las IPS, EAPB y entidades territoriales a los usuarios en el país.

17. Observatorio de Talento Humano en Salud

Conforme a lo establecido en la Resolución 1536 de 2010, el Observatorio de Talento Humano en Salud (OTHS) es una red de instituciones públicas y privadas, investigadores, expertos y profesionales, dedicada a la producción, análisis, construcción y difusión de información y conocimiento sobre el talento humano del sector salud. Su organización viene dada por una sala de coordinación, varias salas temáticas y diferentes nodos, a través de los cuales se desarrollarán sus objetivos.



3.2. Sistemas de Seguimiento (9)

1. Sistema Nacional de Seguimiento a la Infancia y Adolescencia

El Sistema de Seguimiento a la Infancia y Adolescencia consolida, analiza, produce y divulga información sobre salud de niños y adolescentes entre los 0 y los 18 años de Colombia, relevantes para la toma de decisiones y es el referente que permite alertar y orientar a la sociedad, los actores claves y los tomadores de decisiones sobre las acciones y políticas pertinentes para la salud de la infancia y adolescencia.

2. Sistema Nacional de Seguimiento a la Atención en Salud de las Víctimas del Conflicto Armado

Es el sistema de indicadores para identificar, caracterizar, monitorear y evaluar las poblaciones víctimas del conflicto armado en Colombia como población vulnerable accediendo al sistema de salud, a través de este es posible verificar el restablecimiento del derecho a la salud y emitir recomendaciones a políticas e intervenciones en el marco de la Ley de víctimas, así como generar información relevante, que apoye la toma de decisiones, precise modelos y protocolos de atención y contribuya con el mejoramiento de las condiciones de salud y atención psicosocial entre los Víctimas del conflicto armado.

3. SSIVE - Sistema Nacional de Seguimiento y Monitoreo a la Interrupción Voluntaria del Embarazo

Es el sistema estándar de indicadores definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social para monitorear la interrupción voluntaria del embarazo en el país y los factores asociados a la morbilidad y mortalidad materna debidas al aborto inseguro, con el propósito de proporcionar evidencia para la protección de los derechos sexuales y reproductivos de la mujer que en las condiciones estipuladas por la Sentencia C-355 de 2006 de la Corte Constitucional, toman la decisión de realizar esta práctica.

4. SAPS – Sistema Nacional de Seguimiento a la Estrategia de Atención Primaria en Salud de Colombia

Es el sistema estándar de indicadores definidos y priorizados que permiten realizar seguimiento y evaluación al desarrollo de la atención primaria en salud y las acciones de asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de una comunidad, proporcionada a través del Sistema de Salud del país. La medición de estos indicadores proporciona información sobre la



atención, participación y costos en salud, y constituye gestión del conocimiento de gran utilidad para el desarrollo socioeconómico y sanitario a nivel territorial y nacional.

5. Sistema Nacional de Seguimiento y Evaluación del Plan Decenal de Salud Pública PSDP 2012 – 2021

Es el sistema de indicadores de línea base que permitirá en un horizonte de 10 años (a partir de 2012 y hasta 2021) realizar seguimiento y evaluación al desarrollo y progresos de cada una de las dimensiones definidas en el Plan Decenal de Salud Pública de Colombia, de manera simultánea, el sistema de indicadores permite al Sistema General de Seguridad Social en Salud generar gestión de conocimiento para apoyar la formulación en dos escenarios: el sectorial y el transectorial para todo el país.

6. Sistema de Seguimiento a los Eventos de Notificación Obligatoria - ENOS

Es un sistema inteligente para disponer de información oportuna y veraz que permita realizar seguimiento y evaluación constante de la situación de los Eventos de Notificación Obligatoria (captados por SIVIGILA) a nivel nacional y territorial, con el fin de mantener actualizado el conocimiento de su comportamiento, establecer condiciones de riesgo en la población, apoyar la planificación y prestación de servicios de salud, identificar necesidades de investigación en salud y realizar seguimiento y evaluación requerido por las políticas públicas.

7. Sistema de Indicadores Básicos en Salud de Colombia

Es el grupo de indicadores contruidos y que se ajustan a las recomendaciones de la metodología ASIS, y que son consolidados, validados y organizados según determinantes de la salud por el sector salud (demográficos, morbi-mortalidad, socio-económicos, de riesgos y accesos a los servicios de salud) en concordancia con las pautas del plan de medición de indicadores básicos (BS), de los estándares nacionales e internacionales, para monitorear de manera general, el estado y tendencias de la situación de salud en la población y las desigualdades comúnmente asociadas, a su vez que proporciona evidencia para identificar los grupos humanos con mayores necesidades en salud, estratificar el riesgo epidemiológico e identificar áreas críticas como insumo para la formulación de políticas en salud.



8. Sistema de Seguimiento para el Logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio - ODM Sector Salud Colombia

Es el Sistema Estandarizado de Indicadores competencia del sector Salud a través del cual se garantiza el plan de medición y seguimiento a los indicadores trazados por la Organización Naciones Unidas ONU para el cumplimiento de los Objetivos del Milenio ODM a nivel mundial, los cuales esencialmente permiten monitorear progresos en la superación de desigualdades en salud en una serie de dimensiones y de situaciones desfavorables.

9. Sistema de Indicadores para Seguimiento a los OECD

Es el Sistema Estandarizado de Indicadores consolidados por el Ministerio de Salud y Protección Social para monitorear el progreso y cumplimiento de las políticas e intervenciones en salud adelantadas en el país, bajo los criterios de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), con el fin de garantizar políticas que mejoren el bienestar económico y social de las poblaciones, favorecer el intercambio de evidencia en análisis y comparaciones de datos para predecir tendencias futuras entre países, así como fijar estándares internacionales en el desempeño de los sistemas de salud.

3.3. Registros (2)

4. Registro de Enfermedades Huérfanas

Sistema Inteligente resultado de acciones intersectoriales, articulación de fuentes de información, procesos y tecnologías, que tiene como objeto monitorear la gestión de las entidades responsables de la atención de las enfermedades huérfanas y raras en el país, a través de un sistema estándar de indicadores y variables que permiten identificar y caracterizar la población, y evaluar el estado de implementación y desarrollo de la política de atención de estas patologías y su impacto en el país.

5. Registro de Actividades Preventivas en Salud

El Registro de Actividades Preventivas en Salud es el reporte de la gestión del riesgo individual realizada desde la Protección Específica, la Detección Temprana y el control de las enfermedades de interés en salud pública, se genera mediante la estructura de una base de datos con unas especificaciones previamente establecidas por ley, y que básicamente incluye el registro único de control y los registros de detalle que se crean con intervenciones específicas realizadas a cada usuario del sistema de salud en Colombia.



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social



Guía de Registros, Observatorios, Sistemas de Seguimiento y Salas Situacionales Nacionales

3.4. Salas Situacionales

1. Programa Ampliado de Inmunizaciones PAI

Es el espacio en el que se desarrollan las unidades de análisis de datos y evidencia disponibles del Programa Ampliado de Inmunizaciones PAI, y del estudio de la vigilancia de las tasas de mortalidad y morbilidad causadas por las enfermedades inmunoprevenibles, con el fin de erradicar, eliminar y controlar las mismas de manera conjunta entre actores interesados en apoyar acciones tendientes a lograr coberturas universales de vacunación entre la población Colombiana.



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

 **PROSPERIDAD
PARA TODOS**

Registros, Observatorios, Sistemas de Seguimiento y Salas Situacionales Nacionales

Sección 4 | Fuentes de Información



4. Sección. Fuentes de información

La información confiable es uno de los principales requerimientos para la adecuada formulación de políticas en salud pública. Por ésta razón, implementar los ROSS con fuentes de información que provean datos estadísticos con un alto subregistro hace difícil colegir si las variaciones en datos se deben a una variación en el fenómeno medido o que se haya modificado el porcentaje de reporte del fenómeno bajo estudio, del mismo modo baja cobertura y oportunidad del dato, pueden comprometer una adecuada y eficiente toma de decisiones. Además del subregistro, hay otros problemas que afectan la cobertura, calidad, oportunidad y flujo de la información.

La consideración principal del Ministerio de Salud y Protección Social es optimizar el uso y aprovechamiento de las fuentes de información que son obligatorios por norma legal y, si presentan deficiencias que afecten su cobertura, oportunidad, calidad o flujo, dedicar esfuerzos para superarlas, pero no sustituirlos o remplazarlos por sistemas paralelos no obligatorios. Se propone de esta forma un set de ROSS que use información rutinaria captada por norma legal.

Se hace necesario realizar una diferenciación entre fuentes de información e identificar cuatro (4) tipos en concordancia con los planteados por el DANE (DANE, PENDES , 2006):

- a) Registros Administrativos (*Estadísticas vitales, registros administrativos nacionales, registros poblacionales*).
- b) Encuestas (*Encuesta Nacional de Salud, Encuesta de Demografía y Salud, etc*)
- c) Censos
- d) Estadísticas Derivadas (*índices, subanálisis, análisis secundarios de información, etc.*)

La identificación de tales fuentes de información permitió además explorar la calidad de gran parte de las fuentes de información con datos de personas en salud y enfatizar en la estandarización de criterios de notificación, uso de variables y categorías, y obligatoriedad del reporte con el fin de afianzar la cultura del dato a través de los mismos ROSS.

El Ministerio de Salud y Protección Social dispone la información de usuarios y servicios de salud periódicamente, de acuerdo con las estructuras y especificaciones del SISPRO. La tabla 1 enlista las fuentes de información nominales que se encuentran en diferentes etapas de integración al SISPRO que tienen datos relevantes sobre personas en el sector salud que soportan la operación de los ROSS.

Es importante resaltar que la necesidad de mejorar la notificación y captar fuentes primarias y estandarizar el almacenamiento del dato, así como de registros nacionales existentes está



normada por la Ley 1438 de 2011, con el propósito de reducir brechas en la información y garantizar la mayor confianza en desde su generación hasta la gestión final del conocimiento.

La tabla 2 enlista las encuestas y estudios poblacionales disponibles en el SISPRO que se han realizado en Colombia a partir del año 1990, y que son también fuentes disponibles de información que permanentemente usan los ROSS y facilitan obtener información en momentos específicos del tiempo relacionada con la situación de salud de la población colombiana (*por ejemplo la ENDS que permite obtener cortes de la salud sexual y reproductiva del país por períodos quinquenales 1995, 2000, 2005, 2010*).

Tabla 1. Registros Administrativos SISPRO.

FUENTE
1 REGISTRO DE LOCALIZACIÓN Y CARACTERIZACIÓN DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD
2 REGISTRO UNICO DE AFILIADOS (RUAF)
3 PLANILLA INTEGRADA DE LIQUIDACION DE APORTES (PILA)
4 REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIONES DE SERVICIOS DE SALUD (RIPS)
5 REGISTRO UNICO DE POBLACION DESPLAZADA (RUPD)
6 SISBEN
7 RED UNIDOS
8 BASE DE DATOS ÚNICA DE AFILIACIÓN (BDUA)
9 ASISTENCIA SOCIAL DE RUAF (FAMILIAS EN ACCION)
10 INFORMACION DE SERVICIOS DE SALUD
11 REGISTRO NOMINAL DE VACUNACIONES - PAI NOMINAL WEB
12 EVENTOS DE NOTIFICACION OBLIGATORIA DEL SIVIGILA
13 ESTADÍSTICAS VITALES
14 ACTIVIDADES DE PROTECCION ESPECIFICA Y DETECCION TEMPRANA (PEDT)
15 REGISTRO DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA Y CARDIOVASCULAR DE LA CUENTA DE ALTO COSTO
16 REGISTRO DE VIH/SIDA DE LA CUENTA DE ALTO COSTO
17 INFORMACION DE RECLAMACIONES AL FOSYGA (ECAT)
18 INFORMACION DE RECLAMACIONES AL FOSYGA (RECOBROS, MEDICAMENTOS Y TUTELAS)
19 REGISTRO DE LA ESTRATEGIA PARA LA ELIMINACIÓN DE LA TRANSMISIÓN MATERNO INFANTIL DEL VIH Y DE LA SÍFILIS CONGÉNITA
20 CENSO DE ENFERMEDADES RARAS
21 INFORMACION DE LESIONES POR CAUSA EXTERNA (SIVELCE)
22 REGISTROS POBLACIONALES DE CÁNCER
23 DECLARATORIA DE SALUD DE LAS EPS
24 REGISTRO UNICO DE VICTIMAS (RUV) UNARIF
25 SEGUIMIENTO DE DISPENSACION DE MEDICAMENTOS NUEVOS
26 COMPENSADOS
27 SIMAT MINEDUCACION

Fuente: Grupo de Gestión del Conocimiento, Dirección de Epidemiología y Demografía, MSPS, 2012.



Es de aclarar que la eficacia de la observación mediante el monitoreo, seguimiento y evaluación en salud que ejercen los ROSS depende de la pluralidad de fuentes oficiales de información que estén disponibles y puedan accederse para el intercambio enriquecido entre variables e indicadores dentro del sistema de información en salud.

La integración de fuentes de información inicia a partir del conocimiento de las variables que se requieren, identificando y recopilando datos relevantes con las características que contiene cada una de las fuentes para someterlas a evaluación, hasta la entrega de la fuente mejorada en cobertura, calidad y oportunidad previo almacenamiento en la Bodega de Datos del SISPRO. De este modo, el alcance de este proceso de integración implica el desarrollo sistemático de las siguientes actividades:

1. Recopilar la fuente necesaria para someterla a evaluación (Identificarla y conocer sus atributos de calidad, disponibilidad, oportunidad).
2. Verificar el cumplimiento de los atributos previamente establecidos.
3. Establecer el modelo del flujo de la información en función de los parámetros establecido por el Ministerio de Salud y Protección Social.
4. Verificar el cumplimiento adecuado del flujo de información.
5. Consolidar y priorizar hallazgos frente a los atributos de cobertura, calidad y flujo de información para realizar ajustes concernientes.
6. Definir e desarrollar estrategias para superar dificultades y enfrentar posibles hallazgos que comprometan la calidad, cobertura y un adecuado flujo de la información.
7. Viabilizar estrategias de intervención para mejoramiento de las fuentes: incluir en planes, programas y proyectos de acuerdo los criterios establecidos.
8. Verificar la ejecución y los resultados obtenidos a partir del desarrollo de las estrategias en materia de información.
9. Realizar los ajustes necesarios para mejorar el flujo de la información en futuros procesos.

Es importante, destacar que tanto las encuestas y estudios poblacionales como fuente secundaria de información, proporcionan información relevante sobre diferentes aspectos de interés en salud pública, permitiendo caracterizar a nivel geográfico y sociodemográfico condiciones específicas de la salud, y profundizar sobre sus determinantes y posibles contribuciones mediante análisis y asociación entre variables. Igualmente identifica la transición y comportamiento de problemas presentados en diferentes series de tiempo, complementando la evidenciada que proporcionan otras fuentes de información. De esta forma, los resultados de encuestas y estudios han sido



fundamentalmente concentrados para orientar decisiones de política pública, y soportar la formulación e implementación de acciones e intervenciones que, enmarcados en planes y programas, pueden conducir a soluciones y enfrentar problemas específicos en el país.

Tabla 2. Encuestas y Estudios Poblacionales Identificadas por la Bodega de Datos del SISPRO.

FUENTE
ENCUESTA NACIONAL DE DEMOGRAFÍA Y SALUD ENDS 1990
ESTUDIO NACIONAL DE SALUD MENTAL ENSM Y SPA 1993
ENCUESTA NACIONAL DE DEMOGRAFÍA Y SALUD ENDS 1995
ESTUDIO NACIONAL DE SALUD BUCAL III - 1998
ENCUESTA NACIONAL DE DEMOGRAFÍA Y SALUD ENDS 2000
ESTUDIO NACIONAL DE SALUD MENTAL ENSM 2003
ENCUESTA NACIONAL DE DEMOGRAFÍA Y SALUD ENDS 2005
ENCUESTA NACIONAL DE LA SITUACIÓN NUTRICIONAL EN COLOMBIA ENSIN 2005
ENCUESTA NACIONAL DE SALUD ENS 2007
ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD ASIS 2007-2010
ENCUESTA NACIONAL DE DEMOGRAFÍA Y SALUD ENDS 2010
ENCUESTA NACIONAL DE LA SITUACIÓN NUTRICIONAL EN COLOMBIA ENSIN 2010
ESTUDIO NACIONAL DE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN ESCOLARES ENSPA ESCOLARES 2011

Fuente: Grupo de Gestión del Conocimiento, Dirección de Epidemiología y Demografía, MSPS, 2012.

En resumen, se identificaron alrededor de 27 fuentes de información con datos de personas y de la oferta de servicios de salud en el país. Estas fuentes de información fueron exploradas y examinadas críticamente para verificar su oportunidad y disponibilidad, y otros atributos de calidad del dato como pertinencia, exactitud, interpretabilidad, comparabilidad (DANE, 2011).

El control de calidad de los atributos del dato, se refiere a la validación del dato a través de una valoración técnica de sus atributos, es decir del cumplimiento de aquellas características que una operación debe tener para lograr el nivel de calidad exigido por el Sistema Estadístico Nacional (SEN). En manejo de fuentes de información y previa operación de los ROSS, se recomienda adquirir mayor entendimiento sobre la relevancia de éstos atributos.

Atributos de calidad del dato⁷(DANE, 2009, p. 25)

⁷Estos estándares han sido difundidos por organizaciones como EUROSTAT (organismo encargado de administrar las estadísticas europeas), OECD por sus siglas en inglés (Organización para Cooperación y el Desarrollo Económico) y el FMI (Fondo Monetario Internacional).



- **Pertinencia o relevancia:** Grado de utilidad de la información y en tal sentido se relaciona con la satisfacción de las necesidades de los usuarios.
- **Continuidad:** Hace referencia tanto a la adecuación de los recursos como al soporte normativo, que permiten garantizar la producción de la operación estadística de manera permanente.
- **Exactitud:** es el grado en que los datos estiman o reflejan correctamente los nacimientos y las defunciones ocurridos en el territorio nacional.
- **Oportunidad y puntualidad:** Se refiere al tiempo transcurrido entre el periodo de referencia del hecho vital y la publicación de los datos definitivos, de manera que la información divulgada sea útil para la toma de decisiones. En relación con la puntualidad hace referencia a la existencia y estricto cumplimiento de un calendario de publicaciones
- **Accesibilidad:** Refleja la rapidez y facilidad de acceso a la información por parte de los usuarios.
- **Interpretabilidad:** Se refiere a la facilidad con que los usuarios pueden analizar la información, es decir refleja la claridad de la información.
- **Coherencia:** De acuerdo con la OCDE⁸, la coherencia hace alusión a la “reconciliación” entre los datos generados por la operación estadística, es decir que no exista contradicción entre los conceptos utilizados, las metodologías adoptadas y las series producidas por la operación.
- **Comparabilidad:** Se entiende como una característica deseable de la operación estadística con respecto a su conciliación o armonización con los resultados generados por otras operaciones estadísticas. De igual forma, considera el uso de conceptos, clasificaciones, nomenclaturas y metodologías estandarizadas.
- **Transparencia:** Contexto informativo con que se proporcionan los datos al usuario, (explicaciones, documentación, información sobre la calidad que puede limitar el uso de los datos).
- **Compleitud:** Hace referencia a la minimización de la no respuesta y de los errores de contenido en las variables básicas del evento a medir.

8 Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) - Misión promover políticas que mejoren el bienestar económico y social de las personas alrededor del mundo.



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

 **PROSPERIDAD
PARA TODOS**

Registros, Observatorios, Sistemas de Seguimiento y Salas Situacionales Nacionales

Sección 5 | Modelo de Observatorios y Sistema de Seguimiento



5. Sección. Modelo de Observatorios y Sistemas de Seguimiento

El set de ROSS del Ministerio de Salud y Protección Social es concebido como el grupo de sistemas inteligentes con capacidad de monitorear la trayectoria de salud de individuos y de la población y los determinantes socio-económicos que pueden contribuir con cambios en la misma, facilitando la generación de información relevante, nuevas soluciones en investigación y la gestión del conocimiento que se convierten progresivamente en el corazón central de las políticas en salud pública del país.

La implementación de los ROSS no implica creación, supresión o afectación de otras iniciativas normadas o implementadas en el país, en lugar de eso hace parte de un proceso nacional de integración de fuentes de información al SISPRO, para captar la mayor cantidad posible de datos nominales (de personas), para verificarla, organizarla y hacerla disponible, facilitando así la estabilización y estandarización de salidas de información e indicadores para medición y monitoreo de eventos, el seguimiento de la evolución de la salud, y analizar de manera conjunta, desigualdades socio-económicas asociadas a diversas situaciones de salud.

Los ROSS estructuralmente coinciden en que deben ser concentrados en la integración con otras fuentes de información para ser complementados, sólo una verdadera cooperación y colaboración en materia de acceso, intercambio y uso de información puede ampliar su alcance, garantizar sostenibilidad y proporcionar gran cantidad de información medida que adquieren roles básico y competencias en el objeto que se concentran en observar.

El principio estratégico de los ROSS del Ministerio de Salud y Protección Social es simple: usar datos que por norma legal deben ser notificados y captados desde el nivel local, territorial y nacional, sin pretender crear un sistema paralelo, sino más bien realizando las acciones necesarias para fortalecer las fuentes de información existentes.

De esta forma, ésta sección se concentra en describir las herramientas operativas que estructuran el modelo de ROSS–MSPS, se enfatiza en su rol dentro del Sistema de Vigilancia en Salud Pública, las funciones que identifican sus alcances, se describen unas características que adquiere el modelo en la superación de debilidades relacionadas con el uso y generación de información, seguido de la descripción de los componentes para su estructuración y funcionamiento, y finaliza con la definición del sistema estándar de indicadores que debe definirse dentro de cada ROSS

5.1. Rol y funciones de los Observatorios:

Gestionar el conocimiento en salud en Colombia.



Funciones de los Observatorios:

1. Impulsar la intersectorialidad y colaboración entre actores para la integración de fuentes de información en el Sistema de Información en Salud.
2. Extraer de forma conjunta datos de diferentes fuentes para producir y aumentar la disponibilidad de información para el país.
3. Identificar brechas en la información y fomentar el incremento de la evidencia en salud para el país.
4. Monitorear cambios, comportamientos y tendencias de la salud y las desigualdades comúnmente asociadas para destacar áreas de acción (*Mirar con prospectiva para emitir alertas tempranas sobre factores de riesgos y problemas asociados*).
5. Informar el desarrollo y aplicación de políticas e intervenciones en salud (*Apoyar e inducir la toma de decisiones, emitir recomendaciones y orientaciones a políticas e intervenciones en salud*).
6. Seguir el comportamiento de la oferta sanitaria y de los servicios de salud, y evaluar el progreso del sistema de salud colombiano.
7. Difundir y comunicar la evidencia generada de forma eficiente.
8. Fomentar líneas de investigación en apoyo con Colciencias para el país.

5.2. Características del Modelo

- Estandarización de los datos
- Integración de fuentes
- Estabilidad temporal y espacial
- Manejo institucional y organizacional de la información del sector
- Unificación de criterios metodológicos en el análisis y generación de información.
- información unificada y confiable.
- Aumento de la evidencia y gestión del conocimiento en salud en el país.

5.3. Estructura y Funcionamiento

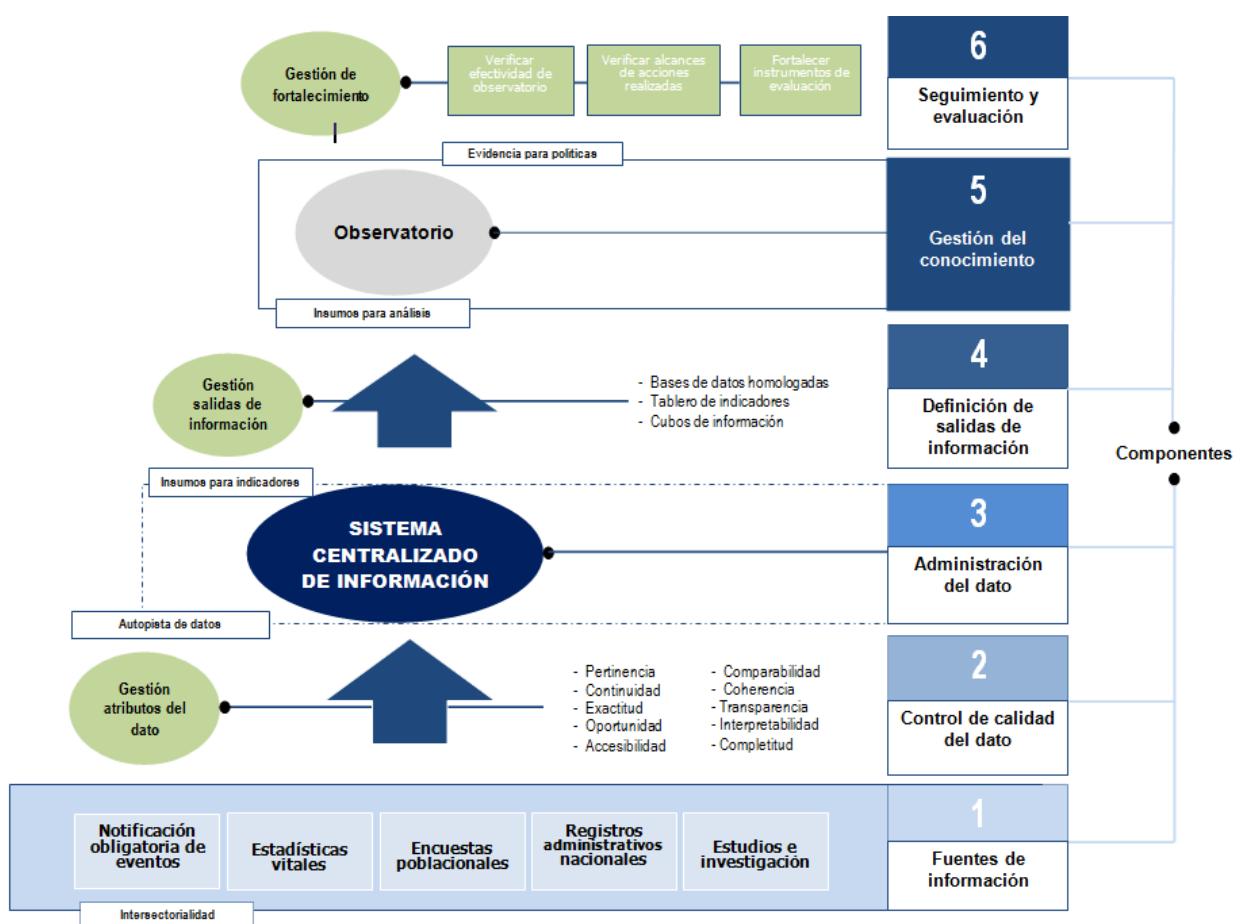
La figura 1 presenta el modelo operativo de los ROSS – MSPS según los componentes estratégicos que deben estructurarlo y que son sustanciales para su funcionamiento. Allí se consolidan algunos conceptos que han sido desarrollados previamente en este documento.

Los componentes que se engranan para permitir la conducción de ROSS en salud pública son los siguientes:

1. Gestión de las Fuentes de información: (Control de la calidad del dato, Administración y bodegaje de la información)

2. Definición de salidas e indicadores en salud
3. Gestión del conocimiento
4. Seguimiento y evaluación

Figura 1. Estructura y Funcionamiento de los ROSS-MSPS



Fuente: Grupo de Gestión del Conocimiento, Dirección de Epidemiología y Demografía, MSPS, 2012.

La tabla 3 sintetiza la metodología para el funcionamiento de los ROSS establecida por el Grupo de Fuentes de Información y Gestión del Conocimiento de la Dirección de Epidemiología y Demografía del MSPS.

Tabla 3. Metodología de los ROSS -MSPS

1	Definir necesidades de información en salud pública	Identificar brechas en la información: Qué existe, qué posee limitada evidencia o literatura? Que es sobre estudiado o monitoreado? ¿Qué factores intervienen en la situación? ▪ Definir eventos, situaciones o programas de interés que se desean monitorear, seguir y/o evaluar en el tiempo. ▪ Revisar políticas y normas relacionados con información en salud.
2	Identificar fuentes de información	▪ Explorar estructuras de las fuentes de información, conocer sus características, instrumentos, periodicidad, atributos. ▪ Determinar elementos del dato: variables de interés, definiciones de caso, codificación según estándares nacionales e internacionales. ▪ Asegurar fuentes primarias de información: que cada fuente disponible se encuentre en las condiciones requeridas (<i>por ejemplo cumplir con oportunidad y disponibilidad de los datos</i>).
3	Gestionar las fuentes (mejoramiento de fuentes, Integrar al SISPRO)	▪ Apoyar el mejoramiento de fuentes de información de interés ▪ Verificar calidad, disponibilidad y oportunidad del dato. ▪ Estandarizar reporte: periodicidad, estructura base de datos, envío a Minsalud vía PISIS. ▪ Conocer y estandarizar flujo de la información: identificar mallas validadoras, autopistas de datos, mecanismos que validen la información antes de ser integrada a la Bodega de Datos del SISPRO.
4	Priorizar y automatizar indicadores estándar	▪ Identificar indicadores de resultado, gestión, impacto, asistenciales. ▪ Definir y priorizar batería de Indicadores ▪ Verificar atributos del Indicador: Verificar viabilidad operativa y estadística (<i>instrumentalizar su forma de medición, nivel de desagregación, referencias, fuente disponible, periodicidad, sustento legal, entre otras</i>). ▪ Socializar Indicadores estándar para su uso y medición con referentes y líderes temáticos.
5	Definir un plan de análisis y uso de la información	▪ Identificar necesidades de información. ▪ Revisar la norma y extraer lo referente a generación de informes, aumento de evidencia, caracterizaciones y estudios, compromisos nacionales e internacionales. ▪ Definir el diseño preliminar de estudios para análisis y explotación de la información.
6	Gestionar el conocimiento	▪ Definir líneas base así como su actualización periódica. ▪ Fomentar líneas de investigación en el país en común acuerdo con Colciencias. ▪ Identificar y adelantar la escritura y publicación de informes y artículos de investigación para aumentar la evidencia disponible. ▪ Establecer grupos de medición y modelos de análisis periódicamente. ▪ Planear la diseminación y difusión de la información generada.
7	Definir seguimiento y evaluación	▪ Garantizar sostenibilidad y continuidad en el tiempo a través de Comités intersectoriales o mesas técnicas que operen los ROSS. ▪ Definir seguimiento y evaluación de los resultados e insumos generados por los ROSS. ▪ Definir el tablero indicadores de gestión y evaluación de los ROSS

Fuente: Grupo de Gestión del Conocimiento, Dirección de Epidemiología y Demografía, MSPS, 2012.



5.4. Sistema Estándar de Indicadores

El Sistema Estándar de Indicadores se refiere a las baterías de indicadores de cada ROSS que han sido definidos y priorizados para hacer seguimiento, monitoreo y evaluación al estado de salud y progreso de políticas e intervenciones en el país en el tiempo. Algunos sistemas de indicadores pueden obedecer a:

- Perfil Epidemiológico y Socio-Demográfico del País (**Indicadores Básicos en Salud**)
- Normas nacionales (**Indicadores Ley 1257 de 2008 Violencia contra la Mujer**)
- Compromisos internacionales (**Indicador ONUSIDA Transmisión materno-infantil VIH/Sida**)
- Políticas Públicas como CONPES (**Indicadores de Acceso a Medicamentos Biotecnológicos**)
- Encuestas poblacionales (**Indicadores Salud Sexual y Reproductiva definidos en la ENDS**)

Estos indicadores han sido agrupados para cada ROSS, cabe anotar que siete (7) sistema estándar de indicadores del set de Observatorios, han sido definidos como trazables por ser indicadores multidimensionales, algunos intersectoriales y que son transversales entre los observatorios (DED-MSPS, 2013):

1. **Indicadores Básicos en Salud**
2. **Indicadores Demográficos para Colombia**
3. **Indicadores de Atención Primaria en Salud**
4. **Indicadores para Seguimiento y Cumplimiento de los ODM (Objetivos del Milenio)**
5. **Indicadores para Seguimiento de las Políticas de la OECD**
6. **Indicadores para Calificación y Evaluación de los Actores del Sistema de Salud**
7. **Indicadores para Seguimiento y Evaluación del PDSP 2012-2021**

Las baterías de indicadores definidas y priorizadas por cada ROSS reposan en el Catálogo de Indicadores en Salud, la cual es la herramienta virtual y matricial que almacena la información y atributos de mayor relevancia de cada indicador, y que suministra las características operativas, estadísticas, de medición, de obligatoriedad, periodicidad y disponibilidad para cada uno de ellos.

La tarea de revisión del Catálogo de Indicadores del Ministerio de Salud y Protección Social, con alrededor de 800 indicadores consistió específicamente en revisar alrededor de 25 atributos de cada indicador, con el objetivo de verificar su viabilidad operativa y estadística, evitar duplicidad y eliminar aquellos sin fundamento legal, sin alcances o en algunos casos utópicos, para corroborar finalmente su disponibilidad en el momento que se requiera actualizar o generar información para



el país. La tabla 4 describe un ejemplo de estos atributos para un indicador específico: Razón de Mortalidad Materna.

EL Catálogo de Indicadores fue además sometido a revisión de los líderes temáticos, mesas intersectoriales y pares de medición en salud. De esta forma cada sistema estándar de indicadores de los ROSS previa automatización, fue valorada conjuntamente por actores tanto en su fase de priorización como durante su primera medición, con la finalidad última de garantizar su disponibilidad y generar datos con la mayor calidad posible.

Los criterios de clasificación de indicadores que usa los ROSS del Ministerio de Salud y Protección Social son los siguientes (DANE, 2009, p. 20):

- **Indicadores de impacto:** se refieren a los efectos, a mediano y largo plazo, que pueden tener uno o más programas en el universo de estudio y que repercuten en la sociedad en su conjunto.
- **Indicadores de resultado** (outcome): son los que reflejan los logros alcanzados por la entidad y que se relacionan con los objetivos estipulados.
- **Indicadores de producto** (outputs): son los asociados a los bienes y servicios generados como resultado de la ejecución de los procesos.
- **Indicadores de proceso:** se refieren al seguimiento de la realización de las actividades programadas, respecto a los recursos materiales, personal y/o presupuesto.



Tabla 4. Ficha Técnica Indicador. Razón de Mortalidad Materna.

FICHA TÉCNICA DE INDICADORES			
Nombre del Indicador: Razón de mortalidad materna			Sigla: rtrmorp
Definición	Expresa la relación de mujeres que fallecen por causas asociadas a la maternidad por cada 100.000 nacidos vivos. Muerte materna se define como la defunción de una mujer mientras está embarazada o en el lapso de 42 días de la terminación de su embarazo, independientemente de la duración y sitio del embarazo debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención.		
Forma de Cálculo	Cociente entre el número de muertes de mujeres durante el embarazo, parto o puerperio por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo, parto o puerperio o su manejo, pero no por causas accidentales y el número de nacidos vivos	Componentes de la Fórmula de Cálculo	
		Numerador: Número de defunciones maternas ocurridas en un determinado año.	
		Fuente del numerador: Estadísticas Vitales (EEVV)/Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas-DANE-	
		Denominador: Número de nacidos vivos en el mismo año.	
		Fuente del denominador: Estadísticas Vitales (EEVV)/Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas-DANE-	
Unidad de medida	Por 100.000 nacidos vivos		
Niveles de desagregación	• Departamental	Periodicidad	Serie Disponible
		Anual	2005-2010
Sustento Normativo/Referencia	Declaración Universal de los Derechos Humanos en 1948 / Cumbre Mundial de la Infancia 1990/ Cumbres de la Naciones Unidas 1886 y 1995/Objetivos de Desarrollo del Milenio/Código de Infancia y Adolescencia -Ley 1098 de 2006)/Decreto 3039 de 2007/ Ley 1438 de 2011/CONPES 091 de 2005: Metas y Estrategias de Colombia para el logro de los ODM - 2015/CONPES 140 de 2011: Ratificación metas a nivel nacional ODM- Objetivo 5: Mejorar la salud materna		
Observaciones	Este indicador se emite con un retraso de 18 meses debido al tiempo de depuración de las EEVV. Los datos para el año 2008 están sujetos a revisión y ajuste con el Sistema de Vigilancia Epidemiológica del Instituto Nacional de Salud.		
Versión: 01	Fecha: 25-03-2013	Elaborado por: Dirección de Epidemiología y Demografía	

Fuente: Grupo de Gestión del Conocimiento, Dirección de Epidemiología y Demografía, MSPS, 2012.



Instructivo ficha técnica de indicadores

- **Nombre del indicador:** Se refiere a la denominación precisa y única con la que con la cual se va a distinguir el indicador.
- **Sigla:** Contiene un código alfabético único para cada indicador, otorgado por el Grupo de Fuentes de Información de la Dirección de Epidemiología y Demografía.
- **Definición:** Expresa el indicador en términos de su significado conceptual. Para efectos de diligenciamiento de la ficha técnica puede definirse en términos de las variables que en él intervienen.
- **Fórmula de cálculo:** Se refiere a la expresión algebraica del indicador, a la explicación sencilla de la forma en que se relacionan las variables y a la metodología de cálculo.
- **Fuentes del numerador y del denominador** Se refiere a las bases de datos o sistemas de información, seguido de la institución o dependencia que generó la fuente, o documentos de donde proceden originalmente los datos que permiten el cálculo del indicador.
- **Unidad de medida:** Registra la magnitud de referencia que permite cuantificar y hacer comparaciones con fenómenos de la misma naturaleza.
- **Niveles de desagregación:** Indica las diferentes categorías para las cuales está disponible la información (nacional, regional, departamental, municipal, por grupos de edad, grupos poblacionales específicos, etc.)
- **Periodicidad:** Es el periodo de tiempo establecido para una nueva actualización del indicador (quinquenal, bianual, anual, semestral, trimestral, mensual, etc.)
- **Serie disponible:** Contiene los años para los cuales está disponible el indicador.
- **Sustento normativo/referencia:** Señala brevemente las principales referencias normativas/reglamentarias que avalan la medición del indicador (Leyes, tratados, acuerdos, etc.)
- **Observaciones:** En caso de ser necesario, se incorporan anotaciones relevantes que permitan mayor claridad sobre el indicador y/o sus componentes.
- **Versión:** Corresponde a un número inicial de edición de la ficha del indicador (Comienza en 01) y aumentará consecutivamente en la medida que se modifiquen elementos de estructura del formato o de las características del indicador.
- **Fecha:** Señala la fecha de elaboración de la ficha. Utilizar el formato día-mes-año (Ej. 25/03/2013)
- **Elaborado por:** Señala la persona o dependencia que responde por la información contenida en la ficha.



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

 **PROSPERIDAD
PARA TODOS**

Registros, Observatorios, Sistemas de Seguimiento y Salas Situacionales Nacionales

Sección 6 | Gestión del Conocimiento en Salud



6. Gestión del Conocimiento en Salud

En el Ministerio de Salud y Protección Social la gestión del conocimiento se encuentra integrada a la vigilancia en salud pública, la investigación, el análisis de situación de salud y la gestión de las tecnologías de la información. Un valor agregado, es que comienza a ser incluida hoy en día, en algunas de las normas y disposiciones sobre sistemas de información, y sistemas de seguimiento y monitoreo en salud pública del país, que anteriormente era concebida como una necesidad sentida y que ahora comienza a ser normada.

La Gestión del Conocimiento (Wilkinson R. J., 2010) (Macías-Chapula, 2009) hace referencia a una información estructurada y organizada que constituye un nivel superior de información. Debe entenderse gestión del conocimiento desde la planificación, organización, coordinación y control de las actividades que lleven a la captura y creación de variables e indicadores de seguimiento y evaluación hasta la difusión de la evidencia de una manera eficiente. En concordancia, la gestión del conocimiento definida en estas normas por primera vez en el país se refiere a una serie de acciones relacionadas con la producción científica, el ciclo de vida de la información y el modelo de comunicación de la evidencia en salud. De esta forma, la gestión del conocimiento es el componente estructural dentro del diseño e implementación de ROSS priorizados por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Básicamente son tres (3) los elementos involucrados en la gestión del conocimiento²⁵: i) la fuente de información en salud, ii) el usuario y iii) el canal de comunicación que conecta la fuente con el usuario de la información. Estos tres elementos interactúan durante cinco (5) procesos de la gestión del conocimiento:

- **Acceso a conocimiento de fuentes externas**
- **Generación y medición de nuevo conocimiento**
- **Disposición de nuevo conocimiento en bases de datos**
- **Fomento de líneas de investigación**
- **Transferencia y difusión del conocimiento**

El insumo información científica: Los factores que deben ser considerados en un proceso de gestión del conocimiento y relacionados con la información científica son los siguientes:

- Existencia de la fuente de información
- Accesibilidad, por ejemplo, impresa, electrónica, etc.



Guía de Registros, Observatorios, Sistemas de Seguimiento y Salas Situacionales Nacionales

- Facilidad de uso y flexibilidad, por ejemplo en diversos formatos de impresión, acceso electrónico abierto, etc.
- Costo
- Calidad, credibilidad y confiabilidad, por ejemplo factor de impacto de la revista donde se publica,
- y finalmente aspectos relacionados con su organización y el idioma en que se encuentra publicada o generada.

El usuario: Los factores considerados relacionados con los usuarios dentro de la gestión del conocimiento son los siguientes:

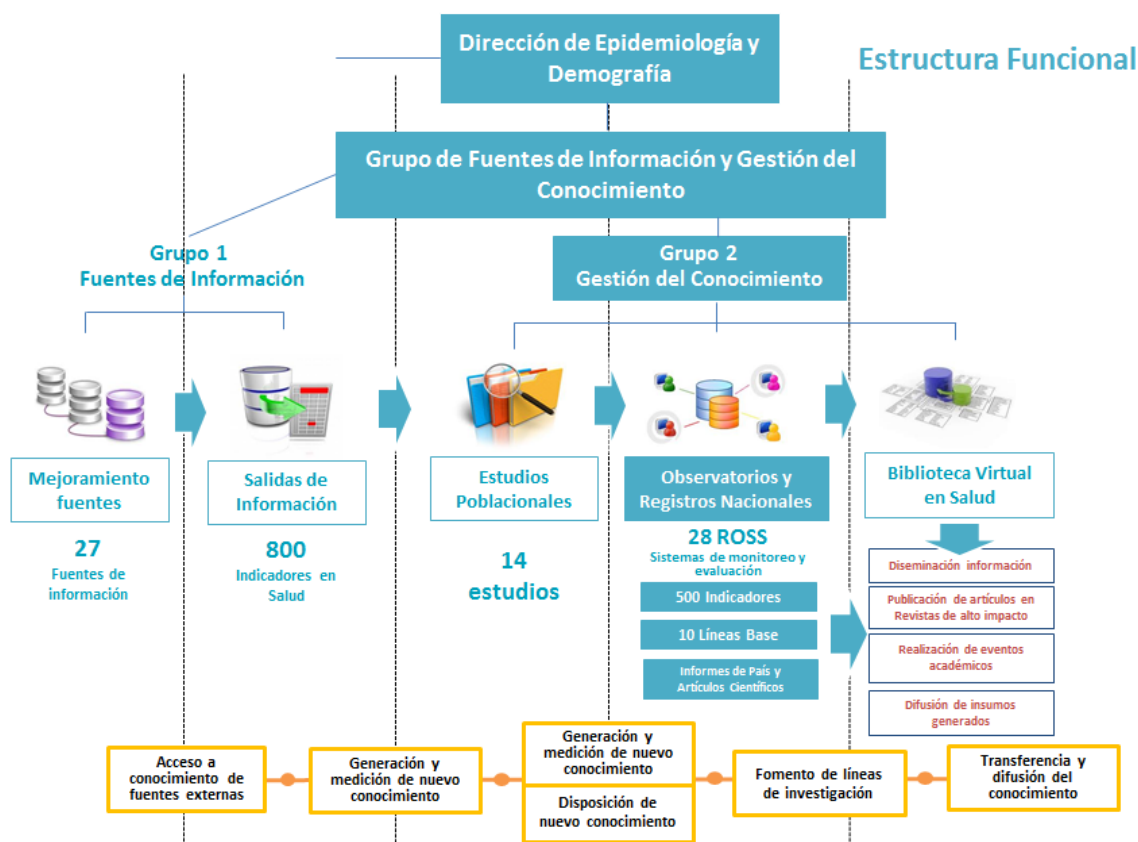
- Tipo de usuario, por ejemplo, el real o potencial, interno o externo.
- Nivel de preparación en el manejo de fuentes de información, tanto impresas como electrónicas, primarias o secundarias, etc.
- Necesidades reales y potenciales de información.
- Acceso a infraestructura virtual como bibliotecas, Internet, redes y comunidades virtuales, etc.
- Tiempo con el que cuenta para acceder a la información, recuperarla y utilizarla,
- y por último, su nivel de satisfacción como el valor añadido a la información.

El canal de comunicación: Los factores involucrados con el canal de comunicación que une la fuente de información con el usuario dentro de la gestión del conocimiento son los siguientes:

- Existencia del canal, por ejemplo, teléfono, Internet, bibliotecario, centro de información.
- Desarrollo organizacional y su política de información al interior de la organización, por ejemplo, la aplicación de tecnologías de la información, el desarrollo de programas de promoción y difusión de la producción institucional, etc.
- Eficiencia e impacto del canal, es decir el desempeño en el acceso y recuperación de la fuente basado en la evaluación del servicio por parte del usuario.

La figura 2 ilustra el proceso de Gestión del Conocimiento promovido en el Ministerio de Salud y Protección Social y que fundamenta los Observatorios y Sistemas de Seguimiento priorizados.

Figura 2. Gestión del Conocimiento en Salud, Dirección de Epidemiología y Demografía-MSPS,



Fuente: Grupo de Gestión del Conocimiento, Dirección de Epidemiología y Demografía, MSPS, 2012

Con respecto al proceso de acceso a conocimiento de fuentes externas dentro del ciclo de gestión del conocimiento, este ya ha sido descrito en la sección 4 Fuentes de Información. En cuanto a los procesos de **Generación y medición de nuevo conocimiento y Disposición de nuevo conocimiento en bases de datos**, se refieren a aquellos instrumentos como diseño de estudios, planes de análisis y estructuración y actualización de líneas base a través de los cuales es posible explotar la información para obtener nueva evidencia, y se describen a continuación.



6.1. Planes de Análisis

La sección de métodos para análisis de información de cada ROSS supone un momento previo de captación, estructuración, almacenamiento y estandarización de la información disponible. En este momento se debe describirlo que se está haciendo o debe hacerse para responder a las preguntas de investigación que se han generado o para enfrentar las necesidades de información identificadas para cada área específica.

El diseño de estudios estadísticos y epidemiológicos debe ser estandarizado, y promovido por los ROSS bajo criterios de investigación claramente establecidos, estos estudios no sólo deben usar y explotar la información disponible, si no enfrentar necesidades y brechas en la información, generando conocimiento en temas poco explorados o de evidencia limitada. Por lo tanto, la estructura de un plan de análisis debe describir de forma clara, precisa y lógica los métodos de trabajo para adelantar los análisis, modelos y estudios necesarios. La metodología empleada para el diseño de planes de análisis de los ROSS, es la sugerida por Rothman y Rothman et al (J. & al, 2008) estadístico y epidemiólogo de Boston University School of Public Health, y que se concentran en siete aspectos claves a ser tenidos para el diseño de los planes de análisis:

1. Describir las **necesidades de información** que desean superarse con el estudio o análisis.
2. **Describir los métodos a utilizar** en el estudio: tipo de estudio, fuente de datos y variables e indicadores de interés, modelos explicativos.
3. **Explicar el objeto del estudio.**
4. **Relacionar los responsables** de liderar y adelantar el estudio.
5. **Describir observaciones del estudio** tales como si son compromisos nacionales o internacionales, si son insumos de algún plan o política, o si se trata de una iniciativa del Ministerio de Salud y Protección Social, explicar disponibilidad de la fuentes o brevemente características del protocolo de investigación que deban ser tenidas en cuenta previo desarrollo y análisis estadístico.
6. **Explicar los resultados esperados:** si los resultados de los análisis deben materializarse en una publicación científica, un informe, un reporte, entre otras.
7. **Tiempo de ejecución del estudio.**



Es importante que el plan de análisis se organice cronológicamente por año, y que la información se presente en sub-secciones en función del tema que el ROSS tiene a cargo. Por ejemplo en el Observatorio Nacional de Violencias, las subsecciones o líneas definidas y priorizados corresponden a los temas monitoreados:

- a. Violencia de Género y Sexual
- b. Violencia intrafamiliar
- c. Lesiones por causa externa

El análisis de desigualdades sociales y económicas en salud a nivel nacional debe ser conducido a través de los ROSS, de esta forma mediante el diseño y desarrollo de estudios y modelos estadísticos para análisis de la información es posible generar evidencia sobre el comportamiento de desigualdades específicas en salud e identificar brechas del sistema de salud relacionadas con acceso, tratamiento y rehabilitación en áreas específicas y durante el tiempo. Así, la gestión del conocimiento que generan y suministran los ROSS es de vital importancia no sólo por el incremento de la evidencia que constituye para el país, sino también porque asegura e informa la implementación efectiva de políticas y la asignación apropiada del gasto e inversión en salud.

La tabla 5 ilustra un ejemplo de los planes de análisis que se adelantan desde los ROSS, con el fin de garantizar el mayor uso posible de la información desde los mismos, y fomentar la cultura de la investigación en salud en el país a través del Ministerio de Salud y Protección Social en apoyo de grupos de investigación de las universidades y Colciencias. La estructura de los planes de análisis es sencilla y de manera muy general compendia la información básica para llevar a cabo un estudio o análisis desde los ROSS. Los resultados de los análisis y estudios que se adelanten deben materializarse en el incremento de publicaciones científicas, informes, reportes, que puedan ser difundidos, diseminados y con fácil acceso a los usuarios en general.

Al igual que con los indicadores del sistema estándar priorizados para cada ROSS, los planes de análisis deben construirse teniendo en cuenta obligaciones plasmadas en normas o políticas nacionales, compromisos adquiridos por el sector salud, así como estudios de común acuerdo entre instituciones. Se recomienda tener presente la revisión del marco normativo de cada ROSS, en algunas disposiciones no sólo se fundamenta el diseño e implementación de cada observatorio o sistema de seguimiento, sino también que son establecidos informes, estudios y generación de insumos desde la gestión del conocimiento. Finalmente, los mismos ROSS se encuentran en plena capacidad de identificar necesidades específicas de información, esto permitirá complementar cada uno de sus planes de análisis.



Tabla 5. Plan de Análisis del Observatorio Nacional de Violencias - ONV Colombia, 2012

Necesidad de información	Métodos			Resultado Esperado	Responsables	Observaciones	Productos/ entregables	Tiempo de ejecución
	Tipo de estudio	fuelle	Variables/ indicadores					
Análisis de Desigualdades asociadas con la mortalidad por causas violentas en Colombia	Análisis multinivel Con una regresión Poisson (Análisis características a nivel individual y contextual)	- RIPS - SIVIGILA - SIVELCE	Análisis nivel individual: sexo y edad Análisis contextual: Índice de GINI o ingresos Mortalidad Violenta causas CIE X: Homicidios	Analizar la contribución de los factores sociales y económicos asociados con la mortalidad violenta (CODIGOS CIE X 958 - en adelante) a nivel individual (sexo, edad) y contextual (concentración de la riqueza: Índice de GINI) en Colombia entre 2000 - 2011	Dirección de Promoción y Prevención Dirección de Epidemiología y Demografía	Información disponible para un periodo de 10 años es difícil, pero existen ciudades como Medellín y Cali que tienen datos disponibles en violencia desde el año 2000. Resultados de este informe son un insumo para el Informe Mundial de Salud y Violencia que adelantará la OMS en 2013.	-Publicación Artículo en Revista Internacional - Publicación Artículo a Nivel Nacional - Documento con recomendaciones para talleres - Documento con Implicaciones Políticas	Seis (6) meses
Panorama de la Violencia Sexual en Colombia	Análisis Bivariado	- RIPS - SIVIGILA	Sexo Grupos de edad Violencia Sexual: mortalidad y prevalencia de casos	Analizar el comportamiento de la violencia sexual ente hombre y mujeres y diferentes grupos de edad en el país (Con datos de la menos cinco grandes ciudades que permitan comparaciones de estas dos características)	Dirección de Promoción y Prevención Dirección de Epidemiología y Demografía	Compromiso Nacional por parte del Sector Salud incluido en CONPES 91.	Publicación Artículo en Revista Internacional Publicación Informe a Nivel Nacional	Seis (6) meses
Análisis Salud y Violencia Capítulo Colombia	Análisis univariado y bivariados	- RIPS - SIVIGILA - SIVELCE	Sexo Grupos de edad Zona de residencia	Análisis y caracterización de las formas de violencia más comunes en Colombia durante el periodo 2000-2010	Dirección de Epidemiología y Demografía Oficina de Promoción Social	Solicitado por la OMS para Informe Mundial en 2013	Publicación en Informe Mundial de Violencia y Salud OMS 2013	Un (1) año

Fuente: Observatorio Nacional de Violencias ONV Colombia, MSPS, 2012



6.2. Diseño de Líneas Base

En concordancia con los conceptos resumidos en la sección 2 es importante precisar que se recapitula la Metodología DANE para definición de Líneas Base⁹. Adicional, el diseño de líneas base está implícito durante el desarrollo de cada una de las secciones que describe este documento guía: los procesos necesarios desde la revisión conceptual y de la normatividad relacionada hasta la estabilización y priorización final de indicadores para ser agrupados según las necesidades de información y áreas específicas de cada observatorio o sistema de seguimiento, constituyen la batería de indicadores necesaria para la estructuración o actualización de las líneas base.

Los antecedentes de la línea base se encuentran en el momento que los proyectos sociales requirieron ser evaluados, específicamente cuando se pretendía obtener información concreta de la situación al momento de iniciarse las acciones planificadas, estableciendo un '**punto de partida**' para la intervención. En este sentido, la línea base ha tomado un papel fundamental dentro de los sistemas de información para la toma de decisiones, permitiendo reducir algunos problemas de asimetrías de información estadística y con ello reducir también la selección adversa de políticas públicas.

La línea base parte de la medición de una batería de indicadores en un año específico, la cual constituye la referencia para hacer comparaciones a través del tiempo. La figura 3 ilustra la dinámica de como la línea base parte de la medición de un conjunto de indicadores en un año específico, el cual será la referencia para las comparaciones periódicamente. Este conjunto de indicadores debe diseñarse de tal forma que responda a las necesidades presentes y futuras de las acciones misionales y seguimientos que permitan detectar cambios en la evolución de la situación de salud entre poblaciones así como del comportamiento de los servicios de salud en áreas específicas: cáncer, víctimas, medicamentos, seguridad alimentaria, entre otras.

Teniendo en cuenta los problemas de organización de la información, es importante establecer dos conjuntos de indicadores que se enlazan entre sí y diferenciarlos en su uso (DANE, Metodología línea base de indicadores, 2009):

- **Indicadores estructurales:** aquellos cuya medición y uso es permanente y generalizado.
- **Indicadores coyunturales:** aquellos referidos en un plan de gobierno o en políticas.

Así mismo, la comparación de transformaciones, cambios, progresos a través de la medición de indicadores, puede darse en dos aspectos (DANE, Metodología línea base de indicadores, 2009).

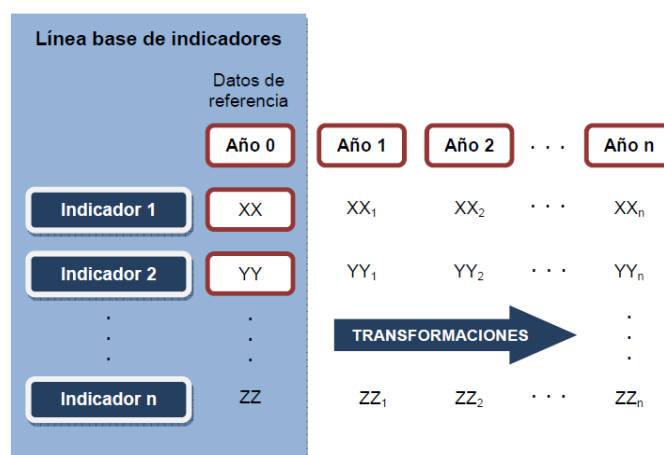
⁹ Esta Metodología es establecida por la Dirección de Regulación, Planeación, Estandarización y Normalización de la misma Institución del DANE (2009, p.1).

- **Frente a una referencia temporal** (Cambios en el tiempo).
- **Frente a estándares nacionales o internacionales** (comparaciones entre países)

Frente a los problemas de organización y disponibilidad de la información, la línea base distingue los aspectos estructurales y coyunturales en los temas que la integran. Por esta razón, en el primer caso habrá un conjunto de indicadores estructurales cuya producción y uso son permanentes y generalizados, no sólo para la política interna, sino también para las comparaciones frente a referencias nacionales o internacionales.

La relevancia del indicador y su continuidad en el tiempo son condiciones que exigen una mínima organización y disposición oportuna de la información. En el segundo caso, la línea base ofrece la opción de incluir indicadores coyunturales (*los referidos a un plan de gobierno, misional o a una situación de coyuntura*). De este modo, se facilita el enlace de indicadores estructurales con indicadores de coyuntura. Lo anterior es descrito en la figura 4. Comparación de los cambios frente a referencias.

Figura 3. Comparación de cambios a través del tiempo a partir de una batería de indicadores definidos por una línea base.

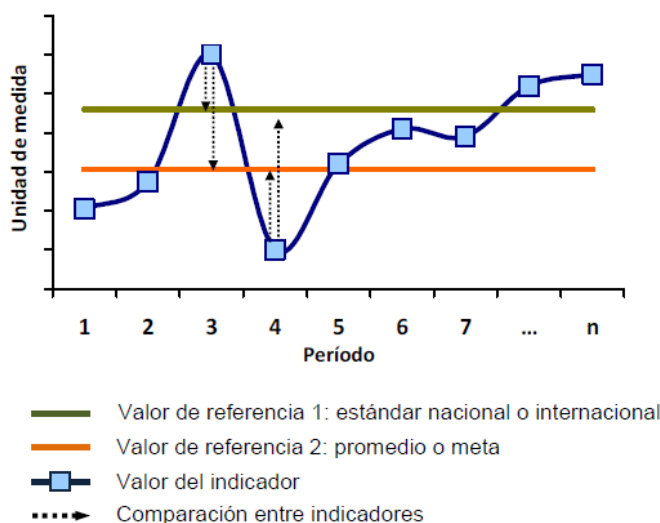


Fuente: DANE, 2009.

La línea base suele tener un carácter cuantitativo y puede recurrir a fuentes primarias y secundarias de información, sin embargo, se prefieren las fuentes primarias dado que los registros

rutinarios aumentan la especificidad de aquello que se desea comparar más adelante según los períodos de interés. De esta forma, la línea base contribuye a la consolidación de una cultura de uso y difusión de la evidencia obtenida a través de la medición de indicadores estratégicos.

Figura 4. Comparación de cambios a través del tiempo a partir de una batería de indicadores definidos por una línea base.



Fuente: DANE, 2009.

La información de los indicadores de la línea base puede ofrecer a los responsables de la formulación de las políticas una visión amplia de las diferencias que existen entre grupos poblacionales, económicos, sociales, o cualquier otra agrupación temática en salud, para que de esta forma pueda orientar e informar la política o reducir las desigualdades detectadas entre ellos. La eficiencia comparativa constituye en este caso un proceso de comparación y medición de la gestión a la que se refieren los indicadores.

Alcances de las Líneas base

Dentro de las contribuciones alcanzadas por la estructuración y actualización de las líneas base se encuentran:

- Fomenta la organización de fuentes de información de acuerdo las necesidades de información identificadas por los ROSS.
- Identifica y prioriza indicadores estratégicos.



Guía de Registros, Observatorios, Sistemas de Seguimiento y Salas Situacionales Nacionales

- Proporciona un marco de referencia cuantitativo y cualitativo de la situación actual que se pretende conocer o modificar, para medir avances, y efectos de la gestión en las intervenciones que se adelantan.
- Entrega información agregada, oportuna y confiable en la emisión de recomendaciones y en los procesos de toma de decisiones.
- Estandariza la generación de información requerida.
- Establece roles y funciones de instituciones frente a los requerimientos de información.
- Contribuye en la consolidación de una cultura de uso y difusión de políticas y acciones basadas en la evidencia.

Etapas para la estructuración de línea de base de los indicadores

La metodología para el desarrollo de líneas base a partir de indicadores DANE es descrita en la tabla 6. Es desarrollada a través de seis (6) etapas, que se encuentran en sintonía y coinciden con las descritas en la tabla 3 Metodología de los ROSS, y que constituyen los procesos necesarios para el desarrollo de líneas base a partir de indicadores.

Tabla 6. Metodología para el Desarrollo de Líneas Base a partir de Indicadores DANE, 2009

1	Planeación
2	Marco normativo y requerimientos de información
3	Diseño y estructura
4	Recolección, verificación y análisis de calidad de la información
5	Priorización de Indicadores
6	Difusión y comunicación

Fuente: DANE, 2009.



6.3. Salas Situacionales

Definidas por la Organización Panamericana de la Salud OPS (Bergonzolli, 2006) como aquellos espacios virtuales o físicos de trabajo matricial, en donde se conjugan diferentes saberes para la identificación y estudio de situaciones de salud coyunturales o no, llevar a cabo análisis de los factores que los determinan, las soluciones más viables y factibles de acuerdo con el contexto local y el monitoreo y evaluación de los resultados obtenidos después de la aplicación de las decisiones tomadas.

Del mismo modo, las salas situacionales han sido también definidas en términos más prácticos como aquellos *espacios físicos y virtuales donde información de diferentes características es analizada sistemáticamente a cargo de un equipo de trabajo, responsables analizar la situación de salud, el perfil de necesidades, el perfil de oferta y la respuesta institucional, así como la cooperación técnica de un espacio-población en las áreas de interés.*

La fundamentación de la existencia de las salas situacionales radica en crear las condiciones básicas que vayan más allá del simple uso de sistemas de información o registro de datos, y promueven también el uso de mecanismos y estrategias para la explotación e interpretación de la evidencia disponible sobre el daño y los riesgos en el espacio/población en los cuales estos se producen, permitiendo una estrecha coordinación entre fuentes de información, análisis epidemiológico, acciones administrativas y formulación de políticas; lo coyuntural y lo estratégico, así como las conexiones de los diversos sistemas de información.

La sala situacional es un proceso continuo que articula **tres (3) niveles**:

- **Nivel 1.** Recolección de datos, tabulación, procesamiento, traficación y mapeo.
- **Nivel 2.** Análisis de datos, comparación, valoración de frecuencias y elaboración de alternativas.
- **Nivel 3.** Valoración de problemas, valoración de intervenciones y toma de decisiones.

Componentes

- **Sala:** virtual o Física
- **Situación:** Determinar el estado de: i) Problemas de Salud, ii) Factores de Riesgo, iii) Red de servicios y oferta sanitaria

Situación o Diagnostico situacional

Característica dinámica que permite examinar el comportamiento o cambio de la realidad o la situación de salud espacio/población entre instancias:



- **Pasado:** ¿Cómo se produjo la realidad? ¿Cómo surgieron los problemas?
- **Presente:** ¿Cómo funciona la realidad? ¿Cómo se relacionan los problemas?
- **Futuro:** ¿Para donde tiende la situación actual?, ¿Se agravarán los problemas, perderán importancia o surgirán unos nuevos?

Usos y funciones

- Producción de estudios sobre la situación de salud (*análisis amplios para definición de políticas, planes y proyectos o informes técnicos sobre problemas prioritarios o de interés para la salud pública*).
- Monitoreo y evaluación de la situación de salud entre poblaciones específicas y el impacto de intervenciones adelantadas.
- Identificar necesidades de investigación, brechas en la información.
- Gestión de la organización fomento de la intersectorialidad.
- Negociación política y movilización de recursos entre actores responsables.
- Difusión de la información (posiciona a la institución). Acceso y uso compartido de datos.
- Interactuar con medios de comunicación masiva.

6.4. Difusión y Comunicación

Para lograr contribuir de manera significativa con la gestión del conocimiento necesario para reducir las inequidades en salud, así como lograr tener un impacto importante en los resultados de salud dentro de la población y a través de grupos diferenciales de interés, se requiere que muchos elementos de la agenda pública estén coordinados y no se limiten simplemente en las competencias para legislar en cuestiones directamente relacionadas con garantizar, a través de una variedad de estrategias, políticas, programas e iniciativas, el mejoramiento de los servicios de salud, garantizar el aumento de la cobertura y disponibilidad de la tecnología en salud.

La difusión y diseminación de la manera como se gestiona el nuevo conocimiento a partir de evidencia y datos, debe apoyarse y concentrarse en las siguientes iniciativas y herramientas:

- **Seminarios y conferencias** (sesiones de educación continua por parte de los ROSS y organizadas por el MSPS y las instituciones involucradas con el uso de la información.
- **Cursos y presentaciones ofrecidos por el MSPS** en común acuerdo con la Academia y a través de los cuales se promueva la visita de profesores invitados o investigadores con estudios relevantes para las áreas de monitoreo y seguimiento de los ROSS. De igual forma promover el desarrollo de



Guía de Registros, Observatorios, Sistemas de Seguimiento y Salas Situacionales Nacionales

curso dirigido a los usuarios para empoderarlos respecto al análisis social y económico de las cargas de enfermedad con enfoque de equidad en salud.

- **Publicaciones de *PolicyBriefs*** como mecanismo de difundir el aporte del uso de la información y la gestión del conocimiento en la orientación de las políticas en salud.
- **Colección de nuevos artículos** relacionados y producto de la gestión del conocimiento de los ROSS coordinados por el MSPS.
- **Noticias publicadas relacionadas con logros y progresos** de los ROSS.
- **Sitios web e interactivos:** A través de sitios web que permitan acceder a resultados de indicadores y bases de datos no nominales, para fomentar el acceso a los datos y virtualización de contenidos disponibles en una amplia gama de temas para el país.
- **Enlazar link de interés o sugerir consultar información en páginas adicionales** aumenta las probabilidades de difusión de contenidos y material generados desde los ROSS.
- **Comunidades virtuales** donde todos los miembros participen y gestionen el conocimiento accediendo y comunicando los medios arriba descritos.

Estos servicios y herramientas adicionales que aparentemente podrían limitarse a ser comunes estrategias de difusión y comunicación, han logrado demostrar ser exitosos en Observatorios de Salud y Equidad de la Región Europea (EuroHealthNet, 2013), gestionando el conocimiento necesario para prevenir y reducir riesgos adecuadamente a través del análisis de la magnitud y comportamiento de los determinantes de mayor contribución con la generación de inequidades entre poblaciones específicas y a través de los países, ya que permiten conectar a las personas e instituciones interesadas en las acciones sobre los determinantes sociales de la salud, en el seguimiento y monitoreo de los resultados de salud asociados a diferentes resultados de salud.

La difusión y diseminación apoyada y concentrada en las herramientas arriba descritas han tenido alto impacto y contribuido en el corto, mediano y largo plazo con:

- **Desarrollar de capacidades en los métodos y enfoques** para mejorar la responsabilidad por la equidad en salud.
- **Incentivar los diálogos y foros sobre políticas necesarias para abrir el debate y promover el pensamiento crítico** y compromiso de aumentar la inversión en salud y equidad sanitaria en el país.



- **Favorecer las Políticas y herramientas de Gobierno de apoyo en gestión del conocimiento**, por ejemplo, informes de política y revisiones de la evidencia sobre los incentivos económicos destinados por el Gobierno para hacer frente a las inequidades en salud y determinantes de las desigualdades sanitarias con mayor presencia y frecuencia en el país.
- **Aumentar el interés por incluir y priorizar en la agenda política** la necesidad de combatir las inequidades y desigualdades asociadas a diversos resultados y desenlaces de salud desde el uso de la evidencia y gestión del conocimiento.

Es necesario que lo anterior esté acompañado de fuerte voluntad política para que las herramientas de difusión y comunicación logren establecerse de largo aliento, conectando las personas e instituciones, y que del mismo modo los resultados conduzcan a diseminar evidencia, documentarla cada vez más para aumentar su disponibilidad en el país, y finalmente influir en esa evolución de garantizar una mayor equidad en salud, prevenir riesgos para la salud y obtener mejores resultados para el país.

Finalmente, es importante entender que la difusión y comunicación de la evidencia generada y la disponibilidad de información deben darse seguramente a distintos ritmos de avance en cada Registro, Observatorio y Sistema de Seguimiento ROSS, pero dependiendo del rol que cada uno de ellos lidere como centro de referencia en gestión del conocimiento en las áreas que se concentra, logrará realizar su aporte en la verdadera reducción de brechas no sólo en materia de información sino también en la verdadera lucha contra las inequidades en salud que requiere enfrentar el país.



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

 **PROSPERIDAD
PARA TODOS**

Guía de Registros, Observatorios, Sistemas de Seguimiento y Salas Situacionales Nacionales

Registros, Observatorios, Sistemas de Seguimiento y Salas Situacionales Nacionales

Parte 7 | Conclusiones y Recomendaciones



7. Conclusiones y Recomendaciones

a. Desafíos a Nivel Internacional

- **Facilitar la disponibilidad de datos con calidad y representativos para el país.** Fomentar el mejoramiento e integración de las fuentes con datos relevantes en salud en un sistema único de información en salud permite disponer de información con la mejor cobertura.
- **Hacer parte del entorno global en materia de información en equidad y salud:** El país debe disponer datos sobre la situación de salud que permitan integrarse al sistema de información mundial que monitorean las grandes agencias: ONU, OMS, OPS, BM, FMI.
- **Incrementar la evidencia y literatura disponibles sobre Colombia en todos los temas de interés de salud pública.** Aumentar e intensificar la disponibilidad de información en salud así como gestionar conocimiento en temas de cáncer, violencia, salud materna, seguridad alimentaria, VIH, entre otras y su comportamiento entre la población Colombiana permiten conocer el perfil del país con respecto otros países de la Región y del mundo.
- **Aportar evidencia sobre el estudio y superación de inequidades en salud.** El análisis de desigualdades sociales y económicas en salud permite examinar cómo se comportan y acentúan entre poblaciones de los mismos países y como estas varían entre los países de una misma Región.
- **Incrementar la producción científica como Ministerio de Salud y Protección Social.** Gestionar el conocimiento de manera adecuada y eficiente constituye un avance en materia de información en la Región, que aumenta de evidencia disponible para gran cantidad de áreas de interés en salud pública para el país, la Región y el mundo.

b. Desafíos a Nivel Nacional

- **Conducir acciones y estrategias adecuadas para mejorar la cultura de la información y notificación.** Se pretenden generar cambios de orden nacional, territorial y local de tal manera que los observatorios tengan la aplicación debida. Se requiere el fortalecimiento de las capacidades de vigilancia en todos los niveles.
- **Afrontar el subregistro, la baja calidad y dispersión de las fuentes de información.** Actualmente gran parte de las fuentes de datos se caracterizan por ser dispersas y baja calidad. El reto es aportar en la integración de las fuentes de datos a través de sistemas más inteligentes y centralizados de acuerdo como obliga la ley.
- **Fomentar el uso de la información en la formulación de políticas e intervenciones en salud y equidad basadas en la evidencia.** El corazón central de la formulación y orientación de las políticas en salud del país deben ser apoyadas y basadas en la evidencia generada.



c. Compromiso que Grupo de profesionales que operen ROSS

Como equipo interdisciplinario en torno a la información y gestión del conocimiento en salud, los profesionales que operen los ROSS deben garantizar la recopilación de estadísticas relevantes y el desarrollo de análisis críticos e interpretación de datos con el juicio científico y responsabilidad posible, sólo de esta forma puede suministrarse conocimiento y evidencia confiable para las acciones políticas en cualquiera de sus dimensiones (prevención, reducción, control, rehabilitación) que propenden por reducir y controlar las inequidades en salud con mayor presencia en el país.

d. Mensajes Claves de este Documento

- **Los observatorios exploran la evidencia para enriquecer las fuentes de datos sanitarias.** Sintetizar información y datos existentes, y definir redes fuertes para acceder a otras fuentes de información debe ser una prioridad.
- **Los indicadores deben ser debidamente instrumentalizados con el fin de disponer de mediciones de forma oportuna y continua.** La priorización e instrumentalización de indicadores estratégicas debe ser una tarea juiciosa, concertada y en equipo, y concentrada en proveer a los clientes y referentes temáticos sistemas de seguimiento automatizados, confiables y que generen y actualicen información periódicamente.
- **Los observatorios destacan problemas relevantes en salud pública y promueven agenda pública como centro de formulación de políticas sociales y económicas.** Así por ejemplo, la evidencia que proporcionan los observatorios es útil para prevenir daños de diversos factores de riesgo y potencializar los factores protectores sobre la salud, y puede ser adoptada para justes a planes e intervenciones.
- **Grupo de trabajo intersectorial e interdisciplinario.** Solo la colaboración y cooperación puede garantizar el éxito de los observatorios en su rol de gestionar conocimiento para el país.

e. Recomendaciones Finales

- **Para planear, diseñar e implementar un observatorio es necesario comenzar por entender claramente cuál será su propósito.** Para qué? Con qué finalidad desarrollarlo?
- **Revisar la norma es crucial para contextualizar y saber a partir de cuáles conceptos debe organizarse el observatorio y todo lo que deriva de este.** El marco legal y político debe ser junto con las necesidades de información, la base fundamental de la organización de los conceptos e implementación requeridos por un observatorio.



Guía de Registros, Observatorios, Sistemas de Seguimiento y Salas Situacionales Nacionales

- Los ROSS observan para saber cuál es el problema, identifican factores de riesgo y de protección para conocer cuáles son las causas, identifican y evalúan intervenciones para determinar cuáles funcionan.
- **La información adecuada es clave: es uno de los principales requerimientos para el adecuado diseño de políticas y planes.** Entender adecuada cuando cumple con al menos tres principios básicos como cobertura, oportunidad y bajo subregistro.
- **Los observatorios por si solos no producen cambios, son solo una herramienta de trabajo.** La colaboración e intersectorialidad activa garantizan la sostenibilidad de los observatorios en el corto y mediano plazo, pero solo fomentando una cultura de la información y acceso entre actores y responsables a esta es posible garantizar que se produzcan cambios en horizontes de tiempo más prolongados.



Trabajos citados

- al., R. J. (2008). Third edition. *Modern Epidemiology*. Wolters Kluwer Health.
- Anston, J. (2000). Public Health Observatories-the key to timely public health intelligence in the new century. *Journal Epidemiology Community Health*, 724.
- Bank, W. (2011). *Health Systems-Monitoring and Evaluation in Health Systems Research*. Retrieved from <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTHEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/EXTHSD/0,,menuPK:376799~pagePK:149018~piPK:149093~theSitePK:376793,00.html>
- Bergonzolli, G. (2006). *Sala Situacional: Instrumento para la Vigilancia en Salud Pública. Programa de Análisis de Información en Salud OPS/OMS*. Washington, DC.
- CEPAL. (2007). Indicadores de los objetivos de desarrollo del milenio del Milenio en América Latina y el Caribe: una comparación entre datos nacionales e internacionales. *Serie de Estudios Estadísticos y Prospectivos*, 53, 77.
- CEPAL. (2007). *Serie de Estudios Estadístico y Prospectivos no. 53. División de Desarrollo Social y División de Estadística y Proyecciones Económicas*. Santiago de Chile.
- Constitucional, C. (2004). Sentencia T-25 Tutela los derechos de la población en condición de desplazamiento. Bogotá.
- DANE. (2006). PENDES. In *Documento metodológico Plan Estratégico Nacional de Estadísticas PENDES*. Bogotá D.C.
- DANE. (2009). DIRPEN. In P. E.-D. Dirección de Regulación, *Metodología línea base de indicadores* (p. 10). Bogotá, Colombia.
- DANE. (2012). *Estadísticas Vitales*. Retrieved marzo 13, 2013, from <http://190.25.231.249/aplicativos/sen/NADA/ddibrowser/?section=technicaldocuments&id=54#overview>
- DED-MSPS. (2013). *Gestión del Conocimiento y Fuentes de Información*. Retrieved 03 12, 2013, from <http://www.carlosvicentederoux.org/index.shtml?apc=a-b1;08;-;;&x=1524>
- EuroHealthNet. (2013). *EuroHealthNet for a Healthier Europe between and within countries*. Retrieved mazo 12, 2013, from <http://eurohealthnet.eu/policy/policy-communications>
- Hemming, J., & Wilkinson, J. (2003). What is a public health observatory?. *Journal Epidemiology Community Health*(57), 324-326.
- J., R., & al, e. (2008). *Modern Epidemiology. Third edition*. Boston, Massachusetts: Wolters Kluwer Health.
- Macías-Chapula, C. (2009). La Gestión del Conocimiento en el Área de la Salud. *Revista de Evidencia e Investigación Clínica*, 31-35.
- Ministerio de Protección Social, M. d.-D.-S. (2007). Documento Conpes Social 109. *CONPES 109*. Bogotá, DC., Colombia.
- Ministerio del Interior y de Justicia, M. d. (2006). Ley 1098 de 2006 - Código de Infancia y Adolescencia. Bogotá, DC., Colombia.
- MSPS. (2007). *Encuesta Nacional de Salud ENS 2007*. Bogotá.
- MSPS. (2007, Diciembre). Política Nacional de Envejecimiento y Vejez 2007 - 2019. Bogotá, D.C, Colombia.
- MSPS. (2012, diciembre). Registro de Actividades de Protección Específica y Detección Temprana. Bogotá.
- MSPS. (2013). *Cuadro de temas Registro Único de Afiliados - RUAF*. Retrieved marzo 12, 2013, from Ministerio de Salud y Protección Social: <http://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/registro-unico-de-afiliados-ruaf.aspx>
- MSPS. (2013). *Sistema de Información de Prestaciones de Salud - RIPS*. Retrieved marzo 12, 2013, from Ministerio de Salud y Protección Social: <http://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/rips.aspx>
- OECD. (2003). *Quality Framework and Guidelines for OECD Statistical*. Retrieved from <http://www.oecd.org/std/qualityframeworkforoeecdstatisticalactivities.htm>
- Organization, W. H. (2010). *Global Health Observatory*. Retrieved enero 2013
- Organization, W. H. (2012). *Global Health Observatory*. Retrieved Enero 13, 2013, from <http://www.who.int/gho>
- Profamilia-MSPS. (2010). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud ENDS*. Bogotá.
- Rothman, K. (2002). *Epidemiology: An Introduction*. Oxford University Express, Inc.
- WB-HIS. (2011). *World Bank, Health Information Systems*. Retrieved from <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTHEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/EXTHSD/0,,contentMDK:22239824~menuPK:376799~pagePK:148956~piPK:216618~theSitePK:376793,00.html>
- WHO. (2012). *Global Health Observatory*. Geneva: WHO.
- Wilkinson, R. J. (2010). The first ten years of Public Health Observatories in England – and the next? *Public Health* 124, 245-247.