



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social  
República de Colombia

# Guía Metodológica para el Análisis de Situación de Salud

Documento de trabajo MPS

**ISBN:**

**Título**

Guía Metodológica para el Análisis de Situación de Salud

**Elaborado por**

María Belén Jaimes Sanabria, Enfermera, Magíster en Epidemiología y Especialista en Gerencia de Servicios de Salud

**Interventoría**

María Mercedes Muñoz, Médica, Magíster en Salud Pública

María Alexandra Durán Romero, Bacterióloga, Especialista en Epidemiología

**Revisión y validación del documento y de los indicadores**

La revisión y validación del documento y los indicadores propuestos se realizó en los siguientes pasos:

1. Revisión y sugerencias generales y específicas al documento completo por parte de una profesional de la OPS/OMS en Colombia, funcionarios de tres Direcciones Departamentales de Salud y cinco profesionales de la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de la Protección Social.

2. Revisión y sugerencias a indicadores específicos en el área de desempeño por parte de profesionales de la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de la Protección Social.
3. Realización de ajustes al documento e indicadores con base en las sugerencias hechas (pasos 1 y 2).
4. Validación del documento y los indicadores realizada durante la reunión nacional de Capacitación en Análisis de Situación de Salud. Para ello se diseñaron dos formatos de validación: uno para el documento y otro para los indicadores.
5. Realización de ajustes al documento e indicadores con base en la validación hecha.
6. Validación de los indicadores realizada durante la reunión de capacitación en Análisis de Situación de Salud realizada en la ciudad de Popayán (Cauca, diciembre de 2008).
7. Realización de ajustes a los indicadores con base en la validación hecha.
8. Socialización de la Guía durante los talleres de capacitación realizados en los departamentos de Putumayo, Magdalena, Guaviare y Casanare y el distrito de Santa Marta. Estos departamentos y municipios iniciaron el proceso de ajuste al diagnóstico de salud de sus planes de salud territorial con los indicadores que contiene la Guía Metodológica de ASIS.

Los participantes de esta revisión y validación se presentan a continuación:

**Organización Panamericana de la Salud – Organización Mundial de la Salud Colombia**

<b>Nombre</b>	<b>Cargo</b>
Martha Idalí Saboyá Díaz	Profesional Nacional Enfermedades Transmisibles y AIEPI

**Ministerio de la Protección Social**

<b>Nombre</b>	<b>Cargo</b>
<b>Revisión del documento</b>	
Jacqueline Molina Villanueva	Profesional Especializado. Referente para la vigilancia de la calidad del Agua
Liliana Margarita Peñaloza Arrieta	Profesional Especializado Seguridad Alimentaria y Nutricional y apoyo a crónicas
Alexander Gómez Rivadeneira	Asistencia Técnica PNS, PNAST y acciones de P y P del POS Y POS-S
Martha Patricia Velandia González	Coordinadora Nacional Programa Ampliado de Inmunizaciones
María Mercedes Muñoz Ramírez	Profesional Especializado Grupo Vigilancia en Salud Pública

**Revisión de Indicadores**

Julio Cesar Padilla Rodríguez	Profesional Especializado ETV
Ernesto Moreno Naranjo	Coordinador de Grupo Promoción y Prevención
Arturo Díaz Gómez	Coordinador de Grupo zoonosis
Luis Ángel Moreno	Contratista del Observatorio Nacional de la gestión en VIH-SIDA, MPS
Gloria Isabel Puerta Hoyos	Profesional Especializado Acciones de IEC en la política nacional de SSR

**Validación de indicadores**

María Mercedes Muñoz Ramírez	Profesional Especializado Grupo Vigilancia en Salud Pública
Luz Stella Méndez Martínez	Profesional Especializado Oficina de Cooperación Internacional

### Direcciones Departamentales de Salud

Nombre	Cargo	Dirección de Salud
<b>Revisión del documento</b>		
Edgar Navarro Lechuga	Subdirector de Salud Pública	Secretaria Departamental de Salud de Atlántico
Soraya	Profesional especializado grupo Salud Pública	Secretaria Departamental de Salud de Atlántico
Clara Sonia Guerrero Bernal	Profesional especializado vigilancia en salud pública	Secretaria Departamental de Salud de Boyacá
Helmer de Jesús Zapata Ossa	Profesional especializado Grupo de Planeación	Secretaria Departamental de Salud del Valle
<b>Validación del documento</b>		
María Patricia González Cuellar	Profesional especializado vigilancia en salud pública	Secretaria Distrital de Salud de Bogotá
Andrea Rodríguez Rodríguez	Profesional especializado	Secretaria Distrital de Salud de Bogotá
William de Jesús Atehortua Puerta	Profesional especializado Vigilancia en Salud Pública	Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander
Ovidio Muñoz Suárez	Profesional especializado vigilancia en salud pública	Secretaria Departamental de Salud de Casanare
Constanza Hernández Rojas	Profesional especializado vigilancia en salud pública	Unidad Especial de Salud del Valle (UES)
Patricia Bustamante Romero	Coordinadora de Vigilancia en Salud Pública	Secretaria Departamental de Salud del Valle
<b>Validación de Indicadores</b>		
Mónica Rondón Cotacío	Coordinadora de Vigilancia en Salud Pública	Secretaria Departamental de Salud de Amazonas
María Josefa Arboleda B.	Responsable de Sanidad Portuaria	Secretaria Departamental de Salud de Antioquia
Carol Johana Cisneros Mora	Profesional especializado vigilancia en salud pública	Unidad Administrativa de Salud de Arauca
Sixta Tania Peñaloza Parra	Profesional Universitario vigilancia en salud pública	Secretaria Departamental de Salud de Atlántico
Elsa Bravo Ribero	Jefe de Vigilancia	Secretaria Distrital de Salud de Barranquilla
Adalberto Pérez Cantillo		
Clara Sonia Guerrero Bernal	Profesional especializado vigilancia en salud pública	Secretaria Departamental de Salud de Boyacá
Ángel Isdruval Arengas Castilla	Coordinador de Vigilancia en Salud Pública	Secretaria Departamental de Salud de Caldas

### Direcciones Departamentales de Salud

<b>Nombre</b>	<b>Cargo</b>	<b>Dirección de Salud</b>
Carlos Alberto Rodríguez Caviedes	Coordinador de Vigilancia en Salud Pública	Secretaría Departamental de Salud de Caquetá
Christian González López	Profesional especializado Vigilancia en Salud Pública	Secretaría Departamental de Salud del Cauca
María Teresa Garcés	Coordinadora de Vigilancia en Salud Pública	Secretaría Departamental de Salud del César
Leslie Omara Bruzón Peñaranda	Profesional especializado vigilancia en salud pública	Secretaría Departamental de Salud de la Guajira
Josué Fonseca Ortiz	Profesional especializado Sanidad Portuaria	Secretaría Departamental de Salud de la Guajira
Alexander Torres Prieto	Coordinador de Vigilancia en Salud Pública	Secretaría Departamental de Salud del Guaviare
María Clemencia Rojas García	Coordinadora de Vigilancia en Salud Pública	Secretaría Departamental de Salud del Huila
Zandra Lucia Castañeda López	Coordinadora de Vigilancia en Salud Pública	Secretaría Departamental de Salud del Magdalena
Nohora Erlinda Cadena	Profesional especializado vigilancia en salud pública	Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander
Ruth Pinedo Campo	Coordinadora de Vigilancia en Salud Pública	Secretaría Distrital de Salud de Santa Marta
Alba Nury Ramírez Cano	Coordinadora de Vigilancia en Salud Pública	Secretaría Departamental de Salud de Santander
Blanca Lucia Valderrama Urzola	Líder Proyecto Vigilancia en Salud Pública	Departamento Administrativo de Salud de Sucre
José Fair Alarcón Robayo	Coordinador de Vigilancia en Salud Pública	Secretaría Departamental de Salud de Tolima
Angélica María Rojas B.	Coordinadora Vigilancia en Salud Pública	Secretaría Departamental de Salud del Vaupés

### Departamento del Cauca

#### Validación de indicadores

<b>Nombre</b>	<b>Cargo</b>	<b>Dirección de Salud</b>
Giovanni Apráez	Profesional Especializado Área de Salud Ambiental	Secretaría Departamental de Salud del Cauca
María Teresa Torres S	Área Vigilancia en Salud Pública	Secretaría Departamental de Salud del Cauca
José Luis Chicangana Muñoz	Apoyo Grupo Gestión en Salud Pública	Secretaría Departamental de Salud del Cauca

## Departamento del Cauca

### Validación de indicadores

<b>Nombre</b>	<b>Cargo</b>	<b>Dirección de Salud</b>
Lorena Jazmín Delgado Gómez	Profesional Universitario Grupo Gestión de las Acciones de Salud Pública	Secretaría Departamental de Salud del Cauca
Elisa Jojoa Tobar	Grupo Apoyo a la Gestión de la Salud Pública	Secretaría Departamental de Salud del Cauca
Luis German Palomino G.	Grupo Gestión de las Acciones de Salud Pública	Secretaría Departamental de Salud del Cauca
María Ximena Caicedo	Área Vigilancia en Salud Pública	Secretaría Departamental de Salud del Cauca
Ingrid Eleonor Pinilla	Área Vigilancia en Salud Pública	Secretaría Departamental de Salud del Cauca
Mónica Perea Moreno	Área Vigilancia en Salud Pública	Secretaría Departamental de Salud del Cauca

### Secretarías Municipales de Salud

<b>Nombre</b>	<b>Cargo</b>	<b>Institución</b>
Gladis Aleida López Ríos	Secretaría de Salud	Alcaldía de Florencia
Enidh Molina Calvache	Coordinadora Salud Pública	Alcaldía de Bolívar
Edye Alberto Lucumí	Profesional Universitario Bacteriólogo	Guachené
Patricia Córdoba Díaz	Coordinadora de Salud Municipal	Silvia
Lucy Beatriz Camelo Cárdenas	Asesora de Salud	Argelia y Timbio
Martha Cecilia Segura	Asesora Plan de Salud Municipal	Alcaldía de Páez

### Empresa Promotora de Salud

María Eufracia Sandoval Pino	Coordinadora P y P	COOMEVA
------------------------------	--------------------	---------

**Direcciones Departamentales, Distritales y municipales de Salud  
Capacitadas utilizando la Guía Metodológica de ASIS durante el año 2009**

<b>DDS - SSD</b>	<b>DMS –SMS – hospitales*</b>	<b>EPS</b>
DASALUD Putumayo	12/13 municipios: Colón, Mocoa, Orito, Puerto Asís, Puerto Caicedo, Puerto Guzmán, San Francisco, San Miguel, Santiago, Sibundoy, Valle del Guamuez, Villa Garzón	Selvasalud, Nueva EPS, IVC Medic,
Secretaria Salud del Magdalena	15/29 municipios: Santa Ana, Zona Bananera, Algarrobo, El Banco, Fundación, Cienaga, Aracataca, Pedraza, Guamal, San Sebastian, Salamina, Remolino, San Zenón, Concordia, Pueblo Viejo,	Comparta, Colpatria, Humanavivir,
Secretaria de Salud del Guaviare	2/4 municipios: San José, El Retorno	Caprecom, Saludtotal, Odontomedic
Secretaria de Salud de Casanare	7/19 municipios: Yopal, Hato Corozal, Aguazul, Pore, San Luis de Palenque, Villanueva, Trinidad	
Secretaria Distrital de Salud de Santa Marta	Santa Marta	

DMS –SMS – hospitales\*. Los participantes son funcionarios de las Direcciones o Secretarías Municipales de Salud u hospitales, quienes ejercen las funciones en reemplazo de las anteriores, cuando no hay DMS o SMS en el municipio.

**Diseño de carátula:**

**Revisión de estilo:**

**Diseño y diagramación:**

Lugar y fecha de la edición:

Imprenta Nacional de Colombia. Diagonal 22 No. 67 - 70

**Fecha de publicación**

Enero de 2010

© Ministerio de la Protección Social

Dirección General de Salud Pública

Se autoriza la reproducción total o parcial de este documento siempre y cuando se conserve intacto su contenido, se dé crédito al Ministerio de la Protección Social y no tenga fines comerciales.



Libertad y Orden

**Diego Palacio Betancourt**  
Ministro de la Protección Social

**Carlos Jorge Rodríguez Restrepo**  
Viceministro Técnico

**Carlos Ignacio Cuervo Valencia**  
Viceministro de Salud y Bienestar

**Andrés Echeverri López**  
Viceministro de Relaciones Laborales

**Clara Alexandra Méndez Cubillos**  
Secretaria General

**Lenis Enrique Urquijo Velasquez**  
Director General de Salud Pública

**Víctor Hugo Álvarez Castaño**  
Coordinador Grupo de Vigilancia en Salud Pública

## PRESENTACIÓN

El Ministerio de la Protección Social con base en la responsabilidad dada a través del Decreto 3039 de 2007 en la implementación del Plan Nacional de Salud Pública, presenta la Guía metodológica para el Análisis de Situación de Salud a todas las entidades territoriales.

Esta Guía ha sido diseñada para ofrecer a todos los gestores y responsables de la planeación, ejecución, seguimiento, evaluación y control del Plan de Salud Territorial, una orientación en la revisión y ajustes al diagnóstico de la situación de salud, incorporar las acciones correctivas y de mejoramiento en el proceso de formulación de los planes, establecer la línea de base y el valor esperado de las metas cuantitativas de resultado propuestas, para el mejoramiento en la situación de salud de la población al finalizar el primer cuatrienio de funcionamiento del Plan Nacional de Salud Pública, así como formular los siguientes Planes de salud territorial en forma más focalizada y coherentes con la realidad de salud local.

La aplicación de esta Guía permitirá al Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud, Asambleas departamentales, Consejos Municipales, Comités Territoriales de Planeación, equipo técnico y a todos los actores sociales e institucionales que acompañan a la Dirección Territorial de Salud, caracterizar la salud, el nivel de calidad de vida y bienestar de las personas, las familias y la comunidad, de acuerdo a los indicadores propuestos en los contextos territorial, demográfico, socioeconómico, oferta de los servicios y respuesta social, prioridades nacionales en salud, morbilidad y mortalidad. A partir de esta caracterización se podrá tener una configuración del proceso salud - enfermedad de la población en cada entidad territorial, así mismo, se podrán identificar los problemas de salud y priorizarlos, y a partir de esta priorización, se coordinarán las acciones intersectoriales, y en salud y se formularán o ajustarán los proyectos que permitirán resolver estos problemas por cada eje programático y áreas subprogramáticas.

Así mismo les permitirá con mayor facilidad, realizar un adecuado monitoreo y evaluar los resultados y el impacto logrado en la situación de salud, bienestar y desarrollo social de los habitantes de cada municipio, departamento o distrito al finalizar el cuatrienio 2008-2011 para las entidades territoriales.

## CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	15
1. ANTECEDENTES	17
2. JUSTIFICACIÓN	19
3. PROPÓSITOS	21
4. OBJETIVOS	22
4.1 GENERAL	22
4.2 ESPECÍFICOS	22
5. METODOLOGÍA	23
5.1 FUENTES DE INFORMACIÓN	25
5.1.1 Fuente secundaria	25
5.1.2 Fuente primaria	26
5.2 DESCRIPCIÓN DE LOS INDICADORES DE SALUD	26
5.2.1 Caracterización territorial	26
5.2.2 Caracterización demográfica	27
5.2.3 Caracterización socioeconómica	27
5.2.4 Salud infantil	27
5.2.5 Salud sexual y reproductiva	28
5.2.6 Salud oral	28
5.2.7 Salud mental	29
5.2.8 Enfermedades transmisibles y las zoonosis	29
5.2.9 Enfermedades crónicas no transmisibles y discapacidades	29
5.2.10 Salud nutricional	30
5.2.11 Seguridad sanitaria y del ambiente	30
5.2.12 Seguridad en el trabajo y las enfermedades de origen laboral	30
5.2.13 Gestión para el desarrollo operativo y funcional del Plan Nacional de Salud Pública	30
5.2.14 Recursos, servicios y cobertura en salud	31
5.2.15 Mortalidad	31
5.2.16 Morbilidad	32
5.3 FICHAS TÉCNICAS DE LOS INDICADORES	50
5.4 RECOLECCIÓN	52
5.5 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	52
6. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN	59
7. GLOSARIO	60
8. SIGLAS Y ABREVIATURAS	63
BIBLIOGRAFÍA COMPLEMENTARIA	65
ANEXOS	67
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	74

## LISTA DE TABLAS

	<b>Pág.</b>
Tabla 1. Tablero de Indicadores organizados por contexto, prioridad nacional en salud, morbilidad y mortalidad para el Análisis de la Situación de Salud en el ámbito municipal y departamental/distrital	33
Tabla 2. Hoja de vida o ficha técnica de los indicadores	51

Documento de trabajo MPS

## ANEXOS

	Pág.
A. TALLER 2. INDICADORES DE SALUD	67
B. FICHAS TÉCNICAS DE LOS INDICADORES (medio magnético)	
C. TABLA DINÁMICA PARA LA ELABORACIÓN DE UNA PIRÁMIDE POBLACIONAL (medio magnético)	

Documento de trabajo MPS

## INTRODUCCIÓN

Los Análisis de Situación de Salud (ASIS) son procesos analítico-sintéticos que abarcan diversos tipos de análisis. Éstos permiten caracterizar, medir y explicar el contexto de salud-enfermedad de una población, incluyendo los daños y problemas de salud y sus determinantes, sean competencia del sector salud o de otros sectores; también facilitan la identificación de necesidades y prioridades en salud, así como la identificación de intervenciones y programas apropiados y la evaluación de su impacto en salud (OPS, 1999).

Colombia acogió la propuesta de la OPS desde el año 2000 para avanzar en la construcción de un ASIS Nacional, utilizando como fuente de información las diferentes encuestas y estudios nacionales en diferentes temas de salud, así mismo las direcciones territoriales de salud a través de los años han elaborado sus propios perfiles epidemiológicos, como base para la planeación y ejecución de planes y proyectos de salud. Sin embargo, se hace necesario realizar un análisis integral de la situación de salud de la población colombiana, identificar sus problemas en salud y priorizarlos, y a partir de allí utilizar con la mayor eficiencia los recursos asignados a cada sector para la resolución de los mismos.

El propósito de esta guía es facilitar la caracterización de la situación de salud de la población en los ámbitos municipal, departamental y distrital a partir de la descripción de los indicadores propuestos en los contextos territorial, demográfico, socioeconómico, de recursos, servicios y cobertura en salud, prioridades nacionales en salud\*, la morbilidad y la mortalidad.

A partir de esta descripción y con la participación de los actores sociales e institucionales, quienes utilizarán la metodología de Planificación Local Participativa propuesta en la *Estrategia Pedagógica para la implementación de la Guía Metodológica del ASIS*<sup>†</sup>, se hará la identificación de las necesidades y problemas de salud y luego se realizará una priorización de éstos. Con esta información se establecerá una línea de base en el diagnóstico de salud para cada municipio, departamento o distrito.

Una vez establecida la línea de base, los gestores del Plan Nacional de Salud Pública dispondrán de un punto de partida para incorporar los ajustes a los planes de salud territoriales en forma pertinente y focalizada teniendo en cuenta los lineamientos establecidos en el Decreto 3039 de 2007 y la Resolución 0425 de 2008.

---

\* El PNSP definió 10 prioridades como respuesta a las necesidades de salud, a los recursos disponibles y a los compromisos establecidos por la nación en los acuerdos internacionales.

† Documento elaborado por el Ministerio de la Protección Social para la aplicación de la Guía Metodológica ASIS con la participación de los actores sociales e institucionales.

Así mismo, con la línea de base de la situación de salud de la población y las metas propuestas se podrá realizar, de forma más real, el monitoreo a estas metas y la evaluación de resultados una vez culminado el período de ejecución del Plan (2008-2011).

Para este proceso, la Guía metodológica de ASIS contiene fichas técnicas u hojas de vida para cada indicador, lo que facilitará la recolección y análisis de la información (anexo B).

Documento de trabajo MPS

## 1. ANTECEDENTES

Para la elaboración de los planes de desarrollo y dentro de éstos el de salud, cada entidad territorial debe elaborar un perfil epidemiológico, que le permita identificar la situación de salud de sus pobladores y así realizar la programación, ejecución y evaluación de dichos planes. Históricamente, para cumplir este propósito, la información se tomaba de las diferentes fuentes de información, según se consideraba deberían conformar este diagnóstico, sin seguir unos lineamientos que permitieran hacer un análisis integral de la situación de salud de la población.

La Organización Panamericana de la Salud en 1999 creó el Programa Especial de Análisis de Salud, cuyo objetivo fue el fortalecimiento de la capacidad de los países para generar, analizar, difundir y utilizar información que permitiera evaluar la situación de salud y sus tendencias, orientada a la identificación de inequidades en materia de salud y al uso de la epidemiología en la definición de políticas y programas de salud, a vigilar los cambios en la situación de salud y condiciones de vida y evaluar la efectividad de las intervenciones sanitarias<sup>1</sup>.

Atendiendo el llamado de la OPS, Colombia inició en esta década el trabajo conjunto con los países fronterizos para avanzar en el Análisis de Situación de Salud y priorizar los problemas de salud pública en las áreas de frontera. En el marco de las reuniones binacionales celebradas durante el año 2006 se acordaron los indicadores a evaluar en el ASIS y en abril de 2008 fue aprobada en la Reunión de Ministros (REMSAA) la Guía Andina para el Análisis de Situación de Salud.

En Colombia, el Análisis de Situación de Salud (ASIS) se incorporó en el año 2000 y publicó el primer plegable de indicadores básicos en salud, tradición que se ha mantenido anualmente. Así mismo, desde la década de los 90 se vienen realizando encuestas nacionales de salud tales como la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS), Encuesta Nacional de la Situación Nutricional (ENSIN), Estudio Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas (ENFREC), Estudio Nacional de Salud Bucal (ENSAB), Estudio Nacional de Salud Mental, Encuestas Anuales de Calidad de Vida, Encuesta Nacional de Salud (ENS 2007) y Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia 2008, que junto con el censo de población realizado por el DANE son fuentes de información para realizar los Análisis de la información en Salud.

El Plan Nacional de Salud Pública (capítulo IV) contempla la elaboración del análisis de Situación de Salud como una aproximación sucesiva a la realidad por medio de la caracterización epidemiológica de los problemas prioritarios de salud de cada subgrupo

poblacional y los factores asociados a la ocurrencia de dichos problemas, y el reconocimiento de las desigualdades en términos de sexo, edad, raza, factores genéticos, distribución geográfica, acceso y uso de servicios de salud y factores de inclusión o exclusión social, para dar cuenta de las inequidades<sup>2</sup>.

Documento de trabajo MPS

## 2. JUSTIFICACIÓN

Uno de los imperativos en salud es la reducción de las inequidades que presentan diferentes grupos de población o áreas geográficas en un país o región con respecto al resto.

La identificación de estos grupos de población que presenten mayores necesidades insatisfechas de salud es una de las funciones esenciales de la salud pública, cuyo cumplimiento sistemático permitirá monitorear la situación de salud y orientar la formulación de políticas y programas tendientes a eliminar o disminuir tales desigualdades en salud.

Las necesidades insatisfechas en salud no sólo se expresan a través de indicadores de morbilidad y mortalidad; por su relación como determinantes de salud, los indicadores socioeconómicos y los de recursos, acceso y cobertura de los servicios de salud son también una fuente importante para la evaluación de dichas necesidades.

En este sentido, la necesidad se expresa como un daño o riesgo a la salud o bien como una carencia. En contraste, bajo la óptica de salud como calidad de vida, donde el enfoque es más hacia los determinantes que hacia las consecuencias de la enfermedad, una situación saludable será aquélla en donde existan mejores condiciones de vida, disponibilidad de recursos y mayor bienestar.<sup>3</sup>

Con el objetivo de mejorar las condiciones de salud, bienestar y calidad de vida de la población residente en el territorio colombiano, el Plan Nacional de Salud Pública se integró en el mandato constitucional sobre el derecho a la salud (art. 33 -Ley 1122 de 2007).

El Plan Nacional de Salud Pública ha considerado la necesidad de establecer una línea de base de la situación de salud de la población colombiana, con el fin de medir los resultados y el impacto logrado a través de estos primeros cuatro años de su puesta en marcha. Para ello planteó como punto de partida la elaboración de un Análisis de Situación de Salud (capítulo IV) teniendo en cuenta los diferentes enfoques y las prioridades nacionales en salud, con el fin de que las entidades territoriales ofrezcan una intervención integral, pertinente y focalizada a las personas y a las comunidades.

Las entidades territoriales hicieron un importante trabajo en la elaboración del diagnóstico de salud de sus comunidades y que fue incorporado en los planes de salud territorial entregados al Ministerio de la Protección Social. Algunos de estos diagnósticos contienen información insuficiente o inexistente en los diferentes contextos y prioridades,

situación que les impide identificar posibles problemas que estén afectando la salud de la población.

Este documento pretende ofrecer una guía metodológica sencilla dirigida a las direcciones municipales y departamentales/distritales de salud, para la recolección, organización y análisis descriptivo de los indicadores contenidos en cada una de las prioridades nacionales en salud, los contextos en los que vive la población, la morbilidad y la mortalidad, de tal forma que permita un adecuado seguimiento y evaluación de resultados e impacto logrados en la situación de salud de la población una vez ejecutados los planes de salud territorial.

Documento de trabajo MPP

### 3. PROPÓSITOS

Los Análisis de Situación de Salud tienen diversos propósitos (OPS, 1999), y su importancia radica en contribuir con la información que el componente técnico requiere para los procesos de conducción, gerencia y toma de decisiones en salud. En particular, los propósitos son apoyar:

- La identificación de las necesidades y los problemas en salud y la priorización de los mismos.
- La asignación de responsabilidades intersectoriales por parte de la autoridad territorial con respecto a las necesidades y problemas priorizados que se deben resolver.
- La formulación de acciones de obligatorio cumplimiento en los ejes programáticos del plan de salud territorial.
- El seguimiento y monitoreo a los cambios en la situación de salud de la población y la incorporación de ajustes a los planes territoriales cuando sea necesario.
- La evaluación del impacto logrado en la situación de salud de la población.
- La construcción de escenarios prospectivos de salud.

## 4. OBJETIVOS

### 4.1 GENERAL

Caracterizar la situación de salud de la población colombiana en los contextos territorial, demográfico, socioeconómico, de recursos, servicios y cobertura en salud y según las prioridades nacionales de salud a través de indicadores básicos disponibles en los ámbitos municipal, departamental y distrital, con el fin de identificar los problemas, priorizarlos e intervenirlos en forma focalizada y evaluar los resultados y el impacto logrado en la reducción de la morbilidad y la mortalidad de la población, utilizando la metodología de Análisis de Situación de Salud (ASIS).

### 4.2 ESPECÍFICOS

- Caracterizar la situación de salud de la población colombiana a través de los contextos territorial, demográfico, socioeconómico, de recursos, servicios y cobertura en salud.
- Identificar los problemas que están afectando a la población colombiana en los diferentes contextos.
- Priorizar los problemas usando el enfoque poblacional con la participación de los diferentes actores sociales e institucionales.
- Establecer la línea de base de las diez prioridades nacionales en salud, la morbilidad y la mortalidad.
- Evaluar el impacto de las intervenciones realizadas a través de los indicadores propuestos en cada uno de los contextos, prioridades nacionales en salud, morbilidad y mortalidad.

## 5. METODOLOGÍA

Para medir el impacto logrado por el Plan Nacional de Salud Pública sobre la salud y la calidad de vida de la población al finalizar el cuatrienio 2008-2011 de las autoridades municipales y departamentales, se debe establecer una línea de base, realizar un monitoreo periódico y evaluar los resultados alcanzados con base en las metas de producto y de resultado propuestas.

Para realizar esta medición se debe analizar la situación de salud de la población en cada entidad territorial teniendo en cuenta las características de los entornos territoriales, demográficos, socioeconómicos, las prioridades nacionales en salud definidas en el PNSP, la oferta de recursos, servicios y coberturas de salud, la morbilidad y la mortalidad; cada uno de ellos con un grupo de indicadores que lo integran, los cuales se desagregarán más adelante y a los que se les hará un análisis descriptivo y posterior priorización.

Esta Guía está acompañada de una estrategia pedagógica para su implementación, la que permite la concurrencia de los actores sociales e institucionales. Para ello, utiliza la metodología de Planificación Local Participativa.

Para reducir la carga de la enfermedad en la población y crear condiciones para modificarla en el futuro, el PNSP ha propuesto tres enfoques: poblacional, de determinantes y de gestión social del riesgo que deberán tenerse en cuenta en la recolección y análisis de la información.

**El Enfoque poblacional** permite identificar, comprender y responder las relaciones entre la dinámica demográfica y los aspectos ambientales, sociales y económicos que son responsabilidad y competencia de los municipios dentro de su territorio. Los cambios en el tamaño, crecimiento, estructura, ubicación o movilidad de la población municipal, influyen sobre las condiciones socioeconómicas y ambientales en el territorio, de igual manera que éstos afectan la dinámica demográfica<sup>4</sup>.

El enfoque poblacional en una perspectiva de derechos es importante para los procesos de planeación municipal porque apunta directamente al objetivo de ésta, que es el mejoramiento de la calidad de vida de la población; permite anticipar necesidades y derechos con base en un análisis de las tendencias y la dinámica demográfica y ayuda a los municipios a definir políticas, programas y acciones que se requieren para responder a estas necesidades y garantizar los derechos que surgen de la dinámica poblacional presente y futura; incluye de manera efectiva la participación ciudadana; facilita la evaluación y en consecuencia la implementación de acciones de mejoramiento teniendo en cuenta una línea de base la cual será posible monitorear periódicamente; y aborda los

procesos de planeación de manera integral pues permite apreciar las interrelaciones entre la población y el desarrollo, dando claridad para la formulación de políticas, programas y acciones públicas efectivas<sup>5</sup>.

**Enfoque de determinantes sociales de la salud.** Existe una creciente necesidad desde la década de los 70 en establecer la relación existente entre los determinantes sociales y la salud de la población.

Cuando se habla de nivel de salud de una población, en realidad se está refiriendo a distintos factores (Jeannette Vega), sin embargo, la mitad de los factores que influyen sobre cuán saludable es una población tienen que ver con factores sociales. Los factores biológicos son solamente el 15%, los factores ambientales un 10% y los asociados a atención de salud en todas sus gamas no más que el 25%<sup>6</sup>.

La idea central es que la medicina y los servicios de salud constituyen sólo uno de los factores que tiene influencia sobre la salud de la población. En realidad, los factores principales se hallan en el amplio espectro de condiciones sociales y económicas en que vive la gente<sup>7</sup>.

Por tanto, reconocer que existe un problema y conseguir que se evalúe la magnitud de la inequidad sanitaria a nivel nacional y mundial es un punto de partida esencial para la acción<sup>8</sup>. En este documento se han considerado los determinantes sociales de la salud en los diferentes contextos propuestos. Los Análisis de Situación de Salud deben identificar los problemas de salud, la forma como se distribuyen en la población y los factores asociados a estos problemas. A partir de éstos se debe establecer un proceso de priorización y con ello, definir junto con los demás sectores los planes y programas que permitan la resolución a estas situaciones problemáticas.

**Enfoque de gestión social del riesgo.** El enfoque de gestión social del riesgo se plantea como un proceso dinámico, creativo en el cual se construyen soluciones a partir de un abordaje causal de los riesgos de salud en poblaciones específicas, buscando la identificación y modificación de éstos, para evitar desenlaces adversos, teniendo en cuenta que muchos de los eventos de salud no ocurren al azar sino que son predecibles y modificables con el concurso de los actores de salud, otros sectores comprometidos y la comunidad<sup>9</sup>.

El enfoque de gestión del riesgo es una herramienta fundamental para identificar amenazas, analizar factores de vulnerabilidad, cuantificar el riesgo y diseñar alternativas o proyectos que permitan reducir el riesgo y garantizar la sostenibilidad de los procesos de desarrollo y la seguridad de la inversión pública<sup>10</sup>.

Para identificar la atención que requiere la población se toman en cuenta cinco grupos de edad<sup>‡</sup> y nueve tipos de riesgo<sup>§</sup> cuyos resultados muestran a la salud como un sector de alta prioridad<sup>11</sup>.

La gestión social del riesgo implica la participación de los diferentes actores sociales e institucionales de una población y propone la utilización de la Planificación Local Participativa que comprende una serie de procesos descritos en el documento de “Estrategia pedagógica para la implementación de la Guía Metodológica del ASIS”<sup>12</sup>.

## 5.1 FUENTES DE INFORMACIÓN

Las fuentes de información de cada uno de los indicadores que integran los contextos propuestos, las prioridades nacionales en salud, la morbilidad y la mortalidad para el ASIS están consignadas en las fichas técnicas u hojas de vida de los indicadores propuestos y en la tabla 1 que contiene el listado de los mismos. Se utilizarán dos fuentes de información: primarias y secundarias. Primero se utilizarán las fuentes secundarias para recoger la información cuantitativa de los indicadores y posteriormente se hará uso de las fuentes primarias en la identificación y priorización de los problemas a través de la participación de los actores sociales e institucionales.

**5.1.1 Fuente secundaria.** Para realizar la descripción del Análisis de Situación de Salud se cuenta con múltiples fuentes de información secundaria. Para recoger la información se debe tener en cuenta que sea la más reciente, que esté disponible a nivel municipal y departamental y que proceda de una fuente oficial.

Entre las fuentes disponibles se cuenta con el censo de población, las estadísticas vitales y otras estadísticas del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), el Registro Individual de Información en Salud (RIPS), el Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional (SISVAN), Encuestas Anuales de Calidad de Vida, Estudio Nacional de Salud Mental, Encuesta Nacional sobre consumo de sustancias psicoactivas, Encuesta Nacional de Salud Bucal, Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS), Encuesta Nacional de Situación Nutricional (ENSIN), Encuesta Nacional de Salud.

Así mismo, se cuenta con archivos o bases de datos bajo la coordinación de las oficinas de control de emergencias y desastres, infraestructura física de las alcaldías y gobernaciones, Departamento de Planeación Nacional, Instituto Colombiano de Medicina Legal, Acción Social, Ministerio del Medio Ambiente, Agua y Vivienda, Ministerio de la Protección Social,

---

<sup>‡</sup> De 0 a 5 años, 6 a 11, 12 a 17, 18 a 65 y 65 y más

<sup>§</sup> Los riesgos se definen con base en indicadores cuantitativos de cobertura en educación y salud, niveles de nutrición, frecuencias de enfermedades, desempleo, empleo infantil y juvenil y bajos ingresos.

Instituto Nacional de Salud, (SIVIGILA, SIVICAP), Superintendencia de Servicios Públicos, Secretarías municipales y departamentales de Salud y otros sectores, Sistema Único de Información de los Servicios Públicos (SIU) y otras fuentes de información disponibles en los departamentos, distritos y municipios.

**5.1.2 Fuente primaria.** Para realizar la cuarta fase o de priorización se utilizarán técnicas de recolección de información tales como entrevistas, encuestas y grupo focales con la participación de los diferentes actores sociales e institucionales, a través de la estrategia de Planificación Local Participativa, descrita en el documento “Estrategia Pedagógica para la implementación de la Guía Metodológica del Análisis de Situación de Salud” que acompaña este documento.

## **5.2 DESCRIPCIÓN DE LOS INDICADORES DE SALUD**

Para realizar la caracterización o descripción de la situación de salud de la población en cada entidad territorial, se utilizarán indicadores demográficos, socioeconómicos y de salud. Estos indicadores se encuentran establecidos, definidos y estandarizados en el ámbito internacional y nacional.

Con el fin de unificar la información sobre el cálculo y tipo de los indicadores entre quienes recolectan y analizan los datos, se diseñó un taller sobre el tema que permitirá recordar algunos conceptos básicos (ver anexo A).

Esta caracterización se realizará en cada entidad territorial haciendo una descripción de la población desde las diez prioridades nacionales en salud contempladas en el PNSP, los contextos que determinan socialmente la salud de estas poblaciones, tales como el territorial, demográfico, socioeconómico y la oferta y prestación de servicios de salud y el análisis de la morbilidad y la mortalidad.

Los indicadores ya calculados se encuentran en las encuestas que se mencionan en las fuentes de información secundaria.

A continuación se hace una descripción de cada uno de estos contextos y prioridades, y en la tabla 1 se presentan los indicadores que los integran, el nivel de disponibilidad de la información o del indicador ya calculado (municipal o departamental) y la fuente de información sobre el mismo.

### **5.2.1 Caracterización territorial**

El estudio del entorno territorial consiste, básicamente, en la localización del municipio y el departamento o distrito mediante su representación cartográfica, el análisis de las

estructuras físicas fundamentales que son los que definen morfológicamente un área y los aspectos de accesibilidad geográfica.

### **5.2.2 Caracterización demográfica**

Al describir y analizar el contexto demográfico se debe tener como referencia la estructura social global de los actores poblacionales. Variaciones y diferencias en el comportamiento pueden ser explicadas en función de las instituciones sociales, el orden socioeconómico, la cultura y el medio ambiente.

El comportamiento demográfico está condicionado por factores de la estructura social global, por ejemplo, la religión, economía, el status socioeconómico: ocupación, educación, ingreso, los valores y normas sociales, y características del medio ambiente físico y biológico. Los cambios en la población tienen a su vez consecuencias en la estructura, roles y funciones del individuo, familia y comunidad. Esta interrelación entre hechos sociales y demográficos es lo que determina el tamaño, composición y distribución de la población y sus niveles de fecundidad, mortalidad y migración que son los responsables del crecimiento poblacional<sup>13</sup>. De ahí que sea una necesidad básica el tener un conocimiento extenso y concreto de la población (Ander-Egg).

### **5.2.3 Caracterización socioeconómica**

Las condiciones socioeconómicas son uno de los determinantes más importantes de las condiciones de vida y del estado de salud de la población. Considerable evidencia empírica ha establecido la relación directa entre desigualdad socioeconómica y mortalidad y ha enriquecido la discusión sobre el tema de la equidad en salud (Boletín OPS, Vol. 20:4).

Aquí se presentan indicadores que se pueden considerar trazadores para identificar la exposición diferencial de las personas a factores que perjudican la salud, o la vulnerabilidad diferencial de las personas desfavorecidas ante condiciones perjudiciales para la salud y las consecuencias diferenciales de la mala salud (Comisión sobre determinantes sociales de la salud, OMS, 2005).

### **5.2.4 Salud infantil**

El principio de universalidad se ha definido como la garantía del derecho a la salud con calidad para todas las personas, sin ninguna discriminación, en todas las etapas de la vida. Para lograr la universalidad es necesario tener en cuenta que entre los niños, niñas y adolescentes hay diferencias que requieren que los servicios puedan adaptarse a sus

condiciones particulares. El documento Marco de Políticas Públicas de la infancia<sup>14</sup> menciona cuatro diferencias de vital importancia que deben ser tenidas en cuenta por los servicios que garantizan sus derechos. Éstas son por etapa de desarrollo o ciclo de vida, diferencias de género, lugar de residencia y por etnia y cultura porque a pesar de los avances logrados en la reducción de la mortalidad infantil promedio, persisten grandes discrepancias no solo entre las diversas regiones del país, sino en los diferentes grupos poblacionales.

### **5.2.5 Salud sexual y reproductiva**

La Salud Sexual y Reproductiva (SSR) y las condiciones para el ejercicio de los derechos humanos relativos a ella reflejan de manera elocuente el nivel de desarrollo y las inequidades que afectan un país<sup>15</sup>, por tanto, los indicadores de SSR están especialmente relacionados con los determinantes sociales biológicos, de estilo de vida, condiciones de vida y de acceso a los servicios de salud.

### **5.2.6 Salud oral**

En el seguimiento que se hace a los problemas de salud que afectan a la población, el componente oral debe ocupar un lugar importante, de tal manera que la información generada tenga atributos de calidad, oportunidad, suficiencia y que apoye la toma de decisiones. No obstante, es limitada la información si se reduce únicamente a los eventos que han ocupado el mayor interés, como es el caso de la morbilidad bucal, descuidando aspectos como las condiciones de vida que generan riesgos específicos para la salud, las características del servicio y el recurso humano que presta dichos servicios<sup>16</sup>.

La Salud oral de la población colombiana, ha presentado una evidente mejoría en el transcurso de los últimos 30 años, según las tendencias observadas en los tres estudios nacionales realizados en 1966, 1977 a 1980 y en 1998, pero aún sigue siendo un riesgo importante para la calidad de vida de las personas, razón por la cual el Ministerio de la Protección Social a adoptado el Plan Nacional de Salud Bucal<sup>17</sup>.

Para monitorear y analizar es necesario saber qué está pasando, a quiénes afecta, en términos de magnitud e impacto. Por lo tanto un paso importante, es articular el trabajo individual en las unidades de atención odontológica, públicas y privadas, para comprender la verdadera problemática de salud oral de los colombianos; dicho monitoreo debe considerar instrumentos e indicadores que reflejen las realidades del país y que permitan acompañar y evaluar las acciones propuestas e implementadas<sup>18</sup>.

En la actualidad no se cuenta con un subsistema de información para salud oral, lo que dificulta la toma de decisiones en el tema, en esta guía se proponen algunos indicadores básicos iniciales para el análisis de la salud oral.

### **5.2.7 Salud mental**

La salud mental es un fenómeno complejo determinado por la interacción de variables individuales, sociales y ambientales, que exigen modelos integrales de atención en salud orientados a la protección de la salud mental, la promoción de la salud, la prevención de factores de riesgo y la atención adecuada de los trastornos mentales<sup>19</sup>. La guía para la planeación del componente de salud mental en los planes territoriales contiene una orientación completa relacionada con la elaboración del diagnóstico que incluye las características de la demanda, de la oferta y el análisis de la relación oferta-demanda<sup>20</sup>, En esta guía se proponen algunos indicadores para la implementación de la política de salud mental.

### **5.2.8 Enfermedades transmisibles y las zoonosis**

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

Así mismo, por la alta letalidad y pérdida de años de vida saludable que ocasionan algunas de las enfermedades reemergentes es que se han considerado como prioridades nacionales de salud pública incluidas en este plan.

### **5.2.9 Enfermedades crónicas no transmisibles y discapacidades**

La carga de enfermedades crónicas tiene serios efectos adversos en la calidad de vida de las personas afectadas, es causa de muertes prematuras y tiene efectos económicos importantes y subestimados en las familias, las comunidades y la sociedad en general. Las enfermedades crónicas tienen por causa factores de riesgos comunes y modificables. Dichos factores de riesgo explican la gran mayoría de las muertes por ese tipo de enfermedades a todas las edades, en hombres y mujeres y en todo el mundo. Entre ellos se destacan una alimentación poco sana, la inactividad física y el consumo de tabaco<sup>21</sup>. En este documento se han considerado algunos indicadores relacionados con la actividad física, enfermedad renal crónica, diabetes mellitus, hipertensión arterial y discapacidad.

### **5.2.10 Salud nutricional**

En la actualidad se reconoce la importancia que tiene la educación en la adquisición de estilos de vida saludables y en las intervenciones dirigidas a crear y fomentar valores y hábitos alimentarios desde edades tempranas<sup>22</sup>. En este contexto es de vital importancia describir la situación nutricional de la población general y grupos vulnerables, así mismo, asociarlos con los determinantes socioeconómicos, de tal forma que permita priorizar los principales problemas relacionados con la seguridad alimentaria y nutricional de la población y los factores de riesgo determinantes<sup>23</sup>. La seguridad alimentaria y nutricional (SAN) determina en gran medida la calidad de vida de la población de un país e involucra aspectos fundamentales de la macroeconomía, la política, la salud, educación, la cultura, medio ambiente, alimentación y nutrición entre otros, que deben ser intervenidos desde perspectivas intersectoriales e interdisciplinarias en distintos ámbitos: individual, familiar, local, nacional e internacional.

### **5.2.11 Seguridad sanitaria y del ambiente**

El ambiente son las circunstancias en las que vive el hombre y a las que debe adaptarse del mejor modo posible para estar sano. Los riesgos ambientales provocan problemas de salud de alto impacto y ameritan un trabajo intersectorial y coordinado. Aquí se contemplan indicadores para evaluar coordinadamente en forma intersectorial e interinstitucional

### **5.2.12 Seguridad en el trabajo y las enfermedades de origen laboral**

El ámbito laboral se define como un territorio social donde transcurre la vida cotidiana de las personas en la realización de actividades económicas con fines productivos tanto en la economía informal como formal. En él se expresan relaciones con características particulares, que lo determinan y que son comunes a todos los actores que lo habitan<sup>24</sup>. Dadas las condiciones laborales y los tipos de actividades se generan una serie de eventos que afectan la salud y la vida de los trabajadores que necesitan ser monitoreadas para implantar programas y proyectos que promuevan la calidad de vida y prevengan este tipo de daños.

### **5.2.13 Gestión para el desarrollo operativo y funcional del Plan Nacional de Salud Pública**

La gestión integral para el desarrollo operativo y funcional del PNSP, busca fortalecer las competencias para liderar, planear, ejecutar y evaluar las políticas y sus estrategias. Se

proponen unos indicadores mínimos para evaluar los mecanismos de coordinación y articulación de los actores sociales, institucionales y comunitarios, el fortalecimiento de la regulación y fiscalización de las acciones de salud, el aseguramiento universal y la financiación del plan obligatorio de salud y el fortalecimiento de la gestión integral en salud para la implementación y desarrollo del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud – SOGCS.

#### **5.2.14 Recursos, servicios y cobertura en salud**

El efecto sobre la salud y la calidad de vida, en los servicios de salud depende de su grado de desarrollo, de las posibilidades de acceso geográfico, cultural y económico de todos los ciudadanos a los servicios requeridos, de manera oportuna, de su calidad y de la posibilidad de responder a las necesidades de los usuarios<sup>25</sup>. Para su análisis se proponen indicadores que permitirán caracterizar la oferta de servicios en los siguientes temas.

- Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)
- Indicadores hospitalarios
- Poblaciones indígenas
- Recurso humano en salud
- Asignación presupuestal en salud y fuentes de financiación

En la financiación del Plan Nacional de Salud Pública concurren recursos de múltiples orígenes, tanto de carácter fiscal y parafiscal como recursos de crédito, en todos los niveles de administración del Estado. Aquí se deben desagregar los recursos teniendo en cuenta estas fuentes de financiación como lo plantea el PNSP.

#### **5.2.15 Mortalidad**

Los datos de mortalidad son la base para una amplia gama de indicadores de diversa complejidad. No solo representan las herramientas para evaluar el riesgo de muerte en una población y la repercusión de las enfermedades en la salud, sino también la gravedad de las enfermedades y la sobrevivencia experimentada por la población. Como tales, son insumos esenciales en el análisis de la situación de salud, la vigilancia en salud pública, la programación y la evaluación de programas y políticas de salud (OPS, Vol. 23 No. 4; 2002). Básicamente se hará un análisis de la mortalidad general, utilizando la Décima Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10) con la lista a tres dígitos, por grupos de edad, sexo y por grupos de causas de acuerdo a la clasificación 6/67 propuesta por OPS (enfermedades transmisibles, tumores, enfermedades del aparato circulatorio, ciertas afecciones originadas en el período perinatal, embarazo, parto y puerperio, causas externas y las demás enfermedades).

### 5.2.16 Morbilidad

Para la mayoría de los determinantes sociales de la salud clave, si no para todos, no se dispone de datos precisos sobre la carga de morbilidad y mortalidad que se pueden atribuir de manera directa a estos factores (Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS). Esto significa que todavía no resulta factible realizar una jerarquización cuantitativa sencilla de los determinantes sociales de la salud de acuerdo con la carga de morbilidad asociada. Aquí se hará un análisis básico de la morbilidad general, (utilizando la CIE 10 con la lista a tres dígitos), con el fin de identificar las principales causas, así mismo por grupos de edad, sexo y grupos de causas de acuerdo a la clasificación 6/67 propuesta por OPS.

A continuación se presenta un tablero con el listado de indicadores organizados por contexto o prioridad, así mismo, la información relacionada con el nivel de disponibilidad del indicador, bien sea departamental o municipal; la fuente de información del mismo, y la disponibilidad de una ficha técnica u hoja de vida donde se explicitan detalles relacionados con cada indicador. También se han contemplado tres columnas donde se puede recopilar información relacionada con la línea de base de cada indicador, la meta propuesta y el resultado obtenido para el cuatrienio (Tabla 1).

Para que los participantes a los talleres de capacitación se familiaricen con los indicadores aquí propuestos, sus fuentes de información y las fichas técnicas elaboradas para cada indicador, se realiza durante la capacitación el taller 1. Allí se entrega el tablero de indicadores, las siglas utilizadas para las fuentes de información, y en medio magnético, las fichas técnicas dando una explicación sobre cada uno de estos documentos.

Tabla 1. Tablero de Indicadores organizados por contexto, prioridad nacional en salud, morbilidad y mortalidad para el Análisis de la Situación de Salud en el ámbito municipal y departamental/distrital

Contexto / prioridad	Indicador	Nivel de Disponibilidad		Fuente de información	Ficha técnica	Línea de base	Meta	Resultado primer cuatrienio
		Departamental	Municipal					
Caracterización territorial	<b>Localización física del distrito, departamento o municipio</b>							
	División político administrativa	X	X	SPM, SPD, IGAC	Sí			
	Límites geográficos	X	X	SPM, SPD, IGAC	Sí			
	Extensión territorial	X	X	SPM, SPD, IGAC	Sí			
	<b>Estructuras físicas fundamentales</b>							
	Altitud	X	X	SPM, SPD	Sí			
	Hidrografía	X	X	SPM, SPD, IDEAM	Sí			
	Temperatura	X	X	SPM, SPD, IDEAM	Sí			
	Zonas de riesgo	X	X	OED, CRUE, CLOPAD, CREPAD, SPM, SPD, IDEAM	Sí			
	<b>Accesibilidad geográfica</b>							
	Tipo de transporte entre los centros poblados de desarrollo y comunidad dispersa más alejada	X	X	STM, STD, SM, ETM	Sí			
	Tiempo de llegada al municipio o a la capital del departamento (desde la comunidad más alejada)	X	X	STM, STD, SM, ETM	Sí			
	Distancia en Kms. al municipio o a la capital del departamento (desde la comunidad más alejada)	X	X	STM, STD, SM, ETM	Sí			
	Tiempo de llegada de la institución de salud remitente al nivel superior de complejidad	X	X	SSM, SSD, Administración ambulancia	Sí			
	Distancia en Kms. al centro de referencia de mayor complejidad	X	X	SSM, SSD, Administración ambulancia	Sí			
	Vías de comunicación (carreteras pavimentadas, en tierra, ríos)	X	X	SOPM, SOPD, SIM, SID	Sí			
Formas o vías de acceso (aéreo, terrestre, fluvial)	X	X	SOPM, SOPD, SIM, SID	Sí				

Contexto/ prioridad	Indicador	Nivel de Disponibilidad		Fuente de información	Ficha técnica	Línea de base	Meta	Resultado primer cuatrienio
		Departamental	Municipal					
Caracterización demográfica	Población total	X	X	DANE	Sí			
	Población según sexo	X	X	DANE	Sí			
	Población según grupos de edad	X	X	DANE	Sí			
	Población según zona	X	X	DANE	Sí			
	Población por pertenencia étnica	X	X	DANE	Sí			
	Tasa de crecimiento anual de la población	X		DANE	Sí			
	Tasa general de fecundidad	X		DANE	Sí			
	Tasa bruta de natalidad	X		DANE	Sí			
	Tasa bruta de mortalidad	X		DANE	Sí			
	Esperanza de vida al nacer	X		DANE	No			
Caracterización socioeconómica	Proporción de población en necesidades básicas insatisfechas	X	X	DANE, DNP	No			
	Proporción de población bajo la línea de pobreza	X	X	DANE, DNP	No			
	Proporción de población bajo la línea de indigencia	X		DANE, DNP	No			
	Proporción de población en miseria	X		DANE, DNP	No			
	Distribución porcentual de la población por estrato socioeconómico		X	DANE, Empresa Servicios Públicos	No			
	Distribución porcentual de la población por clasificación de SISBEN	X	X	Alcaldía, SPM, DNP- Dirección grupo calidad de vida	No			
	Población urbana económicamente activa	x	X	DANE censo poblacional	No			
	Población rural económicamente activa	x	X	DANE censo poblacional	No			
	Tasa de empleo	X	X	DANE	No			
	Población desplazada (según grupo de edad, sexo, área, municipio receptor, municipio expulsor, número de hogares, número de personas)	X	X	Acción Social (Estadísticas población desplazada), Alcaldía	No			
	Cobertura de servicio de electricidad	X	X	DANE, ESP	No			

Contexto/ prioridad	Indicador	Nivel de Disponibilidad		Fuente de información	Ficha técnica	Línea de base	Meta	Resultado primer cuatrienio
		Departamental	Municipal					
Caracterización socioeconómica	Cobertura de servicios de telefonía	X	X	DANE, EPS	No			
	Proporción de hogares con jefatura femenina	X		DANE, Censo	No			
	Proporción de población en condición de hacinamiento	X	X	DANE	No			
	Tasa de analfabetismo en personas entre 15 y 24 años	X		DNP, DANE	No			
	Años promedio de educación en la población de 15 años y más	X	X	DNP-DANE	No			
	Deserción escolar	X	X	SEM, SED	No			
	Tasa bruta de cobertura por nivel en educación básica (de 0 hasta 9º grado)	X		DNP, Encuesta de Calidad de Vida, DANE, Encuesta Nacional de Hogares, SEM	No			
	Tasa bruta de cobertura por nivel en educación media (de 10º y 11º grado)	X		DNP, Encuesta de Calidad de Vida, DANE, Encuesta Nacional de Hogares, SEM	No			

Contexto/ prioridad	Indicador	Nivel de Disponibilidad		Fuente de información	Ficha técnica	Línea de base	Meta	Resultado primer cuatrienio
		Departamental	Municipal					
Salud infantil	<b>Indicadores de mortalidad</b>							
	Mortalidad infantil	X	X	DANE, RUAF, E.V.	Sí			
	Tasa de mortalidad neonatal	X	X	DANE, RUAF, E.V.	Sí			
	Tasa de mortalidad perinatal	X	X	DANE, RUAF, E.V.	Sí			
	Tasa de mortalidad en niños de 1 a 4 años	X	X	DANE, RUAF, E.V.	Sí			
	Tasa de mortalidad en menores de 5 años	X	X	DANE, RUAF, E.V.	Sí			
	Tasa de mortalidad en menores de 5 años por EDA	X	X	DANE, RUAF, E.V.	Sí			
	Tasa de mortalidad en menores de 5 años por IRA	X	X	DANE, RUAF, E.V.	Sí			
	Tasa de mortalidad por lesiones, accidentes y violencia en niños	X		DANE, ICBF, Comisaría de familia, DANE, RUAF, E.V., INML	Sí			
	<b>Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)</b>							
	Tercera dosis de antipolio en menores de un año	X	X	PAI	Sí			
	Tercera dosis de pentavalente en menores de un año	X	X	PAI	Sí			
	Cobertura de triple viral en población de un año de edad	X	X	PAI	Sí			
	Cobertura de BCG en recién nacidos	X	X	PAI	Sí			
	Cobertura con anti-malaria en población de un año de edad	X	X	PAI	Sí			

Contexto/ prioridad	Indicador	Nivel de Disponibilidad		Fuente de información	Ficha técnica	Línea de base	Meta	Resultado primer cuatrienio
		Departamental	Municipal					
Salud infantil	<b>Indicadores de morbilidad</b>							
	Número anual de casos registrados de sífilis congénita	X	X	RIPS, SIVIGILA	Sí			
	Número de niños menores de 2 años con VIH	X		RIPS, SIVIGILA, RNL, Observatorio VIH	Sí			
	Cobertura de determinación de TSH en el recién nacido	X		Informe Res. 412 de 2000	Sí			
Salud sexual y reproductiva	Razón de mortalidad materna	X		DANE, RUAF, E.V., SIVIGILA	Sí			
	Número de muertes maternas		X	DANE, E.V., SIVIGILA	Sí			
	Proporción de embarazos en adolescencia (adolescencia temprana + tardía) de 10 a 19 años inclusive	X	X	RUAF, E.V.				
	Proporción de embarazos en adolescencia temprana 10 a 14 años	X	X	RUAF, E.V.				
	Proporción de embarazos en adolescencia tardía 15 a 19 años inclusive	X	X	RUAF, E.V.	Sí			
	Tasa de fecundidad en adolescentes	X		ENDS	No			
	Tasa global de fecundidad en mujeres de 15 a 49 años	X		ENDS	No			
	Tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino	X	X	DANE	Sí			
	Número de personas vivas con VIH	X	X	Observatorio VIH, RNL, SIVIGILA	Sí			
	Número de personas vivas con diagnóstico de SIDA	X	X	Observatorio VIH, RNL, SIVIGILA	Sí			
Prevalencia de infección con VIH en población de 15 a 49 años	X	X	Observatorio VIH					

	Indicador	Nivel de	Fuente de	Ficha	Línea de	Meta	Resultado
--	-----------	----------	-----------	-------	----------	------	-----------

		Disponibilidad		información	técnica	base		primer cuatrienio
		Departamental	Municipal					
	Número de personas vivas con SIDA en tratamiento ARV	X	X	Observatorio VIH	Sí			
	Número de gestantes con VIH-SIDA	X	X	Observatorio VIH	Sí			
	Número de personas con coinfección con TB – VIH	X	X	Observatorio VIH, RNL	Sí			
Salud sexual y reproductiva	Número muertes por VIH-SIDA	X	X	DANE, RUAF, E.V., SIVIGILA	Sí			
	Porcentaje de atención prenatal por médico o enfermera	X		ENDS	No			
	Porcentaje de atención de parto por médico o enfermera	X		ENDS	No			
	Cobertura de parto institucional	X		ENDS	No			
	Porcentaje de mujeres con cuatro o más controles prenatales	X		ENDS	No			
	Porcentaje de mujeres en unión que usan métodos anticonceptivos modernos	X		ENDS	No			
	Porcentaje de mujeres no unidas sexualmente activas que usan métodos anticonceptivos modernos	X		ENDS	No			
	Porcentaje de mujeres en edad fértil que usan métodos anticonceptivos modernos	X		ENDS	No			
Salud oral	Tasa de mortalidad por cáncer de seno	X	X	DANE, RUAF, E.V.	Sí			
	Índice de COP promedio a los 12 años de edad	X		ENSB, <a href="http://www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/newsdetail.asp?id=18141&amp;idcompany=3">http://www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/newsdetail.asp?id=18141&amp;idcompany=3</a>	No			

	Indicador	Nivel de Disponibilidad		Fuente de información	Ficha técnica	Línea de base	Meta	Resultado primer cuatrienio
		Departamental	Municipal					
Salud oral	Porcentaje de dientes permanentes de los mayores de 18 años	X		ENSB, <a href="http://www.miproteccion-social.gov.co/VBeContent/newsdetail.asp?id=18141&amp;idcompany=3">http://www.miproteccion-social.gov.co/VBeContent/newsdetail.asp?id=18141&amp;idcompany=3</a>	No			
	Número de niños de 3 a 15 años que han recibido sellantes en el último año	X	X	RIPS, Informe de la Res. 412 de 2000	Sí			
	Número de niños de 5 a 19 que han recibido de flúor en el último año	X	X	RIPS, Informe de la Res. 412 de 2000	Sí			
	Flúor en el agua	X		LDSP	No			
	Flúor en la sal	X		INVIMA	No			
	Salud mental	Porcentaje de municipios del Dpto que han elaborado e implementado planes de salud mental	X	X	SSD, SSM	Sí		
Porcentaje de municipios del Dpto que han implementado la estrategia de atención primaria en salud en el componente de salud mental		X	X	SSD, SSM	Sí			

Contexto/ prioridad	Indicador	Nivel de Disponibilidad		Fuente de información	Ficha técnica	Línea de base	Meta	Resultado primer cuatrienio
		Departamental	Municipal					
Enfermedades transmisibles y las zoonosis	<b>Tuberculosis</b>							
	Tasa de incidencia de tuberculosis estimada	X	X	SIVIGILA, Programa TB, LDSP, RIPS	Sí			
	Tasa de mortalidad por tuberculosis	X	X	DANE, Programa TB	Sí			
	Porcentaje de detección de casos de Tuberculosis	X	X	Programa TB, SIVIGILA	Sí			
	Porcentaje de curación de casos de TB pulmonar baciloscopia positiva	X	X	Programa TBC, SIVIGILA				
	<b>Lepra</b>							
	Prevalencia de lepra	X	X	Programa control Lepra, SIVIGILA, LDSP	Sí			
	Prevalencia de lepra por municipios (que no cumplen la meta de eliminación de la lepra)	X	X	SIVIGILA, Programa control de lepra	Sí			
	Tasa de Incidencia de lepra	X	X	SIVIGILA, Programa control de lepra, LDSP	Sí			
	Proporción de casos nuevos detectados sin discapacidad (Grado 0)	X	X	SIVIGILA, Programa control de lepra	Sí			
	<b>Rabia</b>							
	Casos de rabia humana transmitida por perro	X	X	SIVIGILA, Ficha de Notificación de rabia humana, RNL,	Sí			
	Casos de rabia en perros	X	X	SIVIGILA, ficha de notificación de rabia animal, RNL	Sí			

Contexto/ prioridad	Indicador	Nivel de Disponibilidad		Fuente de información	Ficha técnica	Línea de base	Meta	Resultado primer cuatrienio	
		Departamental	Municipal						
Enfermedades transmisibles y las zoonosis	Control de focos en rabia silvestre	X	X	ICA	Sí				
	Cobertura de vacunación antirrábica canina	X	X	Informe mensual de actividades para la prevención y control de la rabia	Sí				
	Cobertura de vacunación antirrábica felina	X	X	Informe mensual de actividades para la prevención y control de la rabia	Sí				
	<b>Fiebre amarilla</b>								
	Número de muertes por fiebre amarilla	X	X	ETV, SIVIGILA, DANE. E.V. RUAF. LDSP	Sí				
	Número de casos de fiebre amarilla	X	X	ETV, LDSP, SIVIGILA, RIPS	Sí				
	<b>Malaria</b>								
	Índice parasitario anual (IPA)	X	X	ETV, SIVIGILA, RIPS, LDSP	Sí				

Contexto/ prioridad	Indicador	Nivel de Disponibilidad		Fuente de información	Ficha técnica	Línea de base	Meta	Resultado primer cuatrienio
		Departamental	Municipal					
	Índice por <i>P.falciparum</i> anual (IFA)	X	X	ETV, SIVIGILA, RIPS, LDSP	Sí			
	Índice por <i>P.vivax</i> anual (IVA)	X	X	ETV, SIVIGILA, RIPS, LDSP	Sí			
	Letalidad por malaria	X	X	ETV, SIVIGILA DANE, RUAF	Sí			
	Tasa de Complicaciones por malaria	X	X	ETV, SIVIGILA, RIPS, LDSP	Sí			
	<b>Dengue</b>							
	Tasa de incidencia de dengue	X	X	ETV, SIVIGILA,	Sí			
	Proporción de casos de dengue grave	X	X	ETV, SIVIGILA	Sí			
	Proporción de hospitalizaciones por Dengue Grave	X	X	ETV SIVIGILA, RIPS	Sí			
	Letalidad por dengue grave	X	X	ETV, SIVIGILA, DANE, EV. RUAF	Sí			
	<b>Cólera</b>							
	Número de casos reportados de cólera	X	X	RIPS, LDSP, SIVIGILA	Sí			
	Letalidad por cólera	X	X	SIVIGILA, RIPS, DANE, RUAF	Sí			
	<b>Leishmaniasis</b>							
	Tasa de incidencia anual por forma clínica de leishmaniasis (cutánea, mucosa, visceral)	X	X	ETV, LDSP, SIVIGILA, RIPS	Sí			
	Letalidad por leishmaniasis visceral	X	X	ETV, DANE, SIVIGILA, RUAF	Sí			
	<b>Chagas</b>							
	Prevalencia de chagas	X	X	ETV, SIVIGILA, RIPS, LDSP	Sí			
	Tasa de incidencia de chagas	X	X	ETV, SIVIGILA, RIPS, LDSP	Sí			
	Letalidad por chagas	X	X	ETV, DANE, RUAF, SIVIGILA	Sí			

Contexto/ prioridad	Indicador	Nivel de Disponibilidad		Fuente de información	Ficha técnica	Línea de base	Meta	Resultado primer cuatrienio
		Departamental	Municipal					
Enfermedades crónicas no transmisibles y discapacidades	<b>Actividad física</b>							
	Prevalencia de actividad física global en adolescentes entre 13 y 17 años	X región		ENSIN	No			
	Prevalencia de actividad física mínima en adultos entre 18 y 64 años	X		ENSIN	No			
	<b>Consumo de cigarrillo</b>							
	Edad inicio consumo cigarrillo en población menor de 18 años	X		ENSM	No			
	<b>Enfermedad renal crónica</b>							
	Prevalencia de Insuficiencia renal crónica	X	X	RIPS	Sí			
	Número de casos nuevos de insuficiencia renal crónica	X	X	RIPS	Sí			
	Tasa de mortalidad por Insuficiencia renal crónica	X	X	DANE, E.V., RUAF	Sí			
	<b>Diabetes mellitus</b>							
	Prevalencia de diabetes mellitus	X	X	RIPS	Sí			
	Número de casos nuevos de diabetes mellitus	X	X	RIPS	Sí			
	Tasa de mortalidad por diabetes mellitus	X	X	DANE, E.V. RUAF	Sí			
	<b>Hipertensión arterial</b>							
	Prevalencia de hipertensión arterial	X	X	RIPS	Sí			
	Número de casos nuevos de hipertensión arterial	X	X	RIPS	Sí			
	Tasa de mortalidad por enfermedad hipertensiva	X	X	DANE, E.V., RUAF	Sí			
	<b>Discapacidad</b>							
	Proporción de población con alguna limitación	X	X	Censo DANE	Sí			
Fracción de personas en condición de discapacidad con limitaciones permanentes para ver a pesar de usar lentes o gafas	X	X	Censo DANE	No				

Contexto/ prioridad	Indicador	Nivel de Disponibilidad		Fuente de información	Ficha técnica	Línea de base	Meta	Resultado primer cuatrienio
		Departamental	Municipal					
Enfermedades crónicas no transmisibles y discapacidades	Fracción de personas en condición de discapacidad con limitaciones permanentes para oír aún con aparatos especiales	X	X	Censo DANE	No			
	Fracción de personas en condición de discapacidad con limitaciones permanentes para hablar	X	X	Censo DANE	No			
	Fracción de personas en condición de discapacidad con limitaciones permanentes para caminar o moverse	X	X	Censo DANE	No			
	Fracción de personas en condición de discapacidad con limitaciones permanentes para usar brazos y manos	X	X	Censo DANE	No			
	Fracción de personas en condición de discapacidad con limitaciones permanentes para entender o aprender	X	X	Censo DANE	No			
	Fracción de personas en condición de discapacidad con limitaciones permanentes para relacionarse con los demás por problemas mentales o emocionales	X	X	Censo DANE	No			
	Fracción de personas en condición de discapacidad con limitaciones permanentes para su autocuidado (bañarse, vestirse, alimentarse por sí mismo)	X	X	Censo DANE	No			
	Fracción de personas en condición de discapacidad con otra limitación permanente	X	X	Censo DANE	No			

Contexto/ prioridad	Indicador	Nivel de Disponibilidad		Fuente de información	Ficha técnica	Línea de base	Meta	Resultado primer cuatrienio
		Departamental	Municipal					
Salud nutricional	Porcentaje de nacidos vivos con peso al nacer menor a 2500 grs.	X	X	DANE E.V. RUAF	Sí			
	Porcentaje de desnutrición global en niños menores de 5 años	X		ENDS, RIPS, SISVAN	No			
	Porcentaje de desnutrición aguda en niños menores de 5 años	X		ENDS, RIPS, SISVAN	No			
	Porcentaje de desnutrición crónica en niños menores de 5 años	X		ENDS, RIPS, SISVAN	No			
	Tasa de mortalidad por desnutrición crónica en niños menores de 5 años	X	X	DANE- E.V., RUAF	Sí			
	Duración promedio de la lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses	X		ENDS, SISVAN	No			
	Duración total de la lactancia	X	X	ENDS, SISVAN	No			
	Niños y niñas de 6 meses a 5 años de edad beneficiados con el programa de desayunos infantiles	X	X	ICBF	Sí			
	Número de niños beneficiados con el programa de restaurantes escolares	X	X	ICBF	Sí			
	Número de adultos mayores beneficiados con complemento alimentario	X	X	ICBF	Sí			
	Prevalencia de delgadez en población de 18 a 64 años	X		ENDS, ENSIN	No			
	Prevalencia de sobrepeso en población de 18 a 64 años	X		ENDS, ENSIN	No			
	Prevalencia de obesidad en población de 18 a 64 años	X		ENDS, ENSIN	No			
	Prevalencia de sobrepeso en mujeres de 15 a 49 años	X		ENDS, ENSIN	No			
Prevalencia de obesidad en mujeres de 15 a 49 años	X		ENDS, ENSIN	No				

Contexto/ prioridad	Indicador	Nivel de Disponibilidad		Fuente de información	Ficha técnica	Línea de base	Meta	Resultado primer cuatrienio
		Departamental	Municipal					
Seguridad sanitaria y del ambiente	Implementación de la política de salud ambiental adaptada en el departamento o distrito	X		SSD				
	Cobertura de vigilancia de la calidad de agua en municipios categoría 4, 5 y 6	X		LDSP				
	Índice de riesgo de la calidad del agua para consumo humano –IRCA	X	X	INS - Pág. Web: <a href="http://www.ins.gov.co/index.php?idcategoria=1736">http://www.ins.gov.co/index.php?idcategoria=1736</a> – SIVICAP, LSPD	Sí			
	Índice de riesgo municipal por abastecimiento de agua para consumo humano -IRABAm	X	X	INS – SIVICAP, ESP, LSPD	Sí			
	Proporción de viviendas con servicio domiciliario de acueducto	X	X	ESP, Censo DANE	Sí			
	Proporción de viviendas con servicio domiciliario de alcantarillado	X	X	ESP, Censo DANE	Sí			
	Proporción de viviendas con servicio domiciliario de recolección de basura	X	X	ESP, Censo DANE	Sí			
	Proporción de viviendas con servicio domiciliario de gas natural	X	X	ESP, Censo DANE	Sí			
	Proporción de viviendas con lugar exclusivo para la cocina	X		Censo DANE	Sí			
Seguridad en el trabajo y las enfermedades de origen laboral	Cobertura de afiliación al Sistema General de Riesgos Profesionales	X		ARP, MPS – Dirección Gral de Riesgos Profesionales	Sí			
	Tasa de muertes calificadas como profesionales	X		ARP	Sí			
	Tasa de muerte por causas calificadas como profesionales	X		ARP	Sí			
	Tasa de accidentes calificados como profesionales	X		ARP	Sí			
	Tasa por tipos de accidentes calificados como profesionales	X		ARP	Sí			

Contexto/ prioridad	Indicador	Nivel de Disponibilidad		Fuente de información	Ficha técnica	Línea de base	Meta	Resultado primer cuatrienio
		Departamental	Municipal					
Seguridad en el trabajo y las enfermedades de origen laboral	Tasa de enfermedades calificadas como profesionales	X		ARP	Sí			
	Tasa de enfermedades agrupadas por causas calificadas como profesionales	X		ARP	Sí			
Gestión para el desarrollo operativo y funcional del PNSP	Porcentaje anual de departamentos y distritos con resultado aceptable de eficiencia y eficacia en la gestión del PST	X		SSD				
	Porcentaje de Departamentos, distritos y municipios con implementación de la metodología de presupuesto por resultados al finalizar el período de gobierno	X	X	SSD, SSM				
Análisis mortalidad	Tasa de mortalidad general	X	X	DANE, E. V.	Sí			
	Tasa de mortalidad por grupos de causas	X	X	DANE	Sí			
Análisis Morbilidad	Proporción de morbilidad general por servicio (hospitalario, consulta externa y urgencias)	X	X	RIPS	Sí			

Contexto/ prioridad	Indicador	Nivel de Disponibilidad		Fuente de información	Ficha técnica	Línea de base	Meta	Resultado primer cuatrienio
		Departamental	Municipal					
Recursos, servicios y cobertura en salud	<b>Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)</b>							
	Cobertura de afiliación al SGSSS	X	X	SSM, SSD, MPS	Sí			
	Cobertura de afiliación al SGSSS de la población sisbenizada	X	X	SSM, SSD, MPS, Alcaldía, SPM	Sí			
	Porcentaje de aseguradores e instituciones habilitadas que reportan la información del SOGCS	X		SSD				
	<b>Indicadores hospitalarios</b>							
	Razón de egresos hospitalarios por 1.000 habitantes	X	X	SSM, SSD, RIPS	Sí			
	Razón de consultas ambulatorias por 1.000 habitantes	X	X	SSM, SSD, RIPS	Sí			
	Razón de camas hospitalarias por 1000 habitantes	X	X	SSM, SSD	Sí			
	Porcentaje de ocupación de camas	X	X	SSM, SSD, ODS	Sí			
	Número de instituciones de salud según nivel de atención	X	X	SSM, SSD, ODS	Sí			
	Cobertura de IPS con COVES	X	X	SIVIGILA	Sí			
	Cobertura de UPGD	X	X	SIVIGILA	Sí			
	<b>Poblaciones indígenas</b>							
	Número de Hospitales culturalmente adaptados	X	X	SSM, SSD	Sí			
	<b>Recurso humano en salud</b>				Sí			
	Razón de odontólogos/habitantes	X	X	SSM, SSD, MPS	Sí			
	Razón de médicos generales/habitantes	X	X	SSM, SSD, MPS	Sí			
Razón de enfermeras/habitantes	X	X	SSM, SSD, MPS	Sí				

Indicador	Nivel de Disponibilidad		Fuente de información	Ficha técnica	Línea de base	Meta	Resultado primer cuatrienio
	Departamental	Municipal					
Razón de auxiliares de enfermería/habitantes	X	X	SSM, SSD, MPS	Sí			
<b>Asignación presupuestal en salud y fuentes de financiación</b>							
Recursos para las acciones de promoción de la salud y de la calidad de vida	X	X	SSM, SSD, SPM, SPD	No			
Recursos para la prestación de servicios de prevención de riesgos y de recuperación y superación de los daños en salud	X	X	SSM, SSD, SPM, SPD	No			
Recursos para la vigilancia en salud y gestión del conocimiento	X	X	SSM, SSD, SPM, SPD	No			
Recursos para la gestión integral para el desarrollo operativo y funcional del plan de salud pública	X	X	SSM, SSD, SPM, SPD	No			

### 5.3 FICHAS TÉCNICAS DE LOS INDICADORES

Para facilitar el cálculo y la interpretación de cada indicador por parte de los técnicos, así como su uso por parte de todos los usuarios de la información, gerentes y tomadores de decisiones, se ha dispuesto una ficha técnica u hoja de vida para cada uno de ellos. Esta permite un desarrollo sistemático tanto de las definiciones operacionales como de los procedimientos de medición y cálculo estandarizados. De esta forma se puede garantizar calidad y comparabilidad para los indicadores.

Estas fichas contienen información relacionada con:

- Tipo de indicador genérico
- Información general del indicador (código y nombre del indicador, unidad de medida, objetivo y descripción del indicador)
- Detalle del indicador (nombre de la variable, nivel de detalle, unidad, frecuencia, fuente, observaciones y la ecuación de cálculo para el indicador)
- Metas y resultados según frecuencia del indicador (vigencia, meta, resultado, variación, valor mínimo, valor medio, valor máximo y observaciones e interpretación)
- Información para control y seguimiento de la hoja de vida del indicador (entidad, dependencia, cargo, responsable, teléfono y extensión, dirección electrónica y la fecha.

Estas fichas ya están diligenciadas en los espacios de información general del indicador y detalle del indicador (ver anexo B en archivo electrónico). Los ítems sobre metas y resultados según frecuencia del indicador e información para el control y seguimiento de la hoja de vida del indicador serán diligenciados en la dirección territorial (departamento, distrito o municipio) con base en los datos requeridos.

Se han propuesto dos tipos de fichas técnicas, en una se hará la definición operacional de todos los indicadores genéricos, tales como tasas, razones y proporciones entre otros y en la segunda se operará cada uno de los indicadores específicos que integran los contextos, las prioridades, la morbilidad y la mortalidad.

Tabla 2. Hoja de vida o ficha técnica de los indicadores

HOJA DE VIDA DEL INDICADOR GENÉRICO						
						<b>TIPO DE INDICADOR</b> <input type="checkbox"/> Situación Salud <input type="checkbox"/> Gestión <input type="checkbox"/> Operativo
INFORMACIÓN GENERAL DEL INDICADOR						
<b>CODIGO DEL INDICADOR</b>	<b>NOMBRE DEL INDICADOR</b>					<b>UNIDAD DE MEDIDA</b>
<b>OBJETIVO</b>						
<b>DESCRIPCIÓN</b>						
VARIABLES ASOCIADAS AL INDICADOR						
VARIABLES DE LA ECUACIÓN DE CALCULO						
Nombre de la variable	Nivel de Detalle	Unidad	Frecuencia	Fuente	Observaciones	
<b>ECUACIÓN DE CÁLCULO</b>						

HOJA DE VIDA DEL INDICADOR DETALLADO								
<b>INDICADOR GENÉRICO</b>								<b>TIPO DE INDICADOR</b> <input type="checkbox"/> Situación Salud <input type="checkbox"/> Gestión <input type="checkbox"/> Operativo
INFORMACIÓN GENERAL DEL INDICADOR								
<b>CODIGO DEL INDICADOR</b>	<b>NOMBRE DEL INDICADOR</b>						<b>UNIDAD DE MEDIDA</b>	
<b>OBJETIVO</b>								
<b>DESCRIPCIÓN</b>								
DETALLE INDICADOR								
VARIABLES DE LA ECUACIÓN DE CALCULO								
Nombre de la variable	Nivel de Detalle	Unidad	Frecuencia	Fuente	Observaciones			
<b>ECUACIÓN DE CÁLCULO</b>								
METAS Y RESULTADOS SEGÚN FRECUENCIA DEL INDICADOR								
Vigencia	Meta	Resultado	Variación	Valor mínimo	Valor medio	Valor máximo	Observaciones/Interpretación	
INFORMACIÓN PARA CONTROL Y SEGUIMIENTO DE LA HOJA DE VIDA DEL INDICADOR								
Institución - nivel de complejidad								
	Nacional	Departamental	Distrital	Municipal				
Entidad								
Dependencia								
Cargo								
Responsable								
Teléfono / Extensión								
e mail								
Fecha (DD/MM/AA)								

## 5.4 RECOLECCIÓN

Para la recolección de la información de cada indicador o de los componentes que lo conforman (numerador y denominador) se hará uso de las fuentes secundarias disponibles en el ámbito municipal, departamental y distrital y se tomará la información del último año disponible en común acuerdo con las directrices del Ministerio de la Protección Social para establecer línea de base que permita evaluar la gestión de los planes de salud territorial.

La información recolectada se registrará en la base de datos diseñada en Excel. Esta base está elaborada por contexto y prioridades, una en cada hoja en un archivo de Excel. Estas facilitan la organización de los datos y su respectivo análisis. Esta base de datos está disponible en archivo electrónico y ha sido entregada en los talleres de capacitación en los departamentos donde se ha realizado dicha capacitación.

## 5.5 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

El análisis de la situación de salud representa el primer paso hasta el establecimiento de prioridades de intervención en salud, puesto que permite determinar cuáles son los problemas prioritarios y dónde se encuentran<sup>\*\*</sup>; el siguiente paso es realizar la descripción de los objetivos y metas de acción por cada uno de los ejes programáticos y la descripción de las áreas subprogramáticas (Decreto 425 de 2008).

El análisis de la información deberá hacerse para cada uno de los contextos propuestos, las prioridades nacionales en salud, la morbilidad y la mortalidad. Este análisis será de naturaleza diferente dependiendo del tipo de indicadores que lo integren. En un futuro, cuando se cuente con información integrada entre los contextos y las prioridades en salud, el análisis de la morbilidad y la mortalidad se harán de esta manera para identificar poblaciones vulnerables e inequidades en salud.

El análisis deberá estar constituido por cuatro fases.

**La primera fase** hace referencia a realizar una rutina de verificación de consistencia. Para ello se debe definir un conjunto mínimo de reglas de consistencia interna de los datos, dado que todo proceso de generación de información requiere un control de la calidad,

---

<sup>\*\*</sup> Propuesta tomada del artículo Desigualdades en la mortalidad infantil en la región de las Américas: Elementos básicos para el análisis, publicado en el Boletín Epidemiológico de la Organización Panamericana de la Salud. Vol. 22 No. 2 de junio de 2001 y adaptado para esta guía en el análisis de mortalidad.

indispensable debido a los errores “inevitables” que suceden en las diferentes etapas de este proceso, principalmente en el trabajo de campo. Entre estas reglas se encuentran:

- Debe cerciorarse que la fuente de información de los datos sea una fuente oficial o reconocida. Existen una variedad de fuentes de información, sin embargo los datos varían entre cada una de ellas debido a la magnitud del subregistro que pueden tener. No obstante, en las fuentes oficiales también existe subregistro bien sea en los datos que conforman los numeradores o los denominadores. Aún con estas limitaciones son las recomendadas para ser utilizadas para este análisis.
- Los formatos de recolección de información e indicadores utilizados deben estar bien estructurados, de fácil llenado y universal entendimiento. Por esta razón todos los indicadores propuestos se encuentran estandarizados y definidos en el ámbito internacional y nacional. Estos indicadores deberán registrarse en la base de datos disponible con esta guía.
- Utilizar manuales con instrucciones claras e impartir capacitación con talleres que contengan ejemplos prácticos. Se han desarrollado talleres de capacitación dirigidos a los responsables de la ejecución y gestión de los planes de salud territorial del ámbito departamental y municipal. Así mismo, si la dirección departamental requiere de esta capacitación, la puede solicitar a la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de la Protección Social.
- Realizar una adecuada supervisión y revisión de los datos recolectados. Para ello, la Dirección Departamental debe acompañar a las Direcciones Municipales en la elaboración del diagnóstico de salud y si lo requiere, puede solicitar el acompañamiento del Ministerio de la Protección Social.
- Verificar la integridad de los datos. Ésta hace referencia a que los componentes de un total deben sumar el total.
- Se debe verificar que los datos utilizados para la conformación de los indicadores sean los adecuados y tanto numerador como denominador correspondan a la misma población, tiempo y lugar.

**La segunda fase** consiste en elaborar los reportes de salida. Los más frecuentemente utilizados son las tablas y gráficas. Las tablas contienen la información desagregada del numerador, del denominador, el amplificador utilizado, (este depende del estándar utilizado para cada indicador o dependiendo del tamaño de la población se usará 100, 1.000, 10.000 ó 1'000.000) y el nivel de desagregación establecido para cada indicador (sexo, grupo de edad, área geográfica, entre otros). Estos reportes de salida facilitan al lector el análisis y la interpretación de los datos allí dispuestos y permiten identificar con mayor facilidad grupos más vulnerables o lo más relevante de cada indicador.

**La tercera fase** deberá iniciarse con una descripción con base en la información estadística presentada en las tablas y gráficas (reportes de salida) por cada uno de los indicadores, utilizando número de eventos, proporciones, razones, tasas, medidas de tendencia central

y de variabilidad. De esta manera se podrán identificar situaciones problemáticas que están afectando a la población por grupos de edad, sexo, etnia o áreas geográficas, es decir haciendo uso del enfoque poblacional.

**La cuarta fase** consiste identificar los problemas de salud, realizarle a cada problema un análisis a profundidad, es decir identificar para cada problema sus causas y consecuencias (en caso de que el problema no sea resuelto), luego realizar un proceso de priorización de los problemas de salud en cada uno de los contextos, prioridades de salud, morbilidad y mortalidad. Esta priorización tiene como objetivo identificar las poblaciones por grupos de edad, sexo, etnia y áreas geográficas de mayor vulnerabilidad, utilizando el enfoque social del riesgo y el enfoque poblacional.

Se entiende por priorización al proceso por el cual se valoran o jerarquizan diferentes problemas y se identifican aquellos que tienen una mayor relevancia y sobre los cuales la intervención o solución del mismo harán evidentes el mejoramiento de la situación preexistente.

Para la elaboración del diagnóstico de salud se tendrá en cuenta lo estipulado en la Resolución 425 de 2008, capítulo II, artículo 7 y los pasos establecidos en el documento “Estrategia Pedagógica para la implementación de la Guía Metodológica del ASIS” que acompaña esta Guía.

En cumplimiento de la **tercera fase**, el análisis descriptivo mínimo propuesto para los contextos territorial, demográfico, socioeconómico y de recursos, servicios y cobertura de salud se presenta en forma específica por cada contexto. Algunos indicadores del análisis descriptivo para las prioridades nacionales en salud se han integrado en el análisis de morbilidad y mortalidad, a los demás indicadores se les hará un análisis descriptivo teniendo en cuenta los indicadores genéricos propuestos (tasa, razón, proporción, entre otros).

#### **Contexto o caracterización territorial**

El análisis del contexto o caracterización territorial consiste básicamente, en la localización del municipio, departamento o distrito mediante su representación cartográfica y su descripción, indicando los límites geográficos, sus estructuras físicas y la accesibilidad geográfica, utilizando mapas por contenidos temáticos. Ejemplo, mapa de zonas de riesgo, mapa de la división política del municipio, departamento o distrito. También se pueden realizar gráficas de líneas con el clima, la altitud, la extensión territorial en Km<sup>2</sup>, entre otros.

## ❑ Contexto o caracterización demográfica

Se debe hacer una descripción de la población por grupos de edad y sexo, construyendo una pirámide poblacional. Para ello, se puede tomar la información de los últimos censos poblacionales y la del año a que corresponde el ASIS.

La superposición gráfica y ordenada de los grupos de edad y sexo conforma aproximadamente una pirámide. En la ordenada se muestran las edades y en las abscisas se colocan los porcentajes correspondientes a cada edad o grupo de ellas, ubicando los hombres a la derecha y las mujeres a la izquierda del eje vertical.

Las pirámides de edades son unas fotografías de una población que no sólo dan una imagen presente de la misma, sino que también nos muestran su historia y anuncian, en parte el futuro demográfico. Para interpretar una pirámide de edades, hay que averiguar qué hechos del pasado la han configurado así, y qué proyecciones futuras se desprenden de la misma. (Ver anexo C en archivo electrónico tabla dinámica para la elaboración de una pirámide poblacional).

Así mismo, se podrán calcular frecuencias absolutas, proporciones, razones, prevalencias y tasas con un nivel de desagregación que tenga en cuenta las variables de persona, tiempo y lugar para cada indicador dependiendo de la disponibilidad de la información en el ámbito municipal, departamental o distrital, las cuales se encuentran sugeridas en la ficha técnica de cada indicador. Estos indicadores podrán mostrarse a través de tablas o gráficas.

En este contexto habrá indicadores que ya se encuentran calculados.

## ❑ Contexto o caracterización socioeconómica

La mayoría de los indicadores correspondientes a este contexto ya están calculados en las fuentes de información secundarias objeto de este análisis.

Para los indicadores no encontrados en las fuentes de información sugeridas, se podrán calcular frecuencias absolutas, proporciones, razones, prevalencias y tasas con un nivel de desagregación que tenga en cuenta las variables de persona, tiempo y lugar para cada indicador, las cuales se encuentran sugeridas en la ficha técnica de cada indicador. Estos indicadores podrán mostrarse a través de tablas o gráficas y se hará una descripción e interpretación de los valores para cada municipio, departamento o distrito. Un departamento podrá identificar los municipios más vulnerables organizando la información de proporciones, promedios o tasas de mayor a menor o viceversa dependiendo de lo que está midiendo cada indicador. Para medir la amplitud de las

inequidades se deberá comparar el valor máximo con el valor mínimo de un indicador a través de una razón.

#### **☐ Análisis de las prioridades nacionales en salud**

El análisis de las prioridades nacionales en salud se realizará en forma descriptiva teniendo en cuenta la naturaleza de cada uno de los indicadores que los contiene, de acuerdo a los indicadores genéricos utilizados (números absolutos, incidencia, prevalencia, tasa, razón, proporción, promedio) y organizando los datos en las tablas de salida de mayor a menor o viceversa, según sea el interés para el análisis de cada indicador. De esta manera se facilita la interpretación de los datos para cada prioridad.

#### **☐ Contexto o caracterización de los recursos, servicios y coberturas en salud**

Para el análisis de los recursos, servicios y coberturas en salud se tendrán en cuenta tablas de salida, organizando los datos en forma decreciente. A partir de éstas se realiza la descripción de los datos identificando las poblaciones más vulnerables que serán aquellas con más bajas coberturas. Adicionalmente se pueden realizar mapas temáticos de la infraestructura de servicios de salud y las coberturas de servicios en salud e interpretar los datos.

#### **☐ Análisis de Morbilidad**

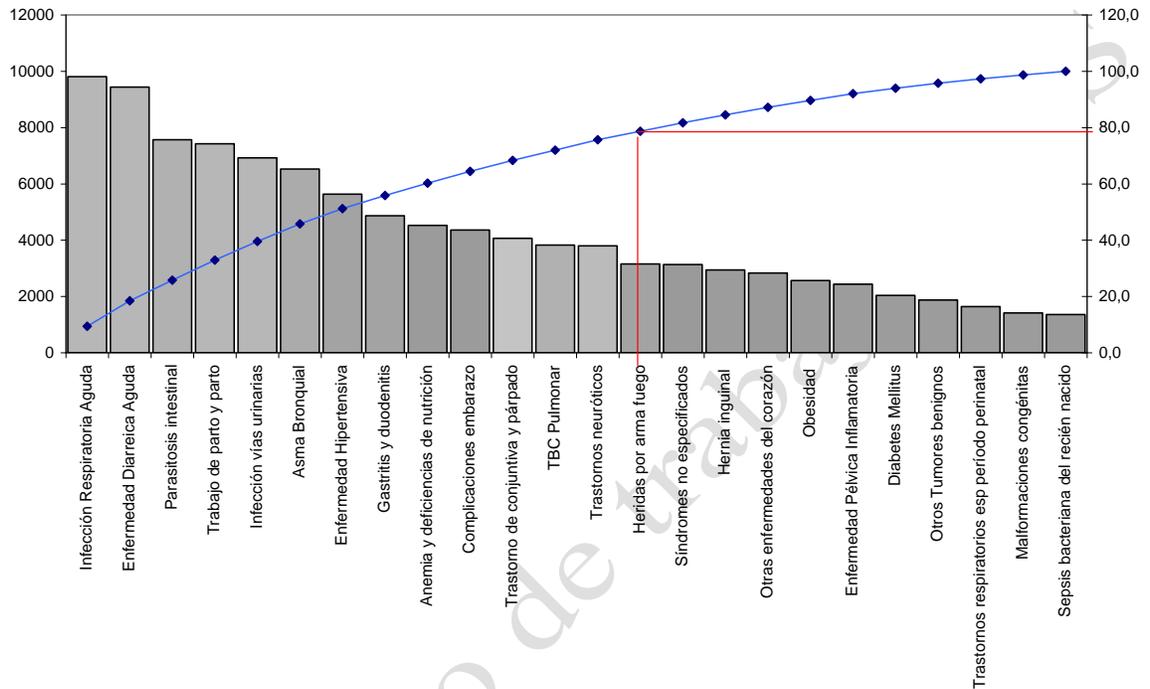
Para realizar el análisis descriptivo de la morbilidad se deberán construir tablas de salida con la información de población, número de casos, distribución proporcional y tasa, organizando las causas de enfermedad de mayor a menor con respecto a la tasa. Estas tablas presentarán la morbilidad general (utilizando la CIE 10 con la lista a tres dígitos), por sexo, grupo de edad, por servicio (consulta externa, egreso hospitalario y urgencias) y por grupos de causas (6/67 propuesta por OPS).

Para el análisis de la morbilidad se podrá utilizar el principio o diagrama de Pareto. Esta técnica postula que alrededor del 80% de las causas de enfermedad está dado por alrededor del 20% de las causas o factores asociados. Para ello se debe ordenar en forma decreciente teniendo en cuenta la frecuencia de cada enfermedad reportada en consulta externa, urgencias o egreso hospitalario, indicando en cada columna: la frecuencia absoluta (número de casos), la frecuencia relativa (porcentaje por cada causa) y la frecuencia relativa acumulada (suma de porcentajes anteriores).

La tabla generada se representa en una gráfica de dos ejes: causas de muerte (eje X) vs. número de muertes (eje Y) y frecuencia acumulada (eje Y'). Se seleccionarán los problemas de salud que abarcan el 80% de los casos totales (eje Y') trazando una línea recta que va hacer intercepción con la línea de la frecuencia acumulada. En la intercepción

se traza una línea vertical. Lo anterior para identificar el 80% de las enfermedades. A este grupo de enfermedades se le realiza un análisis cualitativo con la participación de los diferentes actores sociales e institucionales, con el fin de identificar las causas o factores asociados a estas enfermedades (20%). (Ver figura 1).

Figura 1. Morbilidad general por consulta externa, municipio Barbacoa, 2007



Otro tipo de análisis que se puede realizar con el fin de identificar las áreas geográficas más vulnerables para una enfermedad o un grupo de enfermedades, es calcular percentiles y graficarlos en mapas, así mismo, se puede comparar quienes están por encima de la media entre los municipios.

#### ☐ Análisis de mortalidad

Para realizar el análisis descriptivo de la mortalidad, al igual que en la propuesta para el análisis de la morbilidad, la base consiste en construir tablas de salida con la información de población, número de muertes, distribución proporcional y tasa, organizando las causas de muerte de mayor a menor de acuerdo a la tasa. Estas tablas presentarán la mortalidad general (utilizando la CIE 10 con la lista a tres dígitos), por sexo, grupo de edad, etnia, área geográfica y por grupos de causas (6/67). A continuación se presenta una propuesta para realizar el análisis de la mortalidad:

- Realice un análisis descriptivo de la mortalidad general

- Realice un análisis descriptivo específico de las tasas de mortalidad y mortalidad proporcional por grupos de edad, sexo, etnia, área geográfica y por grupos de causas (6/67)
- Calcule medidas de tendencia central y de variabilidad, por ejemplo promedio, mediana, rango.
- Identifique en las tablas los valores mínimos y máximos de las tasas de mortalidad por grupos de edad, sexo, etnia, área geográfica y por grupos de causas.
- Calcule la razón de la tasa máxima sobre la mínima. Ésta permite dar una idea de las diferencias que existen entre unidades geográficas, grupos de edad o grupos de causas. Cuanto más grande es la razón, más grandes son las desigualdades en salud.

El desglose por grupos de edad, sexo, etnia, área geográfica y por grupos de causas permite tener una idea general del indicador de mortalidad. A fin de destacar de manera más clara las posibles desigualdades que existen en diferentes unidades o grupos, se puede observar con más atención el patrón de distribución en estas mismas unidades o grupos. Escogiendo una desagregación por alguna de las variables anteriores y clasificando las unidades o grupos en el orden decreciente de las tasas de mortalidad, se obtiene una representación de la distribución de esas tasas que da una idea de la gran heterogeneidad de esta distribución. La amplitud de las desigualdades se evidencia cuando se compara el valor máximo con el valor mínimo (cálculo de razón).

- Calcule los diagramas de caja. Se puede visualizar de manera aún más precisa la distribución de la tasa de mortalidad dentro de un área geográfica, por grupos de edad o de causas mediante diagramas de caja representadas en un mismo gráfico. De esta manera se podrá apreciar con más facilidad las variaciones de la mediana entre los grupos o causas. Allí también se puede calcular la razón entre la mediana máxima y la mínima e interpretar la probabilidad de morir por ejemplo en un área con mejor situación vs. un área con la peor situación.

Esta información se puede presentar en gráficas o mapas permitiendo identificar los patrones geográficos de las tasas de mortalidad más elevadas.

## 6. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

Para realizar el seguimiento y evaluación de la situación de salud de los habitantes de cada municipio, departamento o distrito, se tendrá en cuenta la línea de base trazada para cada cuatrienio que se encuentra en el diagnóstico de la Situación de Salud de cada Plan de Salud Territorial, para ello, se utilizarán los indicadores aquí propuestos.

Para esta evaluación deberá utilizarse la información registrada en el anexo técnico 1 relacionada con metas de resultado, indicador de resultado para el cuatrienio y algunos indicadores de producto contemplados en esta guía.

Las fuentes de información que deberán tenerse en cuenta para esta evaluación, serán las mismas fuentes secundarias de donde se tomó la información para establecer la línea de base. Por tanto se recogerá nuevamente la información propuesta en cada uno de los contextos, prioridades nacionales en salud, morbilidad y mortalidad para el Análisis de Situación de Salud.

## 7. GLOSARIO

**Amenazas:** Son fenómenos potenciales de origen natural o humano, que cuando se producen en determinado tiempo y lugar, provocan traumatismo en las poblaciones. Las amenazas por sí solas no producen desastres, sino cuando se juntan con la vulnerabilidad. Las amenazas se clasifican en naturales, socio naturales y antrópicas.

**Comunidades marginales:** Son asentamientos humanos caracterizados por la condición de ilegalidad de la tenencia de la tierra, carencia de servicios básicos, vivienda precaria y alto nivel de riesgo y vulnerabilidad de los pobladores, lo que aumenta el riesgo de desastres; producto de procesos de marginación, exclusión, deterioro de múltiples relaciones sociales, económicas, físicas, medioambientales, legales, organizativas e institucionales.

**Desastre:** Es un riesgo haciéndose realidad, en el que los procesos sociales desempeñan un factor importante.

**Discapacidad:** La Organización Mundial de la Salud ha diseñado y validado en español un formulario de discapacidad que se empleó en la ENS 2007; se trata de la Escala de Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud (WHO-DAS-S) de doce preguntas. Esta escala permite evaluar las limitaciones de la actividad y las restricciones en la participación experimentadas por cada persona independientemente de su diagnóstico médico mediante un puntaje, que registra valores entre cero y cien, calculado en los individuos por cada uno de seis dominios de actividades de interés<sup>26</sup>.

**Hogares:** Está constituido por una persona o grupo de personas, familiares o no, que viven bajo un mismo techo y comparten los alimentos.

**Natalidad:** Nacimientos que ocurren en la población en un período de tiempo.

**Necesidades básicas insatisfechas (NBI):** La metodología de NBI busca determinar, con ayuda de algunos indicadores simples, si las necesidades básicas de la población se encuentran cubiertas. Este es un indicador integrado por cinco variables que se definen a continuación<sup>27</sup>:

Viviendas inadecuadas: móviles, o ubicadas en refugios naturales o bajo puentes, o sin paredes o con paredes de tela o de materiales de desecho o con pisos de tierra; en la zona rural el piso de tierra debe estar asociado a paredes de material semipermanente o perecedero.

Viviendas con hacinamiento crítico: con más de 3 personas por cuarto (excluyendo cocina, baño y garaje)

Viviendas con servicios inadecuados: sin sanitario o que, careciendo de acueducto se provean de agua en río, nacimiento, carro tanque o de la lluvia; en la zona rural se incluyen las viviendas que carezcan de sanitario y acueducto y que se aprovisionen de agua en río, nacimiento o de la lluvia.

Viviendas con alta dependencia económica: hay más de 3 personas por miembro ocupado, y el jefe tenga, como máximo 2 años de educación primaria aprobados.

Viviendas con niños en edad escolar que no asisten a la escuela: por lo menos un niño, entre 7 y 11 años, pariente del jefe de hogar, y que no asiste a un centro de educación formal.

Una NBI clasifica al hogar como en pobreza, dos ó más lo clasifican como hogar en miseria.

**Migración**: Llegada de población que viene a residir en el territorio (inmigración) o la salida de personas del territorio (emigración).

**Mortalidad**: Muertes que ocurren en la población en un período de tiempo.

**Participación**: Enfoque que enfatiza la acción de los actores locales, donde la cooperación externa es complementaria y se orienta a apoyar y fortalecer capacidades locales.

**Población**: Es un grupo de personas que viven en un área específica o que comparten características similares.

**Riesgo**: Se relaciona con la presencia de condiciones que puede llegar a provocar un desastre.

**Factor de Riesgo**: Es una característica detectable en personas o grupos, asociada con una probabilidad incrementada de experimentar un daño o efecto adverso a la salud. En general, un factor de riesgo es un atributo o exposición que incrementa la probabilidad de ocurrencia de una enfermedad u otro daño a la salud.

**Vivienda**: Es un espacio separado con acceso independiente y con una identificación única que sirve para el alojamiento de personas.

**Zona urbana**: Es la cabecera del municipio dentro de los perímetros determinados en los planes de ordenamiento territorial conforme al artículo 31 de la Ley 388 de 1997.

**Zona rural**: Es el área no destinada para el uso urbano, por razones de oportunidad, o por su destinación a usos agrícolas, ganaderos, forestales, de explotación de recursos naturales y actividades análogas conforme al artículo 33 de la Ley 388 de 1997.

**Vulnerabilidad**: Es la incapacidad de resistir a los efectos de un evento amenazante o la incapacidad de recuperarse después de que ocurre un desastre. La vulnerabilidad se

relaciona con la capacidad de una persona o de una comunidad para enfrentar amenazas. La vulnerabilidad se da en función de las condiciones físicas, ambientales, económicas, sociales, políticas, educativas, ideológicas y culturales, institucionales y organizativas.

Documento de trabajo MPS

## 8. SIGLAS Y ABREVIATURAS

**ARP.** Administradora de Riesgos Profesionales  
**ASIS.** Análisis de Situación de Salud  
**Comisaría de Familia.** C de F.  
**CLOPAD.** Comité Local para la Prevención y Atención de Desastres  
**CREPAD.** Comité Regional para la Atención y Prevención de Desastres  
**CRUE.** Centro Regulador de Urgencias y Emergencias  
**DP.** Defensoría del Pueblo  
**DANE.** Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas  
**DSD.** Dirección de Salud Departamental  
**DSM.** Dirección de Salud Municipal  
**DNP.** Departamento Nacional de Planeación  
**Dptal.** Departamental  
**ENSCSP.** Encuesta Nacional sobre consumo de Sustancias Psicoactivas en jóvenes escolares de 12 a 17 años, 2004  
**ENDS.** Encuesta Nacional de Demografía y Salud  
**ENS.** Encuesta Nacional de Salud  
**ENSIN.** Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia  
**ENSM.** Estudio Nacional de Salud Mental  
**EPS.** Empresa Promotora de Salud  
**ESP.** Empresa de Servicios Públicos  
**ETM.** Empresas de Transportes Municipales  
**E.V.** Estadísticas Vitales  
**ETV.** Enfermedades Transmitidas por Vectores  
**ICA.** Instituto Colombiano Agrícola  
**IDEAM.** Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales de Colombia  
**IGAC.** Instituto Geográfico Agustín Codazzi  
**INML.** Instituto Nacional de Medicina Legal  
**INS.** Instituto Nacional de Salud  
**IPS.** Institución Prestadora de Servicios de Salud  
**LDSP.** Laboratorio Departamental de Salud Pública  
**OED.** Oficina Emergencias y Desastres  
**PNSP.** Plan Nacional de Salud Pública  
**P y P.** Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad  
**PAI.** Programa Ampliado de Inmunizaciones  
**PM.** Personería Municipal  
**R.E.** Régimen de Excepción  
**RNL.** Red Nacional de Laboratorios  
**RIPS.** Registro Individual de Información en Salud  
**RUAF.** Registro Único de Afiliación

**SEM.** Secretaría de Educación Municipal  
**SED.** Secretaría de Educación Departamental/Distrital  
**SISVAN.** Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional  
**SIVIGILA.** Sistema de Vigilancia en Salud Pública  
**SIVICAP.** Sistema de Vigilancia de la Calidad del Agua Potable  
**SID.** Secretaría de Infraestructura Departamental  
**SIM.** Secretaría de Infraestructura Municipal  
**SM.** Secretaría de la Movilidad  
**SOPM.** Secretaria de Obras Públicas Municipal  
**SOPD.** Secretaria de Obras Públicas Departamental  
**SPM.** Secretaría de Planeación Municipal  
**SPD.** Secretaría de Planeación Departamental  
**SSM.** Secretaría de Salud Municipal  
**STM.** Secretaría de Transito/Transporte Municipal  
**STD.** Secretaría de Transito/Transporte Departamental  
**SSD.** Secretaría de Salud Departamental  
**TB.** Tuberculosis  
**VIH.** Virus de Inmunodeficiencia Humana

Documento de trabajo MPS

## BIBLIOGRAFÍA COMPLEMENTARIA

- ❑ Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) – OPS/OMS. Análisis del Sector Salud. Una herramienta para viabilizar la formulación de políticas. Lineamientos metodológicos. Edición Especial NO. 9. Washington, D.C., 2.006. ISBN 92 75 32509 X.
- ❑ Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) – OPS/OMS. Perfiles de los Sistemas de Salud. Monitoreo y análisis de los procesos de cambio/reforma. Lineamientos metodológicos. Edición Especial NO. 18. Washington, D.C., 2.006. ISBN 92 75 32621 5.
- ❑ Ander-Egg. Ezequiel. Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca. Metodología y práctica del desarrollo de la comunidad. Aspectos metodológicos y operativos. Volumen 1, 2 y 3. 33 Edición. Bogotá, 1999.
- ❑ Departamento Administrativo Nacional de Estadística – DANE. Censo de población 2005. <http://www.dane.gov.co>
- ❑ Departamento Nacional de Planeación – Presidencia de la República – Acción Social. Hacia una Colombia equitativa e incluyente. Informe de Colombia – Objetivos de Desarrollo del Milenio. Bogotá, 2.005.
- ❑ Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia, 2.005. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.
- ❑ Encuesta Nacional sobre consumo de sustancias psicoactivas
- ❑ Encuesta Nacional de Salud Bucal
- ❑ Estudio Nacional de Salud Mental 2003. <http://www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/NewsDetail.asp?ID=14822&IDCompany=3>.
- ❑ Instituto Nacional de Salud. SIVIGILA. <http://www.ins.gov.co>
- ❑ Ministerio de la Protección Social. Encuesta Nacional de Salud, 2.007
- ❑ Ministerio de Salud de Perú. Dirección General de Epidemiología. Análisis de la Situación de Salud del Perú – 2.005. Información para la toma de decisiones en salud. Lima, Perú, 2.006. ISBN: 9972-820-68-8.
- ❑ Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue. Guía para el Análisis de Situación de Salud de las poblaciones en Ámbitos de Frontera de los Países Andinos.
- ❑ Organización Panamericana de la Salud. Boletín Epidemiológico. Vol. 20 No. 3. Septiembre de 1999. En: <http://www.paho.org/spanish/dd/ais/bsindex.htm>
- ❑ Organización Panamericana de la Salud. Boletín Epidemiológico. Vol. 22 No. 2. Junio de 2001. Pág. 4.
- ❑ Organización Panamericana de la Salud. Boletín Epidemiológico. Vol. 22 No. 4. Diciembre de 2001.
- ❑ PROFAMILIA. Encuesta Nacional de Demografía y Salud, 2.005
- ❑ Rico de Calvio, G Z. Hacia una metodología para la gestión del riesgo en comunidades marginales. Fundación Salvadoreña de Desarrollo y Vivienda Mínima. Salvador.

- ❑ Spasoff Robert A. Epidemiologic Methods for Health Policy. Oxford University Press. New York, 1.999.
- ❑ Universidad Peruana Cayetano Heredia. Llanos Cuentas Alejandro y Timoteo Cárdenas Clara. Los Matsiguenga y el proyecto Camisea. La salud en comunidades de la zona de influencia. Perú, 2.006.

### **Lineamientos nacionales e internacionales sobre ASIS**

- ❑ República de Colombia. Congreso de la República. Ley 1122 de 2.007.
- ❑ República de Colombia. Decreto 3039 de 2.007. Plan Nacional de Salud Pública 2.007-2.010.
- ❑ República de Colombia. Ministerio de la Protección Social. Decreto 1575 de 2.007.
- ❑ República de Colombia. Ministerio de la Protección Social. Resolución 2115 de 2.007.
- ❑ República de Colombia. Ministerio de la Protección Social. Resolución 0425 de 2.008.
- ❑ XXXIII Reunión Binacional de la Comisión Presidencial de Integración y Asuntos Fronterizos –COPIAF.
- ❑ Reunión Extraordinaria del Consejo Andino de Ministros de Relaciones Exteriores. Decisión 601. Plan Integrado de Desarrollo Social (PIDS). Nueva York, Estados Unidos. Septiembre de 2.004.
- ❑ REMSAA XXIV/384, 2.002. Disponible en: <http://www.orasconhu.org/>
- ❑ XXV REMSAA del 2004, resolución 393. Disponible en: <http://www.orasconhu.org/>
- ❑ XXVII REMSAA 2006, Resolución 407. Disponible en: <http://www.orasconhu.org/>
- ❑ Taller de armonización del Análisis de Situación de Salud, Lima, noviembre de 2.006. Disponible en: <http://www.orasconhu.org/>
- ❑ V Foro Andino de Vigilancia Epidemiológica de Salud de Fronteras. Disponible en: <http://www.orasconhu.org/>
- ❑ Vega Jeannette. Conferencia sobre Enfoque de determinantes sociales de la salud, orientaciones para la Agenda Social
- ❑ XXXIII Reunión Binacional de la Comisión Presidencial de Integración y Asuntos Fronterizos.

## **Anexos**

Documento de trabajo MPS

## ANEXO A - TALLER 2 INDICADORES DE SALUD

La construcción de un indicador es un proceso de complejidad variable, desde el recuento directo hasta el cálculo de proporciones, razones, tasas o índices más sofisticados. La calidad de un indicador depende fuertemente de la calidad de los componentes utilizados en su construcción, así como la calidad de los sistemas de información, recolección y registro de tales datos.

### Definición

- **Indicador.** Es una medida que se puede usar para ayudar a describir una situación existente o para medir cambios o tendencias a lo largo de un período de tiempo.
- **Indicador de salud.** Es una medida que refleja o indica el estado de salud de las personas de una población determinada.

### Atributos<sup>††</sup>

Específicamente, la calidad y utilidad de un indicador está primordialmente definido por una serie de atributos, entre los cuales se mencionan:

- **Validez:** si efectivamente mide lo que intenta medir
- **Confiabilidad:** si su medición repetida en condiciones similares reproduce los mismos resultados
- **Especificidad:** que mida solamente el fenómeno que se quiere medir
- **Sensibilidad:** que pueda medir los cambios en el fenómeno que se quiere medir
- **Mensurabilidad:** que sea basado en datos disponibles o fáciles de conseguir
- **Relevancia:** que sea capaz de dar respuestas claras a los asuntos más importantes de las políticas de salud
- **Costo efectividad:** que los resultados justifiquen la inversión en tiempo y otros recursos

### Componentes de un indicador

- **Numerador.** La porción superior de una fracción.
- **Denominador.** La porción inferior de una fracción usada para calcular una proporción, tasa o una razón.
- **Amplificador o constante.** 10, 100, 1.000, 10.000, 100.000, 1'000.000

---

<sup>††</sup> OPS. Boletín Epidemiológico. Vol. 22, No. 4. diciembre de 2001. Pág. 1

## Utilidad de los indicadores

Los indicadores de salud son necesarios para poder:

- Analizar la situación actual
- Hacer comparaciones
- Medir cambios en el tiempo

## Tipos de indicadores<sup>##</sup>

Existen diferentes tipos de indicadores y su utilidad depende de la materia de interés. Para el análisis de la información que corresponde a esta guía se utilizarán los indicadores cuantitativos y de evaluación de resultados. Dentro de estos últimos, los relacionados con la eficacia e impacto. A continuación se presenta una definición de los tipos de indicadores considerados aquí.

- **Cuantitativos.** Son aquellos que se refieren a una cantidad
- **Cualitativos.** Se refieren a la calidad de algo y usualmente complementan los indicadores cuantitativos.
- **Seguimiento a la gestión.** Miden el avance o los resultados parciales o definitivos que se logren con la ejecución de los recursos humanos, financieros, físicos y de tiempo de un proyecto, programa o plan.

- Ejemplo:

$$\frac{\text{No actividades realizadas}}{\text{No actividades programadas}} \times 100$$

- **Evaluación de resultados.** La evaluación de resultados está asociada a los productos y permiten conocer que tan lejos o cerca se está de obtener el producto propuesto del proyecto. Se debe hacer con base en tres tipos de indicadores básicos:

- a. Eficiencia.** Se refiere al logro de un conjunto de objetivos comparado con los recursos y medios calculados y realmente invertidos para su cumplimiento, es decir, si los recursos aprobados fueron utilizados en forma óptima o sea al menor costo posible. La medición de la eficiencia se hace mediante la siguiente fórmula:

$$\text{Eficiencia} = \frac{\text{Costo real}}{\text{Costo programado}} \times 100$$

- b. Eficacia.** Hace alusión al nivel de cumplimiento en el logro de los objetivos y metas establecidas. El control de la eficacia se hace mediante la comparación entre la

---

<sup>##</sup> Veeduría Distrital de Bogotá. Indicadores: Una Herramienta para el Control Social. Bogotá, D.C., 2.005. ISBN 958-33-8545-X.

meta programada y la meta lograda, lo cual arroja el índice de acierto o desviación, la fórmula es la siguiente:

$$\text{Eficacia} = \frac{\text{Meta física lograda}}{\text{Meta física programada}} \times 100$$

- c. **Impacto.** Muestra el cambio observado en la situación general de la población como resultado de la realización de un programa o proyecto.

Ejemplo:

$$\text{Impacto} = \frac{\text{Logro al final del período}}{\text{Población total}} \times 100$$

Para establecer los indicadores de impacto y medir los cambios generados, se debe saber cómo estaban las cosas antes de desarrollar el proyecto (diagnóstico inicial o línea de base) y posteriormente, acerca de los cambios experimentados con la ejecución del proyecto.

### Cómo construir indicadores

Todo indicador se refiere a los objetivos, metas y actividades del proyecto. Cada uno de los objetivos del proyecto debe concretarse en una meta con base en la cual se construyen los indicadores que permiten medir el cumplimiento.

Objetivo	Meta	Indicador
Mejorar la salud infantil	Reducir a 15 por 1.000 NV la tasa de mortalidad infantil	$\frac{\text{Número de muertes en menores de un año}}{\text{Número de nacidos vivos}} \times 1.000$

### Pasos para la construcción de un indicador

1. Identificar el objetivo del proyecto
2. Determinar la meta o metas del objetivo
3. Establecer un referente para comparar y saber si el resultado del indicador es satisfactorio, aceptable o deficiente.

Ejemplo: La meta es capacitar a 80 habitantes del municipio, entonces:

- De 70 a 80 hab. Capacitados = Satisfactorio.
- De 50 a 69 hab. Capacitados = Aceptable.
- Menos de 50 hab. Capacitados = Deficiente.

4. Dar al indicador un nombre que lo identifique y diferencie de otros.
5. Definir la unidad de medida del indicador (habitantes, porcentaje).
6. Identificar la operación matemática que se debe utilizar en el indicador. Generalmente se trata de una resta o de una división y una multiplicación.

## Indicadores genéricos o medidas de frecuencia más utilizadas<sup>§§</sup>

Las medidas de frecuencia que se usan con mayor frecuencia son razón, proporción y tasa.

**Razón.** En una razón, los valores del numerador y del denominador son completamente independientes. Ejemplo: el sexo de los nacidos vivos se puede comparar de la siguiente forma:

- Mujeres/hombres

**Proporción.** En una proporción el numerador está incluido en el denominador. Este resultado se multiplica por 100. Ejemplo:

- Hombres / Todos \* 100

**Tasa.** Es una proporción, con una dimensión adicional: mide la ocurrencia de un evento en una población sobre el tiempo. La fórmula es la siguiente:

$$\text{Tasa} = \frac{\text{Número de casos o eventos en un período de tiempo dado}}{\text{Población en riesgo durante el mismo período de tiempo}} \times 10n$$

Se debe tener en cuenta tres aspectos importantes en esta fórmula:

- Las personas del denominador deben reflejar la población de la cual se obtienen los casos del numerador.
- Las cifras del numerador y del denominador deben cubrir el mismo período de tiempo.
- En teoría, las personas del denominador deben estar “en riesgo” para el evento, es decir, debe existir la posibilidad para ellas de experimentar el evento.

---

<sup>§§</sup> CDC. Principios de Epidemiología. Una introducción a la epidemiología y la bioestadística aplicada. Segunda edición. Versión en español INS, 2004.

## Ejercicio

A. En las tablas 1 y 2 se muestra la mortalidad general y específica según sexo y grupos de edad ocurrida en el municipio de Santo Domingo durante el año 2007.

1. Calcule la tasa de mortalidad general y por grupos de edad del municipio de Santo Domingo e interprete el resultado (tabla 1)
2. Calcule la tasa de mortalidad específica por sexo y grupos de edad del municipio de Santo Domingo e interprete el resultado (tabla 2)
3. Calcule la razón de mortalidad por sexo del municipio de Santo Domingo e interprete el resultado (tabla 2)

Tabla 1. Mortalidad general y específica por grupos de edad, municipio Santo Domingo – 2007. Tasa x 100.000 habitantes

Grupos Poblacionales	Total Población	Muertes totales	Tasa
Menor 1	2981	6	
1 a 4	2678	1	
5 a 14	5096	1	
15 a 44	9328	34	
45 a 64	4046	4	
Mayores de 65 años	3934	8	
<b>TOTAL</b>	<b>28,063</b>	<b>54</b>	

Fuente: DANE. Estadísticas vitales, 2007

Tabla 2. Mortalidad específica según sexo y grupos de edad, municipio Santo Domingo - 2007. Tasas por 100.000 habitantes

Grupos Poblacionales	Total Mujeres	Total Hombres	Muertes mujeres	Muertes hombres	Tasa mortalidad en mujeres	Tasa mortalidad en hombres
Menor 1	1453	1528	3	3		
1 a 4	1096	1582	0	1		
5 a 14	2517	2579	0	1		
15 a 44	4973	4355	9	25		
45 a 64	1944	2102	1	3		
Mayores de 65 años	1994	1940	0	8		
<b>TOTAL</b>	<b>13,977</b>	<b>14,086</b>	<b>13</b>	<b>41</b>		

Fuente: DANE. Estadísticas vitales, 2007

B. En la tabla 3 se muestran las principales causas de mortalidad infantil ocurridas en el municipio Barbacoa durante el año 2007.

1. Calcule la razón de la tasa máxima sobre la mínima e interprete el resultado.
2. Calcule la proporción de mortalidad por causa e interprete el resultado.

Tabla 3. Mortalidad infantil por causas, municipio Barbacoa – 2007. Tasas por 1.000 NV

Causa	Muertes	Proporción	Tasa
Trastornos respiratorios específicos del período perinatal	20		59,7
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	11		32,8
Otras afecciones originadas en período perinatal	9		26,9
Sepsis bacteriana del recién nacido	8		23,9
Infecciones respiratorias agudas	8		23,9
Feto y recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumas en el nacimiento	4		11,9
Deficiencias nutricionales y anemias nutricionales	4		11,9
Enfermedades infecciosas intestinales	3		9,0
<b>Total</b>	<b>67</b>		<b>200,0</b>

Nota: Nacidos Vivos en 2007: 335

### Bibliografía

- CDC. Principios de Epidemiología. Una introducción a la epidemiología y la bioestadística aplicada. Segunda edición. Versión en español INS, 2004.
- OPS/OMS. Materiales de enseñanza sobre el uso de la epidemiología en la programación de los servicios locales de salud. Serie PALTEX No. 34. Washington, D.C., 1994.
- Veeduría Distrital de Bogotá. Indicadores: Una Herramienta para el Control Social. Bogotá, D.C., 2.005. ISBN 958-33-8545-X.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 
- <sup>1</sup> OPS. Boletín Epidemiológico. Vol. 20, No. 1. Washington, DC, marzo de 1999. Pág. 15 en: <http://www.paho.org/spanish/dd/ais/bsindexs.htm>
- <sup>2</sup> Ministerio de la Protección Social. Decreto 3039 de 2007. Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010.
- <sup>3</sup> OPS. Boletín Epidemiológico. Vol. 23, No. 4. diciembre de 2002. pág. 7
- <sup>4</sup> Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). El Enfoque en la planeación del desarrollo municipal. Bogotá, D.C. 2008
- <sup>5</sup> Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). El Enfoque en la planeación del desarrollo municipal. Bogotá, D.C. 2008
- <sup>6</sup> Vega Jeannette. Enfoque de Determinantes Sociales de la Salud, orientaciones para la Agenda Social. Conferencia presentada Programa de Gerencia Social y Políticas Públicas de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO). Construyendo la nueva Agenda Social desde la mirada de los determinantes sociales de la salud. Chile, 2005. Pág. 16.
- <sup>7</sup> Giovanni Berlinguer. Determinantes sociales de las enfermedades. Revista Cubana de Salud Pública. Vol.33 no.1 La Habana Jan./Mar. 2007. ISSN 0864-3466
- <sup>8</sup> Organización Mundial de la Salud. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Resumen Analítico del informe final. Subsanan las desigualdades en una generación. 2008. disponible en: [www.who.int/social\\_determinants](http://www.who.int/social_determinants).
- <sup>9</sup> Ministerio de la Protección Social. Decreto 3039 de 2007. Plan Nacional de Salud Pública. Pág. 6.
- <sup>10</sup> Gtz. Cooperación república del Perú y República Federal de Alemania. Planificación del Desarrollo Local con Enfoque de Gestión del Riesgo. Disponible en: [http://www.americlatinagenera.org/main/index2.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=716&Itemid=99999999](http://www.americlatinagenera.org/main/index2.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=716&Itemid=99999999)
- <sup>11</sup> Rodríguez Castillo, L A. Avances, retos y oportunidades de la nueva lógica de manejo social del riesgo propuesta por el Banco Mundial. Revista Gerencia y Políticas de Salud. Vol. 2:005. ISSN 1657-7027. Bogotá, Colombia, 2003. Pág. 34-44.
- <sup>12</sup> Ministerio de la Protección Social. Estrategia Pedagógica para la implementación del Análisis de Situación de Salud. Bogotá, D.C., 2008. Documento de trabajo.
- <sup>13</sup> Rico Velasco, Jesús. Demografía Social y Salud Pública. Universidad del Valle, Cali – Colombia 1990. Pág. 11-13.
- <sup>14</sup> Departamento Nacional de Planeación, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Ministerio de Educación Nacional y Ministerio de la Protección Social. Guía para alcaldes. Marco para las Políticas Públicas y Lineamientos para la Planeación del Desarrollo de la Infancia y la Adolescencia en el Municipio. 2ª Edición.
- <sup>15</sup> Ministerio de la Protección Social. Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Bogotá, 2003. en: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/library/documents/DocNewsNo15132DocumentNo1893.PDF>

---

<sup>16</sup> Ramírez B. S., Martínez C. M., López V. Funciones esenciales de la salud pública y sus implicaciones sobre la salud bucal colectiva. Disponible en la página Web del Observatorio Nacional de la Salud Bucal y la Práctica Odontológica en: <http://onsb.udea.edu.co/images/pdf/>. Consultado el 26 de diciembre de 2008.

<sup>17</sup> Ministerio de la Protección Social. Resolución 3577 de 2006. Plan Nacional de Salud Bucal.

<sup>18</sup> Ramírez B. S., Martínez C. M., López V. Funciones esenciales de la salud pública y sus implicaciones sobre la salud bucal colectiva. Disponible en <http://onsb.udea.edu.co/images/pdf/>. Consultado el 26 de diciembre de 2008.

<sup>19</sup> Ministerio de la Protección y Social Fundación FES SOCIAL. Lineamientos de Política de salud mental para Colombia. Cali, 2005. ISBN 958-97751-1-X

<sup>20</sup> Ministerio de la Protección Social. Guía para la planeación del componente de salud mental en los planes de salud territorial. Bogotá, octubre de 2005. ISBN: 958-97695-4-3. en:

<http://www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/library/documents/DocNewsNo15133DocumentNo1895.PDF>

<sup>21</sup> Organización Mundial de la Salud. Prevención de las enfermedades crónicas: una inversión vital.

<sup>22</sup> Ministerio de la Protección Social, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Fundación Colombiana para la Nutrición Infantil (NUTRIR), Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Organización Panamericana de la Salud. Guías alimentarias para gestantes y madres en lactancia. Caracterización de la población.

<sup>23</sup> Ministerio de la Protección Social, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Fundación Colombiana para la Nutrición Infantil (NUTRIR), Guías alimentarias para la población colombiana mayor de dos años. Caracterización de la población. Bogotá, 1999.

<sup>24</sup> Secretaría Distrital de Salud. Dirección de Salud Pública. Lineamientos para la promoción de la calidad de vida en el ámbito escolar.

<sup>25</sup> Blanco Restrepo JH y Maya Mejía JM. Fundamentos de Salud Pública. Tomo I. Corporación para Investigaciones Biológicas. 2ª Edición. Colombia, 2005 Pág. 4. ISBN: 958-9400-81-7.

<sup>26</sup> Vásquez-Vaquero JL y colaboradores. Cuestionario para la evaluación de discapacidad de la Organización Mundial de la Salud (versión española del WHO-DAS II). Editorial de la Subdirección General de Información Administrativa y Publicaciones del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid, 2006.

<sup>27</sup> Departamento Nacional de Planeación. Censo 2005. boletín definición de necesidades básicas insatisfechas. Disponible en:

[http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/censo/Bol\\_nbi\\_censo\\_2005.pdf](http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/censo/Bol_nbi_censo_2005.pdf).