



**MINISTERIO DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL**

Observatorio Nacional de Equidad en Salud – ONES

Documento técnico

Dirección de Epidemiología y Demografía
2022.

Primera Versión



Ministerio de Salud y Protección Social

Dra. Carolina Corcho Mejía

Ministra de Salud y Protección Social

Jaime Hernán Urrego Rodríguez

Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

Claudia Milena Cuéllar Segura

Directora Dirección de Epidemiología y Demografía

Andrea Yanira Rodríguez Rodríguez

Coordinadora Grupo Gestión del Conocimiento y Fuentes de Información

Equipo del Observatorio Nacional de Equidad en Salud

Maylen Liseth Rojas-Botero

Salomé Valencia Aguirre

Ginna Paola Saavedra Martínez

Sonia Liliana Guzmán Rodríguez

Fredy Armindo Camelo-Tovar

Ana Beatriz Vásquez Rodríguez

Melissa Aguirre Lemus

Sergio Serna Urán

2022



Tabla de Contenido

Presentación	7
Abreviaturas.....	9
Introducción	10
1. Aproximación a la discusión conceptual.....	11
1.1 Definiciones básicas	11
1.3. Marcos conceptuales para la comprensión de los Determinantes Sociales de la Salud..	14
2. Marco normativo y referentes	25
2.1. Marco normativo internacional.....	25
2.2. Marco normativo nacional.....	26
2.3. Los observatorios de equidad en salud en Colombia y en el mundo	28
2.3.1. Referentes internacionales	28
2.3.2. Referentes nacionales	35
3. Plataforma estratégica.....	37
3.1 ¿Qué es el ONES?	37
3.2. Objetivos del ONES.....	37
3.2.1 Objetivo general.....	37
3.2.2 Objetivos específicos	37
3.3. Misión del ONES.....	37
3.4 Visión del ONES	38
3.5. Valores ONES	38
3.6. Funciones del ONES	38
3.7. Comité Técnico.....	39
4. Marco operacional	44
4.1. Modelo de gestión del conocimiento	44
4.2. Monitoreo de las desigualdades en salud	45
4.2.1. El alcance del monitoreo.....	46
4.2.2. Obtención de datos.....	47
4.2.3. Herramientas para el análisis de las desigualdades sociales en salud.....	62



4.2.4. Comunicación de los resultados.....	69
4.2.6. Participación/dinamización de redes de conocimiento	72
5. Evaluación	76
7. Referencias	81



Índice de Cuadros

Cuadro 1. Registros administrativos como fuentes de información en salud	50
Cuadro 2. Estudios y Encuestas poblacionales para la salud como fuentes de información en salud	53
Cuadro 3. Censos poblacionales como fuentes de información en salud	56
Cuadro 4. Registros administrativos y fuentes de desigualdad	57
Cuadro 5. Estudios y Encuestas poblacionales para la salud y dimensiones de desigualdad	59
Cuadro 6. Censo poblacional y dimensiones de desigualdad	61
Cuadro 7. Niveles de vinculación entre sujetos y organizaciones para la conformación de redes	73
Cuadro 8. Etapas para la conformación de una red de conocimiento	73
Cuadro 9. Información básica para la caracterización de actores	74



Índice de Figuras

Figura 1. Modelo del Campo de Salud.....	15
Figura 2. Modelo de Dahlgren y Whitehead	16
Figura 3. Modelo de selección y causación de Mackenbach	17
Figura 4. Modelo de estratificación y producción social de la enfermedad	18
Figura 5. Modelo de producción de inequidades a lo largo de la vida.....	19
Figura 6. Modelo para el análisis eco-social de la distribución de la enfermedad, la salud de la población e inequidades en salud	20
Figura 7. Modelo de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS... 21	
Figura 8. Modelo de la salud como un objeto multidimensional.....	22
Figura 9. Modelo de la Comisión Española de Determinantes de la Salud	23
Figura 10. Modelo de gestión del conocimiento para la salud pública	45
Figura 11. Ejemplo: perfil de salud de la población Indígena, y medición de desigualdades en salud. Colombia 2016.....	64
Figura 12. Ejemplo: Tendencias en la mortalidad por desnutrición en menores de 5 años y mayores de 60 años	66
Figura 13. Ejemplo Comprender las desigualdades en salud urbana: métodos y diseño del proyecto cualitativo “Heart Health Hoods”:.....	67
Figura 14. Ejemplo: Tasa de mortalidad por condición étnica, censos ronda 2000	71



Presentación

Reducir, prevenir y eliminar las inequidades en salud: la agenda del presente y el futuro

Al principio de la pandemia por COVID-19, algunos expertos interesados en promover la adherencia a las medidas de control, así como en despertar la solidaridad de toda la sociedad, hicieron afirmaciones del tipo: “el virus no distingue y afecta a cualquier persona por igual”. Esta afirmación hoy, dos años después, es esencialmente falsa. No porque el virus distinga biológicamente a quién infectar, sino porque algunas personas presentan mayor susceptibilidad a sus formas graves, y también porque existen condiciones sociales, económicas y ambientales que conllevan a un mayor riesgo de transmisión, y también una mayor probabilidad de morir; en este sentido, especialmente al principio de la pandemia, la incidencia de casos graves y la mortalidad presentó un evidente gradiente social. Los datos actuales muestran de manera clara que las personas más pobres presentaron las tasas de ataque más altas, así como la mayor mortalidad específica. Este patrón fue consistente a nivel mundial.

Las explicaciones son múltiples: condiciones laborales precarias y uso de transporte público con mayor exposición, informalidad laboral, mayor prevalencia de desnutrición y de enfermedades crónicas con menor control médico, mayores barreras de acceso a servicios de salud, y en general, determinantes sociales que afectan la posibilidad real de adherencia a las medidas de prevención, al aislamiento y el acceso a tratamiento oportuno. Estos impactos fueron agravados cuando las vacunas seguras y eficaces estuvieron disponibles, configurando así una distribución global inequitativa, lo cual profundizó las inequidades en los desenlaces de salud y además puso en riesgo a todo el planeta con el surgimiento de nuevas variantes de mayor contagiosidad.

COVID-19 es tristemente una ratificación de la base estructural de las inequidades en salud. La experiencia con COVID-19 evidenció aún más el vínculo entre las inequidades sanitarias y los determinantes sociales, económicos y políticos de la salud. El virus SARS-CoV-2 es un ser amoroso, no elige socialmente a las personas que infecta o que mata, pero las condiciones en que se organiza la sociedad humana sí determinan que su transmisión y letalidad no se distribuya de forma homogénea, lo que explica que al final sus impactos sigan el mismo gradiente social de otras muchas condiciones de salud, lo que sin duda es injusto, y por ende constituyen inequidades estructurales que es necesario reducir y prevenir por razones éticas si queremos ser coherentes con los valores que compartimos como sociedad. COVID-19 puso en evidencia también las inequidades derivadas de las diferencias en las capacidades de los servicios de salud, y en las capacidades básicas de salud pública, siendo estas también fuente y potenciadoras de las inequidades en salud.

Reducir las inequidades estructurales que determinan la salud es una de las principales tareas que los sistemas de salud, la Salud Pública y la sociedad entera, y como eje estratégico debe ser priorizado en las siguientes décadas. No es una tarea que pueda realizar solamente el sector de salud, las bases mismas de estas inequidades están determinadas por la organización del sistema económico, el régimen laboral, la



política ambiental y las políticas sociales. Abordarlas debe ser un propósito intersectorial, no solo porque las inequidades son injustas, sino porque, como lo demuestra la pandemia, son costosas para toda la sociedad, nos hacen vulnerables a todos, afectan nuestro desempeño en todos los sectores, y hacen más difícil el bienestar colectivo, incluso para aquellos más privilegiados.

Las agendas globales, regionales y locales deben entonces afrontar las inequidades de forma transversal a las políticas y a la acción intersectorial en Salud Pública. Es en este contexto que surge el Observatorio Nacional de Equidad en Salud -ONES-. Se trata de un esfuerzo institucional para sistematizar, analizar, divulgar y reflexionar sobre las inequidades en las múltiples dimensiones del proceso de salud – enfermedad – atención - muerte. Este Observatorio permitirá monitorizar el impacto de políticas públicas tendientes a prevenir, reducir y eliminar las desigualdades sociales en salud, entre ellas el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031, los programas de Salud, pero también el alcance de metas globales como los Objetivos de Desarrollo Sostenible, evaluar los progresos de las acciones en Salud Pública, y hacer evidentes las brechas persistentes que necesitan ser afrontadas para que todos los actores de la sociedad, incluyendo los ciudadanos y las organizaciones de sociedad civil, pueden coparticipar en la lucha común para reducir o eliminar las inequidades en salud.

El Observatorio Nacional de Equidad en Salud surge justo en el marco de la mayor emergencia sanitaria global de la historia reciente, son muchos los aprendizajes y nuevos desafíos que debe enfrentar ahora la sociedad, y deberá acompañar las prolongadas secuelas sociales que la crisis social, económica y sanitaria causa por la pandemia ha dejado, cuyos efectos pueden durar varios años o incluso décadas. La medición y evaluación de estas inequidades no es una tarea fácil, por esto el observatorio parte de una base teórica sólida, y recurre a diversas metodologías para generar información pertinente para la sociedad que permita tomar decisiones, pero sobre todo, entender la naturaleza y configuración de estas inequidades, para que, entendiéndolas mejor, podamos conjuntamente trabajar para prevenirlas, reducirlas y eliminarlas.

Julián Alfredo Fernández Niño

Ex Director de Epidemiología y Demografía



Abreviaturas

CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
COVID-19	Coronavirus por SARS COV
DANE	Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas
DSS	Determinantes Sociales en Salud
EEVV	Estadísticas Vitales
MSPS	Ministerio de Salud y Protección Social
MinTic	Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones de Colombia
ODS	Objetivo de Desarrollo Sostenible
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
ONES	Observatorio Nacional de Equidad en salud
OTIC	Oficina de Tecnología de la Información y la Comunicación
PAI	Programa Ampliado de Inmunización
RUAF	Registro Único de Afiliación Nacimientos y Defunciones
RIPS	Registro Individual de Prestación de Servicios
SIVIGILA	Sistema de Vigilancia en Salud Pública



Introducción¹

El mundo es hoy más desigual que en cualquier otro período desde la Segunda Guerra Mundial y esta desigualdad pone en peligro las bases del desarrollo, el progreso y la paz (1). Esas desigualdades en la distribución de la riqueza, el poder y el prestigio en nuestras sociedades impactan directa e indirectamente sobre las posibilidades de las personas y comunidades para alcanzar el mayor grado de bienestar posible. Así, las grandes desigualdades en los determinantes sociales de la salud producen y reproducen desigualdades en la salud entre individuos y colectivos.

Debido a esto, la agenda política mundial ha identificado la urgente necesidad de eliminar la desigualdad social extrema dentro y entre países, y no solo erradicar la pobreza extrema, como antes se procuraba (2); de hecho, desde la Organización Panamericana de la Salud (OPS) se ha declarado que *“la equidad social es la cosa más necesaria en el mundo para lograr una mejor salud”* (3).

De otro lado, pese a los avances recientes –anteriores a la pandemia por COVID-19–, Latinoamérica y el Caribe continuaba siendo la región más desigual del mundo (4). Y en su interior, Colombia resalta por sus importantes brechas en la distribución de la riqueza y del ingreso. Esta desigualdad amenaza la gobernabilidad, la institucionalidad política, el equilibrio de la democracia, las bases del desarrollo, la paz (5), y por supuesto, las condiciones de salud de la población colombiana.

En este sentido, y en consecuencia con la tercera recomendación de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS): “Medir la magnitud del problema, analizarlo y evaluar los efectos de las intervenciones” (6), nace, desde el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, el Observatorio Nacional de Equidad en Salud (ONES) como un escenario de gestión del conocimiento para la generación, consolidación y difusión de información, evaluación de políticas públicas y trabajo en red, que posibilite la reflexión acerca de posibles soluciones para reducir o eliminar las desigualdades injustas y evitables.

En este documento se presentan las características técnicas del ONES, el marco conceptual adoptado, los referentes normativos, la plataforma estratégica y el marco operacional, incluyendo los ejes de desigualdad y las líneas temáticas de análisis que dan norte al quehacer del Observatorio.

Desde la Dirección de Epidemiología y Demografía, del Ministerio de Salud y Protección Social esperamos que este sea un espacio dinámico y continuo de trabajo en red, apropiado por todos los actores interesados en la comprensión de las inequidades sanitarias y de sus implicaciones sobre el bienestar de la población, y en la agenda de política pública orientada a la equidad en salud.

¹ El presente documento se encuentra en un proceso de revisión por pares externos.



1. Aproximación a la discusión conceptual

1.1 Definiciones básicas

Brecha

Es la diferencia entre dos (y solo dos) grupos sociales, usualmente extremos. Pueden calcularse brechas absolutas y relativas, las cuales son denominadas mediciones simples de desigualdad (7).

Desigualdad

Son diferencias objetivas que pueden constatare mediante el simple recurso de comparar dos o más objetos (8).

Desigualdades sociales en salud

Diferencias en salud sistemáticas y potencialmente evitables que se presentan entre grupos según la raza/etnia, el color de piel, la religión o la nacionalidad; recursos, posición socioeconómica, clase social, género, orientación sexual, identidad de género; edad; geografía, discapacidad, afiliación política o de otro tipo. Esas categorías reflejan ventajas o desventajas sociales cuando determinan la posición de un individuo o grupo en una jerarquía social (9).

Otros han indicado que las desigualdades sociales en salud " (...) Hacen referencia a desigualdades que se manifiestan en indicadores relacionados con la salud (tasas de morbilidad, tasas de mortalidad, acceso y uso de servicios de salud, disponibilidad de recursos sanitarios u otros del mismo tenor) entre grupos o clases sociales". (8)

Desventaja social

Condiciones sociales, económicas o políticas desfavorables que algunos grupos de personas experimentan sistemáticamente en función de su posición relativa en las jerarquías sociales (9).

Determinantes sociales de la salud

Circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Estas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas (10).



"Los determinantes sociales de la salud son los factores sociales, políticos y económicos interrelacionados que crean las condiciones en que las personas viven, aprenden, trabajan y juegan. La intersección de los determinantes sociales de la salud hace que estas condiciones se desplacen y cambien con el tiempo, y a lo largo de la vida, impactando la salud de individuos, grupos y comunidades de diferentes maneras" (11).

Los determinantes sociales de la salud son las estructuras sociales, económicas, políticas y culturales que configuran las condiciones concretas en que nacen, viven, trabajan, y desarrollan sus vidas los grupos con diferentes posiciones en dicha estructura social.

Equidad en salud

Oportunidad para alcanzar pleno potencial de salud y que nadie esté en desventaja de alcanzar este potencial debido a su posición social o cualquier otra circunstancia determinada socialmente.

Minimización de las desigualdades evitables en salud y sus determinantes, incluidos, entre otros, la atención médica entre grupos de personas que tienen diferentes niveles de privilegios o distintos niveles de poder, riqueza o prestigio debido a sus posiciones en la sociedad con relación a otros grupos (12).

Inequidad en salud

Las inequidades en salud son desigualdades innecesarias, injustas y evitables en los resultados en salud entre grupos poblacionales socialmente constituidos, relacionadas con las condiciones de desventaja social (13).

"Son las diferencias injustas en la salud de las personas de diferentes grupos sociales y pueden asociarse con distintas desventajas, como la pobreza, la discriminación y la falta de acceso a servicios o bienes" (7).

Gradiente

Son diferencias cuya magnitud aumenta o disminuye a lo largo de toda la jerarquía social (7).

Justicia Social

La justicia social es un concepto complejo que abarca temas como la igualdad social, la igualdad de oportunidades, la pobreza, las reivindicaciones laborales. El feminismo, entre otros, que tiene como norte común la construcción de una sociedad más equitativa y menos desigual. Reflexiona sobre lo que es correcto o justo en la distribución de bienes, poder y recursos en una sociedad (14).

Habitualmente y desde el campo sanitario, cuando se trata de aplicar las teorías de la justicia, se hace referencia a la justicia distributiva (15), donde toma sentido la discusión sobre los principios que se utilizan para asignar recursos, y sobre la clase de Estado que lleva a cabo la distribución (16).



Desventaja Social

Condiciones sociales, económicas o políticas desfavorables que algunos grupos de personas experimentan sistemáticamente en función de su posición relativa en las jerarquías sociales. Es una capacidad restringida para participar plenamente en la sociedad y disfrutar de los beneficios del progreso. Se refleja, por ejemplo, en los bajos niveles de riqueza, ingresos, educación o rango ocupacional, o por una menor representación en altos cargos políticos (17).

1.2. Breve historia del estudio de las desigualdades sociales en salud

El estudio de las desigualdades sociales en salud ha presentado un incremento acelerado a partir de los años noventa. Mientras que antes de este momento no se alcanzaba las 100 publicaciones anuales, en 2003 el volumen anual de publicaciones superó las 1.000 y continuó creciendo hasta alcanzar alrededor de 7.000 publicaciones en 2017 (18).

En el periodo comprendido entre 1900 y 1965, se hizo un avance sustancial en el desarrollo de fundamentos teóricos y metodológicos para el estudio de las desigualdades en salud. Estos trabajos contribuyeron al desarrollo del marco de "la salud como derecho humano", los enfoques metodológicos para los análisis estadísticos sobre la distribución espacial y social de la salud, así como las métricas de salud y teorías de la clase social. Estas teorías permitieron clasificar los grupos sociales y también explicar las razones subyacentes de la desigualdad en salud entre los grupos más y menos favorecidos.

En este mismo periodo un hito determinante fue el establecimiento de los principios esenciales para la equidad en salud dado por la Organización Mundial de la Salud (1946) y la Asamblea General de las Naciones (1984), al establecer que: *"como un derecho humano fundamental, todo ser humano tiene derecho al más alto nivel de salud alcanzable sin la distinción de raza, religión, creencias políticas, condición económica o social"* (19–21).

Entre 1991 y 2005 aparece la "epidemiología social" como subdisciplina de la epidemiología. Durante este periodo la OMS adoptó el "Concepto y principios de equidad en salud" y se entendió la epidemiología social como una disciplina biosocial que aborda los efectos de la clase social en la salud (22). Uno de los trabajos más representativos fue el artículo de Michael Marmot "Determinantes sociales de las desigualdades en salud" en nombre de la Comisión de la OMS sobre Determinantes Sociales de Salud (23), en el cual se insiste en considerar el problema de inequidad en salud más allá del alcance tradicional de servicios de atención médica.

Durante 2006 y 2018 las publicaciones sobre desigualdades en salud continuaron creciendo, pero con un incremento menos marcado. También se refinaron los métodos para los estudios de equidad en salud y se hicieron llamados más contundentes que solicitaban acciones concretas frente a los Determinantes Sociales en Salud.



1.3. Marcos conceptuales para la comprensión de los Determinantes Sociales de la Salud

Las concepciones que ponen su foco sobre la idea de una salud individual (24) derivan en lo que Diez-Roux (1998) (25) llamó la “*individualización*” progresiva del riesgo y terminan por desconocer que al agrupar los individuos, emergen características que son imposibles de observar de otra forma y, que a fin de identificar los determinantes de la ocurrencia de las enfermedades, también es necesario buscar la exposición a partir de variables poblacionales y sociales; no individuales, puesto que éstas solo pueden dar cuenta de la susceptibilidad individual, y pueden no ser suficientes para responder las preguntas que se formulan desde la salud pública (26).

Aproximaciones más comprehensivas del concepto de la salud no solo abordan la necesidad del individuo de responder adecuadamente a las demandas fisiológicas que le impone el entorno, sino que reconocen que las condiciones en que se desarrolla la vida son determinantes para la génesis de la enfermedad (24). En la declaración de Yakarta, sobre la promoción de la salud en el siglo XXI, se describe como requisitos para la salud poblacional “*la paz, la vivienda, la educación, la seguridad social, las relaciones sociales, la alimentación, el ingreso, el empoderamiento de la mujer, un ecosistema estable, el uso sostenible de recursos, la justicia social, el respeto de los derechos humanos y la equidad*” (27).

Múltiples han sido las aproximaciones para explicar la compleja red de interacciones políticas, económicas y sociales que subyacen el continuo salud-enfermedad a nivel poblacional. La revisión documental de Caballero et al. (2012) se centró en siete modelos conceptuales considerados como influyentes durante la segunda reunión de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (28), mientras que Hosseini et al. (2017) identificaron 21 modelos relevantes en lengua inglesa para abordar los determinantes.

A continuación, y sin la pretensión de hacer una revisión exhaustiva, se presenta en orden cronológico de aparición de algunas aproximaciones significativas (29).

El modelo holístico de Laframboise-Lalonde (1973)

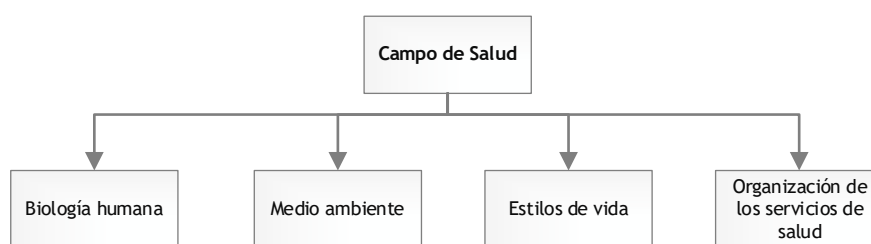
El concepto de campo de salud presentado por Hubert Laframboise (1973) y desarrollado por Mark Lalonde en su clásico “*A new perspective on the health of Canadians*” (1974) fue planteado con dos objetivos principales: mejorar la comprensión de los factores que contribuyen en el proceso salud-enfermedad y facilitar la identificación de cursos de acción orientados a mejorar las condiciones de salud de la población (Lalonde, 1974). La propuesta del modelo se basa en la subdivisión de la salud en sus componentes principales para facilitar su análisis y evaluación (31).

El marco que se presenta está compuesto por cuatro divisiones primarias: la biología humana, el medio ambiente, los hábitos o estilos de vida y la organización de los servicios de salud. La biología humana incluye todos los aspectos físicos y mentales, la maduración, el envejecimiento y la carga genética de los individuos. La categoría de entorno o medio ambiente hace referencia a todos aquellos factores externos

al cuerpo humano sobre los cuales el individuo tiene nulo o muy poco control (por ejemplo, que la comida o medicamentos sean seguros o no estén contaminados); las exposiciones asociadas a factores como agua, aire, disposición de residuos y el entorno social (31,32).

Los estilos de vida hacen referencia al conjunto de decisiones tomadas por un individuo que pueden afectar su salud y sobre las que las personas sí tienen más o menos control, esto en atención a que las decisiones con implicaciones sanitarias negativas terminan por imponer una carga de riesgo adicional sobre quien las asume y viceversa. Finalmente, la organización de los servicios de salud se refiere a la cantidad, calidad y disponibilidad de los recursos sanitarios para la atención de la enfermedad (31,32).

Figura 1. Modelo del Campo de Salud



Fuente: Tomado de Dever (1991) (33).

Modelo socioeconómico de la salud – Dahlgren y Whitehead (1991)

El modelo, propuesto inicialmente dentro de un documento estratégico de la Oficina Europea de la OMS, presenta una realidad anidada donde las personas, con sus características específicas (edad, sexo y carga genética) interactúan con una serie de factores estructurados en capas organizadas de tal forma que las condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales se encuentran en la parte más distal del diseño (Capa 1), seguidas por las condiciones materiales en que las personas viven y trabajan (educación, empleo, saneamiento básico, servicios de salud y características de la vivienda (Capa 2). Factores relacionados con la cohesión social (amigos, familia) se encuentran en la tercera capa y, finalmente, los estilos de vida individuales se categorizan en el nivel más proximal o cercano a los individuos en la cuarta capa (34).

Para estructurar el modelo los autores tomaron en cuenta la interacción de los factores psicosociales y materiales en función de la fase del ciclo vital de cada individuo para explicar cómo las características de los niveles más altos afectan las condiciones de las capas inferiores. Desde la perspectiva de los autores, una mejor posición socioeconómica afecta positivamente las condiciones de la segunda capa positivamente y esto a su vez tendrá resultados deseables sobre las redes sociales de las personas y sobre su posibilidad de elegir estilos de vida más saludables, mientras que, en contraste, condiciones socioeconómicas desfavorables llevarán a desenlaces menos satisfactorios en niveles inferiores y generarán aumento del riesgo de desenlaces negativos en salud (34).

Figura 2. Modelo de Dahlgren y Whitehead



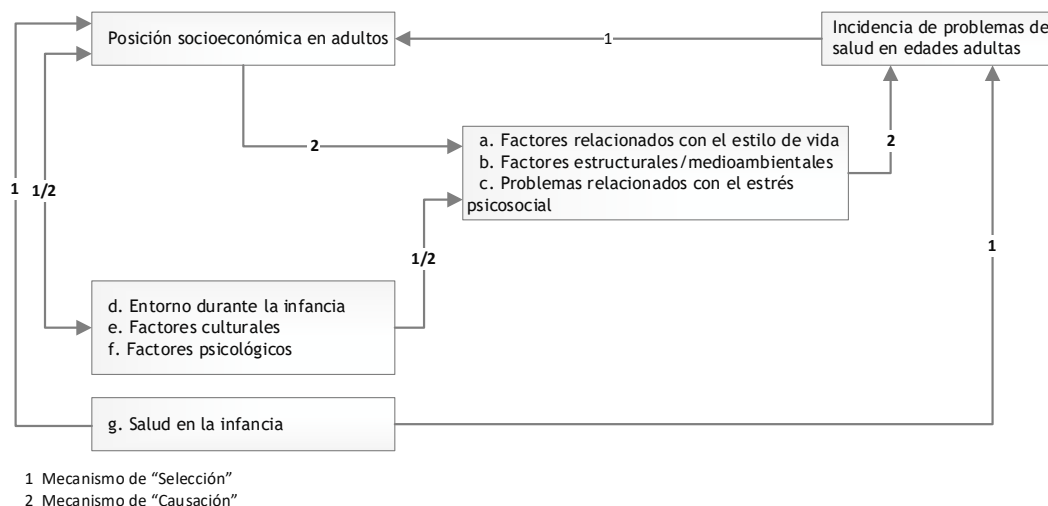
Fuente: Tomado de Dahlgren y Whitehead (2006) (34)

Modelo de Mackenbach: selección y la relación de causalidad (1994)

El modelo de Mackenbach y colaboradores (1994) propone la existencia de dos mecanismos que subyacen a la aparición de desigualdades sociales en salud desde un enfoque de curso de vida: el mecanismo de “selección” [1], mediante el cual la salud influencia la posición socioeconómica mediante la movilidad social relacionada con la salud y, el mecanismo de “causación” [2] donde la posición socioeconómica influencia la salud mediante la distribución diferencial de algunos factores de riesgo.

Según los autores, los procesos de selección se dividen en efectos de la salud en la infancia sobre la movilidad social intergeneracional y efectos de la salud de los adultos sobre su posición socioeconómica tras haber ingresado al mercado laboral. En tanto, los mecanismos de causación se agrupan en estilos de vida relacionados con salud, factores del entorno, y factores psicosociales y relacionados con el estrés (35).

A partir de la interacción de estos mecanismos, la salud en la infancia de un individuo tendrá implicaciones en su posición socioeconómica y en el desarrollo de problemas de salud en la edad adulta [1]. Al mismo tiempo, la posición social del adulto condicionará los factores de causación a los que estará expuesto y estos determinarán su estado de salud [2], que a su vez tendrá implicaciones sobre su posición socioeconómica [1] y finalmente, el entorno durante la infancia, la cultura y los factores psicológicos estarán implicados al mismo tiempo en los mecanismos de causación y selección inter-generacional vía posición socioeconómica de los padres con resultados en la edad adulta de sus hijos (35).

Figura 3. Modelo de selección y causación de Mackenbach

Fuente: Traducido de Mackenbach, van de Mheen, & Stronks (1994) (35)

Modelo de la estratificación y producción social de la enfermedad -Diderichsen, Evans y Whitehead (2002)

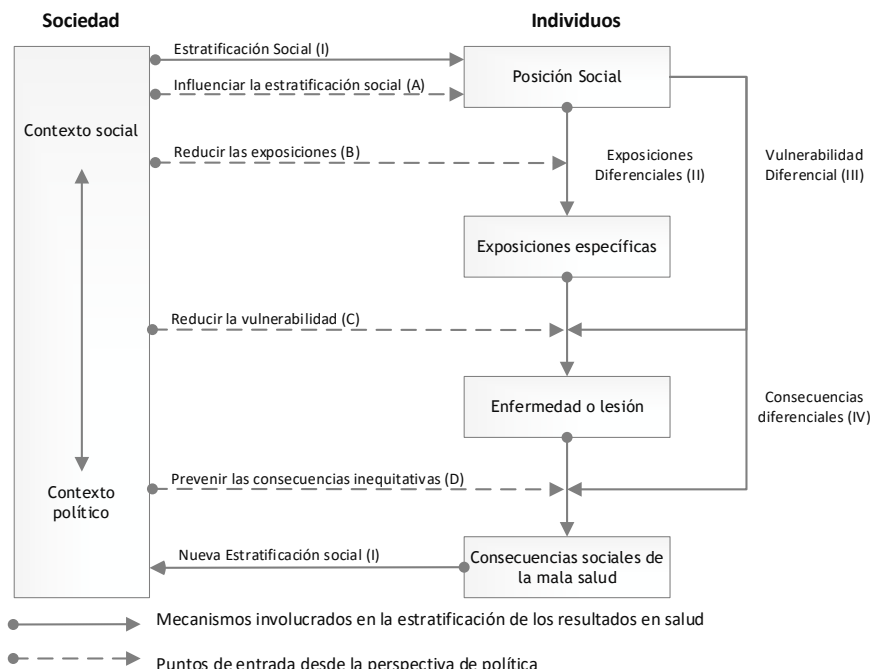
El modelo propuesto por Diderichsen y Hallqvist en 1998 y retomado por Diderichsen, Evans, & Whitehead (2001) enfatiza que los factores de riesgo están estrechamente asociados con la posición que un individuo ocupa en la sociedad. Es decir, que las vías fisiológicas que conducen a la enfermedad están intrínsecamente ligadas a la forma en que la sociedad se encuentra estructurada. La propuesta de los autores describe cuatro mecanismos mediante los cuales la estratificación social genera un gradiente en el estado de salud de los individuos y establece un marco de acción político para mitigar las consecuencias de estas circunstancias (36).

Desde esta óptica los individuos se ven influenciados por la posición que ocupan dentro de la sociedad y esta posición está determinada por características como la ocupación, la educación, el género, la raza, entre otros. Como resultado de esta posición relativa se genera un gradiente en la estratificación social [I], que varía entre contextos sociales y da origen a exposiciones diferenciales² [II], que a su vez interactúan con otras causas y riesgos presentes en el individuo³, dando origen a vulnerabilidades diferenciales [III] y consecuencias sociales y económicas diferenciales de la mala salud [IV] entre grupos e individuos (36).

² Condiciones de vida y trabajo

³ Sexo, edad, carga genética, entre otros.

Figura 4. Modelo de estratificación y producción social de la enfermedad



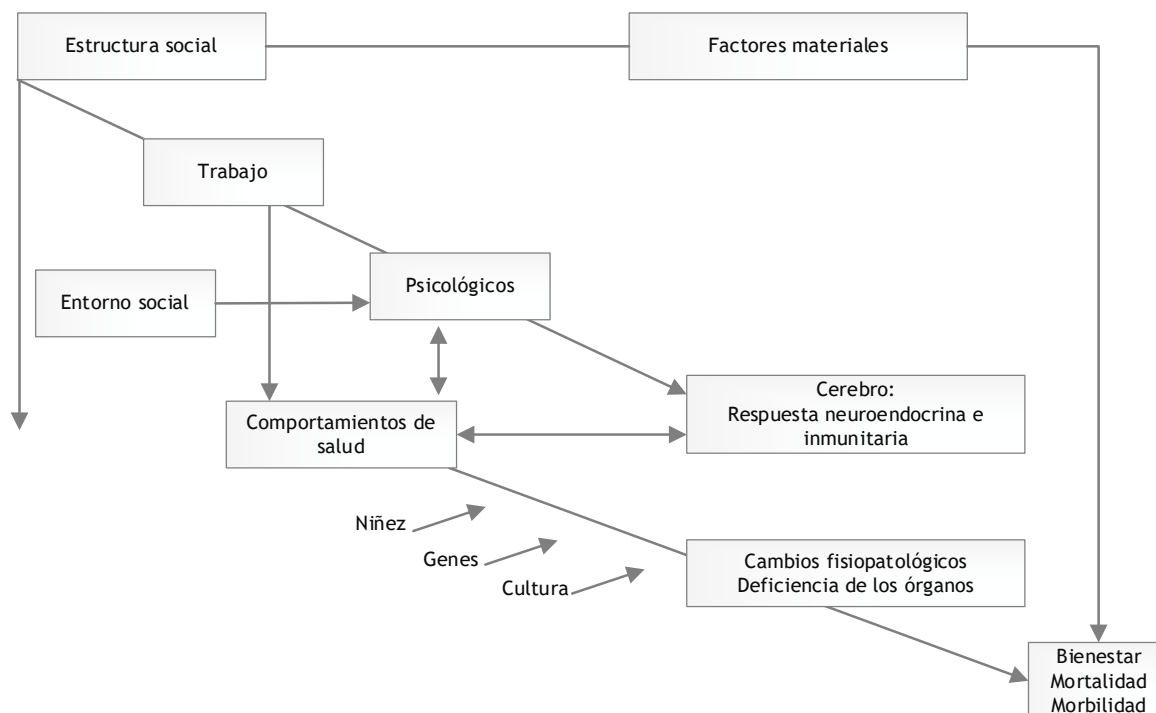
Fuente: Traducido de Diderichsen, Evans, & Whitehead (2001) (36)

Modelo de producción de inequidades a lo largo de la vida – Marmot y Wilkinson (2006)

El modelo de Marmot y Wilkinson se configura como una herramienta para la orientación de políticas públicas. Articula el proceso salud-enfermedad a través de vías materiales, psicológicas, conductuales y genéticas desde un enfoque de curso de vida, resaltando la importancia de la primera infancia (37). Los autores proponen un marco que busca reconciliar la propuesta de la medicina curativa con las acciones preventivas que se ejecutan en el marco de los programas de salud pública en atención a que la estructura social (parte superior izquierda del diagrama) influye sobre las condiciones de bienestar, morbilidad y mortalidad (parte inferior derecha del diagrama). Estas influencias operan a través de las circunstancias materiales y a través del entorno de trabajo, que dan forma a los factores psicológicos del individuo y a los comportamientos relacionados con la salud. Adicionalmente, rescatan que las experiencias tempranas de la vida, la cultura y los factores genéticos ejercen un rol fundamental para el desarrollo y mantenimiento de la salud (37).

Con esto en mente, la propuesta de los actores centra su rol en el papel que cumplen las políticas públicas para configurar un entorno social saludable. Destacan especialmente el papel de la crianza, la nutrición, adicciones, desempleo, pobreza y el entorno laboral, que en últimas son escenarios susceptibles de modificación mediante la acción conjunta del Estado (30).

Figura 5. Modelo de producción de inequidades a lo largo de la vida



Fuente: Tomado de Marmot & Wilkinson (2006) (37)

Modelo Eco-social

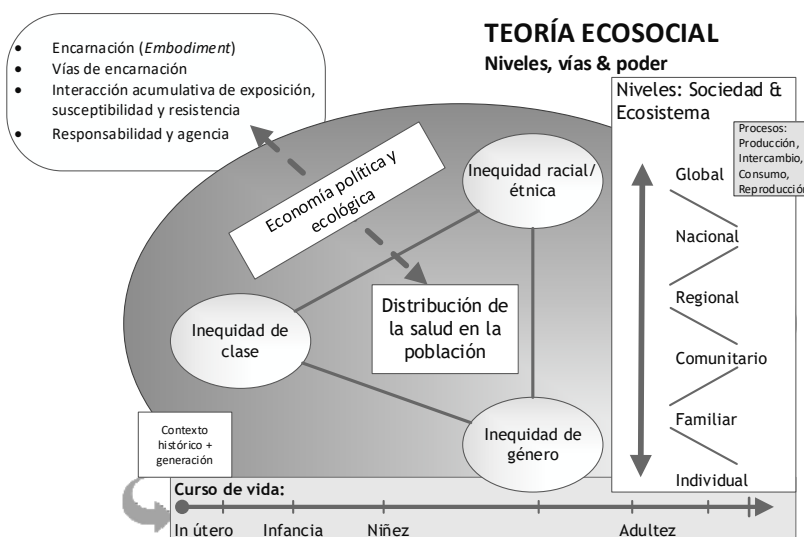
La propuesta de Krieger (2001) presenta una ruptura con las estructuras jerárquicas (proximal-distal) que hasta entonces se venían utilizando para representar las relaciones causales en el proceso salud-enfermedad. En este sentido, su modelo presenta una estructura que rompe con las lógicas mecanicistas donde una causa genera a la siguiente y a la siguiente hasta que se presenta un resultado en salud (38).

En contraste, el esquema propone una metáfora visual donde las condiciones que dan origen a la enfermedad cuentan con vías causales que operan en diferentes niveles⁴ y escalas espacio-temporales. Estas relaciones, desde la perspectiva de la autora, se han configurado históricamente a partir de relaciones de poder, condiciones materiales y procesos sociales y biológicos que guardan una estrecha relación con la política, la economía y la ecología de los grupos humanos. Desde esta óptica, la distribución desigual del bienestar, la salud y la enfermedad en la población son el resultado de la ‘encarnación’ del contexto social y ecológico de una población (39).

⁴ Desde los niveles moleculares y sub moleculares hasta el nivel de la sociedad, pasando por células, órganos, individuos, familias y comunidades.

Con la finalidad de aclarar los conceptos expresados en la teoría, el modelo acuña el término ‘*encarnación*’ (*embodiment* en inglés), que hace referencia a la forma en que los cuerpos incorporan biológicamente el mundo social en el que vivimos. Este proceso se gesta a través de las denominadas ‘*vías de encarnación*’⁵ o caminos causales a través de los cuales se incorporan/encarnan las ‘*interacciones acumulativas de exposiciones, vulnerabilidades y resistencias*’ como fenómenos biológicos y sociales. Finalmente, la responsabilidad y la agencia hacen referencia a quién y qué es responsable tanto de la existencia de las desigualdades sociales en salud como de su mitigación en el escenario que suponen las vías de encarnación (39,40).

Figura 6. Modelo para el análisis eco-social de la distribución de la enfermedad, la salud de la población e inequidades en salud



Fuente: Traducido de Krieger (2008) (39)

Modelo de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS)

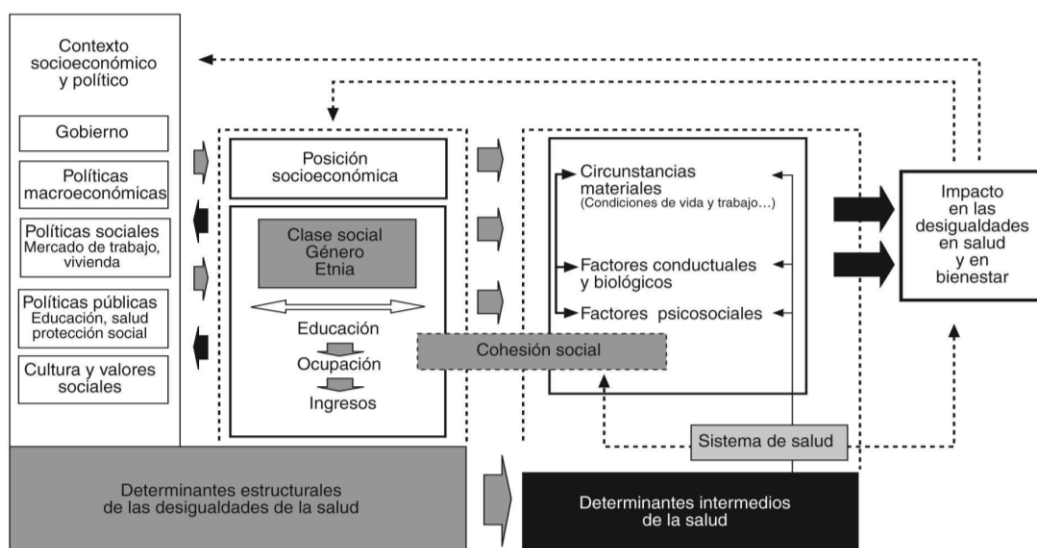
El modelo, liderado por Michael Marmot (41), se basa en el imperativo ético de promover la equidad en salud entendida como la ausencia de diferencias injustas y evitables en la salud de poblaciones determinadas social, económica, demográfica o geográficamente (10). El marco muestra cómo los mecanismos sociales, políticos y económicos dan origen a un conjunto de posiciones sociales que están estratificadas de acuerdo con el ingreso, la educación, la ocupación, el género y la raza/etnia. Estas posiciones socioeconómicas dan forma a los determinantes específicos de la salud o determinantes

⁵ Las vías de encarnación están estructuradas al mismo tiempo por la configuración social del poder, la propiedad y los patrones de producción, consumo y reproducción y; por las restricciones propias de la biología humana, que están moldeadas por la evolución de la especie, el contexto ecológico y condiciones epigenéticas específicas.

intermedios que se reflejan en las posiciones específicas de las personas en la jerarquía social, determinando exposiciones y vulnerabilidades específicas en cada grupo social (10).

La Comisión propone tres grandes categorías para el análisis i) los determinantes estructurales de las desigualdades sociales de la salud, ii) la posición socioeconómica y otros estratificadores sociales y iii) los determinantes intermedios de la salud.

Figura 7. Modelo de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS



Fuente: Tomado de Commission on Social Determinants of Health (2010) (10)

En el esquema, los determinantes estructurales de las desigualdades sociales en salud están conformadas por el contexto socioeconómico y político, y por los estratificadores. El contexto socioeconómico y político está definido de forma general para incluir todos los mecanismos políticos y sociales que pueden generar, configurar y mantener las jerarquías sociales (gobierno, políticas macroeconómicas, políticas sociales, políticas públicas, cultura y valores). Estos mecanismos estructurales definen las jerarquías sociales relacionadas con la distribución del poder y del prestigio, el acceso a los recursos y oportunidades en la sociedad. Desde la perspectiva de los autores, estos estratificadores operan a través de un conjunto de determinantes intermedios que dan forma a los resultados en salud de individuos y grupos poblacionales (circunstancias materiales, factores conductuales y biológicos y factores psicosociales, así como la estructura y el funcionamiento del sistema de salud) (10).

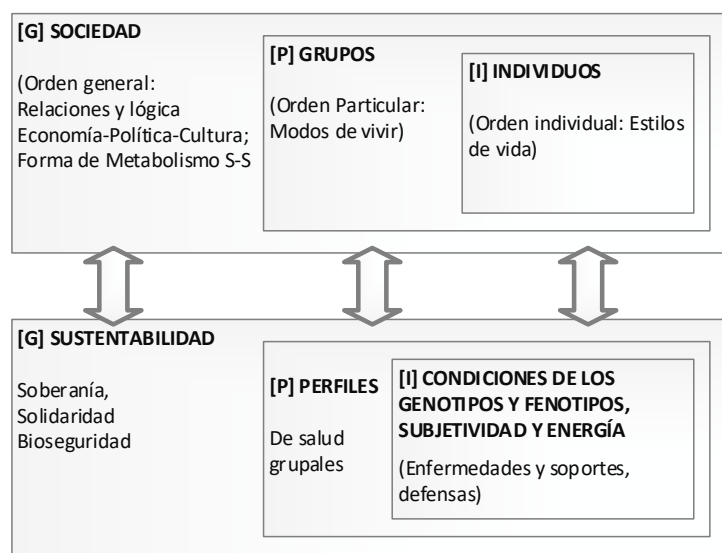
Modelo de determinación social de la salud – Jaime Breilh (2010)

El concepto de *Determinación Social de la Salud*, desarrollado en la década de los 70 del siglo pasado, se circunscribe dentro de la epidemiología crítica Latinoamericana, que toma elementos del Marxismo Ortodoxo y la perspectiva epistemológica de Bourdieu para confrontar las aproximaciones teóricas positivistas que conciben la relación sujeto-objeto (salud) desde una perspectiva estática y distante (42).

Las apreciaciones del autor sitúan la visión epidemiológica clásica como desprovista de contexto y dinamismo, incapaz de dar cuenta de la polisemia de la salud y la complejidad de los determinantes detrás de los patrones de aparición y distribución de la enfermedad y la muerte (42).

La perspectiva del autor ofrece una alternativa para la transformación de la epidemiología, a fin de constituir la como una herramienta de movilización y transformación social, cuyo objeto sea la defensa de la vida; por lo tanto plantea una ruptura epistémica con el conocimiento cartesiano del ‘dato’ y pretende envestir la labor epidemiológica de sus raíces humanas y desburocratizar su quehacer, que desde una perspectiva crítica se ha convertido en una herramienta para mantener el *Statu Quo* de los poderes hegemónicos, llegando incluso a ir en contra de los pueblos por los que debería trabajar (42,43).

Figura 8. Modelo de la salud como un objeto multidimensional



Fuente: Tomado de Breilh (2013) (43)

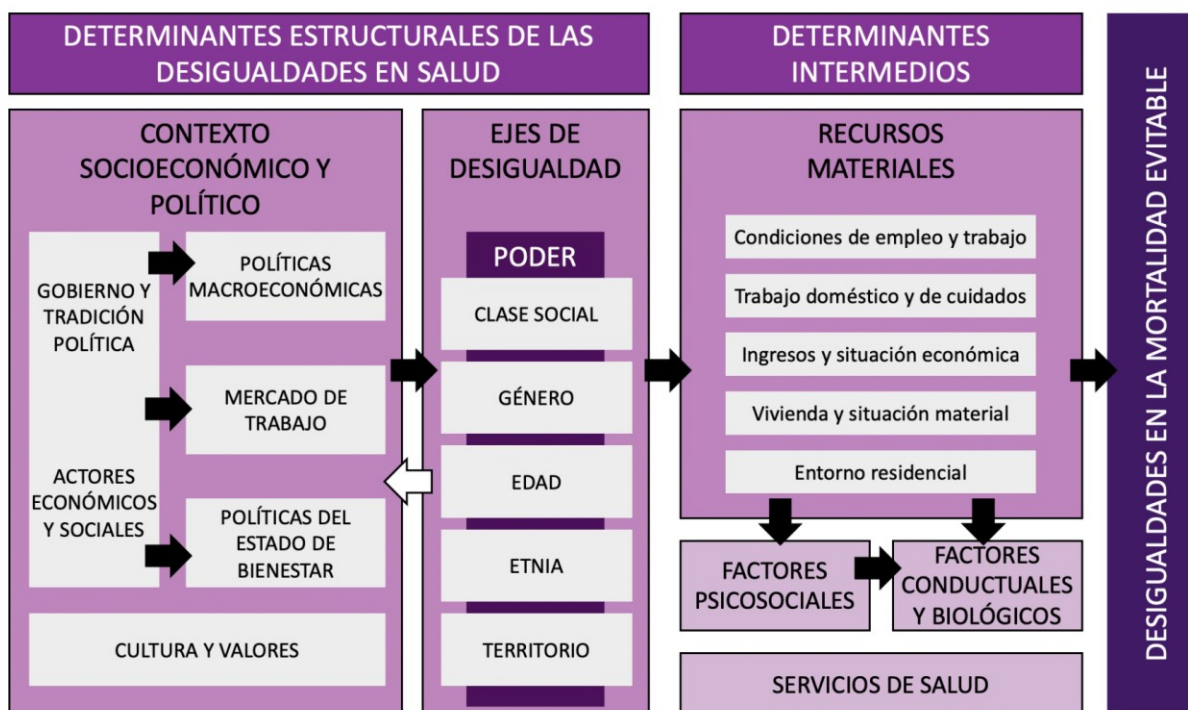
Partiendo de este entendido el autor se aparta del modelo propuesto por la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS, ya que el objetivo que propone no es el de favorecer la gobernanza. Su propuesta se centra en la emancipación de los pueblos de los regímenes centrados en la acumulación de la riqueza para la construcción de una sociedad sustentable, soberana, solidaria y biosegura (43).

Marco de la Comisión para reducir las desigualdades sociales en salud de España

La Comisión para reducir las desigualdades sociales en salud de España, al igual que la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS, plantea un modelo que fundamenta su visión de las desigualdades sociales en salud en la definición propuesta por Whitehead, y las comprende como diferencias injustas y evitables entre grupos poblacionales que están definidos social, económica, demográfica o geográficamente; estas, son el resultado de las formas desiguales en las que se distribuyen las oportunidades y los recursos entre las personas de acuerdo con su clase social, sexo, área de residencia

y su raza/etnia, que derivan en condiciones que van en detrimento de los resultados en salud de los grupos menos favorecidos de la escala social (44).

Figura 9. Modelo de la Comisión Española de Determinantes de la Salud



Fuente: Tomado de Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2015) (44)

Sin embargo, la operativización del modelo que propone el equipo español parte de una lógica complementaria que, aunque guarda gran parecido con el modelo de la OMS, incluye categorías adicionales y mayor detalle. Por ejemplo, reorganiza las perspectivas políticas de los determinantes estructurales e incluye el territorio y la edad como ejes de desigualdad, entendiéndolos como mecanismos a través de los cuales se expresan el poder, el prestigio y el acceso a los recursos en la sociedad (44).

Finalmente, el modelo agrega al esquema de la OMS, en la sección de determinantes intermedios, una mayor desagregación y da mayor importancia a las condiciones de empleo y trabajo, el trabajo doméstico no remunerado, el nivel de ingresos y el entorno residencial de los individuos; sin embargo, mantiene las características psicosociales, así como los factores conductuales y biológicos y el sistema de salud (44), al tiempo que elimina la cohesión y el capital social como determinante social de la salud y de las desigualdades sanitarias.

Después de revisar estos modelos conceptuales, el Observatorio Nacional de Equidad en Salud adaptará un modelo específico, pensado para el contexto colombiano, en el que se consideren aspectos que generan



estratificación social, y que determinan la distribución de la riqueza, el poder y el prestigio en el país. Aspectos como la violencia, el conflicto socio-político, la migración y el rol del sistema de salud serán considerados en el proceso de construcción.

Se espera que el producto de las discusiones sea publicado por parte del equipo técnico del Observatorio, en articulación con la academia y asesores regionales de la Organización Panamericana de la Salud, y que oriente los análisis de desigualdad y equidad adelantados por el ONES.



2. Marco normativo y referentes

El contexto normativo que soporta el ejercicio del Observatorio Nacional de Equidad en Salud encuentra sus bases en el imperativo ético que todas las personas, sin distingo de sexo, edad, etnia o ingreso, puedan alcanzar el máximo nivel de salud posible. Resulta claro en ese sentido que la normativa que establece los marcos institucionales y políticos para la garantía de la igualdad y la dignidad humana son aquellas que proveen las bases para el ejercicio del Observatorio.

A continuación, y sin la pretensión de hacer una revisión exhaustiva de la normatividad, se presentan algunos de los principales referentes regulatorios nacionales e internacionales que se relacionan con el quehacer del ONES.

2.1. Marco normativo internacional

Norma	Objeto	Observación
Constitución de la Organización Mundial de la Salud (1946) (19)	“Establecer el concepto de salud y compromete a los países que están en acuerdo con la carta de Naciones Unidas.”	Define la salud como un estado completo de bienestar y establece que el goce del estado máximo de salud debe ser igual para todos los seres humanos sin distinción.
Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948) (45)	Documento de la “proclamación y adopción de la Asamblea General de la Naciones Unidas, y se establecen los compromisos de los países miembros a promover, enseñar, educar y respetar los derechos y libertades humanas”.	Establece que todos los seres humanos nacen libres e iguales y que tienen derecho a un nivel de vida adecuado que les permita el desarrollo de sus potencialidades en condiciones de igualdad y dignidad.
Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales (1966) (46)	Establece “El Pacto Internacional de Derechos civiles y políticos, reconociendo la dignidad humana y los derechos inalienables”.	Proclama el derecho que tienen todas las personas a disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental. Adicionalmente establece que el sin distingo de sexo, todas las mujeres tienen el mismo derecho que los hombres a gozar efectivamente de sus derechos.
Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial (1969) (47)	El principal compromiso adquirido por los países en este convenio fue el de “ <i>eliminar todo tipo de forma de discriminación racial, con el objeto de que todas las personas gozarán en condiciones iguales los derechos y libertades humanas</i> ”.	Muestra el compromiso de los países miembros para luchar contra todas formas de discriminación racial, de manera que ninguna persona se vea abocada a peores condiciones de vida y salud como consecuencia de su raza.
Declaración de Alma-Ata OPS (1978) (48)	Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud.	La declaración hace énfasis en la necesidad de reducir las desigualdades en el estado de salud en y entre las poblaciones. Propone en ese sentido que la atención primaria en salud es una herramienta para alcanzar la equidad en salud desde una perspectiva de justicia social.
Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (1979) (49)	En este Convenio se promueve el pacto de las “ <i>medidas concretas para eliminar la discriminación contra las mujeres y adopta la igualdad sustantiva</i> ”.	La convención establece un conjunto de medidas tendientes a lograr la igualdad entre hombres y mujeres para el goce efectivo de sus derechos entre los que resalta el derecho a la salud.



Norma	Objeto	Observación
Convención de los Derechos del Niño (1989) (50)	<i>“Los Estados miembros se comprometen a respetar sin ningún tipo de discriminación los derechos de la infancia”.</i>	Proclama que los niños son sujetos de especial cuidado y atención. En ese sentido pone a los Estados la tarea de velar porque los niños puedan alcanzar el nivel más alto de salud posible sin discriminación de ninguna clase.
Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (2008) (6)	<i>“Creación de la Comisión de Determinantes Sociales en Salud, ente que apoyará a los países miembros en cumplimiento de la agenda hacia la equidad”.</i>	Se crea la comisión sobre determinantes sociales de la salud como una instancia técnica orientada a estudiar las desigualdades sanitarias para la propuesta de alternativas tendientes a mitigar las inequidades en salud.
62ª Asamblea Mundial de la Salud, “Reducir las inequidades sanitarias actuando sobre los Determinantes Sociales de la Salud” (2009) (51)	Evento en el que se <i>“consideran las recomendaciones dadas por CDSS: 1. mejorar las condiciones de vida, 2. Equidad de poder, dineros y recursos. 3. Medir el efecto de la problemática, analizarlo y evaluar los efectos de las intervenciones”.</i>	La asamblea establece un conjunto de acciones tendientes a afectar de manera positiva los determinantes sociales de la salud de cara a la necesidad de que todas las personas accedan al nivel más alto de salud posible, con especial énfasis en que las personas menos aventajadas de la escala social mejoren sus resultados en salud como una expresión de justicia social.
Declaración de Adelaida sobre la Salud en Todas las Políticas. OMS (2010) (52)	<i>“Promueve Las políticas sectoriales, en todos los niveles (mundial a regional) deben contener temas de salud y bienestar”.</i>	La declaración insta a que los estados miembros consideren la necesidad de implementar la salud como un objetivo focal de todas las políticas. En este sentido, la OMS recomienda hacer un ejercicio intersectorial de gestión sobre las condiciones de vida en todos los niveles, para impactar positivamente sobre la salud de las poblaciones.
Declaración Política de Río sobre los Determinantes Sociales de la Salud. OMS. (2012) (53)	<i>“Los países miembros se comprometen a trabajar con el objeto de reducir las inequidades en salud fortaleciendo la gobernanza de la salud, cultura de participación, sistemas sólidos de salud bajo la estrategia de atención primaria en salud, es necesario coordinar las acciones a nivel mundial, desglosar la información de los países para identificar el gradiente social de cada uno”.</i>	Durante el encuentro en Rio de Janeiro se establece el compromiso de luchar contra las inequidades sanitarias a partir de un ejercicio de fortalecimiento de la gobernanza que dialoga directamente con lo esbozado en la Declaración de Adelaida.

Fuente: Elaboración propia

2.2. Marco normativo nacional

Norma	Objeto	Observación
Constitución Política de Colombia (1991) (54)	Artículo 13, <i>“hace mención al derecho fundamental de la igualdad y veta todo tipo de acción que discrimine a las personas por diferentes razones”.</i> Artículo 43, se <i>“establece que la mujer tiene igualdad en derechos y oportunidades que los hombres, por esto, no se acepta ningún tipo de discriminación que no permita su pleno desarrollo”.</i>	La carta magna deja explícito el derecho de todos los habitantes del territorio nacional a la salud en condiciones de igualdad y dignidad.
Ley 100 de 1993 (55)	<i>“Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones”.</i>	El Sistema General de Seguridad Social se constituye como el instrumento del Estado para que los habitantes del territorio nacional puedan



Norma	Objeto	Observación
		recibir las prestaciones en salud necesarias para prevenir, curar y mitigar el efecto de la enfermedad. Por supuesto, esto implica que, en atención al derecho a la igualdad, la prestación de los servicios debe contar con la misma calidad para todas las personas.
Ley 715 de 2001 (56)	<i>“Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros.”.</i>	La descentralización de los recursos que se hace operativa con esta norma presenta los lineamientos generales para el funcionamiento del sistema de salud en los territorios, al tiempo que establece las responsabilidades de estos sobre el aseguramiento en salud y el seguimiento a las condiciones sanitarias en sus áreas de influencia con el objeto de mantener y mejorar las condiciones de vida y salud de la población.
Ley 823 de 2003 (2003)	<i>“Por la cual se dictan normas sobre igualdad de oportunidades para las mujeres”.</i>	Establece el marco institucional de lucha por la igualdad de género, reconociendo la importancia de evitar la existencia de desigualdades injustas entre los sexos.
Ley 1438 de 2011 (57)	<i>"Por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones".</i>	Los ajustes implementados con la puesta en marcha de la Ley 1438 incluyen el desarrollo de actividades específicas orientadas a fortalecer la atención primaria en salud y la salud pública bajo una orientación que enfatiza los esfuerzos del estado por mejorar la equidad en salud.
Resolución 1841 de 2013 (58)	<i>“Por la cual se implementa el Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021”.</i>	El Plan Decenal de Salud Pública encamina sus esfuerzos a alcanzar la equidad en salud desde un enfoque de Determinantes Sociales de la Salud teniendo en cuenta la necesidad de igualar los resultados sanitarios para todos los habitantes del territorio nacional.
Resolución 1281 de 2014 (59)	<i>“Por la cual se definen lineamientos para integrar la información generada por el Observatorio Nacional de Salud”</i>	Establece el marco general para el funcionamiento del conjunto de Observatorios a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social como una serie de espacios destinados a hacer seguimiento a las condiciones de salud en la población para la toma de decisiones informadas en salud pública.
Decreto 859 de 2014 (60)	<i>“Por el cual se reglamenta el parágrafo 1 del artículo 7 de la Ley 1438 de 2011”.</i>	La creación de la Comisión Intersectorial de Salud Pública tiene como objetivo hacer seguimiento al Plan Decenal de Salud Pública desde una perspectiva intersectorial.
Ley Estatutaria 1751 de 2015 (61)	<i>"Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones".</i>	La norma centra sus esfuerzos en establecer un marco legal que le permita a los habitantes del territorio nacional alcanzar el más alto nivel de salud posible, teniendo un enfoque que se centra en la garantía del goce efectivo del derecho a la salud en con un enfoque de igualdad.
Ley 1955 de 2019 (62)	<i>“Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo ‘Pacto por Colombia, pacto por la equidad’”</i>	Establece el marco nacional para la búsqueda de la inclusión social y la equidad en el periodo 2018-2022. El gobierno nacional busca, a través de esta hoja de ruta garantizar la igualdad de oportunidades para todos los colombianos.

Fuente: Elaboración propia



2.3. Los observatorios de equidad en salud en Colombia y en el mundo

Con el ánimo de conocer las diferentes experiencias internacionales y nacionales que sirvieran como referentes en la construcción del ONES, se buscaron y analizaron los documentos técnicos de observatorios, centros colaboradores y portales que generan y traducen el conocimiento sobre desigualdades sociales en salud y equidad en salud. A continuación, se presentan algunas características de los escenarios identificados.

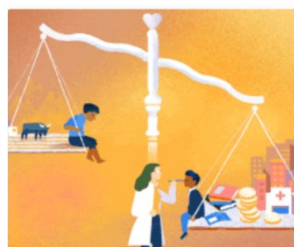
2.3.1. Referentes internacionales

The Global Health Observatory: The Equity Monitor

Cobertura geográfica: mundial

Institución: OMS

Monitoreo de Equidad en Salud



Tiene como propósito brindar “evidencia sobre las desigualdades en salud existentes y pone a disposición herramientas y recursos para monitorear las desigualdades en salud” (63). Entre ellas el Monitor de Equidad en Salud, que incluye datos de más de 35 indicadores de salud reproductiva, materna, neonatal e infantil; al igual que datos desagregados por seis dimensiones de desigualdad, de más de 450 encuestas internacionales de salud realizada en hogares en 115 países entre 1991 y 2019 (63). La condición socioeconómica, la educación, el lugar de residencia, la región subnacional, el sexo y la edad, se configuran como dimensiones de la desigualdad que permiten evidenciar patrones de desigualdad en la jerarquía social.

Dentro de las publicaciones generadas por el observatorio se ubican documentos para fortalecer y desarrollar las capacidades para el monitoreo de las desigualdades en salud, entre ellas:

- Monitoreo de desigualdades en salud sexual, reproductiva, materna, neonatal, infantil y adolescente: manual paso a paso
- Monitoreo de la desigualdad en inmunización: un manual paso a paso
- Monitoreo nacional de la desigualdad en salud: un manual paso a paso y
- Manual sobre el seguimiento de las desigualdades en salud con especial atención a los países de ingresos bajos y medianos.

Enlace: <https://www.who.int/data/gho/health-equity>



Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y del Caribe

Cobertura geográfica: América Latina y el Caribe

Institución: Cepal

El observatorio “hace seguimiento a la situación de las mujeres, considerando que ellas sufren desigualdades y prácticas discriminatorias relacionadas con la redistribución social y económica, así como con el reconocimiento político y simbólico, todo lo cual atenta contra su autonomía, ya sea económica, física o en la toma de decisiones”(64). Sumado a esto, busca visibilizar los avances en las mujeres en tres áreas prioritarias:



- a) Autonomía física
- b) Autonomía económica
- c) Autonomía en la toma de decisiones

En este mismo sentido, se dispone de la visualización de indicadores de acuerdo con las tres áreas prioritarias, de tal forma que se contempla dentro de la autonomía económica indicadores como: población sin ingresos propios por sexo, índice de feminidad en hogares pobres, tasa de desocupación por sexo y tiempo total de trabajo; dentro de la autonomía en la toma de decisiones, mujeres alcaldesas y concejales electas, porcentaje de mujeres ministras en el máximo tribunal de justicia o corte suprema, entre otros; y finalmente, en área prioritaria de autonomía física, el feminicidio, el matrimonio infantil, la mortalidad materna y la maternidad en adolescentes, hacen parte de los indicadores de este grupo.

La identificación y el análisis de las políticas públicas de igualdad de género de los países que conforman América Latina y el Caribe, es otra función del observatorio.

Básicamente, contempla las distintas fases del ciclo de política, desde su formulación, siguiendo por la implementación, la evaluación, el seguimiento, con miras a dar respuesta a la igualdad y justicia de género.

Enlace: <https://oig.cepal.org/es/paises/brasil>

NHS Race and Health Observatory

Cobertura geográfica: Inglaterra

Institución: Instituto Nacional de Salud de Inglaterra



El trabajo del observatorio gira en torno a la identificación de las desigualdades étnicas en la salud y la atención sanitaria, propendiendo por la investigación, la generación de recomendaciones de políticas de salud y por las transformaciones a largo plazo (65).



Las prioridades estratégicas del observatorio para el abordaje de la investigación de las desigualdades étnicas y de salud, son:

- a) Mejorar la salud y la atención, evidenciando desigualdades étnicas en el acceso, la experiencia o los resultados en salud
- b) Empoderar a las comunidades vulnerables, dado que son las que experimentan los efectos de las desigualdades de forma acumulativa a lo largo del curso de vida
- c) Innovar para todos, corresponde a una línea estratégica que busca diseñar enfoques, tecnologías y estructuras de recopilación de datos nuevos para evidenciar fácilmente las desigualdades étnicas en salud;
- d) creando entornos equitativos, de tal forma que se reconstruya y apoye los sistemas de salud y de atención abordando las desigualdades étnicas y mejorando la calidad de la atención de forma justa para las diversas comunidades; y, finalmente,
- e) colaborando globalmente, estrategia que busca conectarse con organizaciones nacionales e internacionales para el intercambio de conocimiento, prácticas y aprendizajes entre comunidades.

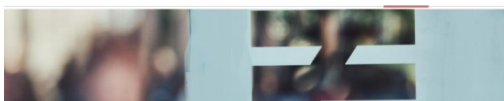
La Estrategia del Observatorio de Raza y Salud, corresponde a una publicación que brinda orientaciones técnicas para “apoyar a los organismos nacionales en la implementación de cambios significativos para las comunidades de minorías étnicas, los pacientes y los miembros de la fuerza laboral de atención y salud”, y así ayudar a cerrar la brechas en las desigualdades étnicas en salud y atención (65). Por su parte, el Informe de consulta de terminología del Observatorio, presenta el resultado de un ejercicio participativo con el fin de comprender mejor el lenguaje sobre la raza, ejercicio a partir del cual fueron definidos los principios del Observatorio para hablar sobre el tema.

Enlace: <https://www.nhsrho.org/>

Observatorio de las Desigualdades en Salud

Cobertura geográfica: Asturias – España

Institución: Gobierno de Cataluña



Inicio > Observatorio de las Desigualdades en Salud

Observatorio de las Desigualdades en Salud

La misión del observatorio está encaminada a “favorecer la transparencia, la rendición de cuentas y la generación de conocimiento del sector salud”, a través del conocimiento de las desigualdades en salud en todos sus ejes (socioeconómico, género, trayectoria de vida, edad, nacionalidad, nivel de estudios, situación laboral, lugar de residencia, entre otros) a lo largo del tiempo (66).

El observatorio pone a disposición diferentes publicaciones, al igual que datos abiertos e indicadores de salud comunitaria. Como publicaciones recientes se observan:

- Desigualdades sociales en salud en Cataluña ¿ha empeorado después del COVID-19?
- Desigualdades geográficas, socioeconómicas y de género en el consumo de opioides en Cataluña
- ¿Se preocupan los gobiernos por las desigualdades socioeconómicas en salud?

Dentro de ellos se disponen de indicadores de salud, los cuales corresponden a indicadores provenientes de encuestas poblacionales en salud, y de indicadores relacionados con determinantes socioeconómicos, como insumo para la medición de las desigualdades sociales en salud.

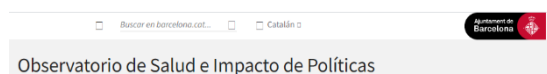
Enlace: <http://observatorisalut.gencat.cat/es/observatori-desigualtats-salut/>

Observatorio de salud e impacto de las políticas

Cobertura geográfica: Barcelona – España

Institución: Ayuntamiento de Barcelona

El observatorio se define como una herramienta que permite realizar un seguimiento, en primer lugar, del estado de la salud en la ciudad y de las desigualdades existentes entre barrios y grupos sociales y, en segundo lugar, del impacto en salud de determinadas políticas llevadas a cabo en el territorio. En general ofrece información sobre el estado de salud de la población y los factores sociales que lo determinan, así como un repositorio de evaluaciones de políticas, con el fin de identificar cuáles tienen mayor probabilidad de reducir las desigualdades sociales en salud.



Monitorar el estado de salud de las personas residentes en Barcelona y los factores que lo determinan, teniendo en cuenta los ejes de desigualdad, hace parte de uno de los objetivos del observatorio. Para este fin, se ha seleccionado una batería de indicadores definidos por expertos para el análisis de las desigualdades en salud. Adicionalmente, cuentan con un modelo conceptual que permite explicar cuáles son los factores que causan o determinan la salud en las áreas urbanas, centrándose en aspectos que hacen



parte de las responsabilidades locales, como la gobernanza urbana, el contexto físico, económico y los entornos.

Enlace: <https://ajuntament.barcelona.cat/observatorisalut/observatori/com-entenem-la-salut>

Centro Internacional de Equidad en Salud

Cobertura geográfica: mundial, con énfasis en países de bajos y medianos ingresos

Institución: Universidad Federal de Pelotas (Brasil)



La misión propuesta del Centro Internacional para la Equidad en Salud es monitorear la equidad en salud y nutrición en todo el mundo, con especial atención en los países de bajos y medianos ingresos (67).

Entre las actividades del Centro se encuentran:

- a) El análisis de fuentes de datos para evaluar la equidad en salud y generar un conjunto estandarizado de indicadores de desigualdades en salud y nutrición
- b) La recopilación de datos para el ingreso a los sistemas de información para el seguimiento de la equidad en salud en el centro y fuera del sitio. Es importante reconocer que el Centro fue diseñado como Centro colaborador de la OMS, para proporcionar datos relevantes al Monitor de Equidad en Salud del Observatorio de Salud Global
- c) El almacenamiento de un conjunto de datos con indicadores predefinidos y parcialmente procesados para facilitar el análisis de la equidad en salud por parte de otros investigadores y centros de investigación
- d) El análisis de equidad en salud en Brasil y en el mundo
- e) La promoción de avances metodológicos en el estudio de la equidad en salud (67).

Enlace: <https://www.equidade.org/home>

https://www.equidade.org/who_center

Observatorio Nacional de Inequidades en Salud (ONIS)

Cobertura geográfica: México

Institución: Secretaría de Salud de México



Observatorio Nacional de
Inequidades en Salud

El objetivo de este observatorio es “monitorear las inequidades entre personas y grupos con distintas realidades



socioeconómicas, a fin de contar con evidencia para diseñar o redirigir las políticas para disminuir las brechas” (68).

Se describe como impacto final del observatorio “contribuir a eliminar las diferencias que sean evitables e injustas entre diferentes grupos poblacionales”. Si bien el observatorio está liderado por la Secretaría de Salud de México (símil al Ministerio de Salud), lo conforman además otras instituciones que no hacen parte del sector salud. Adicionalmente, cuenta con la participación de la academia. Esta participación permite traducir el conocimiento para la generación de acciones públicas que atiendan positivamente las desigualdades sociales en salud.

Enlace: <https://www.gob.mx/salud/articulos/observatorio-nacional-de-inequidades-en-salud-onis-162090>

Observatorio de Equidad de Género en Salud

Cobertura geográfica: Chile

Institución: OPS Chile

El observatorio “es concebido como una herramienta de vigilancia ciudadana en materia de reforma y políticas públicas de salud”.



El movimiento social por la equidad de género en salud priorizó un conjunto de indicadores correspondientes a ocho campos de observación, a saber:

OBSERVATORIO
DE EQUIDAD DE GÉNERO EN SALUD

1. contexto social y demográfico
2. situación general de salud
3. atención de salud
4. calidad de atención
5. financiamiento y presupuesto público
6. recursos humanos de la Salud
7. participación
8. componentes Específicos de la Situación de Salud.

Como criterios para la selección de indicadores se consideraron:

- a. indicadores con disponibilidad de datos actualizados
- b. Indicadores que muestren cambios relevantes para la toma de decisiones en políticas públicas.



En resumen, el observatorio buscar evidenciar avances en materia de equidad de género en salud y mostrar los temas inconclusos que ameritan intervención de todas las entidades de gobierno. Corresponde entonces a un llamado de la sociedad civil organizada en la producción de evidencia para la evaluación y formulación de políticas públicas, que impactan la equidad de género en salud (69) .

Enlace: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/5530>

Centro Colaborador Nacional para Determinantes de la Salud (NCCDH)

Cobertura geográfica: Canadá

Institución: Universidad St. Francis Xavier en Antigonish, Nueva Escocia (Canadá)



National Collaborating Centre
for Determinants of Health
Centre de collaboration nationale
des déterminants de la santé

El observatorio brinda “conocimiento y recursos para tomar medidas sobre los determinantes sociales de la salud, para cerrar la brecha entre quienes son más y menos saludables” (70).

En general, pretende llevar el conocimiento a la acción, a la práctica, a las políticas y a la toma de decisiones, para lograr mejoras sociales que resulten en mejor salud para todos. Su génesis se remonta a 1920 con la creación de un movimiento comunitario en respuesta a la pobreza que afectaba a los grupos más desfavorecidos en el este de Canadá. Enseñar y utilizar acciones comunitarias en personas adultas fue uno de sus primeros derroteros, posteriormente, se conformó el Instituto Internacional Coady, posicionándose como centro de educación de liderazgo con base comunitaria. En este sentido, el NCCDH orienta sus acciones como centro que promueve y aplica el conocimiento de los determinantes de la salud al cambio social (70).

Enlace: <https://nccdh.ca/our-centre/>

Observatorio de desigualdades

Cobertura geográfica: Francia

Líder: Investigadores independientes de Francia



**Observatoire
des inégalités**

Creado en el 2003 como una organización independiente con el propósito de brindar información para la mejora de las prácticas institucionales en el ámbito de las desigualdades.

Como principios estratégicos fueron definidos la elaboración de un inventario de desigualdades lo más completo posible, la comprensión de los mecanismos de las desigualdades y la difusión de la información.



Los ámbitos que manejan para la elaboración del inventario de desigualdades son la renta, la educación y el empleo, entre diferentes categorías de la población, como son la clase social, género y edad, entre otros.

Este Observatorio Pone a disposición diferentes informes, obras digitales, videos y notas para entender la desigualdad en Francia. Dentro de los trabajos actuales se encuentran: Informe sobre los ricos en Francia, Informe sobre las desigualdades en Francia – edición 2021, Desigualdades laborales explicadas a los jóvenes, entre otros.

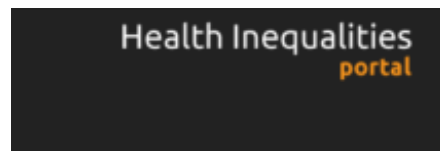
Enlace: <https://www.inegalites.fr/Ouvrages>

Portal de desigualdades en salud

Cobertura geográfica: Europa

Institución: EuroHealthNet - Asociación europea para la salud, la equidad y el bienestar.

Está conformado por organizaciones, agencias, organismos oficiales y centros de investigación, los cuales abogan por la generación de políticas, prácticas e investigaciones en salud pública y equidad social (71). Dispone de herramientas para evaluar las políticas y acciones que pueden afectar la equidad en salud, igualmente, pone a disposición mapas interactivos con información sobre desigualdades en salud de diferentes países de Europa; bases de datos de diferentes recursos, entre ellos políticas, guías de práctica e investigaciones; y de glosario en donde se describen los conceptos claves en torno a las desigualdades.



Enlace: <https://health-inequalities.eu/>

2.3.2. Referentes nacionales

Observatorio para la Equidad en Calidad de Vida y Salud

Cobertura geográfica: Bogotá

Institución: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá



Observatorio para la
Equidad en Calidad de
Vida y Salud de Bogotá,
D.C

El observatorio es “una instancia de coordinación y trabajo intersectorial (...) para orientar la política pública hacia la equidad en calidad de vida, ambiente y salud”.

Fue creado mediante acuerdo distrital emitido por el Concejo de Bogotá en 2009. Los objetivos del Observatorio se detallan a continuación:

- a. Analizar, divulgar y propiciar el debate público



- b. Promover la formulación de políticas públicas para la superación de las inequidades en salud, el mejoramiento de la calidad de vida y de las condiciones ambientales, como garantía del derecho a la salud en Bogotá
- c. Divulgar la información que se genere para que sea útil a los tomadores de decisiones, servidores públicos, comunidad y técnicos (72).

Operativamente cuenta con una comisión interna que se encarga del funcionamiento del observatorio, el cual ha venido desarrollando su trabajo en cuatro fases: 1. diseño y fundamentación conceptual, 2. selección de indicadores, primeros estudios y escuela de líderes, 3. encuesta piloto y análisis de la Encuesta de Calidad de Vida desde el enfoque de equidad, 4. análisis de tendencias y estudios específicos (73).

Enlace: <http://www.saludcapital.gov.co/paginas2/observatorio.aspx>

Observatorio Asunto de Género

Cobertura geográfica: nacional

Institución: Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer

Corresponde a una “instancia autónoma especializada, de carácter permanente, para la recolección, análisis, sistematización e investigación en asuntos de género, para la toma de decisiones que contribuyan al mejoramiento de la situación de las mujeres y la equidad de género en Colombia” (74).

Observatorio Asunto de Género



El futuro
es de todos

Consejería Presidencial para
la Equidad de la Mujer

Entre sus funciones, socializa el conocimiento con el fin de mejorar el acceso a la información sobre asuntos de género. Entre tanto, sus líneas de acción son:

- a. la gestión de los datos y la investigación para mejorar el acceso a la información, el aprendizaje colectivo y mejorar la gestión del conocimiento
- b. las alianzas estratégicas, como mecanismo que permite espacios de aprendizaje sostenible y generación de conocimiento en temas no tradicionales
- c. la asistencia técnica para acompañar técnicamente los procesos de transversalización del enfoque de género en cualquier iniciativa
- d. la socialización y difusión del conocimiento para posicionar la equidad de género en la agenda pública.

Enlace: <http://www.equidadmujer.gov.co/ejes/Paginas/observatorio-asuntos-genero.aspx#:~:text=Es%20una%20instancia%20aut%C3%B3noma%20especializada,equidad%20de%20g%C3%A9nero%20en%20Colombia.>



3. Plataforma estratégica

3.1 ¿Qué es el ONES?

El Observatorio Nacional de Equidad en Salud es un espacio de gestión del conocimiento del Ministerio de Salud y Protección Social, constituido por un equipo multidisciplinario, que promueve el trabajo en red, con interés sobre la comprensión de los determinantes sociales en salud y los mecanismos de producción y reproducción de desigualdades sanitarias, para la generación de evidencia pertinente para la agenda política encaminada a reducir y eliminar las inequidades en salud en Colombia.

3.2. Objetivos del ONES

3.2.1 Objetivo general

Configurar un escenario de gestión del conocimiento sobre equidad en salud orientado al análisis, consolidación y comunicación de información, a la evaluación de políticas públicas y a la articulación con actores clave, con el propósito de incidir en las políticas de reducción y eliminación de las inequidades en salud en Colombia.

3.2.2 Objetivos específicos

1. Estimar las desigualdades sociales en salud según los ejes de desigualdad definidos en el Observatorio
2. Analizar las desigualdades sociales en salud en clave de equidad y justicia social
3. Brindar evidencia estratégica sobre desigualdades sociales en salud para su reducción en clave de política pública
4. Evaluar políticas públicas con enfoque de equidad
5. Consolidar, difundir y aportar a la traducción social del conocimiento sobre desigualdades sociales en salud generada en y para Colombia
6. Promover la gestión de redes de conocimiento sobre desigualdades sociales en salud y equidad en salud
7. Constituir un espacio de articulación entre la academia, tomadores de decisiones, sectores del bienestar y el desarrollo sostenible, cooperación internacional, la sociedad civil y población en general para el análisis, intervención y reducción de las desigualdades sociales en salud en Colombia.

3.3. Misión del ONES

El Observatorio Nacional de Equidad en Salud es líder en la generación de conocimiento pertinente y de calidad, y en la articulación del trabajo con actores y sectores clave, con injerencia en el diseño,



implementación y evaluación de políticas públicas para la reducción y eliminación de inequidades sanitarias en Colombia.

3.4 Visión del ONES

En el año 2030, el ONES será reconocido como un escenario de referencia a nivel nacional e internacional, que construye conocimiento y genera evidencia pertinente y de calidad a partir de la articulación con actores y sectores clave, e incide en las políticas públicas tendientes a la reducción y eliminación de las inequidades en salud en Colombia.

3.5. Valores ONES

Se presentan a continuación los valores que guían el quehacer del Observatorio Nacional de Equidad en Salud de Colombia:

- Justicia
- Equidad
- Responsabilidad
- Honestidad
- Transparencia
- Respeto
- Compromiso
- Inclusión
- Solidaridad
- Participación

3.6. Funciones del ONES

- Proponer, socializar, revisar y ajustar un modelo conceptual sobre determinantes de las desigualdades sociales en salud adaptado para Colombia.
- Operacionalizar los ejes de desigualdad y los desenlaces en salud, y definir las fuentes de información correspondientes para su análisis.
- Generar evidencia sobre las desigualdades sociales en salud en el país, dando respuesta a preguntas relevantes en salud pública, utilizando diferentes enfoques metodológicos, con transparencia y alta calidad técnica.
- Aplicar estrategias de comunicación efectivas para públicos diversos, promoviendo la traducción y apropiación social el conocimiento. Entre estos pueden encontrarse la publicación de artículos



científicos, boletines periódicos, policy briefs, policy notes, conceptos técnicos, videos, cajas de herramientas, entre otros.

- Identificar la producción académica sobre desigualdades sociales en salud en Colombia y generar un repositorio para su consulta.
- Disponer un espacio web donde se dispongan indicadores actualizados con el análisis de desigualdades sociales en salud, un repositorio de literatura científica sobre desigualdades sociales en salud en Colombia, así como el monitoreo, seguimiento y evaluación de políticas públicas con enfoque de equidad en salud.
- Participar activamente en redes de conocimiento sobre desigualdades sociales en salud a nivel nacional e internacional.
- Evaluar políticas públicas con clave de equidad en salud y justicia social en salud.
- Monitorear agendas del desarrollo como los Objetivos de Desarrollo Sostenibles.
- Monitorear el avance del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031

3.7. Comité Técnico

El comité técnico del ONES estará conformado por:

1. Director(a) de Epidemiología y Demografía del Ministerio de Salud y Protección Social
2. Coordinador(a) del grupo de Gestión del Conocimiento y Fuentes de Información de la Dirección de Epidemiología y Demografía, del MSPS
3. Líder técnico(a) del Observatorio Nacional de Equidad en Salud
4. Líderes temáticos del Observatorio
5. Puntos focales designados por las dependencias del Ministerio de Salud y Protección Social (Direcciones y Oficinas) invitados
6. Asesores externos invitados

3.7.1 Funciones del comité técnico

1. Coordinar el trabajo en equipo y el trabajo en red
2. Generar la planeación conjunta y los productos esperados cada semestre
3. Recomendar criterios metodológicos generales para la formulación, ejecución y control de los análisis sobre desigualdades sociales en salud
4. Realizar seguimiento al trabajo del Observatorio
5. Generar articulación interinstitucional e intersectorial
6. Coordinar actividades con actores clave comprometidos con el mismo propósito del Observatorio
7. Llevar a cabo los procesos de evaluación de la gestión del Observatorio



8. Organizar una reunión por lo menos una vez al semestre y de manera extraordinaria cuando las circunstancias así lo ameriten
9. Coordinar los eventos públicos del Observatorio
10. Apoyar estrategias de búsqueda de recursos que permitan la operación del Observatorio

3.7.2 Equipo técnico

Para su funcionamiento, el ONES requiere de un equipo técnico multidisciplinario, de alto nivel y con formación temática y metodológica para el ejercicio de las funciones del Observatorio.

El Equipo Técnico estará conformado así:

1. Líder técnico(a):

Profesional de la Dirección de Epidemiología y Demografía con formación de posgrado y amplios conocimientos teóricos y metodológicos sobre desigualdades sociales en salud y equidad sanitaria, y con experiencia en la coordinación de grupos de trabajo.

El/la líder técnico(a) del Observatorio está bajo la supervisión del/la Coordinador(a) del Grupo de Gestión del Conocimiento y Fuentes de Información, y procurará siempre un liderazgo vertical.

Sus principales funciones se detallan a continuación:

- a) Liderar la definición participativa del plan de trabajo anual del ONES
- b) Liderar la definición participativa de la agenda de investigación y productos del ONES
- c) Liderar, con el equipo técnico, la estrategia de posicionamiento del ONES.
- d) Coordinar el diseño, implementación y seguimiento de las investigaciones y análisis generados en el ONES.
- e) Liderar la construcción y validación de un modelo conceptual sobre determinantes de las desigualdades sociales en salud adaptado para Colombia.
- f) Coordinar la operativización de la guía metodológica para la creación, gestión y evaluación de Observatorios en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social para el caso del ONES.
- g) Realizar seguimiento y participar activamente en la construcción de estrategias de comunicación multidireccional que permitan a diferentes públicos la apropiación del conocimiento generado por el ONES.
- h) Promover, junto con el equipo de trabajo, espacios de trabajo intersectorial, así como realizar cabildeo político para que tomadores de decisiones conozcan y utilicen la evidencia como insumo para el diseño, ejecución y evaluación de políticas públicas que propendan por la reducción de las desigualdades sociales en salud en Colombia.
- i) Coordinar la respuesta de peticiones y requerimientos de información remitidas al ONES.



- j) Participar en las actividades internas y externas a las que haya lugar, en relación con el quehacer del ONES.
- k) Liderar el trabajo en equipo, siguiendo los valores que orientan el quehacer del ONES y procurando siempre un buen ambiente laboral.
- l) Propiciar espacios para la autoevaluación del equipo de trabajo y la evaluación del ONES, y generar recomendaciones para el mejoramiento continuo.
- m) Mantener comunicación efectiva, constante y respetuosa con superiores, asesores y otros miembros del equipo de trabajo.
- n) Citar a reuniones de trabajo y generar realimentación para el trabajo en equipo.

2. Líderes temáticos

Cada una de las líneas temáticas del ONES contará con al menos un(a) líder responsable, correspondiente a un(a) profesional de la Dirección de Epidemiología y Demografía, con posgrado, y conocimientos metodológicos para el análisis de las desigualdades sociales en salud, así como conocimientos conceptuales sobre la línea temática respectiva.

Sus principales funciones se detallan a continuación.

- a) Participar activamente en la definición del plan de trabajo anual del ONES
- b) Cocrear la agenda de investigación y de productos esperados del ONES
- c) Coliderar la estrategia de posicionamiento del ONES.
- d) Participar en el diseño e implementación de las investigaciones y análisis generados en el ONES.
- e) Participar en la construcción y validación del modelo conceptual sobre determinantes de las desigualdades sociales en salud adaptado para Colombia.
- f) Participar activamente en la operativización de la guía metodológica para la creación, gestión y evaluación de Observatorios en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social para el caso del ONES.
- g) Proponer y participar en la ejecución de actividades de gestión del conocimiento en el marco del quehacer del ONES, especialmente -pero no restringido- en las que tienen que ver con su línea temática.
- h) Mantener actualizados los indicadores y análisis de su línea temática en la página web del Observatorio.
- i) Responder oportunamente a los requerimientos de información, de análisis, escritura, entre otros, en el marco de las actividades del ONES.
- j) Participar activamente en la construcción de estrategias de comunicación multidireccional que permitan a diferentes públicos la apropiación del conocimiento generado por el ONES.
- k) Participar en espacios de trabajo intersectoriales, y en procesos de cabildeo político para que tomadores de decisiones conozcan y utilicen la evidencia como insumo para el diseño, ejecución y evaluación de políticas públicas que propendan por la reducción de las desigualdades sociales en salud en Colombia.



- l) Participar en los espacios de fortalecimiento de capacidades sobre desigualdades sociales en salud y equidad sanitaria que sean convocados
- m) Apoyar la respuesta de peticiones y requerimientos de información remitidas al ONES.
- n) Participar en las actividades internas y externas a las que haya lugar, en relación con el quehacer del ONES.
- o) Realizar el trabajo en equipo, siguiendo los valores que orientan el quehacer del ONES y procurando siempre un buen ambiente laboral.
- p) Participar activamente en los espacios de autoevaluación y la evaluación del ONES, y generar recomendaciones para el mejoramiento continuo.
- q) Mantener comunicación efectiva, constante y respetuosa con superiores, asesores y otros miembros del equipo de trabajo.
- r) Participar en las reuniones de trabajo y generar realimentación para el trabajo en equipo.

3. Asesores externos

Cuando así lo considere el Comité Técnico, se invitarán expertos teóricos, metodológicos, o de otros campos de interés para el ONES, como asesores externos, quienes podrán aconsejar, asesorar y participar en las actividades de gestión del conocimiento acordadas, así como en la co-construcción de los productos del ONES, en los que se reconocerán los derechos morales correspondientes.

La invitación a un asesor externo partirá del Observatorio Nacional de Equidad en Salud, y, en la medida de lo posible, se generarán estrategias para la formalización de la cooperación.

4. Líder de Sistemas de Información y Visualización de Datos

Profesional de la Dirección de Epidemiología y Demografía con formación en sistemas de información y visualización de datos, preferiblemente con posgrado, quien tendrá como funciones:

- a) Participar activamente en la definición del plan de trabajo anual del ONES
- b) Participar en el diseño e implementación de las investigaciones y análisis generados en el ONES.
- c) Participar activamente en la operativización de la guía metodológica para la creación, gestión y evaluación de Observatorios en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social para el caso del ONES.
- d) Proponer y participar en la ejecución de actividades de gestión del conocimiento en el marco del quehacer del ONES.
- e) Gestionar, diseñar y actualizar los visualizadores de datos embebidos en la página web del ONES.
- f) Generar puentes de comunicación y de trabajo con la Oficina de Tecnología, Información y Comunicación (OTIC) para el desarrollo de los requerimientos del ONES que involucren a la oficina.



- g) Responder oportunamente a los requerimientos de información, de análisis, escritura, entre otros, en el marco de las actividades del ONES.
- h) Participar en los espacios de fortalecimiento de capacidades sobre desigualdades sociales en salud y equidad sanitaria que sean convocados
- i) Apoyar la respuesta de peticiones y requerimientos de información remitidas al ONES.
- j) Participar en las actividades internas y externas a las que haya lugar, en relación con el quehacer del ONES.
- k) Realizar el trabajo en equipo, siguiendo los valores que orientan el quehacer del ONES y procurando siempre un buen ambiente laboral.
- l) Participar activamente en los espacios de autoevaluación y la evaluación del ONES, y generar recomendaciones para el mejoramiento continuo.
- m) Mantener comunicación efectiva, constante y respetuosa con superiores, asesores y otros miembros del equipo de trabajo.
- n) Participar en las reuniones de trabajo y generar realimentación para el trabajo en equipo.

5. Puntos focales designados por las dependencias del Ministerio de Salud y Protección Social (Direcciones y Oficinas)

Debido a que las líneas temáticas del ONES son del interés y competencia de diferentes Direcciones y Oficinas del Ministerio de Salud y Protección Social, el Comité Técnico invitará a las demás dependencias a designar un punto focal que participe activamente en el trabajo de gestión del conocimiento del ONES.



4. Marco operacional

En el presente capítulo se abordan los aspectos operativos del Observatorio siguiendo los lineamientos establecidos en la Guía metodológica para la construcción y gestión de observatorios en salud (75,76). Este capítulo aborda de manera jerárquica el proceso operativo: en primer lugar, se describe el **modelo de gestión del conocimiento** dentro del cual se enmarcan los procesos y actividades que permiten alcanzar los objetivos del ONES. Posteriormente, se establece el alcance del monitoreo de las desigualdades sociales en salud del ONES que incluye la definición de: líneas temáticas, priorización de indicadores, descripción de estratificadores, medición de desigualdad y procesos de comunicación.

4.1. Modelo de gestión del conocimiento

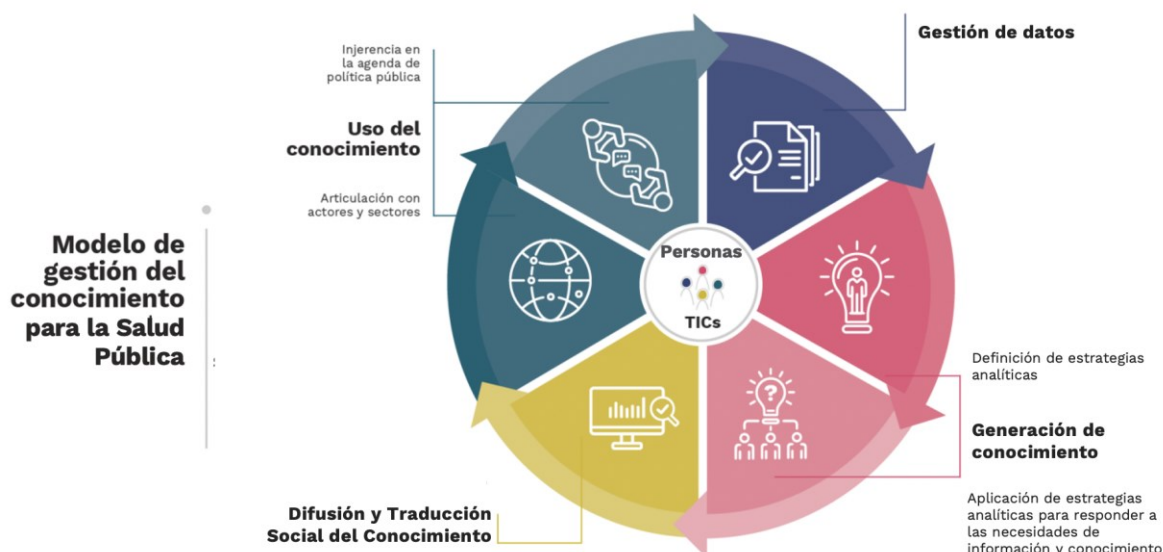
El modelo de gestión de conocimiento del ONES planteado se basa en los cuatro componentes descritos en la “*guía para la construcción y gestión de los observatorios en salud*” propuesto desde el MSPS, adaptado para cumplir con los objetivos del seguimiento y monitoreo de las desigualdades en salud en Colombia. Estos componentes se relacionan de manera cíclica en incluyen: uso del conocimiento; gestión de datos; generación de conocimiento; comunicación del conocimiento; y uso del conocimiento.

De acuerdo con la propuesta del Grupo de Gestión del Conocimiento y Fuentes de Información del Ministerio de Salud y Protección Social, la gestión del conocimiento en salud pública se entiende como un conjunto de principios, procesos, herramientas y prácticas que permite a las personas y a los colectivos consolidar, generar, divulgar, traducir y usar el conocimiento para la gestión de la salud pública, avanzar hacia la garantía del derecho fundamental a la salud, mejorar el acceso equitativo a nuevas tecnologías en salud, así como mejorar el desempeño del sistema y de los servicios de salud.

Este eje cuenta con tres grandes componentes:

- **Las personas:** quienes crean, comparten y usan el conocimiento para la gestión de la salud pública. Entre ellos, los profesionales, tomadores de decisiones, planificadores, académicos, investigadores, sociedad civil organizada, comunidades y la población en general.
- **Los procesos:** Gestión de datos, generación de conocimiento, divulgación y traducción de conocimiento, uso del conocimiento.
- **TICs:** Los mecanismos que almacenan y brindan acceso a datos, información y conocimiento gestionados por las personas. Para ello, es fundamental contar con la infraestructura de tecnología, información y comunicación (TICs) pertinente. En este sentido, vale la pena resaltar que si bien las TICs apoyan de manera importante todos los procesos de gestión del conocimiento (transversal), las TICs por sí mismas no son la gestión del conocimiento.

Figura 10. Modelo de gestión del conocimiento para la salud pública



Fuente: Elaboración propia. Grupo Gestión del Conocimiento y Fuentes de Información.
Ministerio de Salud y Protección Social

(77)

Para el caso del ONES se toma como punto de partida las líneas temáticas, que constituyen un eje organizativo. Tomando como insumo estas líneas, y como parte de la preparación de los datos, se definieron las fuentes de información disponibles a nivel institucional e interinstitucional. Una vez definidas y organizadas las fuentes, se continua con la transformación de la Información bajo un enfoque territorial y poblacional. Una vez se procesa la información se estiman las métricas de desigualdad a partir de los estratificadores definidos para cada uno de los indicadores. Vale la pena destacar que se incorporarán otro tipo de metodologías de tipo cuantitativo y cualitativo para el análisis de desigualdades sociales en salud con el fin de enriquecer el entendimiento de los fenómenos.

Durante el proceso de traducción social del conocimiento, los productos obtenidos del proceso previo constituyan el insumo para la construcción de documentos y piezas comunicativas a los cuales pueda tener acceso toda la población y así orienten la generación de políticas, programas y proyectos como también la toma de decisiones en salud y de manera especial a la toma participativa de las decisiones en salud. Finalmente, el uso del conocimiento generado por el ONES, es posible con la identificación de actores clave que aporten con nuevas fuentes de información, metodologías, análisis y discusión de los hallazgos, la difusión de la información y el posicionamiento del observatorio.

4.2. Monitoreo de las desigualdades en salud

En este apartado se describen las fases del ciclo de monitoreo, que incluyen: definición del alcance, obtención de datos, análisis y difusión. Este apartado no busca precisar con exhaustividad cada una de las



fases, sino presentar de manera clara los elementos operativos mínimos requeridos para el funcionamiento del ONES.

Asimismo, se trata de un proceso continuo en el que se evalúa y ajusta en el tiempo según las necesidades de monitoreo, la viabilidad técnica ONES y de diálogo con los actores implicados (organizaciones sociales, comunitarias y organizaciones de la sociedad civil, academia y tomadores de decisiones, entre otros).

4.2.1. El alcance del monitoreo

Para definir el alcance del monitoreo se llevó a cabo una revisión documental que permitió identificar las prioridades de monitoreo en desigualdades para el país: i) avances realizados en el país (gubernamentales y no gubernamentales) e identificación de posibles brechas en el monitoreo; ii) acciones o procesos que se encuentran en marcha, como es el caso la Mesa Andina de Igualdad⁶, con el fin de articular acciones; iii) compromisos establecidos por el país, como es el caso de los Plan Decenal Salud Pública y el ODS-3. Con estos insumos y un proceso de concertación interna se definieron una serie de líneas temáticas prioritarias, una propuesta preliminar de indicadores para cada una de ellas y de dimensiones de desigualdad.

4.2.1.1. Definición de líneas temáticas de monitoreo

Se establecieron once líneas temáticas que incluyen: causas priorizadas, seguimiento al cumplimiento de compromisos nacionales como el Plan Decenal de Salud Pública e internacionales como es el caso de los ODS. Asimismo, a momentos coyunturales como la pandemia por COVID-19 y sus impactos.

- Características demográficas
- Enfermedades transmisibles
- Enfermedades no transmisibles
- Salud materno-infantil
- Salud nutricional
- Salud mental
- Salud sexual y reproductiva
- Salud ambiental
- Violencias y causas externas
- Cobertura, acceso y calidad de los servicios de salud
- Evaluación de políticas públicas en clave de equidad

⁶ Mesa Andina Intersectorial de Concertación contra las Desigualdades en Salud



4.2.1.2. Selección de indicadores (de salud, estratificadores, ponderadores)

Los conjuntos de indicadores seleccionados deben responder a las necesidades del país y reflejar las líneas temáticas del ONES. Idealmente deben ser indicadores utilizados en el monitoreo de salud a nivel internacional con definiciones estandarizadas, lo cual permitiría establecer comparaciones, sobre este punto existen recomendaciones de indicadores propuestas por la OMS (78) o movimientos como *Every Woman Every Child* (79). Por último, un aspecto clave en el momento de la selección es contar con información del indicador de salud que permita ser desagregada por los estratificadores definidos.

Estimados de manera periódica y como parte integral de un sistema de información dinamizado por el ONES, los indicadores de salud desagregados por los estratificadores seleccionados son una herramienta para los tomadores de decisión en todos los niveles, partiendo del entendido que hacen posible el monitoreo y evaluación de las metas gubernamentales y estatales, al tiempo que abogan por fortalecer las capacidades analíticas en todos los niveles de la administración pública y sirven como plataforma para facilitar la interoperabilidad de los sistemas de información en salud; permiten prever tendencias en la distribución de los fenómenos de salud y enfermedad, analizar necesidades en el futuro, generar políticas para el cierre de brechas y tomar medidas preventivas enfocadas a enfrentar los retos venideros (80) (Anexo No. 1).

6.2.1.3. Ejes de desigualdad / Estratificadores de desigualdad

A continuación, se identifican los ejes de desigualdad propuestos, considerando el contexto colombiano:

- Clase social
- Género
- Edad
- Etnia
- Discapacidad
- Territorio
- Condición migratoria
- Condición de víctima / otros actores del conflicto socio-político colombiano

4.2.2. Obtención de datos

La obtención de datos es uno de los primeros pasos, posteriores a la definición del marco conceptual y a la definición del alcance del monitoreo de las desigualdades sociales en salud, que acarrea la revisión de la disponibilidad de las fuentes de información y de los indicadores que provee.

Es importante precisar que en Colombia el proceso de producción y difusión de estadísticas oficiales en el país es regulado por el DANE, con el fin de “mejorar la eficiencia de los procesos y estandarizar la producción y difusión de información estadística”(81). A través de la norma técnica colombiana para procesos estadísticos (NTC PE 1000), esta institución brinda los lineamientos para operaciones



estadísticas que obtienen los datos directamente de las unidades de observación (fuentes primarias) o que acopian archivos o bases de datos estadísticos o no estadísticos (fuentes secundarias) (82).

Por su parte, el Minsalud acopia diversas fuentes de información en salud, las cuales se rigen también por los lineamientos para procesos estadísticos del DANE. Estas son consolidadas en la gran bodega de datos del Sistema Integrado de Información de la Protección Social (SISPRO), la cual cuenta con información sobre oferta y demanda de los servicios de salud, calidad de los servicios, salud pública, aseguramiento, financiamiento y promoción social (83).

Los datos disponibles se clasifican en registros administrativos, encuestas por muestreo y censos. El primero de ellos da cuenta de un “conjunto de datos relativos a personas físicas o jurídicas, bienes y viviendas, en posesión de las instituciones públicas, y que estas recolectan como parte de sus obligaciones legales institucionales” (84). Dentro de sus principales ventajas se ubican: a. representar a una fuente primaria de información acorde al objetivo de su creación, b. generación de resultados con mayor oportunidad, c. brindar información con mayor nivel de desagregación en comparación a las encuestas por muestreo y d. permite la integración nominal con otros registros (84). En contraste, el proceso de capacitación continua y el despliegue informático se configura como uno de sus mayores retos.

Los estudios y encuestas poblacionales en salud “se definen como estudios de investigación para la salud que se ocupan del análisis de grupos poblacionales en función de sus relaciones económicas o socioculturales, con una descripción demográfica y epidemiológica, valorando los factores sociales, culturales, económicos y políticos que pueden modificar la composición de los grupos estudiados”(85). Cabe señalar que Colombia cuenta con un Sistema Nacional de Estudios y Encuestas Poblacionales para la Salud delimitado como una “estructura de investigación nacional creada y regida por el Ministerio de Salud y Protección Social para dirigir, reunir y consolidar todos los estudios para la salud de interés y priorizados por el Ministerio, siendo estos estudios uno de los componentes relevantes del sistema de información en salud del país” (85). Ahora bien, las encuestas por muestreo se clasifican en dos grandes grupos: probabilísticas y no probabilísticas, es decir, las primeras parten de una muestra, que permite realizar inferencias sobre el total de la población, a diferencia de las no probabilísticas, en donde los resultados solamente son para la población investigada (86). Se han resaltado algunas ventajas en las encuestas por muestreo probabilístico como son: mayor exactitud, posibilidad de introducir nuevos métodos y temáticas en su medición y fácil actualización (87). No obstante, algunas pueden llegar a ser costosas, adicionalmente, pueden generar desgaste de la fuente y de difícil mantenimiento en el tiempo (88).

Por último, los censos constituyen una gran herramienta para la consecución de datos, en especial de datos que indagan aspectos socioeconómicos de la población. Básicamente los censos de población y vivienda permiten realizar el conteo y caracterización de las personas residentes en el territorio, así como las viviendas y los hogares del territorio nacional (89). Dentro de las fortalezas que ofrecen los censos se resaltan que la información obtenida puede presentarse por unidades administrativas u otras unidades de estratificación cualquiera sea su tamaño, pudiendo obtener datos para áreas pequeñas, son un punto de referencia para las estadísticas continuas y usan un único procedimiento utilizable para saber sobre



fenómenos con poca frecuencia (90). Y como derroteros, los aspectos operativos y de financiamiento encabezan la lista, dado que la realización de un censo exige una gran cantidad de recursos humanos, técnicos, administrativos y logísticos (90).

Acorde a esta clasificación de fuentes de información se presentan las características básicas de las fuentes, como son el objeto de su creación, los años disponibles, la unidad medida, la periodicidad de recolección; que serán tenidas en cuenta para el análisis de desigualdades sociales en salud.

4.2.2.1 Mapeo de fuentes

El mapeo de fuentes se concibe como un proceso sistemático de catalogación y descripción de los datos que se disponen para el análisis, en ese caso, de desigualdades sociales de la salud (91). En este proceso se exponen las variables disponibles que dan cuenta de diferentes ejes de desigualdad por cada fuente de información. Partiendo del mapeo de fuentes, se logra establecer la selección de los indicadores disponibles en términos de la temporalidad y de los ejes de desigualdad. Adicionalmente, este proceso permite identificar acciones para la mejora de las fuentes de información con un enfoque de medición de desigualdades sociales de la salud (7).

De acuerdo con las fuentes de información, registros administrativos, encuestas y estudios poblacionales para la salud y censos, se identificó la disponibilidad de las siguientes dimensiones de desigualdad por cada una de ellas:

- Nivel de riquezas o ingresos
- Escolaridad
- Régimen de afiliación
- Lugar de residencia: para registros administrativos y el censo se identificó hasta segundo nivel subnacional, es decir, departamento - distrito y municipio. Ahora bien, para los estudios y encuestas poblacionales en salud se describe la particularidad de esta variable en los comentarios.
- Área de residencia: rural o urbana
- Edad
- Etnia
- Situación migratoria
- Ocupación
- Ambiente

4.2.2.2 Disponibilidad de información

El ejercicio que se presenta a continuación también muestra la disponibilidad por años de la información tanto para los indicadores en salud como para los estratificadores para el análisis de desigualdad.



Cuadro 1. Registros administrativos como fuentes de información en salud

No	Fuente	Objeto de la fuente	Años disponibles	Unidad de medida	Periodicidad de recolección	Institución líder	Notas
1	Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS)	Registro de datos básicos que deben reportar los prestadores de servicios de salud y las entidades administradoras de planes de beneficios sobre los servicios de salud prestados.	Desde 2009	personas y atenciones	Mensual	Minsalud	En 2017 se emitió la Circular 029 donde se establece, a las IPS y entidades territoriales, el envío de datos de atenciones en salud de población extranjera.
2	Registro Único de Afiliados (RUAF)	Registro de personas afiliadas a la seguridad social en pensiones, riesgos laborales, cesantías y compensación familiar, pensionados por entidad pagadora.	Desde 2015	personas	Mensual	Minsalud	
3	Estadística Vitales (EEVV)	Registro de nacimientos y defunciones	Desde 2005	personas	Anual	Minsalud	
4	Base Única de Afiliados (BDUA)	Registro de personas afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud.	Desde 2012	personas	Mensual	Minsalud	Se reporta la población afiliada al régimen contributivo, subsidiado, excepción y especial, población carcelaria - nuevas afiliaciones y reingresos (INPEC), planes voluntarios de salud.
5	Registro Especial de Prestadores de Salud (REPS)	Registro de los prestadores de servicios de salud y de sus servicios de salud habilitados.	Desde 2011	instituciones	Diario	Minsalud	
6	Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud (ReThus)	Registro del personal que se encuentra autorizado para el ejercicio de una profesión u ocupación del área de la salud.	Desde 2014	personas	Mensual	Minsalud	
7	Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA)	Registro de información de eventos que afecten o puedan afectar la salud de la población colombiana	Desde 2007	personas y eventos	Semanal	INS	
8		VIH /SIDA	Desde 2012	personas	abril y octubre de cada año	CAC	



No	Fuente	Objeto de la fuente	Años disponibles	Unidad de medida	Periodicidad de recolección	Institución líder	Notas
	Sistema de información de la Cuenta de Alto Costo (SISCAC)	Cáncer	Desde 2015		anual		
		Hemofilia y otras coagulopatías asociadas a déficit de factores de la coagulación	Desde 2015		anual		
		Artritis reumatoidea	Desde 2016		anual		
		Hepatitis C	Desde 2017		mensual		
		Enfermedad Renal Crónica (ERC) y sus precursoras HTA y Diabetes Mellitus (Tipo I o II)	Desde 2008		anual		
9	Sistema de Información de Precios de Medicamentos (SISMED)	Registro de medicamentos y dispositivos médicos	Desde 2006	unidades y precios de medicamentos y dispositivos médicos	Trimestral	Minsalud	
10	Sistema de información para el reporte y seguimiento en salud a las personas afectadas por Covid 19 (SEGCOVID)	Registro en salud de las personas afectadas por COVID-19 (casos confirmados y sospechosos).	Desde 2020	personas	Diario	Minsalud	
11	Sistema de información de muestras (SISMUESTRAS)	Registro de personas y muestras procesadas para COVID- 19.	Desde 2020	personas y muestras	Diario	INS	
12	Programa Ampliado de Inmunización (PAIWEB)	Llevar el registro administrativo de las vacunas aplicadas en Colombia.	Desde 1998	personas y biológicos aplicados	Mensual	Minsalud	
13	Planilla Integrada de Liquidación de Aportes	Registro del recaudo de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral y Parafiscales.	Desde 2011	personas y recaudo	Mensual	Minsalud	
14	Registro de Actividades de Protección Específica y Detección temprana de enfermedades.	Registro de información relacionada con las intervenciones individuales de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal.	Desde 2014	personas e intervenciones	Trimestral	Minsalud	El registro sufrió modificaciones, de tal manera que de 2014 a 2018, se reportaba las actividades de protección específica y detección temprana (Resolución 4505). Posteriormente, se inicia el reporte a partir de 2019 de las



No	Fuente	Objeto de la fuente	Años disponibles	Unidad de medida	Periodicidad de recolección	Institución líder	Notas
							intervenciones individuales de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal (Resolución 202).
15	Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad (RLCPD)	Registro de la información resultante del procedimiento de certificación de discapacidad, a fin de establecer la caracterización y localización geográfica, en los niveles municipal, distrital, departamental y nacional del solicitante.	Desde 2002	personas	Mensual	Minsalud	
16	MIPRES	Reportar a médico, odontólogo, optómetra o nutricionista la prescripción de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios.	Desde 2016	prescripciones	Diario	Minsalud	
17	Registro Único de Víctimas (RUV)	Registro con el cual se reconoce a las personas que hayan sido víctimas del conflicto armado en Colombia, como lo son los desplazados por la violencia.	Desde 2013	personas y hechos victimizantes	Trimestral	Unidad de Víctimas	Para este fin se entiende que es víctima del desplazamiento forzado es toda persona que se ha visto forzada a migrar dentro del territorio nacional, abandonando su localidad de residencia o actividades económicas habituales, porque su vida, su integridad física, su seguridad o libertad personales han sido vulneradas o se encuentran directamente amenazadas.
18	Sistema de Información de Clínica y Odontología Forenses	Registro de lesiones fatales (como son homicidios, eventos de transporte, accidental, suicidio), lesiones no fatales (violencia interpersonal, violencia intrafamiliar, lesiones en eventos de transporte, exámenes médico legales por presunto delito sexual, lesiones accidentales) y violencia intrafamiliar (Violencia contra niños, niñas y adolescentes, Violencia contra el adulto mayor, Violencia de pareja, violencia entre otros familiares).	Desde 2010	personas y hechos	Mensual	Medicina Legal y Ciencias Forenses	



No	Fuente	Objeto de la fuente	Años disponibles	Unidad de medida	Periodicidad de recolección	Institución líder	Notas
19	Sistema de Información de la Vigilancia de la Calidad del Agua para Consumo Humano (SIVICAP)	Reportar los datos de la vigilancia de la calidad del agua, en función de las actividades de las Autoridades sanitaria orientadas a la Inspección, Vigilancia y Control en el país.	Desde 2007	nivel de riesgo	Mensual	INS	
20	Registro de Laboratorio (RELAB)	Reportar la inscripción de los laboratorios públicos y privados que ofrezcan la realización de pruebas / parámetros de laboratorio para eventos de interés en salud pública y los de inspección, vigilancia y control sanitario en la Red Nacional de Laboratorios.	Desde 2019	laboratorios y pruebas	Diario	Minsalud	

Fuente: Elaboración propia.

Cuadro 2. Estudios y Encuestas poblacionales para la salud como fuentes de información en salud

No.	Fuente	Objeto de la fuente	Años disponibles	Unidad de medida	Periodicidad de recolección*	Institución líder	Notas
1	Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS)	Establecer los cambios demográficos de la población colombiana, y obtener información actualizada sobre los conocimientos, actitudes y prácticas en Salud Sexual y Salud Reproductiva de mujeres y hombres en edad fértil.	Desde 1990	personas y hogares	Quinquenal	Minsalud	Actualmente ya se cuenta con la fase de diseño y se inicia la fase de ejecución (operativo de campo).



No.	Fuente	Objeto de la fuente	Años disponibles	Unidad de medida	Periodicidad de recolección*	Institución líder	Notas
2	Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia (ENSIN)	Analizar la situación alimentaria y nutricional de la población colombiana enmarcada en el modelo de determinantes sociales, como insumo para la formulación, seguimiento y reorientación de políticas públicas de seguridad alimentaria y nutricional para el país.	Desde 2005	personas y hogares	Quinquenal	Minsalud	Actualmente se está validando la fase de diseño, para seguir con la fase de ejecución (operativo de campo).
3	Encuesta Nacional de Salud (ENS)	Recolectar y analizar información de hogares, usuarios e instituciones del sistema colombiano de salud para la caracterización de la situación de salud del país en los ámbitos nacional, regional y departamental.	2007	personas, hogares e instituciones	Quinquenal	Minsalud	Actualmente ya se cuenta con la fase de diseño y se inicia la fase de ejecución (operativo de campo).
4	Estudio Nacional de Salud Bucal (ENSAB)	Caracterizar las condiciones de salud-enfermedad bucal de la población colombiana y aproximarse de manera comprensiva a los aspectos sociales que, al parecer, podrían determinar o influenciar estas condiciones a lo largo del curso de vida.	2007	personas y hogares	Decenal	Minsalud	
5	Estudio Nacional de Salud Mental (ENSM)	Brindar información actualizada acerca de la salud mental, los problemas, los trastornos mentales y el acceso a los servicios en población colombiana mayor de 7 años, privilegiando su comprensión desde los determinantes sociales y a la equidad.	2015	personas y hogares	Decenal	Minsalud	
6	Encuesta Nacional de Salud Escolar (ENSE)	Medir el comportamiento de los factores relacionados con la salud de los adolescentes que cursan educación básica secundaria y media. La encuesta recabó información acerca de los comportamientos alimentarios, actividad física, consumo de alcohol y drogas, lesiones e intimidación y	2017	personas	Trienal	Minsalud	



No.	Fuente	Objeto de la fuente	Años disponibles	Unidad de medida	Periodicidad de recolección*	Institución líder	Notas
		salud bucal, visual y auditiva en personas de 13 a 17 años.					
7	Encuesta Nacional de Tabaquismo en Jóvenes (ENTJ)	Caracterizar el consumo de tabaco en jóvenes escolares.	2017	personas	No determinado	Minsalud	
8	Encuesta Nacional de Salud Bienestar y Envejecimiento (SABE)	Conocer la situación actual, en el ámbito rural y urbano, de la población de personas adultas mayores de Colombia, a través de la exploración y evaluación interdisciplinaria y a profundidad de la vejez y el envejecimiento, en el marco de los Determinantes del Envejecimiento Activo y desde el modelo de Determinantes Sociales de la Salud.	2016	personas y viviendas	Decenal	Minsalud	
9	Encuesta Nacional de Violencia contra Niñas, Niños y Adolescentes (EVCNNA)	Estimar la magnitud de las diferentes formas de violencia que hoy afectan a menores de edad en el país.	2018	personas	No determinado	Minsalud	Actualmente se está evaluando su periodicidad y el ingreso a la agenda programática.
10	Encuesta Nacional de Parasitismo Intestinal en Escolares	Determinar la situación epidemiológica (prevalencia, intensidad, factores de riesgo) de protozoos y helmintos intestinales, en niños de 7 a 10 años, escolarizados en las diferentes provincias biogeográficas del país.	2012 a 2014	personas	Decenal	Minsalud	

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Dirección de Epidemiología y Demografía. Guía de Estudios y Encuestas Poblacionales para la Salud (85)

*Actualmente se está revisando el periodo de recolección de algunas encuestas.



Cuadro 3. Censos poblacionales como fuentes de información en salud

No.	Fuente	Objeto de la fuente	Años disponibles	Unidad de medida	Periodicidad de recolección	Institución líder	Notas
1	Sistema de información de la Cuenta de Alto Costo (SISCAC) - Enfermedades Huérfanas	Enfermedades Huérfanas (Resolución 5285 de 2018)	2013	personas	No determinado	CAC	Censo - única vez
2	Censos poblacionales	Caracterizar las personas residentes en Colombia, así como las viviendas y los hogares del territorio nacional.	2018	personas, vivienda y hogares	Decenal	DANE	

Fuente: Elaboración propia.



Cuadro 4. Registros administrativos y fuentes de desigualdad

No.	Fuente		Dimensiones de desigualdad**												Comentarios	
			Nivel de riqueza/ ingresos	Escolaridad	Lugar de residencia***	Área de residencia	Sexo	Edad	Etnia	Regimen de afiliación	Situación migratoria	Discapacidad	ocupación	Ambiente		
1	Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS)		✖	✖	✔	✔	✔	✔	✔	✔	⚠	✖	✖	✖	⚠	A partir del año 2017 a través de la circular 029.
2	Registro Único de Afiliados (RUAF)		✖	✖	✔	✖	✔	✔	✖	✔	✖	✖	✖	✖		
3	Estadística Vitales (EEVV)		✖	✔	✔	✔	✔	✔	✔	✔	⚠	✖	⚠	✖	⚠	En septiembre de 2019, se modificó el registro con el fin de reconocer las personas extranjeras regulares e irregulares en situación de vulnerabilidad (permiso especial de permanencia - PEP) y la identificación de documento extranjero. Se ingada también por la última ocupación del fallecido.
4	Base Única de Afiliados (BDUA)		✖	✖	✔	✔	✔	✔	✖	✔	✖	✔	⚠	✖	⚠	Se registra la actividad económica según el CIU 4 versión Dane.
5	Registro Unico Nacional de Talento Humano en Salud (ReThus)		✖	✔	✔	✔	✔	✔	✔	✖	✖	✖	✖	✖		
6	Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA)		✔	✔	✔	✔	✔	✔	✔	✔	✔	✔	✔	✔	✔	Se indaga como grupos poblacionales
7	Sistema de información de la Cuenta de Alto Costo (SISCAC)	VIH /SIDA	✖	✖	✔	✔	✔	✔	✔	✔	✖	⚠	✖	✖	✔	Se indaga como grupos poblacionales y si la discapacidad es funcional o no.
		Cáncer	✖	✖	✔	✔	✔	✔	✔	✔	✖	⚠	✔	✖	✔	Se indaga como grupos poblacionales.
		Hemofilia y otras coagulopatías asociadas a déficit de factores de la coagulación	✖	✖	✔	✔	✔	✔	✔	✔	✖	⚠	✔	✖	⚠	Se indaga como grupos poblacionales.
		Artritis reumatoidea	✖	✖	✔	✔	✔	✔	✔	✔	✖	⚠	✖	✖	⚠	Se indaga como grupos poblacionales.
		Hepatitis C	✖	✖	✔	✔	✔	✔	✖	✔	✖	✖	✖	✖		
		Enfermedad Renal Crónica (ERC) y sus precursoras HTA y Diabetes Mellitus (Tipo I o II)	✖	✖	✔	✔	✔	✔	✔	✔	✔	✖	⚠	✖	✖	⚠



No.	Fuente	Dimensiones de desigualdad**												Comentarios	
		Nivel de riqueza/ ingresos	Escolaridad	Lugar de residencia***	Área de residencia	Sexo	Edad	Etnia	Regimen de afiliación	Situación migratoria	Discapacidad	ocupación	Ambiente		
8	Sistema de información para el reporte y seguimiento en salud a las personas afectadas por Covid 19 (SEGCVID)	✗	✗	✓	✓	✓	✓	✗	✓	!	✗	✗	✗	!	se identifican extranjeros
9	Sistema de información de muestras (SISMUESTRAS)	✗	✗	✓	✗	✓	✓	✗	✓	✗	✗	✗	✗		
10	Programa Ampliado de Inmunización (PAIWEB)	✓	!	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✗	✓	✗	✗	!	Se recoge información sobre si "estudia actualmente".
11	Planilla Integrada de Liquidación de Aportes	✓	✗	✓	✓	✗	✗	✗	✓	✗	✗	✓	✗		
12	Registro de Actividades de Protección Específica y Detección temprana de enfermedades.	✗	✓	✗	✗	✓	✓	✓	✓	✗	✗	✓	✗		
13	Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad (RLCPD)	✗	✓	✓	✓	✓	✓	✗	✗	✗	✓	✓	!	!	Información sobre desastres naturales y la vivienda.
14	Registro Único de Víctimas (RUV)	✗	✗	✓	✓	✓	✓	✓	✗	✗	✓	✗	✗		
15	Sistema de Información de Clínica y Odontología Forenses	✗	✗	✓	✓	✓	✓	✗	✗	✗	✗	✗	✗		

Fuente: Elaboración propia.

** También llamadas estratificadores de equidad

*** Hasta segundo nivel subnacional, es decir, departamento - distrito y municipio.

La unidad de medida de las fuentes listadas a continuación no son las personas, por lo tanto, no se ingresan en este cuadro: a. fuentes Registro Especial de Prestadores de Salud (REPS), b. Sistema de Información de Precios de Medicamentos (SISMED), c. MIPRES, d. Sistema de Información de la Vigilancia de la Calidad del Agua para Consumo Humano (SIVICAP) y e. Registro de Laboratorio (RELAB).

✓	Variable disponible
!	Variable con observaciones
✗	Variable no disponible



Cuadro 5. Estudios y Encuestas poblacionales para la salud y dimensiones de desigualdad

No.	Fuente	Dimensiones de desigualdad**												Comentarios
		Nivel de riqueza/ ingresos	Escolaridad	Lugar de residencia	Área de residencia	Sexo	Edad	Etnia	Regimen de afiliación	Situación migratoria	Discapacidad	Ocupación	Ambiente	
1	Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS)	✓	✓	⚠	✓	✓	✓	⚠	✓	✓	✓	✓	✓	⚠ La desagregación geográfica fue de 6 regiones, 16 subregiones, departamentos y nacional. Para la variable etnia se debe tener en cuenta los coeficientes de variación.
2	Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia (ENSIN)	✓	✓	⚠	✓	✓	✓	⚠	✓	✓	✓	✓	✓	⚠ La desagregación geográfica fue por 6 regiones, 14 subregiones, departamental y nacional. Para la variable etnia se debe tener en cuenta los coeficientes de variación.
3	Encuesta Nacional de Salud (ENS)	✓	✓	⚠	✓	✓	✓	⚠	✓	✓	✓	✓	✓	⚠ La desagregación geográfica fue por 6 regiones, 16 subregiones y nacional. Para la variable etnia se debe tener en cuenta los coeficientes de variación.
4	Estudio Nacional de Salud Bucal (ENSAB)	✓	✓	⚠	✓	✓	✓	⚠	✓	✗	✓	✓	✓	⚠ La desagregación geográfica fue por 6 regiones y nacional. Para la variable etnia se debe tener en cuenta los coeficientes de variación.
5	Estudio Nacional de Salud Mental (ENSM)	✗	✓	⚠	✓	✓	✓	⚠	✗	✗	✗	✓	✗	⚠ La desagregación geográfica de los datos fue por 5 regiones (agregando Orinoquía y Amazonia con región Oriental) y a nivel nacional. Para la variable etnia se debe tener en cuenta los coeficientes de variación.



No.	Fuente	Dimensiones de desigualdad**													
		Nivel de riqueza/ ingresos	Escolaridad	Lugar de residencia	Área de residencia	Sexo	Edad	Etnia	Regimen de afiliación	Situación migratoria	Discapacidad	Ocupación	Ambiente	Comentarios	
6	Encuesta Nacional de Salud Escolar (ENSE)	✖	✔	⚠	✔	✔	✔	⚠	✖	✖	✖	⚠	✖	⚠	La desagregación geográfica fue 6 regiones, 3 ciudades principales y nacional. La ocupación es una variable que no se recolectó dado que son menores de edad. Para la recolección de los datos de etnia, se debe tener en cuenta los coeficientes de variación.
7	Encuesta Nacional de Tabaquismo en Jóvenes (ENTJ)	✖	✔	⚠	✔	✔	✔	⚠	✖	✖	✖	⚠	✖	⚠	La desagregación geográfica fue 6 regiones, 3 ciudades principales y nacional. La ocupación es una variable que no se recolectó dado que son menores de edad. Para la recolección de los datos de etnia, se debe tener en cuenta los coeficientes de variación.
8	Encuesta Nacional de Salud Bienestar y Envejecimiento (SABE)	✔	✔	⚠	✔	✔	✔	⚠	✔	⚠	✔	✔	✔	⚠	La desagregación geográfica obedece a 6 regiones, 3 ciudades principales y nacional. Para la recolección de los datos de etnia, se debe tener en cuenta los coeficientes de variación. Con relación a la situación migratoria se indaga sobre procesos de desplazamiento.



No.	Fuente	Dimensiones de desigualdad**												Comentarios	
		Nivel de riqueza/ ingresos	Escolaridad	Lugar de residencia	Área de residencia	Sexo	Edad	Etnia	Regimen de afiliación	Situación migratoria	Discapacidad	Ocupación	Ambiente		
9	Encuesta Nacional de Violencia contra Niñas, Niños y Adolescentes (EVCNNA)	✗	✓	!	✓	✓	✓	✓	✗	✓	✗	✗	✗	!	Se indaga por historia de migración de los padres e individual.
10	Encuesta Nacional de Parasitismo Intestinal en Escolares	✓	✓	!	✓	✓	✓	!	✓	✗	✗	✗	✓	!	La desagregación geográfica obedece a 5 regiones naturales y 9 provincias biogeográficas. Con relación a la etnia se indaga si pertenece o no a algun grupo étnico.

Fuente: Elaboración propia.

✓	Variable disponible
!	Variable con observaciones
✗	Variable no disponible

Cuadro 6. Censo poblacional y dimensiones de desigualdad

No.	Fuente	Dimensiones de desigualdad**												Comentarios	
		Nivel de riqueza/ ingresos	Escolaridad	Lugar de residencia***	Área de residencia	Sexo	Edad	Etnia	Regimen de afiliación	Situación migratoria	Discapacidad	ocupación	Ambiente		
1	Censos poblacionales	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✗	✓	✓	✓	✓		

Fuente: Elaboración propia.

** También llamadas estratificadores de equidad

*** Hasta segundo nivel subnacional, es decir, departamento - distrito y municipio.



4.2.3. Herramientas para el análisis de las desigualdades sociales en salud

En las últimas décadas se ha producido una cantidad sustancial de propuestas metodológicas para el estudio de las desigualdades sociales en salud. Este apartado no pretende explicar en detalle cada una de las metodologías, sino brindar ejemplos y herramientas donde profundizar sobre cada una de ellas.

1.2.3.1. Paradigmas - Aproximaciones metodológicas en epidemiología social

Enfoque cuantitativo: Desde el enfoque cuantitativo, el estado de salud y los servicios de salud podrían ser los dos resultados para el análisis de las desigualdades. Asimismo, los estudios se pueden clasificar por el tiempo o su unidad de análisis.

Al categorizar por el factor tiempo encontramos los estudios transversales o longitudinales. En los estudios transversales cada unidad de análisis es evaluada una sola vez, y generalmente las observaciones se corresponden a un solo punto en el tiempo. Por su lado, en los estudios longitudinales, cada unidad de análisis cuenta con al menos dos mediciones, por lo que las observaciones se realizan durante un período de tiempo, bien sea prospectiva o retrospectivamente (92).

Por otro lado, al categorizar por unidad de análisis se encuentran los estudios individuales o ecológicos. En los estudios individuales, la unidad de observación y análisis es el individuo, mientras que en los estudios ecológicos la unidad de análisis es un conglomerado de individuos que se agrupan de acuerdo con sus características espaciales, socioeconómicas u otras (92).

Para el caso de los estudios con datos individuales, las variables utilizadas definen una categorización, entre y dentro de los grupos. Por ejemplo, la escolaridad o el nivel de ingresos. En el enfoque ecológico, la única clasificación posible es entre grupos, como es el caso del índice de necesidades básicas insatisfechas o el porcentaje de ruralidad. Este tipo de estudios tienen el inconveniente de asumir que los resultados encontrados en poblaciones son aplicables a los individuos. Aunque, permiten abordar aspectos de carácter contextual que no pueden ser analizados en estudios individuales (92).

Enfoque cualitativo: inicialmente el uso de las aproximaciones cualitativas en epidemiología social ha sido adoptadas como un complemento de la investigación cuantitativa. Los usos más frecuentes son: por un lado, cuando hay una falta de conocimiento previo; y por otro, en situaciones donde la investigación cualitativa agrega conocimiento que no se podría obtener a través de métodos cuantitativos (93). Sin embargo, el uso de este abordaje permite la comprensión de la configuración de las inequidades sociales en salud, la comprensión que tienen los grupos sociales y comunitarios sobre el proceso salud-enfermedad- atención o alguna de sus aristas, la comprensión sobre el derecho a la salud y su vínculo con otros derechos, el padecimiento y el sufrimiento que pueden generar las condiciones socio económicas, el proceso salud-enfermedad, entre otros asuntos claves como la



generación de hipótesis y el mejor entendimiento de los patrones que subyacen a las relaciones culturales y sociales.

Métodos mixtos: los métodos mixtos son un enfoque de investigación mediante el cual los investigadores recopilan y analizan datos cuantitativos y cualitativos dentro del mismo estudio (94). La investigación de métodos mixtos se basa en las fortalezas potenciales de los métodos cualitativos y cuantitativos. Una de las características esenciales de esta aproximación es la integración de las diferentes fuentes (cuantitativas/cualitativas) dentro del proceso de investigación.

4.2.3.2. Análisis

Actualmente la mayor fortaleza de los análisis recae en lo cuantitativo y parte del ejercicio inicial de ONES será presentar las desigualdades en salud a partir de la estimación de métricas de desigualdad. Sin embargo, a medida que se consolide la capacidad del observatorio, se promoverá la generación de análisis desde otras aproximaciones metodológicas.

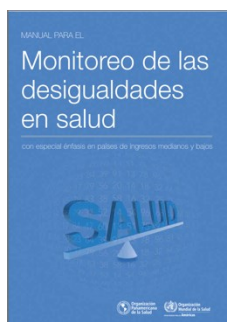
a. Cálculo de métricas de desigualdad

En este tipo de análisis, el primer paso es la clasificación de la población en subgrupos de acuerdo con las dimensiones de desigualdad pertinentes para la temática en salud. Esta segmentación debe tener una base conceptual que dé cuenta de la relación las dimensiones con el indicador, y también de la interacción que tengan las dimensiones consideradas.

Una vez se tengan las estimaciones por subgrupo se procede a estimar las métricas resumen de desigualdad (76). Al momento de establecer las medidas a estimar es importante tener en cuenta que las métricas pueden expresar comparaciones entre grupos ordinales como es el caso del nivel educativo y no ordinales como el departamento o municipio. Además, se debe considerar la necesidad de establecer un grupo de referencia que permita hacer comparaciones (95,96).

La presentación de las estimaciones de puede hacer a través las tablas, gráficos y mapas. Estos deben mostrar los indicadores desagregados por cada la dimensión de desigualdad (7).

Algunas de las herramientas donde se puede profundizar en el análisis:



Enlace:

<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2016/manual-moni-desig-sociales-salud-2016.pdf>



Enlace:

<https://www.everywomaneverychild-lac.org/wp-content/uploads/2017/06/Guia-paso-a-paso-versión-final.pdf>



Enlace:

https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/55118/9789275324431_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

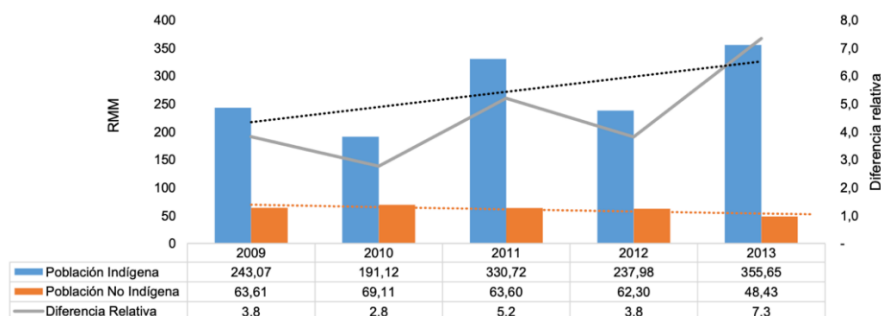
● *Medidas de desigualdad*

Los dos grandes grupos de medidas son la desigualdad absoluta (magnitud de la desigualdad) y la relativa (desigualdad proporcional). Estas a su vez podrían dividirse en simples y complejas, dependiendo de los grupos de comparación.

✓ *Métricas simples de desigualdad en salud (datos de dos subgrupos) / Cociente y diferencia entre indicadores de salud de dos grupos*

- La brecha absoluta se expresa a través de la diferencia entre las categorías extremas, grupo con mayor desventaja menos el del grupo más socialmente más favorecido.
- La brecha relativa es el cociente entre el grupo con mayor desventaja y el del grupo con mayor ventaja social (96).

Figura 11. Ejemplo: perfil de salud de la población Indígena, y medición de desigualdades en salud. Colombia 2016.



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social a partir de los datos de EEVV del DANE, dispuestos en el cubo de EEVV, defunciones del MSPS consultado el 30/11/2015

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social a partir de los datos EEVV del DANE, dispuestos en el cubo de EEVV, Defunciones del MSPS consultado el 30/11/2015 (97)

✓ *Métricas complejas de desigualdad en salud (datos de más de dos subgrupos)*

En esta se utiliza la información de todos los subgrupos con el fin de obtener un valor que muestre el grado de desigualdad.

- Métricas de desigualdad absoluta: índice de desigualdad de la pendiente, varianza entre grupos, la diferencia media del promedio general y el riesgo atribuible poblacional.
- Métricas de desigualdad relativa: índice de concentración, el índice de disparidad o fracción atribuible poblacional.

b. Análisis multinivel y técnicas de análisis geográfico y espacial

El lugar de residencia ha sido descrito como uno de los factores que influye en las diferencias de salud entre individuos. En este sentido, el territorio configura características culturales, económicas, sociales, políticas, históricas y/o geográficas, que pueden conducir a que los miembros de un determinado territorio compartan un estatus de salud similar.

El análisis de regresión multinivel es una metodología estadística que proporciona información sobre cómo se distribuyen las desigualdades de salud entre los niveles individual y de territorial, cuantifica la agrupación del estado de salud individual dentro de los territorios y permite examinar las interacciones entre niveles entre los efectos de factores a nivel individuo y territorial. Estas metodologías incorporan variables de diferentes niveles (individual / contextual) que confieren una estructura jerárquica a la información analizada, este análisis se realiza de forma simultánea. A su vez, existen dos enfoques para el análisis de modelos multinivel: los bayesianos y los frecuentistas. Por ejemplo, en la figura 13 se observa que el aumento de la presión arterial sistólica (PAS) asociado con el índice de masa corporal (IMC) es más pronunciado en los barrios desfavorecidos.



Figura 13. Ejemplo: Efectos fijos, interacción entre el nivel de ingresos de del barrio y el IMC individual.

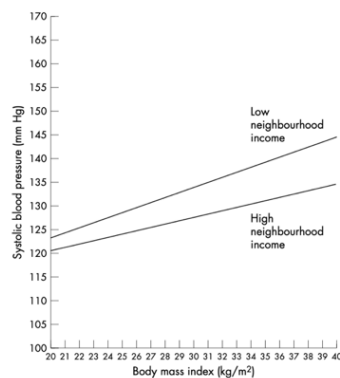
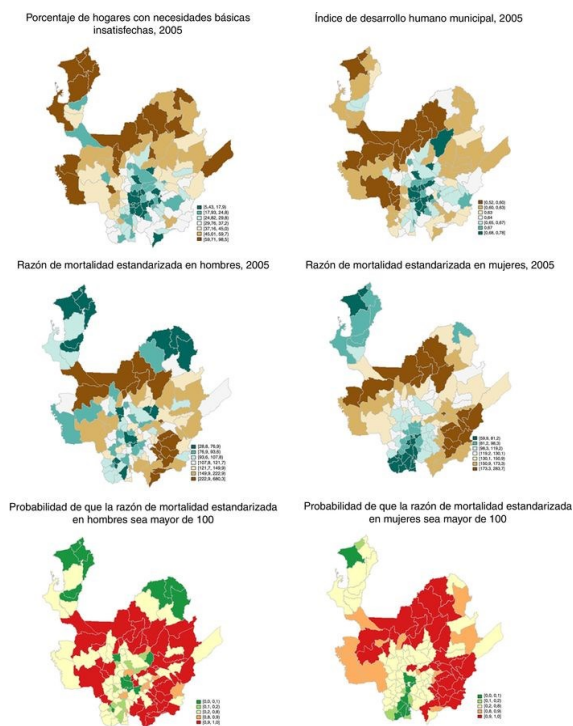


Figura 12. Ejemplo: Tendencias en la mortalidad por desnutrición en menores de 5 años y mayores de 60 años

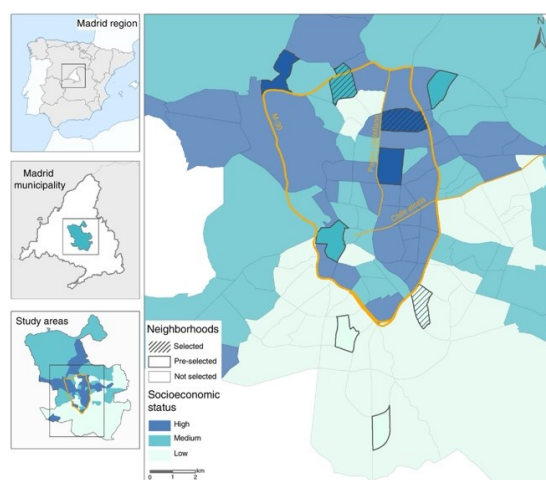


Fuente: Caicedo-Velásquez et al. (2016) (98)

c. Métodos mixtos y análisis cualitativos

Este estudio muestra el uso de métodos mixtos para evaluar la salud cardiovascular a nivel urbano, a través de métodos mixtos que incluyen: registros electrónicos de salud, cuestionarios individuales cuantitativos, y exploraciones físicas. Las metodologías cualitativas utilizadas fueron: entrevistas semiestructuradas, grupos de discusión y técnicas participativas como el fotovoz. Para este estudio se seleccionaron tres barrios, donde cada uno representaba un estrato socioeconómico (99).

Figura 13. Ejemplo Comprender las desigualdades en salud urbana: métodos y diseño del proyecto cualitativo “Heart Health Hoods”:



Fuente: J. Rivera Navarro et al. (2018)(99)

4.2.4.4. Enfoques establecidos por el MSPS

Desde el MSPS se han definido una serie de enfoques que se tendrán presentes en el marco de los análisis y que se describen a continuación.

Enfoque: Diferencial de derechos

La expresión “enfoque diferencial” es una construcción cultural e histórica en la que confluyen la necesidad de reconocer y tener en cuenta la identidad, la diversidad y las diferencias individuales y de colectivos como titulares de derechos, con el fin de adoptar medidas que hagan real y efectiva la igualdad. Centrar la atención en perfilar el abordaje a grupos étnicos, víctimas de conflicto armado u otros grupos poblacionales, permite darle especial significancia al enfoque diferencial de derechos como un componente que parte de reconocer las diferencias, diversidad y condiciones de desventaja de grupos poblacionales, orientando tal reconocimiento hacia la provisión de insumos prácticos para el ejercicio de los derechos, su protección y eventual restablecimiento cuando estos han sido vulnerados. Considerar en el proceso de investigación estos elementos como centro de la investigación en salud de tal manera que se releve el abordaje de los grupos sociales y la garantía de



los derechos en relación con los resultados en salud que se esperan desde la acción del sector y del Estado.

Enfoque: Interseccionalidad

Considerar en el proceso de investigación la complejidad de los sujetos en un contexto – época y entramado relacional de relaciones de poder, quienes viven y se desarrollan en el marco de una serie de condiciones que se entrecruzan y que determinan su trayectoria. Es un concepto que identifica las interacciones entre el género, la raza, la clase, la edad, la sexualidad y otras categorías estructurales de la diferencia y de la discriminación, mutuamente constitutivos, que marcan las relaciones sociales y las identidades en distintos niveles de análisis. La interseccionalidad permite mantener presente que estas categorías vistas desde afuera, son elementos constitutivos del sujeto y que deben considerarse en el análisis situado en tanto se relacionan y potencian en un marco de perpetuación de la inequidad, pero reconociendo que estas dimensiones implican también una gama de capacidades, recursos y prácticas que requieren reconocerse y fortalecerse, como parte constitutiva de los sujetos colectivos.

Enfoque: Género

Considerar en los procesos de investigación las diferencias de sexo y género, incluyendo las orientaciones sexuales e identidades de género diversas. Los protocolos de investigación deben tener en cuenta los factores biológicos, así como los factores sociales y culturales que generan inequidades debidas a los distintos roles y relaciones asimétricas de poder que tradicionalmente se asignan a hombres mujeres. El sexo y las construcciones sociales del género se relacionan con todos los aspectos de la vida afectiva, económica, social, cultural y política de los individuos a la vez que determina características y funciones que influyen, ya sea en la aparición de eventos en salud, en la respuesta a intervenciones, o en el acceso a bienes y servicios de salud o protección social.

Enfoque: Curso de vida

Considerar en el proceso de investigación los momentos de curso de vida de las personas y los múltiples factores de tipo biológico, psicológico, social, histórico, cultural que generan procesos y estados de salud individuales y colectivos a partir del reconocimiento de las trayectorias vitales, las transiciones en el proceso de desarrollo, así como la incidencia del contexto y de los sucesos vitales en la vida y la salud de las personas, familias y comunidades. Igualmente, este enfoque considera la importancia de las ventanas de oportunidad para incidir desde los sectores y desde las mismas familias y comunidades; así como los efectos acumulativos positivos y negativos a lo largo de la vida que dan cuenta de los resultados en salud como consecuencia de la historia de vida, decisiones y condiciones de los sujetos.



4.2.4. Comunicación de los resultados

El conocimiento generado a partir del análisis de la información que se realiza en el ONES debe ser comunicado y este ejercicio debe considerar los públicos a los que está dirigido, sus particularidades e intereses, de acuerdo con el uso que estos puedan dar a la información que les es ofrecida.

Identificación de públicos objetivo

Teniendo en cuenta el tipo de público objetivo se definirán los mecanismos y herramientas de comunicación. Dentro de los públicos identificados hasta el momento se encuentran:

1. Tomadores de decisiones
2. Organismos multilaterales
3. Redes de conocimiento especializado
4. Academia
5. Medios de comunicación
6. Organizaciones No Gubernamentales -ONG's
7. Sociedad civil (organizada y personas naturales)
8. Asociaciones profesionales
9. Aseguradores y prestadores de servicios de salud

Alcance de la comunicación

La comunicación de los resultados obtenidos durante los procesos de análisis desarrollados al interior de las 11 líneas temáticas propuestas para el ONES, buscan posicionar en la agenda pública las desigualdades en salud que requieren atención.

Las características con que contarán las publicaciones del ONES, deberán responder específicamente al plan de comunicaciones del observatorio y a los lineamientos establecidos por la dirección de comunicaciones del MSPS.

Mecanismos para de comunicación

Esta sección presenta la propuesta de una aproximación general a las formas en que se comunicarán los resultados del análisis de desigualdad del ONES que, principalmente se encontrarán soportadas por el dominio web a cargo de la Oficina de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (OTIC) del MSPS y que será administrada a nivel técnico por el Grupo de Gestión del Conocimiento y Fuentes de Información de la Dirección de Epidemiología y Demografía.



El ONES cuenta con una propuesta inicial de seis tipos de herramientas comunicativas:

- Micrositio del observatorio: repositorio documental, tablero de indicadores
- Artículos científicos
- Boletines
- Infografías
- Videos para públicos no expertos
- Resúmenes de política (policy brief)
- Talleres (workshops) – acompañamiento a territorios
- Salas situacionales
- Eventos académicos

Como parte de la dinamización de la red de conocimiento del ONES, se plantea la realización de eventos que permitan socializar los resultados de investigación en desigualdades, la comunicación de buenas prácticas para el abordaje de determinantes sociales, el fortalecimiento de capacidades de las entidades territoriales y el estrechamiento de lazos con otros actores a través de la realización de conferencias, talleres, coloquios, foros, congresos, webinars y simposios cuya programación estará a cargo del comité técnico del Observatorio.

Buenas prácticas en la comunicación en el monitoreo de desigualdades en salud

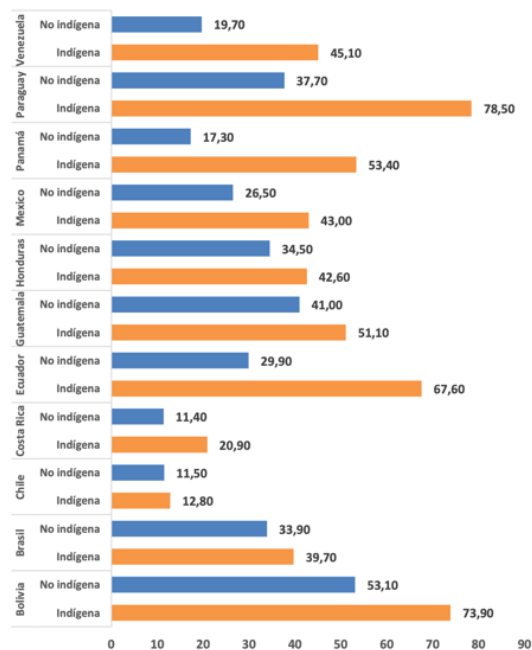
Existen una serie de elementos que deben encontrarse al momento de presentar los datos en el marco del monitoreo (76):

- Indicar el estado actual del indicador en salud
- Indicar el promedio nacional
- Indicar la tendencia en el tiempo
- Realizar un análisis referencial o benchmarking: comparación con datos de otros países



Figura 14. Ejemplo: Tasa de mortalidad por condición étnica, censos ronda 2000

Figura 1. Tasa de mortalidad infantil (por mil nacidos vivos) por condición étnica, censos ronda 2000



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social a partir de los datos del Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL, sobre la base del procesamiento especial en REDATAM SP+Banco Mundial, 2014

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social a partir de los datos del Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)- División de población de la CEPAL, sobre la base de procesamiento espacial en REDATAM SP+Banco Mundial, 2014

- Informar sobre los elementos contextuales que ayudan a dar sentido preliminar a los datos y a conocer la población en la que se realiza el análisis
- Informar la desigualdad absoluta y relativa
- Indicar la proporción poblacional de los subgrupos
- En el caso de que los datos provengan de una muestra Resaltar los resultados que se basen en un tamaño de muestra bajo (si los resultados provienen de encuestas)
- Informar sobre significación estadística, en el caso de que sea posible y apropiado
- Informar los métodos y procesos a través de los cuales se llegaron a conclusiones



4.2.6. Participación/dinamización de redes de conocimiento

Esta sección presenta la conceptualización del abordaje que el ONES dará a su red de conocimiento, entendida esta como un conjunto de actores que trabajan para compartir “*experiencias, datos, información, estados del arte y metodologías de investigación e intervención*” (100) a fin de ofrecer herramientas de juicio para la toma de decisiones informadas en salud pública (101).

A diferencia de otros tipos de acciones colaborativas, las interacciones entre los actores de la red con que el ONES, aboga y abogará por el establecimiento de relaciones horizontales, que buscan la contribución de todos los miembros en pro de la construcción de una visión compartida sobre el marco para la medición de desigualdades en el país y el análisis de equidad para la población colombiana.

La gestión del conocimiento en la red el ONES aportará al fortalecimiento del Estado y de la capacidad de gobierno democrático y participativo en el país y estará guiado por el imperativo ético de lograr mejores niveles de salud para la población colombiana a lo largo de toda la escala social, para asegurar que los marcos de política orientados al goce efectivo del derecho a la salud existan y puedan ser monitoreados a la luz del principio de equidad consagrado en la Ley Estatutaria 1751 de 2015.

Por otro lado, la articulación y participación en la red de conocimiento parte del entendido de que las dinámicas propias de la sociedad del conocimiento ponen sobre la mesa la necesidad de construir, desde el la ecología de saberes y el diálogo constructivo, capacidades para “*la interacción, cooperación y transferencia de conocimientos y tecnologías*” (100) orientadas a afrontar los retos que impone la necesidad de mitigar las brechas de desigualdad en nuestro país a partir de la colaboración de todos los interesados.

Esto representa un importante desafío metodológico, ya que la construcción y operación de una red de requiere integrar los aportes individuales de cada uno de los implicados y sistematizarlos de manera que el conocimiento derivado de este ejercicio se constituya como un insumo para responder a las demandas del entorno (102).

Con esto en mente, la dinamización de las condiciones que dan origen a un adecuado trabajo en red, acuerdo con Rovere (1998) (103), citado por Davyt & Mujica (104), está estrechamente relacionada con los vínculos entre las personas, que dan origen a los vínculos entre instituciones y deben pasar desde el reconocimiento y la aceptación del otro, hasta la asociación de los actores para compartir objetivos y proyectos e incluso, compartir recursos ocasionalmente. En la tabla a continuación se presenta una síntesis de las características de los lazos entre individuos y organizaciones para el trabajo en red que serán la base de las relaciones del ONES con los demás actores de las redes en que participa.



Cuadro 7. Niveles de vinculación entre sujetos y organizaciones para la conformación de redes

Nivel	Acciones	Valor
Reconocer	Destinadas a reconocer que el otro existe	Aceptación
Conocer	Conocimiento de lo que es o hace el otro	Interés
Colaborar	Presta ayuda esporádica	Reciprocidad
Cooperar	Compartir actividades y recursos	Solidaridad
Asociarse	Compartir objetivos y proyectos	Confianza

Fuente: Tomado de Davyt & Mujica (2006) (104)

Esta aproximación muestra como el capital social que se genera como resultado de la articulación entre individuos y organizaciones es fundamental para soportar el trabajo en red y complementa, desde la psicología social, las etapas para la conformación de una red de conocimiento de acuerdo con los aportes de Robeson (2009) (105), tenidos en cuenta por el Observatorio Nacional de Salud (106) y que, se presentan a continuación:

Cuadro 8. Etapas para la conformación de una red de conocimiento

Etapas	Actividades
Planificación	• Identificar los actores más relevantes. • Facilitar los encuentros entre los posibles miembros de la red. • Identificar apoyos. • Implementar o desarrollar elementos para facilitar la comunicación
Conformación	• Establecer oportunidades para la integración de los miembros de la red. • Crear vínculos con otras redes existentes. • Desarrollar plan de comunicación y marketing. • Legitimar los roles entre miembros de la red
Maduración	• Implementar cualquier tecnología adicional que se necesite para facilitar la colaboración. • Desarrollar guías de trabajo para facilitar la interacción de los miembros. • Invitar a nuevos miembros y fortalecer los lazos miembros existentes. • Favorecer las dinámicas de intercambio entre los participantes. • Desarrollar servicios y recursos relevantes intangibles. • Identificar brechas de conocimiento. • Estandarizar procesos • trabajar para alcanzar la masa crítica en el conocimiento producido. • Implementar un plan de comunicaciones para promover el propósito y el valor de la red.
Sostenimiento	• Mantener y liderar oportunidades de interacción entre los participantes en la red. • Reclutar nuevos miembros para la red. • Identificar y patrocinar otros facilitadores y nuevos líderes. • Considerar el desarrollo de subgrupos. • Demostrar resultados tangibles del trabajo en red. • Evaluar los resultados a largo tiempo con base en los propósitos que inicialmente dieron origen al trabajo en red. • Comunicar los resultados de la evaluación a los miembros



Proyección	Reconocer los resultados de la red definir si se transita hacia otros problemas o metas.
------------	--

Fuente: Adaptado de Robeson (2009) (105)

A continuación, se esbozan los principios básicos que guiarán la generación de la red de conocimiento sobre medición de desigualdades en salud y análisis de equidad en Colombia. Únicamente se presentan las fases de planificación y conformación de la red, de acuerdo con las líneas temáticas que abordará el Observatorio; sin embargo, este es un ejercicio que en el ONES aún cuenta con un desarrollo insipiente.

Planificación de la red de conocimiento del ONES

El primer paso para la conformación una red de conocimiento implica reconocer a los actores con interés y capacidad de agencia sobre inequidades en salud en los niveles territoriales, nacionales y regionales (partiendo del entendido que el ONES parte ya desde una red internacional, constituida por el Organismo Andino de salud). Inicialmente se identificarán nominalmente las organizaciones que podrían aportar conceptual, metodológica, operativa y comunicacionalmente a la iniciativa, a fin de determinar en este grupo inicial la existencia de motivaciones y voluntades para configurar una red operativa cuyo propósito es el de generar evidencia sobre desigualdades, análisis de inequidades y opciones de respuesta enmarcadas en el diseño, formulación o ajuste de políticas públicas en salud.

Posteriormente, se pretende hacer una caracterización inicial de los actores para determinar la relevancia de su inclusión dentro del equipo de la red nacional dinamizada por el ONES, al tiempo que su rol como público objetivo se establece de acuerdo con las categorías básicas presentadas en el capítulo 4.2.6. A continuación se presentan algunas de las características que tendrá el instrumento de caracterización de actores para la red, de acuerdo con las recomendaciones de la “*Guía para la caracterización de usuarios en las entidades públicas*” de MinTIC (107) y los lineamientos para el desarrollo de las redes del conocimiento del Observatorio Nacional de Salud (106).

Cuadro 9. Información básica para la caracterización de actores

Módulo	Variables a tener en cuenta
Ubicación geográfica	País, departamento, municipio
Características demográficas	Edad, sexo, nivel educativo, etnia
Datos de contacto	Correo electrónico, teléfono
Factores intrínsecos	Intereses, acceso a información, uso de información, conocimiento del tema
Área del conocimiento	De acuerdo con la caracterización de MinCiencias
Comportamientos	Nivel de uso de la información, participación en redes de conocimiento



Tipo de actor	Decisores gubernamentales, CTI, Medios de comunicación, ONG's, sociedad civil, Asociaciones (profesionales)), Actores del SGSSS
Institución a la que pertenece el actor	Nombre de la institución a la que pertenece el actor
Cargo del actor	Cargo del actor en la institución a la que pertenece/representa

Fuente: Elaboración propia con base en MinTIC (107) (2011) y Observatorio Nacional de Salud (2019) (106).

Desde la caracterización inicial de los potenciales participantes de la red, se realizará una convocatoria de los actores más relevantes con el objeto de determinar quiénes cuentan con mayor nivel de interés e influencia en las temáticas que abordará el ONES a la luz de las líneas temáticas definidas en el apartado 4.2.1 de este documento. Adicionalmente, se espera poder establecer acuerdos tendientes a favorecer la comunicación y las posibilidades de articulación interinstitucional o alianzas a nivel personal, de acuerdo con el tipo de actor entrevistado.

Conformación de la red de conocimiento del ONES

Durante esta fase se caracterizarán los intereses, motivaciones, expectativas, recursos y redes disponibles por parte de los actores priorizados durante la fase anterior, a fin de establecer puntos de encuentro que permitan la articulación de estos miembros con el equipo del ONES. Adicionalmente, se buscarán espacios de comunicación personal destinados a facilitar la identificación de nuevos actores clave (personales o institucionales), para conocer redes adicionales e investigadores que pudieran colaborar esporádicamente en algunas líneas temáticas o en el marco de algunos proyectos y establecer un conjunto consensuado de roles y responsabilidades al interior de la red.

Adicionalmente, durante esta fase se espera completar el diseño en detalle de la estrategia comunicacional del observatorio y ponerla en práctica, de cara a la necesidad de posicionar al ONES dentro de la opinión pública como un espacio pensado para aportar el ejercicio de la gobernanza sanitaria en el país, así como para constituirse como un centro de excelencia en el seguimiento de las desigualdades y la propuesta de intervenciones basadas en la evidencia para abordar comprensivamente la salud y sus determinantes desde un enfoque de equidad.



5. Evaluación

Para la evaluación del Observatorio Nacional de Equidad en Salud se seguirá la propuesta del Lineamiento Técnico Operativo para la construcción, gestión y evaluación de Observatorios de Salud del Grupo de Gestión del Conocimiento de la Dirección de Epidemiología y Demografía, del Ministerio de Salud y Protección Social.

En dicho lineamiento se plantea que, posterior a la implementación y lanzamiento del Observatorio de Salud, es necesario evaluar el estado de avance de las actividades propuestas en el plan de trabajo, teniendo en cuenta cada uno de los componentes metodológicos incluidos en la gestión de conocimiento, con el fin de determinar las fortalezas, recursos, vacíos técnicos y financieros, de talento humano y metodológicos.

Entre los instrumentos de verificación se encuentran los siguientes, en los cuales se contemplan los elementos mínimos para la evaluación de la viabilidad de un Observatorio de Salud, así como su implementación y construcción:

EVALUACION DE LA PLANIFICACIÓN DEL OBSERVATORIO			
1. Se realizó el análisis de pertinencia temática del Observatorio teniendo presente los siguientes criterios			
Criterios	Nivel de desarrollo		
	Si	No	Observaciones
Identificación de prioridades en salud pública			
Seguimiento a políticas, planes y programas en salud			
Diálogo con agendas nacionales e internacionales			
Situaciones coyunturales del país relacionadas con salud			
2. Se ha realizado el análisis de la viabilidad técnica para su construcción y funcionamiento, el cual incluye			
Criterios	Nivel de desarrollo		
	Si	No	Observaciones
Disponibilidad de un equipo trabajo para el funcionamiento del Observatorio			
Definición de un marco institucional, es decir, el área encargada que liderará el Observatorio de salud			
3. Se ha realizado el análisis de la viabilidad tecnológica para su construcción y funcionamiento, en donde se identifique			
Criterios	Nivel de desarrollo		
	Si	No	Observaciones
Es posible contar con un sitio web donde incluir los productos generados por el Observatorio, así como la plataforma estratégica y un visualizador de datos			
Se cuenta con soporte TIC			
4. Se ha realizado el análisis de la viabilidad financiera para su construcción y funcionamiento, teniendo en cuenta los siguientes aspectos			
Criterios	Nivel de desarrollo		
	Si	No	Observaciones



El presupuesto para su operación, el cual incluye: talento humano, recursos físicos, tecnológicos, programas informáticos, desplazamientos, trabajo con actores diversos, trabajo intersectorial, entre otros.			
Potenciales fuentes de financiación, para su operación de los próximos cinco años			
Posibles aliados nacionales e internacionales			

EVALUACIÓN DE LA CONSTRUCCIÓN DEL OBSERVATORIO			
1. Durante la construcción del Observatorio se consideró			
Criterios	Nivel de desarrollo		
	Si	No	Observaciones
El Observatorio cuenta con un marco conceptual adoptado y explícito			
Se ha identificado el marco normativo del Observatorio			
Se revisaron otros observatorios que se constituyen en referentes nacionales e internacionales			
2. Se ha definido la plataforma estratégica para el Observatorio que incluye			
Criterios	Nivel de desarrollo		
	Si	No	Observaciones
Nombre			
Objetivos (general y específicos)			
Misión y visión			
Propósito			
Valores			
Funciones			
Imagen institucional			
3. Sobre el comité técnico y el equipo de trabajo			
Se ha conformado el comité técnico del Observatorio			
Existe un líder técnico del Observatorio			
Existen líderes temáticos responsables de las líneas			
El equipo técnico es pertinente en cantidad y calidad			
4. Sobre el marco operacional			
Criterios	Nivel de desarrollo		
	Si	No	Observaciones
Se ha definido el modelo de gestión del conocimiento del Observatorio			
Se han definido las líneas temáticas, y estas son coherentes y suficientes para alcanzar el objetivo del Observatorio			
El Observatorio cuenta con un mapeo de fuente de información			
Se ha definido explícitamente cuáles son las fuentes de información que serán utilizadas en el Observatorio			
Se han priorizado los indicadores considerando agendas nacionales e internacionales, políticas públicas y necesidades del contexto nacional sobre la temática específica del Observatorio			
Se cuenta con una ficha técnica para cada indicador definido			



Se han definido las herramientas metodológicas para el análisis adelantado en el Observatorio con el cual convertir datos en información y conocimiento			
Se han definido los tipos de productos que generará el Observatorio			
Se ha construido un sitio web accesible donde se incluye la plataforma estratégica, la visualización de datos y los productos del Observatorio			
Se han definido mecanismos diversos de comunicación multidireccional			
4. Articulación con actores y sectores			
Criterios	Nivel de desarrollo		
	Si	No	Observaciones
Se han identificado actores institucionales, de la academia, grupos de investigación, organismos multilaterales, sociedad civil, población general interesada en la temática del Observatorio con quien se pueda coordinar esfuerzos y conformar redes de conocimiento			
5. Definición de procesos de evaluación del Observatorio			
Criterios	Nivel de desarrollo		
	Si	No	Observaciones
Se ha generado una estrategia de evaluación periódica sobre la implementación del Observatorio			
6. Otros			
Criterios	Nivel de desarrollo		
	Si	No	Observaciones
Se ha generado un documento técnico- operativo del Observatorio y este ha sido difundido			

EVALUACIÓN DE LA OPERACIÓN DEL OBSERVATORIO			
Criterios	Nivel de desarrollo		
	Si	No	Observaciones
Generales			
Existe un acto administrativo que crea el Observatorio y adopta los lineamientos técnicos operativos definidos			
El Observatorio es reconocido entre los actores clave que trabajan en la temática			
Preparación de datos			
El Observatorio recopila y sistematiza periódicamente la información correspondiente			
El Observatorio cuenta con un repositorio para la consulta de actores externos			
El Observatorio ha evaluado la calidad de las fuentes de información y de los datos con los que produce información			
El Observatorio ha realizado recomendaciones para el mejoramiento de la calidad de la información a las fuentes			
A través de los aliados estratégicos, se cuenta con transferencia de datos necesarios para el análisis y generación de conocimiento			



El Observatorio ha dispuesto información siguiendo la política de datos abiertos			
Transformación de datos en información y conocimiento			
El Observatorio cuenta con indicadores que permiten monitorear las líneas temáticas del Observatorio			
Se han generado conceptos técnicos de manera oportuna			
Se han generado y puesto a disposición análisis pertinentes sobre los temas del Observatorio, publicados a través de documentos técnicos, policybrief, síntesis de evidencia, videos, etc			
Se han generado documentos de análisis de acuerdo con las líneas temáticas definidas en el Observatorio			
Se publican periódicamente boletines o actualizaciones sobre análisis estratégico en el marco del Observatorio			
Se han publicado artículos científicos en revistas revisadas por pares por miembros del equipo en las temáticas del Observatorio, donde se reconoce la afiliación			
Traducción del conocimiento			
El sitio web está actualizado y este proceso se realiza periódica y oportunamente			
La plataforma web es funcional y accesible			
Se han ejecutado estrategias de comunicación multidireccional para diferentes público objetivo			
Se han desarrollado actividades tipo talleres, cursos, conferencias, participación en congresos y otros similares			
Uso del conocimiento			
Se han generado procesos de acompañamiento a en diferentes niveles para la toma de decisiones informadas			
El trabajo del Observatorio ha sido considerado en la creación de la política pública			
El trabajo del Observatorio ha sido considerado en la evaluación de políticas públicas por actores externos al equipo del Observatorio			
Redes de conocimiento			
Se participa activamente en al menos una red del conocimiento sobre el tema del Observatorio			
Se promueve el trabajo en redes de conocimiento			
Trabajo con actores y sectores clave			
Existe articulación con la comunidad			
Existe articulación con la academia			
Existe articulación con otras instituciones públicas			
Existe articulación con instituciones privadas			
Existe articulación con otros sectores del bienestar y del desarrollo sustentable relacionados con los determinantes de la situación que aborda el Observatorio			
Se han adelantado procesos y se cuenta con productos desarrollados en el marco de estas articulaciones			
6. Sobre el Comité Técnico y el Equipo de Trabajo			
Criterios	Nivel de desarrollo		



	Si	No	Observaciones
El comité técnico tiene sesiones de trabajo periódicas			
En el comité técnico se evalúa el plan de trabajo sistemáticamente			
Se ha destinado el tiempo suficiente para que el equipo de trabajo cumpla las funciones del Observatorio			
Las indicaciones han sido claras y pertinentes para el funcionamiento del Observatorio			
Existe un buen trabajo en equipo			
Existe buena comunicación en el equipo de trabajo			
Todos los miembros del equipo participan en actividades del Observatorio, aportando significativamente			
Todos los miembros del equipo cumplen un rol importante en el Observatorio y todos pueden dar cuenta del trabajo desarrollado en él			



7. Referencias

1. United Nations Development Programme. Poverty reduction. Humanity divided: confronting inequality in developing countries. 1st ed. Vereinte Nationen, editor. New York, NY: United Nations Development Programme; 2013. 79 p.
2. Naciones Unidas. Asamblea General. Transformar nuestro mundo: la agenda 2030 para el desarrollo sostenible. [Internet]. ONU. 2015 [cited 2017 Mar 14]. Available from: <http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/69/L.85>
3. Frenk J, Hoffman S. To save humanity: what matters most for a healthy future. 1st ed. New York: Oxford University Press; 2015. 393 p.
4. Naciones Unidas. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Panorama social en América Latina 2018 [Internet]. 1st ed. Naciones Unidas.CEPAL. Santiago de Chile; 2019 [cited 2022 Feb 3]. p. 233. Available from: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/44969-panorama-social-america-latina-2019>
5. WHO. Handbook on health inequality monitoring: with a special focus on low- and middle-income countries. World Health Organization, editor. Geneva, Switzerland; 2013. 105 p.
6. OMS. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Subsanan las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud [Internet]. OMS. 2008 [cited 2015 May 2]. p. 1–40. Available from: http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_IER_CSDH_08.1_spa.pdf
7. OPS. Manual para el monitoreo de las desigualdades en salud: con especial énfasis en países de ingresos medianos y bajos. Washington: OPS; 2016. 1–132 p.
8. Epidat 4: ayuda medición de desigualdades en salud. Medición de desigualdades en salud. 2014.
9. Braveman PA, Kumanyika S, Fielding J, LaVeist T, Borrell LN, Manderscheid R, et al. Health disparities and health equity: The issue is justice. American Journal of Public Health. 2011;101(SUPPL. 1):149–55.



10. Commission on Social Determinants of Health. World Health Organization. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice). WHO. WHO Library; 2010. 1–79 p.
11. National Collaborating Centre for Determinants of Health. English glossary of essential health equity terms [Internet]. 2014 [cited 2022 Feb 10]. Available from: <https://nccdh.ca/resources/entry/english-glossary-of-essential-health-equity-terms>
12. Braveman P. Monitoring equity in health: a policy-oriented approach in low- and middle-income countries [Internet]. OMS; 1998 [cited 2021 Mar 13]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/65228>
13. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. International Journal of Health Services. 1992;22(3):429–45.
14. Equipo editorial. Etecé. Justicia social [Internet]. 2021 [cited 2022 Feb 10]. Available from: <https://concepto.de/justicia-social/>.
15. Saltman RB. Equity and distributive justice in European health care reform. Int J Health Serv. 1997 Jul 1;27(3):443–53.
16. Dieterlen P. Justicia distributiva y salud. 1. ed. México D.F.: Fondo de Cultura Económica; 2015. 201 p. (Colección Filosofía Serie Biblioteca de ética y bioética).
17. Braveman PA, Kumanyika S, Fielding J, LaVeist T, Borrell LN, Manderscheid R, et al. Health disparities and health equity: The issue is justice. American Journal of Public Health. 2011 Dec;101(S1):S149–55.
18. Cash-Gibson L, Rojas-Gualdrón DF, Pericàs JM, Benach J. Inequalities in global health inequalities research: A 50-year bibliometric analysis (1966-2015). PLoS ONE. 2018;13(1):1–22.
19. OMS. Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Documentos básicos. 1946.
20. WHO. Constitution of World Health Organization. Geneva, Switzerland; 1995.
21. United Nations. Universal declaration of human rights. Paris; 1984.
22. Berkman L, Kawachi I, Glymour M. Social Epidemiology. 2ed ed. Boston: Oxford University Press; 2000.



23. Marmot M. Social determinants of health inequalities. *The Lancet*. 2005;365:1099–104.
24. Vega-Franco L. Ideas, creencias y percepciones acerca de la salud. *Reseña histórica. Salud Publica de Mexico*. 2002;44(3):258–65.
25. Diez-Roux A V. Bringing context back into epidemiology: Variables and fallacies in multilevel analysis. *American Journal of Public Health*. 1998;88(2):216–22.
26. Rose G. Sick individuals and sick populations. *International Journal of Epidemiology*. 1985;14:32–8.
27. OMS. Cuarta Conferencia sobre la Promoción de la Salud Nuevos actores para una nueva era: llevar la promoción de la salud hacia el siglo XXI. Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud en el Siglo XXI. 1997;21–5.
28. Caballero González E, Moreno Gelis M, Sosa Cruz ME, Mitchell Figueroa E, Vega Hernández M, Columbié Pérez L de A. Los determinantes sociales de la salud y sus diferentes modelos explicativos. *Infodir* [Internet]. 2012;15. Available from: <http://www.revinfodir.sld.cu/index.php/infodir/article/view/344>
29. Hosseini, Sayyed Arab, Mohammad Emamgholipour, Sara Rashudian, Arash Montazeri, Ali Zaboli R. Conceptual models of social determinants of health: A narrative review. *Iranian Journal of Public Health*. 2017;46(4):435–46.
30. Caballero González E, Moreno Gelis, Meralys Mitchell Figueroa, Eva Vega Hernandez, Maylen Columbié Perez L de A. Los determinantes sociales de la salud y sus diferentes modelos explicativos. *Infondir*. 2012;8(15):1–10.
31. Laframboise H. Health Policy: breaking the problem down in more manageable segments. *Canadian Medical Association Journal*. 1973;108:388–93.
32. Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians. Ottawa; 1974.
33. Dever GE. Epidemiología y administración de servicios de salud. Maryland: Organización Panamericana de la Salud, OPS-Organización Mundial de la Salud, OMS; 1991.
34. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. 1991.



35. Mackenbach JP, van de Mheen H, Stronks K. A prospective cohort study investigating the explanation of socio-economic inequalities in health in the Netherlands. *Social Science & Medicine*. 1994 Jan 1;38(2):299–308.
36. Diderichsen, Finn Whitehead M. The social basis of disparities. In: Evans T, Whitehead M, Diderichsen F, Bhuiya A, Wirth M, editors. *Challenging inequities in health: from ethics to action*. Oxford: Oxford University Press; 2001. p. 13–23.
37. Marmot M, Wilkinson R. *Social determinants of health*. 2nd ed. New York: Oxford University Press; 2006.
38. Krieger N. Theories for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective. *International Epidemiological Association*. 2001;30:668–77.
39. Krieger N. Proximal, distal, and the politics of causation: What’s level got to do with it? *American Journal of Public Health*. 2008;98(2):221–30.
40. Krieger N. Glossary A glossary for social epidemiology. *J Epidemiol Community Health*. 2001;55(page 42):693–700.
41. Sen A. *Nuevo examen de la desigualdad*. Madrid: Nueva Alianza Editorial; 1997. 1–43 p.
42. Breilh J. Las tres ‘S’ de la determinación de la vida 10 tesis hacia una visión crítica de la determinación social de la vida y la salud. In: Passos Nogueira R, editor. *Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária*. Río de Janeiro: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, CEBES; 2010. p. 87–125.
43. Breilh J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*. 2013;31(Spl):13–27.
44. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. *Avanzando hacia la equidad. Propuesta de Políticas e desigualdades Sociales en salud en España*. Dirección General de Salud Pública y Sanidad Exterior. 2015.
45. ONU. *Declaración de los Derechos Humanos* [Internet]. 1948 [cited 2021 Nov 23]. Available from: <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>



46. ACNUR. Pacto Internacional de Derechos económicos, sociales y culturales [Internet]. 1969 [cited 2021 Nov 23]. Available from: <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/cescr.aspx>
47. ACNUR. Convención Internacional sobre Eliminación de todas las formas de Discriminación Racial [Internet]. 21/12/1969. 1969 [cited 2021 Nov 23]. Available from: <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/cerd.aspx>
48. OPS. Declaracion De Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. 1978.
49. ONU. Convención sobre todas las Formas de Discriminación contra la Mujer. Resolución 34/180. 1979.
50. UNICEF. Convención sobre los Derechos del niño. 20/11/1989. 1989.
51. OMS. 62 .ªAsamblea Mundial de la Salud 18-22 Mayo. Ginebra; 2009.
52. OMS. Declaración de Adelaida sobre la Salud en Todas las Políticas. Informe de la Reunión Internacional sobre la Salud en Todas las Políticas, Adelaida 2010. 2010;4.
53. OMS. Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud. Declaración política de Río sobre determinantes sociales de la salud. 21 octubre 2011. Vol. 14, Declaración política de Río sobre determinantes sociales de la salud. Rio de Janeiro, Brasil; 2011.
54. Departamento Administrativo de la Presidencia de la República. Constitución Política de Colombia 1991. Vol. 8. 1991. 150 p.
55. Congreso de la República de Colombia. Ley 100 de 1993. Colombia; 1993 p. 1–63.
56. Congreso de la República de Colombia. Ley 715 de 2001. Colombia; 2001.
57. Congreso de la República de Colombia. Ley 1438 de 2011. Colombia; 2011 p. 1–51.
58. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1841 de 2013. Colombia; 2013 p. 1–326.
59. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1281 de 2014. Colombia; 2014 p. 1–7.
60. Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 859 de 2014. Colombia; 2014.



61. Congreso de la República de Colombia. Ley 1751 de 2015. Colombia; 2015 p. 1–13.
62. Congreso de la Republica de Colombia. Ley 1955 de 2019. Colombia; 2019 p. 1–102.
63. OMS. El observatorio mundial de la salud: Monitoreo de Equidad en Salud [Internet]. [cited 2022 Feb 10]. Available from: <https://www.who.int/data/gho/health-equity>
64. Cepal. Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe [Internet]. Available from: <https://oig.cepal.org/es/autonomias>
65. NSH. Race & Health Observatory [Internet]. 2020. Available from: <https://www.nhsrho.org/>
66. ODS. Gobierno de Cataluña. Observatorio de las Desigualdades en Salud [Internet]. Available from: <https://observatorisalut.gencat.cat/es/observatori-desigualtats-salut/>
67. Centro Internacional de Equidad en Salud. Universidade Federal de Pelotas. Centro Internacional de Equidad en Salud: Cobertura geográfica: mundial, con énfasis en países de bajos y medianos ingresos [Internet]. Available from: <https://www.equidade.org/about-us>
68. Gobierno de México. Secretaría de Salud. Observatorio Nacional de Inequidades en Salud [Internet]. Available from: <https://www.gob.mx/salud/articulos/observatorio-nacional-de-inequidades-en-salud-onis-162090>
69. OPS. Observatorio de Equidad de Género en Salud. Informe 2006 [Internet]. 2006. Available from: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/553>
70. NCCDH.Universidad St. Francis Xavier. Centro Colaborador Nacional para Determinantes de la Salud (NCCDH) [Internet]. Available from: <https://nccdh.ca/our-centre/>
71. EuroHealthNet. Observatorio de Desigualdades [Internet]. Available from: <https://www.inegalites.fr/Nos-principes>
72. SDS. Salud Capital: Observatorio para la equidad en calidad de vida y salud [Internet]. Available from: <http://www.saludcapital.gov.co/paginas2/observatorio.aspx>
73. OECVSB. SDS. Lineamientos y Síntesis del Proceso 2006-2014. Bogotá; 2015.



74. Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer. Observatorio Asunto de Género.
75. OPS/OMS. Implementación de observatorios nacionales de salud: enfoque operacional y recomendaciones estratégicas. OPS/OMS en. Santiago de Chile: Serie Técnica de Información para la Toma de Decisiones PWR CHI/HA/02; 2009.
76. OPS. Guía práctica para el monitoreo de las desigualdades en la salud a nivel nacional. Washington, D.C.: OPS; 2021.
77. Ministerio de Salud y Protección Social, Dirección de Epidemiología y Demografía, Grupo de Gestión de Conocimiento y Fuentes de Información. Guía metodológica para la construcción y gestión de observatorios en salud. Bogotá; 2021.
78. WHO. 100 Core Health Indicators. Geneva, Switzerland; 2015.
79. Every Woman Every Child. Indicator and monitoring framework for the global strategy for women's, children's and adolescents' health (2016-2030). Vol. 18. 2016.
80. OPS. Boletín Epidemiológico. Vol. 22. 2001.
81. DANE. Norma técnica de la calidad del proceso estadístico. NTC PE 1000. Bogotá; 2020.
82. DANE. SEN: norma técnica de calidad estadística [Internet]. [cited 2022 Jan 22]. Available from: <https://www.sen.gov.co/normatividad/norma-tecnica>
83. Ministerio de Salud y Protección Social. SISPRO: indicadores [Internet]. [cited 2022 Jan 22]. Available from: <https://www.sispro.gov.co/Pages/Home.aspx>
84. CEPAL. Fortalecimiento y aprovechamiento de los registros administrativos con fines estadísticos. Santiago de Chile; 2018.
85. Ministerio de Salud y Protección Social. Sistema Nacional de Estudios y Encuestas Poblacionales para la Salud: Conceptualización y guía metodológica. Bogotá; 2013. 1–238 p.
86. Pimienta Lastra R. Encuestas probabilísticas vs. no probabilísticas. Política y Cultura. 2000;13:263–76.
87. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Buenas prácticas de una encuesta por muestreo. Lima; 2011.



88. INEGI. 3. Encuestas por muestreo, Censos y Encuestas por registros. Aguas calientes; 2011.
89. DANE. Censo poblacional [Internet]. 2018 [cited 2022 Jan 22]. Available from: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/censo-nacional-de-poblacion-y-vivenda-2018>
90. Celade. Censos [Internet]. [cited 2022 Jan 22]. Available from: <https://celade.cepal.org/redatam/ryes/sisppi/webhelp/censos.htm>
91. WHO. Inequality monitoring in sexual, child and adolescent health a step-by-step manual the cycle of health inequality monitoring. Geneva, Switzerland; 2022.
92. Schneider, Maria Cristina; Castillo-Salgado, Carlos; Bacallao, Jorge; Loyola, Enrique; Mujica, Oscar J; Vidaurre, Manuel; Roca Anne. Methods for measuring health inequalities (part I). Epidemiological Bulletin PAHO. 2004;25(4):12–4.
93. Muntaner C, Gómez MB. Qualitative and quantitative research in social epidemiology: is complementarity the only issue? Gaceta sanitaria / SESPAS. 2003;17(Supl 3):53–7.
94. Bowers B, Cohen LW, Elliot AE, Grabowski DC, Fishman NW, Sharkey SS, et al. Creating and supporting a mixed methods health services research team. Health Services Research. 2013;48(6 PART2):2157–80.
95. Mújica ÓJ, Moreno CM. From words to action: Measuring health inequalities to “leave no one behind.” Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health. 2019;43:1–8.
96. OPS. Guía ilustrada paso-a-paso para el cálculo y análisis de desigualdades ecosociales en salud. Washington, D.C.: OPS; 2020. 1–23 p.
97. Ministerio de Salud y Protección Social. Perfil de Salud de la Población Indígena, y medición de desigualdades en salud. Colombia 2016. Bogotá; 2016.
98. Marí-Dell’Olmo M, Gotsens M, Palència L, Rodríguez-Sanz M, Martínez-Beneito MA, Ballesta M, et al. Trends in socioeconomic inequalities in mortality in small areas of 33 Spanish cities. BMC Public Health. 2016;16(1):1–13.
99. Rivera Navarro J, Franco Tejero M, Conde Espejo P, Sandín Vázquez M, Gutiérrez Sastre M, Cebrecos A, et al. Understanding Urban Health Inequalities: Methods and



Design of the Heart Health Hoods Qualitative Project. *Gaceta Sanitaria*. 2019;33(6):517–22.

100. Martínez, E; Franco, Diego; Villa Eliana. Las redes de conocimiento en salud pública y el fortalecimiento de capacidades a través. Vol. 27, Rev. Fac. Nac. Salud Pública. 2009.
101. Santana Rodríguez D, Misnaza Castrillón S, Parra A, Castañeda-Orjuela CA. Metodología para el diseño, implementación y seguimiento de una red de conocimiento en salud pública. Bogotá; 2020.
102. Bedoya Marrugo EA, Behaine Gómez B, Severiche Sierra CA, Marrugo Ligardo Y, Castro Alfaro AF. Redes de Conocimiento: Academia, Empresa y Estado. *Espacios*. 2018;39(8).
103. Rovere M. Redes En Salud: los Grupos, las Instituciones, la Comunidad. 2da ed. El Agora, Secretaría de Salud de la Municipalidad de Rosario, Instituto de la Salud “Juan Lazarte”; 2006. 2–21 p.
104. Davyt A, Mujica A. Construcción de redes desde una perspectiva institucional. In: Albornoz M, Alfaraz C, editors. *Redes de conocimiento: construcción, dinámica y gestión*. Buenos Aires: Red Iberoamericana de indicadores de ciencia y tecnología (RICYT); 2006. p. 187–94.
105. Robeson P. *Networking in Public Health: Exploring the value of networks to the National Collaborating Centres for Public Health*. Hamilton, Ontario; 2009.
106. ONS. INS, Departamento Administrativo de ciencia tecnología e innovación. COLCIENCIAS. *Redes del conocimiento en salud pública -RCSP*. Componente: diseño e implementación en el marco del convenio 427 de 2012. Bogotá; 2019.
107. Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones. *Guía Para La Caracterización De Usuarios De Las Entidades Públicas*. 2011.
108. Husillos J. “La organización municipal y la adaptación de los servicios públicos. Círculo para la calidad de los servicios públicos de l’Hospitalet.” In: *Inmigración y gobierno local Experiencias y retos IV Seminario*. Barcelona, España 14-15 diciembre 2006; 2006.
109. Marcial A. ¿Qué son los observatorios y cuáles son sus funciones? *Innovación Educativa*. 2009;9(47):5–17.



110. Martínez-Chavez VM. Diagnóstico administrativo. Procedimientos, procesos y reingeniería. 3 ed. México, D.F: Trillas; 1998.
111. Aburto-Jiménez M. Administración por calidad. México, D.F: CECSA; 1992.