



MINSALUD



**TODOS POR UN
NUEVO PAÍS**

PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

Documento técnico

Sistema de monitoreo, seguimiento y evaluación

Subdirección de Enfermedades No Transmisibles
Dirección de Promoción y Prevención
Viceministerio de Salud Pública y Prestación de Servicios
2016



MINSALUD



MINSALUD

ALEJANDRO GAVIRIA URIBE

Ministro de Salud y Protección Social

GERARDO BURGOS BERNAL

Secretario General

CARMEN EUGENIA DÁVILA GUERRERO

Viceministra de Protección Social

FERNANDO RUIZ GÓMEZ

Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

ELKIN DE JESÚS OSORIO SALDARRIAGA

Director de Promoción y Prevención

JOSÉ FERNANDO VALDERRAMA VERGARA

Subdirector de Enfermedades No Transmisibles

Sistema de monitoreo, seguimiento y evaluación de la Subdirección de Enfermedades No Transmisibles

© Ministerio de Salud y Protección Social

Coordinación editorial y cuidado de texto

Andrea Yanira Rodríguez Rodríguez

Andrea Johanna Lara Sánchez

Diseño y diagramación

Xxxxxxx

Imprenta Nacional de Colombia

Primera Edición

© Ministerio de Salud y Protección Social

Carrera 13 No. 32 - 76

PBX: (57-1) 330 50 00

FAX: (57-1) 330 50 50

Línea de atención nacional gratuita: 018000 91 00 97

Lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:30 p.m.

Bogotá D.C., Colombia, 2016

Usted puede copiar, descargar o imprimir los contenidos del Ministerio de Salud y Protección Social MSPS para su propio uso y puede incluir extractos de publicaciones, bases de datos y productos de multimedia en sus propios documentos, presentaciones, blogs, sitios web y materiales docentes, siempre y cuando se dé el adecuado reconocimiento al MSPS como fuente y propietaria del copyright. Toda solicitud para uso público o comercial y derechos de traducción se sugiere contactar al MPSP a través de su portal web www.minsalud.gov.co

Subdirección de Enfermedades No Transmisibles

José Fernando Valderrama Vergara
Subdirector de Enfermedades No Transmisibles

Omaira Isabel Roldán Sánchez
Coordinadora Grupo Condiciones crónicas prevalentes

Lorenza Becerra Camargo
Coordinadora Grupo Modos, condiciones y estilos de vida saludable

Nubia Esperanza Bautista Bautista
Coordinadora Grupo Gestión Integrada para la salud mental

Equipo técnico - Elaboración

Fernando Ramírez Campos	<i>Coordinación Técnica</i>
Andrea Yanira Rodríguez Rodríguez	<i>Coordinación Técnica</i>
	<i>Evaluación (Encuestas Nacionales)</i>
Gustavo Bergonzoli	<i>Seguimiento Situacional y Epidemiológico</i>
Andrea Johanna Lara Sánchez	<i>Seguimiento Política Pública</i>
Luis Hernando Nieto	<i>Seguimiento Política Pública</i>
Lorena Viviana Calderón Pinzón	<i>Seguimiento Normativo</i>
Alex Smith Araque Solano	<i>Seguimiento Económico</i>
Iván Darío Pérez Díaz	<i>Seguimiento Estadístico</i>
Ruby Albenis Trejo Varon	<i>Seguimiento Estilos de Vida Saludable</i>
Jancy Andrea Huertas	<i>Seguimiento Estilos de Vida Saludable</i>
Javier Isaac Maldonado	<i>Seguimiento a la Atención - Observatorio</i>
Anyul Milena Vera Rey	<i>Observatorios</i>
Máncel Martínez	<i>Publicaciones</i>
Carlos Sarmiento	<i>Rendición de Cuentas</i>

Contenido

Lista de tablas e ilustraciones	6
Lista de Siglas	7
Presentación.....	9
Introducción	11
1. Marco Referencial	15
2. Marco conceptual	20
3. Descripción del Sistema	22
CAPÍTULO I. Formulación del Plan Decenal De Salud Pública y planeación del Sistema	24
CAPÍTULO II. Análisis de factibilidad.....	28
1. Componente Análisis de Situación en Salud	29
2. Componente Epidemiológico	29
3. Componente Económico	29
4. Componente Normativo	30
5. Componente Política Pública	32
6. Componente de Atención	40
CAPÍTULO III. Implementación y desarrollo	44
CAPÍTULO IV. Análisis y retroalimentación	66
CAPÍTULO V. Evaluación	73
CAPÍTULO VI. Procesos de soporte	76
Conclusiones	78
Bibliografía	80

Lista de tablas e ilustraciones

Tabla 1. Metas PDSP.....	26
Tabla 2. Normograma	31
Tabla 3. Responsabilidades intersectoriales	31
Tabla 4. Número de referencias por patología identificadas y número de indicadores por patología identificados.....	42
Tabla 5. Clasificación de 654 indicadores por patología de acuerdo a criterios de estructura proceso o resultado	42
Tabla 6. Número de indicadores seleccionados por patología priorizada.....	43
Tabla 7. Elementos estructurales del SMSEG.....	46
Tabla 8. Simbología utilizada en el flujograma	50
Tabla 9. Descripción de los procesos	53
Tabla 10. Caracterización actores-Sala situacional	69
Tabla 11. Estrategias, fuentes e indicadores.....	70
Tabla 12. Lista de chequeo para las Unidades de Análisis	71
Tabla 13. Cronograma de trabajo	71
Tabla 14. Fuentes para la evaluación	74
Ilustración 1. Hallazgos Evaluación ex-post Plan Nacional de Salud Pública	13
Ilustración 2. Clasificación tipos de evaluación SINERGIA	21
Ilustración 3. Atributos del Sistema	22
Ilustración 4. Componentes del Sistema.....	23
Ilustración 5. Fases del Sistema.....	23
Ilustración 6. Ordenamiento jurídico colombiano	30
Ilustración 7. Mapa conceptual de políticas públicas	34
Ilustración 8. Clasificación de actores	38
Ilustración 9. Flujograma del sistema	51
Ilustración 10. Sección del sitio web del sistema.....	65
Ilustración 11. Niveles de análisis	67

Lista de Siglas

APS	Atención Primaria de Salud
ASIS	Análisis de Situación de Salud
CONPES	Consejo Nacional de Política Económica y Social
DANE	Departamento Administrativo Nacional de Estadística
DNP	Departamento Nacional de Planeación
ENDS	Encuesta Nacional de Demografía y Salud
ENSAB	Estudio Nacional de Salud Bucal
ENS	Encuesta Nacional de Salud
ENSPA	Encuesta Nacional sobre consumo de Sustancias Psicoactivas
ENSIN	Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia
ENSM	Encuesta Nacional de Salud Mental
ENT	Enfermedades No Transmisibles
EPOC	Enfermedad Pulmonar Obstructivo Crónica
EPS	Empresa Promotora de Salud
MCYEVS	Modos, condiciones y estilos de vida saludables
ICBF	Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
IMC	Índice Masa Corporal
IPS	Institución Prestadora de Servicios de Salud
IVC	Inspección, Vigilancia y Control
MIAS	Modelo de Atención Integral en Salud
M&S	Monitoreo y Seguimiento
MSPS	Ministerio de Salud y Protección Social
OCADER	Observatorio de salud cardiovascular, diabetes y enfermedad renal
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OECD	Organización para el Desarrollo Económico
OMS	Organización Mundial de la Salud

ONC	Observatorio Nacional de Cáncer
ONU	Organización de las Naciones Unidas
OSAN	Observatorio de Seguridad Alimentaria y Nutricional
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PAIS	Política de Atención Integral en Salud
PDSP	Plan Decenal de Salud Pública
PHVA	Planear, Hacer, Verificar y Actuar
PLP	Planificación Local Participativa
PND	Plan Nacional de Desarrollo
POT	Plan de Ordenamiento Territorial
RIPS	Registro Individual de la Prestación de Servicios de Salud
ROSS	Registros, Observatorios, Sistemas de Seguimiento y Salas Situacionales en Salud
SISBEN	Sistema de Identificación y Clasificación de Potenciales Beneficiarios para programas sociales
SENT	Subdirección de Enfermedades No Transmisibles
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud
SISPRO	Sistema de Información de la Protección Social
SINERGIA	Sistema Nacional de Evaluación de Gestión y Resultados
SIVIGILA	Sistema de Vigilancia en Salud Pública
SMSEG	Sistema de Monitoreo, Seguimiento y Evaluación para la Gestión
TICS	Tecnologías de Información y Comunicación

Presentación

“Las Enfermedades No Transmisibles (ENT) representan uno de los mayores desafíos del siglo XXI para la salud y el desarrollo, tanto por el sufrimiento humano que provocan como por los perjuicios que ocasionan en el entramado socioeconómico de los países, sobre todo de los de ingresos bajos y medianos. Ningún gobierno puede permitirse pasar por alto el aumento de la carga de las ENT. Si no se adoptan medidas basadas en datos probatorios, el costo humano, social y económico de las ENT no cesará de crecer y superará la capacidad de los países para afrontarlo” (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2014).

La epidemia de las ENT impacta directamente en la calidad de vida de las personas y las comunidades. Por esto, los gobiernos han adoptado diversas medidas para contrarrestar las graves consecuencias de estas enfermedades. Sin embargo, se requiere fortalecer los procesos de implementación de las intervenciones, de tal suerte que se logre efectivamente prevenir la aparición de las ENT y reducir la exposición a sus factores de riesgo asociados. Una de las alternativas para mejorar los procesos de implementación es el desarrollo de sistemas sólidos de monitoreo, seguimiento y evaluación.

En este contexto, el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) se ha propuesto definir objetivos y metas específicos para abordar integralmente a las ENT, sus factores de riesgo y sus determinantes. Esto implica una alta capacidad de coordinación y liderazgo por parte de los gobiernos del nivel nacional y territorial, para lograr la integración y compromiso de todos los sectores y actores en el desarrollo de las políticas y estrategias intersectoriales que impacten los determinantes sociales y económicos de la salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

En este proceso de despliegue e implementación, el monitoreo, seguimiento y evaluación son clave, en la medida en que proporcionan la información necesaria para evaluar la marcha de cualquier programa o política en salud y así realizar ajustes durante la ejecución. Tanto el monitoreo como el seguimiento y evaluación, son funciones de gestión indispensables que ayudan a fortalecer la planificación de los programas y mejorar la efectividad de las acciones e intervenciones (Cid & et.al., 2005)

Para el caso específico de las ENT, se requiere que la implementación de los objetivos de política ya definidos en instrumentos como el Plan Nacional de Desarrollo y el Plan Decenal de Salud Pública, se acompañe de un sistema de monitoreo, seguimiento y evaluación desde el nivel nacional/territorial e institucional/interinstitucional, para que los diferentes actores involucrados en la transformación positiva de los entornos y la reorganización de los servicios, logren aplicar efectivamente las acciones propuestas para la promoción de los modos, condiciones y estilos de vida saludable, la promoción de la salud mental, la prevención y atención integral de las ENT y los problemas y trastornos mentales para, de esta manera, contribuir con el goce efectivo del derecho a la salud de todos los habitantes del país.

Así las cosas, y reconociendo la interdependencia que existe entre los diversos sistemas de información, monitoreo, seguimiento y evaluación, el documento que se presenta a continuación, tiene como propósito proporcionar las bases conceptuales y operativas para la puesta en marcha del Sistema de Monitoreo, Seguimiento y Evaluación para la gestión (SMSEG), lo cual involucra la estandarización de características deseables, insumos, actores, procesos, productos y áreas de monitoreo. De igual manera, se proponen una serie de instrumentos que materializan las actividades de implementación del sistema: estos instrumentos son de carácter dinámico y su frecuencia de actualización podrá darse en periodos menores de tiempo. Se espera que luego de la prueba piloto, se ajusten los instrumentos para proseguir con su aplicación.

Introducción

Las Enfermedades No Transmisibles (ENT) constituyen una de las principales causas de morbilidad, discapacidad y mortalidad en todo el mundo. En el 2012, de las 56 millones de muertes registradas en todo el mundo, 38 millones correspondieron a las ENT. De esos 38 millones, 16 millones fueron muertes prematuras ocurridas antes de los 70 años de edad (Organización Mundial de la Salud (OMS) , 2014). Los costos y las consecuencias sociales y económicas son devastadoras para todos los países, en particular para los de menores ingresos; de hecho, se estima que las pérdidas económicas debidas a ENT en estos países, si se mantiene la situación actual, será de 7 billones de dólares. Por este motivo, reducir la carga mundial de las ENT es una prioridad y una condición necesaria para el desarrollo sostenible (Organización Mundial de la Salud (OMS) , 2014).

En Colombia, las principales causas de mortalidad registradas entre 1997 y 2013, están asociadas con las ENT, como las enfermedades del sistema circulatorio y los cánceres (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015). En cuanto a la carga de enfermedad, se observa un incremento de la morbilidad ocasionada por las ENT: se pasó del 76% al 83% (Peñaloza & et.al., 2014). Con relación a la prevalencia de factores de riesgo, los de mayor peso son el consumo y exposición al humo de tabaco, la alimentación no saludable y la inactividad física, además de la presencia de condiciones medioambientales relacionadas con la calidad del aire, el estrés urbano, las infecciones y las exposiciones ocupacionales (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

En este contexto, y para reducir los impactos negativos de la epidemia de las ENT, el mundo ha avanzado sustancialmente en el desarrollo e implementación de políticas, planes y programas que buscan controlar y prevenir estas enfermedades y sus factores de riesgo. Es más, por medio de la aplicación de intervenciones en múltiples niveles, se busca incidir en la adopción de conductas que promuevan la salud en cada uno de los ámbitos en los que se desenvuelve la vida de las personas, familias y comunidades (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2008).

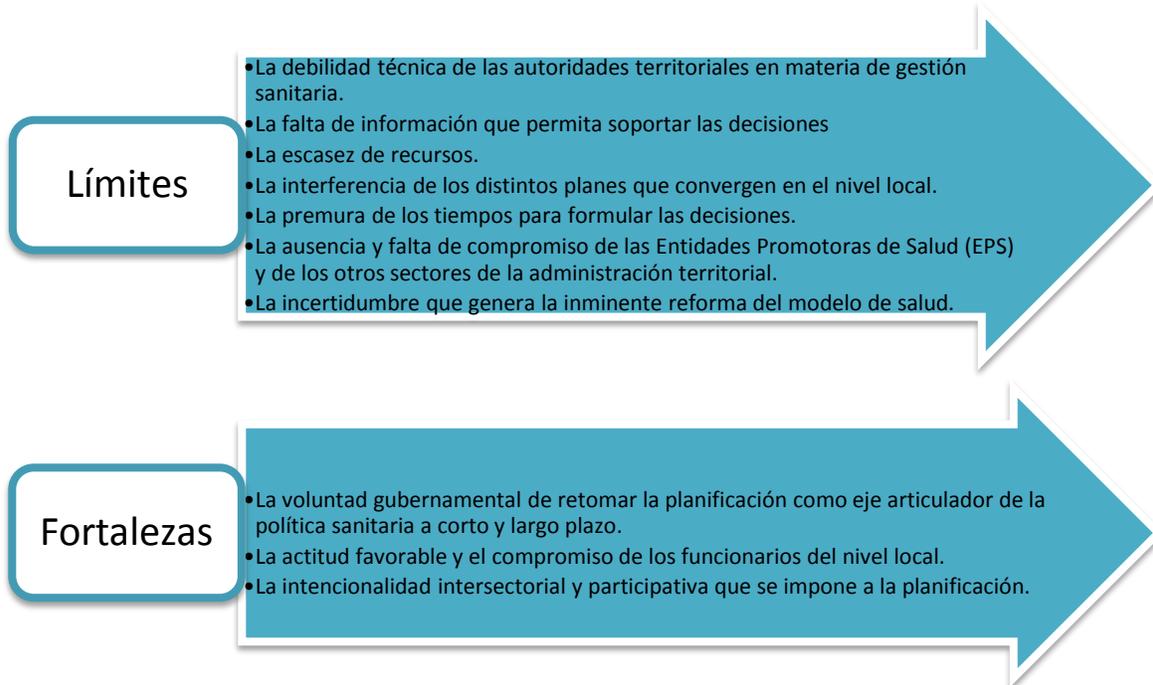
El MSPS, entendiendo la complejidad de la problemática relacionada con las ENT, formuló el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012-2021 que establece, entre otras, la dimensión de Convivencia y Salud Mental, y la dimensión de Vida Saludable y Condiciones No Transmisibles, la cual se estructura a partir de dos componentes: a) Modos, condiciones y estilos de vida saludables; y b) Condiciones crónicas prevalentes. En estas dimensiones, se define una serie de metas e indicadores, en función de las prioridades del país, y tomando como referencia lo planteado en los lineamientos de política mundial, como el Plan Mundial de Acción para la prevención y el control de las ENT 2013-2020 y el Plan Mundial de Acción sobre Salud Mental 2013-2020.

Esta realidad la recoge el Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2014-2018, como parte del eje de movilidad social, haciendo énfasis en la importancia de reposicionar al sector de la salud como generador de bienestar, a partir de intervenciones poblacionales que modifican el contexto y generan espacios, bienes y servicios, favoreciendo y promoviendo una cultura que protege la salud. Para esto, se propone el desarrollo de las ciudades, la ruralidad y los entornos saludables por medio de instrumentos de política pública intersectorial vinculantes. De igual forma, se plantea la ampliación de la Estrategia 4x4, que implica no sólo abordar las principales ENT (cáncer, enfermedad cardiovascular, diabetes y enfermedades respiratorias de vías inferiores) y sus factores de riesgo comunes (inactividad física, uso nocivo de alcohol, consumo de tabaco y exposición al humo de tabaco, y alimentación no saludable), sino también lo relacionado con la salud auditiva, bucal, visual, y la salud mental (Departamento Nacional de Planeación (DNP), 2015).

Estos objetivos de política, junto con lo definido por la Política y el Modelo de Atención Integral en Salud, buscan mejorar las condiciones de salud de la población e incidir en el mejoramiento de su calidad de vida. No obstante, para hacer esto realidad, es decir que todos los habitantes del país gocen plenamente de su derecho a la salud, es importante procurar procesos eficientes de implementación. Esto significa que se requiere del funcionamiento de sistemas de monitoreo, seguimiento y evaluación que permitan no sólo obtener y analizar información, sino mejorar los procesos de toma de decisión, para de esta manera obtener los objetivos de política propuestos.

A esta conclusión se llegó luego de la evaluación ex-post del Plan Nacional de Salud Pública 2007 – 2010, que realizó el MSPS en convenio con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (MSPS/OPS, 2012). Esta evaluación tuvo como objetivo identificar los alcances y limitaciones del proceso de planificación adelantado por los agentes del sector de la salud del territorio nacional, entre 2007 y 2012, con el fin de identificar las lecciones aprendidas y así mejorar la toma de decisiones. Entre los principales resultados se encuentran:

Ilustración 1. Hallazgos Evaluación ex-post Plan Nacional de Salud Pública



Fuente: Elaboración propia con base en (MSPS/OPS, 2012).

A partir de este análisis, la evaluación concluye que el proceso de planificación territorial de la salud se revela como un recurso de importancia crítica para mejorar la efectividad de las intervenciones y la eficiencia en la aplicación de los recursos. De hecho, una de las condiciones que más limitan los alcances de la planificación es la fragmentación del modelo. Es más, la escasa participación de otros sectores y particularmente de las EPS restringen los alcances del proceso. Así mismo, se hace evidente que las EPS no sólo administran los recursos del aseguramiento sino que deben responder por eventos como la gestión de los riesgos, la morbilidad y la mortalidad evitables.

Con base en estas conclusiones, la evaluación planteó las siguientes recomendaciones al MSPS: a) fortalecer la autoridad sanitaria local; b) asegurar el acompañamiento a las entidades territoriales más débiles; c) garantizar el compromiso de las aseguradoras con relación a las metas de cada municipio; d) implementar un sistema de evaluación de la planificación que tenga en cuenta las sugerencias de los actores y los factores críticos de éxito detectados.

Paralelamente, en convenio con la Universidad del Valle, el MSPS aplicó una encuesta a entidades territoriales sobre competencias y capacidades de gestión departamental, útil para documentar la existencia de políticas, planes y servicios en ENT. Los resultados de la encuesta mostraron la escasa precisión en el alcance de las acciones y estrategias

referidas por los departamentos, constituyéndose en un punto de partida para profundizar en los hallazgos.

En primer lugar, la existencia de políticas y planes no habla de la calidad de las acciones, de las poblaciones objetivo y, en general, del alcance de las capacidades existentes. Por ejemplo, aunque un alto número de departamentos refirió tener planes de monitoreo y evaluación, se desconoce el tipo de evaluación que se lleva a cabo y el uso que se hace de la misma. En general, es relevante la aplicación de evaluaciones de desempeño, específicamente en lo que se refiere al porcentaje de cumplimiento de las actividades desarrolladas. No obstante, son pocas las evaluaciones de impacto, efectividad y costo efectividad, que son necesarias para la formulación de políticas, planes y programas. También, aunque casi dos tercios de los departamentos reportaron acciones de difusión, sería necesario caracterizar qué se comunica, con qué propósitos y a qué audiencias. En otras palabras, es necesario relacionar comunicación con gestión social del conocimiento y gerencia intersectorial.

Los resultados de esta encuesta departamental evidenciaron la necesidad de desarrollar líneas de investigación alrededor de: información, vigilancia, monitoreo y evaluación, para articular los resultados a la gerencia sectorial e intersectorial, y hacer abogacía ante otros sectores. Los resultados de la encuesta se constituyeron en insumo para identificar las debilidades y necesidades de acompañamiento y asistencia técnica, y para el mejoramiento de las capacidades y competencias en las entidades territoriales (MSPS/CEDETES, 2012).

En este marco, y entendiendo lo esencial de acompañar el despliegue de las estrategias contempladas en el Plan Decenal, así como realizar el seguimiento sistemático y periódico para identificar brechas de implementación y cuellos de botella, la Subdirección de Enfermedades No Transmisibles (SENT), ha liderado la construcción del Sistema de Monitoreo, Seguimiento y Evaluación para la Gestión (SMSEG), fundamentado en bases conceptuales y operativas que parten del Análisis de Situación de Salud (ASIS), y estructurado a partir de los componentes político, normativo, económico, epidemiológico, y de servicios.

Este enfoque interdisciplinario tiene su razón de ser en la comprensión de que la realidad que atañe a este grupo de enfermedades no es responsabilidad exclusiva del sector sanitario. En efecto, dada la multicausalidad de la problemática, se requiere de intervenciones, estrategias y herramientas de monitoreo, seguimiento y evaluación que amplíen los horizontes de análisis para corresponder de mejor manera con el contexto en el cual se implementan los objetivos de política establecidos.

1. Marco Referencial

Las cuatro principales ENT (cáncer, enfermedad cardio vascular, diabetes y enfermedades respiratorias de vías inferiores), deben su existencia a la presencia de cuatro factores de riesgo que son comunes: la inactividad física, el uso nocivo de alcohol, el consumo de tabaco y exposición al humo de tabaco, y la alimentación no saludable.

Actualmente, este grupo de enfermedades representa una de las principales causas de morbilidad, discapacidad y mortalidad en todo el mundo. Como se dijo anteriormente, el 63% de las muertes ocurridas en 2012 fueron por ENT, particularmente por enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer y enfermedades respiratorias crónicas. Con el envejecimiento de la población, la globalización, la urbanización descontrolada y los estilos de vida cada vez más sedentarios, se pronostica que el número de muertes por ENT en el mundo seguirá creciendo cada año, y que el mayor crecimiento se producirá en regiones de ingresos bajos y medios (Organización Mundial de la Salud (OMS) , 2014).

En efecto, suele pensarse que las ENT afectan principalmente a la población de ingresos altos. Sin embargo, la evidencia disponible demuestra todo lo contrario: estas enfermedades causan alrededor del 80% de las muertes en los países de ingresos bajos y medios y son la causa de muerte más frecuente en la mayoría de los países, excepto en África¹. Incluso en los países de este continente, las ENT están experimentando un rápido crecimiento. Se prevé que en 2030, superarán a las enfermedades transmisibles, materno-perinatales y nutricionales como principal causa de defunción (Organización Mundial de la Salud (OMS) , 2014).

Las ENT, también matan en edades intermedias de la vida en los países de ingresos bajos y medios, en los que el 29% de las muertes causadas por esas enfermedades tienen lugar entre personas menores de 60 años, frente al 13% en los países de ingresos altos. El aumento del porcentaje estimado en la incidencia de cáncer hacia 2030, comparado con 2008, será mayor en los países de ingresos bajos (82%) y medios bajos (70%), en comparación con los países de ingresos medios altos (58%) y altos (40%) (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2014).

Estas cifras demuestran, así mismo, que la epidemia de ENT ataca de manera desproporcionada a personas pertenecientes a las clases sociales más bajas: las ENT y la pobreza crean un círculo vicioso donde esta última expone a las personas a conductas de riesgo y las vuelve propensas a padecer de ENT y estas, a su vez, pueden abocar a las familias a la pobreza. Es más, las personas vulnerables y socialmente desfavorecidas

¹ Más del 80% de las muertes causadas por enfermedades cardiovasculares y diabetes, y alrededor del 90% de las causadas por enfermedades pulmonares obstructivas, tienen lugar en países de ingresos bajos y medios. Más de los dos tercios de todas las muertes causadas por neoplasias tienen lugar en países de ingresos más y medios (Organización Mundial de la Salud (OMS) , 2014).

enferman y mueren antes como resultado de ENT, en comparación con las personas que disfrutaban de una posición más elevada (los factores que determinan la posición social son la educación, la profesión, los ingresos, el género y el origen étnico) (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2014).

Se puede afirmar, entonces, que son numerosos los datos que demuestran la correlación existente entre multitud de determinantes sociales, especialmente la educación, los niveles de ENT y de los factores de riesgo asociados. Debido a que en los países más pobres los pacientes deben sufragar los gastos en asistencia sanitaria de su propio bolsillo, el costo de dicha asistencia para las ENT merma significativamente los presupuestos familiares, sobre todo en las familias de ingresos más bajos. Los tratamientos para la diabetes, el cáncer, las enfermedades cardiovasculares y las enfermedades respiratorias crónicas pueden ser prolongados y, por consiguiente, sumamente caros. Los gastos familiares por ENT, y en las conductas de riesgo que las causan, se traducen en menos dinero para necesidades básicas tales como comida, vivienda y educación, que son necesarios para superar la pobreza. Se estima que cada año unos cien millones de personas se ven abocadas a la pobreza debido a los costos de los servicios de salud que necesitan (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2014).

De igual forma, los costos para los sistemas sanitarios a causa de las ENT son elevados, y se prevé que aumentarán. Los altos costos para las personas, las familias, las empresas, los gobiernos y los sistemas sanitarios tienen gran repercusión en la macroeconomía. Cada año las cardiopatías, los accidentes cerebro vasculares y la diabetes causan pérdidas de miles de millones de dólares en la renta nacional de la mayoría de los países más poblados del mundo. Los análisis económicos sugieren que cada aumento del 10% de las ENT se asocia a una disminución del 0,5% del crecimiento anual de la economía (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2014).

Teniendo en cuenta el impacto socioeconómico de las ENT en el desarrollo de los países, la Asamblea de las Naciones Unidas incluyó dentro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), el objetivo de “garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”. En este objetivo se incorporaron diversas metas como reducir en un tercio, para 2030, la mortalidad prematura por ENT mediante la prevención y el tratamiento (Asamblea General de las Naciones Unidas, 2015)².

Ahora bien, vale destacar que existen muchas otras enfermedades de importancia para la salud pública que están estrechamente relacionadas con los cuatro tipos principales de ENT, entre ellas: a) otras ENT (renales, endocrinas, neurológicas, hematológicas, digestivas, hepáticas, cutáneas, musculoesqueléticas y buco-dentales); b) los trastornos

² Esta meta también fue incluida en el Plan Decenal de Salud Pública. Así mismo, fue definida por el Gobierno Nacional como megameta del sector salud, la reducción de la mortalidad prematura por ENT en la población de 30 a 70 años, en un 8% a 2018.

mentales; c) las discapacidades, en particular la ceguera y la sordera; y d) los efectos de la violencia y los traumatismos. Las ENT y sus factores de riesgo también están vinculados a diversas enfermedades transmisibles, la salud materno-infantil y del adolescente, la salud reproductiva, el envejecimiento, y los determinantes ambientales, ocupacionales y sociales de la salud (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2014).

Para afrontar esta compleja problemática, como ya se mencionó, se han desplegado diferentes políticas, estrategias y acuerdos de cooperación internacional, a partir de los conceptos y herramientas proporcionados por los nuevos paradigmas y metodologías para abordar los problemas de salud pública. Colombia se ha vinculado a estos movimientos, adquiriendo compromisos internacionales que buscan reconocer la función esencial de la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, impactar en las políticas públicas intersectoriales y de las comunidades a diferentes niveles organizacionales, y reducir los factores de riesgo modificables a través de la creación de entornos promotores de salud y de bienestar en la población.

Para hacer realidad este propósito, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) y la OMS impulsan la optimización de los sistemas de información para la planificación y gestión de la salud en temas prioritarios para las comunidades (como las ENT), lo que incluye reunir, desglosar, analizar, interpretar y difundir datos, para optimizar las intervenciones apropiadas y oportunas en favor de toda la población (Organización de las Naciones Unidas (ONU), 2011) (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2012).

Lo anterior se materializa en las competencias otorgadas al MSPS relacionadas con el Sistema Integral de Información en Salud, para la toma de decisiones administrativas y la evaluación de políticas públicas, entre otras, que redunden en beneficio de la salud de la población colombiana (Congreso de la República de Colombia, 2001).

En este punto, vale recordar que en materia de distribución de competencias para la evaluación y control de lo público y de las políticas públicas, no existe traslape de responsabilidades entre el MSPS y otras entidades del Estado como la Contraloría General de la República y la Procuraduría General de la Nación, por cuanto la Constitución Política asignó a la Contraloría funciones de control de gestión y a la Procuraduría la evaluación de desempeño de los funcionarios públicos.

Ahora, respecto al Departamento Nacional de Planeación (DNP), este tiene como responsabilidad, entre otras, la preparación, el seguimiento de la ejecución y la evaluación de resultados de las políticas, planes, programas y proyectos del sector público. De hecho, el DNP tiene a su cargo el Sistema Nacional de Evaluación de Gestión y Resultados (SINERGIA), el cual tiene por objetivo generar información de calidad para la toma de decisiones que permitan mejorar la efectividad de la formulación y ejecución de las políticas del PND, específicamente a través del seguimiento a los avances de este y los

principales programas Gobierno, así como la evaluación de las políticas consignadas en el PND y las estrategias que lo complementen. Este Sistema integra un conjunto de lineamientos de política, instancias, herramientas, procedimientos y metodologías de seguimiento y evaluación para orientar la gestión del Estado al logro de resultados. Se estructura, además, a partir de tres componentes: a) seguimiento a metas de Gobierno; b) evaluación de políticas públicas; c) Sinergia territorial (Departamento Nacional de Planeación (DNP), 2015) (Departamento Nacional de Planeación (DNP), 2014).

Además de este Sistema, el DNP tiene a su cargo el Sistema Unificado de Inversiones Públicas, que incorpora los procesos asociados a cada una de las fases del ciclo de la inversión pública, acompañando los proyectos de inversión desde su formulación hasta la entrega de los productos, articulándolos con los programas de gobierno y las políticas públicas (Departamento Nacional de Planeación (DNP)). En este sistema se tienen los rubros presupuestales y la fuente de cada uno de los proyectos por entidad; de igual manera, se hace monitoreo y seguimiento al comportamiento mensual de cada proyecto.

Por su parte, el Sistema de Seguimiento a Proyectos de Inversión es una herramienta que facilita la recolección y análisis permanente de información sobre la ejecución financiera, física y de gestión de los recursos asignados por sector, entidad y proyecto. Se constituye en la posibilidad de verificar el avance en los logros y analizar la gestión de las entidades del Estado en materia de inversión pública (Departamento Nacional de Planeación (DNP)). Como complemento a este Sistema, se encuentra el Portal de Transparencia Económica del Ministerio de Hacienda, en el cual se reporta mensualmente la información actual e histórica de la ejecución del presupuesto y de las contrataciones del Estado (Ministerio de Hacienda y Crédito Público).

Si bien con estos Sistemas el Estado colombiano puede monitorear, seguir y evaluar a nivel macro, sus políticas, planes, estrategias, programas y proyectos, los sectores deben procurar sus propios mecanismos y herramientas para obtener y analizar la información más específica de lo que, en ejercicio de sus funciones, desarrollan.

En este sentido, y de acuerdo con lo establecido en el Decreto 4107 de 2011, al MSPS le corresponde formular, adoptar, dirigir, coordinar, ejecutar y evaluar la política pública en materia de salud, salud pública, y promoción social en salud. Adicionalmente, formulará, establecerá y definirá los lineamientos relacionados con los sistemas de información de la Protección Social. En el marco de este objeto tiene, entre otras, las siguientes funciones: a) formular, adoptar, coordinar la ejecución y evaluar estrategias de promoción de la salud y la calidad de vida, y de prevención y control de enfermedades transmisibles y de las enfermedades crónicas no transmisibles; b) proponer y desarrollar, en el marco de sus competencias, estudios técnicos e investigaciones para la formulación, implementación y evaluación de políticas, planes, programas y proyectos en materia de salud y promoción social a cargo del Ministerio (Departamento Administrativo de la Función Pública, 2011).

En el ejercicio de estas funciones y de las competencias legales dadas por la Ley 715 de 2001, la Ley 1122 de 2007 y la Ley 1438 de 2011, el Ministerio ha avanzado en la constitución y robustecimiento del grupo de sistemas ROSS (Registros, Observatorios, Sistemas de Seguimiento y Salas Situacionales en Salud), que tienen la capacidad de monitorear la trayectoria de salud de individuos y de la población y los determinantes socio-económicos que pueden contribuir con cambios y desigualdades en salud (Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), 2015), a partir del proceso nacional de integración de fuentes de información al SISPRO (Sistema de Información de la Protección Social).

De igual modo, el MSPS ha venido fortaleciendo el proceso del Análisis de Situación de Salud (ASIS), pues es una herramienta fundamental para la construcción transectorial e intersectorial de las políticas y los planes de salud, en consonancia a lo establecido en el PDSP. Esto se debe a que la salud es un fenómeno social que necesariamente requiere de procesos de análisis interdisciplinarios que posibiliten la comprensión de su multidimensionalidad (Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), 2014).

Para el caso de las ENT, y en cumplimiento de lo definido en el Plan Mundial de Acción para la prevención y el control de las ENT 2013-2020, particularmente en el objetivo de monitorear las tendencias y los determinantes de las ENT y evaluar el progreso en su prevención y control, en el PDSP se establece como meta y como estrategia, el desarrollo de procesos y sistemas de análisis, seguimiento, monitoreo y evaluación de políticas, planes, programas y estrategias relacionados con los determinantes sociales de la salud, las ENT, las alteraciones bucales, visuales y auditivas, y la salud mental. Esto implica el desarrollo de encuestas nacionales, estadísticas comparables con la Organización para el Desarrollo Económico (OECD), evaluaciones socioeconómicas y de impacto, salas situacionales, monitoreo de políticas, entre otros (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

Todos estos mecanismos brindan elementos para el desarrollo del Sistema de Monitoreo, Seguimiento y Evaluación para la Gestión en ENT, en la medida en que facilitan la puesta en marcha de herramientas e instrumentos que buscan obtener información para permitir que los procesos de decisión correspondan efectiva y eficientemente a las necesidades de salud de toda la población del país.

2. Marco conceptual

La diversidad de abordajes teóricos sobre el monitoreo, seguimiento y evaluación es bastante amplio. Por tanto, y porque la finalidad de este documento no es resolver los debates teóricos existentes, en este aparte se hará mención concreta a las definiciones sobre las cuales se ha construido el SMSEG.

En principio, el monitoreo y seguimiento tienen en común el ser tipos de evaluación continua que buscan recolectar y analizar la información de manera sistemática, y así facilitar la gestión de la política pública (Gascó H. , 2002). Sin embargo, tanto el uno como el otro, tienen características diferentes que obligan a precisar sus definiciones.

En lo que se refiere al *monitoreo*, se asume que es el proceso a través del cual se supervisa el avance en la implementación de las políticas con relación a sus objetivos, de tal manera que se identifiquen los problemas o cuellos de botella, y se tomen las decisiones pertinentes para garantizar la ejecución efectiva de la política (Secretaría de Integración Social-Alcaldía de Bogotá), y facilitar la toma de decisiones (Frankel & Gage , M&E Fundamentals. A self-guided mincourse, 2007). Se fundamenta en la búsqueda, recolección y análisis de información, realizada de manera continua y destinada a comprobar si las actividades programadas para la implementación, se están ejecutando de acuerdo a lo previsto (Organización Panamericana de la Salud (OPS)). Se requiere, además, identificar los destinatarios de la información, definir los indicadores a utilizar, los instrumentos de recolección de datos que se va a utilizar, así como los responsables del monitoreo y la periodicidad en que se va a obtener la información (Alcaldía Mayor de Bogotá).

Ahora bien, el monitoreo se construye en función del *seguimiento*. Esto significa que el seguimiento es un proceso continuo “que utiliza la recolección sistemática de datos sobre indicadores especificados, con el fin de proporcionar a los directivos de una mediación del desarrollo en curso y las principales partes interesadas, indicadores sobre el grado de avances y logros de objetivos y progresos en la utilización de fondos asignados” (Rist & Kusek, 2005). En otras palabras, hacer seguimiento implica un ejercicio descriptivo de la situación en la que se encuentran las políticas, planes y programas, porque: a) aclara los objetivos; b) enlaza las actividades con los recursos; c) traduce los objetivos en indicadores, y fija metas; d) recolecta datos periódicos de los indicadores; e) informa sobre los avances y alerta sobre los problemas (Rist & Kusek, 2005).

Si el monitoreo provee periódicamente la información necesaria sobre la ejecución de las acciones, el seguimiento favorece el análisis de la información en función de las variables consideradas relevantes y del contexto en el que se enmarcan las decisiones, para así proponer acciones de mejora. O visto de otra manera, tanto el monitoreo como el seguimiento son los mecanismos para garantizar un mejor proceso de implementación.

Por su parte, la *evaluación* es un proceso de más largo aliento en el que se recolecta información sobre la política, y de acuerdo a unos criterios definidos, se elabora un juicio de valor (Gascó H. , 2002). Es más, la evaluación es una “cuidadosa valoración...de los méritos, importancia y valor de la aplicación, productividad, y resultados de las intervenciones gubernamentales, que se pretende desempeñe un papel en futuras situaciones y acciones prácticas” (Vedung, 1997).

Son numerosos los tipos de evaluación. En Colombia, en el marco de SINERGIA, el DNP ha integrado diferentes tipos de evaluación. La siguiente tabla ilustra esta clasificación:

Ilustración 2. Clasificación tipos de evaluación SINERGIA

Perspectiva	Tipo	Características
Tiempo	Ex ante	Análisis antes de implementación de programa para determinar efectos que provocaría
	Ex post	Se realiza una vez se ha dado la intervención <ul style="list-style-type: none"> • Dinámica: Es permanente, sirve de mecanismo de ajuste al programa controlado su desarrollo; • Intermedia: Análisis después de cierto nivel de avance del programa; • Final: Análisis después del fin de la ejecución del programa
Alcance	Seguimiento	Provee información sobre el progreso de un programa para comparar los avances logrados frente a las metas
	Operaciones Gestión	Evalúa la dinámica interna de los organismos de ejecución y los vínculos que existen entre sus componentes
	Institucional	Mide la capacidad institucional que tiene un programa para cumplir con sus objetivos
	Ejecutiva	Hace un análisis rápido de la articulación y consistencia entre insumos, procesos, productos y resultados esperados
	Productos y Resultados	Determina qué productos se entregaron y qué resultados se generaron frente a los insumos invertidos
	Impacto	Determinar el impacto asociado exclusivamente a la intervención de un programa
Actores	Costo-beneficio	Compara todos los costos y beneficios de un programa asignado un valor monetario, permite comparaciones para gastar en diferentes sectores
	Autoevaluación	Los actores de un programa o proyecto evalúan su propio trabajo, herramienta de gestión
	Externa	Experto ajenos al proyecto examinan aspectos del programa, herramienta del control
	Participativa	Valora la percepción como insumo para identificar el resultado

Fuente: DNP. Guía para la Evaluación de Políticas Públicas (Departamento Nacional de Planeación (DNP), 2012).

Para el caso que compete a este documento, el SMSEG busca, además de detectar y resolver dificultades y problemas en la ejecución de las políticas, planes y programas, identificar los logros en términos de gestión y proceso, y verificar el cumplimiento de las metas. Así mismo, construido sobre la perspectiva interdisciplinaria, pretende constituir escenarios de análisis y de evaluación que permitan, en el largo plazo, adecuar de mejor manera las intervenciones gubernamentales.

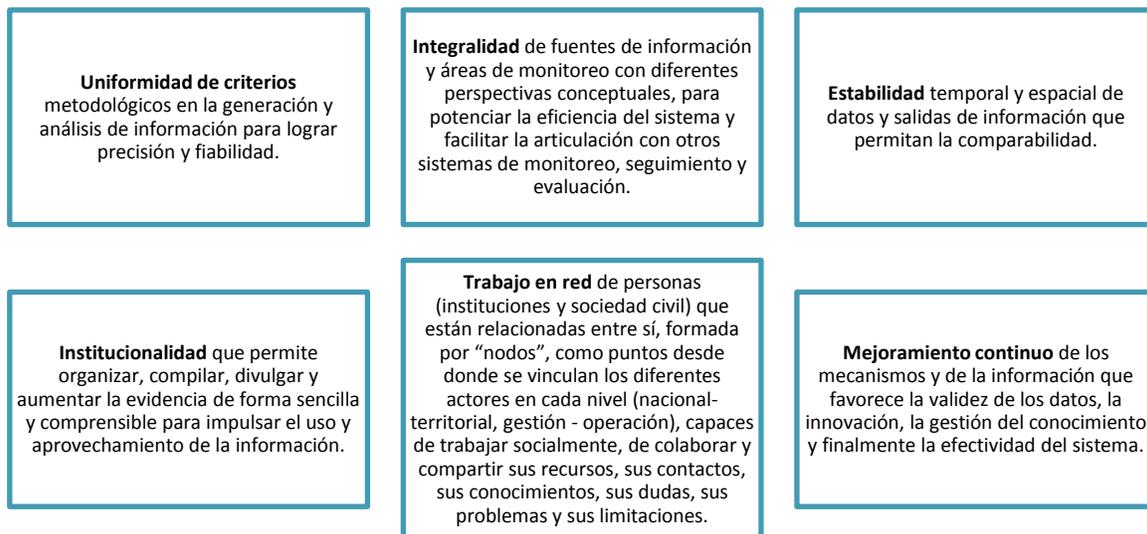
3. Descripción del Sistema

El Sistema de Monitoreo, Seguimiento y Evaluación para la Gestión (SMSEG) en ENT es un conjunto de acciones sistemáticas y estructuradas de acompañamiento, revisión, medición y análisis de procesos, resultados, realizadas a nivel nacional y territorial, con los actores involucrados, para optimizar la gestión en la promoción, prevención y atención integral, y así incidir en la garantía del derecho a la salud, y el bienestar de los individuos, familia y comunidad. Así, este Sistema procura la consecución de estos objetivos:

- ✚ Acompañar y seguir el avance en el logro de las metas y definidas en el PDSP, relacionadas con en la dimensión de Vida Saludable y Condiciones No Transmisibles, y la dimensión de Convivencia y Salud Mental.
- ✚ Fomentar procesos de toma de decisión eficientes y basados en la evidencia.

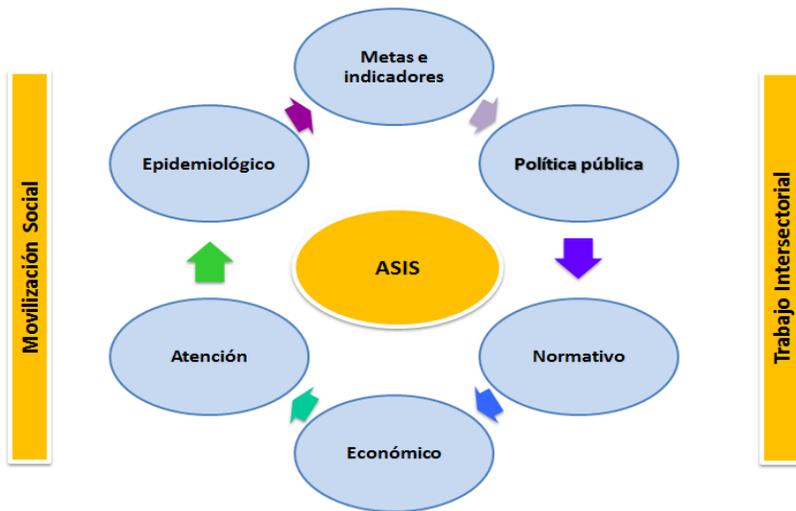
Entre sus atributos se encuentran:

Ilustración 3. Atributos del Sistema



Ahora bien, como se mencionó previamente, este Sistema se estructura desde la fase de planeación hasta su evaluación, donde plantea los siguientes componentes:

Ilustración 4. Componentes del Sistema



Estos componentes se desarrollan teniendo en cuenta la disponibilidad de información y de instrumentos para su operación. Se contemplan, además, las siguientes fases:

Ilustración 5. Fases del Sistema



CAPÍTULO I. Formulación del Plan Decenal De Salud Pública y planeación del Sistema

El PDSP 2012 – 2021, es la política pública en salud pública para los próximos 10 años, que se concreta en un plan indicativo y contiene los principios rectores de política y las acciones fundamentales de intervención del entorno, de los comportamientos, de los servicios de salud y de la participación social. Se considera integral, porque se plantea partiendo de dimensiones prioritarias para la vida de toda persona; se considera iterativo, porque deberá ser reorientado permanentemente a partir de la evaluación de sus propios resultados y de los cambios ocurridos en el entorno social (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

El PDSP, y teniendo como marco los determinantes sociales de la salud, se construyó a partir del análisis de situación de salud del nivel nacional y territorial, para así definir objetivos, metas y estrategias. Esto, complementado con la mejor evidencia científica existente en la literatura nacional e internacional, respecto a las intervenciones y estrategias que logran beneficios, y simultáneamente con el aporte obtenido de una amplia participación ciudadana y comunitaria nacional, sectorial e intersectorial (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

Así mismo, incorpora diferentes enfoques complementarios: el enfoque de derechos; el enfoque de perspectiva de género y ciclo de vida (persona mayor, adultez, juventud y niñez); el enfoque diferencial (considerando las necesidades específicas de las poblaciones con discapacidad, de las víctimas de la violencia y de los grupos étnicos) y el enfoque de determinantes sociales de salud, dado que las inequidades en salud están determinadas por procesos, que hacen referencia a las condiciones en las cuales las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen y han sido reconocidas como el problema de fondo dominante en la situación de salud en todo el mundo, particularmente en Colombia (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

Sobre esta base se construyó la dimensión de "Vida Saludable y Condiciones No Transmisibles", la cual se define como un "conjunto de políticas e intervenciones transectoriales que buscan el bienestar y el disfrute de una vida sana en las diferentes etapas del transcurso de vida, promoviendo modos, condiciones y estilos de vida saludables en los espacios cotidianos de las personas, familias y comunidades, así como el acceso a una atención integrada de condiciones no transmisibles con enfoque diferencial" (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013). Esta dimensión incorpora metas, indicadores y estrategias en dos componentes principales: a) Modos, condiciones y estilos de vida saludables; b) Condiciones crónicas prevalentes.

Por su parte, la dimensión de Convivencia y Salud Mental se asume como el "espacio de construcción, participación y acción transectorial y comunitaria que, mediante la promoción de la salud mental y la convivencia, la transformación de problemas y trastornos prevalentes en salud mental y la intervención sobre las diferentes formas de la violencia, contribuya al bienestar y al desarrollo humano y social en todas las etapas del

ciclo de vida, con equidad y enfoque diferencial, en los territorios cotidianos” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013). También define metas, indicadores y estrategias en dos componentes: a) Promoción de la salud mental y la convivencia; b) Prevención y atención integral a problemas y trastornos mentales y a diferentes formas de violencia.

Tabla 1. Metas PDSP

DIMENSIÓN VIDA SALUDABLE Y CONDICIONES CRÓNICAS PREVALENTES				
Conjunto de políticas e intervenciones transectoriales que buscan el bienestar y el disfrute de una vida sana en las diferentes etapas del transcurso de vida, promoviendo modos, condiciones y estilos de vida saludables en los espacios cotidianos de las personas, familias y comunidades, así como el acceso a una atención integrada de condiciones no transmisibles con enfoque diferencial.				
COMPONENTE MODOS CONDICIONES Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE				
Conjunto de acciones poblacionales, colectivas e individuales, incluyentes y diferenciales que se gestionan y promueven desde lo intersectorial y comunitario para propiciar entornos cotidianos que favorezcan una vida saludable.				
Metas Sanitarias	Nombre Indicador	Unidad Medida	Tipo de Indicador	Línea Base
a) Reducir el tabaquismo en personas de 13 a 69 años al 10%.	Prevalencia de tabaquismo en adultos de 18 a 69 años	Tabaquismo e adultos de 18 a 69 años.	Resultado	Línea de base: 12.8% ENS 2007
	Promedio de edad de inicio de consumo de tabaco	Edad de inicio de consumo de Tabaco	Resultado	Línea de base 11.9: Fuente: Estudio Nacional de consumo de sustancias psicoactivas en escolares Colombia 2011
	Proyecto de Ley presentado ante el congreso para aumento de impuestos indexados al índice de precios del consumidor (IPC) y al producto interno bruto (PIB) para los productos de tabaco y sus derivados	Proyecto de ley	gestión	Por definir
b) Garantizar el cumplimiento de ambientes 100% libres de humo de tabaco y sus derivados por la Ley 1335 de 2009.	Porcentaje de cumplimiento de ambientes libres de humo por tipo de establecimiento.	tipo de establecimiento	gestión	Por definir
c) Incrementar anualmente el 10% en el No de puntos de distribución y comercialización de frutas y verduras a nivel departamental.	Prevalencia de consumo diario de frutas y verduras en población general	Consumo diario de frutas y verduras en todos los grupos de edad	Resultado	Consumo de Frutas: 5 a 18: 43%, 19 a 64 años: 41%, Consumo de Verduras, 5 a 18 años: 12%, 19 a 64 años: 41% Fuente: ENSIN 2010
	No de puntos de distribución y comercialización de frutas y verduras por entorno/ Total	puntos de distribución y comercialización por departamento	De gestión	Por definir
d) Disminuir obesidad abdominal por debajo de 39,8% en hombres y de 62% mujeres. (prioridad en población infantil, juvenil y gestantes).	Prevalencia de obesidad abdominal en hombres	obesidad abdominal	Resultado	39,8% Fuente ENSIN 2010,
	Prevalencia de obesidad abdominal en mujeres	obesidad abdominal	Resultado	62% Fuente ENSIN 2010
e) Lograr una disminución del consumo de sal-sodio/persona/día a partir de la línea de base.	Porcentaje de consumo de cloruro de sodio/persona/día.	Consumo diario de Sal	Resultado	Por definir mediante determinación en orina de 24 horas
f) Incrementar la actividad física global en población de 13 a 64 años.	No adolescentes entre 13 y 17 años que realizan actividad física/ Total de adolescentes entre 13 y 17 años.	Actividad Física Global	Resultado	13 a 17 a: 26% 18 a 64 a: 53,5% Fuente: ENSIN 2005
g) Aumentar el tiempo dedicado y la calidad para la actividad física en todo el sistema educativo con énfasis en la población escolar y la primera infancia y jóvenes según recomendaciones de la OMS.	Porcentaje de instituciones de formación de niños y jóvenes que cumplen las especificaciones de la OMS sobre actividad física a la semana	minutos de educación y promoción de la actividad física a la semana	Gestión	Por Definir
h) Incrementar sistemas de transporte activo (Andenes, ciclorutas, caminando o montando bicicleta) como parte de los POT por encima de 33,8% y 5,6% respectivamente.	Incrementar la actividad física caminando o montando bicicleta como medio de transporte por encima de 33,8% y 5,6% respectivamente.	Tiempo y calidad de actividad física en el sistema educativo	Gestión	Actividad Física caminando: 33,8% Actividad Física montando bicicleta: 5,6% Fuente: ENSIN 2010
	No POT implementados que incluyen programas de transporte activo	POT con programas de transporte activo	Gestión	Por Definir
	No de personas que utilizan los sistemas de transporte activo	Personas utilizando sistemas de transporte activo	Gestión	Por Definir
i) Reducción en la frecuencia del consumo de alcohol y de consumo nocivo en población general.	Prevalencia de consumo nocivo de alcohol	Consumo de alcohol	Resultado	12% Fuente: Estudio Nacional de Psicoactivos. 2008
	Edad promedio de inicio de consumo de alcohol en adolescentes	Edad promedio	Resultado	12,44 Fuente: Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población Escolar, 2011
j) Incrementar prácticas de autocuidado para prevención y manejo de las ENT, la salud bucal, visual y auditiva desde la primera infancia en un 20%, en entornos y programas sociales, a partir de la línea base que se identifique en el 2014	Número de prácticas de autocuidado para la prevención y manejo de las ENT salud bucal, visual y auditiva puesta en práctica/ Total de prácticas de autocuidado identificadas	Prácticas de autocuidado	Gestión	Por Definir
k) Incrementar anualmente el No de instituciones que cumplen con los lineamientos para la promoción de EVS y la atención integral para la prevención de las ENT en los entornos priorizados (escuelas, universidades, espacio público y organizaciones).	No de instituciones que cumplen lineamientos por entorno/ Total de instituciones definidas	Instituciones	Gestión	Por Definir

COMPONENTE CONDICIONES CRONICAS PREVALENTES				
Conjunto de respuestas integrales en el sector salud y de coordinación intersectorial, orientadas a promover el acceso y abordaje efectivo de las ENT y las alteraciones de la salud bucal, visual y auditiva, en los servicios de salud y otros servicios sociales, a través de la gestión e intervención de los determinantes sociales de la salud incluido los factores de riesgo y el daño acumulado para disminuir la carga de enfermedad evitable y discapacidad de los individuos, familias y comunidades de acuerdo a las realidades territoriales.				
Metas Sanitarias	Nombre Indicador	Unidad Medida	Tipo de Indicador	Linea Base
a) Incrementar las coberturas de prevención, detección temprana, de las ENT, las alteraciones de la salud bucal, visual, auditiva y comunicativa y sus factores de riesgo en un 20% en el decenio, a partir de la línea de base que se defina en el 2014.	No de personas atendidas en los programas de promoción, detección temprana y prevención de las ENT priorizadas/ Total de la población del Objeto.	personas	Proceso	por definir
b) Garantizar el acceso oportuno y de calidad al diagnóstico y tratamiento de las ENT, las alteraciones de la salud bucal, visual y auditiva, en el 100% de los casos.	No de personas atendidas para tratamiento de ENT priorizadas, incluidas las alteraciones de la salud bucal, visual y auditiva/ Total de la población del Objeto.	personas	Proceso	por definir
	Supervivencia en menores de 18 años con leucemias agudas pediátricas	Años de supervivencia	Resultado	Por Definir
	Prevalencia de hipertensión Arterial en mayores de 25 años	Hipertensión Arterial	Resultado	Dato de la ENS 2007
	Prevalencia estandarizada por edad de colesterol total elevado en personas mayores de 18 años	personas	proceso	Por Definir
	Proporción de pacientes que se mantiene sin enfermedad real o en estadio 1 y 2 a pesar de tener enfermedades precursoras	Casos de enfermedad Real estadio 1 y 2	Resultado	Para calcular
	Prevalencia de caries dental en la población (índice COP >0)	personas	Resultado	ENSAB IV 2014
	Prevalencia de la población mayor de 18 años no edentula parcial o total por enfermedades prevenibles.	personas	Resultado	Personas mayores de 18 años con menos de 20 dientes presentes en boca: a los 25 años (2.70%), a los 35 años (10.05%), a los 45 años (26.62%), a los 55 años (50.53%), a los 65 años (69.30%), total de personas de 25, 35, 45, 55 y 65 años con menos de 20 dientes presentes en boca (17.81%).
	Prevalencia de defectos refractivos identificados entre 2 a 8 años	Defectos refractivos	proceso	Por Definir
	Prevalencia de hipoacusia	Casos de hipoacusia	Gestión	Por Definir
	Porcentaje de donación y trasplante de órganos y tejidos	Donación y trasplantes de órganos y tejidos	Gestión	Por Definir
c) Existencia de línea de base sobre la oferta de intervenciones de cuidado paliativo y reconstrucción, así como la disponibilidad y demanda de medicamentos opioides	Existencia de línea de base sobre la oferta de intervenciones de cuidado paliativo y reconstrucción, así como la disponibilidad y demanda de medicamentos opioides	Línea de base de oferta de intervenciones de cuidado paliativo y reconstrucción y demanda de medicamentos opioides	proceso	Por Definir
	Porcentaje de EPS, IPS con asequibilidad y disponibilidad de medicamentos esenciales de calidad, seguros y eficaces incluidos genéricos para ENT incluida la SBVA	IPS con asequibilidad y disponibilidad de medicamentos esenciales de calidad, seguros y eficaces incluidos genéricos para ENT incluida la SBVA	Gestión	Por definir
	Porcentaje de Programas y/o clínicas de cesación de tabaco funcionando en los Departamentos	Programas y/o clínicas de cesación	gestión	Por Definir
	d) Reducir la mortalidad prematura ocasionada por enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes o enfermedad respiratoria crónica, en el 25%.	Probabilidad de morir a causa de enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes o enfermedades respiratorias crónicas para la población comprendida entre los 30 a 70 años	tasa ajustada por edad x 100.000 habitantes	Resultado
	Incidencia por tipo de cáncer por 100.000 personas	casos nuevos	Resultado	Por definir
f) Contar con un sistema de análisis, seguimiento, monitoreo y evaluación de políticas, planes, programas y estrategias implementadas a nivel nacional y territorial para abordar los determinantes sociales de la salud, la salud bucal, visual, auditiva y comunicativa y las ENT.	definir indicador	Encuestas de morbilidad y determinantes sociales de la Salud	Gestión	Por definir
g) Contar con al menos un nodo de investigación por región del país que permita la construcción de una agenda para el estudio de los determinantes sociales de la salud, la salud bucal, visual, auditiva y comunicativa y las ENT.	Porcentaje de grupos de investigación desarrollados/grupos de investigación planeados.	Grupos de investigación	Gestión	Por definir
k) Lograr en el 80% de los departamentos, el desarrollo de programas de EVS para personas mayores en los centros días y centros de protección en el marco del plan nacional de recreación y la política nacional de envejecimiento y vejez.	No de personas mayores cubiertas con los programas de EVS en los centros días y centros de protección por departamental/ Total de personas mayores de los centros días y centros de protección por departamento	Cobertura de programas de promoción y prevención	gestión	por definir
	No de departamentos con proyectos implementados y evaluados que promueven una cultura positiva del envejecimiento activo y saludable la vejez	Departamentos	gestión	por definir



MINSALUD



CAPÍTULO II. Análisis de factibilidad

Esta fase contempla la construcción del análisis de situación de salud y el soporte técnico de las actividades propuestas a desarrollar, así como la caracterización política, normativa e institucional a nivel nacional y territorial. Lo anterior debe permitir reconocer el contexto factible en el cual se sitúa el territorio para planear, gestionar y llevar a cabo las estrategias en salud pública definidas en función de las necesidades identificadas, que permita llegar a los resultados esperados y el cumplimiento de las metas planteadas en el PDSP.

1. Componente Análisis de Situación en Salud

Este componente constituye el inicio del proceso, dado que a partir de identificar las necesidades de la población con un enfoque conceptual definido, que para este caso son los determinantes sociales de la salud y el enfoque de equidad, se plantea el direccionamiento de las acciones y/o su fortalecimiento.

Basado en las dinámicas de la población en el territorio, se propone el desarrollo de este proceso con un enfoque de planeación de estratégica, que parte de la definición y lectura de indicadores, y a partir de ellos reconocer las estrategias a desarrollar, sus acciones y actores responsables en un periodo determinado de tiempo (Anexo 1. Matriz de análisis).

2. Componente Epidemiológico

Este componente se desarrolla a partir de reconocer las fuentes de información necesarias para monitorear los factores demográficos, sociales, de morbi-mortalidad y respuesta social. A partir de la caracterización y disponibilidad de la información, se lleva a cabo la explotación de datos para así realizar las estimaciones que sirven de insumo para la planeación, gestión y evaluación de las estrategias, en cuanto al cumplimiento de las metas del PDSP.

Los métodos de estimación, asociación, y cálculos de atribuibilidades se encuentran en documentos anexos, e incluyen instructivos para ser apropiados por los niveles territoriales. Esto, con el fin de fortalecer sus capacidades analíticas y de seguimiento a la epidemia de las ENT.

3. Componente Económico

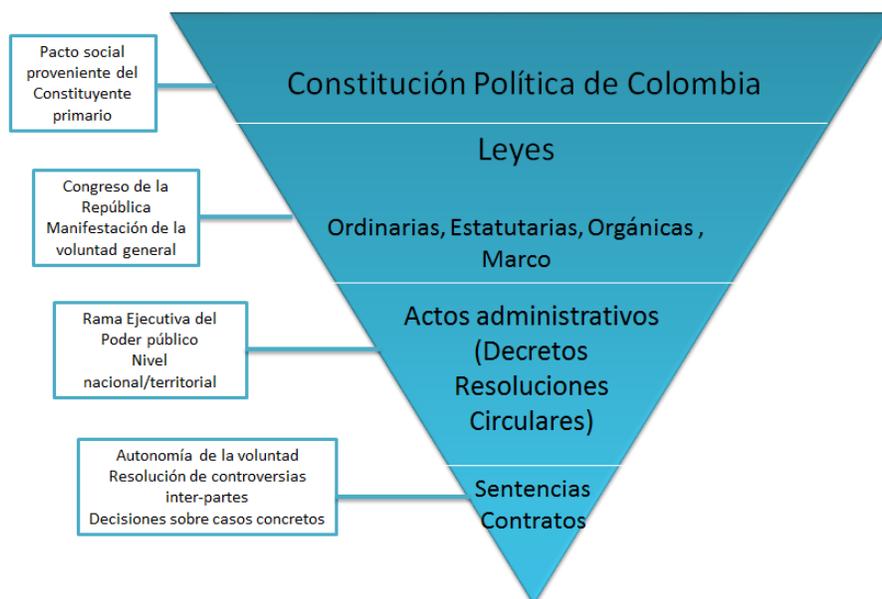
Este componente se desarrolla a partir de la información necesaria y disponible para identificar el comportamiento económico a través de simulaciones en escenarios, en los que se incluye el comportamiento de los factores de riesgo y las principales ENT. De esta manera se busca evaluar los resultados de los instrumentos de política (como las medidas

fiscales) en el sistema económico. Esto permite plantear escenarios factibles de implementación de políticas públicas y regulaciones en ENT y sus factores de riesgo.

4. Componente Normativo

Los procesos reglamentarios tienen por objetivo fundamental materializar el espíritu de las normas y de la voluntad plasmada en las Leyes de la República, mediante actos administrativos expedidos por el Poder Ejecutivo. Estos procesos reglamentarios responden a la jerarquía normativa prevista en el ordenamiento jurídico colombiano:

Ilustración 6. Ordenamiento jurídico colombiano



En el marco de este ordenamiento jurídico se incorpora, además, todo el bloque de constitucionalidad, los tratados internacionales ratificados por el país y las declaraciones y documentos no vinculantes³.

A pesar de ser las leyes y sus reglamentaciones instrumentos de carácter obligatorio, no siempre han logrado ser debidamente divulgados, apropiados y materializados. Por esto, y teniendo en cuenta su importancia en la consecución de las metas, es necesario incorporar el seguimiento al cumplimiento de la aplicación de normas y reglamentaciones. Este seguimiento debe soportarse en un instrumento de recolección (normograma) sencillo pero que permita obtener información desagregada, a nivel nacional y/o territorial, y por sector y/o actor responsable. La información obtenida, además, debe

³ Como la Declaración Política de la Asamblea General de las Naciones Unidas de 2011 sobre ENT.

permitir evidenciar avances o estancamientos: esta información resulta valiosa para conocer logros y dificultades en los procesos de implementación, formular planes de mejoramiento y definir compromisos.

Así las cosas, el equipo técnico funcional a cargo del seguimiento deberá obtener la información anualmente, con el fin de actualizar la agenda reglamentaria, las prioridades de reglamentación y seguimiento, e identificar las alternativas y rutas reglamentarias. Como instrumento de recolección se propone esta adaptación del formato de normograma que usa el MSPS:

Tabla 2. Normograma

No.	TIPO DE NORMA	TEMA	NÚMERO	FECHA DE EXPEDICIÓN			AUTORIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA NORMA	VIGENCIA Y DEROGATORIAS	SENTENCIAS DE CONSTITUCIONALIDAD	COMPETENCIAS OTORGADAS AL SECTOR SALUD	ACCIONES DESARROLLADAS	ESTADO DE LA IMPLEMENTACIÓN	PLAZOS PARA LA REGLAMENTACIÓN	CUMPLIMIENTO DE PLAZOS	DIRECCIÓN ELECTRÓNICA - URL
				DÍA	MES	AÑO										
1																
2																
3																
4																

Complementaria a esta matriz, se propone la identificación de las competencias de otros sectores, a partir de la siguiente herramienta:

Tabla 3. Responsabilidades intersectoriales

NORMA:											
ARTÍCULOS											
3	7	8	9	10	11	13	14	15	ENTIDAD(es) RESPONSABLE (s)		DEPENDENCIAS RESPONSABLES

Para elaborar esta matriz, se debe identificar las dependencias responsables de cada sector y los artículos objeto de reglamentación que le corresponden a esas dependencias

5. Componente Política Pública

Se parte, en primer lugar, de considerar que el proceso de seguimiento a políticas públicas no es lineal y unívoco, y que el carácter dinámico de las políticas entendidas como un constructo social, limitan la posibilidad de establecer metodologías únicas e invariables.

Con esta consideración, se construye el componente de política pública con el propósito de contar con información y herramientas de análisis de las dinámicas de las políticas para la promoción de modos, condiciones y estilos de vida saludables (MCEVS) y prevención de las ENT y sus factores de riesgo, que faciliten e impulsen la gestión intersectorial y la implementación de las decisiones gubernamentales.

Para cumplir con este objetivo, se desarrolla una base conceptual sobre la cual se propone como tal el componente de políticas del sistema de monitoreo y seguimiento⁴. A continuación, se presentan de manera sucinta estos elementos.

Políticas públicas: aproximación conceptual

Si se toma como primera definición que las políticas públicas son *“procesos integradores de decisiones, acciones, inacciones, acuerdos e instrumentos, adelantado por autoridades públicas con la participación eventual de los particulares, y encaminado a solucionar o prevenir una situación definida como problemática. La política pública hace parte de un ambiente determinado del cual se nutre y al cual pretende modificar o mantener”* (Velásquez, 2009), se pueden dilucidar varios elementos:

- a) Las políticas públicas se caracterizan por su cualidad deliberativa (Majone, 1992), y esto es en la medida en que se construyen en un contexto en el que los valores y creencias de los diferentes (metapreferencias) segmentos de la comunidad, determinan tanto los asuntos socialmente relevantes, como las opciones de política más adecuadas para abordar el problema a resolver (Dunn, 1994).
- b) Las políticas son intencionales. Son decisiones de los actores estatales para solucionar una situación considerada como problemática.
- c) Si bien las políticas son del ámbito del aparato estatal, éstas se desarrollan “para y a través de actores sociales” (Roth, 2002). En efecto, en el proceso de política pública, intervienen no sólo actores gubernamentales, sino también actores políticos, grupos económicos y organizaciones sociales (Aguilar Villanueva, 1992). Esto complejiza el proceso: la política pública orienta la acción colectiva para solucionar la problemática socialmente relevante, pero la definición del curso de acción y de cómo se implementa ese curso de acción depende de cómo los actores

⁴ Para ampliar la información sobre el marco conceptual, se sugiere ver el documento anexo sobre seguimiento a políticas públicas.

involucrados interaccionan entre sí y esto, o potencia el proceso de la política, o lo limita.

- d) Las políticas públicas son decisiones gubernamentales: “la política es elaborada o decidida por una autoridad formal legalmente constituida en el marco de su competencia” (Aguilar Villanueva, 1992): es el conjunto del aparato estatal el actor principal en la construcción de políticas⁵. Este componente amerita un desarrollo a mayor profundidad.

Con base en lo anterior se puede deducir que las políticas públicas se inscriben en un contexto de permanente negociación y conflicto entre los actores provistos de diferentes intereses y maneras de comprender el problema. En este marco, las políticas son acciones colectivas de los gobiernos para resolver la situación socialmente relevante, y el cómo se resuelve depende de los arreglos institucionales propios del régimen político, y de los recursos (políticos, humanos, técnicos, económicos, sociales, culturales) con los que cuentan los gobiernos para generar el cambio a una situación preestablecida y contraria a lo que se consideró como problemático. Esto, al final, le imprime sentido a la interacción entre el gobernante y los gobernados (Medellín, 2004)

Ahora bien, las políticas públicas no pueden considerarse como “una acción única, decidida de una vez por todas” (Aguilar Villanueva, 1992). De hecho, son procesos sociales compuestos por diferentes momentos que van desde el posicionamiento de una problemática en la agenda del gobierno, hasta la rendición de cuentas. Cada uno de estos momentos (agendación, formulación, implementación, evaluación y rendición de cuentas), tienen características diferentes, por lo que los análisis deben procurar el uso de diversos enfoques que le permitan al tomador de decisión dilucidar las interacciones entre el contexto, las características de los instrumentos para poner en marcha las decisiones, los actores y la capacidad con la que cuentan estos actores para ejecutar las acciones. La siguiente ilustración, resume lo propuesto en este aparte:

⁵ Se entiende, escuetamente, que el Estado es una organización social, económica y política en la que el poder se ejerce a través de tres ramas: ejecutiva, legislativa y judicial.

Ilustración 7. Mapa conceptual de políticas públicas



En el marco del contexto político, social, económico, cultural, existe la esfera pública, un lugar donde los individuos construyen, a partir de sus propios valores, meta-preferencias colectivas. Estas meta-preferencias, orientan la acción de los actores que buscan incidir en las políticas. De esto se deriva el carácter ambiguo y dinámico de las políticas públicas: la permanente negociación y conflicto entre los actores involucrados. A pesar de la complejidad de esta situación, los gobiernos, y dependiendo del arreglo institucional del régimen político en el que se encuentran, deciden qué tipo de problemáticas se deben solucionar. A partir de esto, se gesta todo un proceso de idas y venidas entre la estructuración de las decisiones y su implementación. Y en este proceso, la evaluación y la rendición de cuentas son útiles para establecer qué tanto las políticas responden a las demandas de la ciudadanía.

Monitoreo y seguimiento a políticas públicas

Teniendo en cuenta las definiciones dadas en cuanto al monitoreo y seguimiento, es oportuno recordar que ambos procesos, aunque tienen particularidades, tienen en común el ser tipos de evaluación continua que buscan recolectar y analizar la información de manera sistemática, y así facilitar la gestión de la política pública (Gascó H. M., 2002). En efecto, resulta fundamental contar con sistemas de monitoreo y seguimiento, en la medida en que permiten tomar decisiones con base en información acertada sobre el estado de implementación de la política, asegurar el uso eficiente y eficaz de los recursos con los que se cuenta, al mismo tiempo que permite identificar los aspectos que se deben corregir (Frankel & Gage, M&E Fundamentals. A self-guided mincourse, 2007)

En este sentido, para el seguimiento de las políticas es importante contar, en primer lugar con la caracterización de los elementos claves de las políticas: esto es, definir cuál es el problema al que la política quiere dar solución, al igual que los factores que inciden en el problema y los elementos que permiten afirmar que la intervención es necesaria (Di Virgilio & Solano, 2012). Es necesario, además, identificar los objetivos que se proponen alcanzar con la intervención, los destinatarios, las acciones y actividades que se prevén, los recursos con los que se cuenta, el nivel de cobertura, los resultados, efectos e impacto que se esperan obtener, y el tiempo previsto para la implementación de la política (Di Virgilio & Solano, 2012).

En segundo lugar, se debe proceder con el análisis de los actores, dado que es esencial contar con un mapa de actores que permita identificar no sólo los responsables de la implementación (para así hacer seguimiento a los compromisos), sino también analizar y dimensionar el contexto relacional en el que se inscriben las políticas públicas. Teniendo en cuenta la variedad de metodologías, se ha seleccionado la propuesta teórica y metodológica desarrollada por Ronald Mitchell, Bradley Agle y Donna Wood.

En esta propuesta los *stakeholders* o *grupos de interés*, “son actores (internos o externos) que afectan o son afectados por los objetivos o resultados de una organización dada, en diferentes grados, en la medida en que poseen entre uno y tres atributos básicos: poder, legitimidad y urgencia” (Falcao & Rubens, 2009). Este concepto, de acuerdo con los autores, tiene la ventaja de hacer evidente los intereses conflictivos y dinámicos de los actores, en tanto se identifican en función del poder, la legitimidad y la urgencia, en un determinado tiempo y espacio (Falcao & Rubens, 2009).

Como se mencionó, los actores se identifican a partir de tres atributos. El primer atributo es el *poder*, el cual hace referencia a cómo se impone la voluntad sobre otro; el imponer la voluntad implica contar con recursos como los medios económicos, el prestigio, el conocimiento o los medios coercitivos. El segundo atributo, *la legitimidad*, se define como la percepción generalizada de que las acciones de un actor (sea persona u organización) son deseables o apropiadas. El tercer atributo, *la urgencia*, se refiere al clamor por una atención inmediata, como por ejemplo, el caso de un desastre natural (Falcao & Rubens, 2009).

A continuación se describe cómo debe aplicarse esta metodología para caracterizar a los actores de acuerdo con los atributos mencionados:

Primer paso: identificar a los involucrados.

Es importante identificar la lista de los actores que están involucrados, en el desarrollo de las acciones, así como su papel y/o contribución al tema:

Organizaciones gubernamentales	Papel / Contribución
Institutos técnicos de investigación	Papel / Contribución
Sector privado empresarial	Papel / Contribución
Organizaciones civiles y comunitarias	Papel / Contribución
Organizaciones Internacionales	Papel / Contribución

Segundo paso: grados de poder.

En la metodología que se propone, el poder se valora en función de dos variables: a) Sensibilidad: significa qué tan vulnerable es un actor frente a otro actor, de acuerdo a los recursos con los que cuenta; b) Disponibilidad: hace alusión a qué tan disponibles están los recursos (como los financieros), para el actor. El grado de poder, entonces, se calcula multiplicando la sensibilidad por la disponibilidad.

Recursos de poder								
		Medios coercitivos	Medios utilitarios (recursos)				Medios Simbólicos	GRADOS DE PODER
		Fuerza física	Materiales y Físicos	Financieros	Logísticos	Tecnológicos e Intelectuales	Reconocimiento y estima	
Grado de sensibilidad de los recursos	Atribuya valores de 0 a 3 para el Grado de Sensibilidad a los diversos recursos, anotando 0 en caso de que no haya ninguna sensibilidad con respecto al recurso (insensible) y 3 para una sensibilidad extrema (recurso crítico). El grado de sensibilidad, por estar relacionado exclusivamente con el recurso, será el mismo para todos los actores.							
Actor 1: Entidad X								
Grado de Disponibilidad	Atribuya valores de 0 a 3 para el Grado de Disponibilidad de los actores en relación con los recursos, asignando 0 en el caso en que el actor no posea el recurso en cuestión, y 3 cuando lo posee en una magnitud máxima de influencia.							
Grado de poder	Llene la línea Grado de Poder del Actor multiplicando el Grado de Sensibilidad al Recurso por el Grado de Disponibilidad del Actor para el mismo recurso.							Se multiplican todos los grados de poder que han sido asignados.

Tercer paso: grados de legitimidad.

La legitimidad se mide según el grado de deseabilidad de las acciones del actor (en función del mismo actor y de la sociedad).

Grado de deseabilidad de los actores	Niveles de deseabilidad		Grado de Legitimidad Total
	Para la organización	Para la sociedad	
	Atribuya valores de 0 a 3 para el Grado de Deseabilidad de las acciones de los actores para con la organización (legitimidad micro-social). La puntuación 0 significa que las acciones del actor son percibidas como indeseables y la 3 como altamente deseables y legítimas por el conjunto de integrantes de la organización.	Atribuya valores de 0 a 3 para el Grado de Deseabilidad de las acciones de los actores para con la sociedad (legitimidad macro-social). La puntuación 0 significa que las acciones del actor son percibidas como indeseables y la 3 como altamente deseables y legítimas por la sociedad.	El Grado de Deseabilidad Total de los actores se calcula mediante la multiplicación de los niveles de deseabilidad atribuidos al actor frente a la organización y frente a la sociedad.
Actor 1: Entidad X			
Actor 2: Entidad Y			
Actor 3: Entidad Z			

Cuarto paso: grados de urgencia.

La urgencia tiene dos variables:

- Sensibilidad temporal: está relacionada con la aceptación o no del atraso.
- Criticidad: se refiere a la posibilidad de daño a la propiedad, sentimiento y expectativa.

Grado de urgencia de los actores	Criterios de urgencia		Grado de Urgencia Total
	Sensibilidad temporal	Criticidad	
	Asigne una puntuación 0 para la baja sensibilidad (aceptación total de la demora) y 3 para alta sensibilidad (no aceptación del atraso).	Marque 0 para señalar factores no críticos (no implican pérdidas) y 3 para factores altamente críticos (implican pérdidas).	El Grado de Urgencia Total de los actores se calcula por la multiplicación de los niveles de sensibilidad temporal y criticidad percibidos.
Actor 1: Entidad X			
Actor 2: Entidad Y			
Actor 3: Entidad Z			

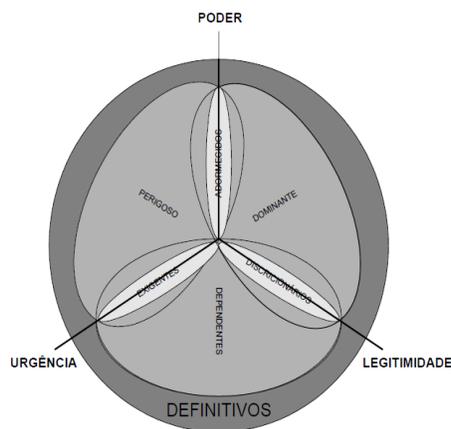
Quinto paso: matriz de consolidación.

En esta matriz, en primer lugar, se debe hallar la media por cada atributo a partir del total de los valores atribuidos, y el total de actores. A partir de ahí, se halla el valor normalizado de cada atributo por cada actor, dividiendo el grado del atributo por la media. El índice de preponderancia se calcula multiplicando primero el valor normalizado de cada uno de los atributos por actor, se halla la media, y se divide el total que resulte de la multiplicación por la media.

Actores	Grado de poder		Grado de legitimidad		Grado de Urgencia		Totales	
	Total	Normalizado (A)	Total	Normalizado (B)	Total	Normalizado (C)	TOTAL (A)*(B)*(C)	Índice de Preponderancia
Actor 1								
Actor 2								
Actor 3								
Total								
Número de actores								
Media								

Con el cálculo de este índice⁶, se pueden clasificar los actores. La siguiente gráfica ilustra esta clasificación:

Ilustración 8. Clasificación de actores



Fuente: (Falcao & Rubens, 2009)

⁶ Se establece si tiene uno y otro atributo, si el cálculo de los atributos y el índice es mayor que 1: si el valor del grado de poder, por ejemplo, está por encima de 1, quiere decir que tiene ese atributo. Si está por debajo de 1, no lo tiene.

Sexto paso: análisis de la matriz de consolidación.

Dependiendo de los resultados de los cálculos de las matrices, los actores se pueden clasificar en:

- a) Actores latentes: en esta categoría se encuentran tres tipos de actores.
 - i. Adormecidos: actores que tienen poder, pero no tienen legitimidad, ni urgencia. Un ejemplo puede ser el Estado que ejerce su autoridad sólo mediante el poder coercitivo.
 - ii. Exigentes: son actores que sólo consideran la urgencia para ejercer poder. Ejemplo: una comunidad afectada por un desastre natural.
 - iii. Discrecionales: son actores con legitimidad, como por ejemplo un organismo con objetivos filantrópicos.
- b) Actores expectantes: existen tres tipos.
 - i. Peligrosos: tienen la condición de urgencia, y tienen poder. Pueden ejercer influencia a partir de acciones como la huelga.
 - ii. Dominantes: tienen poder y legitimidad. Son actores que influyen decisivamente en las políticas.
 - iii. Dependientes: actores que no tienen poder. Dependen necesariamente de otros actores. En este grupo pueden estar asociaciones civiles con poca capacidad.
- c) Actores definitivos: son los que poseen los tres atributos. Son claves a la hora de tomar las decisiones.

Con esta herramienta se puede analizar, de manera estratégica, los actores que están involucrados en el proceso de política: posibilita el indagar por las influencias entre unos y otros, y cómo esto determina su capacidad de incidencia en el proceso de políticas públicas.

Ahora bien, para complementar este análisis, se propone la metodología de análisis de discurso que permite indagar en los discursos de los actores, para así identificar las meta-preferencias y los intereses que subyacen a las posiciones, y las relaciones entre lo explícito y lo implícito (Karam, 2005). Con esta metodología, se pueden identificar los actores visibles y los actores ocultos. Este proceso de identificación requiere el concurso de expertos temáticos con alta trayectoria y conocimiento de los escenarios asociados al tema objeto de reglamentación.

Esta metodología se aplica a través de un taller donde se solicita a los expertos primero “listar”, luego “ubicar y describir relaciones” y finalmente “caracterizar” para identificar afinidades, devenires o conflictos evidentes o potenciales. Este ejercicio se puede complementar con la construcción de narrativas analíticas (Levi, 2006) a partir de la observación y análisis de entrevistas, pronunciamientos, demandas, posturas, conceptos y relaciones con otros actores, trayectorias, historias de vida y en general un profundo conocimiento en torno a las argumentaciones que plantean los actores.

Aquí es importante mencionar que “la realidad es cambiante, y que el rol y funciones de determinados actores pueden modificarse, ya sea por la presencia de nuevos actores, por cambios en el contexto, o simplemente por cambios en el propio actor” (Tapella, 2007). Por esto, la caracterización y análisis de los actores competentes debe actualizarse con frecuencia.

En síntesis, lo fundamental es saber cuán importante es valorar el accionar y la posición de los actores en la política pública, por cuanto se constituye en una herramienta útil para diseñar mecanismos de acción que garanticen la participación de los actores competentes, y minimicen el riesgo de injerencia de los actores que pueden limitar el proceso de implementación.

6. Componente de Atención

Este componente tiene como objetivo identificar un conjunto de no más de sesenta indicadores, que permitan evaluar la calidad de la atención que reciben pacientes afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), residentes en las cinco macro regiones geográficas colombianas (Andina, Caribe, Orinoquia-Amazonia, Pacífica, incluida la ciudad de Bogotá), con diagnóstico confirmado de enfermedad renal crónica, diabetes mellitus, hipertensión arterial, cáncer de mama, cáncer de cuello uterino y enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Se plantea, entonces:

- ✚ Identificar un conjunto de diez indicadores por cada una de las patologías descritas que permitan evaluar los aspectos más destacados de la calidad de la atención que ofrecen los prestadores de servicios de salud a pacientes afiliados al SGSSS (subsidiado, contributivo).
- ✚ Clasificar el grupo de diez indicadores por patología de acuerdo a la historia natural de la condición evaluada.
- ✚ Clasificar el grupo de diez indicadores por patología de acuerdo a criterios de estructura, proceso y resultado.
- ✚ Clasificar el grupo de diez indicadores por patología de acuerdo a las dimensiones de la gestión del riesgo en salud: i) afiliación y registro, ii) planeación de la atención, iii) red de servicios, iv) seguimiento a la prestación del servicio, v) promoción de estilos de vida saludable y gestión social del riesgo.

Esta propuesta hace posible apoyar la evaluación de la calidad de la atención que ofrecen los prestadores de servicios de salud en Colombia, a través de la identificación de un conjunto de indicadores que evalúan las intervenciones que por patología se deben realizar para evitar la progresión de la enfermedad y sus complicaciones asociadas.

Metodología para la identificación del grupo de sesenta indicadores

Paso 1: Revisión de la literatura en búsqueda de experiencias que incluyeran indicadores de calidad en la atención a pacientes con las seis ENT priorizadas.

Se realizó un proceso metodológico de búsqueda y localización sistemática de toda la información disponible, publicada o no, con relación a la calidad de la atención en pacientes con diagnóstico de cáncer de cuello de útero, cáncer de mama, enfermedad renal crónica, diabetes, hipertensión y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). En ese orden, fueron incluida todas las referencias que cumplían los siguientes criterios de inclusión: a) todo estudio, revisión o guía que utilice indicadores de calidad en la atención a pacientes con las ENT priorizadas y que cuenten con una definición operativa del indicador; b) archivos en inglés, español o portugués publicados en el periodo 2000-2012.

Teniendo en cuenta la extensión de la literatura médica, y la disponibilidad de las bases de datos, se utilizaron archivos o publicaciones desde el año 2000 hasta 2012 en las siguientes bases de datos: Pubmed, LILACs, Cochrane library, Embase. Además, se realizó una búsqueda en páginas web de autoridades o agencias sanitarias reconocidas a nivel internacional por trabajar en temas relacionados con la calidad de la atención en salud como: NICE (National Institute for Health and Clinical excellence) y AHTQ (Agency for Healthcare Research and Quality).

Los términos MESH utilizados fueron: “quality”, OR, “quality indicators”, OR, quality assessment”, OR, practice guideline” OR, “quality of care”, OR, “quality of care provided” AND “cervical cancer”.

La revisión de la literatura fue realizada para cada una de las ENT priorizadas y las referencias identificadas fueron codificadas y descritas de acuerdo a los siguientes criterios: país de origen de la experiencia, título de la experiencia, metodología utilizada para seleccionar los indicadores e indicadores contenidos en la experiencia. En total fueron identificados 720 indicadores de calidad para cada una de las patologías priorizadas, de los cuales fueron descartados sesenta y seis por encontrarse repetidos o por corresponder a estándares de calidad que no tenían un numerador o denominador.

A continuación, se presenta el número de referencias identificadas y el número de indicadores identificados por patología:

Tabla 4. Número de referencias por patología identificadas y número de indicadores por patología identificadas

Enfermedad no Transmisibles	Número de referencias identificadas	Número de indicadores identificados por patología
Diabetes	8	227
EPOC	7	106
Cáncer de mama	8	120
Cáncer de cuello uterino	10	63
Hipertensión	8	100
Enfermedad Renal Crónica	4	104
TOTAL	45	720

Paso 2: Clasificación de los indicadores.

El segundo paso consistió en elaborar para cada una de las patologías listas que contenían los indicadores identificados como resultado de la revisión de la literatura, para luego proceder a clasificarlos de acuerdo de acuerdo a la historia natural de la enfermedad⁷, criterios de estructura proceso y resultado y las cinco dimensiones de la gestión del riesgo en salud.

Tabla 5. Clasificación de 654 indicadores por patología de acuerdo a criterios de estructura proceso o resultado

Criterio	Diabetes	Enfermedad Renal	Hipertensión	Cáncer de mama	Cáncer de cuello uterino	EPOC	Total	
Estructura	18	28	1	25	0	19	91	13,9%
Proceso	75	51	79	73	34	45	357	54,58%
Resultado	74	25	19	17	29	38	202	30,88%
Otros dominios	3	0	1	0	0	0	4	0,6%
Total	170	104	100	115	63	102	654	99,96%

⁷ Historia natural de la enfermedad: evolución de la enfermedad en la situación hipotética de no recibir tratamiento o en la situación real de no existir tratamiento, desde la etapa sub-clínica, pasando por la etapa clínica, hasta el desenlace final el cual puede ser la cronicidad, la presentación de complicaciones o la muerte

Paso 3: Ponderación de la lista de indicadores por parte los expertos y selección de los indicadores con los puntajes más altos.

El tercer paso consistió en la ponderación de cada uno de los indicadores por parte de expertos clínicos y en salud pública (dos por patología) de acuerdo a los siguientes criterios: viabilidad, utilidad, importancia y relevancia y aceptabilidad científica. A cada uno de los expertos le fue entregada una herramienta que califica los criterios antes descritos en una escala de 1 a 40, siendo cuatro el menor puntaje, y cuarenta el mayor puntaje. Aquellos indicadores que obtuvieron ponderaciones por encima de treinta puntos fueron seleccionados, y aquellos con puntajes por debajo de treinta puntos fueron descartados.

Posteriormente, se identificaron los indicadores que presentaron concordancia en las ponderaciones realizadas por el experto clínico y el experto en salud pública, y se realizó una sumatoria de las dos ponderaciones. Esto permitió definir la lista de los diez indicadores con las sumatorias más altas.

Tabla 6. Número de indicadores seleccionados por patología priorizada

Patología	Número de indicadores seleccionados
Diabetes	10
EPOC	12
Cáncer de mama	10
Cáncer de cuello uterino	12
Hipertensión	12
Enfermedad Renal Crónica	10



MINSALUD



CAPÍTULO III. Implementación y desarrollo

Es fase tiene por objetivo concertar las necesidades propias para el control de ENT, definiendo tanto las acciones a realizar o continuar, como los indicadores para su monitoreo y seguimiento (con sus fuentes e instrumentos). Así, en un primer momento, se identificarán las estrategias y actividades claves con base en los resultados del ASIS, con lo que se elaborará una matriz tipo que contenga las acciones a realizar y logros a alcanzar con un horizonte de tiempo definido, teniendo en cuenta el alcance de los instrumentos de política pública disponibles hoy para el cumplimiento de la metas del PDSP y el PND. Con esto, se identificarán los usuarios del proceso evaluativo, y se definirán las preguntas a explorar por medio del proceso evaluativo (se anexa la metodología de la unidad de análisis para convocatoria con actores sectoriales e intersectoriales).

Posteriormente, se procederá con la identificación y concertación de indicadores e información relevante, junto con la construcción de fichas de indicadores. Así mismo, se precisarán e implementarán los instrumentos para recopilar la información de manera sistemática y rigurosa. Seguidamente, se establecerán los flujos de información para reporte, consolidación, análisis y retroalimentación, y se desarrollarán estrategias e incentivos que promueven el uso de la información en términos de difusión, conocimiento, análisis y orientación de toma de decisiones.

En la siguiente tabla se presentan los elementos como entradas, procesos y salidas, dado que este sistema se puede esquematizar como un conjunto de acciones que transforman datos y actividades en nuevos elementos de valor agregado.

Tabla 7. Elementos estructurales del SMSEG

ENTRADAS		PROCESOS	SALIDAS	
PROVEEDORES	INSUMOS		PRODUCTOS	USUARIOS
Ministerio de Salud y Protección social-SENT Entidades territoriales	Análisis de situación de Salud. Matriz de Planeación.	1. Planificación/ ajuste del sistema	Tablero balanceado de indicadores con fichas técnicas y metadata, validado y divulgado	MSPS Direcciones Territoriales de Salud
	Informes de asistencia técnica, unidades de análisis y/o salas situacionales.		Semaforización de progresos de la gestión técnica – administrativo y sus resultados en dimensión de vida saludable y condiciones no transmisibles y la promoción de la salud mental y la prevención y atención integral a problemas y trastornos, a nivel nacional frente a metas, y departamental frente al valor país. Caracterización de capacidad instalada.	
Instituciones, organizaciones y demás actores sociales del sistema de monitoreo, seguimiento y evaluación	Plan Operativo Anual institucional con actividades por entorno (matriz de intervenciones) o estrategias propias relacionadas con los MCYEVS y condiciones no transmisibles y la promoción de la salud mental y la prevención y atención integral a problemas y trastorno.	2. Formulación/ ajuste de la guía metodológica	Matriz de política pública y normograma vigente, matriz de seguimiento económico, de atención.	de Territoriales de Sectores involucrados en la promoción de los MCYEVS Administración local IVC Habitantes y ciudadanos Colombianos/Academia
	Informes de gestión y resultados/ rendición de cuentas o reportes analíticos y de información.		Sitio Web con visualización geográfica, gráfica y tabular de datos. Actualizado, colaborativo e integrado a los observatorios	
Direcciones	Caracterización política - normativa y de			

territoriales de salud	capacidad instalada, vigente Indicadores y reportes de seguimiento a las acciones Municipales e institucionales de entornos.
Ministerio de Salud y Protección social - Dirección de Epidemiología y Demografía	Reportes al aplicativo para el monitoreo y evaluación del PDSP. Reportes relacionados con dimensión de vida saludable y condiciones no transmisibles y la promoción de la salud mental y la prevención y atención integral a problemas y trastornos de los observatorios temáticos ONC, OCADER, OSAN. Análisis situacionales y de desigualdades. Microdatos y publicaciones de la ENSIN, ENS, ENSAB, ENSPA Hogares y Escolares, SABE, ENSM.
MSPS – Oficina de TICS	Salidas de datos e información disponibles desde SISPRO.

REQUISITOS	RECURSOS
Resolución 1841 de 2013. PDSP 2012-2021	Lineamientos técnicos por entornos para la promoción de modos, condiciones y estilos de vida saludable
Declaraciones internacionales: ONU, prevención de ENT, Salud en todas	Guías metodológicas dimensión de vida saludable y condiciones no transmisibles y la promoción de la salud mental y la prevención y atención integral a problemas y

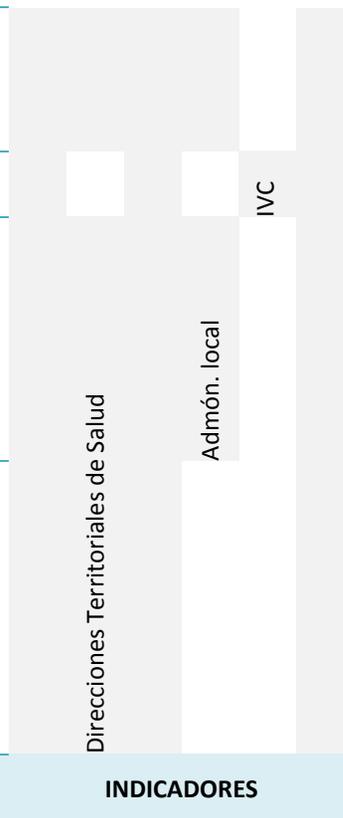
3. Construcción /ajuste del tablero de indicadores

4. Captura de datos y generación de indicadores

5. Análisis y divulgación de la información

Matriz de las acciones correctivas o preventivas derivadas del seguimiento
Boletín ejecutivo anual sobre situación en EVS con sus progresos, tendencias en la gestión y operación y nuevas necesidades de investigación
Red intersectorial de comunidades virtuales promotoras de dimensión de vida saludable y condiciones no transmisibles y la promoción de la salud mental y la prevención y atención integral a problemas y trastornos para el intercambio de experiencias exitosas y la gestión del conocimiento

REGISTROS
Directorios de contacto de actores sectoriales e intersectoriales del sistema
Informes de asistencia técnica con experiencias exitosas y no conformidades en la gestión y resultados



Cobertura del reporte de indicadores territoriales

las políticas	trastornos		
	Asistencia técnica del Ministerio de Salud para dimensión de vida saludable y condiciones no transmisibles y la promoción de la salud mental y la prevención y atención integral a problemas y trastornos		
Constitución política, PND, CONPES 3305, Ley 1620/2013, 1438 y 1503/ 2011, 1098/2006, NTCGP 1000:2004	Página Web del MSPS, SISPRO y Repositorio Institucional Digital, plataforma de la SENT de asistencia virtual de las direcciones territoriales de salud. Guía conceptual y metodológica, e instrumentos asociados del sistema de monitoreo y evaluación	6. Seguimiento/ asistencia técnica	Cronogramas de asistencias técnicas Actas de concertación de compromisos con los planes de trabajo para el mejoramiento y superación de no conformidades
Ley: 715/2001, 1335 y 1355/ 2009, 1438 y 1566/2011, 1616/2013	Matriz de actores sociales Talento humano, equipos y materiales de oficina, salones de reunión y acceso a internet	7. Evaluación y mejora del sistema	Soportes de ejercicios de concertación, validación, capacitación y/o socialización, unidades de análisis, salas situacionales o similares Porcentaje del cumplimiento de planes mejoramiento

Las *entradas* ilustran los proveedores del sistema que son las entidades que participan como actores principales en el desarrollo. Sin embargo, los proveedores directos podrán ser áreas de trabajo específicas dentro de las mismas entidades, o instituciones y entidades intersectoriales. El esquema también permite observar, por cada proveedor, los insumos que se entregan: es de resaltar que para este sistema los insumos es información dispuesta por medio de diferentes salidas, ya sean datos, documentos impresos o disponibles en la red. Finalmente, los proveedores y sus insumos se soportan en recursos de tipo físico, tecnológico, humano y especialmente técnico, que permiten una adecuada aplicación de los insumos y una correcta ejecución de los procesos. También se basan en los requisitos, son los de tipo legal y reglamentario que el sistema debe cumplir.

Los *procesos*, por su parte, enlistan las acciones a nivel macro que constituyen etapas del sistema, donde cada una es un proceso específico o hace parte de un proceso pre-existente, pues involucra un conjunto de acciones articuladas en su interior, necesarias para la generación de salidas del sistema. Por ser este componente el núcleo del sistema, en el numeral siguiente se explica con mayor detalle la información relacionada.

Las *salidas*, de otro modo, evidencian los productos que se esperan del sistema y los usuarios que utilizarán dichos productos. De igual manera, se pueden encontrar los registros mínimos necesarios que aportan la evidencia y permiten la trazabilidad de las actividades realizadas, convirtiéndose en las fuentes de información para la mejora continua. Los indicadores propios del sistema alimentan la mejora continua del mismo, dado que fueron construidos evaluando los factores críticos de éxito, es decir, los aspectos claves para lograr el objetivo del sistema.

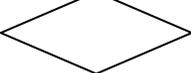
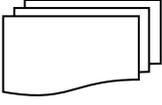
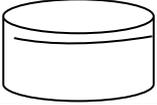
En lo que respecta a la información requerida, ésta se conoce como información primaria; la información entregada es información secundaria. Se puede ver el flujo de información primaria analizando la correlación asignada entre el proveedor y sus insumos, y el flujo de información secundaria analizando la correlación asignada entre los productos y los clientes potenciales de los mismos. Un producto puede ser usado por múltiples clientes, que en algunas ocasiones también han sido proveedores del proceso; así mismo, la generación de un insumo puede requerir del trabajo coordinado de varios proveedores.

Aunque el esquema presentado en la tabla denota la dirección marco en la que se enlazan sus componentes, es de vital importancia reconocer que el sistema se considera como un elemento dinámico, adaptable y soportado en el mejoramiento continuo, y por lo tanto, sus insumos y productos pueden comportarse como elementos circulares dentro del sistema, pues algunos productos son indispensables para nuevas fases o retroalimentan el sistema en todo su conjunto, es decir, los productos pueden ser insumos de etapas siguientes o de la planeación misma de todo el sistema.

Procesos del sistema

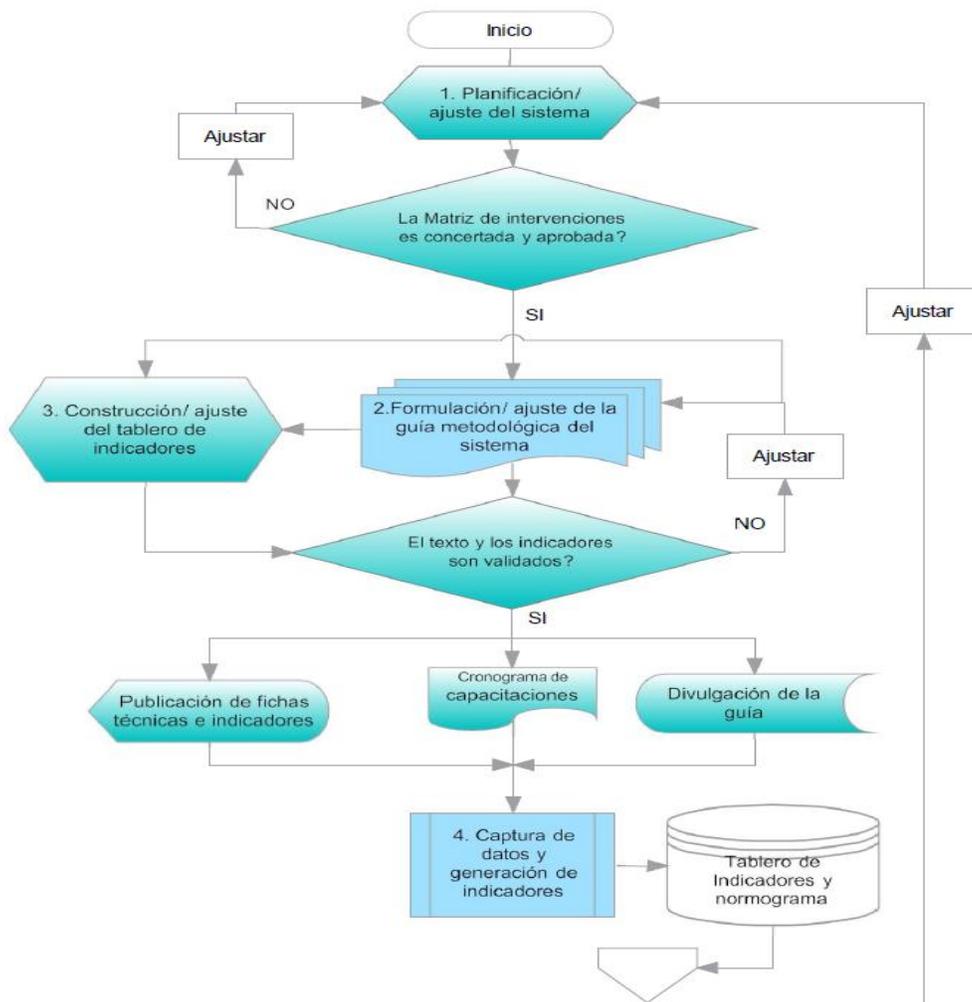
Como se mencionó previamente, las etapas del sistema son una serie de procesos que involucran un conjunto de acciones articuladas en su interior. La interrelación que tienen las etapas del sistema se presentan en el siguiente flujograma, como expresión gráfica y lógica de la secuencia de los procesos, mostrando las conexiones, los elementos que entran y salen del sistema y las decisiones que deben ser tomadas. Para una adecuada comprensión del flujograma, es indispensable tener claro, las entradas y salidas del sistema descritas anteriormente, así como la simbología utilizada en los flujogramas.

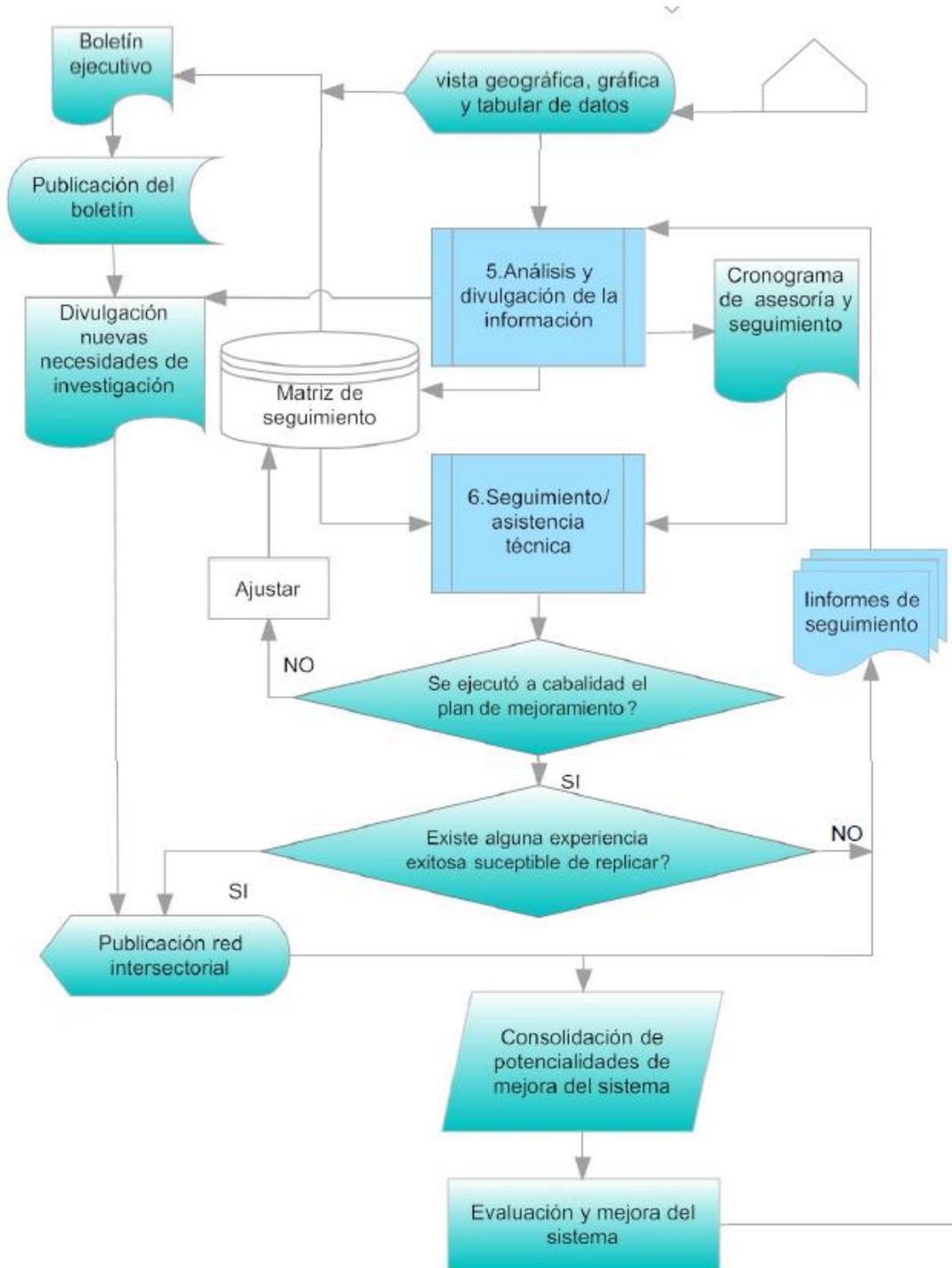
Tabla 8. Simbología utilizada en el flujograma

SÍMBOLO	DESCRIPCIÓN
	TERMINAL: Indica el inicio y fin de la secuencia.
	FUERA DE PÁGINA ABAJO: Representa la continuación del flujograma en la página siguiente
	FUERA DE PÁGINA ARRIBA: Representa la continuación del flujograma que viene desde la página anterior
	PREPARACIÓN: Representa un proceso que va como preparación de la actividad siguiente.
	PROCESO PREDEFINIDO: Presenta actividades propias de un proceso del sistema, necesarias para transformar una información recibida o crear una nueva.
	DECISIÓN O ALTERNATIVA: Indica un punto dentro del flujo en que son posibles caminos alternos (¿SÍ?, ¿NO?, etc.)
	DATOS: Representa entradas y salidas de datos a través de un sistema o de una fuente de datos
	DOCUMENTOS: Representa la salida de datos impresa y aporta información para el desarrollo del sistema.
	MULTIDOCUMENTO: Representa cualquier documento múltiple, que contiene varios anexos. En otros contextos también se usa como representación de múltiples copias
	BASE DE DATOS: Representa la necesidad de almacenamiento magnético en una base de datos.

SÍMBOLO	DESCRIPCIÓN
	PANTALLA: Representa la salida visual de datos e información, generalmente a través de un dispositivo de pantalla e indica que la información se puede visualizar para sus uso.
	ALMACENAMIENTO ONLINE: Indica que los datos se han almacenado en línea
	CONECTOR DE ACTIVIDADES: Utilizado para indicar el sentido en que se mueve el proceso o el procedimiento.

Ilustración 9. Flujoograma del sistema





En la tabla que se presenta a continuación, se describen verticalmente, las actividades contenidas en cada proceso, estas actividades se enmarcan sobre la base de un ciclo de mejoramiento continuo o de planear, hacer, verificar y actuar (PHVA), donde cada proceso pertenece a una etapa del ciclo PHVA. Adicionalmente, algunas de las actividades puntuales desarrolladas dentro de los procesos, generan directamente las salidas del sistema, bien sea como productos (señalados en color azul) o registros (subrayados) y en algunos casos puntuales, derivados de los procesos en la etapa de planificación del sistema, las actividades generan recursos (señalados en color violeta) para la adecuada ejecución de los siguientes procesos.

Tabla 9. Descripción de los procesos

PLANEAR			HACER		VERIFICAR	ACTUAR
1. Planificación/ ajuste del sistema	2. Formulación/ ajuste de la guía metodológica	3. Construcción/ ajuste del tablero de indicadores	4. Captura de datos y generación de indicadores	5. Análisis y divulgación de la información	6. Seguimiento/ asistencia técnica	7. Evaluación y mejora del sistema
<u>Identificación de actores del sistema evaluativo (Matriz de actores) generando directorio</u>	Definición de objeto y estructura del documento	<u>Recopilación de intervenciones por componente (Consolidación matrices de intervenciones)</u>	Producción, reporte y/o recolección de datos	Consolidación analítica del comportamiento de los indicadores para los equipos de análisis	<u>Diseño/ actualización del cronograma de asesoría y seguimiento (asistencia técnica)</u>	Identificación de estrategias e incentivos que promueven el uso de la información en términos de difusión, conocimiento, análisis y orientación a toma de decisiones (para promoción)
Convocatoria de actores para conformar grupos de trabajo	Construcción del documento e instrumentos	Compilación de situaciones priorizadas a monitorear	Validación del cargue de la información reportada	Convocatoria del equipo de análisis nuclear y modular según sea el caso	Revisión de la matriz de seguimiento del nivel asistido	Generación de indicadores del sistema
Caracterización/ actualización normativa y de capacidad instalada	Revisiones y ajustes internos de forma, estructura y contenido	Formulación de indicadores acorde con los parámetros establecidos	Envío de las observaciones de la información para mejorar la calidad del reporte	Análisis causal de brechas entre expectativas y hallazgos de la información (metodología de salas situacionales, espina de pescado-6M, unidad de análisis, etc.)	Verificación de la implementación de las acciones de mejora reportadas en la matriz de seguimiento y en los compromisos previos	Captura de sugerencias e inconformidades de los actores frente al sistema
Definición de necesidades de intervención, según ASIS, desempeños y resultados	<u>Validaciones de uso y de texto por actores del sistema evaluativo (generar acta)</u>	<u>Concertación y legitimización de indicadores y responsabilidades</u>	<u>Construcción/ actualización de la Matriz de política pública y normograma vigente</u>			

Identificación de actividades por componente de acción para desarrollar en Promoción de EVS (Matriz de intervenciones)	consolidación y aplicación de observaciones de las validaciones	Definición de fuentes de información		Formulación y emisión de recomendaciones en una relatoría	Generación de informes de seguimiento con reporte de experiencias exitosas	Consolidación de no conformidades
	Publicación y Divulgación de la guía metodológica	Levantamiento de líneas base y series históricas	Construcción/ actualización de salidas de datos	Consolidación operativa de acciones de mejora en un plan de acción	<u>Actas de concertación de compromisos con los planes de trabajo para el mejoramiento y superación de no conformidades</u>	<u>Análisis causal de no conformidades y proyección de potencialidades de mejora</u>
Exploración metodológica y participativa de las situaciones a monitorear y evaluar	<u>Diseño/ actualización del cronograma de capacitación y acompañamiento (asistencia técnica)</u>	Establecimiento de Metas y rangos de desempeño	Semaforización de progresos de la gestión y sus resultados en EVS	Implementación de acciones de mejora con su respectivo seguimiento (matriz de seguimiento)		Consolidación operativa de acciones de mejora
		Tablero balanceado de indicadores con fichas técnicas			Promoción de incentivos*	Implementación de acciones correctivas y preventivas
		Publicación de las fichas técnicas de indicadores en el sitio Web del sistema		Producción del Boletín ejecutivo del sistema		
<u>Priorización concertada de las situaciones más relevantes (generando el respectivo soporte)</u>	<u>Capacitación a los actores por niveles (en cascada), sobre la operación del sistema, generando el respectivo soporte</u>		Diseño/ actualización del sitio Web con vista geográfica, gráfica y tabular de datos integrado a OCADER, OSAN, ONC	Publicación página web del Boletín ejecutivo del sistema	Publicación del seguimiento y de experiencias exitosas, entregando a las comunidades virtuales y a la academia, las necesidades de investigación al respecto	Seguimiento a la Implementación y eficacia de las acciones de mejora del sistema (Matriz de seguimiento)

Los procesos se encuentran en sentido horizontal y corresponden a los mencionados tanto en la tabla 1 de componentes del sistema, como en la figura 1, flujograma del sistema. Las actividades contenidas en cada proceso, se describen verticalmente, en su respectivo orden.

En color azul: productos del sistema y en color violeta recursos que el sistema genera para su adecuada operación. El texto subrayado corresponde a las actividades que generan registros para la trazabilidad del sistema.

*Los incentivos pueden ser positivos o negativos, como reconocimiento público, incentivo o limitación de presupuesto.

Niveles de operación

El SMSEG en ENT, se fundamenta en la cooperación y el trabajo intersectorial, valorando el indispensable aporte de cada sector en el mejoramiento del bienestar de los individuos, familias y comunidades de Colombia. Teniendo en cuenta que el sistema requiere del compromiso de todos los actores para su funcionamiento, se estructura a partir de cuatro niveles de operación que generan, recopilan datos y analizan la información, para facilitar al nivel siguiente el estudio de los datos, y para retroalimentarse a sí mismo y al nivel anterior.

Al consolidar y/o comparar los datos de su jurisdicción, un nivel de operación tiene más herramientas de análisis para ajustar su propia gestión y para retroalimentar al nivel que lo alimenta con datos, reconociendo los éxitos y asistiendo los esfuerzos, al apoyar, guiar o fortalecer la gestión de dicho nivel, y a su vez, motivar el reporte de la información. Los mecanismos para la retroalimentación pueden ser reportes con los hallazgos de la información y las recomendaciones al respecto, o informes de asistencia técnica que incluye capacitación, acompañamiento y asesoría, según sea el caso.

Los niveles de operación del sistema, son:

- ✚ Nivel institucional (establecimientos educativos, IPS, EPS, organizaciones, etc.): es un nivel operativo, generador y analítico de la información.
- ✚ Nivel local (núcleo, municipio): operativo, recolector, generador y analítico de la información de su jurisdicción, así como, asesor y evaluador.
- ✚ Nivel regional (departamento, área o región): coordinador intermedio del sistema que combina funciones tanto del nivel local como del nacional.
- ✚ Nivel nacional: asesor, evaluador y analítico de la información holística del sistema y generador de recomendaciones al tener el diagnóstico global. Además debe retroalimentar al sistema con los productos de su análisis.

Roles y responsabilidades

Los actores involucrados en la operación del sistema de monitoreo a nivel institucional, local, regional o nacional, deben garantizar la recopilación de datos y estadísticas con rigurosidad metodológica⁸ y el desarrollo de análisis críticos con juicio científico y

⁸ En el país existen métodos y estándares para la recopilación estadística que garantizan la calidad de la información, promoviendo la confianza en los usuarios de la misma. En el país existen métodos y estándares para la recopilación estadística que garantizan la calidad de la información, promoviendo la confianza en los usuarios de la misma. Se recomienda consultar el Plan Estratégico Nacional de Estadísticas del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) (DANE, 2006) y la metodología de línea base (DANE, Metodología línea base de indicadores. Dirección de Regulación, Planeación, Estandarización y Normalización (DIRPEN), 2009), para ampliar información sobre la metodología de recopilación de datos.

responsabilidad, usando, salas situacionales y unidades de análisis. (Anexo – salas situacionales y unidades de análisis).

Tiempos y cronogramas

En general, el monitoreo se realiza semestralmente a través de: i) la medición de los indicadores de gestión frente a los componentes descritos, ii) los análisis realizados frente a los hallazgos de la información, y iii) el plan de acción derivado de dicho análisis.

El seguimiento se realiza trimestralmente, valorando y orientando la ejecución del plan de acción, para que las acciones preventivas o correctivas planeadas logren su culminación oportuna y efectiva.

La evaluación tiene una periodicidad quinquenal respondiendo al desarrollo de las Encuestas Nacionales, como se comenta más adelante.

Los tiempos de las actividades involucradas en las diferentes etapas del sistema, estarán enmarcadas en los plazos emitidos por los cronogramas vigentes, los cuales se actualizarán de forma periódica y serán publicados en el sitio web del sistema, además de ser divulgados por medio del correo electrónico reportado como canal oficial de contacto entre el equipo de análisis y su nivel integrador respectivo.

Las actividades que no se encuentren estipuladas en los cronogramas, tendrán como tiempo de ejecución las que sus equipos de análisis dentro de su libre albedrío le asignen, resaltando, que dichos tiempos no deben alterar, ni superar las fechas establecidas en los cronogramas. Los cronogramas mínimos a ser generados por cada nivel de operación deben ser:

-  El cronograma de capacitación y acompañamiento sobre la operación del sistema (exceptuando el nivel institucional).
-  El cronograma del reporte de la información que incluyen, la validación del cargue, el envío de observaciones, la actualización de los componentes definidos anteriormente y sólo para el nivel nacional, la actualización de salidas de datos.
-  El cronograma de asistencia técnica por parte de los niveles integradores para sus niveles asistidos (exceptuando el nivel institucional).

La periodicidad de reunión de los equipos de análisis, o de la realización de los análisis causales de las situaciones evidenciadas en el monitoreo, es definida por cada equipo de análisis, conservando la periodicidad necesaria para evaluar los cambios que los indicadores de monitoreo proporcionan y para realizar el seguimiento del plan de acción establecido por el equipo de análisis, según las necesidades propias del nivel, y en general para optimizar la gestión de la dimensión de vida saludable y condiciones no transmisibles

y la promoción de la salud mental y la prevención y atención integral a problemas y trastornos.

Áreas de monitoreo y medición

Las áreas de monitoreo son: los entornos, los factores conductuales relacionados con las ENT, los eventos definidos en condiciones crónicas y salud mental, así como la gestión interna del grupo de estilos de vida saludables, condiciones no transmisibles y gestión integrada para la salud mental. La gestión interna se define como área de monitoreo fundamentado en la NTCGP 1000:2009 (Presidencia de la República, 2009) (ICONTEC, 2009) y el MECI 1000:2005 (DAFP, 2005)^{9 10}.

Los niveles de monitoreo son de estructura, proceso y resultado.

En primer lugar, el nivel de estructura monitorea: i) la planeación (análisis de situación de salud, capacidad instalada); ii) la factibilidad (epidemiológico, económico, normativo, política pública y atención); iii) la cualificación del talento humano individual, colectivo y poblacional (procesos de soporte).

En segunda instancia, el nivel de proceso, monitorea factores críticos de éxito, es decir, “el deber ser” para la implementación de las intervenciones realizadas en promoción de modos, condiciones y estilos de vida saludable (MCYEVS), condiciones crónicas y promoción de la salud mental y prevención de trastornos, ya que se aspira a que las intervenciones lleguen rápidamente a la mayor cantidad de población posible y asegurando la implementación de las mismas. Por ello, el nivel de proceso monitorea: i) cobertura, ii) oportunidad y iii) continuidad de la gestión. La cobertura de las intervenciones, refleja la magnitud de población que está abarcando las intervenciones; la oportunidad, ilustra la velocidad con la que se están implementando; y la continuidad refleja la gestión permanente provocadoras de cambios positivos de largo aliento.

⁹ NTCGP es la norma técnica de calidad para la gestión pública en su versión 2009, consistente con las normas internacionales de gestión de calidad ISO 9001 y aplicable a todas las entidades del Estado de la Rama Ejecutiva del Poder Público, para evaluar y dirigir el desempeño institucional en términos de calidad y de satisfacción social, de manera sistemática y transparente, de acuerdo con lo establecido en el Artículo 2 de la Ley 872 de 2003 y el Modelo de Evaluación y Control Interno (MECI) es el modelo estándar de control interno desarrollado por el departamento administrativo de la función pública, para promover la calidad en la gestión.

¹⁰ NTCGP es la norma técnica de calidad para la gestión pública en su versión 2009, consistente con las normas internacionales de gestión de calidad ISO 9001 y aplicable a todas las entidades del Estado de la Rama Ejecutiva del Poder Público, para evaluar y dirigir el desempeño institucional en términos de calidad y de satisfacción social, de manera sistemática y transparente, de acuerdo con lo establecido en el Artículo 2 de la Ley 872 de 2003 y el MECI es el modelo estándar de control interno desarrollado por el departamento administrativo de la función pública, para promover la calidad en la gestión.

Finalmente, el nivel de resultado monitorea: i) equidad, ii) efectividad (inicialmente seguimiento a prevalencias) y iii) costo-beneficio¹¹. Estos aspectos dan cuenta del grado en que el sistema logra su objetivo primordial de optimizar la gestión en ENT.

En suma, los niveles de monitoreo dan cuenta del dominio bajo el cual se agrupan los conjuntos de indicadores. Sin embargo, dado que el sistema puede adaptarse a los contextos de los diferentes actores, se debe reconocer que según las necesidades particulares que detecte el sistema, se podrán necesitar estudios de costo-minimización y costo-utilidad, o se podrán valorar características de innovación, integralidad, accesibilidad y satisfacción de las intervenciones realizadas para ENT, o la ganancia social que ellas proveen.

Indicadores

Los indicadores son una representación cuantitativa y verificable objetivamente, que permite medir el grado del logro de los objetivos (DANE, Metodología línea base de indicadores. Dirección de Regulación, Planeación, Estandarización y Normalización (DIRPEN), 2009), en este caso, los relacionados con la promoción de MCYEVs, la promoción de la salud mental y la prevención de las ENT, de las alteraciones visuales, bucales y auditivas, y de los trastornos y problemas mentales. Para controlar el comportamiento de factores críticos en la gestión, los indicadores deben cumplir con criterios técnicos que permitan seleccionar los mejores¹², por ello, los indicadores incluidos en el sistema, cuentan con las siguientes premisas:

- ✚ **Claridad** (válido e inequívoco): El indicador es capaz de medir realmente el fenómeno que se quiere medir, sin ser redundante; es específico y no se afecta por otros fenómenos, además de ser de fácil comprensión.
- ✚ **Relevancia**: El indicador satisface una necesidad real, es sensible y capaz de percibir los cambios en periodos cortos (Departamento Nacional de Planeación (DNP), 2012), es decir, es un buen inductor de la acción.
- ✚ **Fiabilidad**: Debe ser construidos en base a fuentes fidedignas con atributos de calidad y medidos bajo estándares apropiados, entre los cuales están las políticas y prácticas transparentes en los procedimientos relacionados.

¹¹ Tipo de evaluación económica que compara los costos y las consecuencias de una intervención expresado en términos monetarios, lo que facilita que los resultados finales sean analizados no sólo en el ámbito de salud sino en programas intersectoriales que afectan la promoción de modos, condiciones y EVs (Zarate, 2010).

¹² Existen diferentes metodologías para definir los criterios técnicos de los indicadores, como la metodología “CREMAS” (Claro, Relevante, económico, medible, adecuado y sensible) propuesta por el Banco Mundial (Departamento Nacional de Planeación, 2009), los ofrecidos por la CEPAL (CEPAL, Cohen & Martínez, 2002), los criterios de calidad estadística y de utilidad del DANE (DANE, Metodología línea base de indicadores. Dirección de Regulación, Planeación, Estandarización y Normalización (DIRPEN), 2009), entre otros. Se utilizó una combinación de los criterios definidos por dichas metodologías procurando sintetizarlas.

- ✚ **Ser medible:** El indicador debe construirse a partir de información estadística que pueda ser consultada cuando sea necesario, debe estar disponible y abierto a validación independiente.
- ✚ **Validez:** Si efectivamente mide lo que intenta medir.
- ✚ **Confiabilidad:** Si su medición repetida en condiciones similares reproduce los mismos resultados.
- ✚ **Especificidad:** mide solamente el fenómeno que se quiere medir.
- ✚ **Sensibilidad:** Pueda medir los cambios en el fenómeno que se quiere medir.
- ✚ **Mensurabilidad:** Basado en datos disponibles o fáciles de conseguir.
- ✚ **Relevancia:** que sea capaz de dar respuesta clara a los asuntos más importantes de las políticas de salud.
- ✚ **Costo efectividad:** Los resultados justifique la intervención en tiempo y otros recursos.

Los indicadores deben contar con una ficha técnica que permita su estandarización y de acuerdo con los lineamientos dados por el DANE (DANE, 2006) (DANE, Metodología línea base de indicadores. Dirección de Regulación, Planeación, Estandarización y Normalización (DIRPEN), 2009), se establece un mínimo conjunto de variables de identificación para la ficha técnica de los indicadores del sistema de monitoreo, seguimiento y evaluación, el cual debe ser diligenciado para todos los indicadores actuales del sistema y para aquellos que pudieran incluirse. Las fichas técnicas contendrán los siguientes datos:

- ✚ Nombre corto y auto-explicativo del indicador
- ✚ Tipo de indicador (área y nivel de monitoreo en el que se encuentra el indicador)
- ✚ Objetivo del indicador: Describe qué y para qué se mide.
- ✚ Formula del indicador: Descripción de los cálculos necesarios para obtener un valor cuantitativo del indicador, especificando sus variables
- ✚ Fuente de datos primarios (fuente de cada variable del indicador)
- ✚ Unidad de medida: parámetro de referencia de las magnitudes del indicador
- ✚ Periodicidad: Frecuencia de recolección de datos
- ✚ Niveles de desagregación, si los posee.
- ✚ Valores de referencia – línea base y meta

Los indicadores priorizados, validados y estabilizados serán agrupados en áreas y niveles de monitoreo, conformando el tablero de indicadores que permitirá difundir los resultados automatizados. El tablero hace parte de un proceso dinámico que debe evidenciar el acople del sistema al contexto nacional, además del carácter transectorial que pueden tener algunos indicadores. Por esta razón, se establece la posibilidad de incluir, excluir o modificar indicadores del tablero, siempre y cuando sean pertinentes, generen un valor agregado a la información y hayan sido aprobados por los equipos de análisis respectivos.

La periodicidad de aplicación del indicador deberá cumplirse de acuerdo con lo consignado en las fichas técnicas y será la misma que se tenga en cuenta para el seguimiento y la auditoría o monitoreo pedagógico. El responsable del cálculo de cada indicador, debe ser el primer usuario de esta información y debe planear el momento para la captura, procesamiento y consolidación de los datos con la suficiente anticipación, para que el indicador se aplique en la fecha establecida.

Fuentes de información

El SMSEG propende por usar información rutinaria ya disponible y aquella que suministran los estudios y encuestas poblacionales nacionales periódicamente (Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), 2013). El monitoreo, seguimiento y evaluación para la gestión requiere de los reportes de los diferentes niveles del sistema y de diferentes sectores (educación, medio ambiente y vivienda, agricultura, trabajo, redes comunitarias, asociaciones, entre otros).

Dichas fuentes, estarán consignadas en la ficha técnica de cada indicador, y dado que se propende por usar fuentes rutinarias, en el proceso de validación de las fichas técnicas, se preferirán las fuentes que generen los sistemas oficiales de estadística o reportes de los diferentes sectores, siempre y cuando estén accesibles y disponibles.

Línea Base

La línea base es el punto de partida y primera medición de los indicadores establecidos, proporcionando un marco de referencia cuantitativo y cualitativo para monitorear, seguir y evaluar la gestión. Adicionalmente la línea base estandariza y automatiza la generación de información requerida y facilita la apropiación de los roles y funciones de los actores frente a los requerimientos de información (Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), 2015).

La primera medición del sistema debe permitir ajustar y validar tanto las fuentes de información como los indicadores resultantes, el procedimiento sistemático de recogida de información y sus tratamientos estadísticos, la consistencia de datos entre distintas fuentes y la forma de presentar los resultados.

Los principios y procesos técnicos para los indicadores y líneas base formuladas para este sistema de monitoreo y evaluación, se alinean con las directrices metodológicas del Plan Estratégico Nacional de Estadísticas (DANE, 2006), en espera de integrarse al Sistema Estadístico Nacional coordinado por el DANE (DANE, 2015).

Autocontrol y valoración independiente para el mejoramiento

El monitoreo y seguimiento de las áreas definidas, se hace con el fin de determinar y optimizar el nivel de desempeño de la gestión, mientras que la evaluación se realiza para establecer el grado de cumplimiento de las metas. Tanto el seguimiento como la evaluación, se realizan bajo dos principios: autocontrol y valoración independiente¹³.

El autocontrol se soporta en el análisis interno y periódico de la gestión realizada medido, al menos, con el comportamiento de un conjunto de indicadores. Este análisis permite observar las situaciones no conformes con el resultado esperado de la gestión, realizando un análisis (utilizando cualquiera de las metodologías propuestas en la sección roles y responsabilidades) para determinar posibles causas y establecer las acciones que las contrarresten, tanto correctivas como preventivas para mejorar o mantener los resultados en la gestión. Entre las acciones no conforme, se pueden incluir problemas propios de la captura de los datos, que reflejen resultados sesgados en la medición. Las acciones de mejora detectadas, deben constituir un plan de mejoramiento plasmado en una matriz 5WH¹⁴, que contenga:

- ✚ **QUE:** La descripción de la acción para realizar.
- ✚ **QUIEN:** El responsable de la ejecución.
- ✚ **CUANDO:** El período en el que se va a realizar con la fecha de terminación y/o seguimiento para la acción.
- ✚ **DÓNDE:** El lugar o nivel operativo donde se debe ejecutar la acción.
- ✚ **PARA QUE:** El objeto de realizar la acción y el resultado que se espera de la misma, lo cual debe estar correlacionado con la situación no conforme de la gestión analizada previamente.
- ✚ **CÓMO:** Detalles o instrucciones de cómo se implementará la acción, si aplica.

El plan de mejoramiento debe tener un seguimiento periódico de cada acción planteada, hasta registrar el cierre de la misma, auditando y evidenciando el cabal cumplimiento de la acción. El seguimiento de la acción implica el registro de los aspectos que no han permitido su realización, y las propuestas para superar dichos aspectos fruto de los análisis respectivos.

En conclusión, una vez realizada la primera medición de los indicadores, se establecerán los respectivos planes de mejoramiento y su oportuno cumplimiento se vigilará a través de auditorías operativas supervisadas por el equipo de análisis respectivo.

¹³ Basado en Sistemas relacionados con la Gestión de la Calidad: MECI 100;2005, NTCGP 1000:2009 y Sistema obligatorio de garantía de la calidad para instituciones de salud (Presidencia de la República, 2006)

¹⁴ La matriz 5WH, se denomina así por sus siglas en inglés (What, Who, When, Where, Why, How) y consigna actividades, ejecutores, ubicaciones, tiempos, justificaciones e instrucciones, de un plan de trabajo.

La valoración independiente, se realiza por medio de una auditoría valorativa y la herramienta de monitoreo pedagógico de la asistencia técnica. Esta valoración ofrece como características la independencia, neutralidad y objetividad de quien la realiza y debe corresponder a un plan y cronograma previamente socializado con el nivel a valorar. El nivel integrador correspondiente es el encargado de realizar la valoración usando técnicas de inspección documental o de entrevistas y debe proponer las recomendaciones y sugerencias que contribuyan a la optimización de la gestión del nivel valorado, además de recopilar las sugerencias en las que él puede intervenir para mejorar todo el sistema.

La valoración independiente examina sistemáticamente las no conformidades y sus respectivas acciones correctivas o preventivas establecidas en el plan de mejoramiento, generando un informe sobre el plan y el seguimiento que el nivel valorado ha realizado, respecto a la ejecución de las acciones y el cumplimiento de las pautas establecidas por el sistema. El informe debe identificar aquellas circunstancias en las cuales dichos pautas no se observan durante el periodo valorado y/o que afecten la comparabilidad con periodos precedentes, así mismo, debe expresar una opinión con respecto a los hallazgos, conformidades y no conformidades encontradas en las tareas evaluadas, generando un acta de concertación de compromisos bilateral que alimentará los planes de mejoramiento de ambos niveles para optimizar la eficacia del sistema.

El nivel integrador realiza la valoración independiente articulado con elementos de la asistencia técnica como el monitoreo pedagógico y el acompañamiento, para lo cual se recomienda ampliar la información con los documentos: Procedimiento para construir el plan de asistencia técnica de la Dirección de Promoción y Prevención, y la Guía para la planificación, implementación y evaluación de la asistencia técnica en el Ministerio (Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), 2014).

Aseguramiento de la calidad del sistema

Asegurar la calidad y vigencia del sistema, se logra mediante la evaluación sistemática de factores críticos de éxito que orienten al mejoramiento continuo, y todo sistema es susceptible de mejorar en diferentes aspectos, tales como: aprovechamiento más eficiente de los recursos o productos, tiempos de ejecución de sus procesos, entre otros.

Para evaluar intrínsecamente el sistema, se establecen 3 indicadores mínimos: Cobertura del reporte, Oportunidad del reporte y Porcentaje del cumplimiento de planes mejoramiento. El indicador de cobertura evalúa la proporción de datos/registros que se reciben con respecto a la totalidad esperada; el indicador de oportunidad mide el cumplimiento de los tiempos en la entrega de los datos, para una toma de decisiones oportuna; el indicador de cumplimiento valora tanto la utilización de la información en la gestión como el seguimiento a los planes de mejoramiento.

La responsabilidad en la medición de los indicadores depende de las características de los mismos: los indicadores de cobertura y oportunidad del reporte serán generados y evaluados por el nivel asesor, mientras que el indicador de cumplimiento deberá ser generado y monitoreado por el nivel operativo y eventualmente será evaluado por el nivel asesor.

Los resultados de la medición de los indicadores, deberán ser consolidados en un informe periódico que analice sus resultados y determine las no conformidades del sistema en su conjunto, que seguirán la misma línea de los planes de mejoramiento, previamente mencionados para las intervenciones en ENT.

Difusión y comunicación

La transformación de los datos en información relevante para la acción, no será efectiva sin la debida difusión de la misma. Para esto, la comunicación, difusión y diseminación de las estadísticas y evidencias, se debe realizar en formato y lenguajes accesibles para todos los posibles actores del sistema. Las herramientas de difusión son:

- ✚ Capacitación y talleres: sesiones de educación organizadas por todos los niveles, para empoderar los actores directos.
- ✚ Cursos virtuales: herramientas educativas gratuitas, de libre acceso y permanentes, que permiten la capacitación, entrenamiento y re-entrenamiento del recurso humano de forma continua.
- ✚ Recursos técnicos y tecnológicos: como guías e instrumentos del sistema y de las acciones de promoción de modos, condiciones y estilos de vida saludable, disponible a partir del sitio web del sistema, de la biblioteca virtual de salud y el repositorio digital del ministerio de Salud y Protección social.
- ✚ Sitios web: El sistema dispondrá de un sitio web para fomentar el acceso a los datos y virtualización de contenidos relacionados, que facilitará la disponibilidad de indicadores, visualizaciones gráficas, tabulares y geográficas, así como el seguimiento a las acciones de mejoramiento.
- ✚ Boletín ejecutivo del sistema: publicación con logros y progresos en las áreas de monitoreo del sistema y desigualdades en la gestión. En boletines especiales de acuerdo a los hallazgos del monitoreo y seguimiento, se plantearán necesidades
- ✚ Comunidades virtuales donde se divulgarán las experiencias exitosas y donde todos los miembros participan y gestionan el conocimiento, accediendo y comunicando los medios arriba descritos.
- ✚ Comunicación personalizada: Información en cascada por niveles, a través de referentes de contacto.

En definitiva, es necesario el compromiso de todos los actores para que las herramientas de difusión y comunicación logren sostenerse en el tiempo y redunden en un sistema efectivo que mejore continuamente.

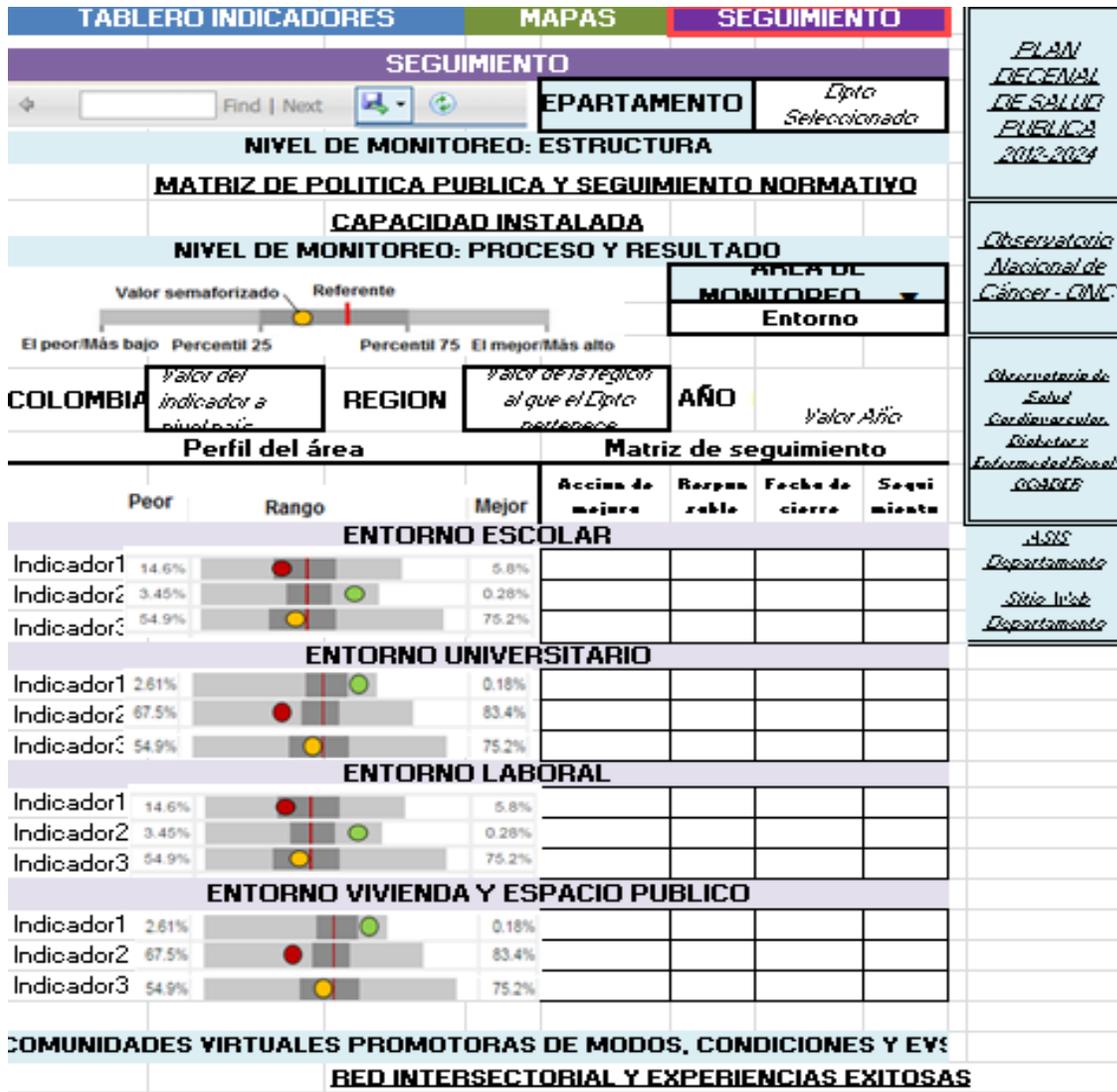
Atributos del sitio web del sistema

El sitio web del sistema de monitoreo, estará integrado al portal web del MSPS y a la SENT, permitiendo la divulgación dinámica y oportuna de la información, a todos sus actores involucrados. También ofrece enlaces rápidos a otros sitios relevantes para el análisis de la información, como los observatorios temáticos en salud, el PDSP, los ASIS de los territorios, los sitios oficiales administrativos de los territorios y el SISPRO.

El sitio web del sistema de monitoreo contará con tres secciones e interfaces de presentación que se mostrarán al seleccionar una pestaña de navegación del sitio web y las cuales se denominan: i) tablero de indicadores, ii) mapas y iii) seguimiento. Cada pestaña de navegación permite seleccionar las áreas y el nivel de monitoreo, un indicador específico y su ficha técnica, así como el referente con el cual se va a comparar dicho indicador; adicionalmente, se permitirá exportar la información tabular y gráfica que se disponga.

Los elementos contenidos en las tres secciones buscan mostrar información relevante y concisa para el análisis, por esta razón, se retomaron elementos usados efectivamente en sitios web de sistemas de información en salud, tales como: SISPRO (Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), 2012), el observatorio de inequidades en salud de Inglaterra (Public Health England, 2010) y el sistema de información para la salud canadiense (Canadian Institute for Health information, 2013). A continuación, en las tres siguientes ilustraciones, se evidencia el contenido de cada pestaña o sección, ofreciendo un detalle explicativo al final de cada figura.

Ilustración 10. Sección del sitio web del sistema



Esta pestaña permite valorar los indicadores al interior de un territorio por entorno y por factor, permitiendo una comparación gráfica de los valores de los indicadores entre ellos mismos y frente a los valores de referencia. Está planeado en función de facilitar la priorización de acciones concretas en el avance de la situación a mejorar y por ende del indicador respectivo, lo cual se observa en una matriz de seguimiento que acompaña cada indicador (World Health Organization, 2012).



MINSALUD

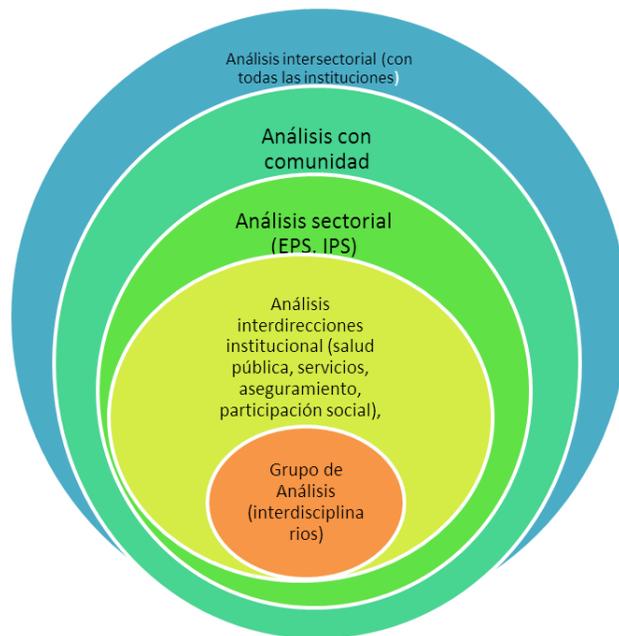


CAPÍTULO IV. Análisis y retroalimentación

En este capítulo se plantea el análisis a través de las salas situacionales y desarrollo de unidades de análisis para formulación y orientación de Política Pública, así como el desarrollo de Observatorios (anexos al documento: ONC y OCADER)

Se recomienda que el grupo de actores que realizan los análisis, sean equipos intersectoriales e interdisciplinarios, (en el cuerpo de este documento se denominarán equipos de análisis) como se plantea en la gráfica:

Ilustración 11. Niveles de análisis



Respecto a la sala situacional, ésta se considera “un espacio de trabajo matricial, en donde se conjugan diferentes saberes para la identificación y estudio de situaciones de salud coyunturales o no, el análisis de los factores que los determinan, las soluciones más viables y factibles de acuerdo con el contexto local y el monitoreo y evaluación de los resultados obtenidos después de la aplicación de las decisiones tomadas” (Secretaría de Salud de Bogotá).

La sala situacional es, entonces, la instancia para la articulación entre la gerencia estratégica y la coyuntura que facilita espacios para el análisis, la negociación y concertación de los compromisos a ejecutar por los diferentes actores sociales involucrados en la producción social de salud, en el ámbito local y su posterior seguimiento y evaluación (Secretaría de Salud de Bogotá).

Funciona como parte del sistema integral de monitoreo y evaluación en todos los niveles de gestión, para facilitar consultas y análisis periódicos integrales a usuarios de diversas entidades que permitan la toma de decisiones y su materialización. De hecho, se justifica como instancia articuladora entre la gestión institucional, intersectorial y comunitaria en que participan todos los actores institucionales y no institucionales para realizar discusión basada en información (Secretaría de Salud de Bogotá).

Una sala situacional puede tener los siguientes usos:

- ✚ Contribuir en el conocimiento de la situación actual de la obesidad con la participación y aportes de otros sectores y la comunidad.
- ✚ Propiciar la realización de estudios sobre la situación de salud (análisis amplios para definición de políticas, planes y proyectos)
- ✚ Monitorear y evaluar la situación de salud de grupos humanos y el impacto de intervenciones.
- ✚ Identificar necesidades de investigación
- ✚ Gestionar la organización.
- ✚ Negociar políticas y movilización de recursos.
- ✚ Difundir la información.
- ✚ Interactuar con medios de comunicación masiva.
- ✚ Avanzar en el trabajo transectorial.

En este marco, la sala situacional del Sistema tiene como propósito realizar seguimiento a la implementación de las estrategias, en el marco del PDSP, en lo que corresponde a la dimensión de vida saludable y condiciones no transmisibles, y la dimensión de convivencia y salud mental, analizando los aspectos estructurales y de procesos a la luz de las líneas estratégicas, con los distintos actores sociales, para así identificar las debilidades, oportunidades, fortalezas y amenazas e implementar las acciones de mejora que permitan alcanzar las metas. Como objetivos específicos, se contemplan:

- ✚ Identificar y consolidar la información sectorial e intersectorial que permita realizar procesos de análisis del comportamiento dimensión de vida saludable y condiciones no transmisibles y la gestión integrada para la salud mental, al igual que el seguimiento a las metas en el marco de las líneas estratégicas del PDSP.
- ✚ Convocar a los diferentes actores que garanticen el cumplimiento del proceso de análisis a través de la sala situacional.
- ✚ Garantizar la infraestructura mínima que permita desarrollar los procesos de análisis y toma de decisiones.
- ✚ Generar estrategias de mejoramiento a cada nivel que aporten a mejorar el comportamiento de las ENT en el corto, mediano y largo plazo.
- ✚ Analizar el comportamiento de las ENT en el país.

Con esto, se procurará, a partir de la recolección de datos, tabulación, procesamiento y mapeo de la información sobre el comportamiento de las ENT y factores asociados en el país, y de la disponibilidad de la evidencia, valorar por los distintos actores la situación, así como proponer las acciones de mejoramiento a desarrollar desde su factibilidad y costo-efectividad a corto, mediano y largo plazo.

En cuanto al alistamiento, es importante considerar:

- ✚ Conformación de grupo de análisis.
- ✚ Definición del alcance del análisis.
- ✚ Caracterización de actores.
- ✚ Identificación de estrategias.
- ✚ Identificación de fuentes de Información.
- ✚ Selección de indicadores.

Respecto a la conformación de grupo de análisis, éste debe estar compuesto por personas que conozcan sobre la temática, referentes de tema, personas que manejen datos y personas del área social que tengan experiencia en metodologías de análisis participativo. Se debe definir, además, el alcance de la sala situacional, bien sea por dimensión, componentes o metas del Plan Decenal, así como identificar la instancia para la toma de decisiones.

De igual modo deben caracterizarse los actores sociales, de acuerdo al tipo de actor que aplica para el tipo A y el C:

Tabla 10. Caracterización actores-Sala situacional

	ACTOR SOCIAL	NOMBRE	TIPO	ROL
A	Expertos			
B	Aseguradoras			
C	Prestadores			
D	Grupo funcional del Ministerio			
E	Grupos comunitarios - ONG			
F	Referentes territoriales			

A	1 clínico 2: Administrativo 3: Investigador
C	1: Pública 2: Privada

Ahora bien, para identificar las estrategias, fuentes de información y selección de indicadores utilizando la siguiente matriz que toma de ordenador las líneas estratégicas:

Tabla 11. Estrategias, fuentes e indicadores

EVENTO	ESTRATEGIAS						
EVENTO	FUENTES DE INFORMACION						
	PROGRAMAS	VIGILANCIA	SERVICIOS	ASEGURAMIEN	PARTICIPACION SOCIAL	INTERSECTORIALES	COMUNITARIAS
EVENTO	IDENTIFICACION DE INDICADORES						
	PROGRAMAS	VIGILANCIA	SERVICIOS	ASEGURAMIEN	PARTICIPACION SOCIAL	INTERSECTORIALES	COMUNITARIAS

Consolidando la información con base en el ordenador del análisis, se debe realizar un proceso de sensibilización, socialización y convocatoria a los actores competentes en el proceso de toma de decisiones y de implementación. Para el desarrollo de estas unidades se deben preparar dos componentes claves: a) la metodología o técnica a desarrollar de acuerdo a las características del grupo con el cual se va a trabajar (unidad de análisis); b) la validación intersectorial y transectorial de los datos estadísticos y el conocimiento profundo de la situación de salud.

Uno de los resultados de las unidades de análisis son las relatorías que permiten evidenciar el punto de vista de cada actor social, mostrando las fortalezas, necesidades de la situación actual y generando propuestas de solución. Con esta información se debe identificar las similitudes y diferencias, para de este modo construir la propuesta.

A continuación la lista de chequeo para el desarrollo de las unidades de análisis:

Tabla 12. Lista de chequeo para las Unidades de Análisis

LISTA DE CHEQUEO PARA DESARROLLO DE UNIDAD DE ANALISIS	EXCELENTE	BUENO	REGULAR	MALO	OBSERVACIONES
	ESPACIO FISICO				
El espacio físico permite generar la discusión entre los actores convocados (asistentes sentados en U)					
Lugar adecuado en tamaño y acústica					
El espacio está ubicado en un sitio de fácil acceso y convocatoria					
La hora de desarrollo de la unidad permite su asistencia					
ESPACIO DE DISCUSION					
Se explicita en un comienzo objetivos y metodología de la reunión a participantes					
Se evidencian relaciones de confianza y respeto entre los actores					
El moderador respeta los tiempos de discusión					
Los actores convocados permiten responder a las preguntas orientadoras para desarrollar el análisis					
Del total de los participantes cuantos de ellos tuvieron:					
Participación activa					
Participación pasiva					
Participación indiferente					
La metodología a desarrollar permite la participación de los actores y responder a las preguntas orientadoras formuladas					
Se permite que todos participen.					
Reunión entre 60 y 120 minutos.					
Registro de la información (grabadora o filmadora)					
Refrigerios adecuados y no interrumpen el desarrollo de la actividad.					

También se debe contar con un cronograma de trabajo, como:

Tabla 13. Cronograma de trabajo

TEMATICA	MES				MES			
	1sem	2sem	3sem	4sem	1sem	2sem	3sem	4sem
Definición de Alcance								
Definición de fuentes de información								
Definición y caracterización de Actores								
Consolidación de información								
Análisis de acuerdo al plan de análisis y alcance								
Desarrollo de unidad de análisis con distintos actores								
Sala situacional con los distintos actores								
Documento de análisis para tomadores de decisiones								

Ahora bien, el equipo de análisis nacional tendrá a cargo:

-  Cualificar el talento humano del nivel territorial para el desarrollo de las salas situacionales.
-  El estudio, validación y aprobación de las actualizaciones estructurales del sistema de monitoreo incluyendo este documento guía, sus instrumentos asociados y/o su tablero de indicadores.
-  La emisión periódica del cronograma de reporte, consolidación y publicación de indicadores en la página web, así como del boletín ejecutivo del sistema.

- ✚ La emisión periódica del cronograma de asistencias técnicas.
- ✚ El análisis de la información del nivel regional, generada a partir de los indicadores del monitoreo y a partir del seguimiento de compromisos derivados de las actas de concertación de asistencia técnica y de los planes de trabajo para el mejoramiento y superación de no conformidades, así como los indicadores de evaluación que dan cuenta del logro de las metas del PDSP y de la transformación positiva de entornos.
- ✚ La evaluación de los indicadores propios del sistema, de las sugerencias e inconformidades de sus actores, así como, la identificación de estrategias e incentivos que promueven el uso de la información para implementar y seguir las acciones que aseguran la calidad y el mejoramiento continuo del sistema de monitoreo, seguimiento y evaluación.

El nivel regional, local e institucional, de acuerdo a sus competencias y sus necesidades, define la estructura y el rol de su equipo de análisis, designando una persona que pertenezca al módulo nuclear del equipo, quien actuará como el canal de contacto entre el equipo de análisis de un nivel de operación y su nivel integrador respectivo. El equipo de análisis debe comunicar a su nivel integrador respectivo los siguientes datos del canal oficial de contacto, asegurando la información vigente y actual al respecto:

- Nombre completo de la persona responsable dentro del equipo de análisis
- Cargo o función institucional
- Correo electrónico y teléfonos de contacto

Es importante resaltar que no necesariamente cada nivel operativo (departamento, municipio o institución), debe crear un equipo, pues es posible que existan grupos ya constituidos que pueden desempeñar el rol de los equipos de análisis, asimismo pueden existir diferentes metodologías o experiencias en cada nivel operativo que permitan subsanar esta necesidad de forma efectiva e intersectorial.



MINSALUD



CAPÍTULO V. Evaluación

La evaluación de la gestión y el impacto del desarrollo de las estrategias y acciones realizadas para la promoción de modos, condiciones y estilos de vida saludables, la promoción de salud mental, y la prevención y atención integral de las condiciones crónicas y de los problemas y trastornos mentales, se plantea quinquenal, de acuerdo a la periodicidad de las encuestas y estudios nacionales. Sin embargo, con los análisis realizados en los observatorios, investigaciones o análisis secundarios, la evaluación podrá ser alimentada en intervalos menores a 5 años.

El siguiente cuadro muestra la agenda de Encuestas Nacionales las cuales, por su contenido, se definen como la fuente de información para evaluar el impacto de las metas y estrategias planteadas. Estas Encuestas y Estudios se realizan de manera conjunta con la Dirección de Epidemiología y Demografía, e incluyen las preguntas que permiten evaluar las líneas base del PDSP, así como la inclusión de preguntas clave, que permiten la comparabilidad con la región y los demás países.

Tabla 14. Fuentes para la evaluación

Descripción de la necesidad de información*	Año último realización	Periodicidad requerida	Justificación para periodicidad	Año de aplicación sugerido
EJE TEMÁTICO: SALUD DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA				
Encuesta Nacional de Salud Escolar	Se realizó la primera fase	Cada tres años	Permite conocer el comportamiento de variables de salud de la población infantil que está unida a la escolaridad	2013
GYTS (Encuesta Mundial de Tabaquismo en jóvenes)	Se realizó la primera fase	Cada tres años	Se plantea realizar incluido dentro de la Encuesta de Salud Escolar con la premisa que toman la mismas población	2013
EJE TEMÁTICO: FACTORES COMPORTAMENTALES				
GATS (Encuesta Mundial de Tabaquismo en Adultos)	Se tiene instrumento aprobado	Cada 5 años	Evaluar estrategias MPOWER.	2013
Encuesta Nacional de Salud – ENS	2007 Protocolo	Cada 5 años	Incluye core de preguntas de GATS, STEPS, consumo de tabaco, consumo de alcohol, riesgo cardiovascular Marcadores Biológicos Cáncer Ocupacional Salud Bucal, Visual y Auditiva	2013
Consumo de Sustancias Psicoactivas en Hogares	2013	Cada 5 años	Evaluar estrategias de intervención consumo excesivo de tabaco, alcohol y sustancia psicoactivas	2018

Descripción de la necesidad de información*	Año último realización	Periodicidad requerida	Justificación para periodicidad	Año de aplicación sugerido
Consumo de Sustancias Psicoactivas en Escolares	2011	Cada 5 años	Evaluar estrategias de intervención, consumo excesivo de tabaco, alcohol y sustancia psicoactivas	2017
EJE TEMÁTICO: SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL				
ENSIN (Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia)	2010	Cada 5 años	Evalúa obesidad, sobrepeso, consumo de alimentos, actividad física, sedentarismo.	2015
ENSIN Indígena	No se ha realizado en País	No determinado	Su periodicidad y viabilidad se evaluarán una vez se desarrolle la primera encuesta	2013-2014
Encuesta Nacional de consumo de Sodio, Yodo y Flúor.	No se ha realizado en País	Cada 10 años	Su periodicidad y viabilidad se evaluarán una vez se desarrolle la primera encuesta, pero se espera evaluar los cambios y relación con las intervenciones en 10 años.	2013-2014
EJE TEMÁTICO: VEJEZ Y SALUD				
SABE (Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento)	Se tiene una experiencia local con la SABE Bogotá	Cada 10 años	Seguimiento a la política de envejecimiento, evalúa: Fragilidad Redes de Apoyo Cuidador Familiar Marcadores Biológicos	2015
Cuidadores	Cuidador Institucional		Cuidador familiar Evalúa cuidador institucional	2014
Otros estudios				
ASIS	2014	Anual	Reconocer la situación de salud	2015
Estudio de carga de enfermedad	2005-2010	Cada 10 años	Evaluar contribución de los factores de riesgo y las enfermedades crónicas en el estado de salud de la población	2015
Investigaciones relacionadas con efectividad/impacto equidad y costo-beneficio en promoción de estilos de vida saludable	No se tiene inventario respecto	al	-	-

Fuente: adaptado del Sistema Nacional de Estudios y Encuestas Poblacionales para la Salud (Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), 2013), complementado con otros estudios.



CAPÍTULO VI. Procesos de soporte

Estos elementos se consideran transversales y aportan al desarrollo de capacidades del talento humano, fomentar la movilización social a través del control social y el proceso de evaluación de impacto de las acciones medidas en primera instancia a partir de las Encuestas Nacionales, las cuales se garantizaron desde la formulación del Plan Decenal, con el fin de disponer de líneas de bases y poder disponer de información para evaluar el desarrollo de las estrategias y las acciones.

Del talento humano

Se define a partir del uso de distintas herramientas que permita cualificar al recurso humano en términos de gestión y operación de las estrategias definidas a nivel nacional, territorial e institucional y comunitario, garantizando cobertura y calidad de los contenidos mínimos para aportar a la respuesta de las ENT, salud mental y sus factores asociados.

En primera instancia se plantea el desarrollo de cursos virtuales y asistencia técnica (anexo: curso virtual básico en ENT)

Rendición de cuentas

Afianzar la confianza de la ciudadanía en las instituciones de la localidad que contribuyen a promover los factores protectores y a prevenir los factores de riesgo de las ENT. Mejorar la calidad de las decisiones de la administración pública local, a través del diálogo constructivo entre sus funcionarios, la comunidad y sus organizaciones sociales, respecto a los avances y dificultades presentados en la gestión de los programas de salud y las expectativas de los ciudadanos relacionadas con las ENT (Anexo. Manual de rendición de cuentas).



Conclusiones

- ✓ Transformar positivamente los entornos es un gran paso para mejorar la calidad de vida y proporcionar bienestar a todos los habitantes de Colombia, y se soporta en el empoderamiento social y el trabajo intersectorial donde todos nos beneficiamos.
- ✓ La efectividad del SMSEG es el resultado de un compromiso articulado intra y transectorial, de largo plazo. Todos los actores involucrados en el sistema deben actuar con la responsabilidad y voluntad suficiente para alcanzar los objetivos propuestos en los tiempos estipulados, manteniendo los acuerdos estructurales que se den, para asegurar la objetividad y efectividad del seguimiento y evaluación.
- ✓ Conservar la vigencia del sistema requiere revisiones y actualizaciones permanentes (teniendo en cuenta su carácter dinámico) para asegurar su pertinencia y calidad a lo largo del tiempo, es decir, que el sistema provea información confiable y realmente útil para la toma de decisiones, por tanto, la evaluación periódica e intrínseca del sistema es clave para la eficacia del mismo.
- ✓ Las acciones de socialización, capacitación, acompañamiento, monitoreo pedagógico y en general la asistencia técnica, a los involucrados en la generación y uso de la información (a través de los diferentes niveles de operación), permiten lograr la comprensión del objetivo, trascendencia y utilidad del sistema, así como de sus mecanismos de operación.
- ✓ Finalmente, la generación de incentivos eficientes para conducir el seguimiento y la evaluación, son una herramienta que impulsan la apropiación del sistema entre sus actores.

Bibliografía

- Aguilar Villanueva, L. (1992). Estudio introductorio. En L. Aguilar Villanueva, *La Hechura de las Políticas. Colección Antología de Políticas Públicas (Segunda Antología)* (págs. 15-76). México, D.F.: Miguel Ángel Porrúa.
- Alcaldía Mayor de Bogotá. (s.f.). *Guía para la formulación, implementación y evaluación de políticas públicas distritales*. Recuperado el 10 de marzo de 2014, de http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/adminverblobawa?tabla=T_NORMA_ARCHIVO&p_NORMFIL_ID=1812&f_NORMFIL_FILE=X&inputfileext=NORMFIL_FILENAME
- Asamblea General de las Naciones Unidas. (2015). Proyecto de documento final de la cumbre de las Naciones Unidas para la aprobación de la agenda para el desarrollo después de 2015.
- Canadian Institute for Health information. (7 de Noviembre de 2013). *A Performance Measurement Framework*. Recuperado el 10 de Octubre de 2014, de <https://secure.cihi.ca/estore/productSeries.htm?pc=PCC853>
- CEPAL, Cohen & Martínez. (2002). *Manual: Formulación, evaluación y monitoreo de proyectos sociales*. ONU-CEPAL.
- Cid, C., & et.al. (2005). *Monitoreo y seguimiento de la reforma: Diseño metodológico para medir líneas basales y determinación de línea basal de protección financiera*. Santiago: Gobierno de Chile; Superintendencia de Salud.
- Congreso de la República de Colombia. (21 de Diciembre de 2001). 715 de 2001. 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 pres. *Diario Oficial No. 44624*.
- DAFP. (2005). *Modelo Estandar de control interno. MECI 1000*. Bogotá, D.C.Colombia.
- DANE. (2006). *Documento metodológico Plan Estratégico Nacional de estadísticas PENDES*. Bogotá.
- DANE. (2009). *Metodología línea base de indicadores. Dirección de Regulación, Planeación, Estandarización y Normalización (DIRPEN)*. Bogotá, Colombia: p17.
- DANE. (2015). *Sistema Estadístico Nacional (SEN)*. Obtenido de Departamento Administrativo Nacional de Estadística: <http://www.dane.gov.co/files/sen/planificacion/plegables/PlegablePlanificacion.pdf>
- Departamento Administrativo de la Función Pública. (2 de noviembre de 2011). Decreto 4107 de 2011. *Por el cual se determinan los objetivos y la estructura del Ministerio de Salud y Protección Social y se integra el Sector Administrativo de Salud y Protección Social*. Bogotá.
- Departamento Nacional de Planeación (DNP). (2012). *Guía para la evaluación de políticas públicas*. Bogotá: Editorial Kimpres.

- Departamento Nacional de Planeación (DNP). (10 de julio de 2014). Decreto 1290 de 2014. *Por el cual se reglamenta el Sistema Nacional de Evaluación de Gestión y Resultados (Sinergia)*. Bogotá.
- Departamento Nacional de Planeación (DNP). (2015). *Bases Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018*. Bogotá: Departamento Nacional de Planeación.
- Departamento Nacional de Planeación (DNP). (26 de Mayo de 2015). Decreto 1082 de 2015. Por medio del cual se expide el Decreto único reglamentario del sector administrativo de planeación nacional. 2015.
- Departamento Nacional de Planeación (DNP). (s.f.). *Sistemas de Información*. Recuperado el 01 de marzo de 2016, de <https://www.dnp.gov.co/programas/inversiones-y-finanzas-publicas/Sistemas-de-Informacion/Paginas/sistemas-de-informacion.aspx>
- Departamento Nacional de Planeación. (2009). *Guía metodológica para la formulación de indicadores*. Bogotá: DNP.
- Di Virgilio, M., & Solano, R. (2012). *Monitoreo y evaluación de políticas, programas y proyectos sociales*. Buenos Aires: Fundación CIPPEC.
- Dunn, W. (1994). *Public Policy Analysis: An Introduction*. New Jersey: Prentice Hall.
- Falcao, H., & Rubens, J. (2009). ¿En quién se pone el foco? Identificando “stakeholders” para la formulación de la misión organizacional. *Revista CLAD Reforma y Democracia*, 15, 1-18.
- Frankel, N., & Gage, A. (2007). *M&E Fundamentals. A self-guided mincourse*. U.S. Agency for International Development (USAID)- Measures Evaluation.
- Gascó, H. M. (2002). Hacia una sistematización de la evaluación de programas y políticas públicas. *Gestión y Análisis de Políticas Públicas*, 23, 55-65.
- ICONTEC. (2009). *Norma técnica de calidad para la gestión pública. NTCGP 1000*. Bogotá, D.C. Colombia.
- Karam, T. (2005). *Una introducción al estudio del discurso y al análisis del discurso*. Recuperado el 2 de febrero de 2014, de Global Media Journal: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=68720305>
- Levi, M. (2006). *Modelando procesos históricos complejos con narrativas analíticas*. Recuperado el 8 de febrero de 2014, de Revista Uruguay de Ciencia Política: <http://cienciassociales.edu.uy/wp-content/uploads/sites/4/2013/archivos/Revista%20ICP15-01.pdf>
- Majone, G. (1992). Los usos del análisis de Políticas. En L. Aguilar Villanueva, *La Hechura de las Políticas. Colección Antología de Políticas Públicas (Segunda Antología)* (págs. 341-366). México, D.F.: Miguel Ángel Porrúa.

- Manquero Rascón, L. E. (2010). Sistemas de Monitoreo y Evaluación de Proyectos, Programas y Políticas Públicas. *Presupuesto, Gasto y Contabilidad*(5), 45-52.
- Ministerio de Hacienda y Crédito Público. (s.f.). *Portal de Transparencia económica*. Recuperado el 01 de marzo de 2016, de Portal de Transparencia económica: <http://www.pte.gov.co/WebsitePTE/>
- Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS). (2012). *Sistema Integrado de Información SISPRO*. Recuperado el 18 de Julio de 2014, de <http://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/SistemaIntegraldeInformaci%C3%B3nSISPRO.aspx>
- Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS). (2013). *Sistema Nacional de Estudios y Encuestas Poblacionales para la Salud*. Bogotá: Imprenta Nacional.
- Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS). (2014). *Guía conceptual y metodológica para la construcción del ASIS de las Entidades Territoriales*. Bogotá: Imprenta Nacional.
- Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS). (2014). *Guía para la planificación, implementación y evaluación de la asistencia técnica en el Ministerio de salud y protección social*. Bogotá, D.C.
- Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS). (2015). *Guía Metodológica para Registros, Observatorios, Sistemas de Seguimiento y Salas Situacionales Nacionales en Salud ROSS*. Bogotá: MSPS.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). *Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021*. Bogotá: Imprenta Nacional.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). *Herramientas pedagógicas de monitoreo y evaluación para fortalecer la Asistencia Técnica que realiza la Dirección de Promoción y Prevención*. Bogotá: por publicar.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). *Análisis de Situación de Salud, Colombia 2015*. Bogotá: Imprenta Nacional.
- Organización de las Naciones Unidas (ONU). (2011). *A66/L.Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles*. Nueva York.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) . (2014). *Informe sobre la situación mundial de las Enfermedades No Transmisibles 2014. Resumen de orientación*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2014). *Informe sobre la situación mundial de las Enfermedades No Transmisibles*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2008). *Prevención de las enfermedades no transmisibles en el lugar de trabajo a través del régimen alimentario y la actividad física. Informe de la OMS y el Foro Económico Mundial sobre un evento conjunto*. Ginebra: OMS.

- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2012). *Marco mundial de vigilancia integral, con inclusión de Indicadores y un conjunto de objetivos mundiales de aplicación voluntaria para prevenir y controlar las Enfermedades No Transmisibles*. Ginebra: OMS.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (s.f.). Capítulo 9: Monitoreo y evaluación. En O. P. (OPS), *Hacia el mejoramiento de la salud a través de los cambios de comportamiento. Una guía práctica para la promoción de la higiene*. Washington: OPS.
- Peñaloza, E., & et.al. (2014). *Estimación de la carga de enfermedad para Colombia, 2010*. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana.
- Presidencia de la República. (03 de Abril de 2006). Decreto 1011. *por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud*. Bogotá, D.C., Colombia: Diario Oficial.
- Presidencia de la República. (18 de Noviembre de 2009). Decreto 4485. *Por medio de la cual se adopta la actualización de la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública*. Colombia: Diario oficial.
- Public Health England. (2010). *Public Health Outcomes Framework*. Recuperado el Noviembre de 2014, de <http://www.phoutcomes.info/>
- Rist , R., & Kusek, J. (2005). *Manual para gestores del desarrollo. Diez pasos hacia un sistema de seguimiento y evaluación basado en resultados*. Bogotá: Banco Mundial- Mayol Ediciones.
- Rivillas JC, Huertas Quintero JA, Montaña Caicedo JI. ed al. (2014). Progresos en eSalud: adopción del Sistema Nacional de Información en Cáncer. *Rev Panam salud Publica.*, 35(5/6), 442-8.
- Roth, A. N. (2002). *Políticas públicas: formulación, implementación y evaluación*. Bogotá: Ediciones Aurora.
- Secretaría de Integración Social-Alcaldía de Bogotá. (s.f.). *Lineamientos para el sistema de seguimiento y monitoreo de las políticas públicas de la Secretaría Distrital de Integración Social*. Recuperado el 11 de marzo de 2014, de http://intranetsdis.integracionsocial.gov.co/anexos/documentos/2.2_proc_misi_analisis_seguintamiento_politicas_sociales/5_AnalisisYsPs_DocAso_SISTEMA_DE_SEGUIMIENTO_Y_MONITOREO2012.pdf
- Secretaría de Salud de Bogotá. (s.f.). *Guía Metodológica Sala Situacional*. Recuperado el 2015 de febrero de 20, de http://saludpublicabogota.com/wiki/images/archive/5/50/20110303155520!GO_espacios_ASIS.pdf
- Tapella, E. (2007). *El mapeo de actores clave*. Recuperado el 8 de febrero de 2014, de <https://planificacionsocialunsj.files.wordpress.com/2011/09/quc3a9-es-el-mapeo-de-actores-tapella1.pdf>
- Vedung, E. (1997). *Evaluación de políticas públicas y programas*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (INSERSO).

Velásquez, R. (2009). Hacia una nueva definición del concepto de “política pública”. *Desafíos*, 20, 149-187.

WHO. (2012). *Marco mundial de vigilancia integral, con inclusión de Indicadores y un conjunto de objetivos mundiales de aplicación voluntaria para prevenir y controlar las enfermedades no Transmisibles*.

WHO. (2012). *World Health Organization Global Health Observatory*. Geneva.

World Health Organization. (25 de Julio de 2012). *WHO*. Recuperado el 2 de Diciembre de 2014, de Marco mundial de vigilancia integral, con inclusión de indicadores y un conjunto de objetivos mundiales de aplicación voluntaria para prevenir y controlar las enfermedades no transmisibles: http://www.who.int/nmh/events/2012/Discussion_paper3_ES.pdf

Zarate, V. (2010). Evaluaciones económicas en salud: Conceptos básicos y clasificación. *Rev Med Chile*, 138(2), 93-97.