



## Guía Metodológica

### Sala Situacional del Programa Ampliado de Inmunizaciones PAI



**MinSalud**  
Ministerio de Salud  
y Protección Social

**PROSPERIDAD  
PARA TODOS**





**MinSalud**  
Ministerio de Salud  
y Protección Social

**PROSPERIDAD  
PARA TODOS**

## Sala Situacional del Programa Ampliado de Inmunizaciones PAI

---

### **Coordinación editorial**

Dirección de Epidemiología y Demografía

Grupo de Gestión del Conocimiento y Fuentes de Información

Nadia Ariza Silva

Observatorios y Registros Nacionales

Dirección de Epidemiología y Demografía

Jacqueline Palacios

Programa Ampliado de Inmunizaciones

Dirección de Promoción y Prevención

ISBN:

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

2013

Ministerio de Salud y Protección Social

Bogotá D.C., Colombia

---

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 MSPS a través de su portal web [www.minsalud.gov.co](http://www.minsalud.gov.co)





## Ministerio de Salud y Protección Social

### **ALEJANDRO GAVIRIA URIBE**

Ministro de Salud y Protección Social

### **FERNANDO RUIZ GOMEZ**

Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

### **MARTHA LUCÍA OSPINA MARTÍNEZ**

Directora de Epidemiología y Demografía

### **ELKIN DE JESÚS OSORIO SALDARRIAGA**

Director de Promoción y Prevención

### **NANCY ROCIO HUERTAS VEGA**

Directora de Medicamentos y Evaluación de Tecnologías

### **LUIS CARLOS ORTIZ MONSALVE**

Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud

### **JOSE FERNANDO ARIAS OLARTE**

Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria

### **SUSANNA HELFER-VOGEL**

Jefe Oficina de Promoción Social

### Dirección de Promoción y Prevención

#### Grupo de Asistencia Técnica del PAI

ANA BETTY HIGUERA PEREZ  
ANA DEL CARMEN CASTAÑEDA CARVAJALINO  
BRIGITTE NEFFER FOREST DUQUE  
CARMEN ELISA OJEDA JURADO  
CLARA LUCÍA BOCANEGRA CERVERA  
ERIKA MARIA VARGAS  
JACQUELINE PALACIOS GONZÁLEZ  
JUAN PABLO CAICEDO SERRANO  
LELY STELLA GUZMAN BARRERA  
MARTHA EUGENIA MARÍN GONZALEZ  
NATALIA ANDREA ZULUAGA SALAZAR

#### Sistema de Información

AURA PATRICIA OROZCO FIGUEREDO  
CAMILO MORENO CANGREJO  
IVONNE CAROLINA MARCELO BURGOS

#### Cadena de frío

ALBERTO SANCHEZ CASTRO  
LUZ MARINA DUQUE TORRES  
RAFAEL HERNAN RIVERA CABALLERO

### Dirección de Epidemiología y Demografía Grupo de Gestión de Conocimiento y Fuentes de Información

JOSE IVO MONTAÑO CAICEDO  
Asesor Dirección de Epidemiología y Demografía

CLAUDIA MILENA CUELLAR  
Coordinadora Grupo de Gestión de Conocimiento y Fuentes de Información

LUZ AMANDA MORALES PEREIRA  
Coordinadora Plan de Mejoramiento de Fuentes

HERNEY RENGIFO REINA  
Coordinador Estudios Poblacionales

ANA CAROLINA ESTUPIÑAN GALINDO  
Coordinadora Salidas de Información

JUAN CARLOS RIVILLAS GARCIA  
Coordinador Observatorios y Registros Nacionales

PAULA MELISSA PALACIOS TORRES  
Coordinadora Disposición y Acceso a Recursos de Conocimiento

ANGÉLICA NOHELIA MOLINA RIVERA  
Est. Mg Estadística

MÓNICA MARÍA MUÑOZ CORREA  
Gerente de Sistemas de Información en Salud

WILLIAM GIRALDO VALENCIA CABRERA  
Ingeniero de Sistemas

ANDREA JOHANA AVELLA  
Enf. Epidemióloga

PATRICIA ROZO LESMES  
OD. Mg. Salud Pública

NADIA ARIZA SILVA  
MDV. Mg. Salud Pública

ANGÉLICA FONSECA ÁVILA  
MD. Epidemióloga

JUAN CARLOS CORREA SENIOR  
MD. Mg. Salud Pública

DIANA CATALINA MESA LOPERA  
AES, Mg Salud Pública, Maestra en Sistemas de Salud

DIEGO ALBERTO CUELLAR ORTIZ  
Mat., Mg Estadística, Mg. Economía

ERIKA LEON GUZMAN  
OD., Mg. Salud Pública

BERTA INÉS MONTOYA CORTÉS  
OD. Epidemióloga

LILIANA YANET GÓMEZ ARISTIZABAL  
AES, Epidemióloga

JANCY ANDREA HUERTAS QUINTERO  
MD. Esp. Auditoria en Salud y Epidemiología

#### Oficina de Tecnología de la Información y la comunicación

PATRICIA DELGADO  
LUZ EMILCE RINCON MEDRANO  
LUZ DARY BAQUERO ç

#### Instituto Nacional de Salud

DANIK VALERA ANTEQUERA  
HELENA SALAS SUSPES  
CLAUDIA HUGGET

#### Organización Panamericana de la Salud

MARIA CRISTINA PEDREIRA  
PATRICIA CALDERON



## Contenido

Abreviaturas .....	6
Resumen .....	7
Presentación .....	9
Propósito .....	12
Alcance .....	12
<b>1 Marco normativo y político .....</b>	<b>13</b>
<b>2 Bases Conceptuales.....</b>	<b>23</b>
2.1 Las tecnologías en salud y su contexto en Colombia .....	¡Error! Marcador no definido.
2.2 Medicamentos .....	¡Error! Marcador no definido.
2.2.1 Definiciones relacionadas con el componente de medicamentos ...	¡Error! Marcador no definido.
2.2.2 Situación actual sobre información farmacéutica .....	¡Error! Marcador no definido.
2.3 Componentes anatómicos .....	¡Error! Marcador no definido.
2.3.1. Definiciones relacionadas con componentes anatómicos.....	¡Error! Marcador no definido.
2.3.2 Órganos.....	¡Error! Marcador no definido.
2.3.3 Tejidos y células .....	¡Error! Marcador no definido.
2.3.4 Sangre y componentes Sanguíneos .....	¡Error! Marcador no definido.
2.4 Dispositivos Médicos.....	¡Error! Marcador no definido.
2.4.1 Definiciones sobre dispositivos médicos .....	¡Error! Marcador no definido.
2.4.2 Situación Actual de los dispositivos médicos.....	¡Error! Marcador no definido.
<b>3 Modelo del Observatorio de Medicamentos y Tecnologías en Salud .....</b>	<b>31</b>
3.1 Concepto .....	31
3.2 Rol y Funciones del Observatorio.....	31
3.3 Características del Sistema de Seguimiento y Monitoreo.....	¡Error! Marcador no definido.
3.4 Insumos, procesos y resultados .....	¡Error! Marcador no definido.
3.5 Estructura y Funcionamiento .....	¡Error! Marcador no definido.
3.6 Responsables.....	¡Error! Marcador no definido.
3.7 Sistema Estándar de Indicadores y áreas de monitoreo .....	¡Error! Marcador no definido.
<b>4 Fuentes disponibles .....</b>	<b>42</b>
4.1 Registros Administrativos SISPRO .....	¡Error! Marcador no definido.
4.2. Sistema Nacional de Estudios y Encuestas Poblacionales para la Salud .....	43
4.3. Censos Poblacionales .....	43
<b>5 Gestión del conocimiento para la toma de decisiones en salud .....</b>	<b>46</b>
5.1. Línea Base del OETES .....	49
5.2. Planes de Análisis .....	¡Error! Marcador no definido.
5.3. Herramientas de acceso, difusión y comunicación .....	¡Error! Marcador no definido.
<b>6 Conclusiones y Recomendaciones .....</b>	<b>54</b>
6.1 Desafíos a Nivel Nacional .....	54
6.2 Desafíos a Nivel Internacional.....	54
6.3. Recomendaciones Finales .....	55
<b>Referencias .....</b>	<b>56</b>



## Listado de Figuras

---

Figura 1. Estructura Funcional del Observatorio de Medicamentos y Tecnologías en Salud ....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
Figura 2. Disponibilidad de sangre por 1000 habitantes, Colombia 2012 .....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
Figura 3. Insumos, procesos y resultados de los ROSS.....	36
Figura 4. Flujo de información del Observatorio de Evaluación de Tecnologías en Salud.....	37
Figura 5. Triada de operación de un ROSS al interior del Ministerio de Salud y Protección Social .....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
Figura 6. Modelo operativo para la Gestión de Información y Conocimiento del Observatorio de Evaluación de Tecnologías en Salud-OETES .....	48
Figura 7. Canales y herramientas de acceso y difusión de los ROSS....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>

## Listado de tablas

---

Tabla 1. Bases Normativas del Observatorio de Medicamentos y Tecnologías en Salud .....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
Tabla 2. Listado inicial de actores en la cadena del medicamento .....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
Tabla 3. Total de Recobros por Dispositivos Médicos.....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
Tabla 4. Recobros por Prótesis Ortopédicas Externas .....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
Tabla 5. Recobros periodo Marzo de 2012 - Marzo de 2013.....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
Tabla 6. Comparativo Valor Recobro por Igual Item.....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
Tabla 7. Listado de Indicadores propuestos para el Observatorio de Medicamentos y Tecnologías en Salud.....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
Tabla 8. Registros Administrativos SISPRO con información de Tecnologías en Salud.....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
Tabla 9. Otras fuentes de información identificadas .....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
Tabla 10. Agenda Programática del Sistema Nacional de Estudios y Encuestas poblacionales para Salud .....	43



## Abreviaturas

<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>WHO</b>	World Health Organization
<b>EU</b>	European Union
<b>COL</b>	Colombia
<b>MSPS/Minsalud</b>	Ministerio de Salud y Protección Social
<b>DED</b>	Dirección de Epidemiología y Demografía
<b>SISPRO</b>	Sistema Integral de la Protección Social
<b>ROSS</b>	Registros, Observatorios, Sistemas de Seguimiento y Salas Situacionales en Salud
<b>SISBEN</b>	Sistema de Identificación y Clasificación de Potenciales Beneficiarios para Programas Sociales
<b>DANE</b>	Departamento Administrativo Nacional de Estadística
<b>PENEDES</b>	Plan Estratégico Nacional de Estadísticas
<b>PAI</b>	Programa Ampliado de Inmunizaciones
<b>ENS</b>	Encuesta Nacional de Salud
<b>ENDS</b>	Encuesta Nacional de Demografía y Salud
<b>ENSIN</b>	Encuesta Nacional de la Situación Nutricional de Colombia
<b>SABE</b>	Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento
<b>RIPS</b>	Registro Individual de Prestación de Servicios
<b>SIVIGILA</b>	Sistema de Vigilancia de Salud Pública



## Resumen

---

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

El propósito de este documento, [Sala Situacional del Programa Ampliado de Inmunizaciones PAI](#), con base en el análisis de la información generada en la investigación, atención, vigilancia y control adelantada por los diferentes actores, es el de lograr la integración de los sistemas de información y acciones que facilitan y organizan la disponibilidad de fuentes de datos y la estabilización y estandarización de las salidas de información, de tal modo que permitan monitorear cambios en la salud de la población, seguir tendencias de la evolución de la misma y analizar los determinantes socio-económicos que contribuyen con la ocurrencia de desigualdades en salud, con el fin de intensificar la gestión del conocimiento para orientar la formulación de políticas en salud e intervenciones en la práctica (Anston, 2000) (Hemming, 2003) (J. W. , 2010).

Se recomienda, así que este sea concebido como un sistema inteligente que estructura y organiza la información disponible del PAI en Colombia y destaca la gestión del conocimiento como su rol principal, además de identificar aquellas condiciones que puedan contribuir o influenciar en la salud de la población; esta Sala Situacional debe tener la capacidad de seguir el progreso y dificultades en el desarrollo de las Políticas, para emitir recomendaciones y finalmente, detectar necesidades o ausencia de investigación en el país.

La Sala Situacional del PAI se enmarca en este documento Guía Metodológica, y constituye una propuesta coherente para solucionar la problemática de la carencia de información o de la dispersión de la misma existente en este tema en Colombia. En consecuencia, éste documento se concentra en la estructuración y operativización de la información generada. Se sugiere consultar [Guía Metodológica de Registros, Observatorios, Sistemas de Seguimiento y Salas Situacionales](#) (DED-MSPS, Guía Metodológica de Registros, Observatorios, Sistemas de Seguimiento y Salas Situacionales, 2013), documento diseñado por la Dirección de Epidemiología y Demografía del Ministerio de Salud y Protección Social, el cual proporciona elementos que aporten a superar las brechas de información y evidencia en diferentes áreas de interés en salud pública, y constituir un avance significativo en la gestión del conocimiento en salud para el país.

En la primera sección de este documento se realiza un compendio normativo relacionado con el Programa Ampliado de Inmunizaciones de Colombia, así mismo en el siguiente aparte se describen las bases conceptuales necesarias para la operación del mismo, con el fin de añadir valor a los datos y enfatizar sobre la necesidad de estandarizar conceptos que garanticen la sintonía en el manejo y uso de información por parte de actores responsables, y desde la misma implementación que adelanta el Ministerio de Salud y Protección Social. Se describe la relevancia que tiene el Programa Ampliado de Inmunizaciones, haciendo referencia a la situación actual en el país y la disponibilidad de información, lo permitirá reorientar las



intervenciones en materia de prevención, vigilancia y control, en pro del fortalecimiento de la gestión en los niveles nacional y territorial.

Posteriormente se realiza una definición de la Sala Situacional del PAI, se describen concretamente los componentes del modelo de la Sala Situacional: rol y funciones, características del modelo, estructura y funcionamiento, Indicadores. Allí se destaca el alcance de la Sala Situacional: desde monitorear la información disponible, identificación de los responsables de la información, identificación de brechas en la información relacionada, hasta facilitar la estabilización y automatización de salidas de información requeridas para su funcionamiento.

En la Sección 6 se definen las fuentes de información identificadas, para finalizar este aparte con la propuesta estructural y funcional de la Sala Situacional del PAI.

Posteriormente se cuenta con una sección donde se especifican las estrategias para la gestión del conocimiento y los canales de comunicación más eficientes para la divulgación de la información generada al interior de la Sala Situacional, como son los planes de análisis y la línea base de los indicadores definidos.

Para finalizar se generan una serie de recomendaciones para garantizar una adecuada operación y sostenibilidad de la Sala Situacional en el tiempo, recordando el rol que juega dentro del sistema de vigilancia en salud pública, en el desarrollo de políticas y programas en salud, y finalmente en la gestión y fomento del conocimiento para contribuir en el seguimiento, análisis e intervenciones dirigidas al fortalecimiento del Programa Ampliado de Inmunizaciones en Colombia





## Presentación

*La lucha contra las desigualdades en salud debe ser el eje central de las políticas públicas para cualquier gobierno. Como parte de eso, los observatorios deben hacer su mayor contribución en el campo de medir y monitorear esas desigualdades para reducirlas.*

*Sir Donald Acheson*

*National Health Observatories in England, 2005*

A partir del año 2012, Colombia a través del Ministerio de Salud y Protección Social propone el desarrollo y mejoramiento de los Registros, Observatorios, Sistemas de Seguimiento y Salas Situacionales Nacionales (ROSS) para fortalecer la disponibilidad y uso de la información sobre la salud de las personas a nivel local, territorial y nacional. Se espera que los ROSS en el mediano plazo estén bien implementados y reconocidos en su rol de apoyar y orientar las políticas sanitarias en el país. Como parte de esto, deben hacer su mayor contribución en el campo de medir y monitorear esas desigualdades para reducirlas. A través de la priorización y automatización de tableros de indicadores para uso local, regional y nacional, del desarrollo y construcción de índices combinando datos de diferentes fuentes de información y generando evidencia a partir de lo anterior, es posible proporcionar a los tomadores de decisiones y responsables de las políticas apoyo y asistencia metodológica en la medición y monitoreo de desigualdades.

La Organización Mundial de la Salud, OMS (WHO, Global Health Observatory, 2012) busca incrementar la capacidad de los sistemas de información existentes para avanzar en la vigilancia en temas de interés de salud pública de los países. Para lograr esto, insiste en la importancia de difundir información y gestionar conocimiento a través de observatorios que resulten de una necesidad compartida (agendas), concentrados para ser complementados unos con otros, y mediante una verdadera colaboración y cooperación en materia de información.

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

Los Registros, Observatorios, Sistemas de Seguimiento y Salas Situacionales ROSS priorizados por el Ministerio de Salud y Protección Social han sido en su conjunto, identificados para cumplir con roles estratégicos relacionados con la medición de desigualdades y equidad en salud. El modelo de ROSS se ha aplicado con el propósito de informar la formulación de las políticas e intervenciones en salud, de la siguiente manera:

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



Es claro que la medición de desigualdades es una ciencia complicada y compleja, esta Guía reúne gran parte de los elementos básicos y rigurosos de esa ciencia pero de una forma accesible.

Esperamos que éste material responsabilidad del Ministerio de Salud y Protección Social, sea de utilidad en el futuro para todos aquellos actores involucrados en la medición de las desigualdades en salud desde ambas perspectivas: desde la definición de políticas y los responsables de materializarla mediante intervenciones. Y esperamos que constituya una fuente de información y referencia que contribuya para avanzar en el conocimiento y práctica de medición de desigualdades, y como último propósito reducir la presencia de éstas no sólo en Colombia sino también para otros países de la Región Latinoamericana que buscan sociedades más equitativas.

**Martha Lucía Ospina Martínez**  
**Directora Epidemiología y Demografía**





## Propósito

El propósito de esta Guía es estandarizar el monitoreo del comportamiento del Programa Ampliado de Inmunizaciones, a través de la Sala Situacional, con el fin de proporcionar datos, indicadores y análisis internacionalmente comparables que podrían utilizarse para mejorar los resultados de salud de la población, el acceso y calidad de la atención en salud y el rendimiento del sistema de salud en Colombia

## Alcance

Involucra todas las actividades de planeación, mejoramiento y estructuración requeridas para garantizar la captura, estandarización y estabilización de datos e indicadores en la Bodega de Datos del SISPRO, hasta las actividades de difusión y publicación de los resultados y análisis internacionalmente comparables, relacionadas con las Tecnologías en Salud.





## 1. Marco normativo y político

---

El MSPS es el ente regulador que fija normas y directrices en materia de salud pública, que benefician a los afiliados al SGSSS. A continuación se presentan los principales actos administrativos de apoyo a la gestión del PAI, dada la importancia que el componente presenta en el marco de las acciones integrales de salud pública en el país que se generan de acuerdo con las políticas sanitarias, que obedecen a un marco de país y a la firma de convenios internacionales de apoyo a líneas de acción propuestas por organismos internacionales, como la OPS/OMS.

El PAI, como todas las acciones programáticas en el país, se rige a través de los diferentes mecanismos estatutarios definidos en la carta política colombiana; en tal sentido, la regulan leyes, decretos, resoluciones y demás actos administrativos que en los diferentes niveles jurídicos, civiles y administrativos se generen.

**Constitución Política de Colombia-1991.** Establece que la atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado y los servicios de salud se deben organizar en forma descentralizada. De igual manera, establece que toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y de su comunidad, como también consagra, como derechos fundamentales de los niños, la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social

### 1.1. Políticas

- a) **Política Nacional de Envejecimiento y Vejez:** esta política está proyectada para ser cumplida desde el 2007 hasta el 2019 y tiene cuatro ejes principales que deben ser garantizados, los cuales son "El envejecimiento biológico y su relación con el envejecimiento demográfico", "los derechos humanos", "el envejecimiento activo" y "la protección social integral".
- b) **Política Nacional de Sangre:** está orientada a la planificación y organización de los sistemas de sangre, a la conformación de la red de donación y transfusión y a la interacción con la comunidad para que tengan acceso a su obtención, esto por medio de los principios de equidad, solidaridad y seguridad, los cuales permiten que se cumplan los lineamientos definidos por la Política.
- c) **Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional - CONPES 113:** fue aprobado mediante el documento Conpes 2847 de 1996, y parte del reconocimiento del derecho de toda persona a no padecer hambre, tiene en cuenta los tratados internacionales adoptados por el país, la evolución histórica de la temática, y se basa en la construcción conjunta que se realizó con los diferentes agentes y actores del orden nacional y territorial, con una visión multidimensional.
- d) **Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud:** esta política está orientada a lograr que la información relacionada a la calidad se convierta en un bien público que oriente las decisiones de los agentes en el sistema, permita la modernización de las formas de operación de los prestadores públicos, consolidar las redes de servicios de salud para lograr optimizar recursos al mismo tiempo



que mejorar el acceso y desarrollar un sistema de incentivos para prestadores en todo el territorio colombiano.

- e) **Política Nacional Farmacéutica:** según el documento que contiene la política, esta es importante debido a que la parte farmacéutica equivale a una porción relevante del total del gasto sanitario, después de los recursos humanos. Además es vital pues en la mayoría de las consultas médicas el desenlace es una receta médica. Los medicamentos representan la respuesta más utilizada en salud. La Política tiene como objetivo resolver las dificultades existentes en el uso adecuado de los medicamentos, incluido el desarrollo de los servicios farmacéuticos, así como a corregir defectos del sistema de vigilancia y control de la calidad y a reducir las inequidades en el acceso a estos.
- f) **Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva:** tiene como objetivo general mejorar la Salud Sexual y Reproductiva -SSR y promover el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos -DSR de toda la población, para así lograr una reducción de los factores de vulnerabilidad y los comportamientos de riesgo. Con respecto a los objetivos específicos se encuentra que buscan la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, por medio de la ampliación de la cobertura del SGSSS, el fortalecimiento de la red de servicios, y acciones de vigilancia y control a la gestión.

## 1.2 Leyes

- a) **Ley 1444 de 2011:** La Ley 1444 de 2011(mayo 4) en su Artículo 6º hace referencia a la escisión del Ministerio de la Protección Social, los objetivos y funciones asignados por las normas vigentes al Despacho del Viceministro de Salud y Bienestar, y los temas relacionados al mismo, así como las funciones asignadas al Viceministerio Técnico. En su Artículo 9º se dio la denominación de Ministerio de Salud y Protección Social. Dentro del Vice Ministerio de Salud Pública y Prestación de Servicios, se encuentran cinco Direcciones, una de ellas es la de Promoción y Prevención donde se ubican cuatro subdirecciones, una de las cuales es la de Enfermedades Transmisibles, en la que está el grupo de enfermedades Inmunoprevenibles.
- b) **La Ley 100 de 1993:** implementa el Sistema General de Seguridad Social en Salud, el cual reorganiza el sistema de prestación de servicios en salud, desarrolla el servicio público de la salud y genera una complementariedad entre la red pública y la red privada de prestadores, con el fin de lograr una mayor cobertura. En su artículo 165, la Ley 100 define el plan obligatorio de salud, el cual debe cubrir acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, atención de la enfermedad general, diagnóstico y tratamiento, protección de la maternidad y rehabilitación física. Todo administrador de servicios de salud debe garantizar la protección a la población que tenga afiliada a través de sus servicios.
- c) **Ley 599 de 2000,** Código Penal Colombiano, en su artículo 368 del capítulo1, define penas para los delitos contra la salud pública.
- d) **En la Ley 715 de 2001,** define competencias, para la ejecución de actividades de promoción y prevención en sus artículos 42, 43, 44, 45, 46 y 52. En el capítulo II se establecen las competencias de las entidades territoriales en el sector salud, entre otras, adoptar, difundir, implantar, ejecutar y evaluar, en el ámbito departamental, las normas, políticas, estrategias, planes, programas y proyectos del sector salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que formule y expida la nación o en armonía con éstas.
- e) **La Ley 1164 de 2007,** Ley de talento humano.



- f) **La Ley 1122 de 2007**, en su artículo 33, establece que el gobierno nacional definirá el plan nacional de salud pública para cada cuatrienio, el cual quedará expresado en el respectivo plan nacional de desarrollo, el cual debe incluir el plan nacional de inmunizaciones que estructure e integre el esquema de protección específica para la población colombiana, en particular, los biológicos que deban incluirse y que se revisarán cada cuatro años con la asesoría del Instituto Nacional de Salud y el Comité Nacional de Prácticas en Inmunización.
- g) **Ley 1220 de julio de 2008**, se aumentan las penas para los delitos contra la salud pública.
- h) **Ley 1373 de enero de 2010**, por la cual se incluye la vacuna de neumococo de manera obligatoria al esquema nacional de vacunación.
- i) **Ley 1388 de mayo de 2010**, por la cual se debe asegurar el derecho a la vida de los niños con cáncer en Colombia y se debe garantizar la vacunación anual contra influenza estacional a los familiares y convivientes del menor.
- j) **Ley 1438 de 2011**, Reforma al Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS.
- k) **Ley 1626 de enero de 2013**, por la cual se incluye la vacuna contra el virus del papiloma humano, de manera obligatoria al esquema nacional de vacunación, para las niñas entre cuarto grado de básica primaria y séptimo grado de básica secundaria.

### 1.3 Decretos

- a) **Decreto 1416 de 1990**, impulsa los procesos de control social del plan de atención básica a través de los espacios de participación social previstos por la ley.
- b) **El Decreto reglamentario de la Ley 100, 1938 de 1994**, en su artículo 3°, define que el plan de atención básica es obligatorio y de carácter gratuito, lo que incluye, entre otras, acciones de prevención primaria y diagnóstico precoz en las personas con patologías y en riesgo o en las comunidades, en caso de enfermedades endémicas o epidémicas.
- c) **El Decreto 2676 de 2000**, conjunto del Ministerio de Salud y Medio Ambiente, reglamenta la disposición final de los desechos inmunobiológicos en las entidades prestadoras de servicios de salud, en razón a que éstos hacen parte de los residuos hospitalarios y como tal deben ser tratados.
- d) **El Decreto 1669 de 2002**, conjunto del Ministerio de Salud y del Medio Ambiente, modifica el alcance de la Resolución 2676, haciéndola extensiva a otros establecimientos del orden privado cuyo fin es brindar servicios de salud, obligándoles a aplicar las normas para el manejo y disposición final de sus residuos como desechos inmunobiológicos.
- e) **El Decreto 205 del 3 de febrero de 2003**, estableció la estructura orgánica del Ministerio de la Protección Social, señalando en el numeral 11 del artículo 6 la facultad del Ministro de la Protección Social de crear, organizar y conformar los grupos internos de trabajo, con el fin de atender las necesidades del servicio y cumplir con los objetivos, políticas y programas del organismo.
- f) **El Decreto 2287 del 12 de agosto de 2003**, reglamenta el uso del carné de salud infantil como requisito de ingreso a los establecimientos educativos y de bienestar.
- g) **El Decreto 272 de 2004**, por el cual se modifica la estructura del Instituto Nacional de Salud y se determinan las funciones de sus dependencias, en la cual el Instituto puede, de acuerdo con sus objetivos y funciones, realizar actividades de carácter operativo para la atención de las políticas, planes, programas y prioridades fijados por el Ministerio de la Protección Social, en materia de salud pública.



- h) **Decreto 288 de 2005**, que modifica el artículo 1 del decreto 822 de 2003, y da facultades al Ministerio de Salud y protección Social, conferidas por Presidencia de la República para adquirir, distribuir y garantizar el suministro oportuno de biológicos e insumos del PAI.
- i) **Decreto 1011 de 2006**, se establece el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud del SGSSS.
- j) **El Decreto 2323 de 2006**, tiene por objeto organizar la Red Nacional de Laboratorios y reglamentar su gestión, con el fin de garantizar su adecuado funcionamiento y operación en las líneas estratégicas del laboratorio para la vigilancia en salud pública, la gestión de la calidad, la prestación de servicios y la investigación.
- k) **El Decreto 3518 de 2006**, tiene por objeto crear y reglamentar el Sistema de Vigilancia en Salud Pública, Sivigila, para la provisión en forma sistemática y oportuna de información sobre la dinámica de los acontecimientos que afecten o puedan afectar la salud de la población, con el fin de orientar las políticas y la planificación en salud pública; tomar las decisiones para la prevención y el control de enfermedades y factores de riesgo en salud; optimizar el seguimiento y evaluación de las intervenciones; racionalizar y optimizar los recursos disponibles y lograr la efectividad de las acciones en esta materia, propendiendo por la protección de la salud individual y colectiva.
- l) **El Decreto 3039 de 2007**, establece el Plan Nacional de Salud Pública, cuyo primer objetivo es mejorar la salud infantil estableciendo, como metas nacionales de salud infantil, lograr y mantener las coberturas de vacunación con todos los biológicos del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) por encima del 95%, en niños menores de 1 año (línea de base: poliomielitis, 86,8%; DPT, 86,8%; sarampión, rubéola y paperas, 89,1%, en niños de 1 año. Fuente: PAI, 2005).
- m) **Decreto 2676 de 2010**, reglamenta el manejo adecuado de los residuos hospitalarios.

#### 1.4. Resoluciones

- a) **Resolución 3997 de 1996**, La Resolución 3997 de 1996, por la cual se establecen las actividades y los procedimientos para el desarrollo de las acciones de promoción y prevención en el Sistema General de Seguridad Social en Salud a otros actores, de los regímenes contributivo y subsidiado, dirigidas a los afiliados de manera obligatoria y que podrán ser de tipo individual, familiar y grupal.
- b) **Resolución 4445 de 1996**, habla de las condiciones de infraestructura física que deben cumplir las instituciones hospitalarias y similares.
- c) **La Resolución 4288 de 1996**, en su artículo 11, de otras acciones conducentes a orientar a la población hacia la prevención y la detección precoz, establece que el distrito o municipio debe desarrollar las actividades en toda la población independientemente del estado de vinculación o afiliación de las personas al Sistema General de Seguridad Social en Salud, para garantizar coberturas adecuadas en las acciones preventivas de que trata el presente artículo.
- d) **La Resolución 0412 de 2000**, establece las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento por desarrollar en forma secuencial y sistemática en la población afiliada, y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública, definiendo específicamente para el PAI.
- e) **La Resolución 03374 de 2000**, por la cual se reglamentan los datos básicos que deben reportar los prestadores de servicios de salud y las entidades aseguradoras de planes de beneficios sobre los servicios de salud prestado, obligando a todos los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud a enviar la información solicitada y normada por el Ministerio de la Protección Social, la





vencidos, utilizados y deteriorados. En el cumplimiento a la normatividad sobre el manejo de residuos sólidos hospitalarios, todo prestador debía presentar su plan de gestión integral del manejo y disposición final de los residuos sólidos y similares. Aun cuando el plazo venció el 25 de julio de 2003, aún se están recibiendo en las direcciones departamentales y locales de salud, y en las corporaciones que cumplen competencias del ambiente (corporaciones autónomas regionales).

- f) **La Resolución 002 del 4 de febrero de 2003**, establece la creación, organización y conformación de los grupos internos de trabajo del Ministerio de la Protección Social y determina las funciones, entre otras, de la Dirección General de Salud Pública.
- g) **La Resolución 002783 del 24 de agosto de 2005**, por la cual se adopta el certificado de vacunación del adulto.
- h) **La Resolución 5022 de 2006**, crea, organiza y conforma el grupo interno de trabajo Programa Ampliado de Inmunizaciones en la Dirección General de Salud Pública y se determinan sus funciones.
- i) **Resolución 425 de 2008**, define metodología para la realización de los POA, de los Planes de salud Territoriales y acciones que deben integrar las acciones del PIC.
- j) **Resolución 1736 de mayo de 2010**, por la cual se asignan recursos del FOSYGA para la compra de vacuna de neumococo y criterios para su ejecución.
- k) **Resolución 4505 de diciembre de 2012**, la cual establece la forma del reporte de las actividades de protección específica, detección temprana y la aplicación de las guías de atención integral de las enfermedades de interés en salud pública, considerado de obligatorio cumplimiento. Situación que atañe al reporte de actividades de vacunación en la población afiliada a cualquier Empresa Administradora de Planes de beneficios.
- l) **Resolución 2568 del 30 de agosto de 2012**, se genera la, por la cual se asignan recursos financieros a departamentos, distritos y ciudades capitales para apoyo, fortalecimiento y desarrollo de la jornada de vacunación contra el Virus del papiloma humano, en niñas de cuarto grado de primaria, de 9 años y más de edad.
- m) **La Resolución 1441 de 2013**, define los Procedimientos y condiciones que deben cumplir los prestadores de servicios de salud, para el sistema único de habilitación.
- n) **La Resolución 1841 de 2013**, del 28 de mayo de 2013, por la cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública para el periodo 2012-2021.
- a) **La Resolución 3384 de 2000**, considerando, entre otros, que es necesario precisar la responsabilidad de los aseguradores de servicios de salud en relación con actividades, intervenciones y prácticas no incluidas en el plan obligatorio de salud, establece la responsabilidad en el cumplimiento de las normas de atención.
- b) **Resolución 1896 de noviembre de 2001**, mediante la cual se establece la clasificación única de procedimientos en salud, que corresponde a un ordenamiento lógico y detallado de los procedimientos e intervenciones que se realizan en Colombia, identificados por un código y descritos por una nomenclatura validada por los expertos del país, independientemente de la profesión o disciplina del sector salud que los realice, así como del ámbito de realización de los mismos. Para el PAI, establece en la lista tabular los códigos para la recuperación mediante facturación.



- c) **La Resolución 1535 del 20 de noviembre de 2002**, del Ministerio de Salud, considera que se hace necesario emitir un registro adecuado que les permita a padres, madres, cuidadores y trabajadores estar al tanto de la evolución de la salud de los niños menores de 5 años, así como realizar el seguimiento al crecimiento y desarrollo de los mismos, resolvió adoptar el carné de salud infantil como documento único nacional.
- d) **La Resolución 1164 de 2002**, igualmente conjunta de los Ministerios de Salud y Medio Ambiente, establece en el anexo 2 el protocolo para el tratamiento de los residuos sólidos, líquidos, productos vencidos, utilizados y deteriorados. En el cumplimiento a la normatividad sobre el manejo de residuos sólidos hospitalarios, todo prestador debía presentar su plan de gestión integral del manejo y disposición final de los residuos sólidos y similares. Aun cuando el plazo venció el 25 de julio de 2003, aún se están recibiendo en las direcciones departamentales y locales de salud, y en las corporaciones que cumplen competencias del ambiente (corporaciones autónomas regionales).
- e) **La Resolución 002 del 4 de febrero de 2003**, establece la creación, organización y conformación de los grupos internos de trabajo del Ministerio de la Protección Social y determina las funciones, entre otras, de la Dirección General de Salud Pública.
- f) **La Resolución 002783 del 24 de agosto de 2005**, por la cual se adopta el certificado de vacunación del adulto.
- g) **La Resolución 5022 de 2006**, crea, organiza y conforma el grupo interno de trabajo Programa Ampliado de Inmunizaciones en la Dirección General de Salud Pública y se determinan sus funciones.
- h) **Resolución 425 de 2008**, define metodología para la realización de los POA, de los Planes de salud Territoriales y acciones que deben integrar las acciones del PIC.
- i) **Resolución 1736 de mayo de 2010**, por la cual se asignan recursos del FOSYGA para la compra de vacuna de neumococo y criterios para su ejecución.
- j) **Resolución 4505 de diciembre de 2012**, la cual establece la forma del reporte de las actividades de protección específica, detección temprana y la aplicación de las guías de atención integral de las enfermedades de interés en salud pública, considerado de obligatorio cumplimiento. Situación que atañe al reporte de actividades de vacunación en la población afiliada a cualquier Empresa Administradora de Planes de beneficios.
- k) **Resolución 2568 del 30 de agosto de 2012**, se genera la, por la cual se asignan recursos financieros a departamentos, distritos y ciudades capitales para apoyo, fortalecimiento y desarrollo de la jornada de vacunación contra el Virus del papiloma humano, en niñas de cuarto grado de primaria, de 9 años y más de edad.
- l) **La Resolución 1441 de 2013**, define los Procedimientos y condiciones que deben cumplir los prestadores de servicios de salud, para el sistema único de habilitación.
- m) **La Resolución 1841 de 2013**, del 28 de mayo de 2013, por la cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública para el periodo 2012-2021.

### 1.5 Acuerdos

- a) **Acuerdo 30 de 1997 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud**, Establece que los servicios sujetos al cobro de copagos, podrán aplicarse copagos a todos los servicios contenidos en el plan obligatorio de salud, con excepción de: los servicios de promoción y prevención, los programas de control en atención materno-infantil, los programas de control en atención de las enfermedades



transmisibles, las enfermedades catastróficas o de alto costo, la atención inicial de urgencias y los servicios enunciados en el artículo precedente.

- b) **El Acuerdo 117 de diciembre de 1998**, establece el obligatorio cumplimiento de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida, los cuales tienen por objeto la protección específica (vacunación con esquema vigente del PAI), la detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública, y las enfermedades objeto de erradicación, eliminación y control; por lo cual, las aseguradoras de servicios de salud deben desarrollar e implementar diferentes estrategias para establecer la demanda de estos programas entre su población beneficiaria, con el fin de garantizar coberturas de vacunación mayores del 95% que favorezcan el bienestar de la colectividad.
- c) **El Acuerdo 000335 de 2006**, asignó recursos de la subcuenta de promoción del Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), para el fortalecimiento de programas prioritarios de salud pública y, en el artículo 1, literal A, se apropiaron recursos para el “Fortalecimiento del Programa Ampliado de Inmunizaciones - Vacunación de la población de alto riesgo contra neumococo”. El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud estableció que esta vacunación contra *Streptococcus pneumoniae* estaría dirigida a la población menor de 2 años de alto riesgo, que incluye aquellos niños con infección por VIH, cardiopatías congénitas, asplenia, inmunodeficiencia primaria, diabetes mellitus, asma bronquial en tratamiento con corticoesteroides, inmunocompromiso por cáncer o por insuficiencia renal crónica o síndrome nefrótico o por quimioterapia inmunosupresora, afiliada a los regímenes contributivo y subsidiado, y pobre no asegurada.
- d) **Acuerdo 366 de 2007**, por el cual se asignan recursos de la Subcuenta de Promoción del Fondo de Solidaridad y Garantía –Fosyga–, para la adquisición de vacunas contra el neumococo y rotavirus como fortalecimiento al Programa Ampliado de Inmunizaciones, PAI.
- e) **Acuerdo 382 de 2008**, por el cual se asignan recursos de la Subcuenta de Promoción del Fondo de Solidaridad y Garantía –Fosyga–, para la adquisición de vacuna contra la influenza.
- f) **Acuerdo 385 de 2008**, por el cual se asignan recursos de la Subcuenta de Promoción del Fondo de Solidaridad y Garantía –Fosyga–, para la adquisición de vacuna contra el rotavirus como complemento al Programa Ampliado de Inmunizaciones, PAI.
- g) **Acuerdo 08 de 2009**, de la Comisión Reguladora en Salud, incluye las vacunas como parte del POS.
- h) **Acuerdo 03 de 2009**, Comisión Reguladora en Salud aclara que todas las vacunas que pertenezcan al esquema nacional de vacunación son POS.
- i) **Acuerdo 406 de 2009**, del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, por la cual se aprueban los recursos para la compra de neumococo.
- j) **Acuerdo 029 de 2011**, Comisión Reguladora en Salud especifica las vacunas dentro del listado de medicamentos del POS.

## 1.6 Circulares

- a) **Circular externa 0052 de diciembre de 2002**, del Ministerio de Salud, se emiten directrices para el cumplimiento de la correcta aplicación de los recursos de salud pública para la vigencia de 2003, estableciendo, entre las acciones de salud pública prioritarias para el país, la reducción de las enfermedades prevenibles por vacuna, las enfermedades prevalentes de la infancia y la mortalidad



infantil, y como meta, el lograr coberturas de la vacunación del 95% en los menores de 5 años con todos los inmunobiológicos del PAI y en todos los municipios del país.

- b) **Circular externa 0051 de octubre de 2003**, el Ministerio de la Protección Social emite la, en la cual se dictan directrices para la financiación de las acciones del PAI puntualizando que, para los regímenes subsidiado y contributivo, es responsabilidad de los aseguradores y, en el caso de la población vinculada (pobres sin capacidad económica), este servicio debe ser garantizado por las entidades territoriales.
- c) **En la circular externa 018 de 18 de febrero de 2004**, se establecen las metas nacionales propuestas en el programa de gobierno para el periodo 2002-2006 en el componente de salud pública, contemplando la reducción de enfermedades inmunoprevenibles, las prevalencias en la infancia y la mortalidad infantil.
- d) **En la circular conjunta No 1 de 2008**, con Súper Intendencia Nacional de Salud, imparte lineamientos sobre la ejecución de las acciones colectivas de salud Pública, incluidas en la resolución 425 de 2008.
- e) **Circular 3626 de 2008**, se asignan recursos para fortalecimiento de las acciones del programa
- f) **Circular 04 de 26 de enero de 2012**, por la cual se prioriza la contratación del personal para la vigilancia y respuesta en salud pública a nivel territorial.
- g) **Circular resolución 0474 de 28 de diciembre de 2011**, se promulga la desde el Ministerio de Salud y Protección Social para la transferencia de recursos financieros a las entidades departamentales y distritales con el objeto de realizar contención del brote de sarampión presentado en la ciudad de Barranquilla en el mes de agosto de ese año y evitar su extensión al resto del territorio nacional. Dichos recursos fueron ejecutados en el año 2012.
- h) **Circular conjunta 042 del 06 de julio de 2010**, entre Ministerio de Salud y Protección Social y Ministerio de educación, donde se da el lineamiento de vacunar contra Sarampión y la rubeola en todas las instituciones educativas.
- i) **Circular conjunta del 06 de febrero de 2012**, entre Ministerio de Salud y Protección Social y Ministerio de educación, se da el lineamiento de vacunar contra Sarampión y la rubeola en todas las instituciones educativas.
- j) **Circular externa conjunta No 0009 del 21 de febrero de 2012**, se genera la, firmada por el Ministerio de Salud y Protección Social y el Instituto Nacional de Salud para el fortalecimiento de la vigilancia, control y manejo de los casos de tosferina que se presentaban en el país. Esta situación vuelve y se ratifica mediante la Circular No 38 del 8 de agosto de 2012, del Ministerio de Salud y Protección Social.
- k) **Circular conjunta No 041 del 13 de agosto del 2012**, el Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio de Educación Nacional, conminan a los sectores respectivos a participar y desarrollar la jornada de vacunación nacional contra el Virus del Papiloma Humano – VPH, dirigida a niñas escolarizadas de cuarto grado de básica primaria, en instituciones educativas públicas y privadas y



que en el momento de la vacunación tengan nueve años de edad y más, con el objeto de promover la estrategia integral de prevención del cáncer cérvico uterino.

- l) **Circular conjunta No 019 del 27 de mayo de 2013**, se emite la segunda, del Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio de Educación Nacional, como respaldo a la gran jornada de vacunación nacional contra el Virus del Papiloma Humano – VPH.
- m) **Circular 000023 del 16 de julio de 2013**, por la cual se socializa con alcaldes, gobernadores, entidades territoriales, EAPB los aspectos técnicos a reforzar en el esquema permanente de vacunación.
- n) **Circular externa No. 000039 del 30 de octubre de 2013**, por la cual se socializa con alcaldes, gobernadores, entidades territoriales, EAPB la Meta programática del Programa Ampliado de Inmunizaciones PAI-2013.

### 1.7 Lineamientos Técnicos del Programa Ampliado de Inmunizaciones

El programa genera lineamientos generales al principio de año de la vigencia, con el objeto de dar directrices nacionales a las entidades territoriales, a las EAPB y a las IPS vacunadoras, actividad que viene realizándose desde el año 2006. Igualmente se generaron, entregaron y socializaron los lineamientos de: jornada nacional de vacunación de las Américas, jornada de intensificación de acciones del mes de septiembre, se da directriz nacional de intensificación permanente de las acciones de vacunación durante los meses de octubre, noviembre, hasta el 15 de diciembre de 2012, con el objeto de mejorar los resultados existentes.

Durante el año 2012 se tienen los siguientes avances en la producción y socialización de documentos técnicos:

- Julio: generación, entrega y socialización de los lineamientos de introducción de la vacuna de VPH a todo el territorio nacional.
- Agosto: actualización del documento técnico de Plan de crisis para manejo de ESAVI
- Noviembre: generación del documento técnico del Plan de prevención y control de la fiebre amarilla en Colombia.
- o) Diciembre: generación y socialización de los lineamientos de la introducción de la vacuna contra la hepatitis A, que debe iniciarse a partir del primero de enero de 2013

p)







## 2 Bases Conceptuales

---

A continuación se describen las bases conceptuales usadas y necesarias para la operación de la Sala Situacional del PAI, con el fin de añadir valor a los datos y enfatizar sobre la necesidad de estandarizar conceptos que garanticen la sintonía en el manejo y uso de información requerida para medir adecuadamente desigualdades por parte de actores responsables.

Etimológicamente, programa significa “anunciar por escrito”; por consiguiente, un programa es una serie de actividades explícitamente encaminadas a alcanzar unos objetivos, ésta es su esencia: la conexión entre las acciones y lo que se quiere conseguir.

En el glosario de la colección *Salud para todos* de la OMS, se define un programa de salud como “un conjunto organizado de actividades encaminadas hacia el logro de unos objetivos y metas definidas”. Cada programa de salud debe tener sus objetivos y metas específicas, en lo posible cuantificables, deben ser coherentes con los de la estrategia nacional de salud. En el programa deben establecerse claramente las necesidades en materia de personal de salud, locales, tecnología, equipo y suministros, métodos, vigilancia y evaluación, el calendario de actividades y la manera de asegurar la correlación entre sus diversos elementos y con los programas afines.

La salud pública según la OPS 2002 “Es el esfuerzo organizado de la sociedad principalmente a través de sus instituciones de carácter público, para mejorar, promover, proteger y restaurar la salud de las poblaciones, por medio de actuaciones de alcance colectivo”, dentro de este marco las vacunas son uno de los instrumentos sanitarios preventivos de mayor importancia en cualquier política de salud pública, en tanto que se constituyen en una de las intervenciones preventivas primarias más costo-efectivas, sin desconocer que tal vez la más importante sea la de mejorar las condiciones sociales y económicas de la población. La erradicación de la viruela y del virus que la causaba, es el éxito más rotundo en ello.

Teniendo en cuenta lo anterior, el PAI cumple con todos los requisitos como programa esencial de salud pública y Colombia lo ha definido así en el marco del Plan Decenal de salud Pública 2012 - 2021.



## 2.1. Definiciones

- a) **Programa ampliado de inmunizaciones:** El Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) es el resultado de una acción conjunta de las naciones del mundo y de organismos internacionales para lograr coberturas universales de vacunación, con el fin de disminuir las tasas de mortalidad y morbilidad causadas por las enfermedades inmunoprevenibles y con un fuerte compromiso de erradicar, eliminar y controlar las mismas. (Salud, 2006)

Las enfermedades objeto del programa son: tuberculosis, poliomielitis, hepatitis B, difteria, tos ferina, tétanos, infecciones por *Haemophilus influenzae* tipo b, diarrea causada por rotavirus, infecciones causadas por streptococo neumoniae, sarampión, parotiditis, rubéola y rubéola congénita, fiebre amarilla, influenza, hepatitis A y cáncer de cuello uterino, asociado al virus de papiloma humano VPH.

- b) **La tasa de abandono o de deserción,** este es un indicador de seguimiento: la tasa de deserción expresa el porcentaje de niños que recibieron la primera dosis de una vacuna y que no completaron el esquema mínimo de vacunación con tres dosis, para estén protegidos.

\*BCG-DPT1/BCG\*100

\*DPT1-DPT3/DPT1\*100

Par la interpretación:

Buen sistema de seguimiento (factible la posibilidad de alcanzar una cobertura alta de vacunación): cuando la cifra e encuentra por debajo del < 5%: 4.9% a 0%

Dificultad en los servicios de vacunación (mala calidad en la oferta) por encima del > 5%: 5.1% o más.

- c) **La tasa de acceso,** este es un indicador de seguimiento: expresa la proporción de que han sido captados por el servicio de vacunación dentro y fuera del establecimiento en relación con la población total de este grupo.

\*DPT1 menores de 1 año \*100/ población total <1 año

Se utiliza para saber cuántos niños acceden efectivamente a los servicios de vacunación, y que deben completar los esquemas de vacunación y verificar los denominadores de población: cuando este indicador es superior del 100% existe la posibilidad que la población esta subestimada, o que el registro de grupo de edad no sea el adecuado, o que estén vacunando niños por fuera de los grupo de la edad del PAI o que se esté vacunando población adscrita a otro servicio de salud o a otro municipio.

Para la interpretación:

- d) **Acceso adecuado,** 100 factible la posibilidad de tener coberturas con terceras dosis superiores a 90%.
- e) **No adecuado < 100,** disminuye la posibilidad de llegar a coberturas superiores de 90%, lo cual refiere dificultades para llegar a la población.





Ejemplo: población dispersa etc.

> **100%** revisar población asignada para definir la población real.

**f) Cobertura de vacunación**, Se denomina cobertura de vacunación al porcentaje de la población que ha sido vacunada en un determinado tiempo (mes, trimestre, semestre, año). La cobertura debe ser calculada por:

- Cada vacuna
- Número de dosis (ejemplo: tercera dosis de DPT, segundas dosis de rotavirus)
- Grupo de edad (ejemplo: niños/as menores de 1 año, gestantes)
- Áreas geográficas (ejemplo: municipio, departamento o país)

**g) Fórmulas**, Para DPT en población menor de un año corresponde a: Número de niños/as menores de un año con primeras, segundas y terceras dosis de los biológicos de: DPT por 100, sobre el número de población total menor de un año (meta programática).

En población de un año para triple viral corresponde a: Número niños/as de 12 a 23 meses con una dosis de vacuna de triple viral (SRP) por 100, sobre el número de población de 12 a 23 meses (meta programática).

## 2.2 Antecedentes en Colombia

Con el descubrimiento de la vacuna contra la viruela hace más de 200 años, se inició un vertiginoso proceso de obtención de vacunas que han hecho posible hoy tener la garantía que genera el PAI para el control, la eliminación y la erradicación de las enfermedades prevenibles por vacuna en el mundo, cuando se logran coberturas de vacunación mayores del 95%.

Como en la mayoría de los países de Latinoamérica, las acciones de vacunación en Colombia tienen sus inicios en la década de los años 60, mediante la oferta pasiva de los productos inmunobiológicos, la demanda espontánea de la población o el Servicio de Erradicación de la Malaria –SEM-; además de acciones de intensificación masiva con el objeto de cumplir con la erradicación de la viruela.

Con la implementación del Sistema Nacional de Salud en 1973, el programa fortaleció su estructura vertical, política y administrativa, garantizó los insumos para toda la población desde el nivel central, y se certificó en la erradicación de la viruela.

Desde 1974 el PAI en Colombia, como parte de las estrategias de salud pública definidas por la OPS/OMS, para luchar contra las Enfermedades Prevenibles por Vacunas –EPV-, establecieron como fin garantizar un esquema de vacunación permanente a todos los niños y niñas menores de cinco años en el mundo.

A partir de la década de los 90 se lograron avances importantes, entre ellos:

- 1991: elaboración y publicación del *Manual de normas técnico-administrativas del PAI (Pitin)*.



- 1993: establecimiento del plan de control de la hepatitis B e inclusión de la vacuna en el esquema permanente. Realización de la primera jornada masiva de vacunación con la triple viral SRP (sarampión, rubéola y paperas) en niños y niñas de uno a tres años.
- 1994: certificación de la erradicación del virus salvaje de la poliomielitis de las Américas por la OPS/OMS1995: introducción de la vacuna triple viral –SRP- en el esquema permanente para los niños/as de un año de edad.
- 1996: el Ministerio de Salud, la OPS, la UNICEF y otras agencias internacionales, establecieron el esquema único de vacunación para Colombia.
- 1998: introducción de la vacuna contra *Haemophilus influenzae* tipo b al programa permanente e inicio de la primera fase de eliminación de la meningitis y otras infecciones invasoras.
- 2000: realización del primer Comité Nacional de Prácticas de Inmunizaciones -CNPI-.
- 2001: primera reunión del Comité de Cooperación Interagencial -CCI-.
- 2002: inclusión de la presentación pentavalente (difteria, tos ferina, tétanos, hepatitis B y *Haemophilus influenzae* tipo b), en el esquema de vacunación para los menores de un año.
- 2002: se realizó cambio en el esquema de la dosis de refuerzo de SRP de 10 años a los cinco años de edad, como una de las estrategias para la eliminación del virus del sarampión.
- 2003: vacunación universal contra la fiebre amarilla para los niños/as de un año de edad.
- 2005: el Ministerio de la Protección Social retomó el PAI y delegó, mediante un convenio, las acciones de vigilancia y laboratorio de enfermedades inmunoprevenibles en el Instituto Nacional de Salud –INS. Realización de la Jornada Nacional de Vacunación contra el sarampión, la rubéola y el Síndrome de Rubéola Congénita -SRC en hombres y mujeres de 14 a 39 años.
- 2006: vacunación contra la influenza para población prioritaria de seis a 18 meses y mayores de 65 años, con patologías de base. Con recursos de la subcuenta de promoción del Fondo de Solidaridad y Garantía –FOSYGA-, el programa contempló la vacunación contra *Streptococcus pneumoniae* en la población de alto riesgo menor de 2 años de edad. Se realizó en el país la jornada de vacunación con polio oral para los menores de cinco años de edad.
- 2007: introducción de la vacuna contra la influenza estacional en el esquema permanente para niños de 6 a 23 meses.
- 2009: universalización de la vacuna contra rotavirus
- 2010: universalización de la vacuna contra el neumococo para todos los/as nacidos vivos a partir del 01 de noviembre de ese año. Realización de la jornada de vacunación contra el sarampión, la rubéola y el SRC en niños/as de uno a ocho años de edad.
- 2011: jornada de vacunación como respuesta a atención del brote de sarampión en el país, para población entre 11 y 20 años de edad.

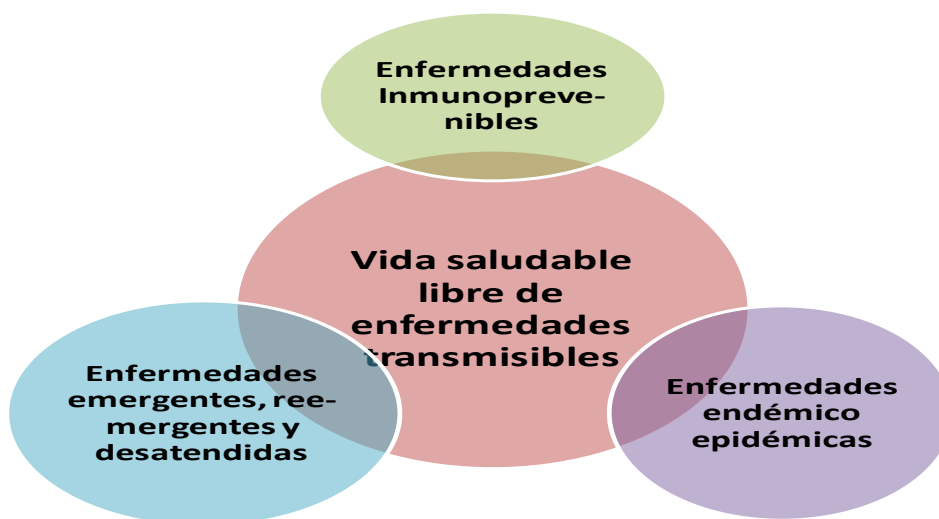


- 2012: inicio de la vacunación contra el virus del papiloma humano –VPH- en población escolarizada de niñas, a partir de los 9 años de edad, en cuarto grado de básica primaria.
- 2013: segunda fase de vacunación contra el VPH dirigido a niñas desde cuarto grado de básica primaria hasta grado undécimo, a partir de los nueve años de edad, además de las no escolarizadas entre 9 y 17 años de edad. Adicionalmente se incluye la vacuna de pertussis acelular para la población gestante, a partir de la semana 21 de gestación, para las cohortes 2013 – 2014.

### 2.3 Estructura Organizacional del Programa Ampliado de Inmunizaciones PAI

El PAI en Colombia se estructura en el marco de la Constitución Nacional y las leyes que rigen el contexto del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS- y se pone en operación en la medida en que su plan estratégico se inserta en el plan de gobierno y el programa nacional de salud en cada período legislativo. El PAI se encuentra ubicado en la Subdirección de Enfermedades Transmisibles del Ministerio de Salud y Protección Social –MSPS-, que está estructurada como aparece en la gráfica siguiente y donde se ubica el componente de enfermedades inmunoprevenibles.

**Figura 1. Estructura Subdirección Enfermedades Transmisibles MSPS, Colombia. 2012**



Fuente: Subdirección Enfermedades Transmisibles – MSPS 2012

Los objetivos de la Subdirección de Enfermedades Transmisibles son tres:

1. Garantizar y materializar el derecho de la población colombiana a vivir libre de enfermedades transmisibles en todas las etapas del ciclo de vida y en los territorios cotidianos, con enfoque diferencial y de equidad, mediante la transformación positiva de situaciones y condiciones endémicas, epidémicas, emergentes, reemergentes y desatendidas para favorecer el desarrollo humano, social y sostenible.



2. Reducir de manera progresiva y sostenida la exposición a condiciones y factores de riesgo, y propender por la accesibilidad, integralidad, continuidad, vínculo y sostenibilidad de la atención de las contingencias y daños producidos por las enfermedades transmisibles.
3. Crear condiciones y capacidades en el sector y otros sectores, organizaciones, instituciones, servicios de salud y la comunidad para la gestión de planes, programas y proyectos que reduzcan las exposiciones y vulnerabilidades diferenciales de la población a las enfermedades transmisibles.

## 2.4 Plataforma estratégica del Programa Ampliado de Inmunizaciones

### 2.4.1 Visión

El PAI de Colombia será reconocido internacionalmente en el año 2015 como programa de salud pública esencial para la erradicación, eliminación y control de las EPV.

### 2.4.2 Misión

El PAI garantiza con un abordaje integral y participativo, la eliminación, erradicación y control de las EPV a través de estrategias de promoción, prevención y vigilancia en salud pública, contribuyendo al mejoramiento de la calidad de vida de la población.

### 2.4.3 Principios y valores

El servicio público esencial del PAI se prestará con sujeción a los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, unidad y participación social, contemplados en el SGSSS y como valor agregado los principios de gratuidad, obligatoriedad y mejoramiento continuo.

- **Eficiencia:** es la mejor utilización social y económica de los recursos administrativos, técnicos y financieros disponibles en el PAI, para que los beneficios a que da derecho la seguridad social sean prestados en forma adecuada, oportuna y suficiente a todos los grupos de la población objeto.
- **Universalidad:** garantizar en la población meta las acciones del PAI, independiente de sexo, procedencia, vinculación al SGSSS, filiación política, posición social, origen étnico, práctica religiosa y capacidad económica.
- **Solidaridad:** es la práctica intersectorial e intrasectorial de mutua ayuda y responsabilidad entre los entes nacionales, departamentales y locales, EAPB e IPS, permitiendo a cualquier persona acceder al beneficio del PAI.
- **Unidad:** es la articulación de políticas, instituciones, regímenes, procedimientos y prestaciones para alcanzar las acciones del PAI en todo el territorio nacional.
- **Participación:** lograr empoderar a la población utilizando los diferentes espacios y mecanismos de participación social y comunitaria para garantizar la promoción y el desarrollo del PAI; en la organización, control, gestión y fiscalización.



- **Gratuidad:** las acciones del PAI son de provisión gratuita a todos los usuarios/as en todo el territorio nacional. No debe mediar sujeción a cuotas de copagos ni cuotas moderadoras.
- **Obligatoriedad:** las acciones del PAI como derecho esencial son de obligatorio cumplimiento, para lo cual todos los actores deben garantizar el desarrollo eficiente de estas acciones a su población beneficiaria, así como la calidad del sistema de información.
- **Mejoramiento continuo:** facilitado por el apoyo técnico y logístico que desde organismos internacionales y nacionales se brinda a la coordinación nacional del programa, el cual trasciende a las diferentes entidades territoriales, generando mayor apropiación de cada uno de los actores del SGSSS.

## 2.5 Objetivos del PAI

### 2.5.1 General

Eradicar, eliminar y controlar las enfermedades prevenibles por vacunas, contempladas en el esquema del PAI para Colombia, con el fin de interrumpir las cadenas de transmisión, disminuyendo las tasas de mortalidad y morbilidad, prioritariamente en la población meta del programa.

### 2.5.2 Específicos

- Garantizar la disponibilidad de las vacunas del esquema nacional de vacunación.
- Consolidar la erradicación del virus salvaje de la poliomielitis.
- Lograr la eliminación del virus del sarampión, la fiebre amarilla, el tétanos neonatal, la rubéola y el SRC en todos los municipios del país.
- Controlar la hepatitis B, la tos ferina, la difteria, las enfermedades invasoras causadas por *Haemophilus influenzae* tipo b, las formas graves de tuberculosis (meníngea y miliar), la parotiditis, las enfermedades causadas por neumococo, la diarrea causada por el rotavirus, la hepatitis A y las enfermedades causadas por el virus de la influenza.
- Alcanzar y mantener cobertura igual o mayor al 95% para todas las vacunas del PAI y en todos los municipios del país mediante diferentes estrategias.
- Garantizar la vacunación gratuita a los usuarios/as, en toda la red de prestadores, en horarios adecuados y oportunos para la población meta del PAI.
- Garantizar la calidad de las acciones del PAI mediante capacitación, actualización y entrenamiento del talento humano, asistencia técnica, supervisión, vigilancia y control.
- Implementar y mantener actualizado y con calidad el sistema de información nominal del PAI.
- Promover la investigación científica aplicada relacionada con el PAI.
- Fortalecer las estrategias de comunicación y divulgación de las acciones del PAI.
- Realizar estudios de costo-efectividad y factibilidad programática con el fin de incorporar nuevas vacunas en el esquema nacional de vacunación.



- Garantizar la distribución de vacunas de calidad y el cumplimiento de la normatividad en vacunación segura.

## 2.6 Metas del PAI

- Consolidar la erradicación del poliovirus salvaje cumpliendo con el 100% de los indicadores de vigilancia y laboratorio, según el nivel establecido internacionalmente.
- Eliminar el sarampión, la rubéola y el SRC cumpliendo con el 100% de los indicadores de vigilancia y laboratorio, según el nivel establecido internacionalmente.
- Reducir a menos de un caso por 1000 nacidos vivos el tétanos neonatal en cada municipio.
- Alcanzar y mantener por encima del 95% las coberturas para todas las vacunas del PAI, en todos los municipios del país.
- Reducir la mortalidad y los casos de tuberculosis meníngea y miliar en los menores de cinco años.
- Disminuir la morbilidad y la mortalidad por neumonía y meningitis por *Haemophilus influenzae* tipo b en el grupo de cero a cinco años.
- Implementar en el 100% de las IPS el sistema de información nominal del PAI.
- Garantizar la infraestructura de red de frío con suficiente cobertura y cumpliendo estándares de calidad en el 100% de los departamentos, distritos y municipios del país.
- Lograr que el 100% de la población meta del PAI esté exenta de cobros directos e indirectos por la aplicación de vacunas del esquema del PAI. Garantizar que las instituciones con atención de partos cumplan con la Resolución 412 del 2000, en cuanto a la vacunación del recién nacido.

Nota\*\* : en el PDSP quedó meta con línea de base para tuberculosis (general) y para neumonías en <5 años, no hay línea de base para meningitis.

General TBC: disminuir de 2,13 casos x 100.000 habitantes, a 1,59 al 2022

Neumonía: disminuir la mortalidad en <5 años de 13,5 caos x 100.000 <5 años a 8,9 en el 2022.





## 3 Sala Situacional del Programa Ampliado de Inmunizaciones

---

### 3.1 Modelo de la Sala Situacional

La Sala Situacional del Programa Ampliado de Inmunizaciones se encuentra enmarcada en el set de Registros, Observatorios y Sistemas de Seguimiento - ROSS del Ministerio de Salud y Protección Social el cual está concebido como el grupo de sistemas inteligentes con capacidad de analizar la trayectoria de salud tanto a nivel individual como poblacional, e identificar los determinantes que pueden contribuir con cambios en la misma, contribuyendo a la generación de información relevante, así como la identificación de nuevas necesidades de investigación y la gestión del conocimiento que se convierten progresivamente en el corazón central de las políticas en salud pública del país.

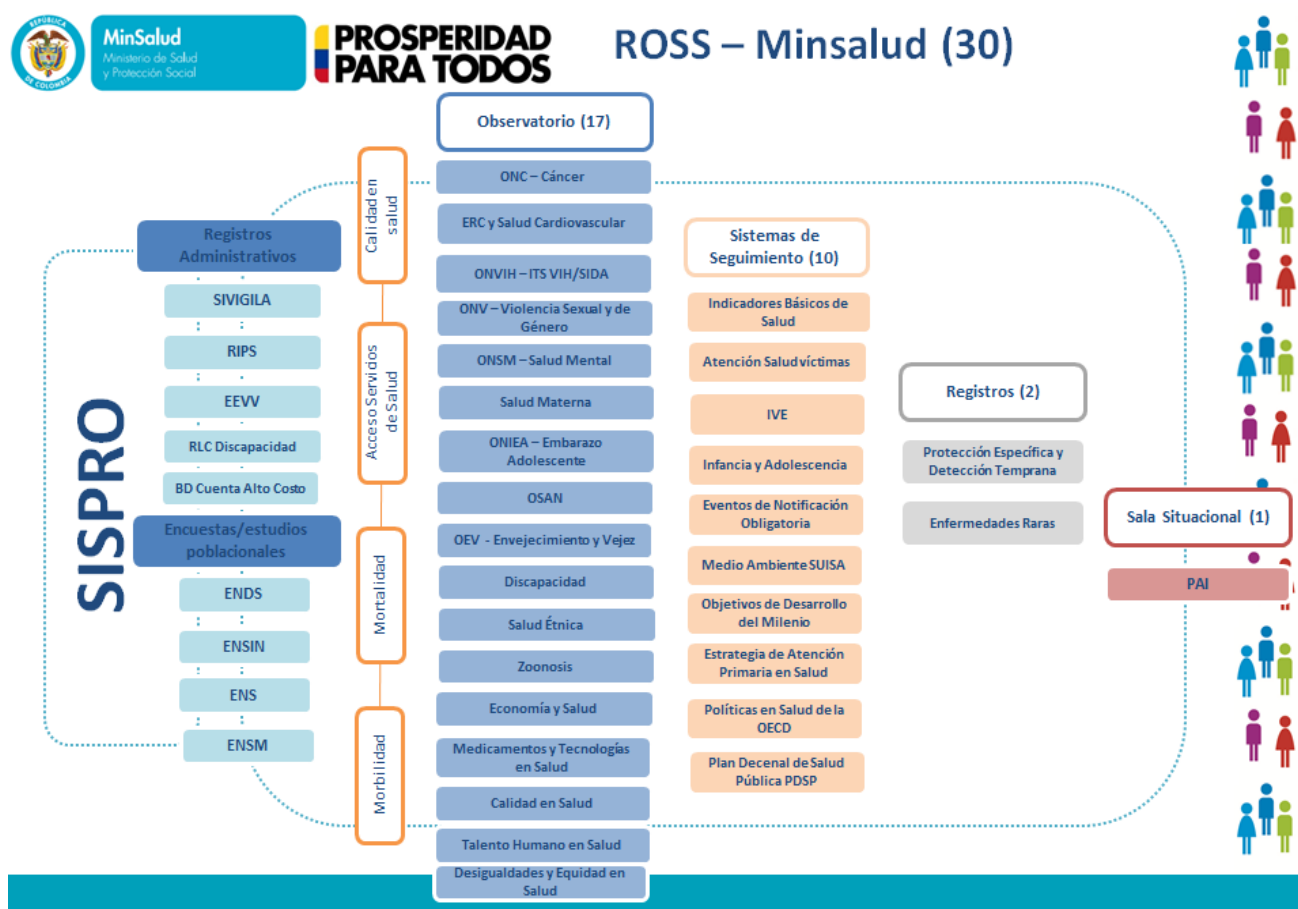
El principio estratégico de los ROSS del Ministerio de Salud y Protección Social es simple: usar datos que por norma legal deben ser notificados y captados desde el nivel local, territorial y nacional, sin pretender crear un sistema paralelo, sino más bien realizando las acciones necesarias para fortalecer las fuentes de información existentes. Sino en lugar de eso, apoyar el proceso nacional de integración de fuentes de información al SISPRO, para captar la mayor cantidad posible de datos nominales (de personas), para verificarla, organizarla y hacerla disponible, facilitando así la estabilización y estandarización de salidas de información e indicadores para medición y monitoreo de eventos, el seguimiento de la evolución de la salud, y analizar de manera conjunta, desigualdades socio-económicas asociadas a diversas situaciones de salud.

La Dirección de Epidemiología y Demografía- DED, del Ministerio de Salud y Protección Social, dando cumplimiento a las competencias y obligaciones de seguimiento, evaluación y gestión del conocimiento establecidas para el sector salud, apoya el funcionamiento de un set de Registros, Observatorios, Sistemas de Seguimiento y Salas Situacionales, para los cuales se genera información a partir del SISPRO, se gestiona el conocimiento y difunden resultados con tal finalidad. Estos se agrupan de acuerdo su naturaleza de observación y seguimiento en cuatro (4) categorías.



Es importante que previa operación y funcionamiento de los ROSS, se supere la falta de conocimiento frente lo que una Sala Situacional es y puede hacer, y asumir que no son posibles sin una operación conjunta entre fuentes de información, redes de conocimiento<sup>1</sup> y actores que integren y exploten los datos disponibles, y gestionen el conocimiento a partir de la medición y monitoreo de las desigualdades en salud como último fin. Por esta razón para ampliar información sobre los ROSS y su metodología, se sugiere consultar la Guía Metodológica de los Registros, Observatorios, Sistemas de Seguimiento y Salas Situacionales en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia

Figura 2. Registros, Observatorios, Sistemas de Seguimiento y Salas Situacionales en Salud de Colombia



Fuente: Grupo de Gestión del Conocimiento y Fuentes de Información, Dirección de Epidemiología y Demografía, MSPS 2013

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





### 3.2 Definición de la Sala Situacional del PAI

La sala situacional es un espacio de planificación y articulación estratégica del programa ampliado de inmunización en donde se unifica la información de vigilancia epidemiológica e inmunización del país, lo cual permite conocer el comportamiento de los principales indicadores del PAI, discutir, concertar y decidir sobre la situación y las estrategias a seguir, concibiendo el país como un engranaje de muchos actores, los cuales realizan las acciones de Promoción y Prevención en inmunización en el territorio nacional como son las Entidades Territoriales, Empresas Administradoras de Planes de Beneficios, regímenes especiales, municipios, IPS(S) y el ciudadano colombiano, todo lo anterior con el fin de lograr un impacto positivo a toda la sociedad colombiana y alcanzar la reducción de brechas sociales en el país.

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

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

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

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

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

#### Componentes

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

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



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

### Usos y funciones

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

### 3.3. Rol y funciones de la Sala Situacional

Rol y funciones de los ROSS: Gestionar el conocimiento en salud en Colombia

Rol: Gestión y fomento del conocimiento para contribuir en el seguimiento, análisis e intervenciones dirigidas al mejoramiento del PAI, constituyéndose el insumo para la intervención por riesgo, generando impacto en el mejoramiento de los indicadores en salud de la población Colombiana.

Funciones de la Sala Situacional:

1. Proporcionar datos, indicadores y análisis internacionalmente comparables entre países sobre el PAI
2. Monitorear el comportamiento de la oferta sanitaria y de los servicios de salud, y evaluar el progreso del sistema de salud colombiano con respecto al PAI.
3. Monitorear cambios, comportamientos y tendencias de la salud para destacar áreas de acción (*mirar con prospectiva para emitir alertas tempranas sobre factores de riesgos y problemas asociados*).
4. Identificar brechas en la información, fomentar el incremento de la evidencia para el país y promover el intercambio de evidencia de políticas y mejores prácticas en áreas relacionadas entre países.
5. Informar el desarrollo y aplicación de políticas e intervenciones en salud (*Apoyar e inducir la toma de decisiones, emitir recomendaciones y orientaciones a políticas e intervenciones en salud*).



6. Difundir y comunicar la evidencia generada de forma eficiente.

### 3.4 Características del Modelo

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

### 3.5 Estructura y Funcionamiento

La figura 3 presenta el modelo operativo de los ROSS – MSPS según los componentes estratégicos que deben estructurarlo y que son sustanciales para su funcionamiento. Allí se consolidan algunos conceptos que han sido desarrollados previamente en este documento. Los componentes que se engranan para permitir la conducción de ROSS en salud pública son los siguientes:

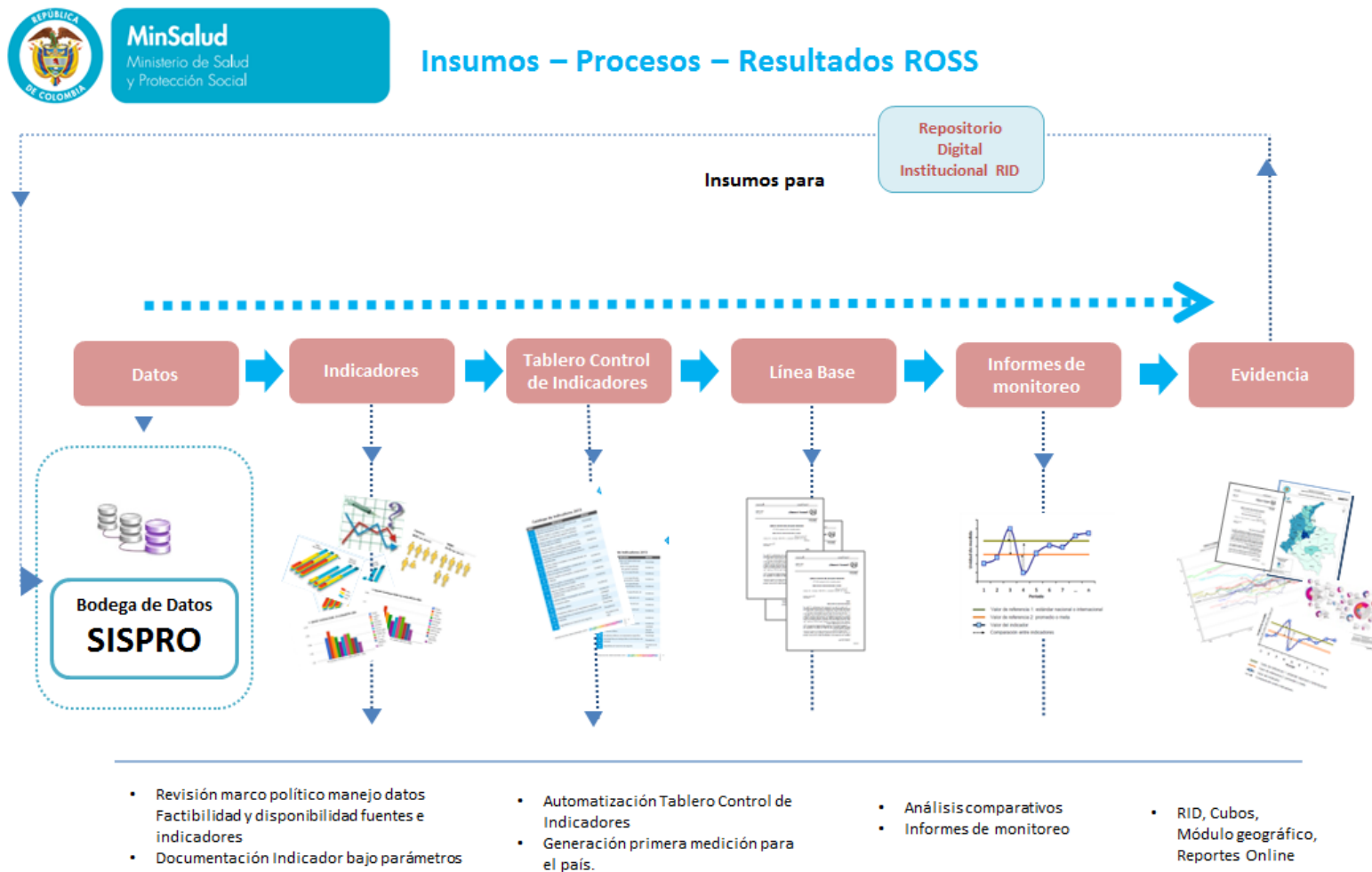
1. Gestión de las Fuentes de información: (Control de la calidad del dato, Administración y bodegaje de la información)
2. Definición de salidas e indicadores en salud
3. Gestión del conocimiento
4. Seguimiento y evaluación

### 3.6 Insumos, procesos y resultados

La figura 3 ilustra cómo es la transformación de los insumos que requiere la Sala Situacional del PAI a través de procesos específicos (*Integración fuentes, revisión y priorización, generación y comparación, difusión y comunicación*) que terminan en resultados de interés (*incrementar la evidencia, proporcionar datos e indicadores internacionalmente comparable, emitir recomendaciones de política y guiar el rendimiento del sistema de salud*).



Figura 3. Insumos, procesos y resultados de los ROSS



Fuente: Grupo de Gestión del Conocimiento y Fuentes de Información, Dirección de Epidemiología y Demografía MSPS, Colombia, 2013

Figura 4. Flujo de información del Observatorio de Evaluación de Tecnologías en Salud



Fuente: Grupo de Gestión del Conocimiento, Dirección de Epidemiología y Demografía, MSPS, 2013

### 3.7 Responsables

- **Manejo de datos e integración fuentes SISPRO:** Oficina de Tecnologías de la Información – OTIC del Ministerio de Salud y Protección Social MSPS de Colombia.
- **Estabilización salidas de información:** Grupo de Gestión del Conocimiento y Fuentes de Información de la Dirección de Epidemiología y Demografía del Ministerio de Salud y Protección Social MSPS.
- **Generación Línea Base y análisis de información preliminar:** Grupo de Gestión del Conocimiento y Fuentes de Información de la Dirección de Epidemiología y Demografía y Dirección de Promoción y Prevención.
- **Incremento de evidencia y recomendaciones de políticas:** Grupo de Gestión del Conocimiento y Fuentes de Información de la Dirección de Epidemiología y Demografía y Dirección de Promoción y Prevención.

### 3.8. Indicadores

El Sistema Estándar de Indicadores se refiere a la batería de indicadores que la Sala Situacional del PAI debe definir o ha priorizado para hacer seguimiento, monitoreo y evaluación al PAI en el país, así como al progreso de políticas e intervenciones que se adelanta en este.

Las baterías de indicadores definidas y priorizadas por cada ROSS reposan en el Catálogo de Indicadores en Salud, una herramienta virtual y matricial que almacena la información y atributos de mayor relevancia de cada indicador, y que suministra las características operativas, estadísticas, de medición, de obligatoriedad, periodicidad y disponibilidad para cada uno de ellos. De esta forma puede obtenerse información de los indicadores del Observatorio de manera automatizada y sobre su disponibilidad en el momento de generarse.

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

En la Tabla 1 se puede observar la propuesta de los indicadores priorizados y definidos por la Dirección de Promoción y Prevención para la Sala Situacional del PAI.

Tabla 1. Listado de Indicadores propuestos para la Sala Situacional del PAI

<b>NOMBRE DEL INDICADOR</b>	
1.	Tasa de notificación de casos de PFA en menores de 15 años.
2.	Porcentaje de casos con muestra de heces oportuna recolectada en los primeros 14 días de iniciada la parálisis para PFA
3.	Porcentaje de casos probables de PFA investigados oportunamente
4.	Porcentaje de muestras de heces procesadas para PFA en el laboratorio en los primeros 14 días luego de su recepción.
5	Incidencia de meningitis por Haemophilus influenzae (Hi) en población general
6	Incidencia de meningitis por Streptococo pneumoniae (Spn)
7	Incidencia de meningitis Neisseria meningitidis (Nm) en población general.
8	Proporción de meningitis por Haemophilus influenzae (Hi), con relación a las meningitis bacterianas en total
9	Proporción de meningitis por Streptococcus pneumoniae (Spn) con relación a las meningitis bacterianas en total.
10	% de casos configurados de meningitis
11	Proporción de meningitis por Neisseria meningitidis (Nm) con relación a las meningitis bacterianas en total.
12	Porcentaje de casos con muestra de sangre o LCR adecuada de meningitis enviada al INS
13	Porcentaje de casos de Tos ferina con investigación oportuna (en 72 horas después de notificado el caso).
14	Porcentaje de casos de tos ferina con ficha epidemiológica e investigación de campo
15	Porcentaje de casos probables de tos ferina que fueron confirmados y descartados por laboratorio
16	Letalidad de toserina
17	Proporción de incidencia de tos ferina en menores de 5 años
18	Incidencia de tétanos accidental
19	Porcentaje de casos de tétanos accidental investigados oportunamente
20	Proporción de casos de tétanos accidental con Ficha de investigación completa
21	Incidencia de tétanos neonatal
22	Porcentaje de ESAVI notificados oportunamente.
23	Proporción de errores programáticos de ESAVI
24	Tasa de Incidencia de parotiditis – General
25	Tasa de letalidad por parotiditis
26	Tasa de incidencia de parotiditis en menores de 5 años
27	Incidencia de Varicela
28	Letalidad por varicela
29	Incidencia de difteria
30	Tasa de notificación de Síndrome de Rubeola Congénita
31	Incidencia de Síndrome de Rubeola Congénita
32	Tasa de notificación vigilancia integrada sarampión-rubéola
33	Incidencia sarampión
34	Incidencia rubéola
35	Cobertura de Antituberculosa Recién Nacido
36	Cobertura de Difteria-Tos Ferina-Tétano > 1 año 1er. Refuerzo
37	Cobertura de Difteria-Tos Ferina-Tétano 5 años 2do. Refuerzo
38	Cobertura de Difteria-Tos Ferina-Tétanos < 1 año 1a. Dosis
39	Cobertura de Difteria-Tos Ferina-Tétanos < 1 año 2a. Dosis
40	Cobertura de Difteria-Tos Ferina-Tétanos < 1 año 3a. Dosis
41	Cobertura de Fiebre Amarilla 1 año Única dosis
42	Cobertura de Haemophilus Influenzae Tipo B < 1 año 3a. Dosis
43	Cobertura de Hepatitis B < 1 año 3a. Dosis
44	Cobertura de Hepatitis B Recién Nacido
45	Cobertura de Hepatitis A 1 año Única dosis
46	Cobertura de Influenza Estacional < 1 año 2a. Dosis



<b>NOMBRE DEL INDICADOR</b>	
<b>47</b>	Cobertura de Neumococo < 1 año 2a. Dosis
<b>48</b>	Cobertura de Neumococo < 1 año-1a. Dosis
<b>49</b>	Cobertura de Neumococo > 1 año 1a. Dosis
<b>50</b>	Cobertura de Neumococo > 1 año 2da. Dosis
<b>51</b>	Cobertura de Neumococo > 2 años Única dosis
<b>52</b>	Cobertura de Neumococo 1 Año-3a Dosis
<b>53</b>	Cobertura de Polio < 1 año 2a. Dosis
<b>54</b>	Cobertura de Polio < 1 año 1a. Dosis
<b>55</b>	Cobertura de Polio < 1 año-3a. Dosis
<b>56</b>	Cobertura de Polio > 1 año 1er. Refuerzo
<b>57</b>	Cobertura de Polio 5 años 2do. Refuerzo
<b>58</b>	Cobertura de Rotavirus < 1 año-1a. Dosis
<b>59</b>	Cobertura de Rotavirus < 1 año-2a. Dosis
<b>60</b>	Cobertura de Sarampion-Rubeola-Paperas (TV) 1 año Unica Dosis
<b>61</b>	Cobertura de Sarampión-Rubeola-Paperas (TV) 5 años refuerzo

Fuente: Dirección de Epidemiología y Demografía, Ministerio de Salud y Protección Social, 2013









## 4 Fuentes disponibles

---

Los datos de salud constituyen un recurso importante en la mayoría de países que podrían utilizarse para mejorar la salud de la población, la calidad de la atención de la salud y el rendimiento de los sistemas de salud. De igual forma, la consideración principal del Ministerio de Salud y Protección Social es optimizar el uso y aprovechamiento de las fuentes de información que son obligatorios por norma legal y, si presentan deficiencias que afecten su cobertura, oportunidad, calidad o flujo, dedicar esfuerzos para superarlas, pero no sustituirlos o remplazarlos por sistemas paralelos no obligatorios. Se propone de esta forma un set de ROSS que use información rutinaria captada por norma legal.

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

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

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

### 4.1. Registros Administrativos SISPRO

El Ministerio de Salud y Protección Social dispone la información de usuarios y servicios de salud periódicamente, de acuerdo con las estructuras y especificaciones del SISPRO. La tabla 2 enlista las fuentes de información nominales que se encuentran en diferentes etapas de integración al SISPRO que tienen datos relevantes de utilidad para el Programa Ampliado de Inmunizaciones.

Es importante resaltar que la necesidad de mejorar la notificación y captar fuentes primarias y estandarizar el almacenamiento del dato, así como de registros nacionales existentes está normada por la Ley 1438 de 2011, con el propósito de reducir brechas en la información y garantizar la mayor confianza en desde su generación hasta la gestión final del conocimiento



**Tabla 2.** Registros Administrativos SISPRO con información de interés para la Sala Situacional del PAI

ítem	Nombre Registro Administrativo
1	EVENTOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA ENOS_SIVIGILA (CARA A)
2	ESTADÍSTICAS VITALES EEVV_ND
3	REGISTRO NOMINAL DE VACUNACIONES - PAI NOMINAL WEB

Fuente: Grupo de Gestión del Conocimiento y Fuentes de Información, Dirección de Epidemiología y Demografía, MSPS 2013

Es de aclarar que la eficacia de la observación mediante el monitoreo del desempeño del sistema de salud mediante las áreas priorizadas por la Sala Situacional, depende de la pluralidad de fuentes oficiales de información que estén disponibles y puedan accederse para el intercambio enriquecido entre variables e indicadores dentro del sistema de información en salud.

#### 4.2. Sistema Nacional de Estudios y Encuestas Poblacionales para la Salud

Es importante, destacar a los estudios y encuestas poblacionales como fuente secundaria de información, relevante sobre diferentes aspectos de interés en salud pública, permitiendo caracterizar a nivel geográfico, demográfico y epidemiológico condiciones específicas de la salud, y profundizar sobre sus determinantes y posibles contribuciones mediante análisis y asociación entre variables.

La tabla 3 presenta la Agenda Programática del Sistema Nacional de Estudios y Encuestas poblacionales para Salud, que corresponde a las investigaciones que han sido priorizadas por el Ministerio como complemento al Sistema de Información. Las investigaciones ya realizadas se encuentran disponibles en el SISPRO, las nuevas versiones se irán incorporando al Sistema a medida que se ejecuten. La periodicidad de cada estudio y encuesta ha sido establecida evaluando su pertinencia, oportunidad e integración con las dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública PDSP.

**Tabla 3** Agenda Programática del Sistema Nacional de Estudios y Encuestas poblacionales para Salud

Ítem	Encuesta/Estudio	Última	Periodicidad
1	Encuesta Nacional de Salud Bucal IV - ENSAB IV	1998	Cada 10 años
2	Análisis de la Situación de Salud - ASIS	2012	Anual
3	Estudio de Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre Donación de Órganos y Tejidos (integrar información)	2012	Único

Fuente: Grupo de Gestión del Conocimiento y Fuentes de Información, Dirección de Epidemiología y Demografía, MSPS 2013

#### 4.3. Censos Poblacionales

La mayoría de los países ahora conducen censos poblacionales basados en consulta a hogares, y por lo general con una periodicidad de cada 10 años. En muchos de estos países, los censos proporcionan



información socio-demográfica y socio-económica (sexo, estrato social, pertenencia étnica, edad, área de residencia), la cual permite ser usada como estratificadores de equidad para monitorear desigualdades (WHO, 2013). Estos datos son esenciales para determinar los tamaños de las poblaciones y las características demográficas de los sub-grupos al interior de estas. Por ello, este tipo de información derivado de los censos es esencial para asegurar que la información proveniente del Sistema Nacional de Estudios y Encuestas poblacionales para Salud es representativa de la población general en Colombia.

Sin embargo, los censos usualmente no son concentrados en salud, y comúnmente incluyen poca información sobre resultados de salud. Como resultado, los censos pueden tener utilidad limitada para monitorear desigualdades sociales en salud, a menos que sus resultados puedan ser enlazados con otras fuentes de información como registros sanitarios (RIPS, SIVIGILA) o los microdatos generados por las encuestas y estudios poblacionales (ENDS, ENSIN, ENSAB), a través del uso, por ejemplo del código de seguridad social de los individuos para hacer interoperables los datos de dos fuentes diferentes de información. Este tipo de *linkages* por lo general, son frecuentes en países industrializados, pero poco usadas en países de bajos y medianos ingresos.

#### Definiciones Fuentes de Información con datos de interés para la Sala Situacional.

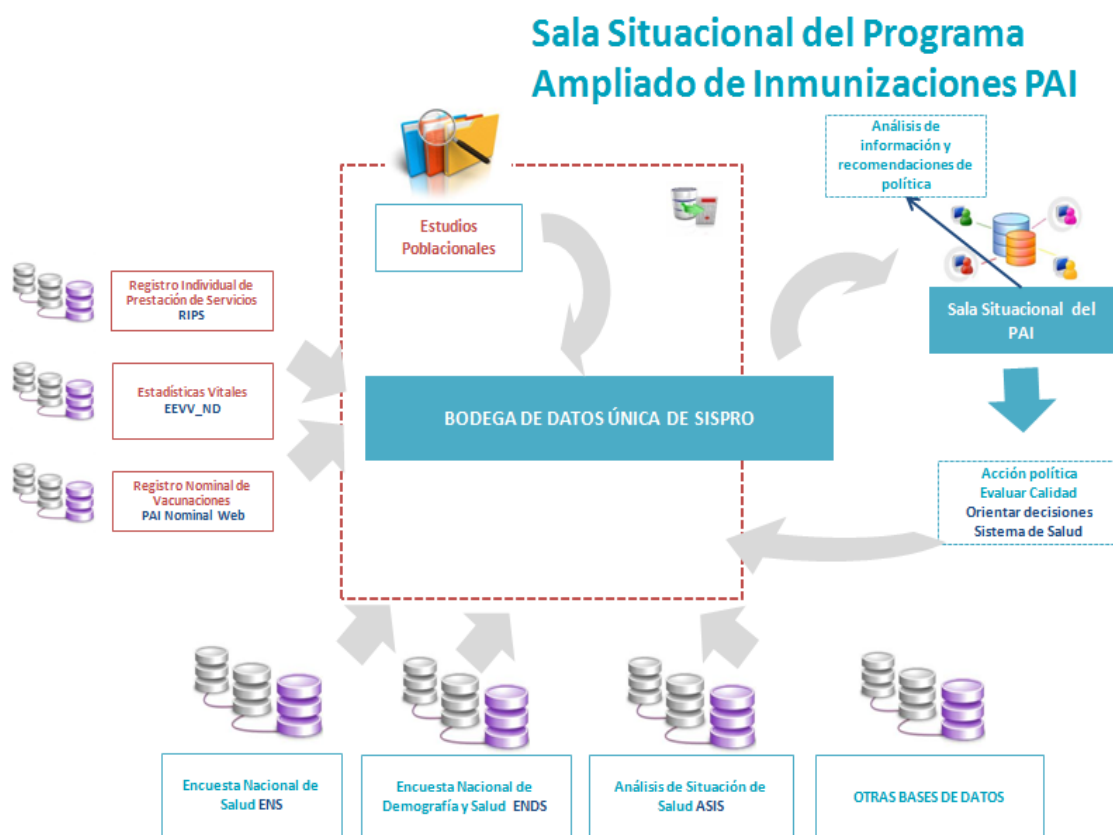
- **Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública SIVIGILA (INS, 2013).** Sistema de información creado para realizar la provisión en forma sistemática y oportuna de datos sobre la dinámica de eventos que afecten o puedan afectar la salud de la población Colombiana través de Unidades Primarias Generadoras del Dato UPGD en todo el país, con el fin de a) orientar las políticas y la planificación en salud pública, b) tomar las decisiones para la prevención y control de enfermedades y factores de riesgo en salud, c) optimizar el seguimiento y evaluación de las intervenciones, y d) racionalizar y optimizar los recursos disponibles para lograr la efectividad de las acciones en esta materia, propendiendo por la protección de la salud individual y colectiva.
- **Estadísticas Vitales EEVV (DANE, Estadísticas Vitales, 2012).** Los registros vitales son estadísticas continuas que recogen información sobre nacimientos, defunciones fetales y no fetales, que permiten contar con información que revela los cambios ocurridos en los niveles y patrones de mortalidad y fecundidad, proporcionando una visión dinámica de la población, como complemento al enfoque estático que proveen los censos.
- **Encuesta Nacional de Salud – ENS (MSPS, Encuesta Nacional de Salud ENS 2007, 2007).** Estudio que fue diseñado con corte trasversal y alcance nacional en todos sus componentes, con un conjunto de encuestas a hogares, personas e instituciones, que se aplicaron en distintas muestras seleccionadas con un diseño muestral probabilístico, de conglomerados, estratificado y polietápico. Las Unidades de Observación de la encuesta son en este sentido los hogares colombianos y sus miembros, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud IPS de cierta complejidad, y su personal técnico; los usuarios de los servicios de hospitalización, urgencias y consulta médica externa o programada. Con el propósito de satisfacer los requerimientos de información sobre morbilidad sentida e institucional, factores de riesgo, discapacidad, caracterización de la oferta y demanda de los servicios de salud a nivel nacional.
- **Encuesta Nacional de Demografía y Salud – ENDS (Profamilia-MSPS, 2010).** Es una encuesta poblacional realizada quinquenalmente por PROFAMILIA con recursos del Ministerio de Salud y Protección Social



desde 1990, que monitorea cambios demográficos suministrando información confiable y oportuna sobre cambios y factores asociados con la salud sexual y reproductiva en el país. Por medio del módulo de salud sexual y reproductiva, incluido en esta encuesta, es posible monitorear la magnitud y avances en la gestión del riesgo y la prevención de ITS VIH/SIDA, que son de gran relevancia para el país.

En resumen, por el momento se han identificado 6 fuentes de información con datos de interés para la Sala Situacional del PAI. Estas fuentes de información están siendo exploradas y examinadas críticamente para verificar su oportunidad, disponibilidad y sub registro con el fin de mejorarlas en términos de calidad del dato como pertinencia, exactitud, interpretabilidad y comparabilidad.

Figura 5. Estructura y funcionamiento de la Sala Situacional del PAI



Fuente: Grupo de Gestión del Conocimiento, Dirección de Epidemiología y Demografía, MSPS, 2013.





## 5 Gestión del conocimiento para la toma de decisiones en salud

---

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

La gestión del conocimiento y las fuentes de información para la salud en Colombia desarrolla diferentes preceptos normativos, incluyendo la Ley 9a de 19791, la Ley 715 de 20012, la Ley 1122 de 20073, la Ley 1438 de 2011 y el Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014 establece la necesidad de contar con información suficiente, oportuna, confiable y de calidad para la toma de decisiones. Considera fundamental el desarrollo de instrumentos de tipo longitudinal para conocer y evaluar el estado de salud y sus determinantes, para los diferentes grupos de población, bajo enfoques diferenciales y regímenes de afiliación, fortaleciendo, entre otras cosas, las encuestas de morbilidad en salud y sus determinantes, la información de eventos en salud mental, de las diferentes formas de violencia y consumo de sustancias psicoactivas (Montaño, Rengifo, Rivillas, & Ospina, 2013).

Básicamente son tres (3) los elementos involucrados en la gestión del conocimiento<sup>25</sup>: i) la fuente de información en salud, ii) el usuario y iii) el canal de comunicación que conecta la fuente con el usuario de la información. Estos tres elementos interactúan durante cinco (5) procesos de la gestión del conocimiento:

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

Durante el año 2012 se conformó e implementó en la DED el grupo de Gestión del Conocimiento y Fuentes de Información con dos objetivos: 1) avanzar en la disponibilidad e integración de las fuentes de datos y de información para la salud; y 2) mejorar la confiabilidad, asequibilidad y pertinencia del conocimiento para la salud. Para el desarrollo de estos objetivos se establecieron sus correspondientes líneas de trabajo: 1) Gestión de Fuentes de Información; y 2) Gestión del Conocimiento. La operación de cada una de las líneas de trabajo se estableció con base en tres componentes, respectivamente. La línea de gestión de fuentes de información cuenta con el componente de mejoramiento de fuentes de información, integración de las fuentes y salidas de información. Para la línea de gestión del conocimiento, los componentes conformados fueron Registros, Observatorios y Sistemas de Seguimiento (ROSS) nacionales; estudios poblacionales y disposición y acceso al conocimiento. Los componentes operan conforme al modelo de gestión por

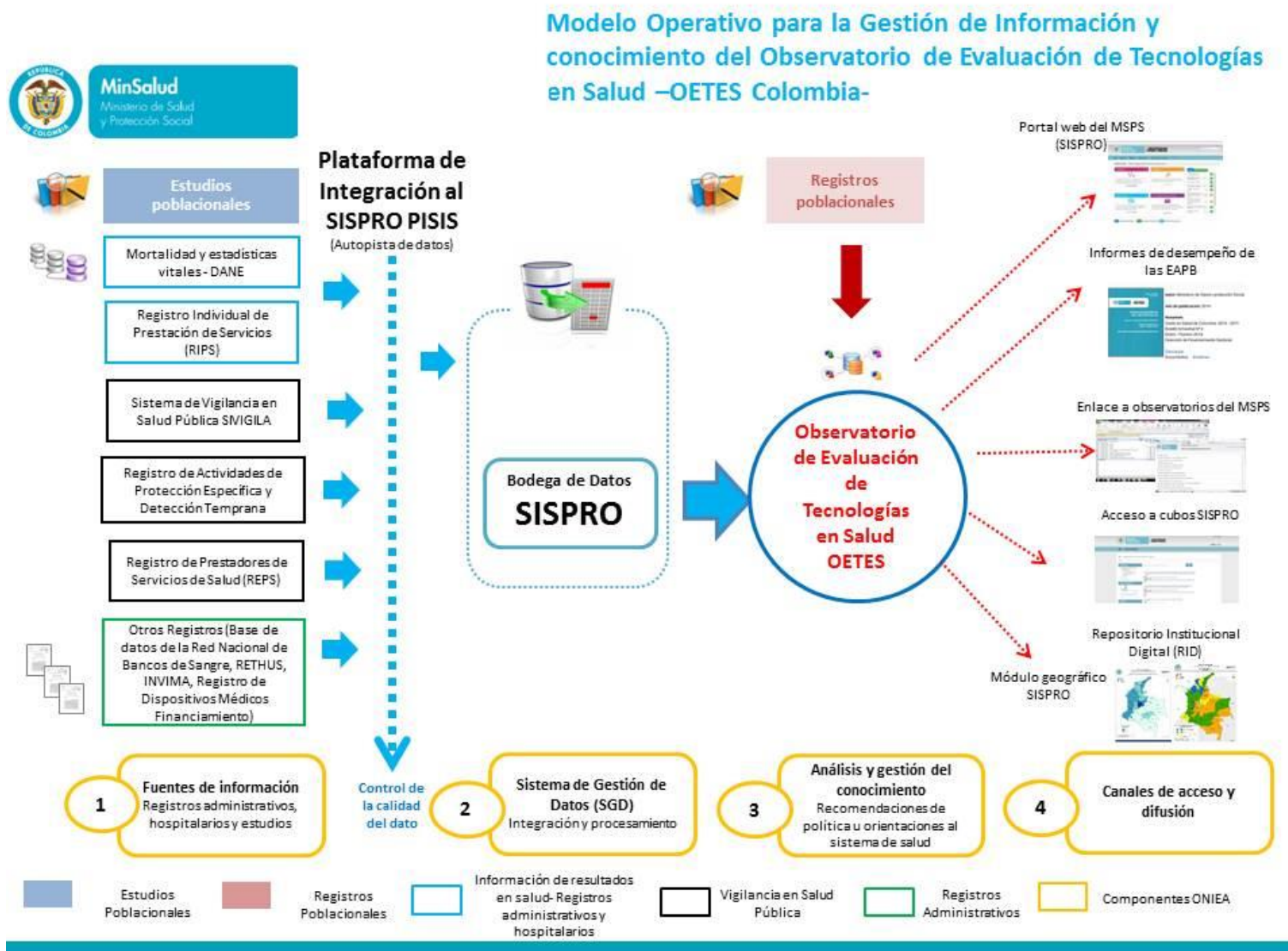


procesos, con intercambio de productos, para entregar al usuario final alto valor agregado de acuerdo a sus necesidades de información y conocimiento (Montaño, Rengifo, Rivillas, & Ospina, 2013)

La figura 5 ilustra el proceso de Gestión del Conocimiento promovido en el Ministerio de Salud y Protección Social y que fundamenta los Observatorios y Sistemas de Seguimiento priorizados



Figura 6. Modelo operativo para la Gestión de Información y Conocimiento del Observatorio de Evaluación de Tecnologías en Salud-OETES



Fuente: Grupo de Gestión del Conocimiento y Fuentes de Información, Dirección de Epidemiología y Demografía, MSPS 2013



#### 4.1. Planes de Acción

Se sugiere dar el máximo uso posible de la información disponible a través del diseño de planes análisis y síntesis de los conjuntos de datos disponibles, así como promover análisis que den respuesta a las brechas de evidencia, mediante información reunida en un repositorio de datos al cual todos los interesados tengan acceso. Adicionalmente, se recomienda llevar a cabo estudios que evalúen la disponibilidad y calidad de los datos, así como desarrollar análisis que reúnan datos de diversas fuentes, incluidos los datos cualitativos. Existen mecanismos para reunir información cualitativa con los datos cuantitativos, con el fin de lograr enriquecimiento contextual y mejor comprensión de los análisis de datos.

Los análisis de datos y la evidencia generada a partir de estos, debe proporcionar información al máximo nivel posible de desagregación, proporcionando información relevante para la toma de decisiones a nivel nacional, regional, departamental y municipal. Del mismo modo, revisar la evidencia disponible según diferentes estratificadores para conocer de qué existe más, de qué temas menos y por qué? Con el fin de conocer las variaciones de los resultados de salud de acuerdo nivel de escolaridad, ingresos, clases sociales, género, pertenencia étnica, que permitan conocer patrones y tendencias de los determinantes y del mismo sistema de salud, con el fin de direccionar las necesidades de la población con enfoque diferencial y geográfico, así como promover el desarrollo de conocimiento práctico y destrezas en la medición de desigualdades sociales en salud.

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

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

6. **Explicar los resultados esperados** si los resultados de los análisis deben materializarse en una publicación científica, un informe, un reporte, entre otras.
7. **Tiempo de ejecución del estudio.**

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

#### 4.2 Línea Base de la Sala Situacional del PAI

En concordancia, con los conceptos resumidos anteriormente es importante precisar que se recapitula la Metodología DANE para definición de Líneas Base<sup>2</sup>. Y que esta es ampliamente descrita en la Guía Metodológica de Registros, Observatorios y Sistemas de Seguimiento Nacionales en Salud ROSS del Ministerio de Salud y Protección Social.

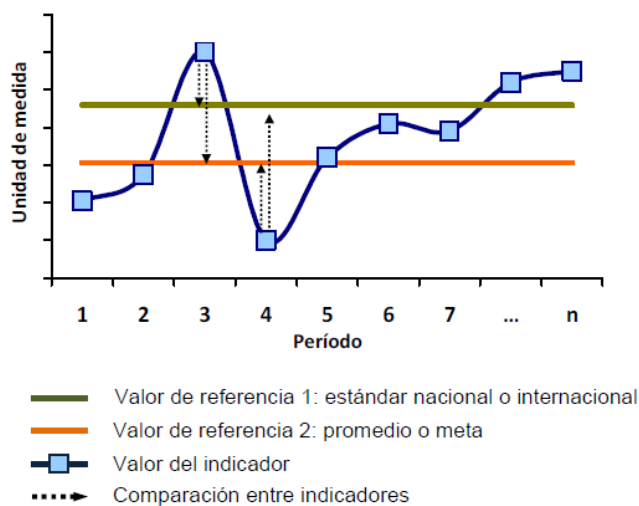
En este sentido, la línea base es el punto de partida y primera medición de los indicadores establecidos por la Sala Situacional para medir y analizar la información relacionada con el PAI a través del tiempo en el país. La figura 6 ilustra la dinámica de como la línea base parte de la medición de un conjunto de indicadores en un año específico, el cual será la referencia para las comparaciones periódicamente. Este conjunto de indicadores debe diseñarse de tal forma que responda a las necesidades presentes y futuras de las acciones misionales y seguimientos que permitan detectar cambios en la evolución de la situación de salud entre poblaciones así como del comportamiento de los servicios de salud en áreas específicas: cáncer, víctimas, medicamentos, seguridad alimentaria, entre otras.

---

<sup>2</sup> Esta Metodología es establecida por la Dirección de Regulación, Planeación, Estandarización y Normalización de la misma Institución del DANE (2009, p.1).



**Figura 7** Comparación de cambios a través del tiempo a partir de indicadores definidos por una línea base



### 4.3. Difusión, Comunicación y uso de la evidencia

El paso final es la transformación de los datos en información relevante para los tomadores de decisiones. De esta forma, para lograr contribuir de manera significativa con la gestión del conocimiento necesario para reducir las desigualdades sociales en salud, así como lograr tener un impacto importante en los resultados de salud dentro de la población y a través de grupos diferenciales de interés, es necesario que la comunicación, difusión y diseminación de las estadísticas y evidencia se realice en un formato y lenguajes accesibles para todos los posibles del sistema de salud.

Los enlaces dinámicos entre la demanda, la oferta y la calidad de la información deben dirigirse mediante el fomento de una cultura de la información donde la evidencia sea exigida y el uso de información promovida. En términos prácticos, esto depende de la creación de mecanismos institucionales e incentivos para uso de información. La experiencia demuestra que los mecanismos más eficaces implican vinculación de datos/información para la asignación de recursos reales (a través de presupuestos) y el desarrollo de la planificación indicador de gestión. La clave es construir alrededor de los procesos de uso de datos y reforzar la disponibilidad, calidad y uso de los datos dentro de esos procesos habituales en lugar de proponer otros nuevos (WHO, World Bank & Global Fund, 2010).

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

- **Seminarios y conferencias** (sesiones de educación continua por parte de la Sala Situacional y organizadas por el MSPS y las instituciones involucradas con el uso de la información.
- **Cursos y presentaciones ofrecidos por el MSPS** en común acuerdo con la Academia y a través de los cuales se promueva la visita de profesores invitados o investigadores con estudios relevantes



para las áreas de interés para el PAI. De igual forma promover el desarrollo de cursos dirigido a los usuarios para empoderarlos respecto al análisis social y económico de las cargas de enfermedad con enfoque de equidad en salud.

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

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

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

- **Desarrollar de capacidades en los métodos y enfoques** para mejorar la responsabilidad por la equidad en salud.
- **Incentivar los diálogos y foros sobre políticas necesarias para abrir el debate y promover el pensamiento crítico** y compromiso de aumentar la inversión en salud y equidad sanitaria en el país.
- **Favorecer las Políticas y herramientas de Gobierno de apoyo en gestión del conocimiento**, por ejemplo, informes de política y revisiones de la evidencia sobre los incentivos económicos destinados por el Gobierno para hacer frente a las inequidades en salud y determinantes de las desigualdades sanitarias con mayor presencia y frecuencia en el país.
- **Aumentar el interés por incluir y priorizar en la agenda política** la necesidad de combatir las inequidades y desigualdades asociadas a diversos resultados y desenlaces de salud desde el uso de la evidencia y gestión del conocimiento.



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

Finalmente, es importante entender que la difusión y comunicación de la evidencia generada y la disponibilidad de información deben darse como centro de referencia en gestión del conocimiento en las áreas que se concentra, logrará realizar su aporte en la verdadera reducción de brechas no sólo en materia de información sino también en la verdadera lucha contra las inequidades en salud que requiere enfrentar el país





## 6 Conclusiones y Recomendaciones

---

### 6.1 Desafíos a Nivel Nacional

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

### 6.2 Desafíos a Nivel Internacional

- **Facilitar la disponibilidad de datos con calidad y representativos para el país.** Fomentar el mejoramiento e integración de las fuentes con datos relevantes para el Observatorio de Evaluación de Tecnologías en Salud en un sistema único de información en salud permite disponer de información con la mejor cobertura.
- **Hacer parte del entorno global en materia de información tecnologías en salud.** El país debe disponer datos sobre las tecnologías en salud que permitan integrarse al sistema de información mundial con el fin de ser comparables en el tiempo.
- **Incrementar la evidencia y literatura disponibles sobre Colombia en todos los temas de interés para el Observatorio de Medicamentos y Tecnologías en Salud.** Aumentar e intensificar la disponibilidad de información en tecnologías en salud así como gestionar conocimiento en los diversos temas de interés de los ejes temáticos en Colombia, lo cual permitirá conocer la situación del país con respecto otros países de la región y del mundo.



- **Aportar evidencia sobre el estudio y superación de inequidades en salud.** El análisis de desigualdades sociales y económicas en salud permite examinar cómo se comportan y acentúan entre poblaciones de los mismos países y como estas varían entre los países de una misma Región.
- **Incrementar la producción científica como Ministerio de Salud y Protección Social.** Gestionar el conocimiento de manera adecuada y eficiente constituye un avance en materia de información en la región, que aumenta de evidencia disponible para gran cantidad de áreas de interés en salud pública para el país, la región y el mundo.

### 6.3. Recomendaciones Finales

- **La sala situacional explora la evidencia para enriquecer las fuentes de datos sanitarias.** Sintetizar información y datos existentes, y definir redes fuertes para acceder a otras fuentes de información debe ser una prioridad.
- **Los indicadores deben ser debidamente instrumentalizados con el fin de disponer de mediciones y asociaciones de forma oportuna y continua.** La priorización e instrumentalización de indicadores estratégicas debe ser una tarea juiciosa, concertada y en equipo, y concentrada en proveer a los clientes y referentes temáticos sistemas de seguimiento automatizados, confiables y que generen y actualicen información periódicamente.
- **La sala situacional destaca problemas relevantes en salud pública y promueven agenda pública como centro de formulación de políticas sociales y económicas.** Así por ejemplo, la evidencia que se proporciona en la sala situacional del PAI es útil para prevenir daños de diversos factores de riesgo y potencializar los factores protectores sobre la salud, y puede ser adoptada para justas a planes e intervenciones.
- **Grupo de trabajo intersectorial e interdisciplinario.** Solo la colaboración y cooperación puede garantizar el éxito de la sala situacional en su rol de gestionar conocimiento para el país.
- **Para planear, diseñar e implementar la sala situacional es necesario comenzar por entender claramente cuál será su propósito.** Para qué? Con qué finalidad desarrollarlo?

**La sala situacional por sí sola no produce cambios, es solo una herramienta de trabajo.** La colaboración sectorial e intersectorial activa garantizan la sostenibilidad de la sala situacional en el corto y mediano plazo, pero solo fomentando una cultura de la información y acceso entre actores y responsables a esta es posible garantizar que se produzcan cambios en horizontes de tiempo más prolongados.



# Referencias







1.