



**Implementación, sistematización y
seguimiento de unidades de análisis y
salas situacionales en gestión
integrada para la salud mental en el
marco del Observatorio Nacional de
Salud Mental-ONSM**

**Metodología para la realización de
Salas Situacionales**

**Subdirección de Enfermedades No
Trasmisibles**

Bogotá, julio de 2017

ALEJANDRO GAVIRIA URIBE
Ministro de Salud y Protección Social

LUIS FERNANDO CORREA SERNA
Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

CARMEN EUGENIA DÁVILA GUERRERO
Viceministra de Protección Social

GERARDO BURGOS BERNAL
Secretario General

ELKIN DE JESÚS OSORIO SALDARRIAGA.
Director de Promoción y Prevención

JOSE FERNANDO VALDERRAMA VERGARA.
Subdirector de Enfermedades No Trasmisibles



MINSALUD



**TODOS POR UN
NUEVO PAÍS**
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

Metodología para la realización de salas situacionales en gestión integrada para la salud mental en el marco del ONSM

Subdirección de Enfermedades No Transmisibles

Grupo Funcional: Gestión Integrada para la Salud Mental

Coordinación editorial y cuidado de texto

Carolina Cuello Royert
Nubia Esperanza Bautista Bautista
Rodrigo Lopera Isaza

Diseño y diagramación

Carolina Cuello Royert

Imprenta Nacional de Colombia
Primera Edición: Marzo de 2017
© Ministerio de Salud y Protección Social
Carrera 13 No. 32 76
PBX: (57-1) 330 50 00
FAX: (57-1) 330 50 50

Línea de atención nacional gratuita: 018000 91 00 97
Lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:30 p.m.
Bogotá D.C., Colombia, Marzo de 2017

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.

Tabla de Contenido

	Pag.
1. INTRODUCCIÓN	5
2. MARCO CONCEPTUAL DE LA SALA SITUACIONAL.....	6
2.1 Definición:	6
2.2 Objetivos de la sala situacional	6
Objetivo General.....	6
2.3 “Fases de la sala situacional”	7
2.4 Componentes de la sala situacional.....	7
2.5 Diagnóstico situacional	8
2.6 Usos y funciones de la sala situacional	8
2.7 Elementos Metodológicos de interés.....	8
3. SALA SITUACIONAL SOBRE CONDUCTA SUICIDA.....	11
3.1 Elementos para el análisis de la Conducta suicida.....	11
3.2 Metodología para la sala situacional	13
4. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	15

1. INTRODUCCIÓN

Entre las competencias del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), definidas en el decreto 4107 de 2011, están: definir los lineamientos relacionados con los sistemas de información en salud, reglamentarlos y administrarlos, realizar seguimiento, evaluación y gestión del conocimiento, para esto ha utilizado el Sistema de Registros, Observatorios, Sistemas de Seguimiento y Salas situacionales (ROSS) y promueve el uso de la información y los datos para la adecuada planeación y gestión en salud.

Históricamente las salas situacionales fueron concebidas como “salas de guerra”, que no eran más que espacios de análisis y decisiones, sobre todo en el ámbito político, de carácter prioritario, donde el tiempo era una variable crucial; también se les conoció como salas de crisis. Se han considerado también como instrumentos para planificación, gestión institucional y negociación política.¹

El concepto se extendió al campo de la salud donde se vienen usando desde hace varios años, en el monitoreo y análisis de eventos de interés en salud pública. En diferentes países como Honduras (1995), Guatemala, Brasil (1994), Ecuador (2002), Haití (2002), en Perú y Venezuela se han usado para el análisis de situaciones de salud, bajo el liderazgo de la Organización Panamericana de la Salud, OPS. En Colombia se inició su uso desde 2003 en el marco de situaciones de emergencias y desastres, se han realizado en varias ciudades del país como Bogotá, Medellín, Barranquilla, Valledupar, Bucaramanga, entre otras¹. Esta herramienta se ha utilizado en caso de brotes, epidemias, emergencias y desastres, con el fin de generar una mayor comprensión de estas situaciones, mejorar la capacidad de respuesta y la toma de decisiones informadas, oportunas y articuladas². Así mismo, el MSPS realizó durante los años 2011 y 2012 un proceso de sala situacional sobre conducta suicida que incluyó sesiones virtuales y consensos de expertos con el fin de orientar la política pública en esta temática y en 2016 se realizó una sala situacional con el fin de recolectar insumos para la elaboración del Plan para la Prevención y Atención de la Conducta Suicida.

En el campo de la salud mental, se propone el uso de salas situacionales para analizar de manera sistemática los eventos de interés, integrando las diferentes fuentes de información disponible, utilizando la mejor evidencia e identificando las necesidades de la población en

riesgo, con el fin de mejorar la capacidad de respuesta de los sectores a los cuales les corresponde realizar intervenciones para optimizar las condiciones de salud de la población.

Adicionalmente, la metodología de sala situacional permite la integración de los procesos de Gestión de la Salud Pública definidos en la Resolución 518 de 2015, tales como vigilancia en salud pública, gestión del conocimiento, planeación integral en salud y coordinación intersectorial, y por tal motivo el Ministerio de Salud y Protección Social decidió seleccionar esta metodología como la indicada para la formulación del plan nacional y los planes territoriales para la Prevención y Atención de la Conducta Suicida.

2. MARCO CONCEPTUAL DE LA SALA SITUACIONAL

2.1 Definición: La organización Panamericana de la Salud ha definido las salas situacionales 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”².

2.2 *Objetivos de la sala situacional*

Objetivo General: “Desarrollar una cultura de análisis y uso de la información producida en los servicios de salud institucionales y comunitarios, para que mediante la aplicación del instrumento de Sala Situacional, se identifiquen las inequidades en salud y sus determinantes y se puedan aplicar las intervenciones más costo/efectivas, mejor sustentadas; para reorientar los servicios de salud hacia la atención de las prioridades identificadas, con eficacia y eficiencia; a fin de mejorar las condiciones de salud y de vida de la población, con calidad y equidad”¹

Objetivos específicos:

- Identificar y medir las desigualdades e inequidades existentes entre grupos humanos, especialmente los más postergados.
- Ajustar los planes operativos a las políticas, prioridades y compromisos de gestión en salud, para la reducción de las brechas detectadas.
- Fortalecer la capacidad de anticipar las amenazas que puedan profundizar las inequidades en salud pública y proponer la respuesta institucional y social organizada frente a dichas amenazas.
- Incorporar, progresivamente, esquemas y procedimientos metodológicos prácticos e innovadores que faciliten combinar información de fuentes y sectores diversos, como un apoyo al proceso de crear escenarios favorables para la reducción de las inequidades y los mecanismos para su monitoreo y evaluación, en los diferentes niveles de gestión, con especial énfasis en el nivel local.

El Ministerio de Salud y Protección Social, en 2013 elaboró una Guía Metodológica para Registros, Observatorios, Sistemas de Seguimiento y Salas Situacionales Nacionales en Salud¹, la cual se constituye en el marco de referencia técnico y normativo que orienta acerca de la importancia y uso que se debe dar a las salas situacionales, su estructura y operatividad. A continuación se describen las características de la sala situacional según la guía ROSS:

2.3 “Fases de la sala situacional. En la sala se desarrollan tres fases:

- a. Recolección de datos, tabulación, procesamiento, graficación y mapeo (Alistamiento)
- b. Análisis de datos: se observan tendencias, se hace comparación, valoración de frecuencias y elaboración de alternativas (Análisis)
- c. Valoración de problemas, valoración de intervenciones y toma de decisiones (contextualización y decisión).

2.4 Componentes de la sala situacional. La sala situacional tiene dos componentes, un espacio de análisis que puede ser físico o virtual y otro que es la situación que se quiere estudiar.

Cuando la sala situacional se realiza en espacio físico, este debe tener la infraestructura de una oficina o sala de juntas, con todos los elementos materiales y tecnológicos necesarios para que pueda llevarse a cabo una reunión de carácter técnico.

Las situaciones que se estudian son de cualquier tipo por ejemplo para evaluar el impacto de un programa o de un evento en salud, para analizar el recurso humano o el financiamiento del sector, de manera que esta es una herramienta con un uso amplio en salud pública².

2.5 Diagnóstico situacional: Se lleva a cabo teniendo en cuenta la dinámica o el comportamiento del evento que se quiere analizar, en el tiempo pasado y en el presente, además se proyecta lo que podría pasar hacia el futuro y cuál es la tendencia del evento, a partir de las siguientes preguntas:

¿Cómo se produjo la realidad? ¿Cómo surgieron los problemas?- Pasado

¿Cómo funciona la realidad? ¿Cómo se relacionan los problemas- Presente

¿Para dónde tiende la situación actual? ¿Se agravarán los problemas, perderán importancia o surgirán otros nuevos?- Futuro.

2.6 Usos y funciones de la sala situacional

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

Las salas se pueden implementar a nivel nacional, departamental o municipal, de acuerdo a las necesidades y prioridades en salud. ”

2.7 Elementos Metodológicos de interés

La Organización Panamericana de la Salud tiene unos desarrollos importantes en el tema de las Salas situacionales, según Bergonzoli (OPS), estos son aspectos relevantes a tener en cuenta en la metodología²:

Oferta, demanda y procesos administrativos. Cuando se va a analizar un evento en salud deben tenerse en cuenta 3 aspectos importantes:

- La oferta
- La demanda (necesidades)
- Los procesos administrativos o gestión

Se requiere de un análisis de las interrelaciones entre la oferta (de programas y servicios), la demanda y los procesos administrativos, para caracterizar la situación objeto de estudio. Producto de lo anterior surge la necesidad de la medición de las inequidades para poder identificar las brechas en salud para una población, bajo el entendido de que hay diferencias entre los grupos poblacionales, los cuales se encuentran sometidos a diferentes riesgos que pueden ocasionar enfermedad, discapacidad o mortalidad².

Priorización. Una vez identificadas las necesidades y aspiraciones de los usuarios en salud, debe realizarse un ejercicio de priorización con el propósito de orientar las intervenciones. “Para la priorización se sugiere tener en cuenta lo siguiente:

- Indicadores epidemiológicos
- Fuentes de información
- Situación de salud
- Determinantes sociales relacionados con la salud
- Población en riesgo

Articulación entre demanda y oferta. Consiste en verificar la eficacia de los programas de salud pública que se requieran para modificar positivamente las necesidades identificadas. Para que los procesos implementados –intervenciones- alcancen la eficacia esperada, es necesario resolver un tercer momento el cual se refiere a la eficiencia, es decir la movilización de recursos de todo tipo (humanos, tecnológicos, financieros, físicos, entre

otros) en el tiempo y espacio, para que se puedan implementar las intervenciones (procesos)”.

Las intervenciones. La sala situacional “es un instrumento que hace operativa la vigilancia en salud pública”; es el espacio donde se quiere integrar los distintos saberes durante el análisis y poder identificar así, que intervención es la más adecuada y posteriormente evaluar el impacto de la misma. Al definir la intervención debe tenerse en cuenta: la condición de salud que se quiere modificar positivamente, los factores de riesgo, la población objeto, las acciones que se desean ejecutar, los objetivos y metas de estas y qué actores estarían involucrados en su desarrollo. “La vigilancia de salud pública, tal como se concibe en este modelo, tiene que ver con la aplicación inteligente de los recursos sociales para modificar favorablemente la condiciones de salud y vida de las poblaciones. Por tanto, para cumplir con ese propósito, el cierre de las brechas o inequidades, constituye una prioridad”².

La sala situacional no es del dominio exclusivo de la epidemiología, para el análisis de una situación se hace necesaria la interdisciplinariedad, que convoca a personas con experticia en diferentes áreas y sectores, quienes podrán aportar alternativas de solución a la problemática estudiada; es un espacio de concertación necesario para que los diferentes actores sociales se articulen alrededor de la salud pública². En el marco de la intersectorialidad, se requiere la participación de representantes institucionales y de la sociedad civil organizada. Para lo cual es necesario establecer los mecanismos y el clima propicio para su participación en igualdad de condiciones, valorando los diferentes saberes.

Acceso a los servicios. Uno de los aspectos de mayor interés es el acceso a los servicios de salud, la calidad, eficiencia, si estos satisfacen las expectativas y necesidades de los usuarios, si están en coherencia con las políticas y prioridades en salud, si son eficaces y equitativos.

Todo problema formulado debe tener en cuenta para su análisis los elementos enunciados anteriormente.

3. SALA SITUACIONAL SOBRE CONDUCTA SUICIDA

La conducta suicida es un conjunto de eventos complejos, que pueden afectar a personas de cualquier edad o condición; cuando se manifiesta como el suicidio consumado, tiene consecuencias devastadoras para el individuo, su familia y comunidad, y sus efectos son duraderos.

Actualmente el Ministerio de Salud y Protección Social está trabajando en la formulación del Plan Nacional de Prevención y Atención a la Conducta Suicida 2017 -2021, con base en los lineamientos de la Organización Mundial de la Salud (publicados el 6 de septiembre de 2016) y retomando el trabajo realizado en años anteriores mediante procesos de consultas territoriales, ha convocado a entidades públicas del orden nacional y desarrollará diferentes actividades de consulta con las diferentes ONGs de familiares y personas con trastornos mentales y que trabajan en el campo de la salud mental, los agremiaciones profesionales, la academia y otros sectores, que permita la construcción participativa y corresponsable de una apuesta de país que permita impactar positivamente este evento. Adicionalmente se ha desarrollado un lineamiento técnico dirigido a los referentes territoriales de salud mental en las secretarías de salud (departamentos, distritos y municipios), para que inicien la formulación de este plan y en función de esto, se les ha propuesto iniciar con la recolección de insumos, mediante el uso de la metodología de sala situacional, anteriormente descrita.

3.1 Elementos para el análisis de la Conducta suicida.

Para el análisis de la conducta suicida, desde el punto de vista operativo, teniendo en cuenta los lineamientos de la OPS, se proponen los siguientes elementos básicos²:

1. Caracterización de la población general: El análisis sociodemográfico de la población debe incluir su distribución por edad, sexo, ciclo vital, área de residencia (urbana, centros poblados o rural dispersa), ubicación espacial de la red de servicios (preferiblemente acompañado de un mapa), horarios de atención.

2. Identificación de los determinantes relacionados con la salud de la población general. Realizar el análisis de aquellas características que pudieran incidir en la conducta

suicida, por ejemplo: la situación económica, social, cultural, política, étnica u otras propias de cada región.

3. Recolección de datos sobre las condiciones de vida: Recolectar datos sobre “las características sociales y culturales, tales como la escolaridad, el empleo/desempleo, el ingreso, las principales actividades económicas (ocupaciones), tipo de viviendas y hacinamiento, fuentes de energía, dieta, ejercicio/sedentarismo, etnicidad, relaciones de género, uso de servicios de salud, gasto en salud (público y privado), cobertura y calidad de servicios ambientales básicos (agua potable, alcantarillado, recolección de basura, control de vectores y roedores, ...recreación, entre otros”.

Esta información puede ser recolectada de fuentes secundarias como los Análisis de Situación de Salud (ASIS) territoriales.

4. Identificación de los factores de riesgo relacionados con la conducta suicida: En este caso deberán identificarse tanto los factores protectores como los que aumentan la probabilidad de que aparezca la conducta suicida. “Estos factores pueden ser biológicos, ambientales, nutricionales, sociales, culturales, conductuales y laborales.”²

5. Determinación de las afectaciones a la salud: Las afectaciones de la conducta suicida deberán ser medidas en términos de morbilidad, discapacidad o mortalidad prematura evitable (carga de enfermedad). Los datos epidemiológicos relacionados con el evento deben organizarse de acuerdo a las variables de interés: desagregaciones por edad, sexo, estado civil, ubicación geográfica- lugar de residencia, ubicación urbana/rural, por ejemplo – mecanismo usado para la autolesión, antecedentes de problemas o trastornos mentales, antecedentes de intento de suicidio, antecedentes familiares de suicidio, y otras características de interés. Debe recordarse que esta información puede obtenerse de diversas fuentes: bodega de datos del SISPRO (los indicadores de salud mental se encuentran disponibles en: <http://rssvr2.sispro.gov.co/ObsSaludMental/>), Sivigila, ASIS, DANE, entre otras.

6. Análisis de la respuesta social organizada: Debe analizarse y monitorearse la respuesta “que la institución, el sector salud y la sociedad civil, en su conjunto, están ofreciendo frente a los daños prioritarios, los riesgos y condiciones de vida prevalentes”, frente a la conducta suicida específicamente, además sería importante determinar el

presupuesto y el gasto ejecutado en relación con la promoción de la salud mental y la prevención de la conducta suicida y el recurso humano disponible para la atención en salud mental².

Después de recopilada toda la información descrita, es importante consolidarla en una base de datos, con los indicadores trazadores, para orientar el análisis de la información. Se proponen cuatro tipo de indicadores que deberán estar disponibles:

- Indicadores para medir la situación de salud en relación con la conducta suicida (proporción de intentos de suicidio, tasa ajustada de mortalidad por suicidio, Años de vida potencialmente perdidos por el suicidio, por ejemplo)
- Indicadores de provisión de servicios de salud
- Indicadores de política en salud
- Indicadores que permitan medir la situación económica y social

Sería importante tener en consideración la información cualitativa, si se encuentra disponible, esta se debe analizar aplicando metodologías apropiadas para este tipo de dato.

3.2 Metodología para la sala situacional

La Guía Metodológica para Registros, Observatorios, Sistemas de Seguimiento y Salas Situacionales Nacionales en Salud propone articular tres niveles en la realización de la sala, que se interpretan como tres momentos o fases en la ejecución metodológica:

Fase de alistamiento: En esta fase se convocan los actores sociales e institucionales que conformarán el grupo de análisis. Cada entidad territorial deberá realizar el mapeo de actores presentes en su territorio, por ejemplo: sector educativo Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Medicina Legal, Policía, medios de comunicación televisivos, radiales, escritos, u otros, Departamento de la Prosperidad Social, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios, representantes de asociaciones indígenas, minorías y pueblo ROM, , sector de la cultura y el deporte, representante de la oficina de Gestión Social, entre otras.

Fase de análisis: El grupo de análisis revisará toda la información recopilada, observando las tendencias (para que sea posible, es necesario tener línea basal), "así como tener desagregados los datos e información según variables básicas para el análisis, como por ejemplo, ...por grupo étnico, por género, clase social, condición económica y otras más que sean de interés para el estudio de las inequidades.

Después de analizar la información presentada, los participantes estarán en condiciones de responder a la pregunta: *De la información presentada, para usted ¿cuáles son las características más sobresalientes de la conducta suicida en el territorio?*.

Se recomienda agrupar las respuestas en tres (3) categorías, según el enfoque de determinantes sociales de la salud: Las que tienen que ver con Determinantes estructurales (políticas y cultura), las que se relacionan con los Determinantes intermedios (Nivel educativo, ocupación, etnia) y las que tienen que ver con Determinantes proximales: Conductuales, biológicos. (Familiares, individuales).

Fase de contextualización y decisión: "En esta etapa entran en juego los saberes de los distintos actores sociales locales, además de los institucionales, para identificar las condiciones políticas, sociales, históricas, económicas y culturales (determinantes de la salud) que favorecen o limitan la situación de salud y la respuesta social".

La importancia de la sala situacional radica en que es un apoyo a la gestión de los servicios de salud y en el mayor interés de la población, permite, con base en la información analizada, seleccionar las intervenciones más costo/efectivas y "la planificación estratégica y reorientación de los servicios ofrecidos a la población, el diseño y aplicación de estrategias de intervención más innovadoras y selectivas con alto rendimiento social, lograr una programación interinstitucional e intersectorial más real, mejorar el balance entre las acciones curativas y preventivas, realizar un monitoreo y evaluación más ligados a las prioridades y compromisos de gestión, mejorar la capacidad de negociación de los recursos necesarios para atender prioridades en los diferentes niveles de gestión del sector, identificar áreas de responsabilidad compartida con otros actores sociales locales, racionalizar la inversión pública y privada en salud, con el propósito de reducir las inequidades en salud. Los resultados de la Sala Situacional también son importantes para

la reorientación del sistema de información en la medida que se haga evidente que proporciona los datos e información que permiten conocer el curso de las acciones aplicadas en el marco de las políticas de salud formuladas”.

4. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Ministerio de Salud y Protección Social. Dirección de Epidemiología y Demografía. Guía Metodológica para Registros, Observatorios, Sistemas de Seguimiento y Salas Situacionales Nacionales en Salud. Bogotá, Colombia, 2013.
2. Bergonzoli G. Sala situacional, Instrumento para la vigilancia de salud pública. Guatemala, Marzo de 2006.
3. Organización Panamericana de la Salud. Salas de Situación en Salud. Disponible en: <http://es.slideshare.net/giramvndo/salas-de-situacion-en-salud> [consultado en junio 2 de 2017]