



ons
observatorio nacional de salud



PROSPERIDAD
PARA TODOS

Marco de Implementación



OBSERVATORIO NACIONAL DE SALUD

Marco de Implementación

Instituto Nacional de Salud

Serie Implementación Observatorio Nacional de Salud

Bogotá, 2013





FERNANDO DE LA HOZ RESTREPO
Director General INS

CLARA INÉS RESTREPO TRUJILLO
Secretaria General INS



CARLOS ANDRÉS CASTAÑEDA ORJUELA
Director Observatorio Nacional de Salud

EQUIPO TÉCNICO

CARLOS ANDRÉS CASTAÑEDA ORJUELA
Director ONS

PABLO ENRIQUE CHAPARRO NARVÁEZ
KAROL PATRICIA COTES CASTILLO
DIANA PATRICIA DÍAZ JIMÉNEZ
SANDRA PATRICIA SALAS QUIJANO
WILLIAN LEÓN QUEVEDO
RUBÉN DARÍO CÁCERES GÓMEZ

Equipo de apoyo

ANA PATRICIA BUITRAGO VILLA
JOSÉ SILVERIO ROJAS VASQUEZ

CLARA LUCIA DELGADO MURILLO
Editor ONS

KEVIN JONATHAN TORRES CASTILLO
Diagramación y diseño

ISSN: 2357-5166

Instituto Nacional de Salud. Observatorio Nacional de Salud. Marco de implementación, 2013. Carlos Andrés Castañeda Orjuela, Director ONS. Bogotá : INS, 44p.
(Serie Implementación Observatorio Nacional de Salud)

ISSN 2357-5166

1.- SALUD PUBLICA 2.- IMPLEMENTACION DE PLAN DE SALUD 3.- SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL 4.- PROGRAMAS NACIONALES DE SALUD
5.- LEGISLACION SANITARIA 6.- ATENCION A LA SALUD I. Castañeda Orjuela, Carlos Andrés.

Para citar: Instituto Nacional de Salud, Observatorio Nacional de Salud, Marco de Implementación, Bogotá, D.C., Colombia. 2013

Se autoriza la reproducción total o parcial de este documento siempre y cuando se conserve intacto su contenido y se de crédito a sus autores como al Instituto Nacional de Salud y al Observatorio Nacional de Salud.

Contenido

Introducción	
Revisión Normativa	7
Fomento a la Investigación y Desarrollo Científico	7
Sistema Integral de Seguridad Social en Salud	8
Marco normativo del Observatorio Nacional de Salud	10
Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014.	13
Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021	14
Marco estratégico INS	21
Marco Teórico	22
Sistema de Información	22
Sistema de Vigilancia en Salud Pública	22
Gestión del Conocimiento	24
Sistemas de Gestión del Conocimiento	24
Estado del Arte de Observatorio Nacional de Salud	25
Definición de Observatorio	25
Tipos de Observatorio	26
Estructura del ONS	34
Líneas Temáticas	34
Plataforma Estratégica ONS	36
Misión	36
Visión	36
Objetivo Estratégico	36
Plan de Implementación	37
Estrategia de Comunicaciones	38
Referencias	

Introducción

El país materializó la iniciativa de tener un observatorio de salud, en el marco de la Ley 1438 de 2011, creando el Observatorio Nacional de Salud (ONS) de Colombia, como una dirección del Instituto Nacional de Salud (INS). El ONS es el referente principal para el país en relación con el análisis de la situación de salud de la población colombiana, es también un espacio de convergencia para la discusión y análisis con diferentes actores sociales sobre temas prioritarios en salud, evaluación e impulso de políticas para el mejoramiento de las condiciones de salud de la población, análisis de inequidades en salud y promoción de políticas para la superación de las mismas. El ONS tiene como objetivo general proveer información relevante y actualizada sobre el estado de salud de la población colombiana y sus determinantes, para el desarrollo de políticas de salud basadas en la evidencia que contribuyan a la preservación y mantenimiento de la salud de la población. El ONS integra, sin reemplazar, los resultados o las funciones de los sistemas de información, monitoreo y vigilancia (vigilancia epidemiológica y de salud pública, salas de situación de salud, análisis del sector salud, monitoreo y evaluación de Sistemas y servicios de salud), para producir una visión panorámica de un modo integral, coherente y sólido (1).

Sus informes, boletines técnicos, artículos científicos, entre otros, buscan contribuir a la comprensión de la situación de salud de la población colombiana y servir de base para proponer mejoras en la medicina preventiva y el cuidado de la salud y asegurar el seguimiento y cumplimiento de retos en esta materia a mediano y largo plazo. El ONS está encargado de generar evidencia para la toma de decisiones y la implementación de políticas públicas con impacto positivo en la situación de salud de los colombianos, a partir del análisis de la información oficial, con base en el modelo de carga de enfermedad de la Universidad de Washington y el análisis de las desigualdades en salud entre grupos poblacionales. Con el rediseño del INS durante el 2013, la nueva dirección del ONS empezó a ejercer sus funciones de generación de conocimiento en Salud Pública para el uso y discusión por parte de diversos actores. Los análisis y documentos del ONS son el principal medio de divulgación del conocimiento en salud generado o visualizado a través de la plataforma de comunicaciones del Observatorio; los documentos se publican durante el transcurso del año.

En las dos últimas décadas, el panorama global de la salud ha tenido una rápida transformación, la gente vive más que antes y las tasas de natalidad han disminuido, lo que lleva al aumento del promedio de edad; adicionalmente la población total ha crecido. Muchos países han tenido marcados progresos en materia de disminución de la mortalidad infantil, con aumento en la discapacidad de los menores de un año. Las principales causas de muerte han cambiado en la población; la mortalidad por enfermedades transmisibles de la infancia ha disminuido, mientras la frecuencia de enfermedades crónicas no transmisibles en los adultos ha aumentado (2); los cambios en los estilos de vida de la sociedad, la contaminación, la urbanización, entre otros, han generado cambios en la salud de las personas, los cuales en ocasiones causan la muerte, convirtiéndose en un indicador de las problemáticas sociales, tales como la desigualdad, el acceso a los servicios de salud y la educación, entre otros (3, 4).

Las condiciones y los Sistemas de salud en los países de Sur América van en forma sistemática hacia un avance histórico paulatino, se destacan logros en la reducción de eventos evitables de salud y aumento de la esperanza de vida al nacer (5); en las Américas, igual al panorama global, las enfermedades crónicas no transmisibles y las lesiones han remplazado a las enfermedades transmisibles como las principales causas de muerte y la mayor causa de carga de enfermedad (6-8). El acceso a información confiable y de calidad se constituye en un instrumento fundamental para la toma de decisiones en política pública, así como para la discusión amplia y democrática sobre problemas y prioridades, involucrando a distintos actores sociales, especialmente en un aspecto tan fundamental para la sociedad, como es la salud. En este contexto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) han impulsado la creación de observatorios nacionales de salud con el propósito de efectuar una observación sistemática y continua de aspectos relevantes de la salud en tanto la población y los sistemas; para apoyar el desarrollo de políticas y planes, la toma de decisiones y las acciones en Salud Pública y en el Sistema de Salud, además de contribuir con la preservación y la mejora de la salud de la población, incluyendo la reducción de desigualdades e inequidades en el mismo tema (1).

Los reportes de información, tendencias, alarmas y proyecciones (pronósticos) de un observatorio de salud, realizados de manera oportuna facilitan la planificación y conducen a acciones para la prevención, control y gestión de riesgos de una manera eficaz y la adopción de mecanismos que aseguren el cumplimiento de planes y metas trazadas (1). La mala calidad, baja cobertura o falta de oportunidad del dato, pueden comprometer una adecuada y eficiente toma de decisiones. Así como el sub registro hay otros problemas que afectan la cobertura, calidad, oportunidad y flujo de la información (9). Los análisis de mortalidad y el desarrollo de estudios sobre la distribución de las enfermedades en las poblaciones, sus causas y la prevención de las mismas (10, 11), han permitido evaluar las intervenciones en salud preventivas y curativas, tanto individuales como colectivas. Los observatorios de salud, usan medidas resumen, como los Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP), los cuales representan los años que ha dejado de vivir una persona que ha fallecido de forma “prematura” (se considera muerte prematura la ocurrida antes de tiempo según las probabilidades de muerte por edad); los AVPP son especialmente apropiados para medir el impacto de las causas de muerte en una población.

Las medidas resumen combinan información de mortalidad y de resultados no fatales para proveer una única perspectiva del nivel de salud y las principales causas de la pérdida de la misma (12). Estas medidas pueden ser usadas para tres propósitos diferentes (13):

1. Comparar la salud global de la población entre comunidades o en diferentes momentos del tiempo.
2. Proveer una imagen general y coherente de cuáles son las enfermedades, lesiones y factores de riesgo que contribuyen a las mayores pérdidas de salud en una población determinada, y así generar medidas resumen que ayudan a los tomadores de decisiones, investigadores y comunidad en general a entender los problemas en salud más importantes o cuales van mejorando o empeorando.
3. Ayudar a evaluar dónde son débiles o fuertes los Sistemas de Información en Salud.

Revisión Normativa

A pesar de que el Observatorio Nacional de Salud es nuevo, cabe resaltar que las funciones del Observatorio se dan en un contexto de: a) Fomento a la investigación y desarrollo científico y b) Fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social; en este sentido, esta sección hará referencia a aquellas normas en las cuales las funciones del ONS tienen origen o son especificadas.

Fomento a la Investigación y Desarrollo Científico

Ley 29 de 1990 *“Por la cual se dictan disposiciones para el fomento de la investigación científica y el desarrollo tecnológico y se otorgan facultades extraordinarias.”*

En el marco del fomento a la investigación y desarrollo, en 1990 se promulgó la Ley 29 en la cual el Estado asume la responsabilidad de promover y orientar el adelanto científico y tecnológico, incorporando la ciencia y la tecnología a los planes de desarrollo económico y social del país y asignando recursos para la ejecución de planes y programas de desarrollo científico y tecnológico por parte de establecimientos públicos del orden nacional, esto último en consulta con el Fondo Colombiano de Investigaciones Científicas y Proyectos Especiales “Francisco José de Caldas” Colciencias. Igualmente, el Gobierno Nacional asignó espacios permanentes en los medios de comunicación de propiedad del Estado, garantizando la divulgación del conocimiento científico y tecnológico.

Esta Ley y sus decretos reglamentarios ayudaron a dar claridad sobre el tipo de contratación que deben surtir los procesos de investigación y desarrollo, garantizando que sean acordes con su naturaleza y que quienes ejecuten los procesos, deban someterse a procedimientos específicos de adjudicación que correspondan a las competencias supervisadas por pares académicos externos designados para los procesos de selección y contratación, diferenciando así la ejecución de contratos de tipo administrativo, de contratos con fines científicos y tecnológicos.

Si bien la Ley no está directamente relacionada con funciones específicas de observatorios de salud o con la Salud Pública, es a través de esta que se consolidan espacios de investigación que incorporan ciencia y tecnología en el alto gobierno, fortaleciendo a la vez el conocimiento técnico al interior de las instituciones públicas y privadas.

Sistema Integral de Seguridad Social en Salud

Ley 100 de 1993 y sus antecedentes *“Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones.”*

El Sistema de Seguridad Social en Colombia está organizado bajo la figura del aseguramiento; dicho Sistema, definido como Sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS), fue originalmente adoptado a partir de la aprobación de la Ley 100 en el año de 1993, aunque debe precisarse que sus cambios fueron precedidos por otras normas que favorecieron la descentralización del sector salud y la contratación de servicios de salud con el sector privado. Dos años antes de la adopción de la Ley, el país promulgó una nueva Constitución Política (1991) que estableció que tanto la salud y la seguridad social constituyen servicios públicos a cargo del Estado, “la seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad en los términos que establezca la Ley”.

Este modelo de aseguramiento se promovió como la alternativa que buscaba resolver los problemas del antiguo Sistema Nacional de Salud (1975), que inició con la pretensión de integrar en un régimen técnico y administrativo de gestión centralizada, las instituciones que prestaban servicios de salud y las agencias de control del ambiente. La Ley 100 definió la seguridad social como un servicio público que puede ser prestado tanto por el Estado como por contratado con privados; los analistas de esta reforma identifican dentro de los principios en los que se basó la competencia regulada y pluralismo estructurado. La competencia regulada sostiene que agentes estatales y privados compiten por los recursos en un marco que define las condiciones de eficiencia y calidad.

Mientras el pluralismo estructurado es una propuesta organizativa basada en la articulación de transacciones entre los actores (población, prestadores, agencias financieras y prestadores de servicios) para facilitar el flujo de recursos hacia la producción y el consumo de servicios en medio de unas reglas de juego con criterios de mercado (14).

La reforma estableció el aseguramiento como estrategia obligatoria para administrar los servicios de salud, dejando al Estado como responsable del cubrimiento de los subsidios del valor de los seguros de aquellas personas que no pudieran pagarlo; asimismo organizó la oferta de servicios de salud en paquetes diferenciados de acuerdo a la capacidad de pago, dentro del cual se establecieron dos regímenes: contributivo, dirigido para las personas con capacidad de pagar mensualmente el valor de la póliza (servidores públicos, trabajadores por contrato, pensionados, jubilados y trabajadores independientes) y subsidiado, dirigido a los grupos familiares de las personas pobres y vulnerables sin capacidad de pago mensual.

En el régimen contributivo las personas cotizan el 12,5% del total de su ingreso mensual, cuyas dos terceras partes (8,5%) las debe aportar el empleador y una tercera parte las aporta el empleado (4%). En el caso del régimen subsidiado, el Estado subsidia el valor de la cotización. El valor anual que reciben las Empresas Prestadoras de Salud (EPS) por cada asegurado es único para todas las instituciones y recibe el valor de Unidad de Pago por Capitación (UPC), cuyo monto debe ser definido periódicamente por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

El nuevo Sistema organizó una reasignación de funciones entre los actores del SGSSS, de esta manera el Ministerio de Salud y las direcciones territoriales adquirieron la función de dirección y responsabilidad en Salud Pública, mientras que la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación fueron delegadas a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), las cuales podían ser públicas o privadas. Las funciones de administración de los recursos financieros pasaron a ser misión de las administradoras y los entes territoriales, de esta manera los municipios adquirieron la responsabilidad de dirigir el Sistema Local de Seguridad Social, organizando y financiando el Sistema de Subsidios, organizando la oferta de servicios y garantizando el acceso a servicios de quienes no estén afiliados al Sistema. El Sistema también dividió las acciones individuales y colectivas, las primeras entraron a ser cubiertas por las aseguradoras, ya mencionadas, mientras que las acciones en Salud Pública quedaron a cargo del Estado mediante un plan financiado con recursos de la nación y de los entes territoriales; este aspecto de los recursos no sólo implicó una mayor asignación de recursos al sector (cotizaciones de los afiliados, recursos de regalías e ingresos corrientes de la nación), sino que cambió la lógica de acceso a los mismos, puesto que para las IPS, por ejemplo, el acceso a los recursos privilegió la facturación de los servicios.

Balances y ajustes de la Ley 100

La reforma al Sistema de Salud en Colombia ha sido un tema particularmente rico en debates y controversias; a lo largo de los veinte años transcurridos desde su aprobación, se han ido acumulando diferentes reparos a los resultados y situaciones atribuidas al Sistema. Dentro de las principales críticas realizadas se destacan el énfasis en la atención individual y el debilitamiento de la Salud Pública, las desventajas competitivas en las que quedaron las IPS públicas ahora obligadas a ser auto-sostenibles financieramente, la segmentación de los beneficios, la fragmentación de los procesos, el deterioro de las funciones de rectoría por parte del Estado, lo mismo que de la calidad de atención y de los Sistemas de Información (15,16). Adicionalmente se han cuestionado los resultados alcanzados en contraste con el incremento del gasto en salud.

Los defensores de la reforma consideran positivos los resultados del aseguramiento, medidos en términos de uso de los servicios de salud y en la satisfacción con los servicios. Del mismo modo resaltan las clasificaciones internacionales del Sistema colombiano en términos de equidad financiera y eficiencia, ubicando el foco del problema en un asunto filosófico y de desarrollo del Sistema mismo (17). La planeación original del Sistema de aseguramiento contemplaba la ampliación progresiva de la población afiliada en los regímenes definidos por el mismo: contributivo y subsidiado. Si bien el país ha realizado esfuerzos por avanzar frente a la afiliación de la población, el histórico de la cobertura de afiliación en salud, revela que en los últimos años, el porcentaje de población afiliada se ha mantenido alrededor de un 90%, llegando a un porcentaje de 91,03% para el año 2011, sin que se alcance aún el logro de una cobertura universal.

Más allá de las diferencias en la apreciación de la cobertura de acceso y la calidad de los servicios de salud, los reparos e insatisfacciones frente a los resultados del Sistema han venido incrementándose con el paso de los años, de tal manera que se ha vuelto constante el término “crisis de la salud”. En este sentido, la interposición de acciones de tutela constituye un importante mecanismo para hacer cumplir los derechos relacionados con la salud de la población, aspecto que ha servido para evidenciar las barreras que las personas tienen que superar para cumplir sus necesidades

y expectativas sobre la atención en salud y cuyo número se ha mantenido en aumento en los últimos años, alcanzando un acumulado un número cercano a los dos millones de tutelas en la década entre 1999 y 2008. En este sentido, la Corte Constitucional, a partir del estudio de veintidós casos de acciones de tutela, consideró mediante la Sentencia T-760 del año 2001 que las fallas regulatorias de estos casos representaban violaciones recurrentes provocadas por problemas estructurales presentes en el Sistema, generados en su mayor parte por problemas de regulación, proponiendo reparaciones estructurales y afirmando el Derecho a la salud como Derecho fundamental (18).

Posteriormente, según algunos, como resultado del proceso político iniciado por la celebración de los primeros diez años de la Ley 100, en el año 2007 se promulgó la Ley 1122 de 2007 (19). Si bien esta Ley no introdujo cambios estructurales sobre el Sistema, estableció algunos ajustes sobre su funcionamiento y operación; dentro de estos se destacan la creación de la Comisión de Regulación en Salud (CRES), centrada en la función reguladora del Sistema incluyendo la definición de la UPC y del POS, dejando el Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSSS) como organismo asesor y de concertación; asimismo establece la creación del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control, en cabeza de la Superintendencia Nacional de Salud, incorporando la figura del Defensor del Paciente, así como determinó un tope de 30% en el porcentaje del gasto en salud que contratan las EPS con sus propias IPS, al tiempo que impuso en el régimen subsidiado, la contratación en mínimo el 60% del valor de la UPC con las empresas sociales del Estado (antes hospitales públicos), en el campo del financiamiento, se ampliaron los recursos para la financiación de un aumento en la cobertura del régimen subsidiado. Posteriormente se promulga la Ley 1438 de 2011, que incorporó ajustes dentro de los cuales se resaltan:

1. La garantía de acceso a los servicios en todo el territorio nacional.
2. La precisión de pasos para garantizar el acceso a servicios de salud de aquellas personas aún no afiliadas al Sistema.
3. La prohibición de las multas por inasistencia a las citas.
4. Las disposiciones para la organización y operación de los servicios bajo la estrategia de atención primaria en salud.
5. La elaboración de un Plan Decenal de Salud Pública.
6. La creación de un Observatorio Nacional de Salud.
7. La atención preferencial y diferencial para la infancia y la adolescencia.

De la misma manera, la Ley modificó los principios del Sistema dentro de los que se destaca el enfoque diferencial que reconoce las poblaciones con características particulares y el de sostenibilidad fiscal, precisa que "(...) La administración de los fondos del Sistema no podrá afectar el flujo de recursos del mismo", condición considerada por algunos como regresiva desde la perspectiva social y por demás anticonstitucional (20). En el terreno de la información en salud, la Ley estipuló, además de la creación de un Observatorio Nacional de Salud, la definición por parte del Gobierno Nacional de metas e indicadores de resultados en salud para los actores del Sistema, incluyendo como mínimo los temas de mortalidad materna, perinatal e infantil, enfermedades de interés en Salud Pública, enfermedades crónicas no transmisibles y prevalentes transmisibles, así como acceso efectivo a los servicios de salud; adicionalmente estableció que el Ministerio y la Superintendencia de Salud deberán evaluar integralmente el Sistema y determinar las medidas a seguir basados en esos indicadores.

Las nuevas propuestas de reforma

Ante la profundización de la llamada crisis de la salud, agudizada por la situación financiera de las aseguradoras del régimen subsidiado, los escándalos de corrupción y desvío de recursos, la situación deficitaria de las empresas sociales del Estado, reflejada en gran medida por el rechazo generalizado de la población, en los meses recientes se han venido radicando en el Congreso diversas propuestas de reforma al Sistema. Actualmente se encuentran en trámite 8 proyectos de reforma al Sistema de Salud, planteados por diversos sectores políticos que incluyen aquellos más afines al Gobierno Nacional. De estos, 5 de ellos constituyen proyectos de Ley estatutaria, es decir con una categoría superior a las demás clases de leyes y que requieren aprobación absoluta por parte de la Corte Constitucional (21).

En torno al Derecho fundamental a la salud, estos proyectos de Ley tienen orientaciones y enfoques diferentes de acuerdo a los sectores políticos que realizan las propuestas; de esta forma, para algunas de estas el Derecho está más restringido al acceso a un Plan de Beneficios en Salud, mientras que para otros se considera éste en un sentido más amplio e integral abarcando aspectos de ambiente y condiciones de vida. Tanto los proyectos de Ley estatutaria y ordinaria, tienden a coincidir en la unificación de los re-

caudos y los beneficios en salud para los usuarios al tiempo que plantean diferencias en papel que le otorgan a la intermediación financiera y al peso que tiene la sostenibilidad fiscal del Sistema; las propuestas reflejan la diversidad de intereses económicos, políticos y no el producto de estudios técnicos o científicos alrededor de nodos de conflicto como el interés público-particular, Estado social de derecho-mercado sin controles y resolución de la crisis pública-protección de intereses de inversionistas (22, 23).

Ley 715 de 2001 y ajustes *"Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros."*

El Sistema General de Participaciones, es decir, el Sistema creado para la transferencia de recursos de la Nación a las entidades territoriales con el fin de financiar ciertos servicios, establece como competencias de la Nación en el sector salud, entre otras:

- Formular las políticas, planes, programas y proyectos de interés nacional para el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud y coordinar su ejecución, seguimiento y evaluación.
- Impulsar, coordinar, financiar, cofinanciar y evaluar programas, planes y proyectos de inversión en materia de salud, con recursos diferentes a los del Sistema General de Participaciones.
- Expedir la regulación para el sector salud y el SGSSS.
- Brindar asesoría y asistencia técnica a los departamentos, distritos y municipios para el desarrollo e implantación de las políticas, planes, programas y proyectos en salud.
- Definir y aplicar Sistemas de evaluación y control de gestión técnica, financiera y administrativa a las instituciones que participan en el sector y en el Sistema General de Seguridad Social en Salud; así como divulgar sus resultados, con la participación de las entidades territoriales.
- Definir, diseñar, reglamentar, implantar y administrar el Sistema Integral de Información en Salud y el Sistema de Vigilancia en Salud Pública, con la participación de las entidades territoriales.
- Reglamentar, distribuir, vigilar y controlar el manejo y la destinación de los recursos del Sistema General de Participaciones en Salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud, sin perjuicio de las competencias de las entidades territoriales en la materia (24, 25).

- Establecer los procedimientos y reglas para la intervención técnica y/o administrativa de las instituciones que manejan recursos del SGSSS, sea para su liquidación o administración a través de la Superintendencia Nacional de Salud en los términos que señale el reglamento.
- Establecer las reglas y procedimientos para la liquidación de instituciones que manejan recursos del sector salud, que sean intervenidas para tal fin.
- Definir el Sistema Único de Habilitación, el Sistema de Garantía de la Calidad y el Sistema Único de Acreditación de Instituciones Prestadoras de Salud, Entidades Promotoras de Salud y otras Instituciones que manejan recursos del SGSSS.
- Establecer mecanismos y estrategias de participación social y promover el ejercicio pleno de los deberes y derechos de los ciudadanos en materia de salud.
- Definir las prioridades de la Nación y de las entidades territoriales en materia de Salud Pública y las acciones de obligatorio cumplimiento del Plan de Atención Básica (PAB), así como dirigir y coordinar la red nacional de laboratorios de salud pública, con la participación de las entidades territoriales” (26) .
- Adquirir, distribuir y garantizar el suministro oportuno de los biológicos del Plan Ampliado de Inmunizaciones (PAI), los insumos críticos para el control de vectores y los medicamentos para el manejo de los esquemas básicos de las enfermedades transmisibles y de control especial.
- Definir, implantar y evaluar la Política de Prestación de Servicios de Salud. En ejercicio de esta facultad regulará la oferta pública y privada de servicios, estableciendo las normas para controlar su crecimiento, mecanismos para la libre elección de prestadores por parte de los usuarios y la garantía de la calidad; así como la promoción de la organización de redes de prestación de servicios de salud, entre otros.
- Establecer el régimen para la habilitación de las instituciones prestadoras de servicio de salud en lo relativo a la construcción, remodelación y la ampliación o creación de nuevos servicios en los ya existentes, de acuerdo con la red de prestación de servicios pública y privada existente en el ámbito del respectivo departamento o distrito, atendiendo criterios de eficiencia, calidad y suficiencia.

Con estas formulaciones se revistió a la Nación de poderes que ayudaran a consolidar la política de Salud Pública en las entidades territoriales, de manera que fuera más descentralizada y tecnificada de acuerdo a los estándares nacionales.

Marco Normativo del Observatorio Nacional de Salud

Ley 1438 de 2011 *“Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.”*

Sobre la base del fortalecimiento de los lineamientos en Salud Pública, promoción y prevención y atención primaria en salud, la Ley ordena la elaboración del Plan Decenal de Salud Pública, la creación de la Comisión Intersectorial de Salud Pública con fines de coordinación intersectorial y crea igualmente en su Artículo 8 la creación del Observatorio Nacional de Salud (ONS) como una dirección del Instituto Nacional de Salud (INS).

De acuerdo a la Ley 1438 de 2011 en su Artículo 9 las funciones del ONS serán:

1. Hacer el monitoreo a los indicadores de Salud Pública para cada municipio y departamento, y brindar la información desagregada de resultados por asegurador, prestador y ente territorial.
2. Realizar el seguimiento a las condiciones de salud de la población colombiana, mediante el análisis de las variables e indicadores que recomienda la práctica sanitaria y la política pública en materia de condiciones de salud y prioridades en investigación y desarrollo en la materia.
3. Servir de soporte técnico a las autoridades del país, en materia de análisis de la situación de salud, para la toma de decisiones.
4. Realizar directa o indirectamente, evaluaciones periódicas sobre la situación de salud de las regiones de grupos poblacionales especiales, y hacer públicos los resultados.
5. Fortalecer el Sistema de Información Epidemiológica, con énfasis en las zonas de frontera.
6. Generar espacios de discusión de resultados y construcción de propuestas.
7. Formular recomendaciones, propuestas y advertencias de seguimiento al Ministerio de Salud y Protección Social y a la Comisión de Regulación en Salud, o a la entidad que haga sus veces.
8. Presentar reportes a las Comisiones Séptimas Conjuntas, de Cámara y Senado, antes de finalizar cada legislatura sobre todas las evaluaciones periódicas que realizaren.

Decreto 4109 de 2011 *“Por el cual se cambia la naturaleza jurídica del Instituto Nacional de Salud - INS y se determina su objeto y estructura.”*

El Instituto Nacional de Salud (INS) es una institución científico técnico de referencia nacional, que contribuye al mejoramiento de la salud de los colombianos a través de la generación de conocimiento y el monitoreo de la salud pública. Mediante el Decreto 4109 de 2011 cambió la naturaleza jurídica del INS pasando de ser un establecimiento público a un instituto científico y técnico, perteneciente al Sistema General de Seguridad Social en Salud y al Sistema Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación; estableció su objeto y estructura, incorporando competencia nuevas al INS como las funciones del ONS y de emisión de conceptos.

De conformidad con lo señalado en el Decreto Ley 4109 de 2011 en su carácter de autoridad científica técnica el INS tiene como objeto: (i) el desarrollo y la gestión del conocimiento científico en salud y biomedicina para contribuir a mejorar las condiciones de salud de las personas; (ii) realizar investigación científica básica y aplicada en salud y biomedicina; (iii) la promoción de la investigación científica, la innovación y la formulación de estudios de acuerdo con las prioridades de Salud Pública de conocimiento del Instituto; (iv) la vigilancia y seguridad sanitaria en los temas de su competencia; la producción de insumos biológicos; y (v) actuar como laboratorio nacional de referencia y coordinador de las redes especiales, en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud y del Sistema de ciencia. Tecnología e Innovación.

Una de las funciones más relevantes del INS es la “transferencia del conocimiento científico sobre la naturaleza, la etiología, las causas, la fisiopatología, la patogénesis, la epidemiología, y los riesgos de enfermedades de prioridad en Salud Pública, que permita acelerar el uso de ese conocimiento en estrategias de predicción, prevención, diagnóstico y tratamiento y control oportunos para el beneficio de la Salud Pública de la población humana.” En el marco de esta función se encuentra el ONS, cuya labor de información pública se ve reforzada por la necesidad de llevar el conocimiento científico al público en general.

Decreto 2774 de 2012 *“Por el cual se establece la estructura interna del Instituto Nacional de Salud-INS”*

De acuerdo con la reestructuración del INS, el Observatorio como su nueva Dirección debe desarrollar las siguientes funciones, adicionales a las otorgadas por la Ley 1438:

1. Dirigir, desarrollar y coordinar, en el marco de las competencias del Instituto, los procesos de transformación, divulgación, transferencia y apropiación del conocimiento en salud pública, que sirvan de soporte técnico para la toma de decisiones a las autoridades del país, en la materia.
2. Dirigir y promover la discusión, análisis e intercambio de conocimientos sobre la situación de la Salud Pública, generando espacios de discusión de resultados y construcción de propuestas en materia de Salud Pública.
3. Brindar los insumos a las direcciones técnicas para orientar las prioridades de investigación en Salud Pública y para la formulación de la política pública en materia de competencia del Instituto.
4. Divulgar semestralmente los resultados y tendencias de impacto alcanzados y utilizarlos como base para realizar la evaluación de impacto de gestión de resultados de todos los actores del Sistema y a través de éstos a los organismos internacionales.
5. Diseñar, desarrollar y ejecutar actividades de divulgación e información sobre los riesgos que deben ser tenidos en cuenta por las entidades, instituciones, comunidades y personas para la protección de la Salud Pública, en el marco de las competencias del Instituto.
6. Diseñar, promover y desarrollar programas de capacitación y entrenamiento que contribuyan al fortalecimiento de las competencias del recurso humano que presta servicios en Salud Pública.

Ley 1616 de 2013 *“Por medio de la cual se expide la Ley de Salud Mental y se dictan otras disposiciones”*

La Ley de Salud Mental tiene como objeto garantizar el ejercicio pleno del Derecho a la Salud Mental de la población colombiana, mediante la promoción de la salud y la prevención del trastorno mental, la Atención Integral e Integrada en Salud Mental en el ámbito del Sistema General de Seguridad Social en Salud y establece los criterios de política pública para la reformulación, implementación y evaluación de la Política Pública Nacional de Salud Mental.

Bajo este objeto, la Ley delega en el ONS las siguientes funciones:

1. Organizar un área clave de trabajo en Salud Mental y Consumo de Sustancias psicoactivas.
2. Generar información actualizada, válida, confiable y oportuna para la formulación de políticas y la orientación de intervenciones en el área de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas.
3. Permitir el diagnóstico de la situación de salud mental de la población colombiana a través del examen y evaluación de las tendencias y distribución de los indicadores de Salud Mental y de sus efectos sobre la salud y el desarrollo general del país.
4. Generar una plataforma tecnológica para la formación continua del talento humano en Salud Mental, el registro de indicadores y cifras en tiempo real, entre otras aplicaciones.

Igualmente la Ley integra el Observatorio de Salud Mental y Sustancias Psicoactivas del Ministerio de Salud y Protección Social al ONS.

Documentos de Consejo Nacional de Política Social y Económica

A través de la redacción de documentos técnicos de Política Social y Económica (CONPES) se le han otorgado al INS facultades técnicas de seguimiento de políticas públicas en salud. A continuación se relacionan algunos documentos CONPES que han delegado estas funciones específicas en el ONS.

Documento CONPES 140 *Modificación al CONPES Social 91 del 14 de Junio de 2005: “Metas y Estrategias de Colombia para el Logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio- 2015”.*

La actualización del Documento CONPES 91 a través del CONPES 140 formalizó los compromisos adquiridos frente a la Declaración del Milenio, adoptando indicadores y metas pertinentes de acuerdo a las condiciones nacionales. El INS hace parte de las fuentes de información para hacer el diagnóstico del cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en términos de Salud Pública. El ONS, al estar encargado de hacer el seguimiento a las condiciones del tema en el país, es quien parcialmente produce recoge y analiza los datos para producir los informes que sirven de base para la elaboración del diagnóstico.

Documento CONPES 155 del 30 de agosto de 2012 *Política Farmacéutica Nacional*

La Política Farmacéutica Nacional delinea las estrategias que buscan mejorar el acceso, oportunidad de dispensación, calidad y uso adecuado en función de las necesidades de la población independientemente de su capacidad de pago. En este aspecto, el CONPES en su primera estrategia de “Información confiable, oportuna y pública sobre acceso, precios, uso y calidad de los medicamentos”, señala como actividades el diseño y puesta en marcha de un Sistema Nacional de Información Farmacéutica sobre acceso, uso, calidad y precios. El Sistema deberá ser incorporado dentro del ONS antes del 31 de diciembre de 2015, este Sistema Nacional de información deberá nutrirse de:

1. Un mecanismo sistemático de valoración del mercado farmacéutico, en convenio con el DANE, discriminando el gasto público en medicamentos y de bolsillo; información que, incorporada al SISMED y a las cuentas satélites en salud, permitirá construir un índice de precios de medicamentos y su análisis por segmentos de mercado (gasto público y gasto de bolsillo). En el convenio con el DANE se incluirá la realización periódica de muestreo de precios de medicamentos a lo largo de la cadena de comercialización.
2. El diseño de un Sistema de información para la orientación de los ciudadanos que incluya un Vademécum Nacional del POS.
3. El diseño e implementación de un Sistema único de reporte de la información del gasto de la industria farmacéutica en promoción, publicidad y de la financiación de actividades educativas.
4. El diseño de un Sistema de información del INVIMA, que incluya las solicitudes de registro sanitario, información para prescriptores y usuarios y un Registro Nacional de Ensayos Clínicos.
5. El diseño de un plan de mejora del SISMED que incluya la codificación única de medicamentos, que facilite la comparación de precios.
6. Documento CONPES 161 del 12 de marzo de 2013 *Equidad de Género para las Mujeres*
7. El Documento CONPES presenta la Política Pública Nacional de Equidad de Género y precisa el Plan de Acción indicativo para el período 2013-2016, el cual incluye el Plan Integral para garantizar una vida libre de violencias. El INS en el Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila) ha llevado los registros de violencia de género.

En este sentido, el ONS está en capacidad de producir informes y analizar datos concernientes al fortalecimiento de la Política de Equidad de Género basado en los registros del Sivigila y en la información que recopile como Observatorio.

Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014

El Plan Nacional Desarrollo 2010-2014 (PND) “Prosperidad para Todos” está orientado a “consolidar la seguridad con el éxito de la paz final del cuatrienio, a la par con un gran salto de progreso social que traduce el dinamismo económico en crecimiento sostenido y sostenible, el crecimiento en más empleo formal, menos pobreza y, en definitiva mayor prosperidad para toda la población”. El desarrollo de la gestión propuesta se centra en cuatro ejes transversales:

1. Innovación
2. Buen Gobierno
3. Relevancia internacional
4. Sostenibilidad

Adicionalmente, en el Plan Nacional de Desarrollo se identifican tres pilares fundamentales que se asimilan a elementos de política, que permiten la articulación entre la guía para la acción (política) y los medios para alcanzar las metas propuestas (estrategias), estos son:

1. Crecimiento sostenido
2. Igualdad de oportunidades
3. Consolidación de la paz

El PND se ejecutará a través de cinco líneas estratégicas:

1. Convergencia y desarrollo regional
2. Crecimiento sostenible y competitividad
3. Igualdad de oportunidades para la prosperidad social
4. Consolidación para la paz
5. Sostenibilidad ambiental y prevención del riesgo.

El PND de 2010 -2014 hace referencia a los siguientes observatorios:

1. El Observatorio de Ciencia y Tecnología
2. El Observatorio Laboral para la Educación
3. El Observatorio Nacional de Logística de Cargas
4. El Observatorio Nacional de Seguridad Vial
5. La implementación de observatorios de precios del mercado inmobiliario.

Así mismo se describe el desarrollo de la red de observatorios y evaluación y ajuste de las estrategias existentes para el seguimiento al mercado laboral.

En el punto IV. Igualdad de Oportunidades para la Prosperidad Social, dentro de la línea de Política Integral de Desarrollo y Protección Social en el Componente de Niñez, Adolescencia y Juventud describe que se deberá incorporar procesos de investigación y gestión de conocimiento en adolescencia y juventud integrado a los sistemas y observatorios temáticos y poblacionales que operan en el nivel territorial y que permita de manera interinstitucional construir, validar y generar periódicamente información relevante, veraz y oportuna relacionada con el goce efectivo de los derechos de los jóvenes. Así mismo se hace referencia al Observatorio Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional.

También en el punto 6 del capítulo de acceso y calidad en salud: universal y sostenible, se hace referencia a que en su conjunto, el SGSSS presenta problemas de información; a pesar de que los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS) son de obligatorio reporte, los diferentes agentes no lo hacen con la periodicidad y calidad que se requiere, como parte del servicio ni exigible en las obligaciones y la acreditación de idoneidad para la prestación del servicio 231. A cambio, los RIPS deberían dar cuenta de la morbilidad de la población, las frecuencias de uso y de los precios transados en el mercado de prestación de los servicios de salud. El Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (SOGC) que se encuentra en consolidación, exhibe de deficiencias similares; esto deriva en la incapacidad para orientar la gestión a partir de procesos de planeación y la apropiada regulación y dirección del nuevo sistema. Por otra parte la alta dispersión normativa genera asimetrías de información entre los agentes, en particular al ciudadano, y riesgos de seguridad jurídica al interior del mismo.

En el punto de brindar atención oportuna y de calidad a los usuarios del SGSSS, se habla de que se fortalecerá el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad a partir de la evaluación del componente de habilitación para la revisión y eventual ajuste respecto de las condiciones técnico científicas exigibles a las IPS y EPS y a la conformación y operación de redes de prestadores de servicios; en la definición e implementación de un Plan Nacional de Mejora de la Calidad, con clara orientación hacia la obtención de resultados que puedan ser evaluados; fortaleciendo el Observatorio de la Calidad para informar a los usuarios; y estableciendo incentivos a la acreditación, priorizando el otorgamiento de créditos, descuentos en la tasa de vigilancia y reducción de aranceles para la modernización de servicios.

Por otra parte se hace referencia a la creación del Observatorio Nacional de Violencias, a cargo del Ministerio de la Protección Social, que permita investigar, documentar, Sistematizar, analizar, visibilizar, hacer seguimiento y monitoreo a la problemática de violencias con especial énfasis en las violencia basada en género intrafamiliar y sexual de la calidad para informar a los usuarios.

Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021

De acuerdo con el Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014, Colombia enfrenta grandes retos en el tema de salud pública, muchos de ellos originados en las grandes diferencias que existen entre regiones y entre grupos poblacionales. El Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 (PDSP) es una apuesta política por la equidad en salud, la cual se logra cuando todas las personas alcanzan su potencial de salud independientemente de sus condiciones sociales, culturales y económicas. El PDSP es producto del PND y busca la reducción de la inequidad en salud, planteando los siguientes objetivos:

1. Avanzar hacia la garantía del goce efectivo del derecho a la salud
2. Mejorar las condiciones de vida que modifican la situación de salud y disminuyen la carga de enfermedad existente
3. Mantener cero tolerancias frente a la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad evitable.

El PDSP plantea 10 dimensiones (8 dimensiones prioritarias y 2 transversales), cada una definidas, descrita por componentes, con objetivos específicos, metas y estrategias. Todo este constructo, en lo relativo a las funciones y compromisos del ONS se resume en la Tabla 1.

Tabla 1. Compromisos del ONS acorde con el PDSP 2012-2021

Tipo	Dimensión	Componente	Metas	Estrategias	Producto ONS
Prioritarias	Salud ambiental	Hábitat Saludable	En 2017. Priorizado las entidades territoriales según problemáticas de salud ambiental con el propósito de una atención integral de los determinantes ambientales de la salud	Políticas interinstitucionales e intersectoriales, para el fortalecimiento de la promoción y prevención, que permitan impactar determinantes sociales, ambientales y sanitarios, relacionados con salud ambiental	
		Situaciones en salud relacionadas con condiciones ambientales	Estudios de la carga ambiental de la enfermedad y costos en salud de los eventos priorizados relacionados con el agua, el aire, el saneamiento básico, la seguridad química, el riesgo biológico y tecnológico, con estrategias de intervención en el ámbito territorial	Investigación para la salud ambiental: construcción de redes de conocimiento, orientadas a generar información y conocimiento que Vigilancia Sanitaria. La cual debe trascender la inspección, vigilancia y control sanitario a modelos de gestión participativa, incorporando la promoción del cambio de hábitos y estilos de vida, la corresponsabilidad y el empoderamiento individual y colectivo Fortalecimiento de la vigilancia en Salud Pública e inteligencia epidemiológica para el análisis integrado de información de la carga ambiental de la enfermedad	Estudios de la carga ambiental de la enfermedad y costos en salud de los eventos priorizados

Tipo	Dimensión	Componente	Metas	Estrategias	Producto ONS
Prioritarias	Vida saludable y condiciones no transmisibles	Modos, condiciones y estilos de vida saludables	No hay específicas para el ONS	<p>Alianzas transectoriales para la promoción de modos, condiciones y estilos de vida saludable.</p> <p>Fortalecimiento de las capacidades técnica, científica y operativa, para el ejercicio de la rectoría y autoridad sanitaria.</p> <p>Movilización social y corresponsabilidad de actores, sectores y comunidades hacia la promoción de los modos, condiciones y estilos de vida saludable.</p> <p>Información, comunicación y educación que incentive la adopción de estilos de vida saludable.</p> <p>Protección de las políticas públicas de salud frente a los intereses de la industria tabacalera.</p> <p>Participación social activa.</p>	
		Condiciones crónicas prevalentes	<p>Sistema de análisis, seguimiento, monitoreo y evaluación de políticas, con enfoque DSS para ENT.</p> <p>Nodo de investigación</p>	<p>Desarrollo de procesos para la vigilancia, control, evaluación e investigación de los DSS, las ENT y alteraciones de la SBVAC.</p> <p>Desarrollar capacidades de investigación y evaluación en exposición, resultados, intervenciones y capacidad de respuesta en ENT y SBVA, en el marco del Sistema de CTel.</p>	Desarrollar capacidades de investigación y evaluación en exposición, resultados, intervenciones

Tipo	Dimensión	Componente	Metas	Estrategias	Producto ONS
Prioritarias	Seguridad alimentaria y nutricional	Disponibilidad y acceso a los alimentos	No hay específicas para el ONS	<p>Información, educación y comunicación: diseño e implementación de estrategias de gestión del conocimiento para la provisión de información clara, pertinente, eficaz y actualizada desde una perspectiva integral que incorpore cada uno de los aspectos que abarca la Seguridad Alimentaria y Nutricional.</p> <p>Seguimiento y evaluación: establecimiento y desarrollo del Sistema de seguimiento, monitoreo y evaluación desde el orden nacional, articulado a las metas e indicadores territoriales en los ejes establecidos por la Política y el Plan Nacional de SAN 2012-2019 y al Observatorio de Seguridad Alimentaria y Nutricional OSAN.</p>	Integración del observatorio de salud mental
		Consumo y aprovechamiento biológico de alimentos	No hay específicas para el ONS	<p>Información, educación y comunicación: diseño e implementación de estrategias de gestión del conocimiento para la provisión de información clara, pertinente, eficaz y actualizada desde una perspectiva integral que incorpore cada uno de los aspectos que abarca la Seguridad Alimentaria y Nutricional.</p> <p>Seguimiento y evaluación: establecimiento y desarrollo del Sistema de seguimiento, monitoreo y evaluación desde el orden nacional, articulado a las metas e indicadores territoriales en los ejes establecidos por la Política y el Plan Nacional de SAN 2012-2019 y al Observatorio de Seguridad Alimentaria y Nutricional OSAN.</p>	
		Inocuidad y calidad de los alimentos	No hay específicas para el ONS	<p>Fortalecimiento del Sistema de Vigilancia en Salud Pública: acciones sistemáticas y constantes de recolección, análisis, interpretación y divulgación de datos específicos relacionados con la salud, para su utilización en la planificación, ejecución y evaluación de la práctica en salud pública.</p> <p>Desarrollo de capacidades técnicas y analíticas y fortalecimiento de los laboratorios de análisis de alimentos, a fin de que estén en capacidad de vigilar y orientar la adopción de medidas adecuadas para proteger a los consumidores.</p> <p>Información, educación y comunicación (Decreto 3518 de 2006): proceso de elaboración, presentación y divulgación de mensajes adecuados para destinatarios concretos, con el fin de mejorar los conocimientos, técnicas y motivación necesarios para adoptar decisiones que mejoren la calidad e inocuidad de los alimentos.</p>	

Tipo	Dimensión	Componente	Metas	Estrategias	Producto ONS
Prioritarias	Convivencia social y salud mental	Promoción de la salud mental y la convivencia	No hay específicas para el ONS	Gestión del conocimiento en salud mental: incluye el fortalecimiento de la gestión de la información, la vigilancia epidemiológica de los factores protectores y la investigación en salud mental.	Integración del observatorio de salud mental
		Prevención y atención integral a problemas y trastornos mentales ya diferentes formas de violencia	No hay específicas para el ONS	Gestión del conocimiento que contempla la gestión de la información, la vigilancia epidemiológica y la investigación del impacto en la salud mental de las diferentes formas de violencia y de los problemas y trastornos mentales	

Tipo	Dimensión	Componente	Metas	Estrategias	Producto ONS
Prioritarias	Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos	Promoción de los derechos sexuales y reproductivos y equidad de género	No hay específicas para el ONS	<p>Información, educación y comunicación, fortalecimiento de redes</p> <p>Fortalecimiento institucional para el cumplimiento de la normatividad internacional y nacional para la protección y garantía de los derechos humanos, sexuales y reproductivos.</p> <p>Consolidación de la política de educación sexual, que involucre a toda la comunidad educativa (niñas, niños, adolescentes, jóvenes, padres, madres, cuidadores, profesorado y demás personas que se relacionan con las instituciones educativas).</p>	
		Prevención y atención integral en salud sexual y reproductiva desde un enfoque de derechos	El 80% de los municipios del país operará el Sistema de vigilancia en Salud Pública de la violencia intrafamiliar.	<p>Desarrollo de tecnologías de información y comunicación.</p> <p>Vigilancia en salud pública: fortalecimiento de Sistemas de información y gestión del conocimiento, ligado al Observatorio de maternidad segura, IVE, embarazo en adolescentes. Capacitación para la administración y uso de la información, análisis e interpretación de los datos y gestión de la información.</p> <p>Desarrollo Sistemas de información y gestión del conocimiento para la promoción de la Salud Sexual y Reproductiva de adolescentes y jóvenes</p> <p>Fomento de políticas y proyectos sectoriales, transectoriales y comunitarios para la prevención de la explotación sexual y comercial de niños, niñas y adolescentes, la trata de personas y el reclutamiento forzado, así como la atención integral de las víctimas.</p> <p>Fortalecer los Sistemas de evaluación de resultados de las políticas, mecanismos y planes de acción intersectoriales, que permitan conocer el impacto de estas acciones, especialmente las relacionadas con la Salud Sexual y Reproductiva de los y las adolescentes, ligado al Observatorio de maternidad segura, IVE y embarazo en adolescentes. Implica capacitación para la administración y uso de la información, análisis e interpretación de datos y gestión de la información.</p> <p>Observatorio de violencias.</p> <p>Gestión articulada de la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva; la Política Pública de Equidad de Género para las Mujeres; el Plan Integral para Garantizar a las Mujeres una Vida Libre de Violencias; el Programa para el Abordaje Integral en Salud de las Violencias de Género y los Lineamientos de Política Pública para la Garantía de los Derechos de las Mujeres Víctimas del Conflicto Armado.</p> <p>Análisis de Situación en Salud de las violencias de género y violencias sexuales.</p> <p>Coordinación sectorial, transectorial y comunitaria para la gestión de políticas públicas que promuevan los derechos sexuales y reproductivos.</p> <p>Información educación y comunicación para la reducción del estigma y la discriminación hacia personas que viven con VIH/SIDA.</p> <p>Vigilancia en Salud Pública y gestión del conocimiento, que incluye el fortalecimiento del Sistema de Información del Plan Nacional de Respuesta a la Infección de Transmisión Sexual por VIH/SIDA.</p>	

Tipo	Dimensión	Componente	Metas	Estrategias	Producto ONS
Prioritarias	Vida saludable y enfermedades transmisibles	Enfermedades emergentes, re-emergentes y desatendidas	No hay específicas para el ONS	Gestión integral para la promoción de la salud, prevención y control de las enfermedades emergentes, re-emergentes y desatendidas, que incluye: Desarrollo de diagnósticos institucionales y encuestas periódicas de prevalencia de las IAAS en unidades de cuidados intensivos, servicios quirúrgicos, gineco-obstétricos y en hospitalización. Levantamiento de líneas de base de prevalencia, conocimientos, actitudes y prácticas en geohelmintiasis, tracoma y otras enfermedades infecciosas desatendidas. Levantamiento de líneas de base de prevalencia, conocimientos, actitudes y prácticas en enfermedades de transmisión hídrica, del suelo y alimentaria.	Integración del observatorio de salud mental
		Enfermedades inmunoprevenibles	No hay específicas para el ONS	Generación de conocimiento que oriente la inclusión de nuevas vacunas, el monitoreo y evaluación del comportamiento de las enfermedades inmunoprevenibles y el impacto de la vacunación a nivel nacional y local. Implementación del Sistema de información nominal del Plan Ampliado de Inmunizaciones en todo el territorio nacional	
		Condiciones y situaciones endemo-epidémicas	No hay específicas para el ONS	Levantamiento de líneas de base de prevalencia, conocimientos, actitudes y prácticas en enfermedades transmitidas por vía sanguínea. Fortalecimiento de la inteligencia epidemiológica para el análisis integrado de información (morbimortalidad, agentes etiológicos y factores de riesgo (incluye entomología, reservorios u otros), que permita predecir, focalizar y estratificar las enfermedades emergentes, re-emergentes, inmunoprevenibles y endemo-epidémicas, articulando los sectores de salud, ambiente, transporte y agricultura. Desarrollo, fortalecimiento y articulación de los Sistemas de vigilancia en salud del sector y de otros sectores relacionados con el estudio, análisis, prevención y control de las enfermedades transmisibles, que incluye: implementación de Sistemas de información nominal y geográfica; planeación, gestión y evaluación de eventos contingenciales; vigilancia en Salud Pública comunitaria; vigilancia en puertos marítimos, aéreos y zonas de frontera; y de los patógenos de alta transmisibilidad y potencial epidémico.	

Tipo	Dimensión	Componente	Metas	Estrategias	Producto ONS
Prioritarias	Salud Pública en emergencias y desastres	Gestión integral de riesgos en emergencias y desastres	No hay específicas para el ONS		
		Respuesta en salud ante situaciones de emergencias y desastres	No hay específicas para el ONS	Fortalecimiento de la capacidad sectorial, transectorial y comunitaria para detectar y responder a eventos de importancia nacional e internacional: involucra información y comunicación sobre los patrones de riesgo, fortalecimiento de laboratorios y puntos de entrada en las fronteras.	

Tipo	Dimensión	Componente	Metas	Estrategias	Producto ONS
Prioritarias	Salud y ámbito laboral	Seguridad y salud en el trabajo	No hay específicas para el ONS		
		Situaciones prevalentes de origen laboral	Línea base de las enfermedades laborales, diagnosticadas por cada 100.000 trabajadores afiliados al Sistema General de Riesgos Laborales, en periodos bienales. Línea de investigación en salud en el ámbito laboral, que incluya las variables del mercado laboral, las tendencias de la macroeconomía y el desarrollo tecnológico	Educación, información y comunicación. Determinar los perfiles de morbilidad de la población trabajadora. Fomento de la vigilancia epidemiológica ocupacional. Plan Nacional para la Prevención del Cáncer Ocupacional. Fortalecimiento de la Investigación	Red del ONS integrada

Tipo	Dimensión	Componente	Metas	Estrategias	Producto ONS
Transversal	Gestión diferencial de poblaciones vulnerables	Desarrollo integral de las niñas, niños y adolescentes	<p>En 2015. Metas diferenciales de mortalidad infantil por territorio.</p> <p>En 2015. Metas diferenciales de mortalidad en menores de 5 años por territorio.</p> <p>En 2015 Metas diferenciales de mortalidad neonatal por territorio.</p> <p>En 2019. Definidas líneas de base y metas en la disminución de mortalidad y morbilidad evitables en niñas y niños de entre 6 y 10 años y en adolescentes (11 a 17 años).</p> <p>En 2016. Líneas de base nacional y territorial, del desarrollo infantil y de la condición de discapacidad de niñas, niños y adolescentes.</p> <p>En 2016. Líneas de base respecto a la situación de salud de las y los adolescentes</p> <p>En 2016. Línea de base de las brechas de equidad en los resultados en salud de niñas, niños y adolescentes.</p> <p>En 2016. 100% de los actores del sector salud implementan estrategias de seguimiento a los resultados en salud de las niñas, los niños y las y los adolescentes.</p>	<p>Estrategias de disminución de barreras de acceso a los servicios de salud</p> <p>Diagnóstico y abordaje específico por territorio de las barreras de acceso a la atención en salud a gestantes, mujeres lactantes, niñas, niños y adolescentes, desarrollando un proceso por fases que tenga como orientador los resultados en salud</p> <p>Estrategias de seguimiento a los resultados en salud</p> <p>Diseño de herramientas técnicas y metodológicas para la medición de resultados en salud en la primera infancia, infancia y adolescencia.</p> <p>Líneas de base e implementación de acciones de política dirigidas a la disminución de la morbilidad y mortalidad neonatal, infantil, de la niñez, de niñas y niños entre 6 y 10 años y adolescentes.</p> <p>Seguimiento y evaluación de la gestión para el desarrollo integral de niñas, niños y adolescentes</p> <p>Conocer la situación del desarrollo infantil y discapacidad, en el país y en los territorios, cuyos resultados orienten la toma de decisiones de política nacional y territorial.</p> <p>Estrategias de toma de decisiones basadas en la evidencia</p> <p>Análisis de la situación de derechos de niñas, niños y adolescentes y de los de determinantes sociales que la condicionan. El Análisis de Situación de Salud ASIS se articula en el territorio al Sistema Único de Información de Infancia SUIN.</p> <p>Evaluación de políticas públicas y agenda de investigación en infancia y adolescencia a nivel nacional y territorial como soporte a la continuidad, reorientación o diseño del marco de política pública.</p>	Incluir dentro de los análisis el componente diferencial de las poblaciones vulnerables
		Envejecimiento y vejez	En 2015 Establecido y aplicado las metodologías de análisis de las inequidades sociales en los diferentes momentos del ciclo de vida, para sustentar las estrategias de focalización de las políticas, planes y programas,	<p>Envejecimiento demográfico y dinámica poblacional para el desarrollo económico y social del país</p> <p>Fortalecer el Observatorio Nacional de Envejecimiento y Vejez para la identificación de líneas de base, seguimiento y evaluación de las estrategias y políticas dirigidas al bienestar de la población mayor y al desarrollo de estrategias de intervención para promover el envejecimiento activo de la población.</p> <p>Fortalecer el desarrollo de las temáticas de investigación y desarrollo tecnológico en el Plan Nacional de Ciencia y Tecnología.</p> <p>Desarrollar estudios para identificar las inequidades sociales en el ciclo de vida, en especial del grupo poblacional de personas mayores. Definición de criterios de focalización que orienten la formulación, implementación, seguimiento y evaluación de las políticas poblacionales.</p> <p>Definir líneas de investigación en envejecimiento y vejez que involucren tanto las instituciones gubernamentales, no gubernamentales, la sociedad civil, la academia, la cooperación internacional y el Observatorio de Envejecimiento y Vejez, buscando orientar acciones que potencialicen el alcance de las intervenciones de promoción de la salud y gestión del riesgo y gestión de la Salud Pública nacional y territorial de la población en envejecimiento y vejez.</p> <p>Fortalecimiento de la institucionalidad para responder equitativamente al goce efectivo de derechos y a las necesidades y demandas de las personas mayores.</p> <p>Diseño y puesta en marcha de un Sistema de evaluación de la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez, y de la Política Nacional de Apoyo y Fortalecimiento de las Familias.</p>	
		Salud y género	No hay específicas para el ONS	<p>Fortalecimiento de la institucionalidad para responder equitativamente al goce efectivo de derechos, necesidades y demandas</p> <p>Evaluación de equidad de género en salud, incorporando un análisis de indicadores en los observatorios de salud para que se examine la brecha entre hombres y mujeres de acuerdo con: 1) participación y oportunidades económicas; 2) nivel educativo; 3) participación y empoderamiento político; y 4) salud y supervivencia.</p>	

Tipo	Dimensión	Componente	Metas	Estrategias	Producto ONS
Transversal	Gestión diferencial de poblaciones vulnerables	Salud en poblaciones étnicas	No hay específicas para el ONS	<p>Planeación en salud con adecuación etnocultural</p> <p>Investigación sobre la situación en salud de los grupos étnicos, buscando orientar acciones que mantengan la salud, prevengan la enfermedad y la determinación social asociada, para formular estrategias y acciones que mejoren el estado de salud de estas poblaciones.</p> <p>Seguimiento y evaluación en salud a los grupos étnicos, mediante la implementación y desarrollo del Observatorio Nacional de Salud de las Etnias de Colombia, con el propósito de identificar las líneas de base, seguimiento y evaluación de las estrategias y políticas dirigidas al bienestar de los diferentes grupos étnicos.</p>	Incluir dentro de los análisis el componente diferencial de las poblaciones vulnerables
		Discapacidad	No hay específicas para el ONS	<p>Gestión de la información y el conocimiento en discapacidad</p> <p>Identificación de la línea de base para el seguimiento y evaluación de las acciones establecidas en el PDSP dirigidas al bienestar de las personas con discapacidad.</p> <p>Investigación permanente sobre la situación en salud de las personas con discapacidad, para prevenir la enfermedad mediante la intervención positiva de los DSS</p> <p>Seguimiento y evaluación en salud a las personas con discapacidad, incluyendo las variables que caracterizan a la población en los diferentes registros administrativos y de seguimiento liderados por el sector salud, con desarrollo e implementación del Observatorio Nacional e Intersectorial de Discapacidad para Colombia.</p>	
		Víctimas del conflicto armado interno	No hay específicas para el ONS	<p>Planeación en salud</p> <p>Implementación, seguimiento y evaluación del Observatorio Nacional de Víctimas y del Observatorio de Violencias, para la identificación de líneas de base, seguimiento y evaluación de las estrategias y políticas dirigidas al bienestar de las víctimas del conflicto armado.</p> <p>Investigación permanente de la situación en salud de las personas víctimas del conflicto armado, buscando orientar acciones que mantengan la salud y prevengan la enfermedad y la determinación social asociada para su intervención</p>	

Tipo	Dimensión	Componente	Metas	Estrategias	Producto ONS
Transversal	Fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la gestión de la salud	Fortalecimiento de la conducción		<p>Análisis de Situación de Salud ASIS, con enfoque de determinantes sociales:</p> <ul style="list-style-type: none"> _ Guíametodológica nacional: incluye la transferencia de metodológica de construcción y uso de la información, instrumentos y herramientas, y asistencia técnica, para la identificación de las desigualdades e inequidades en salud en lo local, distrital, departamental y nacional. _ Acceso al Sistema Integral de Información de la Protección Social SISPRO para uso de la información de los observatorios o consultas; y al sitio colaborativo del Plan Decenal de Salud Pública. <p>Fortalecimiento de las capacidades locales de gestión de la salud pública:</p> <ul style="list-style-type: none"> _ Desarrollo del curso de fortalecimiento de las competencias indelegables de la autoridad sanitaria: planeación territorial en salud, uso práctico del SISPRO para la gestión en salud, elaboración, uso y monitoreo del ASIS. 	
		Fortalecer la gestión administrativa y financiera		<p>Desarrollo de un mecanismo de seguimiento al costo por patología: por prestador, entidad territorial y por aseguradora.</p> <ul style="list-style-type: none"> _ Publicación del rango de frecuencias de uso por tipo de servicio, observadas. _ Desarrollo de Sistema de seguimiento al comportamiento estadístico y epidemiológico de tecnologías trazadoras, para identificar desviaciones en frecuencia o valor. <p>Desarrollo del Programa Nacional de Gestión del Policonsultador para ser implementado en todos los prestadores.</p> <p>Desarrollo del Sistema de Evaluación de Costo-Beneficio/ Efectividad de Tecnologías en Salud y los mecanismos de referenciación de mercado:</p> <ul style="list-style-type: none"> _ Implementación del IETS, y del proceso que incorpora en el Sistema la evaluación de toda nueva tecnología en salud que ingrese al país, más allá de la eficacia y las buenas prácticas de producción. 	

Tipo	Dimensión	Componente	Metas	Estrategias	Producto ONS
Transversal	Fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la gestión de la salud	Fortalecimiento de la autoridad sanitaria	Sistema de Información Integrado y Observatorios de Salud Pública, que serán utilizados como fuente única de información en salud por entidades territoriales, aseguradoras, prestadores de servicios de salud y organismos de control. Proveer información y evidencia sobre desigualdades sociales y económicas e inequidades en salud, para orientar políticas e intervenciones en los territorios y grupos vulnerables.	<p>Fortalecimiento de la regulación</p> <p>Plan de fortalecimiento de la rectoría nacional de la salud pública.</p> <p>Estrategia Nacional de Comunicación en Salud: concepto de mercadeo social, como estrategia de comunicación y modificación de comportamientos críticos de las poblaciones; se direcciona desde el Ministerio de Salud y Protección Social y se despliega en todo el territorio nacional.</p> <p>Desarrollo del Comité Nacional de Comunicación en Salud.</p> <p>Desarrollo del Sistema de información en salud SISPRO:</p> <p>Bodega de datos única en salud. Integra las bases de datos que contienen información de personas, recursos y cuentas en salud. Acceso a través del Sistema de observatorios temáticos, o su consolidación en el Observatorio Nacional de Salud o a través de consultas a cubos y sus salidas en tablas o mapas, para uso de todos los actores y sectores.</p> <p>Proceso de mejoramiento continuo de fuentes primarias de información en su calidad, cobertura y oportunidad. Gestión de cada fuente y convenios de cooperación interadministrativos con el DANE y otras entidades.</p> <p>Agenda nacional única de Estudios Poblacionales en Salud.</p> <p>Desarrollo del Sistema de Salud Electrónico, con todos sus componentes: e-learning (aprendizaje virtual), m-health (salud móvil), Telesalud, Inter-operabilidad, Semántica (codificaciones), Sintáctica (técnica), Portabilidad de datos clínicos mínimos en todo el territorio nacional</p> <p>Desarrollo del Sistema de Gestión del Conocimiento en Salud:</p> <p>Comité de investigaciones en salud para la priorización y orientación de la agenda nacional de los estudios poblacionales y ciencia, tecnología e innovación.</p> <p>Alianzas entre el Ministerio de Salud y Protección Social, instituciones de Educación Superior y demás actores pertinentes para el desarrollo de investigación y formación en Salud Pública y Sistemas de salud, orientadas a promover la oferta, la innovación, el desarrollo y la producción, tanto de medicamentos estratégicos como de servicios en salud de acuerdo con las necesidades nacionales.</p> <p>Posicionamiento de la Biblioteca Virtual en Salud BVS en diferentes los territorios del país, apropiando experiencias exitosas de promoción de la salud, gestión de riesgo en salud y gestión de la salud pública</p> <p>Estrategia de articulación intersectorial y transectorial:</p> <p>Abogacía con otros sectores para la reducción de inequidades sociales a través del abordaje de los DSS y sus beneficios para el desarrollo, salud y bienestar del país.</p>	Incluir dentro de los análisis el componente diferencial de las poblaciones vulnerables

Marco Estratégico Instituto Nacional de Salud

El INS cuenta con un Plan Estratégico articulado con las nuevas funciones establecidas en el Decreto 4109 de 2011 y los Decretos 2774 y 2775 de 2012, en el cual se enmarca las funciones del ONS. De igual forma el Plan Estratégico del Instituto Nacional de Salud se encuentra enmarcado dentro del Plan Estratégico Sectorial, el cual se construye mediante la identificación de las prioridades planeadas en el Plan Nacional de Desarrollo. Los objetivos del Plan Estratégico Sectorial son:

1. Promover el bienestar y vida saludable mediante la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, mitigación de riesgos y vigilancia en Salud Pública.
2. Contribuir al mejoramiento de los estándares de calidad de los servicios prestados por el Sistema de Seguridad Social en Salud.
3. Desarrollar mecanismos de promoción social y accesibilidad con equidad a los beneficios del Sistema de Protección Social con el fin de mejorar las condiciones de vida de las poblaciones vulnerables.
4. Implementar mecanismos orientados a garantizar la sostenibilidad financiera del Sistema Integral de Seguridad Social-SISS.
5. Promover la formalización empresarial y laboral.
6. Fomentar la creación de empleo y mejorar las condiciones de empleabilidad.
7. Fortalecer el SISS, mediante la promoción y aumento de cobertura de afiliación en materia de salud y bienestar, pensiones, riesgos profesionales, y el reconocimiento y/o pago de prestaciones económicas.
8. Fortalecer las instituciones del sector de la protección social y la rendición de cuentas en ejercicio del Buen Gobierno, en búsqueda de modernización, eficiencia y eficacia.
9. Fortalecer el Sistema de Prevención, Inspección, Vigilancia y Control del sector de Protección Social.

Dentro de estos objetivos el INS tiene contemplado desarrollar unas metas que contribuyen a alcanzar los objetivos propuestos dentro de la planeación sectorial. Una de las metas a 2014 dentro del objetivo sectorial “Fortalecer las instituciones del sector de la protección social y la rendición de cuentas en ejercicio del Buen Gobierno, en búsqueda de modernización, eficiencia y eficacia” se encuentra el diseño y la implementación del Observatorio Nacional de Salud.

En síntesis el ONS será (27):

1. Una herramienta de gestión orientada a proveer información oportuna, consistente y racional para el diseño, adopción control y seguimiento de las políticas de Salud Pública.
2. Información orientada al conocimiento oportuno y completo, así como a la solución de problemas de Salud Pública.
3. Mecanismo de articulación, procesamiento y análisis de la información que deben proveer los agentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud y quienes son responsables directos o indirectos de las acciones de Salud Pública.
4. Centro especializado de procesamiento y generación de datos de Salud Pública con un alto desarrollo de tecnologías de la información y la comunicación.
5. Instancia de articulación en red sobre información en salud pública.
6. Instancia soporte de generación, procesamiento y transmisión de información cuantitativa y cualitativa destinada a apoyar la planificación y adopción de acciones en Salud Pública.

De acuerdo con su misión y visión, el INS es el referente nacional e internacional en Salud Pública en el marco de la competencias de la Entidad. Esto implica que las funciones del ONS, no trascienden aquellas del INS sino que fortalecen el cumplimiento misional, ya que este se nutre de datos e informaciones suministradas por las áreas del INS y complementados para efectos del análisis, con datos oficiales producidos por actores externos que tengan relevancia en cada uno de los temas objeto de estudio.

Marco Teórico

Sistema de Información

La Información compartida es esencial para tener un Sistema de cuidado de la salud basado en el valor, como es el caso de un Sistema basado en calidad de cuidado y valor por dinero. La información puede ayudar a determinar con precisión cuáles aspectos del Sistema de salud local tiene un bajo desempeño, identificando objetivos de mejora y mejores prácticas (28). Los resultados de las investigaciones son esenciales para los tomadores de decisiones que evalúen reformas del Sistema de Salud, y el personal médico local que busca mejorar sus prácticas (29). Compartir la información en salud de manera eficiente es indispensable para la entrega afectiva del cuidado en salud (30). Las tecnologías de información aplicadas a la gestión del conocimiento se implantan para: codificar y compartir mejores prácticas, crear directorios corporativos de conocimiento, y redes de conocimiento.

Sistema de Vigilancia en Salud Pública

La vigilancia en Salud Pública se ha definido como la recolección, el análisis, la interpretación y la diseminación continua y sistemática de datos sobre la salud, para su uso en la planificación, ejecución y evaluación de prácticas en Salud Pública (31). Langmuir definió el término “vigilancia de la enfermedad”, como la recolección, el análisis y la difusión de datos sobre enfermedades específicas (32). Raska, consideró la vigilancia como “el estudio epidemiológico de la enfermedad visto como un proceso dinámico en el cual intervienen la ecología del agente infeccioso, del huésped, los reservorios, los vectores y el medio, así como los mecanismos complejos de los que depende la propagación de la infección y la difusión de esta propagación” (33). Entre los objetivos que tiene la vigilancia en Salud Pública figuran:

1. Detectar cambios agudos en la ocurrencia y distribución de las enfermedades
2. Identificar, cuantificar y monitorear las tendencias y patrones del proceso salud/enfermedad en las poblaciones
3. Observar los cambios en los patrones de ocurrencia de los agentes y huéspedes para la presencia de enfermedades.
4. Detectar cambios en las prácticas de salud.
5. Investigar y controlar las enfermedades.
6. Planear los programas de salud.
7. Evaluar las medidas de prevención y control.

Como características de la vigilancia se encuentran:

1. La recopilación sistemática de datos pertinentes
2. La consolidación ordenada y la evaluación de estos datos
3. La difusión rápida de los resultados para la toma de decisiones (34). Los usos de la vigilancia son de tres tipos: seguimiento de los eventos de salud, los vinculados con las acciones de Salud Pública y otros usos. Los de seguimiento de los eventos de salud, describen los patrones de ocurrencia de las enfermedades e incluyen:

1. La estimación de la magnitud de los eventos
2. La detección de los cambios agudos en la ocurrencia y distribución de las enfermedades
3. La identificación, cuantificación y monitoreo de las tendencias y patrones del proceso salud-enfermedad en las poblaciones
4. La observación de los cambios en los patrones de ocurrencia de los agentes y huéspedes para la presencia de enfermedades
5. La detección de los cambios en las prácticas de salud

Los vinculados con las acciones de salud pública, facilitan la evaluación e investigación de las medidas de prevención y control y entre ellos están:

1. La investigación y el control de las enfermedades.
2. La planeación de los programas de salud, el monitoreo de los cambios en la ocurrencia de las enfermedades en tiempo, lugar y persona, lo que permitirá a los servicios anticipar cuando y donde pueden ser requeridos los recursos y por lo tanto elaborar un plan para asignar los recursos adecuadamente para que sean efectivos.
3. La evaluación de las medidas de prevención y control.

Entre otros usos de la vigilancia están:

- Probar hipótesis, que son generadas por el análisis de los datos de vigilancia
- Registro histórico de la actividad de las enfermedades, útiles para desarrollar modelos estadísticos para predecir la factibilidad de las políticas propuestas para la erradicación de enfermedades.

La vigilancia en Salud Pública recurre a estrategias para responder a las necesidades programáticas, según el tipo de información que se necesite empleará vigilancia pasiva, vigilancia activa o vigilancia centinela.

Los ambientes en que funciona un Sistema de Vigilancia están conformados por: la población, la red de servicios de atención de salud y la autoridad de Salud Pública. El proceso comienza en la población donde ocurre la enfermedad y finaliza en la población donde se ejecutan las medidas de control de la enfermedad. La red de servicios de salud detecta, notifica y confirma los eventos de salud bajo vigilancia, luego a través de ella los programas de control ejecutan muchas de sus acciones. La operación eficiente del Sistema de Vigilancia depende en gran medida del nivel de organización, infraestructura, capacitación y compromiso de las redes de servicios de atención de salud locales (26). Respecto de los eventos a vigilar debe existir una priorización, considerando su especificidad, medición, y vulnerabilidad a la intervención. Específicamente, se ha sugerido que al escoger los eventos a vigilar debe tener en cuenta:

1. La importancia en Salud Pública.
2. La existencia de acciones específicas en Salud Pública que puedan ser tomadas.
3. La fácil disponibilidad de los datos relevantes para la vigilancia.

Para llevar a cabo estas labores, el Sistema de Vigilancia debe ser realista, oportuno y contar con una infraestructura mínima. En la práctica de la Salud Pública a nivel local se depende de la eficiencia de los sistemas de vigilancia, de la ejecución de actividades de investigación epidemiológica y de la coordinación con los programas de control. También debe estar apoyado en normas nacionales que sirven de guía para el funcionamiento del Sistema de Vigilancia, los programas de control y la población en general (35). Una vez se han precisado los eventos a vigilar, se desarrollan las distintas etapas de la vigilancia: la recolección de los datos, el análisis, la interpretación y la difusión de la información.

En general, los datos de vigilancia en Salud Pública son generados por un proceso continuo de recolección de datos sujetos a cambio; provienen de diversas fuentes de información y diversas unidades de notificación y poseen diversos niveles de calidad. Ante esta situación se ha recomendado realizar un control de calidad que permita monitorear la integridad, la consistencia, la uniformidad y la confiabilidad de los datos, considerando el subregistro, los sesgos y la duplicidad (35).

Una vez que se han realizado estas tareas así como el análisis, interpretación y difusión de la información, se procede a la realización de la evaluación del Sistema de Vigilancia, el cual deberá promover el mejor uso de los recursos de la Salud Pública para el control de enfermedades y daños a la salud en la población, asegurando que los problemas importantes estén bajo vigilancia y que los sistemas de vigilancia y de prevención y control funcionen eficientemente (35). Para la evaluación, como aspectos clave se pueden considerar los siguientes:

1. La importancia del evento sometido a vigilancia para la Salud Pública que depende de su magnitud (prevalencia), velocidad (incidencia), severidad (mortalidad, letalidad) y la factibilidad de ser prevenido, entre otras características.
2. La pertinencia de los objetivos y componentes de la vigilancia para la salud pública.
3. La utilidad de la información procesada.
4. El costo del Sistema.
5. La calidad del Sistema (atributos de calidad).

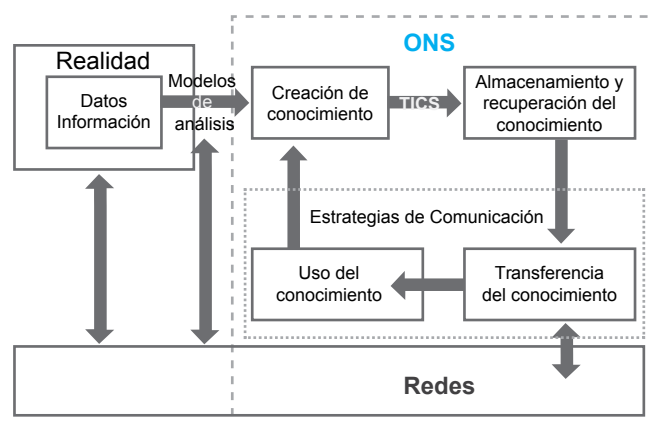
La evaluación del Sistema de Vigilancia dará lugar a propuestas de mejora de los puntos críticos detectados. Los ajustes o los cambios se pueden presentar en las fuentes de información, en la incorporación de nuevos eventos, en los avances tecnológicos y las situaciones de emergencia (35). Finalmente, los datos difundidos por un Sistema de vigilancia en Salud Pública se pueden utilizar para la toma de decisiones, la planificación de programas de salud inmediata y la evaluación, la elaboración de políticas y la formulación de hipótesis de investigación.

Gestión del Conocimiento

El conocimiento ha sido descrito desde una perspectiva jerárquica de datos, información y conocimiento, donde los datos son números crudos, la información son datos procesados y el conocimiento es información autenticada (36-38). Este conocimiento generalmente se asocia con información procesada en la mente de los individuos, por tanto se habla de información personalizada. La gestión del conocimiento se refiere a la identificación y aprovechamiento del conocimiento colectivo de una organización para mejorar la competitividad de la misma (39). El objetivo de la gestión de conocimiento es apoyar la creación, transferencia y aplicación del conocimiento en las organizaciones. La gestión del conocimiento aumenta la innovación y la respuesta de la organización (40).

La gestión de conocimiento ha sido ampliamente considerada como un proceso que involucra varias actividades. Por lo menos cuatro procesos básicos son considerados: creación, almacenamiento/recuperación, transferencia y aplicación del conocimiento (41). Esos cuatro procesos principales pueden ser divididos en creación de conocimiento interno, adquisición de conocimiento externo, almacenamiento de conocimiento en documentos o rutinas, actualización del conocimiento y compartir el conocimiento interna y externamente (42). Existe un rol potencial de la tecnología de la información en el apoyo del proceso de la gestión del conocimiento (42).

Figura 1. Proceso de gestión del conocimiento en salud del ONS de Colombia.



ONS: Observatorio Nacional de Salud; TICS: Tecnologías de la información y las comunicaciones.
Fuente: Observatorio Nacional de Salud. Colombia, 2013.

Sistemas de Gestión del Conocimiento

Este apartado hace referencia a un tipo de Sistemas de información aplicados a la gestión del conocimiento

Estado del Arte Observatorio Nacional de Salud

Definición de Observatorio

Según el diccionario de la Real Academia Española de la Lengua, un observatorio corresponde a *un lugar o posición que sirve para hacer observaciones; edificio con inclusión del personal e instrumentos apropiados y dedicados a observaciones, por lo común astronómicas o meteorológicas*. Aunque la palabra observatorio es bien entendida, no hay un consenso claro y ha habido poca discusión acerca de qué constituye un observatorio en muchos de los nuevos contextos donde se aplica el término (64). Hemmings y Wilkinson recomiendan que al usar este término desde la Salud Pública, especialmente como una institución, debe tenerse en cuenta los siguientes aspectos:

- La claridad acerca de la naturaleza de la institución, especialmente si es nueva. Hay que desarrollar una identidad para los observatorios, especialmente para que los actores que accedan a sus servicios, se adhieran a ellos más que ser organizaciones sombrilla que agrupan funciones bastante disímiles.
- Entendimiento entre las cuando ambas partes entienden en qué consiste un observatorio se facilita la negociación y la colaboración entre los diferentes actores.
- Evitar la tendencia creciente a llamar a muchas instituciones observatorios, lo cual resulta peligroso al volverse un cliché y olvidar la sustancia de un observatorio.
- La observación es un componente importante de los observatorios, no se puede confundir con que los observatorios son entidades puramente pasivas. Los observatorios hacen que los investigadores sean proactivos, y que provean fuertes mensajes políticos que informen la toma de decisiones.

Hay aspectos claves de los observatorios en Salud Pública que los distinguen de otras instituciones relacionadas (registros de enfermedad, departamentos académicos de salud pública). Los Observatorios de Salud Pública sirven para combinar las calidades de la Salud Pública basada en la academia y en el Estado para proveer inteligencia en salud relevante y de alta calidad. Proporcionan información confiable en cortos lapsos de tiempo. No son necesariamente grandes repositorios de datos, sino que sintetizan los datos existentes e identifican áreas clave específicas para la recolección de información adicional, disponiendo la información para consulta. Tienden a ser autónomos y son capaces de desarrollar su propia agenda. Más que el tamaño de su planta de personal su impacto se relaciona con el tamaño de las redes conocimiento. Se debe definir prioridades pues las demandas pueden resultar excesivas.

Tipos de Observatorio

En la actualidad existen una gran cantidad y variedad de iniciativas de observatorios de salud en el mundo, las experiencias son variadas en cuanto a sus objetivos, estructura, estrategias, actores, etc. En general, la mayoría tiene un interés específico en un grupo poblacional o un tema, por ejemplo, son notables las iniciativas de equidad de género y salud, los temas como salud mental, salud sexual y reproductiva, violencia, ambiente y salud, recursos humanos y salud, entre otros. Se destacan, en la primera parte de esta sección, cinco observatorios internacionales que se autodenominan como de salud, sin ninguna especificidad temática y que tienen un reconocimiento internacional. En la segunda parte se señalan las principales conclusiones derivadas del Primer Encuentro Nacional de Observatorios, convocado por el ONS y realizado en las instalaciones del INS del 15 a 17 de mayo de 2013. En este encuentro se presentaron distintas experiencias de observatorios del país y en escenarios internacionales y se discutieron distintos aspectos relacionados con la implementación de un observatorio de salud.

Desarrollo de Observatorios Nacionales de Salud

De acuerdo con Florenze (citada por Lazo) el primer Observatorio Regional de Salud Pública, surgió en Francia en 1974, con el objetivo de proveer información relevante para ayudar en el proceso de toma de decisiones en el área de Salud Pública y políticas sociales. Según la misma autora, en 1990 se organizó el primer observatorio inglés con el propósito de proveer de “inteligencia” en Salud Pública mediante la generación de información, descripción y análisis del contexto y posibles perspectivas futuras (66).

Red de Observatorios de salud Pública, Inglaterra

En la actualidad, Inglaterra, continúa destacándose por sus sistemas de información y análisis de situación de salud. En ese sentido, se destaca la Red de Observatorios de Salud Pública, compuesta por observatorios regionales que tienen gran importancia en términos de información para la toma de decisiones de los gobiernos locales y el gobierno nacional (65).

Esta Red de Observatorios, comenzó a hacer parte de Salud Pública de Inglaterra (*PHE*, por sus siglas en inglés),

en abril de 2013. *PHE* se define como una agencia ejecutiva del departamento de Salud Pública de Inglaterra, cuya misión fundamental es proteger y mejorar la salud de la nación y hacer frente a las desigualdades. En este contexto la Red de Observatorios de Salud Pública, se constituye en una herramienta fundamental de inteligencia en salud.

En cuanto a su estructura este observatorio tiene un vínculo directo con el ejecutivo y los gobiernos locales del país, pero señalan tener una estructura que garantiza la independencia, lo que les permite tener información imparcial, basada en evidencia, para el gobierno y la comunidad. Cuentan con un equipo de investigadores de aproximadamente 5.500 profesionales. Entre sus objetivos centrales se encuentran: ofrecer productos científicamente válidos, de calidad garantizada e innovadores que apoyen la toma de decisiones, incrementar el conocimiento y la comprensión de la salud de la población y de las desigualdades sociales en salud, aumentar las habilidades del recurso humano que trabaja en inteligencia en Salud Pública en el área local, mediante capacitación y desarrollo.

El observatorio tiene productos de distinto tipo entre los que se encuentran publicaciones de temas específicos, las cuales incluyen, en su mayoría, análisis de desigualdades sociales en salud; publicación de guías de indicadores; y de seguimiento de resultados en salud con énfasis en medición de desigualdades, dirigidas principalmente a los profesionales de Salud Pública del área local, además tienen bases de datos disponibles para ser analizados por los gobiernos locales (67). En cuanto a la divulgación de la información, existe acceso de todos los documentos producidos a través de internet y se infiere que existen mecanismos formales de interacción con los principales usuarios de la información, como los gobiernos locales y nacionales.

Observatorio Europeo de Políticas y Sistemas de Salud

Otro importante observatorio de relevancia internacional es el Observatorio Europeo de Políticas y Sistemas de Salud, en su página de internet señalan que su objetivo principal es soportar y proveer evidencia para la formulación de políticas de salud a través de análisis riguroso y comprensivos sobre la dinámica del Sistema de salud en Europa por medio de una relación directa con los hacedores de políticas. Enfatizan en que persiguen el beneficio del público con unos altos estándares éticos.

En relación con su estructura el Observatorio, está conformado por una asociación que incluye los gobiernos de Austria, Bélgica, Finlandia, Irlanda, Países Bajos, Noruega, Eslovenia, España, Suecia y el Reino Unido, la región del Véneto, en Italia, la Unión Nacional Francesa de Seguros de Enfermedad, la Organización Mundial de la Salud, la Comisión Europea, el Banco Europeo de Inversiones, el Banco Mundial, la Escuela de Economía y Ciencias Políticas de Londres y la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres. Dicha asociación está liderada por la Oficina Regional para Europa de la OMS. Señalan que está compuesto por un comité directivo, un equipo central de gestión, un grupo de investigación en políticas, la secretaría se encuentra en Bruselas y tiene oficinas en la escuela de economía y ciencias políticas de Londres y la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres y la Universidad Técnica de Berlín.

Mencionan entre sus objetivos y estrategias el trabajo colaborativo con investigadores, centros de investigación, gobiernos y organizaciones internacionales para describir y analizar los sistemas de salud y los cambios que estos experimentan; analizar la experiencia de toda Europa para priorizar aspectos de política; analizar la experiencia de países desarrollados fuera de Europa para hacer comparaciones que permitan tomar decisiones basadas en la evidencia; reunir una amplia gama de académicos, responsables políticos y profesionales para analizar las tendencias de políticas de salud y las reformas. Se enfatiza en la necesidad de los otros para actuar; tener una comunicación efectiva con los responsables de las políticas a través de una serie de estrategias de difusión; fomentando debates sobre los asuntos planteados por el desarrollo de las investigaciones, entre otros. Resaltan además una serie de valores y principios que orientan al observatorio y que reflejan elementos éticos vinculados a sus investigaciones. Entre estos principios se encuentran:

- Investigación para el beneficio público: producción de evidencia para la toma de decisiones. Se comparte con el público los resultados de sus investigaciones.
- Integridad: hace referencia a un trabajo honesto, particularmente en las relaciones internas y externas.
- Responsabilidad: compromiso y responsabilidad de las acciones ante el público y disponibilidad de sometimiento al escrutinio de distintos actores sociales.

- Equidad: se refiere a que las prácticas del observatorio son internamente justas e incluyentes en relación con sus miembros. En tal sentido promueven activamente la participación de personas de todos distintos orígenes, etnias, clases y culturas.

Entre sus productos se encuentran diversidad de publicaciones en su mayoría con aspectos de política pública con un énfasis especial en el tema de evaluación tanto de políticas de salud como de efectos en salud de políticas de otros sectores, se evidencia a través de sus publicaciones un interés especial en el tema de salud en todas las políticas.

Observatorio de Salud para América Latina y el Caribe

En América Latina se destaca la iniciativa del Observatorio de Salud para América Latina y el Caribe, el cual se concibe como un “espacio para el desarrollo y la promoción de la métrica y evaluación en salud que brinda información útil, evidencias robustas y aplicables para los tomadores de decisión, investigadores e interesados de organismos públicos, civiles y académicos”. Se trata, como ellos mismos señalan, de un organismo de que desde “la sociedad civil”, pretende incrementar la capacidad y la calidad de respuesta de las sociedades de la región ante los retos en salud y demandas de la población, a través de un proyecto enfocado en aprovechar las nuevas tecnologías y las mayores posibilidades de acceso para el manejo de datos y espacios virtuales.

Con respecto a su composición, el Observatorio nació el segundo semestre de 2007, gracias al aporte de la Fundación Carlos Slim, el Instituto Carso de la Salud (ICS) y la Fundación Mexicana para la Salud (Funsalud). El proyecto de creación estuvo asociado con los esfuerzos del Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), de la Universidad de Washington, en EUA, y concerta apoyos y alianzas con otras instituciones y organismos. En cuanto a su estructura la definen como un esquema concéntrico cuyo núcleo operativo se conforma por el entrecruzamiento de apoyos, recursos, compromisos e intercambios acordados con socios y aliados institucionales; un segundo nivel se define por el trabajo de varias redes de expertos, que a su vez garantiza y soporta la conexión con un tercer nivel de redes regionales y locales de colaboración. Adicionalmente a través de su portal de internet, pretenden impulsar un cuarto nivel

donde todos los usuarios permanentes o esporádicos del portal, se acerquen a lo que denominan una nueva forma de pensar, hacer y decir la información y la evaluación de la salud, que ellos definen como una cultura de la métrica para la innovación.

En este sentido entre sus objetivos primordiales se encuentran: promover una nueva cultura en la generación de información para la toma de decisiones efectivas en salud, facilitar el uso y el acceso a la información en salud relevante para evaluar el desempeño de los sistemas de salud, desarrollar metodologías y generar evidencias que contribuyan a una mejor toma de decisiones en el sector salud e impulsar el fortalecimiento institucional y el desarrollo de las capacidades locales para la generación de las evidencias en salud. En general el interés fundamental de este Observatorio radica en las metodologías de medición, construcción de indicadores y el uso de las tecnologías de información para el análisis de situación de salud. Hacen énfasis en la “evidencia científica de información en salud”.

Se señala que cuenta con cuatro componentes de trabajo, que son: medición, monitoreo y análisis de la salud de la población y el desempeño de los Sistemas de salud; Banco de Información en Salud; Áreas de Revisiones Sistemáticas de Políticas y Estudios Prospectivos y formación de Recurso Humano y fortalecimiento de capacidades locales para la métrica en salud. Entre sus productos se destacan:

1. Diagnósticos de la región en diversas metodologías e instrumentos de medición de la salud de la población y los Sistemas de salud.
2. Sistematizaciones de estudios específicos de países o problemáticas en salud que se generen en la región.
3. Difusión de las experiencias e intercambios metodológicos y técnicas de las reuniones de las redes de expertos e investigadores.

Observatorios de la OMS y la OPS

Otras iniciativas importantes por la condición de ser organismos multilaterales, son los observatorios de salud la OMS y la OPS. El primero se denomina Observatorio Mundial de Salud y el segundo Observatorio Regional de Salud. Ambos consisten básicamente en una plataforma virtual. El Observatorio de la OMS se concibe como una puerta de entrada a estadísticas y datos de los países con énfasis en estimaciones comparables, análisis con respecto a tenden-

cias así como información relacionada con temáticas específicas como los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) relacionados con la salud, la mortalidad y la carga de morbilidad, los Sistemas de salud, la salud medioambiental, las enfermedades infecciosas y las no transmisibles, la equidad sanitaria, la violencia y las lesiones. Estas líneas temáticas contienen información acerca de la situación y las tendencias mundiales mediante indicadores básicos que se actualizan regularmente; datos sobre cada tema, y en particular los perfiles de los países y una galería de mapas; publicaciones relacionadas con el tema enlaces a páginas web pertinentes, tanto de la OMS como ajenas a ella.

Entre sus productos se encuentran también bases de datos que contienen un acceso a un repositorio interactivo de estadísticas sanitarias en el que los usuarios pueden consultar indicadores, información sobre temas de salud, países y regiones que requieran y a las tablas correspondientes en formato *Excel*. Adicionalmente publican informes analíticos sobre temas de salud prioritarios, tales como la publicación anual de Estadísticas Sanitarias Mundiales, en la que se compilan estadísticas sobre los principales indicadores sanitarios. Los informes analíticos abordan temas transversales, como la salud de la mujer, entre otros. En cuanto al observatorio de la OPS, funciona básicamente con los mismos principios que el Observatorio Mundial de la Salud, pero con información relacionada con los países miembros de la OPS. En esta medida el observatorio tiene productos como la situación y tendencias de salud en la región de las Américas, mortalidad y causas de defunción. También trata temas como salud materna, salud en la infancia, enfermedades no transmisibles, entre otros. Contiene además bases de datos con información recolectada en los países miembros. Estas bases tienen un grupo de 114 indicadores de aspectos demográficos, socioeconómicos, de morbilidad, mortalidad, factores de riesgo, de cobertura y acceso a servicios de salud, entre otros (OPS).

Clasificación de los observatorios

Los observatorios revisados se pueden clasificar en tres modelos de observatorios señaladas por Lazo ((Lazo, Gonzales, propuesta teórico-metodológica de observatorios de políticas públicas en salud). USAID. 2008, a saber:

1. Observatorios como instrumento de los agentes gubernamentales a cargo de las políticas públicas en salud, proporcionándoles información relevante necesaria (“inteligencia sanitaria”) para la toma de decisiones. En esta categoría se ubican la red de observatorios de Londres y el observatorio europeo de políticas públicas y como señala el mismo Lazo, resultan ser dependencias del aparato gubernamental, generalmente regional, con enlaces o redes nacionales o internacionales.

2. Observatorios como redes de generación de conocimiento científico en torno a la salud pública, con énfasis en el desarrollo de la investigación, tanto académica como operativa, contribuyendo además a la formación de investigadores y difusión e intercambio de conocimientos. Según Lazo, esta clase de observatorios se han constituido básicamente a partir de universidades, y algunos de ellos han incursionado también en el análisis del impacto de las políticas públicas y en algún grado de incidencia desde el espacio académico. El Observatorio de Salud de América Latina y el Caribe podría ubicarse en esta categoría, una de las ventajas de este tipo de observatorios puede ser su independencia y legitimidad.

3. Observatorios como instrumentos de fortalecimiento de las capacidades democráticas de la sociedad civil para exigir gestión pública honesta y transparente, buscando dotar a sus organizaciones y en general a la ciudadanía de información relevante para su ejercicio del Derecho a la Salud para a través de dos mecanismos: la petición de cuentas de la gestión y la incidencia en la formación de la política pública en salud. Entre los observatorios descritos no hay experiencias de este tipo, sin embargo, dentro de sus propósitos también se encuentra que el conocimiento producido llegue a distintos actores sociales para promover el debate alrededor de la situación de salud, sus determinantes y las intervenciones.

Tabla 2. Clasificación de los observatorios, de acuerdo a las categorías de Lazo

Clasificación	Observatorio
Instrumento de agentes gubernamentales	Red de Observatorios de salud Pública, Inglaterra Observatorio Europeo de Políticas y Sistemas de Salud
Redes de generación de conocimiento científico	Observatorio de salud de América Latina y el Caribe
Instrumentos de fortalecimiento de capacidades democráticas	

Balance del encuentro Nacional de Observatorios

A partir de la relatoría de la reunión, se establecieron cuatro ejes temáticos centrales que comprenden aspectos relevantes de la experiencia y opiniones de los participantes del evento y que permiten entender los distintos aportes y limitaciones de las experiencias. Los ejes temáticos identificados fueron:

1. Estructura y organización de los observatorios
2. Objetivos centrales
3. Referentes teóricos.
4. Uso de Fuentes de información e indicadores

Se señalan además a partir de la categorización realizada, las principales recomendaciones brindadas por los invitados, destacando algunas tensiones y desacuerdos.

Estructura y organización

La relevancia de las iniciativas gubernamentales

La mayoría de las experiencias presentadas se originaron por iniciativa de instituciones del Estado, ya sea locales o nacionales, algunas de ellas como las soportadas en decretos o acuerdos. Por ejemplo el Observatorio de Equidad para la Calidad de Vida y Salud que es liderado por la Secretaría Distrital de Salud en un convenio con el Centro de Investigaciones y Desarrollo (CID) de la Universidad Nacional de Colombia, se formalizó a través de acuerdo del Consejo Distrital. De manera similar el Observatorio de Enfermedades Crónicas de Pasto, también tiene respaldo en un acuerdo del consejo municipal, otros como el Observatorio Nacional de Cáncer, el Observatorio Intersectorial de Embarazo en Adolescentes tienen asiento en normativas como el CONPES y leyes particulares. Otras experiencias como la de Cisalva, que no tienen necesariamente respaldo legal, si tienen un fuerte vínculo con instituciones estatales, cercanas al tema de trabajo. De manera similar el Observatorio de Salud Pública de Santander tiene respaldo de la gobernación y dos alcaldías, además de vínculos con entidades privadas.

Por su parte la iniciativa de Así Vamos en Salud, se diferencia del resto, en que es una iniciativa privada o, como ellos mismos la denominan, desde “la sociedad civil”. Lo

que puede generar debilidades en términos de acceso a la información oficial, como también lo reconocen. En términos generales, el vínculo con instituciones de gobierno tanto nacional como local, se valora como positivo, en el sentido de que estos vínculos facilitan el acceso a la información y la comunicación con los tomadores de decisiones.

Organización operativa: estructuras horizontales y la importancia del trabajo en red

Aunque no todos los asistentes expresaron detalles de la forma en que están organizados para operar, en general, la mayoría de los observatorios tienen unos equipos de trabajo, con estructuras horizontales y trabajo en red. En este sentido, hay equipos técnicos conformados por funcionarios de las instituciones involucradas, en algunos casos de trabajo exclusivo en el observatorio y en otros, como en el caso del Observatorio para la Calidad de Vida y Salud del Distrito, por profesionales que realizan actividades adicionales al trabajo en el Observatorio, en este caso, adicionalmente existe un consejo consultivo conformado por todas las instituciones públicas relacionadas con el mismo. En relación con los observatorios que funcionan bajo el liderazgo del MSPS, se señala la existencia de equipos, pero no se dan detalles de su funcionamiento.

Los proyectos de Cisalva, Así Vamos en Salud, y el Observatorio de Enfermedades crónicas de Pasto, resaltan la importancia del trabajo en red, primordialmente para la obtención de información. Estos comparten una estructura similar de funcionamiento por comités o áreas temáticas que se especializan en las tareas técnicas o científicas y las administrativas y de comunicación. En general, se entiende que las estructuras organizativas que han establecido, les han permitido un trabajo articulado y de cierta manera independiente de los intereses de las instancias de gobierno local o nacional con las cuales están involucrados, sin embargo este aspecto de la independencia se planteó como un reto importante para los observatorios participantes y para el ONS.

No se mencionó en detalle la cantidad y tipo de recurso humano con los cuales cuenta los observatorios y sus formas de contratación o vínculo con estos. Se percibe que son, en general, equipos pequeños de profesionales con experiencia en investigación, pero no es clara su forma de vinculación. Solo las representantes de la iniciativa de Así Vamos

en Salud y del Observatorio de Enfermedades Crónicas de Pasto hicieron mención al tema, el primero en el sentido de la escases de recurso humano para realizar un recolección de información en los municipios y el segundo en relación con las dificultades de la alta rotación de personal, aunque no se mencionaron las razones de esta situación.

Objetivos centrales

La toma de decisiones con base en la evidencia,
como fin principal

En términos generales todas las experiencias comparten como propósito principal la producción de información que permita la toma de decisiones con evidencia, atendiendo a las particularidades de cada Observatorio. Sin embargo en el planteamiento de sus objetivos se reflejan algunas diferencias que evidencian distintas nociones de observatorios así como de enfoques de análisis, al respecto se señaló:

“consolidar, analizar, producir y divulgar información con calidad y ser el referente que permite alertar y orientar a la sociedad, los actores claves y los tomadores de decisiones sobre las acciones y políticas pertinentes para el embarazo adolescente.” Observatorio Intersectorial de embarazo en Adolescentes.

“Promover la formulación de las políticas públicas distritales, con orientación hacia la equidad en calidad de vida y salud, Observatorio de Equidad para la Calidad de Vida y Salud de Bogotá.

De tal manera, algunas de las experiencias incluyen dentro de sus objetivos actividades relacionadas con el control y supervisión como el Observatorio Nacional de Discapacidad que define como su objetivo: “como una herramienta que pretende promover, proteger y supervisar los derechos de las personas con discapacidad” . Observatorio Nacional de Discapacidad.

“vigilar los procesos de atención, las tecnologías y los medicamentos utilizados, e intensificar la gestión de conocimiento y la investigación para formular políticas y destinar con eficiencia recursos para el abordaje y control de la enfermedad” Observatorio Nacional de Cáncer.

De manera similar el Observatorio de Enfermedades Crónicas de Pasto, hace referencia al control social y en un sentido más político y amplio el Observatorio de Equidad hace referencia a la movilización social: “análisis, discusión y divulgación de los temas de salud que puedan respaldar y orientar el proceso de toma de decisión, incorporar acciones de control social” Observatorio de Enfermedades Crónicas de Pasto

“...aportar elementos para la movilización social e institucional por la equidad en calidad de vida y salud en el Distrito Capital...” Observatorio para la Calidad de Vida y Salud.

La mayoría de las experiencias tienen como el principal receptor de la información producida las entidades de gobierno local o nacional con capacidad de toma de decisiones. Dos observatorios plantean dentro de sus objetivos el desarrollo de Sistemas de información:

“Diseñar e implementar un Sistema de información en salud para entender la carga de las enfermedades crónicas en Pasto”

“Actualizar y analizar los indicadores de salud de la población, Desarrollar Sistemas de Información en Salud, garantizar la consistencia y la permanencia de los Sistemas de información en el departamento de Santander.”

Aquellas experiencias que tienen un vínculo más estrecho con universidades, como el Observatorio de Equidad para la calidad de Vida y Salud y el Observatorio de Salud Pública de Santander, plantean de manera explícita entre sus objetivos, la formulación y desarrollo de proyectos de investigación, aspecto que no es tan evidente en el resto de experiencias, las cuales enfatizan en la producción de información, actualización de indicadores, desarrollo de Sistemas de información y divulgación de la información. Como se mencionó, las experiencias presentadas comparten el objetivo de producir evidencia para la toma de decisiones. Dependiendo de su origen y vínculos hay aspectos que los diferencian en términos de las nociones de observatorios y sus alcances.

Referentes teóricos: reflexión limitada

En relación con este aspecto, es importante mencionar que en general, este no parece ser un tema central de reflexión. Solo el Observatorio de Equidad para la Calidad de Vida y Salud, por su misma esencia, señaló una orientación teórica particular (Amartya Sen, Martha Nussbaum), y el Observatorio de Enfermedades Crónicas de Pasto que mencionó que realizaban análisis de determinantes sociales.

En este sentido se evidenció, como se notará más adelante, un mayor interés en lo referente a las fuentes de información que a una opción teórica particular. De acuerdo a lo manifestado se puede entender que las metodologías de análisis están orientadas por los métodos epidemiológicos, con interés en la identificación de factores de riesgo. Llama la atención que conceptos como las desigualdades, exceptuando el Observatorio de Equidad del Distrito, o determinantes sociales de la salud, no fueron mencionados en las presentaciones de las experiencias particulares, estos fueron mencionados en el marco de la discusión del panel sobre medición de inequidades en salud.

Al respecto se señalaron los siguientes aspectos:

1. La definición de inequidad, y en este contexto la importancia de que el ONS defina lo que se puede considerar como injusto.
2. La importancia de entender las características, ventajas y desventajas de los indicadores o métricas usadas. En tal sentido, uno de los expertos, recomienda el uso de la fracción atribuible poblacional.
3. La necesidad de que los análisis permitan identificar las formas más apropiadas de intervención en el contexto de las inequidades

Las fuentes de información e indicadores

Se realizó una amplia mención en relación con el tema de las fuentes de información, especialmente en el panel de discusión. En general, los observatorios utilizan fuentes de información oficiales a las cuales tengan acceso, varias críticas se realizaron a algunas fuentes de información oficial disponibles como los RIPS. Además se señaló la necesidad de ser críticos con el dato, se habló de subregistro, información errónea y se mencionó la posibilidad de que el ONS pueda aportar elementos para mejorar la información oficial que hace parte de las bases de datos del MSPS. Así mismo se cuestionó las posibilidades de tener datos de una calidad

aceptable En una opinión contraria, uno de los expertos internacionales manifestó desacuerdo con la pretensión de la perfección del dato, “hay que trabajar con lo que se tiene” señaló. En relación con el tema de indicadores se señalaron algunas recomendaciones generales en cuanto al tipo, cantidad y aplicabilidad. De tal manera se mencionó la necesidad de contar con indicadores potencialmente modificables y “políticamente importantes”

Las fronteras y las posibilidades de interlocución con los vecinos

En relación con el tema de fronteras, se destacó la experiencia de los Sistemas de información y observatorios en Salud Pública en la frontera entre México y Estados Unidos. Se señalaron tres elementos claves de esta experiencia: la Importancia de consenso con los Estados con los cuales México tiene fronteras con Estados Unidos, esto en el contexto de las complejas diferencias culturales sociales, así como de organización político-administrativa, las cuales han implicado un esfuerzo para establecer acuerdos en relación con el flujo de información, indicadores, obligatoriedad, confidencialidad. Etc; un segundo aspecto, está relacionado con la posibilidad de establecer Sistemas de información binacionales, que va más allá del intercambio de información. Entre los Sistemas binacionales en el marco de esta experiencia se destacan: el Sistema Binacional de Enfermedades Infecciosas (BIDS), y el Sistema de Detección Temprana de Enfermedades Infecciosas (IDEDS), surgido después de ataques bioterroristas con el propósito de ampliar sus Sistemas de seguridad y el programa “Healthy Gente” sobre metas saludables.

Otro punto es el relacionado con la definición de indicadores, para lo cual también se han requerido la conjunción de voluntades para el establecimiento y uso de los mismos. Al respecto se insistió en la necesidad de indicadores que favorezcan la toma de decisiones. Por último se destacó la necesidad de un Plan de Medios. En cuanto a la experiencia de Colombia no queda claro el estado de acuerdos binacionales, se mencionaron de los aspectos formales relacionados con un Sistema de Información de Fronteras y las proyecciones del Sistema, entre las que se subraya, el acercamiento a potenciales facilitadores como la Oficina de Tecnología de la información y la comunicación (TICS), la elaboración del plan de análisis, la definición y concertación de indicadores.

Recomendaciones generales

Las principales recomendaciones dadas por los invitados como aportes para el funcionamiento del ONS, estuvieron centradas fundamentalmente en los siguientes aspectos:

1. La importancia de definir claramente el concepto de observatorio y precisar las diferencias con el Sistema de vigilancia y el Sistema de información.
2. Realizar trabajo en red, lo cual implica un vínculo estrecho con distintos actores y en especial con los observatorios regionales. Se recomendó trabajar con grupos temáticos y con quienes inicialmente expresen interés. La red debe tener un carácter incluyente y el ONS debe definir también su alcance en términos de compromisos con la red, "No se puede hacer todo para todos", expresó en este sentido uno de los expertos.
3. Definir las fronteras entre las iniciativas del MSPS y la actividad del ONS. Se recomienda realizar concertación sobre competencia y el alcance del ONS en este contexto.

En relación con el manejo de la información se señaló que el ONS puede realizar importantes contribuciones en cuanto a la verificación de la calidad del dato, es decir en su integridad, oportunidad y confiabilidad, así como en articular la información que se encuentra dispersa y proporcionar información comprensible para los tomadores de decisiones del contexto local y el contexto nacional. En relación con los aspectos analíticos se señaló la necesidad de avanzar en los análisis de inequidades y determinantes sociales. Al respecto se resaltó la importancia de mirar no solo los aspectos relacionados con la prestación de servicios de salud individuales, sino también lo relacionado con los procesos de determinación social. Para esto, en opinión de algunos de los expertos, sería necesario contar con datos nominales y no solos agrupados, para otros, por el contrario, se puede avanzar con la información disponible.

A este respecto se mencionó también la necesidad de contar con indicadores que permitan la toma de decisiones. Uno de los expertos señaló la importancia de desarrollar el tema de distribución de recurso humano en salud. En términos generales los asistentes vieron de manera positiva el encuentro y los posibles aportes que el ONS puede prestar a la toma de decisiones tanto en el contexto local como nacional. Las principales preocupaciones y desacuerdos, como se mencionó, estuvieron relacionados con los siguientes aspectos:

1. Debilidades y limitaciones de los registros de información.
2. Definición de competencias entre el MPSS y el ONS.
3. Independencia del ONS frente a diversos intereses, especialmente del Gobierno Nacional.

Estructura del ONS

El Observatorio Nacional de Salud es una de las cinco direcciones del Instituto Nacional de Salud (Figura 2).

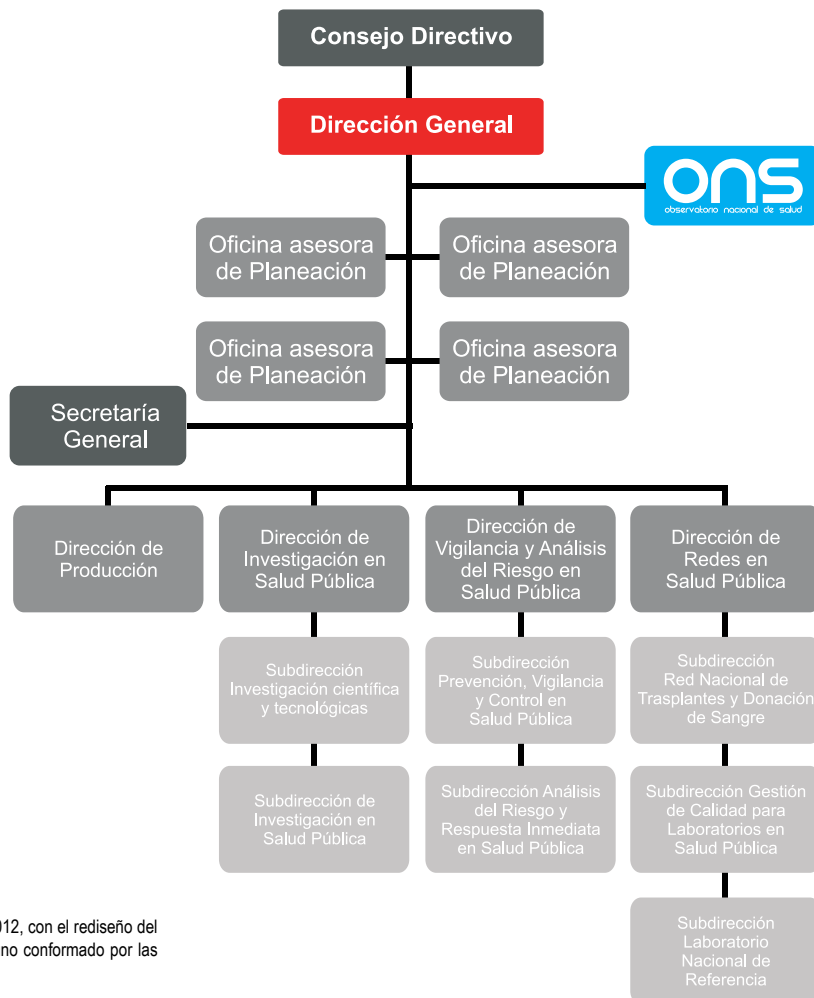
Líneas temáticas

En la Tabla 3 se presentan las líneas temáticas definidas por el ONS de acuerdo a las funciones establecidas, por ley y las funciones usuales de los observatorios de salud, de acuerdo a la revisión bibliográfica.

Tabla 3. Líneas temáticas del Observatorio Nacional de Salud

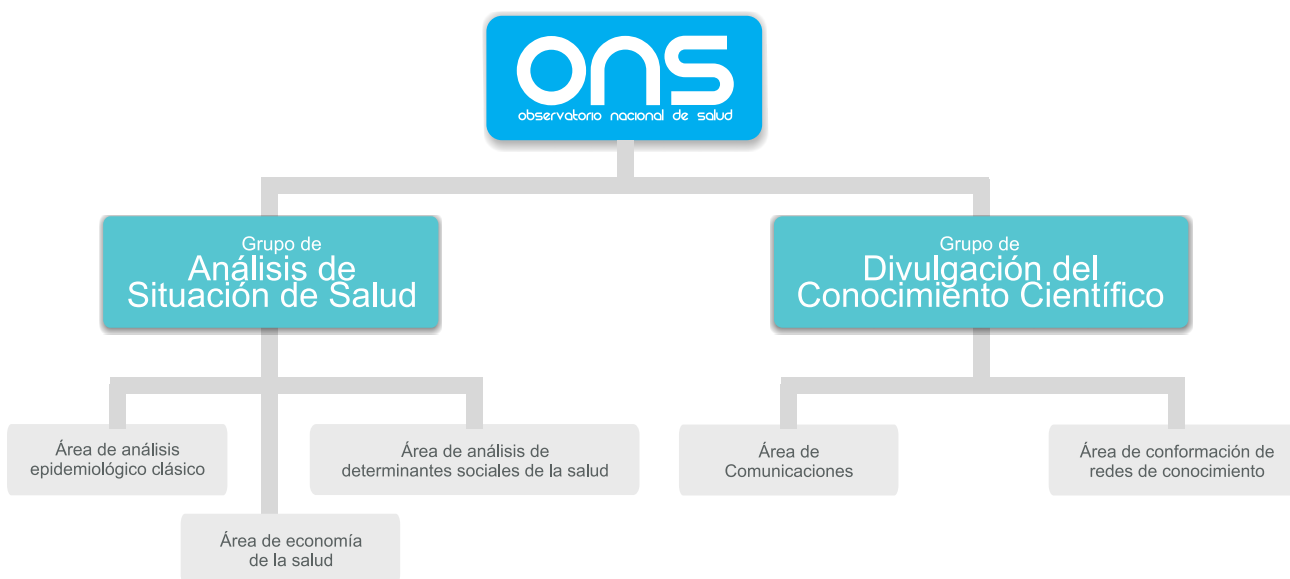
Grupo	Área	Línea temática
Análisis	Análisis epidemiológico clásico	Carga de enfermedad
		Análisis de mortalidad
		Análisis ecológicos
		Estudios de casos y controles
	Análisis de determinantes sociales en salud	Análisis de desigualdades
		Análisis de inequidades
		Evaluación de políticas públicas
		Análisis cualitativos
	Economía de la salud	Evaluación de costo
		Evaluación de costo-efectividad
		Evaluación de costo-efectividad extendida (con consideraciones de equidad)
		Modelación de desenlaces en salud
	Comunicaciones	Estrategia de comunicaciones
Divulgación y apropiación del conocimiento científico		
Divulgación	Redes	Análisis de redes
		Divulgación y apropiación del conocimiento científico

Figura 2. Organigrama del instituto Nacional de Salud y la ubicación del Observatorio Nacional de Salud de acuerdo al rediseño.



Como una de esas dos direcciones de acuerdo al decreto 2774 de 2012, con el rediseño del INS, La dirección del ONS está conformado por dos grupos, cada uno conformado por las siguientes áreas (Figura 3):

1. Grupo de análisis de situación de salud
 - a. Área de análisis epidemiológico clásico
 - b. Área de análisis de determinantes sociales de la salud
 - c. Área de economía de la salud
2. Grupo de divulgación del conocimiento científico
 - a. Área de Comunicaciones
 - b. Área de conformación de redes de conocimiento



Plataforma Estratégica ONS

Misión

Realizar el análisis de la situación de salud del país y hacer el monitoreo de los indicadores relevantes en salud pública, contribuyendo a la toma de decisiones y proporcionando elementos para la formulación y evaluación de políticas públicas en salud.

Visión

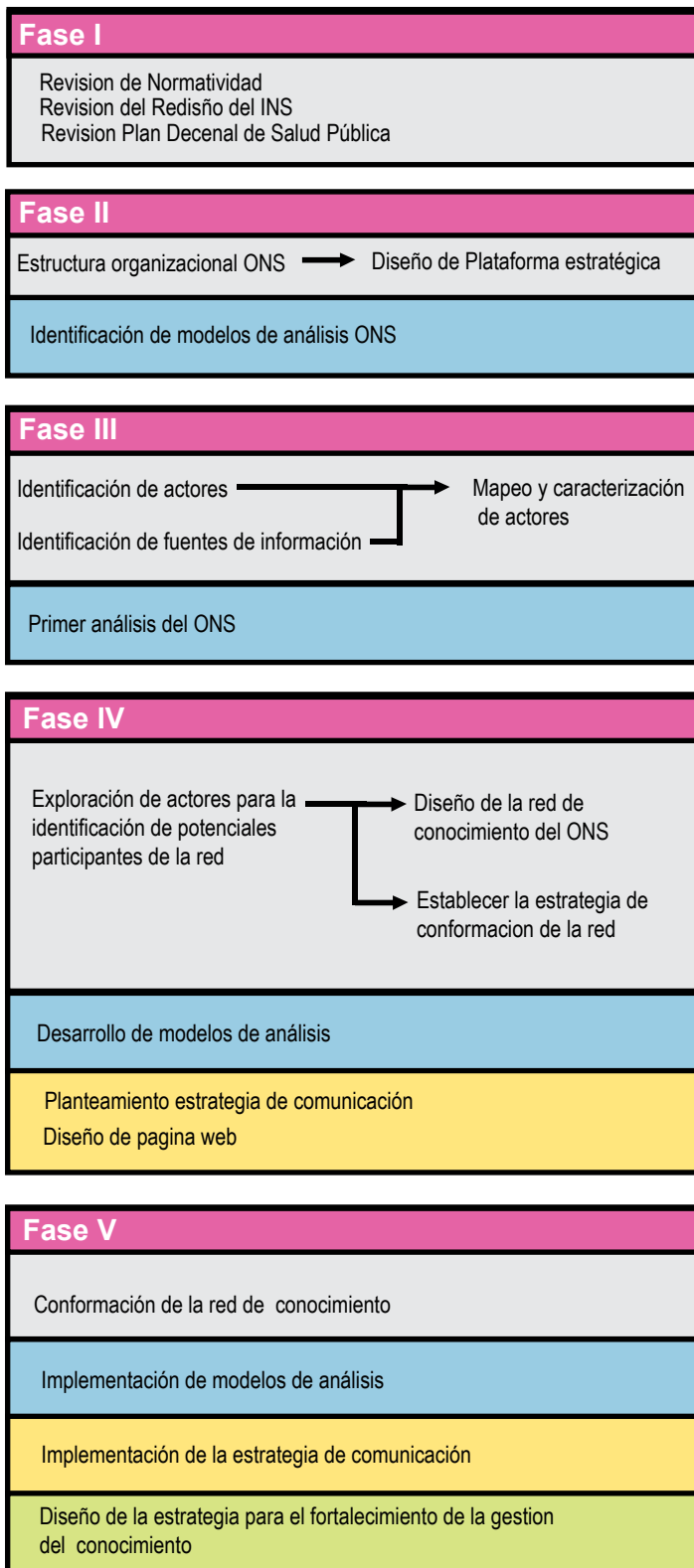
Ser un observatorio de referencia nacional, líder en el desarrollo de la gestión del conocimiento para la generación y uso de los análisis en salud, por medio de la implementación de modelos de análisis de carga de enfermedad, inequidades en salud y de determinantes sociales de la salud, contribuyendo a la toma de decisiones y proporcionando elementos para la formulación y evaluación de políticas públicas en salud.

Objetivo Estratégico

Gestionar conocimiento sobre la situación de salud de la población colombiana con el fin de hacer propuestas para la toma de decisiones y formulación de políticas en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud y el Sistema Nacional de Ciencia Tecnología e Innovación.

Plan de implementación

Figura 9. Diagrama de flujo del diseño e implementación del Observatorio Nacional de Salud



Fuente: Observatorio Nacional de Salud

Estrategía de comunicaciones

El Observatorio Nacional de Salud desarrolla su labor dentro del marco de fortalecimiento y estructuración de los procesos de investigación, análisis y gestión del conocimiento en salud del país, permitiendo satisfacer las necesidades de información de los tomadores de decisiones. La gestión del conocimiento en salud, además de generar conocimiento, requiere del trabajo conjunto con diversos actores a través de la conformación de redes de conocimiento científico y posicionamiento de la imagen del ONS mediante una estrategia de comunicaciones enmarcada dentro del Plan Estratégico de Comunicaciones del INS. La estrategia de comunicaciones del ONS corresponde a una serie de actividades programadas; implementadas con base en intereses y necesidades definidos dentro de un espacio y tiempos establecidos.

Objetivo General

El objetivo general de la estrategia de comunicaciones del ONS es divulgar y generar apropiación social de los resultados del análisis de los temas de salud pública hechos por el equipo de trabajo del ONS o canalizados a través de la red de conocimiento científico del ONS, mediante la correcta producción de mensajes que sean un medio efectivo para la transferencia del conocimiento a los públicos objetivos.

Objetivos Específicos

Los objetivos específicos de la estrategia de comunicaciones del ONS son:

1. Apoyar los procesos de creación, almacenamiento/recuperación, transferencia e implementación del conocimiento científico generado o canalizado por el ONS.
2. Identificar y contactar los públicos con los que se socialicen y discutan los resultados de los diferentes procesos de análisis en Salud Pública realizados por el ONS, realizando la transferencia de conocimiento con mensajes específicos para cada audiencia.

La estrategia de comunicaciones del ONS, tiene como uno de los pilares de su trabajo, los principios de gestión de conocimiento y estrategias comunicativas de la Organización Panamericana de la Salud, a saber (68):

1. El conocimiento, análisis, y la evaluación científica en salud son esenciales para la economía, la sociedad y el desarrollo de la ciencia y la tecnología.

2. La comunicación y la gestión del conocimiento son herramientas poderosas para promover el cambio individual, social, y político y para el desarrollo de sistemas de salud que continuamente implementen y tomen decisiones basados en la evidencia.
3. Las áreas de comunicación y gestión del conocimiento contribuyen a la salud de las naciones visibilizando la evidencia, y los cambios en las nuevas tecnologías.
4. El uso de las herramientas correctas de comunicación permite la captura y promoción del conocimiento que tienen los establecimientos en Salud Pública.
5. El manejo de estrategias de comunicación por parte de los estados como una herramienta para el logro y el mantenimiento de la salud, no debe verse limitado y optimizar su impacto.
6. La población vulnerable debe verse beneficiada con el uso de correctas herramientas comunicativas para obtener información sobre salud oportuna y de calidad.
7. Los tomadores de decisiones deben estar familiarizados con el rol, logros, impactos y oportunidades del trabajo en salud y la gestión del conocimiento en el tema.
8. Todos los publicables y medios de comunicación electrónica, se utilizarán para una correcta difusión de información en salud y gestión del conocimiento hacia los públicos objetivos.
9. La estrategia de comunicación debe generar vínculos y operatividad entre las fuentes de información.
10. La gestión de conocimiento y la estrategia de comunicación deben tener espacios de producción descentralizada sobre los productos de información científica.

Algunas de las acciones necesarias para la estrategia de comunicaciones del ONS son:

1. Construcción de la Imagen Corporativa del ONS basados en la misión, visión y objetivos del mismo y en coordinación con la política de comunicaciones del INS y del Ministerio de Salud y Protección Social.
2. Comunicación constante de la visión y misión del ONS, así como de sus objetivos en el corto y mediano plazo a través de mensajes efectivos que lleguen al público en general.
3. Promoción del reconocimiento del ONS en los tomadores de decisiones en materia de Salud Pública, a través del establecimiento de canales de comunicación con oficinas de prensa y comunicaciones de las entidades identificadas.
4. Uso de las redes del conocimiento científico en Salud Pública para establecer y mantener relaciones con los actores

de la red.

5. Capacitación en el uso de herramientas de divulgación al equipo del ONS.
6. Establecimiento de mecanismos de comunicación con los medios identificados para visibilizar y posicionar al ONS con el público y la sociedad en general.
7. Fomento de espacios de discusión con pares estratégicos para el desarrollo de estrategias conjuntas de comunicación en Salud Pública.
8. Monitoreo y evaluación de la estrategia de comunicaciones a partir del impacto del mensaje comunicado.
9. Actualización periódica de la estrategia de comunicaciones con base en los resultados del monitoreo y evaluación.

Referencias

1. Gattini C. Implementación de observatorios Nacionales. Enfoque operacional y recomendaciones estratégicas. . Washington DC: Organización Panamericana de la Salud. ; 2009. Available from: http://new.paho.org/chi/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=102&Itemid=.
2. Institute for Health Metrics and Evaluation. The Global Burden of Disease: Generating Evidence, Guiding Policy. Seattle, WA2013.
3. Cantú Martínez PC, Jiménez Salas Z, Rojas Márquez JM. Epidemiología, el discurrir del estado de salud-enfermedad. RESPYN, revista de Salud Pública y nutrición. 2001 Octubre-Diciembre 2001;2(4).
4. Toro Zapata M, García Areiza O, Sánchez Mora J, Moreno Florián R. Años de vida potencialmente perdidos por la población del Municipio de Itagüí, año 2005. Medellín: CES, Facultad de Medicina, división de salud pública; 2007.
5. Organización Panamericana de la Salud. Salud en Sudamérica Edición de 2012. Panorama de la situación de salud y de las políticas y Sistemas de salud. WDC2012. Available from: [http://new.paho.org/chi/images/PDFs/salud_en_sam_2012_\(ene.13\).pdf](http://new.paho.org/chi/images/PDFs/salud_en_sam_2012_(ene.13).pdf).
6. Organización Panamericana de la Salud. Agenda de Salud en las Américas 2008-2017. WDC2008. Available from: <http://www.paho.org>.
7. Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas 2007. Washington DC2007. Available from: <http://www.paho.org/hia/SAvol1esp.zip>.
8. Organización Panamericana de la Salud, editor. Informe Anual de la Directora 2008. La planificación de acciones de salud pública. Una visión colectiva y un compromiso para lograr una salud mejor. WDC: OPS: WDC; 2008.
9. MSPS. Guía Metodológica para Registros, Observatorios, Sistemas de Seguimiento y Salas Situacionales Nacionales en Salud. Documento preliminar. In: Demografía DdEy, editor.2013.
10. Haupt A, Kane T. Guía rápida de población. En: Population Referent Bureau, . Cuarta. ed. Washington. 2004 p. 25-31.
11. Rodríguez J. Descripción de la mortalidad por departamentos. Colombia, 2000. Bogotá: Centro de Proyectos para el Desarrollo; 2005.
12. Murray CJL, World Health Organization. Summary measures of population health : concepts, ethics, measurement, and applications. Geneva: World Health Organization; 2002.

13. Murray CJ, Vos T, Lozano R, Naghavi M, Flaxman AD, Michaud C, et al. Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2012 Dec 15;380(9859):2197-223.
14. Arias Gómez RD, Bonmati AN. La mortalidad evitable como indicador de desempeño de la política sanitaria Colombia: 1985-2001: Universidad de Antioquia; 2008.
15. Hernández NP. A cinco años de la reforma del Sistema colombiano ¿ qué ha pasado con el derecho a la salud? en *La salud está grave: una visión desde los derechos humanos*. Plataforma Colombiana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo, Bogotá. 1999.
16. Corsi Otálora C, Franco S. La reforma de la reforma en salud. *La Salud Pública hoy: enfoques y dilemas contemporáneos en Salud Pública* Op cit. 2003.
17. JL LDLC. ¿ Que sigue después 27. de la Ley 100. Franco-Agudelo S *La salud publica hoy: enfoques y dilemas contemporáneos en Salud Pública* Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. 2003:436-7.
18. SENTENCIA T-760 DE 2008.
19. Restrepo JH. ¿ Qué cambió en la seguridad social con la Ley 1122? *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*. 2007;25(1):82-9.
20. L. T. Ley 1438 de 2011, críticas a la normativa sobre salud. 2011.
21. Congreso de Colombia. Qué son las leyes estatutarias. 2013; Available from: <http://www.camara.gov.co/portal2011/preguntas-frecuentes/166-ique-son-las-leyes-estatutarias>.
22. Gómez R. Conferencia. Análisis de los proyectos de reforma en salud 2013. Instituto Nacional de Salud, Bogotá, Colombia. [Conferencia]. 2013 29/04/2012.
23. Moya J, Risi Junior JB, Martinello A. Salas de situación de salud: Compartiendo las experiencias de Brasil. 2010.
24. Salud CMd. Decreto 1281 de 2002, junio 19, por el cual se expiden las normas que regulan los flujos de caja y la utilización oportuna y eficiente de los recursos del sector salud y su utilización en la prestación. Ministerio de Salud; 2002.
25. Por el cual se dictan disposiciones para asegurar el flujo ágil y efectivo de los recursos que financian y cofinancian el régimen subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud, Stat. Decreto Nacional 1965 (2010).
26. Mediante la cual se reglamenta la participación de los Grupos Étnicos en el Sistema General de Seguridad Social en Colombia, Stat. Ley 691 (2001).
27. Instituto Nacional de Salud. Estudio técnico para la modernización administrativa del INS.
28. Smith. P.C aUHK. Information Strategies for Decentralisation, Decentralisation in HealthCare, World Health Organisation. Genova. 2006
29. Co-operation OfE, Development. Improving Health Sector Efficiency: The Role of Information and Communication Technologies: OECD; 2010.
30. America loMCoQoHCi. Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century: National Academies Press; 2001.
31. Teutsch SM, Thacker SB. Planning a public health surveillance system. *Epidemiological bulletin*. 1995;16(1):1.
32. Langmuir AD. The surveillance of communicable diseases of national importance. *The New England journal of medicine*. 1963;268:182.
33. Raska K. Le concept de surveillance épidémiologique des maladies transmissibles. *Seminaire Interregional sur les méthodes de surveillance épidémiologique des maladies transmissibles* Praga: OMS CD/WP/701[Links]. 1970.
34. Organization WH. Report of the technical discussions at the twenty-first World Health Assembly on 'National and Global Surveillance of Communicable Diseases'. A21/ Technical Discussions/5 Geneva: WHO. 1968.
35. Salud OPdI. Módulo de Principios de Epidemiología para el Control de las Enfermedades. Serie Paltex Washington; 2002.
36. Dretske FI. *Precis of Knowledge and the Flow of Information*. Behavioral and Brain Sciences. 1983;6(1):55-63.
37. Machlup F. *Knowledge: Its creation, distribution, and economic significance*: Princeton University Press Princeton, NJ; 1980.
38. Vance D. Information, knowledge and wisdom: The epistemic hierarchy and computer-based information systems. *AMCIS 1997 Proceedings*. 1997:124.
39. Von Krogh G. Care in. *California management review*. 1998;40(3):133.
40. Hackbarth G. The impact of organizational memory on IT systems. 1998.
41. Alavi M, Tiwana A. Knowledge management: the information technology dimension. *The Blackwell handbook of organizational learning and knowledge management*. 2003:104-21.

42. Alavi M, Leidner DE. REVIEW: KNOWLEDGE MANAGEMENT AND KNOWLEDGE MANAGEMENT SYSTEMS: CONCEPTUAL FOUNDATIONS AND RESEARCH ISSUES. *MIS Quarterly*. 2001;25(1):107-36.
43. Burt RS. The social structure of competition. *Networks and organizations: Structure, form, and action*. 1992:57-91.
44. Putnam RD. *Bowling alone: The collapse and revival of American community*: Simon and Schuster; 2001.
45. Portes A, Sensenbrenner J. Embeddedness and immigration: Notes on the social determinants of economic action. *American journal of sociology*. 1993:1320-50.
46. Saxenian A. *Regional advantage: Culture and competition in Silicon Valley and Route 128*: Harvard University Press; 1996.
47. Owen-Smith J, Powell WW. Knowledge networks as channels and conduits: The effects of spillovers in the Boston biotechnology community. *Organization Science*. 2004;15(1):5-21.
48. Coleman JS, Katz E, Menzel H. *Medical innovation: A diffusion study*: Bobbs-Merrill Company New York, NY; 1966.
49. Thomas RJ. Estimating market growth for new products: An analogical diffusion model approach. *Journal of Product Innovation Management*. 1985;2(1):45-55.
50. Strang D, Macy MW. In *Search of Excellence: Fads, Success Stories, and Adaptive Emulation*. *American Journal of Sociology*. 2001;107(1):147-82.
51. Freeman LC. Centrality in social networks conceptual clarification. *Social networks*. 1979;1(3):215-39.
52. Otte E, Rousseau R. Social network analysis: a powerful strategy, also for the information sciences. *Journal of information Science*. 2002;28(6):441-53.
53. Opsahl T, Agneessens F, Skvoretz J. Node centrality in weighted networks: Generalizing degree and shortest paths. *Social Networks*. 2010;32(3):245-51.
54. Brandes U. A faster algorithm for betweenness centrality*. *Journal of Mathematical Sociology*. 2001;25(2):163-77.
55. Long JC, Cunningham FC, Braithwaite J. Bridges, brokers and boundary spanners in collaborative networks: a systematic review. *BMC health services research*. 2013;13(1):158.
56. Tushman ML. Special boundary roles in the innovation process. *Administrative science quarterly*. 1977:587-605.
57. Long JC, Cunningham FC, Braithwaite J. Network structure and the role of key players in a translational cancer research network: a study protocol. *BMJ open*. 2012;2(3).
58. Cross R, Prusak L. The people who make organizations go-or stop. *Harvard business review*. 2002;80(6):104-12.
59. Vedres B, Stark D. Structural Folds: Generative Disruption in Overlapping Groups¹. *American Journal of Sociology*. 2010;115(4):1150-90.
60. Gould RV, Fernandez RM. Structures of mediation: A formal approach to brokerage in transaction networks. *Sociological methodology*. 1989:89-126.
61. Di Marco MK, Taylor JE, Alin P. Emergence and role of cultural boundary spanners in global engineering project networks. *Journal of Management in Engineering*. 2010;26(3):123-32.
62. Blondel VD, Guillaume J-L, Lambiotte R, Lefebvre E. Fast unfolding of communities in large networks. *Journal of Statistical Mechanics: Theory and Experiment*. 2008;2008(10):P10008.
63. Haykin S. *Neural networks: a comprehensive foundation*: Prentice Hall PTR; 1994.
64. J Hemmings, J Wilkinson. What is a public health observatory? *J Epidemiol Community Health* 2003;57:324-326
65. <http://www.apho.org.uk/>
66. Lazo, Gonzales, Propuesta teórico-metodológica de observatorios de políticas públicas en salud. USAID. 2008
67. <http://www.apho.org.uk/resource/view.aspx?RID=126453>
68. Knowledge Management and Communications Deputy Directors Office (DD), PAHO/WHO, 3/7/2011