

2D
10724
21.5

LÍNEA DE BASE SECRETARÍA DE SALUD GOBERNACIÓN DE CUNDINAMARCA

Departamento Administrativo Nacional de
Estadística

Gobernación del Departamento de
Cundinamarca
Secretaría de Salud



Donación DANE, revisado & pendiente

**CONVENIO nro. 006 DE 2001 ADICIÓN nro. I
DANE - GOBERNACIÓN DE CUNDINAMARCA**

GOBERNACIÓN DE CUNDINAMARCA

PABLO ARDILA SIERRA
Gobernador

LIZA PAOLA GRUESSO CELY
Directora de Planeación

JAIME GUERRERO GUERRERO
Secretario de Salud

HERNANDO GUERRERO MORENO
Director de Planeación de la Secretaría de Salud

**PROFESIONALES DE LA SECRETARÍA DE SALUD
QUE APOYARON EL PROCESO DE SELECCIÓN DE INDICADORES**

Aseguramiento

Zoraya López
Claudia Arévalo
Camilo Rincón

Salud Pública - Epidemiología
Salud Pública - Control de Factores
Salud Pública - Gestión PAB

José Fernando Sánchez
Ana Liria Restrepo
Luz Eugenia Dreszer

Desarrollo de Servicios

Sandra Velázquez
Luz Myriam Lozano
Norberto Hernández

Vigilancia y Control

Maribel Posada
Lucy Arciniegas

Administración y finanzas

Rodrigo Moreno



República de Colombia

ESTRUCTURA DANE

Director

ERNESTO ROJAS MORALES

Subdirector

PEDRO JOSÉ FERNÁNDEZ AYALA

Secretaria General

HATSBLADE GALLO MEJÍA

Directores técnicos

Regulación, Planeación, Estanderización y Normalización

JAVIER ALBERTO GUTIÉRREZ LÓPEZ

Metodología y Producción Estadística

EDUARDO EFRAÍN FREIRE DELGADO

Censos y Demografía

SERGIO ENRIQUE ACOSTA MORENO

Geoestadística

MIGUEL ÁNGEL CÁRDENAS CONTRERAS

Síntesis y Cuentas Nacionales

LUZ AMPARO CASTRO CALDERÓN

Difusión, Mercadeo y Cultura Estadística

CAROLINA GUTIÉRREZ HERNÁNDEZ

Proyecto SISAC

JAVIER GILLERMO BRAVO

GRUPO TÉCNICO DANE

Desarrollo de software:
Coordinación:

Mónica del Pilar Osorio Bohórquez
Ángela Consuelo Carrillo Jiménez
Mauricio Cortes Garzón
Ruth Duarte Benavides
William Velandia
Óscar Arcos Palma

AGRADECIMIENTOS

El DANE hace público reconocimiento a directivos y funcionarios de la Gobernación de Cundinamarca, quienes contribuyeron con su activa participación y sus aportes técnicos al desarrollo de este proyecto, cuya aplicación constituye un hito de importancia para la solución de problemas históricos relacionados con el manejo y uso eficiente de información en entidades públicas del nivel territorial. De manera especial, a las doctoras Liza Paola Grueso Cely y Juana Laverde, directora y ex directora del Departamento Administrativo de Planeación de la Gobernación de Cundinamarca -DAPGC-, al doctor Hernando Guerrero, director de Planeación de la Secretaría de Salud y al doctor Javier Barón, jefe de la Oficina de Información y Análisis Estadístico del DAPGC, quienes reconocieron en la construcción de la línea de base para la Secretaría de Salud, un avance práctico y seguro hacia la consolidación del sistema de información departamental y de las transformaciones culturales en el manejo de información; y a la doctora María Claudia Osorio, asesora jurídica de la DAPGC, por su valiosa colaboración en la buena marcha del Convenio 006/01 entre la Gobernación de Cundinamarca y el DANE.

De igual modo, a directivos y funcionarios de las distintas dependencias técnicas y administrativas del DANE, con particular reconocimiento al doctor Henry Rodríguez Sosa, subdirector del DANE, y al doctor Eduardo Freire Delgado, director de Regulación, Planeación, Estandarización y Normalización –DIRPEN–, quienes orientaron con acierto el desarrollo del proceso; a Rodolfo González, asesor de la DIRPEN, por sus contribuciones y apoyo permanentes en cada una de las actividades técnicas y administrativas del proyecto; a Martha Elvira Espinel, ingeniera de sistemas de la DIRPEN, quien asesoró y evaluó los desarrollos del software de la línea de base; al doctor Édgar Prieto Muñoz, director de la Oficina de Sistemas del DANE, y a los ingenieros Bertha Stella Velasco, Mauricio Herrera y William Velandia, de esa misma oficina, por su asesoría técnica en el proceso de desarrollo del software.

CONTENIDO

	Página
PRESENTACIÓN	11
INTRODUCCIÓN	12
1. Consideraciones generales de la planificación estadística al uso y aprovechamiento de la información	15
1.1 Producción de información vs. necesidades y usos	15
1.2 Caracter contingente de la satisfacción de necesidades de información	16
1.3 Bajo perfil de la información en los planes de desarrollo y en la evaluación de la política pública	16
1.4 Hacia la democratización de la información	17
1.5 Hacia un esquema de análisis por eficiencia comparativa	18
2. LÍNEA DE BASE: ASPECTOS CONCEPTUALES	20
2.1 Definición	20
2.2 Objetivos	20
2.3 Estructura de la Línea de base	20
2.4 Cómo funciona una línea de base	21
2.5 Alcance de la línea de base	22
3. LÍNEA DE BASE: ASPECTOS METODOLÓGICOS	26
3.1 Etapa 1: Planeación y direccionamiento	26
3.2 Etapa 2: Diseño	27
3.3 Etapa 3: Análisis y verificación de la información	28
3.4 Etapa 4: Implementación de la línea de base	29
4. ANÁLISIS Y VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN	30
4.1 Análisis de la información: estado del arte	30
4.2 Indicadores	33
5. EN LA LÍNEA DE BASE	34
5.1 Aseguramiento	34
5.2 Prestación de servicios	34
5.3 Salud pública	36
5.4 Vigilancia y control	39
6. IMPLEMENTACIÓN DE LA LÍNEA DE BASE	41
6.1 Aspectos administrativos	41
6.2 Aspectos operativos: instalación del aplicativo e implementación en municipios	43
6.3 Herramienta informática	44
6.4 Documentación	50
7. LÍNEA DE BASE: INSTRUMENTO PARA EL ANÁLISIS	53
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	54
ANEXOS	55

PRESENTACIÓN

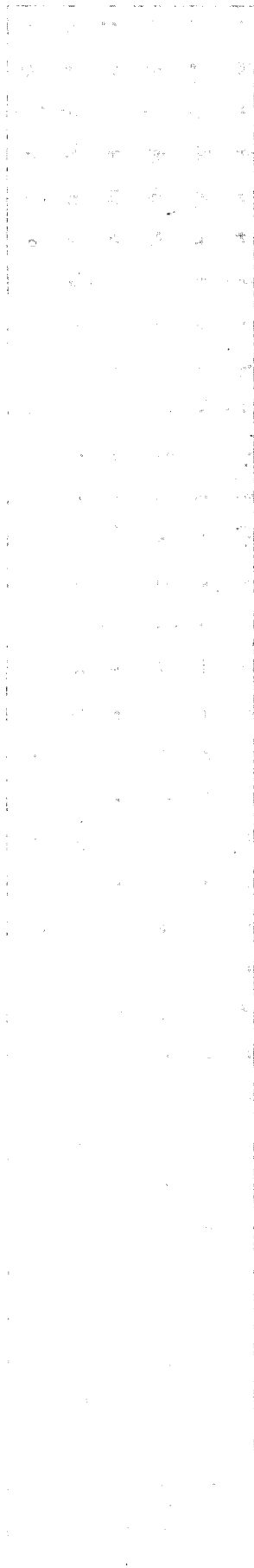
En 1999 y 2000, la cooperación técnica entre la Gobernación de Cundinamarca y el DANE dio lugar a la elaboración del primer plan estadístico departamental del país. La planificación estadística es una condición necesaria para organizar la oferta y la demanda de información, particularmente en entidades gubernamentales con altos compromisos de política pública. El conocimiento de la cantidad, la calidad y las características de la información disponible en la Gobernación de Cundinamarca, así como de las necesidades no satisfechas, ha permitido durante estos años aplicar criterios de prioridad y racionalidad económica en la producción de información para el seguimiento y la evaluación de las políticas y los programas de gobierno.

No obstante, si bien la planificación estadística establece un balance entre la oferta y la demanda de información, ella no resuelve por sí misma aspectos relacionados con su aprovechamiento y uso. Puede afirmarse, sin riesgo a equívocos, que las organizaciones estatales de los niveles nacional y departamental cuentan con una elevada producción de datos, que se obtienen mediante operaciones estadísticas o registros administrativos; no puede decirse lo mismo de su capacidad de utilización: es relativamente baja en comparación con las cantidades disponibles. Es ésta una de las mayores dificultades a las que se ven enfrentados los gobiernos: explica la repetida experiencia que viven las administraciones públicas al inicio de su gestión, la de resolver de manera contingente las necesidades y los vacíos de la información, no sólo en el proceso de elaboración de un plan de desarrollo, sino también en su seguimiento y evaluación.

Como una contribución al fortalecimiento de una cultura de uso y aprovechamiento de información en entidades territoriales, el DANE viene desarrollando una estrategia complementaria a la planificación estadística: la de creación de líneas de bases de indicadores claves, orientadas bajo el enfoque de los análisis de eficiencia comparativa para establecer un vínculo entre la información disponible de manera organizada y el proceso de toma de decisiones en el seguimiento y la evaluación de las políticas y programas de gobierno.

En esa perspectiva, y atendiendo las necesidades y los procesos que adelanta la Gobernación de Cundinamarca desde hace algunos años en la consolidación de su sistema de información, el DANE desarrolló un proyecto de línea de base de indicadores para la Secretaría de Salud, cuya aplicación ha de permitir a la Secretaría y a los 116 municipios del departamento, disponer de información relevante para su gestión, con la ventaja de facilitar análisis comparativos de la situación de la salud entre municipios, y del Departamento frente a otros departamentos del país. Este libro presenta los resultados del proceso de construcción de la línea de base, incluidos los relacionados con el desarrollo del software, resultados que fueron objeto de divulgación a funcionarios del sector salud de los 116 municipios y de la Secretaría de Salud del Departamento.

Esta experiencia será un indicativo de cómo la Gobernación del Departamento ha de continuar con la estrategia de consolidar su sistema de información, mediante el desarrollo de líneas de base, en otras dependencias e instituciones de la Gobernación, cuyo objetivo es la transformación cultural de uso y buen provecho de la información en el ejercicio de



la gestión pública. De igual modo, constituye una ilustración de mejores prácticas en la construcción de sistemas de información y en el uso de la información como un recurso valioso para la gestión, prácticas que ya otros departamentos del país han comenzado a observar y desarrollar:

ERNESTO ROJAS MORALES
Director

INTRODUCCIÓN

Uno de los problemas que se menciona con frecuencia en la administración pública es la falta de información. En los procesos de internacionalización de las economías y de transformaciones culturales recientes, donde la información ha adquirido una significativa valoración económica y estratégica, la falta de información es una situación que no se niega. Sin embargo, en análisis particulares de entidades estatales, es probable que el problema de falta de información no sea del todo cierto: las entidades cuentan con abundante información, sólo que ésta puede no estar debidamente organizada en bases de datos. El hecho simple de no disponer de información organizada en bases de datos restringe su uso y su utilidad.

En otra perspectiva, las entidades han adelantado procesos que las han llevado a estructurar bases de datos con la información de su interés. Ocurre, sin embargo, que entre la organización de las bases de datos y el uso de la información para la toma de decisiones, se presentan vacíos que se traducen en limitaciones de información requerida, información no disponible en tiempos necesarios, bajo perfil en la gestión, entre otros aspectos. En la mayor parte de los casos, las entidades han procurado resolver los problemas mediante inversiones en plataformas tecnológicas. Éstas contribuyen a organizar la información y facilitan los canales de comunicación, pero no resuelven a ciencia cierta la identificación de las necesidades y las prácticas de uso y de análisis de la información en niveles de la administración donde se toman decisiones.

La planificación estadística es un primer paso para resolver el problema de las necesidades de información, el acceso y la disponibilidad de los datos en tiempos requeridos: establece, luego de un cruce de la demanda y la oferta de información disponible, las prioridades y la viabilidad de satisfacer necesidades de información, en función de los costos de producirla. La experiencia de la planificación estadística lleva cerca de dos décadas en Europa. En Colombia, el DANE ha promovido –luego de desarrollar una metodología de planificación estadística– la elaboración de planes estadísticos departamentales (Cundinamarca y Antioquia), sectoriales (Corantioquia) y municipales (Área Metropolitana de Medellín y Valle de Aburrá, Itagüí, Fusagasugá). Otros departamentos y entidades sectoriales están en camino de adelantar procesos similares.

Por lo general, la planificación estadística contribuye, en medida considerable, a ordenar y establecer prioridades en la producción de información, pero sólo determina el tipo de operaciones que se requieren para obtener los datos (censos, encuestas, registros administrativos). Los resultados de la planificación estadística, que se expresan en proyectos (operaciones) que responden de manera precisa a necesidades de información y recursos financieros y de presupuesto para obtenerla, no resuelve del todo las dificultades que las autoridades gubernamentales tienen acerca del uso y aprovechamiento de la información en los procesos de toma de decisiones. Las dificultades pueden expresarse en el siguiente orden lógico:

- Construcción de indicadores.
- Importancia jerárquica de indicadores, según niveles de toma de decisiones.
- Esquema de análisis viables desde la perspectiva de los niveles de toma de decisiones.

En una gran proporción, las entidades gubernamentales del país, en los distintos niveles de administración, han avanzado de manera considerable en la cultura de construcción y uso de indicadores para monitorear las políticas públicas. En otras, existe un déficit en la cultura de uso de indicadores para la evaluación de la política. En un contexto de cambio de un papel del Estado menos interventor a uno más regulador, la definición de indicadores y su forma de usarlos, sugiere nuevos esquemas de análisis. La eficiencia comparativa es uno de los variados esquemas de análisis que los gobiernos de países desarrollados han venido aplicando, en razón a las funciones del Estado regulador: los problemas de falta de información o información insuficiente (asimetrías de información) se resuelven mediante la identificación de información mínima, pero relevante, orientada a examinar el destino de los recursos, los equilibrios entre agentes (proveedores y usuarios) y los impactos esperados en la planeación, como el crecimiento económico y el bienestar de los ciudadanos.

En esa perspectiva, y como una contribución a la solución efectiva y de bajo costo a los problemas de uso y aprovechamiento de la información, el DANE ha venido articulando al proceso de planificación estadística el de la construcción de líneas de base, entendidas como herramientas que agrupan indicadores seleccionados por su importancia en las funciones estatales de regulación, indicadores consensuados –en virtud de las necesidades de información de directivos y funcionarios profesionales de las entidades– estrictamente necesarios para la planeación real y objetiva de la política pública y, desde luego, para su seguimiento y evaluación.

En un esfuerzo de cooperación entre la Gobernación de Cundinamarca y el DANE, se construyó una línea de base de indicadores para la Secretaría de Salud, incluida una herramienta informática que hace viable su operación. Éstas son algunas de sus ventajas:

- En razón a que la herramienta es accesible vía Internet, la línea de base contribuye a democratizar la información, no sólo en las distintas dependencias de la Secretaría de Salud del Departamento, sino también desde cada uno de los municipios del Departamento. Cualquier funcionario o ciudadano podrá acceder a la información de la línea de base.
- Permite nuevas formas de análisis sobre el uso y la distribución de los recursos públicos, así como de los impactos de la política pública, en tanto ofrece referencias de estándares (situación promedio del país y del departamento) con los cuales han de compararse la situación del municipio, asimismo referencias temporales (datos del año base establecido) con las cuales han de cotejarse las metas y los logros transitorios de políticas y programas establecidos en los planes de desarrollo.
- Acorta la distancia entre el proceso de generación de datos y su disponibilidad en bases de datos organizadas e indicadores seleccionados, con el proceso de toma de decisiones, en tanto la alimentación de los datos desde los municipios se hace directamente por Internet¹.

El contenido del libro se estructura en nueve secciones:

1. Consideraciones generales
2. Aspectos conceptuales
3. Metodología
4. Análisis y verificación de información
5. Indicadores seleccionados
6. Implementación de la línea de base - herramienta informática
7. Esquema de análisis
8. Conclusiones y recomendaciones
9. Anexos

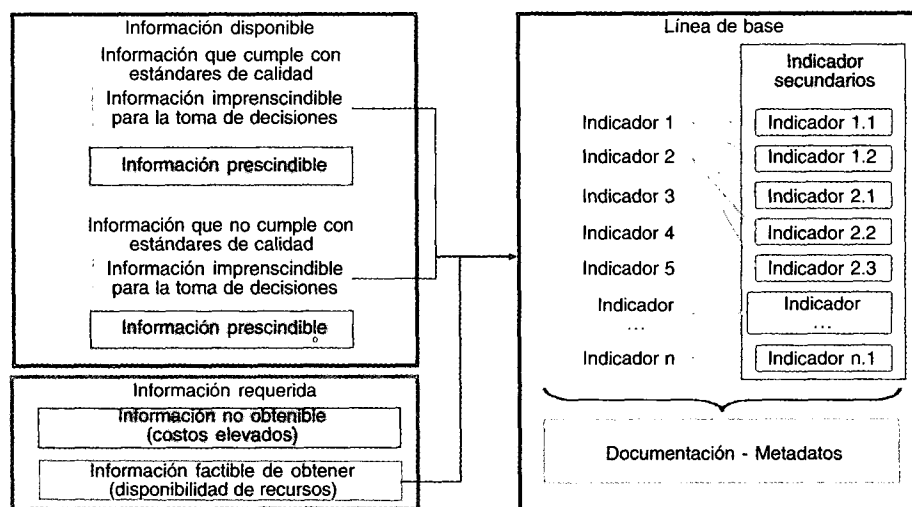
¹ Aunque no todos los municipios del Departamento de Cundinamarca tienen infraestructuras adecuadas para el acceso a Internet, es parte de la política del gobierno departamental la conexión del departamento con sus municipios a través de esa herramienta. Los municipios que no tienen actualmente el acceso a Internet, diligencian la información en la herramienta informática de la línea de base y la envían en medio magnético.

I. CONSIDERACIONES GENERALES: DE LA PLANIFICACIÓN ESTADÍSTICA AL USO Y APROVECHAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

I.1 PRODUCCIÓN DE INFORMACIÓN VS. NECESIDADES Y USOS

Igual que en los procesos de planificación estadística, el montaje de una línea de base exige un análisis de la información que se produce versus necesidades de información. Mientras la planificación establece la relación de las necesidades globales de información con las formas de obtención (censos, encuestas, registros administrativos), en la línea de base se relaciona la información disponible con las necesidades puntuales expresadas en indicadores.

Figura I
Aprovechamiento y utilidad de la información



El análisis para la línea de base se orienta a resolver interrogantes sobre el aprovechamiento y la utilidad de la información. El primer paso de este análisis identifica la información imprescindible para la planeación y el seguimiento de políticas y programas, esté o no disponible. El que no esté disponible, crea la necesidad de producirla y establece los costos de obtenerla. La información que cumple con estándares de calidad, más la que debe crearse adicionalmente, se identifica en función de las necesidades en la toma de decisiones, lo que revela que el diseño de indicadores no se hace de forma neutra, sino justamente para responder a las necesidades de información en los niveles de toma de decisiones.

1.2 CARÁCTER CONTINGENTE DE LA SATISFACCIÓN DE NECESIDADES DE INFORMACIÓN

Siempre habrá situaciones que se salen de un marco general de producción, organización, disposición y uso de información; al construir líneas de base, se pretende que tales situaciones constituyan una excepción y no la regla. La cultura de manejo y aprovechamiento de la información en las entidades públicas se ha distinguido por su carácter contingente. Si esas situaciones son circunstanciales en las entidades de orden nacional, lo son mucho más en las entidades departamentales y municipales de gobierno.

La ilustración más frecuente del carácter contingente de la satisfacción de información, son los planes de desarrollo; cada vez que se posesiona un gobierno, los funcionarios dedican mucho tiempo de los meses iniciales de la planeación, a construir o reconstruir tablas estadísticas e indicadores, y en los procesos de rendición de cuentas de las ejecuciones de los planes de desarrollo, ocurre otro tanto. Es una práctica habitual que gobernantes y funcionarios han buscado resolver mediante costosas inversiones en sistemas de información. No son pocas las experiencias que demuestran que el problema no es de tecnología sino de cultura, de esquemas de uso y aprovechamiento de información condicionados por esquemas de gestión previamente definidos. Mientras en los esquemas de control contable —que se ocupan, entre otros aspectos, de la verificación de cuentas frente a presupuestos— se requiere información completa y en detalle, en los esquemas de regulación no ocurre lo mismo; en razón de los objetivos de la regulación gubernamental, que se ocupa de la conducta de los agentes, incluido el Estado, basta con un mínimo de información que de cuenta de los aspectos más sensibles de la conducta con respecto a los objetivos de la política pública.

La línea de base construida para la Secretaría de Salud de la Gobernación de Cundinamarca cumple con un doble propósito: facilitar el seguimiento de la gestión pública, en la perspectiva de la regulación de comportamiento de agentes frente a objetivos de política, y transformar la cultura de uso de la información y de análisis comparativos. Al incluir una herramienta informática resuelve también, a bajo costo, necesidades de cambio tecnológico.

1.3 BAJO PERFIL DE LA INFORMACIÓN EN LOS PLANES DE DESARROLLO Y EN LA EVALUACIÓN DE LA POLÍTICA PÚBLICA

La abundancia de información no necesariamente garantiza la satisfacción de necesidades de información de forma suficiente, requiere de un mínimo de calidad y de organización de acuerdo con formas alternativas de uso. La experiencia de la elaboración del plan de desarrollo del departamento de Cundinamarca en la administración anterior, ilustra este problema: algunas metas fueron sobredimensionadas y otras fueron subestimadas por deficiencias en la información². En los dos casos, la información creó distorsiones considerables en el ejercicio de evaluación de los programas y las políticas, hasta el extremo de registrar situaciones de cumplimiento de metas en más de 2000% o cumplimiento muy bajo con respecto a las estimaciones iniciales del plan, para otras situaciones.

Frente a este problema, la línea de base distingue tanto el carácter estructural como el coyuntural, de los temas que la integran. En salud, existe un conjunto de indicadores estructurales cuya producción y uso es permanente y generalizado, no sólo para la política interna sino también para las comparaciones internacionales. Así, la relevancia del indicador y su continuidad en el tiempo son condiciones que exigen una mínima organización y disposición oportuna de la información. La línea de base resuelve el problema al incluir indicadores estructurales en el conjunto de indicadores seleccionados, es decir, los indicadores que un gobernador, un director de planeación o un secretario de salud requerirán para las estimaciones acertadas de recursos y metas físicas en la elaboración de un plan de desarrollo y para estimar, con referencia a situaciones dadas, los impactos esperados. En otros términos, frente a la información y los indicadores que deben permanecer en la estructura del sistema de indicadores, independiente de los gobiernos de turno, la línea de base ofrece la opción de incluir los indicadores propios de un plan de desarrollo cuya vigencia no sobrepasa los cuatro años, facilitando la conjunción de los indicadores estructurales con los indicadores de tipo coyuntural.

² En el marco del convenio 006 con la Gobernación del Departamento de Cundinamarca, el DANE realizó durante 2003, un ejercicio de organización de información disponible y propuso un esquema de análisis del plan de desarrollo departamental.

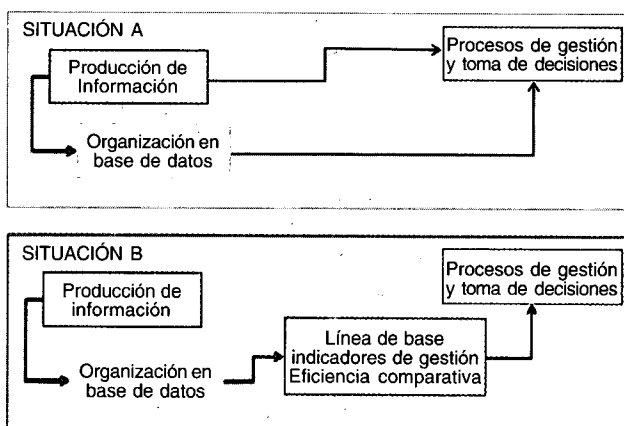
1.4 HACIA LA DEMOCRATIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN

En las entidades públicas es común encontrar nichos de dominio y control total de la información en manos de:

- Funcionarios de bajo rango en la administración: se ocupan de la recepción de los formatos de recolección de información establecidos por la norma y de su sistematización. Las situaciones de este proceso son diversas, entre otras:
 - Existencia de formatos diligenciados, sin procesamiento en bases de datos.
 - Existencia de formatos diligenciados, parcialmente procesados en bases de datos (no todas las variables se usan o aprovechan).
 - Existencia de tablas o bases de datos de uso regular, según demanda de autoridades nacionales o departamentales.
- Funcionarios de rango medio en la administración: se han especializado en el dominio de nichos de información y se ocupan de su disposición a otros usuarios sólo por demandas obligada (establecida en la norma) y contingente (según requerimientos de los directivos de la entidad en la que actúan). La obligatoriedad de la norma consigue que las entidades cumplan, en la mayoría de los casos, con el suministro de la información requerida. No ocurre lo mismo con la información contingente que, aunque se encuentre consignada en los formatos de diligenciamiento, o bien, organizada en bases de datos, no está disponible en la forma que la requieren las instancias de toma de decisiones: la información, que suele suministrarse de manera discrecional e irregular, es por lo general incompleta.

Salvo algunas excepciones, en las entidades públicas las dependencias operan según el esquema de la situación A de la figura 2, caracterizada por las viejas prácticas de producción de información: almacenamiento de datos en formatos impresos, sin procesos de sistematización y abundantes datos no totalmente aprovechados, que resultan en últimos del dominio y la discreción del funcionario cuando la información es requerida en instancias de dirección. En la situación A, los funcionarios acuden a los formatos primarios de recolección de datos o a las bases de datos, si las hay, con el fin de preparar los cuadros de reportes requeridos por los niveles de dirección. Esta forma de manejo de información se identifica por su carácter contingente, es decir, la producción de los datos para el análisis se hace de manera irregular, obedeciendo a solicitudes puntuales que por lo general tienen el sello de urgencia.

Figura 2
Actividades de la información precedentes a la toma de decisiones



Una opción para resolver los problemas de la situación descrita, es a través de la construcción y la aplicación de una línea de base que constituye una herramienta práctica para el aprovechamiento y uso de la información, en tanto establece un puente entre la producción de información y el ejercicio de la toma de decisiones (situación B, figura 2). La línea de base resuelve los problemas frecuentes de la improvisación en la planeación y brinda elementos ciertos para una evaluación sistemática de las políticas públicas, porque define previamente indicadores estables en el tiempo y fija un año de referencia para observar la evolución y el comportamiento de las acciones gubernamentales, comunes a todos los gobiernos. Tiene la ventaja adicional de ofrecer, cuando se trate de programas específicos de un gobierno particular, esquemas de selección, ponderación e incorporación de nuevos indicadores, así como esquemas de análisis sistemático de políticas. El ejercicio de diseñar y utilizar una línea de base, permite:

- Establecer indicadores claves, de uso obligado para el seguimiento y la evaluación de la gestión.
- Organizar bases de datos conforme a necesidades de información identificadas.
- Definir técnicas y procedimientos estandarizados que garanticen la obtención de la información requerida.
- Establecer funciones y compromisos institucionales frente a los requerimientos de la información, la generación y la comunicación de los datos.
- Realizar ejercicios analíticos bajo el enfoque de la eficiencia comparativa.

La línea de base, tal como ha sido concebida en el ejercicio realizado para la Secretaría de Salud del Departamento de Cundinamarca, permite alimentar los datos directamente desde el municipio. La herramienta informática realiza automáticamente las operaciones de los datos y calcula el indicador; este sistema sencillo tiene un doble significado: primero, acorta el diligenciamiento y proceso de datos, incluso el del cálculo del indicador; y segundo, pone a disposición de todos los usuarios (funcionarios de la Gobernación del Departamento, funcionarios de los municipios y ciudadanos) la información de los indicadores incluidos en la línea de base.

Con el desarrollo y la implementación de la línea de base, se propone: un manejo más eficiente de la información en los procesos de recepción y organización; y la democratización de la información, en tanto las instancias responsables de la toma de decisiones no estarían dependiendo del funcionario de rango medio, quien, en los esquemas actuales, controla la disposición de la información y sólo responde a las demandas contingentes. Lo más destacable de este segundo punto, es el acceso a la información por parte del ciudadano corriente y la información relevante quedaría disponible a cualquier usuario. Desde la perspectiva del fortalecimiento de la democracia mediante una ciudadanía informada, la línea de base disponible en Internet facilitará las mejores prácticas del control social de las políticas.

I.5 HACIA UN ESQUEMA DE ANÁLISIS POR EFICIENCIA COMPARATIVA

La filosofía de la línea de base es la comparación de las transformaciones que se buscan mediante la política y los programas, frente a una referencia temporal y frente a estándares. Dada la ventaja de la democratización de la información, todos los municipios podrán compararse entre sí, con respecto a los recursos que destinan al cumplimiento de sus metas y también a la gestión de los gobiernos. La información de los indicadores de la línea de base, puede ofrecer al gobernante una visión amplia de las diferencias que existen, en este caso, en la situación de la salud, entre grupos de municipios con características sociales y económicas semejantes; y la política puede orientarse a reducir las diferencias entre ellos. Ofrece también información, en cada indicador, de la distancia a la que se encuentran los municipios con respecto a un estándar (v.gr. un promedio o un nivel óptimo alcanzado en el departamento o en la nación).

La eficiencia comparativa constituye, en este caso, un proceso de medir la gestión de los municipios con respecto a otros, y del departamento mismo con relación a otros departamentos de condiciones similares, en aspectos puntuales a los que se refieren los indicadores.

Las coberturas del aseguramiento en salud en el nivel nacional, que se han mantenido casi estables en los últimos años (alrededor del 62%), puede tomarse como un estándar, un punto de referencia que podría inducir a privilegiar la política de aseguramiento en aquellos municipios que se encuentran por debajo del óptimo alcanzado en el nivel nacional. La línea de base permite, de manera sencilla, un proceso de comparación de la situación del municipio en un momento determinado, con las transformaciones buscadas en el plan de desarrollo y también, la confrontación de la gestión con respecto a un municipio que represente la situación óptima alcanzada.

Desde la perspectiva de la mejor gestión de la política, la práctica de la comparación conduce a la identificación de las situaciones que requieren cambios mayores, facilita el control social y establece pautas para el mejoramiento de la calidad de los servicios. Con el esquema de análisis que se propone con la línea de base, ya no es suficiente la información sobre el grado de cumplimiento en la ejecución de los recursos del presupuesto o el de las metas establecidas en el plan de desarrollo departamental o local. Se hace necesaria la comparación de las transformaciones en el tiempo, de la gestión de un municipio frente a otro en temas puntuales, y de la gestión para realizar transformaciones frente a estándares de referencia.

2. LÍNEA DE BASE: ASPECTOS CONCEPTUALES

2.1 DEFINICIÓN

La línea de base se define como un conjunto de indicadores seleccionados para el seguimiento y la evaluación sistemáticos de políticas y programas. Los indicadores que la conforman se ordenan, de acuerdo con su importancia relativa, en indicadores claves y secundarios, de modo que quienes diseñan y ejecutan la política obtienen, en los primeros, información general sobre cómo evolucionan los problemas y, en los segundos, información puntual que explica o complementa la suministrada por los indicadores claves.

La conformación de la línea de base implica la realización de pasos previos en la identificación de información necesaria y en la precisión de criterios conducentes a un óptimo aprovechamiento de la información disponible.

2.2 OBJETIVOS

Brindar información estadística sistematizada, oportuna y confiable, que permita a la Secretaría de Salud de Cundinamarca y a las instancias directivas de la Gobernación alcanzar niveles óptimos de eficiencia en la gestión y en los procesos de toma de decisiones.

Contribuir con la consolidación de una cultura de uso y aprovechamiento de la información, mediante el manejo permanente de indicadores seleccionados y de análisis de eficiencia comparativa en el seguimiento y la evaluación de las políticas públicas.

Facilitar a múltiples usuarios (autoridades departamentales y locales y ciudadanos en general) el acceso y el uso de la información, mediante una herramienta informática disponible a través de Internet.

2.3 ESTRUCTURA DE LA LÍNEA DE BASE

La línea de base puede incluir tres grupos de indicadores: de estructura, de coyuntura y de referencia. Dependiendo de las características particulares, necesidades e intereses del sector o entidad, en la línea de base pueden no estar presentes los tres tipos de indicadores.

Indicadores de estructura: son la base de la planeación. En el tema de salud, en el departamento de Cundinamarca y sus municipios, se refiere a los indicadores ya estandarizados, de uso común, cuyos análisis involucran series de tiempo.

Indicadores de coyuntura: se refieren a las mediciones situacionales que por políticas, planes y metas, sean propuestas por el Departamento, para diferentes fines, entre ellos el seguimiento y evaluación a actividades específicas del plan de desarrollo con el sello del programa y las políticas que proponga y realice el gobierno de turno.

Indicadores de referencia: consideran al entorno demográfico y socioeconómico general (indicadores de población, macroeconómicos, sociales, etc.).

Otras características de los indicadores estructurales y coyunturales

Indicadores de eficiencia y eficacia: dan cuenta de la dinámica de las actividades que se están midiendo. Los indicadores de eficacia expresan el logro de objetivos y metas cumpliendo los estándares predeterminados de cantidad, calidad, tiempo y costo. Los indicadores de eficiencia permiten establecer la relación de productividad en el uso de los recursos.

Indicadores de impacto: expresan la relación entre lo planeado y los cambios o modificaciones que se producen en la población objetivo y en su contexto.

La estructura de indicadores permite establecer jerarquías entre ellos: en un nivel superior, se agruparán los indicadores sintéticos (claves) que ofrecen a quienes toman las decisiones, una visión global del comportamiento de políticas y programas; en un nivel intermedio, los indicadores complementarios, cuya función es explicar con información adicional el comportamiento de los indicadores claves; los niveles directivos, quienes toman decisiones, acudirán a ellos para informarse en detalle de las variaciones de los indicadores sintéticos. En el nivel inferior se encuentran otros indicadores más específicos, cuya naturaleza indica que son más del dominio de funcionarios y mandos medios de las distintas dependencias de la gobernación.

De esta manera, quien tome las decisiones se dirigirá, en primera instancia, al indicador sintético que dará respuesta a una política o programa, al agrupar o resumir toda la información dispuesta en los indicadores complementarios y específicos. Estos últimos facilitan la observación de realidades específicas cuando el indicador sintético no pueda explicar en su totalidad las causas del resultado obtenido a mayor nivel de detalle.

2.4 CÓMO FUNCIONA UNA LÍNEA DE BASE

A partir del establecimiento de un año base o un periodo de referencia para el conjunto de indicadores de la línea de base, se pueden realizar ejercicios de eficiencia comparativa y estudios de desempeño en el tiempo (figura 3). La etapa de revisión y estado del arte de la información disponible y de su calidad, indicará el año a partir del cual se observarán los cambios en el tiempo y se realizarán las comparaciones. En la línea de base para la Secretaría de Salud del departamento de Cundinamarca, se ha establecido 2003 como año base, que constituye un buen referente para las comparaciones de la gestión en torno al plan de desarrollo de la actual administración.

Figura 3
Jerarquías del uso de la información

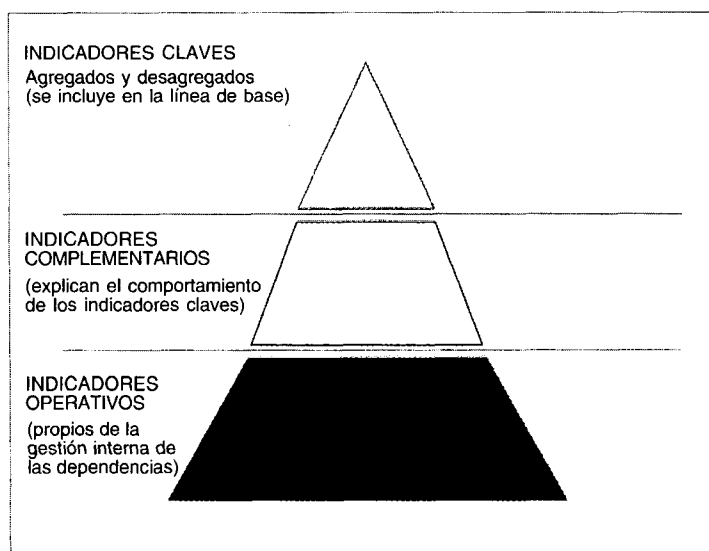
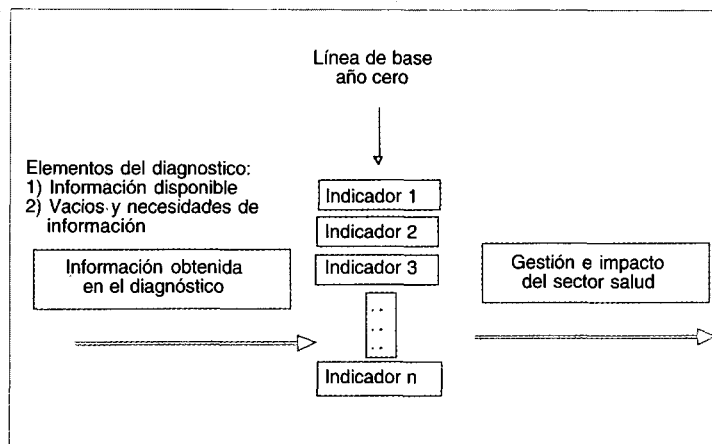


Figura 4
Lectura de la línea de base



2.5 ALCANCE DE LA LÍNEA DE BASE

La línea de base, como instrumento de apoyo para la evaluación permanente de las acciones y programas del gobierno departamental, tendrá los siguientes alcances:

- Verificar los cambios y los efectos que producen las políticas públicas y los impactos en el bienestar de la población.
- Facilitar la verificación del cumplimiento de los objetivos globales del plan de desarrollo del Departamento.
- Suministrar información relevante para evaluar los impactos esperados, las tendencias y los cambios, los lineamientos de política gubernamentales.
- Establecer, cuantificar y evaluar metas periódicamente con respecto a los objetivos sectoriales.
- Facilitar la comparación de la gestión de los municipios de Cundinamarca y del Departamento con respecto a otros departamentos del país.
- Facilitar la coordinación entre programas de diferentes sectores y de éstos con las políticas de otros (infraestructura, educación, entre otros).

La figura 5 ilustra cómo, a partir de parámetros nacionales e internacionales, se puede comparar una situación específica de la salud, y cómo esta comparación brinda elementos para orientar la gestión gubernamental. En primer lugar, la línea de base incluye estándares nacionales para algunos indicadores. La Secretaría de Salud podrá incluir referentes internacionales, con el interés de que el Departamento en conjunto y cada uno de sus municipios puedan observar cuál es su situación frente a esos parámetros.

La figura 6 ilustra el alcance de la línea de base con la información del indicador *Porcentaje de muestras no aceptables en el servicio de agua potable*. Según el tamaño del municipio, se han establecido un determinado número de muestras mensuales para verificar la calidad del agua potable. Para el año 2003, año base de la información de la línea, el promedio de muestras no aceptables en el total de los municipios del departamento era del 73%, un valor demasiado alto en un servicio tan sensible para la salud humana; 45 municipios se encontraban por debajo de ese promedio y 71 municipios por encima.

La tabla 1 muestra el total de municipios del Departamento, cada uno de ellos con su registro correspondiente. La tabla 2 presenta para algunos municipios, los valores reales obtenidos y la fórmula de cálculo. La herramienta informática permite observar los datos de cada indicador tal como se ha ilustrado en la figura 6.

Figura 5
Ilustración del alcance de la línea de base

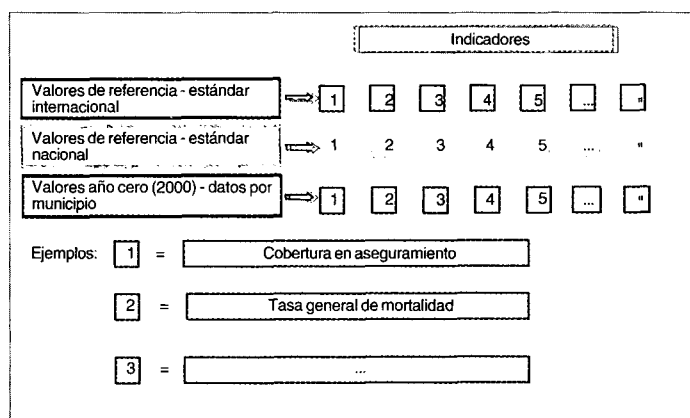


Figura 6
Alcance de la línea de base

Indicador: porcentaje de muestras no aceptables en el servicio de agua potable

Promedio de muestras no aceptables en el total de municipios del Departamento	73
Número de municipios con muestras no aceptables por debajo del promedio	41

Frente a este panorama de la calidad del agua, y con base en los recursos disponibles, las autoridades gubernamentales del Departamento y de los municipios pueden establecer metas precisas para mejorar los resultados del indicador en forma progresiva. Igualmente, el Gobernador y las autoridades de los municipios con peor condición en la calidad del agua potable, podrían establecer acuerdos para aprobar acciones y destinación de recursos, de modo que en plazos establecidos pudieran acercarse al menos a la situación promedio del Departamento, como un primer avance hacia la solución definitiva del problema.

Otra forma de uso de los indicadores de la línea de base, es confrontarlos con estándares internacionales; un estándar de la cobertura en aseguramiento alcanzado por países desarrollados, puede ser el óptimo que la sociedad colombiana debe proponerse alcanzar y de hecho así lo establece la Carta Constitucional, es decir, el 100% de la cobertura.

El estándar nacional puede ser el óptimo promedio alcanzado por el país, en 2003, en niveles cercanos al 62%, puede ser un referente sobre el cual ha de evaluarse la situación de cada uno de los municipios del departamento. La información presentada de esta manera, permite identificar a los municipios que se encuentran en la peor situación y facilitan a las autoridades departamentales y municipales fijar las prioridades en materia de políticas y de recursos. Los ciudadanos pueden ver en este marco de información, la forma cómo se orientan los recursos públicos y tendrán también elementos para evaluar la gestión de sus gobernantes.

Tabla 1
Cuadro de salida de la línea de base para el indicador Porcentaje de muestras no aceptables en el servicio de agua potable 2003

		Año base 2003
Municipios		Porcentajes
Zipacón, Yacopí, Viotá, Villeta, Villagómez, Uñe, Ubalá, Topaipí, Tibacuy, Tena, Supatá, Suesca, San Francisco, San Cayetano, Quipile, Quetame, Quebradanegra, Puerto Salgar, Pasca, Paratebuena, Pandí, Páime, Nocaíma, Medina, La Peña, La Palma, Junín, Jerusalén, Guayabal de Siquima, Guatavita, Guaduas, Granada, Fosca, El Peñón, Bituima, Caparrapí, Chocontá, Cabrera, Bojacá, Beltrán, Albán		100
Cachipay, La Mesa		97
Arbeláez		96
San Antonio del Tequendama		95
Susa, Choachí		93
Silvania		92
Venecia (Ospina Pérez), Funza, Guataquí, Nimaíma		91
Tibirita, Guayabetal		90
Gama		89
Apulo (Rafael Reyes), Anolaima		88
Vergara, Mosquera		87
Nilo, Tabio, Madrid		86
Viani, Subachoque		83
Lenguazaque, Cota		82
Sutatausa		80
Fómeque, Anapoima		78
Cucunubá		77
Gutiérrez		75
Cogua		73
Chaguaní		70
Ubaque, San Juan de Rioseco		67
Pulí, Manta		64
Sasaima		63
Nemocón, Carmen de Carupa		62
Gachetá		59
Nariño, Pacho		58
Villapinzón		56
Sopó, Agua de Dios, Sesquilé		55
Chipaque		54
Útica		50
Guasca		47
Machetá, El Rosal		45
Soacha		42
Simijaca		41
Sibaté		40
Tocaima		38
Gachalá		33
Tausa, San Bernardo		30
Guachetá		29
Fusagasugá, Ubaté		25
Facatativá		23
Cáqueza		22
El Colegio		20
La Calera, Chía		18
La Vega		15
Tocancipá		14
Fúquene		13
Girardot, Tenjo		10
Cajicá		9
Ricaurte		6
Zipaquirá		3
Gachancipá		0

Fuente: Secretaría de salud

Tabla 2

Cuadro de salida: detalles de las variables del indicador *Porcentaje de muestras no aceptables en el servicio de agua potable* 2003

Municipios	Referencia departamental = 73%		
	RNACP	TMAT	%MANAC
Zipacón	10	10	100
San Antonio del Tequendama	20	21	95
Susa	14	15	93
Silvania	24	26	92
Guataquí	10	11	91
Guayabetal	9	10	90
Gama	8	9	89
Tabio	12	14	86
Viani	10	12	83
Cota	18	22	82
Sutatausa	8	10	80
Fómeque	14	18	78
Cucunubá	10	13	77
Gutiérrez	9	12	75
Cogua	16	22	73
Chaguaní	7	10	70
San Juan de Rioseco	12	18	67
Pulí	7	11	64
Sasaima	7	12	63
Carmen de Carupa	5	8	62
Gachetá	10	17	59
Pacho	11	19	58
Villapinzón	10	18	56
Sesquilé	6	11	55
Chipaqué	7	13	54
Útica	6	12	50
Guasca	8	17	47
El Rosal	10	22	45
Soacha	61	145	42
Simijaca	9	22	41
Sibaté	19	48	40
Tocaima	8	21	38
Gachalá	2	6	33
Tausa	3	10	30
Guachetá	4	14	29
Fusagasugá	34	134	25
Facatativá	8	35	23
Cáqueza	4	18	22
El Colegio	4	20	20
La Calera	2	11	18
La Vega	2	13	15
Tocancipá	3	22	14
Fúquene	2	15	13
Girardot	5	52	10
Cajicá	3	34	9
Ricaurte	1	16	6
Zipaquirá	3	89	3
Gachancipá	0	19	0

Fuente: Secretaría de Salud. Área de Control de factores de riesgo. Total 2003.

RNACP: Muestras con resultado no aceptable

TMAT: Total de Muestras de Agua Tomadas

%MANAC = (RNACP / TMAT) * 100

3. LÍNEA DE BASE: ASPECTOS METODOLÓGICOS

3.1 ETAPA 1: PLANEACIÓN Y DIRECCIONAMIENTO

Los equipos técnicos del DANE y la Gobernación de Cundinamarca definieron en esta etapa (figura 7) los objetivos y resultados por obtener, y los tiempos y necesidades de información. Para este propósito se tuvo en cuenta:

- Marco normativo: lineamientos normativos y de política, de los niveles nacional y departamental.
- Necesidades de información en el nivel nacional: lineamientos en materia de información, orientaciones del Plan Nacional de Desarrollo e información requerida por entes nacionales como el Ministerio de Protección Social y la Superintendencia de Salud.
- Necesidades de información en el nivel departamental: información estratégica requerida para la toma de decisiones de política, manejo de recursos, direccionamiento de programas y proyectos.
- Necesidades de información de las distintas dependencias de la Secretaría de Salud.
- Necesidades de información de los municipios seleccionados para el diseño de la línea de base.

Definición de productos: cronograma de trabajo, recursos, insumos requeridos, grupos de trabajo, Secretaría Técnica del Proyecto y grupo de trabajo interdisciplinario para el desarrollo del proyecto.

Figura 7.
Etapa 1: Planeación y direccionamiento

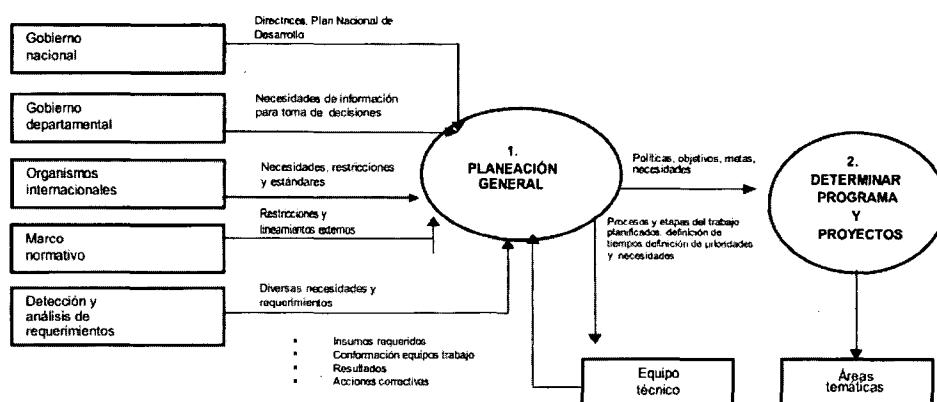
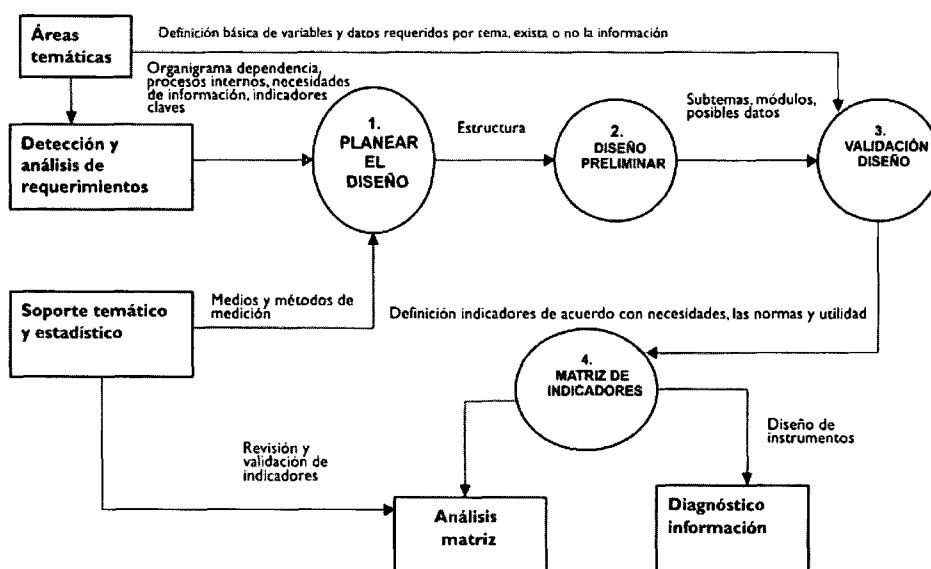


Figura 8

Etapa 2: Diseño



Producto: matriz de indicadores por tema

3.3 ETAPA 3: ANÁLISIS Y VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Con la matriz de indicadores "ajustada", se procedió a la verificación y el análisis de la información: indicadores con información disponible, y sin información pero con medios para obtenerla. La verificación de la información no sólo incluyó el ámbito de la Secretaría de Salud, sino también la indagación en fuentes de información relacionadas, como Ministerio de Salud, Superintendencia de Salud, entre otras, para establecer flujos de información, calidad, etc. (figura 9).

Análisis de la información: definidos los indicadores en forma preliminar, por temática, se realizó un análisis de la información relacionada, con base en el marco legal, en tanto éste establece prioridades, requerimientos de información y pertinencia.

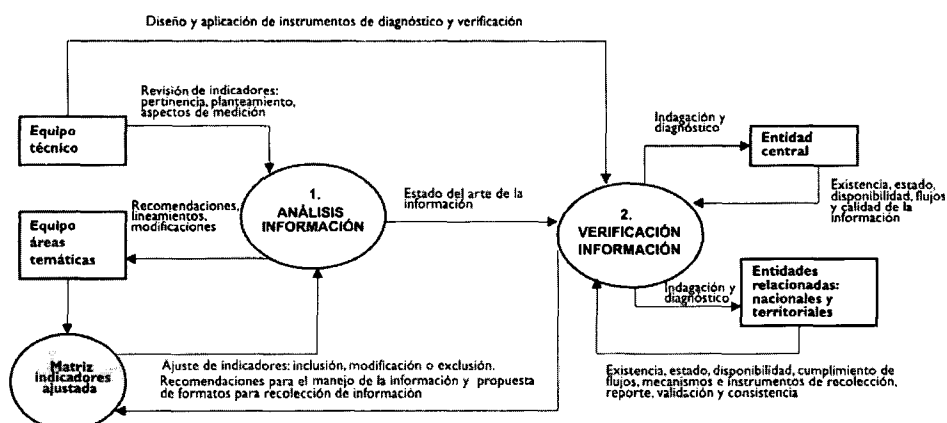
Verificación de la información: se realizó en la Secretaría de Salud y en entidades de orden territorial que reportan información. Esta actividad se adelantó mediante la aplicación de los instrumentos que se relacionan en la tabla 3.

Tabla 3
Instrumentos usados para la verificación de la información

Instrumento	Objetivo	Contenido
Formulario 2 (anexo B)	Realizar un diagnóstico del estado del arte en la entidad central	Se indaga para cada indicador preliminar definido, aspectos como existencia de la información, fuente, periodicidad, medio de recolección, entre otros.
Formulario 3 (anexo C)	Establecer la capacidad tecnológica de la entidad. Se aplica tanto en la entidad central como en las entidades regionales.	Número de equipos y capacidad, sistemas operativos que posee la entidad, bases de datos manejadas.
Formulario 4 (anexo D)	Realizar una verificación de los flujos y calidades de la información en los entes territoriales	Se contrasta la información en los entes territoriales a partir de lo obtenido con la aplicación del formulario 2.

Producto: matriz de indicadores ajustada, flujos de información, propuesta de formatos y mecanismos para la obtención de información.

Figura 9.
Etapa 3: Análisis y verificación de la información



3.4 ETAPA 4: IMPLEMENTACIÓN DE LA LÍNEA DE BASE

En esta etapa se elabora la lista definitiva de los indicadores, las bases de datos que los alimentan y se construye la herramienta informática, que incluye integración de procesos de generación de información, procesamiento, mediciones y consultas. Incluyó las siguientes actividades:

- Implementación de la herramienta informática en la entidad central y entidades relacionadas del orden territorial.
- Capacitación a funcionarios en aspectos temáticos, de análisis, operativos y administrativos de la línea de base.
- Conformación del grupo de trabajo (temático y de sistemas) que administrará la línea de base.
- Puesta en funcionamiento de los flujos y canales de información para alimentar los indicadores.

Producto: aplicativo informático para la línea de base.

4. ANÁLISIS Y VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN

4.1 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN: ESTADO DEL ARTE

Este ejercicio se realizó en la Secretaría de Salud de Cundinamarca y en seis municipios seleccionados.

4.1.1 Verificación en la Secretaría de Salud

El proceso se orientó a verificar la calidad y existencia de información, los flujos entre los municipios y la Secretaría de Salud y el contenido de la documentación de cada indicador (metadatos), mediante la aplicación de los formularios 2 y 3, en las dependencias de Aseguramiento, Prestación de Servicios, Salud Pública, y Vigilancia y Control. Los resultados de esta etapa se expresan en la matriz DOFA (tabla 4):

Tabla 4
Estado del arte de la información en la Secretaría de Salud
Matriz DOFA

Debilidades	No existe un equipo temático y de sistemas que centralice y/o maneje la información de las diferentes áreas ni de la Secretaría de Salud en su conjunto.	Oportunidades	Reconocimiento de los funcionarios de la necesidad de contar con información confiable y oportuna. Disposición para mejorar este aspecto.
	Alguna información se conserva en medio físico, no se ha sistematizado.		Se cuenta con importante información que no se está aprovechando y que luego de un proceso de depuración y validación de la misma, sería un recurso valioso para la toma de decisiones.
	No existe un formato estandar para el manejo de la información; algunas están en Excell, Access y otros medios.		Competencia legal de la Secretaría de Salud para establecer normas y procesos relacionados con el mejoramiento de la producción y manejo de la información.
	En algunos temas no están definidos los procesos para recolección, captura y procesamiento de la información: incluidos tiempos y medios.		Se adelantan procesos de organización de la información que ya han dado algunos frutos.
	No existe un sistema o aplicativo en el que se congrege toda la información de la Secretaría de Salud, algunas dependencias han desarrollado sus propias herramientas.		
	El nivel de comunicación de la información entre dependencias de la Secretaría de Salud, es mínimo. Aunque una buena proporción de la información que se procesan en la Secretaría es de interés para múltiples usuarios internos, éstos no siempre pueden acceder a la información requerida.		
Fortalezas	Abundancia de información en las diferentes áreas temáticas	Amenazas	Cambios de las administraciones, directivos y de las políticas sobre necesidades y manejo de la información
	Normatividad clara: establece prioridades y requerimientos.		Falta de cultura estadística en algunas entidades territoriales que lleva al envío de información deficiente y sin validar, a la Secretaría de Salud
	Competencia legal de la Secretaría para hacer cumplir la normatividad y obtener la información de los municipios.		Ausencia de colaboración de algunas entidades externas en la entrega de información adicional o de contexto importante para la realización de análisis
	Recurso humano con amplio conocimiento de los temas y capacidad para formulación de indicadores y definición de requerimientos.		

Los aspectos que caracterizan la línea de base como herramienta de gestión y de control de la eficiencia, en las acciones de las políticas gubernamentales, inducen a crear valor agregado tanto en la organización como en el uso de la información. Los cambios previsibles en las prácticas de producción y uso de información en la Secretaría, a partir de la implementación de la línea de base, son:

- Concentración de esfuerzos en la producción de información necesaria y suficiente, de uso frecuente para el diseño, el seguimiento y la evaluación de la política.
- Ampliación de los canales de comunicación de la información para múltiples usuarios, en este orden de prioridades: primero usuarios de las distintas dependencias de la Secretaría; segundo, de las entidades de la Gobernación del Departamento de Cundinamarca; tercero, de los municipios del Departamento; y por último, otros
- Creación de nuevos esquemas de análisis (v.gr. la eficiencia comparativa), basados en indicadores claves e información mínima y relevante.

Producto: Identificación de problemas y dificultades.

4.1.2 Situación de la información en los municipios seleccionados

La verificación de flujos y de calidad de la información se adelantó en los municipios de Soacha, Chía, Anolaima, Facatativá, Mosquera y Chipaque, cada uno de ellos en representación de grupos de municipios con características similares. El proceso se realizó en entidades de salud seleccionadas (anexo F), productoras de información: secretarías de salud municipal, hospitales, centros de salud, EPS e IPS privadas, con base en los criterios que se mencionan en la tabla 5.

Tabla 5
Criterios para el proceso de verificación de flujos y de calidad

Objetivos	Metodología	Resultados
Establecer la existencia de la información para producir los indicadores seleccionados para conformar la línea de base	A través de las visitas a las diferentes entidades se indagará por cada indicador predefinido y por la existencia del mismo. Aplicación del formulario 4	Ajuste en indicadores: modificaciones, adiciones y exclusiones
Verificar el cumplimiento de los tiempos y calidad de la información producida en los municipios	Contraste entre los resultados de la aplicación del formulario 2 en la Secretaría Departamental y la situación presentada en los departamentos. Se tiene el marco legal como soporte	Flujos de información municipal (anexo G)
Identificar la información adicional producida en los municipios, no reportada al departamento y útil para conformar algunos indicadores	Revisión de la información producida en la Secretaría de Salud local e instituciones prestadoras de servicios de salud; en lo posible se observarán algunas bases de datos	Propuesta de nuevos indicadores
Verificar la utilización de los formatos establecidos por la Secretaría de Salud Departamental para la recolección de información	Recolección de los formatos utilizados en los municipios para la recolección de la información (anexo H, relación de los formatos municipales)	Recomendaciones sobre el manejo de la información
Identificar problemas o dificultades existentes en la producción de la información y su remisión al departamento	Visión de los funcionarios municipales a parte de su experiencia y trabajo.	Recomendaciones sobre el manejo de la información

Tabla 5 (conclusión)
Criterios para el proceso de verificación de flujos y de calidad

Objetivos	Metodología	Resultados
Establecer la capacidad tecnológica de los municipios con miras al desarrollo del software para la línea de base	Aplicación del <i>formulario 3</i> en las instituciones	Lineamientos sobre las características que debe tener el aplicativo
Establecer el estado del arte de la información del sector salud en los municipios:	Luego de la indagación en las instituciones municipales se conformará una matriz por municipio y temática de información (aseguramiento, vigilancia y control, prestación de servicios, salud pública) en la cual se consignará la situación del municipio. Cada municipio se calificará teniendo en cuenta los siguientes criterios: - Color verde: excelente desempeño - Color amarillo: regular, aunque con algunos desarrollos, falta mejorar - Color rojo: deficiente, el municipio presenta problemas en la organización de su información Los resultados de este ejercicio están consignados en el anexo I del documento. También se revisaron algunos reportes y cuadros de salida de la información municipal (anexo J relación de información), los PAB y perfil epidemiológico de los municipios.	Estado del arte de la información municipal

Fuente: DANE, Secretaría de Salud de Cundinamarca

Los resultados de este proceso se expresan en los siguientes puntos:

- Los municipios producen y organizan más información de la que normalmente reportan, por obligación normativa a instituciones del nivel departamental o nacional.
- En muchos casos se considera que los formatos establecidos por la Secretaría de Salud Departamental para la recolección y reporte de la información, son complejos y difíciles de manejar. Así, atendiendo a necesidades propias de organización y uso de información, las entidades locales han diseñado formatos municipales para el registro de datos. Se presenta así una función paralela de obtención de información, un ejemplo de esta situación lo constituyen los formatos para la recolección de control de factores.
- Pese a la abundancia de información, el uso que se hace de ella es mínimo; es más fuerte la cultura del cumplimiento del reporte periódico a las autoridades que lo exigen, que la cultura del análisis de la gestión, y la comunicación entre las entidades locales no es completa. Por ejemplo, los hospitales, que son una fuente importante de información, sólo reportan la de epidemiología y prestación de servicios a la Secretaría de Salud del Departamento y no a la Secretaría de Salud local.
- Cierta información –importante para la toma de decisiones en el nivel municipal– que por ley se reporta directamente a la Secretaría de Salud Departamental, queda sin registrarse en los municipios ya que no existe una retroalimentación del nivel departamental al municipal.
- Se observa un mejor desempeño en materia de información en los municipios grandes que en los pequeños, estos últimos presentan problemas tanto tecnológicos como de conocimiento de organización de la información.

- La información de aseguramiento es consolidada y manejada con facilidad en la totalidad de municipios consultados. En todos éstos se ha logrado la depuración de sus bases de datos del régimen subsidiado, pero no ocurre lo mismo con la información del régimen contributivo, debido a la inexistencia de un mecanismo legal que ordene a las EPS reportar su información a las secretarías de salud municipales.
- Sobre la información de control de factores de riesgo, los municipios siguen los lineamientos de política de la Secretaría Departamental. Sin embargo, en algunos casos se han modificado los formatos para la recolección de la información por considerarlos complejos. Esta información no presenta mayores problemas, se produce y reporta a la Secretaría Departamental en los tiempos y medios establecidos.
- La información de epidemiología se reporta directamente a la Secretaría de Salud Departamental (Sistema Alerta Acción) y al nivel nacional a través de los RIPS (Registro Individual de Prestación de Servicios); en el nivel municipal no se cuenta con esta información, sólo se recoge en el momento de elaboración del perfil epidemiológico.
- La información relacionada con planes, programas y proyectos del PAB –Plan de Atención Básica–, presenta varias restricciones: los rezagos de las mismas acciones del PAB no han permitido el flujo de la información y la que existe no está totalmente sistematizada; es poca la información que se envía a la Secretaría de Salud Departamental y sólo la del uso de los recursos es reportada a tiempo y a través de la dependencia de Vigilancia y Control. Esta área temática es una de las más críticas en materia de información.
- La información de Vigilancia y Control no presenta ningún tipo de problemas, puesto que la Secretaría de Salud Departamental tiene siete formatos definidos para el reporte de la información desde los municipios, además de la capacitación y el permanente contacto que tiene con los funcionarios municipales.
- En general, los flujos de información establecidos desde el nivel nacional y departamental son seguidos por los municipios; sin embargo, existen deficiencias en los procesos y estándares de calidad para producir la información en éstos.

4.2 INDICADORES

El paso siguiente fue la selección definitiva de los indicadores que conforman la línea de base, clasificados en claves y complementarios (anexo K: mapas de indicadores). El proceso tuvo en cuenta los siguientes criterios:

- Metodología sencilla
- Fácil comprensión e interpretación
- Comparabilidad departamental, nacional e internacional
- Comparabilidad a través del tiempo.

5. RELACIÓN DE INDICADORES SELECCIONADOS EN LA LÍNEA DE BASE

La línea de base incluyó un total de 207 indicadores, de ellos, 127 fueron catalogados como claves (cuadro 1) y con éstos, los directivos de la Secretaría de Salud y de la Gobernación en general, podrán obtener una visión global de lo que ocurre con cada uno de los temas a los que se refieren los indicadores. Con los indicadores complementarios se tendrá una observación más en detalle, en cada tema.

Cuadro 1
Indicadores seleccionados en la línea de base
2004

Clase	Asegu- ramiento	Salud pública				Prestación de servicios	Vigilancia y control	Total
		Epidemio- logía	Gestión PAB	Control de factores	Otros			
Indicadores claves	4	72	1	6	12	27	5	127
Desagregaciones de indicadores claves	0	8	0	0	4	9	0	21
Indicadores secundarios	13	7	3	0	12	14	10	59
Desagregaciones de indicadores secundarios	0	0	0	0	0	0	0	0
Total general	17	87	4	6	28	50	15	207

Fuente: DANE, Secretaría de Salud de Cundinamarca

5.1 ASEGURAMIENTO

Son cuatro indicadores claves que se refieren a la cobertura del departamento y de los municipios en el Sistema General de la Seguridad Social en Salud –SGSSS– y, dentro de éste, a las coberturas de los regímenes subsidiado y contributivo (tabla 6). Una observación en detalle en cada uno de los indicadores claves, la proporciona un conjunto de indicadores complementarios. El anexo L contiene las características de cada indicador, incluida su fórmula.

5.2 PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Los indicadores de prestación de servicios se agrupan en cuatro temas: oferta, demanda, calidad de los servicios y financiamiento (tabla 7). La mayor parte de los indicadores permiten a la Secretaría de Salud un seguimiento a los aspectos más importantes de la red pública de hospitales bajo jurisdicción del Departamento, relacionados con la eficiencia. Un ejercicio de eficiencia comparativa se hace posible con los indicadores propuestos: la Secretaría de Salud podrá establecer parámetros de gestión para observar y analizar el comportamiento de las entidades de la red pública de hospitales, entre ellas y con respecto al comportamiento de oferentes de servicios privados.

Tabla 6
Indicadores seleccionados para aseguramiento

Indicador clave	Indicadores complementarios
Cobertura de aseguramiento	
1. Cobertura poblacional del SGSSS	
Régimen subsidiado	
1. Cobertura general del régimen subsidiado	1.1 Proporción de la población focalizada 1.2 Porcentaje de la población priorizada 1.3 Proporción de recursos destinados a la población de régimen subsidiado por fuente de financiación (Fosyga, SGP, cajas de compensación, propios, etc.) 1.4 Cobertura efectiva de afiliación ¹ 1.5 Distribución de la población por ARS
2. Proporción de población vinculada ²	2.1 Proporción de recursos de aportes del Departamento destinados a la atención de población vinculada (subsidio a la oferta) 2.2 Proporción de recursos del SGP destinados a la atención de la población vinculada (subsidio a la oferta)
Régimen contributivo	
3. Cobertura poblacional del régimen contributivo	3.1. Proporción de población cotizante 3.2. Proporción de población beneficiaria 3.3. Relación beneficiario cotizante

Fuente: DANE, Secretaría de Salud de la Gobernación de Cundinamarca

¹ La cobertura efectiva de afiliación está definida como la población efectivamente afiliada con respecto a la población priorizada

² Los vinculados se entienden como la población pobre y vulnerable sin afiliación al SGSSS

Tabla 7
Indicadores seleccionados para prestaciones de servicios

Indicador clave	Indicadores complementarios
Oferta de servicios	
1. Porcentaje de IPS públicas según nivel de atención	
2. Porcentaje de IPS privadas ¹ según nivel de atención	
3. Porcentaje de IPS mixtas según nivel de atención	
4. Porcentaje ocupacional	
5. Promedio día estancia	
6. Giro cama	
Demanda de servicios	
1. Porcentaje de consultas generales	- Promedio de imágenes diagnósticas por RMN
2. Porcentaje de consultas especializadas	- Promedio de imágenes diagnósticas por TAC
3. Porcentaje de consultas odontológicas	- Promedio de imágenes diagnósticas por ecografías
4. Porcentaje de atenciones en urgencias	- Promedio de imágenes diagnósticas por endoscopias,
5. Porcentaje de intervenciones quirúrgicas programadas por tipo de cirugía	- Promedio de imágenes diagnósticas por angiografías
6. Porcentaje de intervenciones quirúrgicas en urgencias por tipo de cirugía	- Promedio de imágenes diagnósticas por escanografías
7. Porcentaje de partos por cesárea institucionales	- Promedio de imágenes diagnósticas por electroencefalograma
	- Promedio de imágenes diagnósticas por electrocardiograma
	- Promedio de imágenes diagnósticas por mamografía
	- Promedio de exámenes por egreso
	- Promedio de exámenes por consulta

Tabla 7 (conclusión)
Indicadores seleccionados para prestación de servicios

Indicador clave	Indicadores complementarios
Calidad de los servicios	
1. Mortalidad hospitalaria después de 24 horas	2.1 Tiempo promedio de espera de consulta médica
2. Porcentaje de complicaciones en cirugía	3.1 Tiempo de espera de cirugía electiva
3. Porcentaje de infección intrahospitalaria nosocomiales	
4. Porcentaje de infección intrahospitalaria por procedimiento quirúrgico	
5. Porcentaje referencias no exitosas	
Financiamiento	
1. Relación de ingresos - gastos	
2. Razón corriente	
3. Razón cartera- ingresos	
4. Costos promedio egreso	
5. Costo promedio consulta	
6. Costo promedio tratamiento odontológico	
7. Costo promedio exámenes de laboratorio	
8. Costo promedio imágenes diagnósticas	
9. Porcentaje de recuperación de cartera mayor a 60 días	
10. Gestión de recaudo	10.1 Autofinanciamiento

Fuente: DANE, Secretaría de Salud de Cundinamarca

¹ Incluye los prestadores de salud independientes

5.3 SALUD PÚBLICA

El tema de salud pública es el de mayor número de indicadores dentro de la línea de base (tabla 8). Se agrupan en nueve subtemas: niños y adolescentes, salud sexual y reproductiva, enfermedades crónicas transmisibles, violencia y salud mental, discapacidad, gestión PAB, vigilancia epidemiológica, vigilancia salud oral y control de factores de riesgo. La mayor parte de los indicadores se refieren a temas de notificación obligatoria a las entidades de orden nacional.

Tabla 8
Indicadores seleccionados para salud pública

Indicador clave	Indicadores complementarios
I. Niños y adolescentes	
1.1 Cobertura en vacunación esquema completo en menores de 1 año	1.1.1 Cobertura en vacunación con BCG (departamental)
	1.1.2 Cobertura en vacunación con BOP (antipolio), en menores de 1 año
	1.1.3 Cobertura en vacunación antihepatitis B, en menores de 1 año
	1.1.4 Cobertura en vacunación con DPT, en menores de 1 año
	1.1.5 Cobertura en vacunación con Haemophilus influenzae tipo B, en menores de 1 año
	1.1.6 Cobertura en vacunación con MMR (sarampión, paperas y rubeola), en menores de 1 año
1.2 Cobertura de TT2 en embarazadas	
1.3 Prevalencia de desnutrición global niños menores de 10 años	1.3.1. Prevalencia de desnutrición aguda en niños menores de 10 años
	1.3.2. Prevalencia de desnutrición crónica en niños menores de 10 años
	1.3.3 Cobertura de control de crecimiento y desarrollo en niños menores de 10 años

Tabla 8 (continuación)
Indicadores seleccionados para salud pública

Indicador clave	Indicadores complementarios
1.4 Porcentaje de niños menores de 6 meses alimentados con lactancia materna exclusiva	1.4.1 Porcentaje de niños menores de 2 años alimentados con lactancia complementaria
2. Salud sexual y reproductiva	
2.1 Proporción de embarazos en adolescentes	2.1.1 Cobertura de citología cervico-uterina
2.2 Proporción de embarazos en mujeres aíasas (mayores de 35 años)	
2.3.1 Cobertura de control prenatal	
2.3.2 Prevalencia de bajo peso al nacer	
3. Enfermedades crónicas transmisibles	
3.1 Porcentaje de pacientes de TBC pulmonar con tratamiento terminado	3.1.1 Porcentaje de contactos inscritos y estudiados de casos de TBC pulmonar
3.2 Porcentaje de pacientes de lepra con tratamiento terminado	3.2.1 Porcentaje de contactos inscritos y estudiados de casos de lepra
4. Violencia y salud mental	
4.1 Porcentaje de casos de violencia y abuso familiar registrados y atendidos por la red de protección y apoyo social en salud mental	
5. Discapacidad	
5.1 Proporción de personas discapacitadas por tipo de discapacidad	
5.2. Proporción de población con discapacidad que han recibido ayuda técnica del Departamento	
6. Gestión PAB	
6.1 Índice cumplimiento en la ejecución de recursos del PAB por línea de acción	6.1.1 Porcentaje de Planes de Atención Básica municipales monitoreados y evaluados
	6.1.2 Porcentaje de municipios críticos que han sido apoyados por el departamento para el desarrollo del PAB (por líneas de acción o según prioridades)
	6.1.3 Porcentaje de municipios con PAB aprobado por el Consejo Territorial de Seguridad Social
7. Vigilancia Epidemiológica	
7.1 Mortalidad	
7.1.1 Tasa de mortalidad general por rangos de edad	- Tasa de mortalidad por tos ferina en menores de 5 años
7.1.2 Tasa de mortalidad infantil (menores de un año)	- Tasa de mortalidad por tétanos en menores de 5 años
7.1.3 Tasa de mortalidad materna	- Tasa de mortalidad por difteria en menores de 5 años
7.1.4 Tasa de mortalidad por EDA en menores de 5 años	
7.1.5 Tasa de mortalidad por IRA en menores de 5 años	
7.1.6 Tasa de mortalidad perinatal	
7.1.7 Tasa de mortalidad por inmunoprevenibles	
7.1.8 Tasa de mortalidad por malaria	
7.1.9 Tasa de mortalidad por dengue	
7.1.10 Tasa de mortalidad por enfermedades transmisibles	
- TBC	
- VIH	
- Hepatitis B, C y D	

Tabla 8 (continuación)
Indicadores seleccionados para salud pública

Indicador clave	Indicadores complementarios
7.1.11 Tasa de mortalidad por enfermedades del aparato circulatorio	
- Hipertensión	
- Enfermedad isquémica del corazón	
7.1.12 Tasa de mortalidad por cáncer	
- Cáncer de cuello uterino	
- Cáncer de seno	
- Cáncer gástrico	
- Cáncer de próstata	
7.1.13 Tasa de mortalidad por enfermedades cerebro vasculares	
7.1.14 Tasa de mortalidad por diabetes mellitus	
7.1.15 Tasa de mortalidad por lesiones causa externa	
- Tasa de mortalidad por accidentes excluidos los de transporte	
- Tasa de mortalidad por accidentes de transporte	
- Tasa de mortalidad por homicidio y lesiones infligidas intencionalmente por otras personas	
- Tasa de mortalidad por suicidio y lesiones autoinfligidas	
7.2 Morbilidad	
7.2.1 Tasas de incidencia	
<i>Enfermedades inmunoprevenibles</i>	
-Tasa de incidencia de varicela en personas menores de 15 años	
-Tasa de incidencia de hepatitis A en personas entre 5 y 15 años	
-Tasa de incidencia de hepatitis A en personas mayores de 15 años	
-Tasa de incidencia de hepatitis A en personas menores de 5 años	
-Tasa de incidencia de poliomielitis	
-Tasa de incidencia de Parálisis Flácida Aguda –PFA– personas menores de 15 años	
-Tasa de incidencia de sarampión en personas menores de 5 años	
-Tasa de incidencia de sarampión en personas mayores de 15 años	
-Tasa de incidencia de sarampión en personas entre 5 y 15 años	
-Tasa de incidencia de difteria en personas menores de 5 años	
-Tasa de incidencia de tos ferina en personas menores de 1 año	
-Tasa de incidencia de tos ferina en personas menores de 5 años	
-Tasa de incidencia de varicela en personas menores de 15 años	
-Tasa de incidencia de varicela en personas entre 5 y 15 años	
-Tasa de incidencia de tétanos neonatal	
-Tasa de incidencia de rubeola en personas menores de 5 años	
-Tasa de incidencia de rubeola en personas mayores de 15 años	
-Tasa de incidencia de rubeola en personas entre 5 y 15 años	
-Tasa de incidencia de rubeola materna	
-Tasa de incidencia de rubeola congénita	
-Tasa de parotiditis en personas menores de 15 años	
-Tasa de incidencia de meningitis por neumococo	
-Tasa de incidencia de meningitis por H. influenzae	
-Tasa de incidencia de meningitis por meningococo	
<i>Enfermedades de transmisión vectorial</i>	<i>Infestación vectorial</i>
-Tasa de incidencia de dengue clásico	- Índice de Bretau
-Tasa de incidencia de dengue hemorrágico	- Índice larvario
-Tasa de incidencia de leishmaniasis	- Índice de depósito
-Tasa de incidencia de chagas	
-Tasa de incidencia de malaria	
-Tasa de incidencia de fiebre amarilla	

Tabla 8 (conclusión)
Indicadores seleccionados para salud pública

Indicador clave	Indicadores complementarios
<i>Enfermedades crónicas no transmisibles</i> Tasa de incidencia de hipertensión arterial Tasa de incidencia Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica –EPOC– Tasa de incidencia de diabetes Tasa de incidencia de obesidad de personas mayores de 10 años Tasa de incidencia de enfermedad coronaria Tasa de incidencia de enfermedad cerebro vascular	
<i>Enfermedades crónicas transmisibles</i> Tasa de incidencia de tuberculosis Tasa de incidencia de lepra Tasa de incidencia de hepatitis B, C y D Tasa de incidencia de sífilis por tipo (adquirida, congénita, gestacional) Tasa de incidencia de toxoplasmosis	
<i>Infecciones de transmisión sexual</i> Tasa de incidencia de VIH- SIDA	

7.3 Indicadores centinela

- 7.3.1 Hospitalización por EDA en menores de 5 años
- 7.3.2 Hospitalización por neumonía en menores de 5 años

8. Vigilancia salud oral

- 8.1 Índice COP (Cariados, Obturados, Perdidos) > 12 años -Proporción de detartrajes¹ en menores de 12 años
- 8.2 Índice COE (Cariados, Obturados, Extraídos) > 6 < 12 años

9. Control de factores de riesgo

- 9.1 Porcentaje de municipios con muestras de agua con resultados aceptables
- 9.2 Porcentaje de municipios con muestras de agua con resultados no aceptables
- 9.3 Porcentaje de animales focos de rabia
- 9.4 Porcentaje de establecimientos con medidas de seguridad
- 9.5 Cobertura de vacunación de caninos y felinos
- 9.6 Porcentaje de litros de leche cruda decomisada por ser no aptas para el consumo humano

Fuente: DANE

¹Detartraje: tipo de limpieza dental que consiste en eliminar la placa y el sarro de los dientes

5.4 VIGILANCIA Y CONTROL

Cuatro indicadores claves se incluyen en este tema (tabla 9), referidos a las peticiones de los ciudadanos en el marco de los derechos que les asisten, en el aseguramiento, la habilitación de las entidades prestadoras de servicios, la ejecución de los recursos del PAB y el control de auditorías. Cada uno de ellos tiene sus indicadores complementarios que amplían el espectro de información para análisis más puntuales.

Tabla 9
Indicadores seleccionados para vigilancia y control

Indicador clave	Indicadores complementarios
1. Porcentaje de peticiones resueltas totales	
2. Porcentaje de prestadores de servicio habilitados	2.1 Porcentaje de prestadores de servicios con visita de verificación
	2.2 Porcentaje de prestadores certificados por condiciones de habilitación
	2.3 Porcentaje de prestadores de servicios de salud a los que se les ha aplicado medida de seguridad por condiciones de habilitación
	2.4 Índice de cumplimiento del requisito de presentación de declaración de habilitación por parte de las instituciones prestadoras de servicios de salud.
	2.5 Porcentaje de establecimientos comercializadores de medicamentos, cosméticos, productos naturales, de aseo, higiene y limpieza e insumos para la salud según medida de seguridad
	2.6 Porcentaje de establecimientos autorizados para el manejo de medicamentos de control especial
3. Proporción de los recursos del PAB ejecutados total departamento y por municipio ¹	3.1 Porcentaje de los municipios certificados en el cumplimiento de la ejecución del PAB.
4. Porcentaje de municipios con interventorías de los contratos del régimen subsidiado	4.1 Porcentaje de ARS con auditoría de la gestión administrativa y financiera
	4.2 Porcentaje de ARS que cumplen con el gasto mínimo del 85% de la UPC subsidiada en salud.
	4.3 Porcentaje de ARS que contratan en más del 40% de la UPC con la red pública de servicios
5. Porcentaje de municipios con auditoría de los contratos del régimen subsidiado	

Fuente: DANE

¹ Este indicador corresponde a los recursos ejecutados por el PAB en cada municipio. El indicador departamental corresponde a la agregación del nivel municipal, no debe confundirse con los recursos que el Departamento utiliza para financiar programas relacionados con las líneas de acción del PAB en los municipios.

6. IMPLEMENTACIÓN DE LA LÍNEA DE BASE

En esta sección se presentan algunos lineamientos que deberán tenerse en cuenta para la implementación de la línea de base:

- La implementación de la línea de base no está relacionada con un periodo de tiempo específico, es un proceso constante que requiere el compromiso y la participación activa de los directivos, funcionarios de la Secretaría de Salud Departamental y funcionarios municipales.
- El funcionamiento del proyecto depende de la puesta en marcha del aplicativo, la alimentación de los indicadores y de sus bases de datos, y la apropiación de las recomendaciones y propuestas para el manejo de la información.
- El trabajo del equipo técnico del DANE llega hasta esta primera fase de implementación del aplicativo en los municipios. El mantenimiento, vigencia y utilización de la línea de base está en manos de la Secretaría de Salud de Cundinamarca y de todos los funcionarios que han hecho parte del proyecto.

6.1 ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

El DANE sugiere que la administración de la línea de base sea una responsabilidad de la Dirección de Planeación de la Secretaría de Salud de Cundinamarca, en razón a su carácter vinculante con las distintas dependencias de la Secretaría. La tabla 10 establece las pautas de coordinación entre las distintas instancias comprometidas con el funcionamiento de la línea de base, expresadas como funciones mínimas que deberán atender.

De igual modo, se han identificado las competencias de la Secretaría de Salud, los municipios y los hospitales para el suministro de información (anexo M)

Tabla 10
Responsabilidades y funciones de las distintas instancias comprometidas con la línea de base

Niveles	Equipos	Funciones
Departamental	Coordinación y Administración Central	Establecer junto con los funcionarios de las diferentes dependencias de la Secretaría de Salud las normas, procesos, formatos para la recolección de la información. Definir junto con los funcionarios de las dependencias de la Secretaría de Salud, modificaciones a los indicadores: inclusiones y salidas. Determinar junto con las demás dependencias las fechas para reportes de información. Atender las solicitudes de información y reportes de las dependencias temáticas.

Tabla 10 (conclusión)

Responsabilidades y funciones de las distintas instancias comprometidas con la línea de base

Nivel	Equipo	Funciones
Departamental	Sistemas	Administrar el aplicativo de las bases de datos y prestar asesorías a los entes territoriales en el manejo del software y alimentación de la información. Diseñar formatos electrónicos para la alimentación de las bases de datos desde los municipios. Validar la información antes de su exposición para consulta en las líneas de base. Realizar las actualizaciones al software que se requieran. Actualizar los manuales técnico y del usuario. Hacer el mantenimiento de las bases de datos. Definir los criterios para la recepción de las bases de datos desde los municipios. Mantener comunicación con las demás dependencias de la Secretaría de la Salud en lo relacionado con las bases de datos.
	Soporte estadístico	Participar en la validación de los indicadores presentados en la línea de base. Apoyar técnicamente a los funcionarios de las áreas temáticas y de la oficina de planeación en el diseño de nuevos indicadores para la línea de base.
	Áreas temáticas: Aseguramiento, Prestación de Servicios, Vigilancia y Control, Salud Pública	Definir los indicadores que conforman la línea de base, proponer nuevos indicadores y modificaciones a los ya existentes. Diseñar junto con la coordinación de la línea de base, los formatos, políticas e instrumentos para la recolección de la información municipal. Definir información proveniente de fuentes externas (sector salud e información socioeconómica y demográfica) que debe hacer parte de la línea de base. Validar los datos e indicadores de la línea de base. Realizar el análisis de las cifras.
Municipal	Coordinación central	Estar en permanente contacto con el nivel departamental y participar en la definición de lineamientos para el manejo de la línea de base. Coordinar los equipos de sistemas y temáticos que existan en el municipio. Estar atento al correcto envío de la información al Departamento.
	Sistemas	Alimentar la línea de base desde el nivel municipal de acuerdo con los lineamientos y estándares establecidos desde el Departamento. Prestar asesoría técnica a la Secretaría de Salud local en el manejo de la línea de base Validar la información municipal.
	Equipo temático: PAB, Aseguramiento, Vigilancia y Control	Recolectar, procesar y consolidar la información que debe enviarse al nivel nacional.

6.2 ASPECTOS OPERATIVOS: INSTALACIÓN DEL APLICATIVO E IMPLEMENTACIÓN EN MUNICIPIOS

La implementación de la línea de base en los municipios involucró dos procesos: primero, capacitación a funcionarios encargados de manejar y alimentar la línea de base al nivel local, en aspectos administrativos y de coordinación de la línea de base (estándares, formatos, procesos), construcción y análisis de indicadores y manejo de la herramienta informática, y segundo, instalación y funcionamiento del aplicativo en las instituciones.

6.2.1 Capacitación

Objetivos

- Dotar a los participantes, de los elementos metodológicos esenciales para la construcción, interpretación y análisis de indicadores.
- Presentar a los participantes los procesos, mecanismos e instrumentos definidos para la recolección y captura de información en la línea de base.
- Capacitar a funcionarios en el manejo de la herramienta informática.

Población objetivo

Todos aquellos profesionales que en el desempeño de sus funciones, manejan información estadística de salud y seguridad social.

Profesionales de las administraciones locales, encargados del manejo de base de datos y soporte de sistemas.

Metodología

La capacitación tuvo como finalidad involucrar a los participantes en el manejo del software y el conocimiento de los indicadores: diseño, construcción, análisis e interpretación, a través de un taller dinámico e interactivo, en el que los participantes hacen parte del proceso, no sólo a través del aprendizaje, sino mediante la exposición de sus experiencias, ideas y expectativas sobre el tema. A grandes rasgos, la metodología utilizada en la capacitación fue:

- Marco conceptual que soporta la formulación, interpretación y análisis de indicadores; con ejemplos se ilustró sobre los diferentes tipos de indicadores y su aplicación; mediante ejercicios se propició el desarrollo de habilidades frente a la operacionalización de los indicadores.
- Inducción sobre los contenidos y forma de uso del aplicativo, incluidas los mecanismos de alimentación de datos, consultas y administración del sistema.

6.2.2 Instalación del software

Preparación logística: se desarrolló en la Secretaría de Salud Departamental con la participación de las diferentes dependencias y la coordinación del DANE. Consistió en la definición de los aspectos técnicos en el flujo de la información, en el diseño del formato digital para la captura de información y los tiempos de entrega para la recolección de información, entre otros. En esta etapa, se realizó una averiguación de las diversas bases de datos que pudieran contener información que sirviera para alimentar algunos de los indicadores de la línea de base.

Recolección de la información: de acuerdo con los criterios establecidos, los municipios alimentarán el software de línea de base con la información previamente definida y conforme a los estándares fijados. Previamente se le asignará a cada municipio su usuario y contraseña de ingreso al sistema.

Crítica y validación: se analiza la información para detectar posibles errores o fallas en la misma. Si el administrador percata inconsistencias, debe informar al municipio para que sean corregidas en los tiempos establecidos para cada indicador.

Captura de la información: una vez validada la información se incorpora en el sistema.

Procesamiento: la información ya capturada es sometida a procesos para su posterior utilización en cálculos y producción de indicadores de la línea de base.

6.3 HERRAMIENTA INFORMÁTICA

6.3.1 Mapa del sitio

La herramienta se ha construido para recepción de información, transformación de datos de manera automática en indicadores y consulta. Tanto la recepción de datos como la consulta pueden hacerse por vía Internet.

Figura 10

Contenido
Secretaría de Salud
Administradores
Organigrama
Línea Base
Introducción
Aspectos Conceptuales
Estructura
Alcance
Temas
Aseguramiento
Prestación de Servicios
Salud Pública
Administrativo y Financiamiento
Vigilancia y Control
Indicadores
Metadatos
Estadísticas
Cuadro de Mando
Publicaciones
Noticias
Otros Links
Contáctenos
Contáctenos
E-mail

Contenido

La página se estructura por las opciones que corresponden a los aspectos organizacionales de la Secretaría de Salud y a los temas incluidos en la línea de base (figura 11):

- Secretaría de Salud
- Línea base
- Temas
- Indicadores
- Publicaciones
- Contáctenos

Secretaría de Salud

Quiénes somos: presenta la misión, objetivos y funciones de la Secretaría de Salud de la Gobernación de Cundinamarca

Organigrama: Representación gráfica de la organización de la Secretaría de Salud del Departamento.

Línea de base

Introducción: fundamentos y presentación de la línea de base.

Aspectos conceptuales: definición de la línea de base.

Estructura: definición de la estructura de la línea base y explicación del tipo de indicadores que la integran.

Alcance: los objetivos que busca alcanzar la línea base.

Temas

En la página se muestran los temas de la línea de base:

- Aseguramiento
- Prestación de servicios
- Salud pública
- Financiamiento
- Vigilancia y control

Cada tema contiene:

Definición: explicación detallada del tema, sus funciones y el diagrama de flujo de información manejada por la dependencia.

Indicadores: presentación del mapa de indicadores relacionados con el tema.

Normatividad: listado detallado de las normas utilizadas por la dependencia sobre el tema.

Formularios: formularios disponibles utilizados en el proceso de captura de información por cada dependencia.

Indicadores

Estadísticas: en la parte estadística se presenta las siguientes opciones las cuales son links a los temas expuestos anteriormente.

- Aseguramiento
- Prestación de servicios
- Salud pública
- Administrativa y financiera
- Vigilancia y control

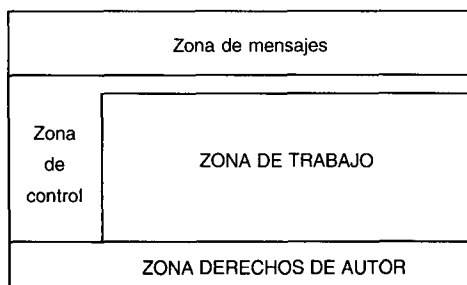
6.3.2 Manual de usuario

Instrucciones de navegación

La página web línea de base de la Secretaría de Salud de la Gobernación de Cundinamarca está a disposición de todo usuario a través de la dirección:

<http://salud.cundinamarca.gov.co/lineabase/>.

Figura 11
Configuración de la página web



Para municipios sin acceso a Internet, la herramienta se ha instalado localmente, y puede accederse a ella a través de la dirección: <http://localhost/>

Navegación por la página web - Línea de base

La pantalla se divide en 4 zonas: de mensajes, de trabajo, de control (permite un fácil desplazamiento e interacción con la web) y de derechos de autor (figura 11). Aquí se resalta las zonas de control y de trabajo: la primera se refiere a las opciones de la página web, con links a los diferentes sitios de la línea de base para visitas directas; y la segunda, a la información propiamente dicha: texto, gráficos, tablas, cuadros e imágenes, que forman el cuerpo de la página web.

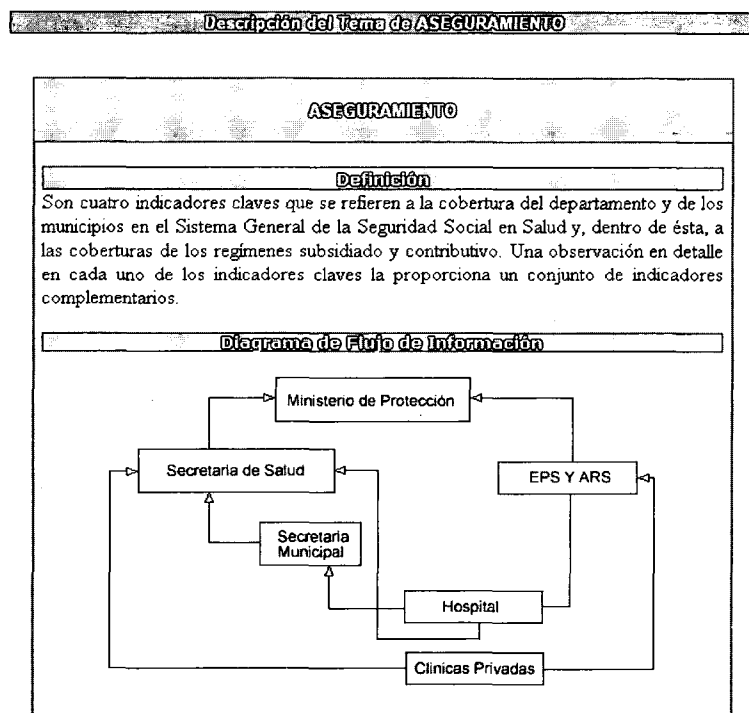
6.3.3 Descripción de algunas páginas

Opción temas

Se refiere a la organización de los temas de la Secretaría de Salud: aseguramiento, prestación de servicios, salud pública, financiamiento y vigilancia y control. Cada una de las opciones presenta un menú flotante que suministra información adicional sobre esos temas: descripción, indicadores, normatividad y formularios.

La descripción del tema incluye una definición breve del mismo y un diagrama del flujo que sigue la información (figura 12).

Figura 12
Descripción del tema de aseguramiento



En la sección de indicadores, el usuario encontrará inicialmente el mapa de indicadores, según la organización que se les ha dado: claves y secundarios (figura 13), la documentación (metadato: figura 14) del indicador –aspecto importante que ha de facilitar a los usuarios la historia del indicador, su fórmula y la descripción de las características que lo distinguen de otros– y, de igual modo, podrá acceder a la información propiamente dicha.

Opción indicadores

A través de esta opción se puede obtener las estadísticas de los diferentes Indicadores definidos en la línea de base. La información se consulta de acuerdo con el interés del usuario, para lo cual la página Formulario de evaluación estadística ofrece distintas alternativas de consulta (figura 15), partiendo de la estructura de indicadores claves y secundarios, la desagregación geográfica y la periodicidad.

El formulario lleva directamente a los cálculos que permite la herramienta para cada indicador, cuyos valores se pueden observar en la página de resultados: análisis, detalle, valores y gráfico (figura 16). En la sección de análisis se presenta, en la lógica de la comparación que debe ofrecer el dato del indicador, el referente nacional del indicador, el promedio del Departamento y el porcentaje de municipios que se encuentran por debajo y por encima del promedio. Los datos se registran tanto para el año base, como para los años anteriores y posteriores que se desean consultar.

En la sección de detalle, se muestra el listado de municipios con sus respectivos datos, de acuerdo con el lugar que ocupan frente al referente departamental (figura 17). Finalmente, la sección valores registra los datos de las variables que hacen parte del indicador, y el cálculo del mismo (figura 18).

Figura 13
Mapa de indicadores del tema de aseguramiento

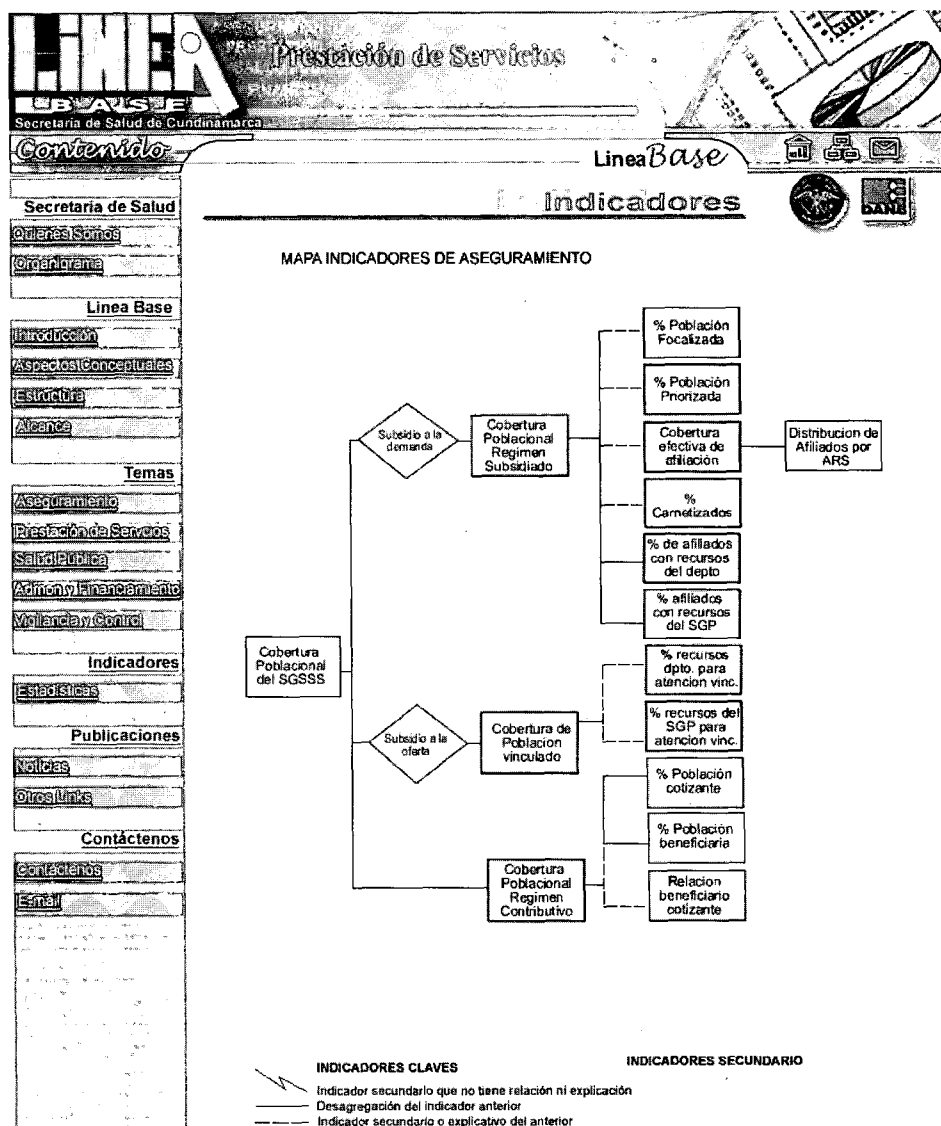


Figura 14
Descripción de indicadores

Cobertura poblacional del SGSSS	
Definición	Mide la proporción de la población total con afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud en sus distintos regímenes.
Unidad de Medida	Porcentaje
Desagregación	Total. Régimen contributivo. Régimen subsidiado.
Fórmula	$CSGSSS = (TA_i / PT_i) * 100$
Definición de cada variable de la fórmula	TA _i : Población (número de personas) total afiliada al SGSSS año i PT _i : Población (número de personas) total año i
Cobertura	Nacional, departamental y municipal
Fuente de datos	TA _i : Ministerio de Protección Social PT _i : DANE
Existencia de series históricas	1996-2003
Periodicidad de los datos	Anual
Entidad responsable del indicador	Ministerio de Protección Social y Secretaría de Salud Departamental

Figura 15
Formulario de evaluación estadística

Secretaría de Salud
Quiénes Somos
Organigrama
Línea Base
Introducción
Aspectos Conceptuales
Estructura
Alcance
Temas
Aseguramiento
Prestación de Servicios
Salud Pública
Admon y Financiamiento
Vigilancia y Control
Indicadores
Estadísticas
Cuadro de Mando
Publicaciones
Noticias
Otros links

Calc Calculo de Estadísticas	
Formulario de Evaluación Estadística	
Parámetros del Formulario	
Indicador	
Clave:	Cobertura poblacional del SGSSS
Secundario:	
Desagregación:	
Localización	
Departamento:	
Municipio:	
Periodicidad	
Período:	
Año:	1994
Calcular	

Figura 16
Resultados del indicador. Análisis



Figura 17
Resultados del indicador. Detalle

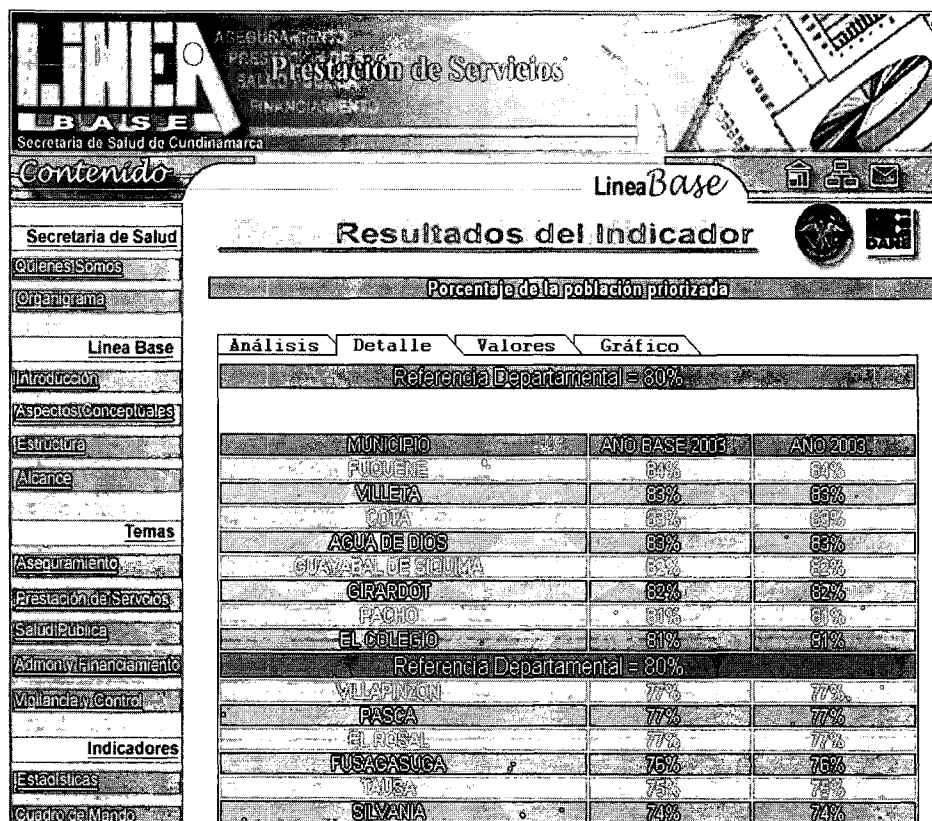


Figura 18
Resultados del indicador. Valores



6.4 DOCUMENTACIÓN

Independiente de los funcionarios que estén al frente de la administración y producción de la línea de base, si existe una adecuada documentación de la misma, siempre se conocerá su filosofía, procesos, estándares y funcionamiento. La tabla 10 presenta algunos procesos que deben documentarse a partir de un trabajo interno entre la oficina de planeación y las diferentes dependencias de la Secretaría de Salud de Cundinamarca.

Tabla 11
Procesos que deben documentarse

Documento	Descripción	Metodología de la elaboración
Metadatos de los indicadores	Son los datos sobre la información, es decir, la ficha técnica de los indicadores de la línea de base.	A partir del diagnóstico de información en la Secretaría de Salud y en los municipios, así como de la revisión de bases de datos, se conforman los metadatos que además de presentarse en este documento y hacer parte de la documentación de la línea de base, pueden consultarse en el aplicativo.
Procesos para la recolección de información	Establece las fechas, características, formatos para la recolección de la información de los entes territoriales, o en otras palabras, para la incorporación de la información en el aplicativo desde el nivel municipal.	Cada dependencia deberá definir los procesos para la recolección de su información; en algunos casos, un proceso involucrará la información de varios indicadores, y en otros, cada indicador involucrará un proceso. Los metadatos son un soporte importante para la definición de tiempos.
Directorio estadístico	El equipo administrador de la base de datos deberá conformar un directorio estadístico en el que se relacione: fuente de la información (entidad), base de datos, periodicidad de la información, funcionario encargado del envío de la información desde el nivel municipal, cargo, teléfono, e-mail, información contenida en la base de datos.	Revisión de las bases de datos existentes. A medida que avance el proceso, se conformarán nuevas bases que deberán documentarse en el directorio.

6.4.1 Metadatos

Los metadatos se han definido como los datos acerca de la información. Son un conjunto común de términos y definiciones que describen las principales propiedades o características de los datos. Cumplen con los siguientes objetivos:

- Disponibilidad: permite a los usuarios identificar y determinar qué información existe sobre los indicadores seleccionados en la línea de base.
- Uso: información necesaria para determinar si el conjunto de datos se ajusta a un requerimiento específico.
- Acceso: datos acerca de la ubicación, tamaño, formato, medio y restricciones de uso, con el fin de identificar y adquirir un grupo de datos.
- Transferencia: información necesaria para utilizar, procesar e intercambiar un conjunto de datos.

La documentación de los indicadores permite informar al usuario sobre las entidades responsables de la producción y disponibilidad. El metadato responde a las preguntas qué, quién, cuándo, dónde, para qué y cómo, de los aspectos relativos a los datos que se documentan.

La inclusión del módulo de metadatos en el esquema de línea de base, constituye un aporte a la democratización de la información y facilita a cualquier usuario los datos sobre las características de los indicadores (procedencia de la información, periodo de producción, desagregaciones, forma de captura y de difusión, entre otros aspectos).

La tabla 12 presenta un esquema de la estructura de metadatos que se incluirá en uno de los módulos del aplicativo de la línea de base.

Tabla 12
Características del metadato para indicadores

Numeración	Nombre	Descripción	Condición	Dominio
1	NIVEL 1	Información básica acerca del indicador	Obligatorio	
1.1	Código	Corresponde a la identificación numérica o alfanumérica del indicador	Obligatorio	
1.2	Nombre	Porcentaje de municipios cuyas muestras de agua cumplen en su totalidad con las reglamentaciones establecidas en el Decreto 475 de 1998	Obligatorio	Texto libre
1.3	Definición	Se define como número de municipios, los cuales cumplen con toda la reglamentación del Decreto 475 de 1998 en sus muestras respectivas de agua.	Obligatorio	Texto libre
1.4	Unidad de medida	Porcentaje	Obligatorio	Texto libre
1.5	Desagregación		Obligatorio	Texto libre
1.6	Fórmula	$PMMB = \frac{MCR}{TM} * 100$	Obligatorio	Texto libre
1.7	Descripción metodológica		Obligatorio	Texto libre
	1.7.1	Definición de cada variable de la fórmula MR: número de municipios que cumplen con la reglamentación TM: número municipios	Obligatorio	Texto libre
	1.7.3	Limitaciones del indicador	Obligatorio	Texto libre
1.8	Cobertura	Municipal y departamental	Obligatorio	Nacional - departamental - municipal
1.9	Fuente de los datos	Municipio	Obligatorio	Texto libre
1.10	Disponibilidad de los datos		Obligatorio	
	1.10.1	Existencia de series históricas	Obligatorio	AAAA/MM/DD
	1.10.2	Medio de recolección de los datos	Obligatorio	Digital / impreso
1.11	Periodicidad de los datos		Obligatorio	Diaria / semanal / Mensual / Trimestral / Semestral / Anual
1.12	Entidades responsable del indicador	Secretaría de Salud departamental.	Obligatorio	Texto libre
1.13	Documentación relacionada con el indicador		Obligatorio	Texto libre
1.14	Observaciones		Opcional	Texto libre

7. LÍNEA DE BASE: INSTRUMENTO PARA EL ANÁLISIS

La mayor parte de los indicadores incluidos en la línea de base permiten un ejercicio de comparación de situaciones (dependiendo del indicador) en el total de los municipios del Departamento. La herramienta registra la situación promedio de cada indicador y la distribución de los municipios por encima y por debajo del promedio.

El usuario encontrará:

- Un dato de referencia del indicador correspondiente al promedio nacional, en el año base.
- Un dato de referencia del indicador correspondiente al promedio departamental, en el año base.
- Los datos de cada municipio, en el año base. Se incluyen los datos de años anteriores al año base y, desde luego, el sistema irá registrando los datos de los años siguientes, con la periodicidad establecida para cada indicador.

Ésta es apenas una primera característica de cómo la línea de base facilita la observación del comportamiento de los indicadores entre los municipios. Su importancia va más allá de la simple comparación porque permite establecer, a partir de la situación inicial de los datos en el año base, los alcances y las transformaciones esperadas según los objetivos y las metas del plan de desarrollo departamental.

Los directivos de la gobernación y los funcionarios podrán establecer el siguiente esquema de análisis (véase cuadro ilustrativo):

- Situación inicial del indicador.
- Meta esperada vs. recursos del presupuesto en cada vigencia para el Departamento y los municipios objeto de la política.
- Comportamiento del indicador: ejecución de presupuestos y cumplimiento de acciones gubernamentales. En el conjunto de indicadores seleccionados en la línea de base no se incluyen los indicadores de presupuesto. No obstante, la versatilidad de la herramienta informática facilita su inclusión, acción que la Secretaría de Salud podrá implementar una vez haya establecido los alcances sectoriales en el plan de desarrollo departamental.
- Transformación del indicador en el tiempo.

Las autoridades gubernamentales podrán orientar la política, según los objetivos planteados en el plan de desarrollo, en la perspectiva de favorecer a los municipios que se encuentran alejados del promedio. De igual modo, las autoridades locales tendrán acertados elementos de negociación (información de su situación frente a otros municipios de condiciones socioeconómicas y demográficas similares) con la gobernación y la Nación, de acuerdo con la situación inicial y los referentes promedios del Departamento.

Cuadro ilustrativo

Indicador: aseguramiento régimen subsidiado

Referencia nacional: cobertura %											
Referencia departamental: cobertura promedio en el departamento: %											
Municipio	2001	2001	2003:año base	2004		2005		2006		2007	
				Meta	Logro	Meta	Logro	Meta	Logro	Meta	Logro

Notas:

-Las metas que establece el Plan de Desarrollo del Departamento se formulan en función de los recursos estimados.

-De acuerdo con la distribución de los recursos, las dependencias de la Secretaría de Salud estiman los resultados esperados en metas físicas para cada uno de los municipios. El cruce de información entre uso de recursos presupuestales y acciones de cumplimiento de metas físicas deberá reflejarse en el comportamiento del indicador de la línea de base.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

La Secretaría de Salud cuenta con un instrumento que agrupa indicadores relevantes para la planeación y el seguimiento de la política pública departamental en salud y seguridad social.

La línea de base responde a una visión dinámica de la gestión pública: contraste de referencias temporales vs. ejecución y cumplimiento de objetivos y metas de la política gubernamental.

Con la línea de base, la Secretaría de Salud establece mecanismos de reducción de las asimetrías de información entre los funcionarios y las instancias directivas.

La herramienta contribuye a los procesos de consolidación de los sistemas de información de la Secretaría de Salud y de la Gobernación de Cundinamarca.

La operación de la línea de base contribuye, de igual modo, a fortalecer una cultura del uso y aprovechamiento de la información.

RECOMENDACIONES

La Dirección de Planeación de la Secretaría de Salud deberá garantizar una mínima estructura de coordinación y articulación entre sus distintas dependencias (Aseguramiento, Salud Pública, Prestación de Servicios, Vigilancia y Control) en función de la operación de la línea de base.

La identificación de funcionarios responsables de la administración de la línea de base es una condición previa a su puesta en funcionamiento.

Las dependencias deberán orientar sus acciones de generación y tratamiento de información en función de la línea de base. Esta perspectiva mejorará la relación costo- beneficio de los sistemas de información existentes y contribuirá a la solución de problemas relacionados con la oportunidad y calidad de la información.

Una práctica de elaboración de análisis y reportes sistemáticos y periódicos con la información de la línea de base, es una condición de viabilidad y sostenibilidad de la línea de base. La comunicación con las autoridades locales debe orientarse en la perspectiva del funcionamiento de la línea de base: en adelante, el diligenciamiento de los formatos existentes en cada uno de las áreas temáticas ha de procurarse mediante el uso del aplicativo en cada municipio. El diligenciamiento se hará en el menor tiempo posible de acuerdo con las periodicidades establecidas para cada indicador.

ANEXOS

Listado de anexos

Anexo A	Formulario 1. Exploración sobre la existencia y necesidades de información en las entidades
Anexo B	Formulario 2. Diagnóstico de la información en la entidad central
Anexo C	Formulario 3. Componente tecnológico
Anexo D	Formulario 4. Existencias y flujos de información en los municipios
Anexo E	Relación de normas legales revisadas para la formulación de indicadores
Anexo F	Relación de municipios, funcionarios e instituciones visitadas durante el proceso de verificación de la información municipal
Anexo G	Flujos de información municipales - sector salud
Anexo H	Relación de formatos de recolección de información en municipios
Anexo I	Matriz de diagnóstico de la información municipal
Anexo J	Relación de información municipal examinada
Anexo K	Mapas de indicadores
Anexo L	Listado general de indicadores de estructura que conforman la línea de base
Anexo M	Lista de indicadores con las competencias requeridas para su generación

ANEXO A



**LÍNEA BASE DE INDICADORES SECTOR SALUD
DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA
FORMULARIO 1
EXISTENCIA Y NECESIDADES DE INFORMACIÓN**



I. IDENTIFICACIÓN		Formulario	
Nombre de la dependencia		P01	
Nombre de la oficina/Área		P02	
Nombre del informante	P03	4. Cargo	P04
Teléfono:	P05	5. Fax	P06
		6. E-mail	P07

II. TIPO DE ACTIVIDAD QUE DESARROLLA LA OFICINA

7. Marque con una X la o las opciones que reflejen la actividad estadística desarrollada por su oficina:

Solamente productora de información estadística 1 P08		Solamente usuaria de información estadística 1 P10
Productora y usuaria de información estadística 1 P09		Productora y/o usuaria de información geográfica 1 P11

III. TEMÁTICAS SECTORIALES

8. Relacione las temáticas que esta oficina tiene a su cargo o maneja frecuentemente en el desarrollo normal de su trabajo:

1. _____ P12
2. _____ P13
3. _____ P14
4. _____ P15
5. _____ P16
6. _____ P17
7. _____ P18
8. _____ P19
9. _____ P20
10. _____ P21

Continuación		Formulario Nro.
IV. INDICADORES TEMÁTICOS		
9. Relacione los indicadores más utilizados, comunes o necesarios e indique en frente la temática a la que corresponde. Pueden registrarse uno o varios indicadores de la misma temática si lo considera pertinente.		
Indicador	Temática	¿Cuenta con información? S/N
1. _____	_____	P22
2. _____	_____	P23
3. _____	_____	P24
4. _____	_____	P25
5. _____	_____	P26
6. _____	_____	P27
7. _____	_____	P28
8. _____	_____	P29
9. _____	_____	P30
10. _____	_____	P31
Diligencie las preguntas 10 a 18 para cada uno de los indicadores relacionados en la pregunta 9		
10. Nombre del indicador nro. 1 _____		
11. ¿Cuál es el objetivo del indicador? _____ _____ P32		
12. ¿Cuál es la unidad de medida del indicador? _____ P33	13. ¿Cuál es la fórmula de cálculo o estimador del indicador? _____ P34	
14. ¿Cuáles son las variables que relaciona el indicador? _____ P35		
15. ¿Con qué periodicidad se produce el indicador? (lea todas las opciones)		
Anual 1 P36 Semestral 1 P37 Trimestral 1 P38	Mensual 1 P39 Semanal 1 P40	Diaria 1 P41 Otra 1 P42 ¿Cuál? _____
16. ¿Cuál es la fuente del indicador?		
Secretaría de Salud de Cundinamarca 1 P43 Fuente externa 1 P44	¿Cuál? _____	
17. Señale en orden de importancia (1, 2 ó 3, siendo 1 el más importante), los usos que tiene este indicador: (lea todas las opciones)		
Formulación de políticas 1 P45 Vigilancia y control 1 P46 Seguimiento, monitoreo y evaluación 1 P47	Toma de decisiones 1 P48 Otro 1 P49 ¿Cuál? _____	
18. De los siguientes tipos de problemas, señale en orden de importancia (1, 2 ó 3, siendo 1 el más importante), los que dificultan la utilización o disponibilidad de este indicador:		
Calidad de la información 1 P50 Inexistencia de información 1 P51 Infraestructura tecnológica 1 P52	Incompletitud de series 1 P53 Cambios metodológicos 1 P54 Otra 1 P55 ¿Cuál? _____	

Formulario Nro.

--	--	--	--	--	--

V. OBSERVACIONES

[illegible]

P56

VI. RESULTADO DE LA ENCUESTA

Por favor no diligenciar. Campo de uso exclusivo del responsable de la distribución y recolección del formulario diseñado por el DANE

Completa

1	
2	
3	
4	

Incompleta

Rechazo

Informante ausente

P58

Funcionario responsable

--	--

P57

Fecha de diligenciamiento

--	--

Día

--	--

Mes

--	--	--	--

Año

P59

P60

P61

ANEXO B

MODIFICACIÓN Y ADICIÓN Nro. 002 AL CONVENIO Nro. 006 DE 2001
SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA - DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO
NACIONAL DE ESTADÍSTICA
LÍNEA DE BASE DEL SECTOR SALUD
FORMULARIO 2 . DIAGNÓSTICO DE LA INFORMACIÓN EN LA ENTIDAD CENTRAL

I. IDENTIFICACIÓN		Formulario nro:
1.	Nombre de la Oficina / Área	
2.	Responsable de la Oficina / Área	3. Cargo
4.	Teléfono:	5. Fax
6.		E-Mail:
7.	Informante	8. Teléfono
9.	Temática	

II. RECURSOS HUMANOS	
1. Número funcionarios totales Área	2. Existe equipo técnico de sistemas administrador bases de datos
3. Número funcionarios encargados de indicadores o manejo información	4. Número funcionarios encargados del manejo de las bases de datos
5. Responsable bases de datos	6. Cargo responsable bases datos
7. Teléfono	8. E-mail

DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA

III. SITUACIÓN DE LA INFORMACIÓN EN LA SECRETARÍA DE SALUD

[illegible]



DANE

COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA
Corporación de Estudios de Salud

[illegible]

ANEXO C

MODIFICACIÓN Y ADICIÓN No. 002 AL CONVENIO No. 006 DE 2001
SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA - DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADÍSTICA
LÍNEA DE BASE DEL SECTOR SALUD
FORMULARIO 3 . COMPONENTE TECNOLÓGICO



I. IDENTIFICACIÓN	Formulario nro.
☐ ☐ ☐ ☐ ☐	
1. Nombre de la Oficina _____ 2. Nombre del informante _____ 3. _____ 4. Teléfono: _____ 5. _____ 6. E-Mail: _____	
II. SOFTWARE DESARROLLADO	
7. Relacione los aplicativos que utiliza esta dependencia para el manejo y procesamiento de la información 	
III. SOFTWARE DESARROLLADO	
8. ¿La Entidad tiene desarrollados sistemas de información? Si ☐ ☐ Continúe No ☐ ☐	

Formulario nro.

--	--	--	--	--

9. Relacione todos los sistemas de información que esta dependencia ha desarrollado:

(En caso de haberse desarrollado mas de 10 sistemas de información diligencie y anexe otra hoja igual a ésta)

Nombre del sistema	Módulos que componen el sistema
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____
4. _____	_____
5. _____	_____
6. _____	_____
7. _____	_____
8. _____	_____
9. _____	_____
10. _____	_____

II. SISTEMAS DE INFORMACIÓN

10. ¿Cuál es la herramienta de desarrollo utilizada?

11. ¿El sistema se encuentra documentado?

Sí ☐ 1 ☐

No ☐ 2 ☐

12. ¿El sistema de información se encuentra en uso?

Sí ☐ 1 ☐

No ☐ 2 ☐

13. ¿Existe alguna interrelación con otros sistemas de información?

Sí ☐ 1 ☐

Continúe

No ☐ 2 ☐

¿Cuáles? _____

III. COMUNICACIONES, HARDWARE Y SOFTWARE

14. ¿Qué software de administración de red maneja la entidad?

Windows NT 4.0

1	
---	--

Windows NT 3.5.1

1	
---	--

Windows 2000 server

1	
---	--

Solarix 2X

1	
---	--

Novell

1	
---	--

Otro

1	
---	--

¿Cuál? _____

15. ¿Qué protocolo de red utiliza?

TCP/IP

1	
---	--

IPX/SPX

1	
---	--

NET BEUI

1	
---	--

Otro

1	
---	--

¿Cuál? _____

16. ¿Que tecnología de red posee?

ETHERNET

1	
---	--

FAST ETHERNET

1	
---	--

GIGA BEUI

1	
---	--

Otro

1	
---	--

¿Cuál? _____

Formulario nro.

III. COMUNICACIONES, HARDWARE Y SOFTWARE

16. ¿Qué tipo de computadores posee la entidad?

Mainframes	☐	☐	Servidores	☐	☐	Estaciones de trabajo	☐	☐	Cual?
Host	☐	☐	Computadores personales	☐	☐	Otro	☐	☐	

17. Indique el(los) sistema(s) operativo(s) existente(s) en la oficina:

WINDOWS	☐	☐	P70	UNIX	☐	☐	P77
WINDOWS NT	☐	☐	P71	LINUX	☐	☐	P78
DOS	☐	☐	P72	MVS	☐	☐	P79
OS/400	☐	☐	P73	Otro	☐	☐	P80
MVX	☐	☐	P74	¿Cuál?			
VM (VIRTUAL MACHINE)	☐	☐	P75				
VSE/SP	☐	☐	P76				

18. ¿Con qué manejadores de bases de datos trabajan?

Oracle	☐	☐	P81	DB2	☐	☐	P84	SYBASE	☐	☐	P86
Informix	☐	☐	P82	SQL/SERVER	☐	☐	P85	Otro	☐	☐	P87
Supra	☐	☐	P83	¿Cuál?							

III. OBSERVACIONES

ANEXO D



MODIFICACIÓN Y ADICIÓN Nro. 002 AL CONVENIO Nro. 006 DE 2001
SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA - DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADÍSTICA
LÍNEA DE BASE DEL SECTOR SALUD
FORMULARIO 4 . EXISTENCIAS Y FLUJOS DE INFORMACION EN LOS MUNICIPIOS



I. IDENTIFICACIÓN		Formulario nro. <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>
1. Nombre de la Institución _____	<table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>	
2. Responsable de la Institución _____	3. Cargo _____	
4. Teléfono: _____	5. Fax: _____	9. E-mail: _____
10. Informante: _____	11. Tel. _____	12. E-mail _____

II. RECURSOS HUMANOS		
1. Número funcionarios totales de la Institución _____		
2. Número funcionarios encargados de recolección de información _____	3. Existe equipo técnico de sistemas administrador bases de datos _____	
4. Número funcionarios encargados del manejo de las bases de datos _____	5. Responsable bases de datos _____	
5. Cargo responsable bases datos _____	6. Teléfono _____	7. E-mail _____

DEPARTAMENTO DE
CONDINAMARC.

Encuesta por censo, encuesta por muestreo, registros administrativos, directorio, otro

DANE

Autodirigimiento, Entrevista personal, Transcripción de registros, Observación directa, otro.

[illegible]

ANEXO E

Relación de normas legales revisadas para la formulación de indicadores

Norma	Contenido
Resolución nro. 486 de 2003. Ministerio de Protección Social	Modifica la resolución nro. 1439 de noviembre de 2002, en lo que hace referencia a: - La inscripción especial de prestadores de servicios de salud. - Los estándares de las condiciones tecnológicas y científicas del sistema único de habilitación de prestadores de servicios de salud. - Ratifica los requisitos para demostrar la capacidad técnico - administrativa. - Establece la necesidad de elaborar un mapa de habilitación que identifique las instituciones cuyo cierre de servicios pueda generar un riesgo en la salud de la población de su jurisdicción.
Acuerdo nro. 244 de abril de 2003	Define la forma y condiciones de operación del régimen subsidiado del sistema general de seguridad social en salud.
Acuerdo nro. 245 de abril de 2003	Determina que los pacientes que generan altos costos en las EPS y ARS, por enfermedades como el VIH – SIDA o insuficiencia renal crónica, serán reubicados teniendo en cuenta la redistribución de riesgo, el control de la selección del riesgo, el modelo de atención y la vigilancia epidemiológica.
Circular externa nro. 000015 de abril de 2003. Ministerio de protección Social	Determina los procedimientos a seguir en los aspectos relacionados con el sistema único de habilitación, del sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud y las condiciones de suficiencia patrimonial, los estándares de: recursos humanos, instalaciones físicas, equipos y mantenimiento, historias clínicas y registros y de interdependencia de servicios.
Decreto nro. 027 de enero de 2003. Ministerio de Protección social	Establece las condiciones bajo las cuales los municipios certificados a 31 de julio de 2001, que hayan asumido la prestación de los servicios de salud, podrán continuar haciéndolo.
Anexo Decreto nro. 027 de enero de 2003. Ministerio de Protección Social	Efectúa un análisis del comportamiento del sector salud con la aplicación de la Ley 60 de 1993, y como se tratan de ajustar los problemas que se presentan por la expansión desordenada de los servicios de salud a través de la expedición de la Ley 715 de 2001. Así mismo, establece la metodología empleada por el gobierno nacional para evaluar y certificar los municipios que, a 31 de julio de 2001, se encontraban descentralizados.
Decreto nro. 050 de enero de 2003. Ministerio de Protección Social	Establece que los recursos del régimen subsidiado están conformados por: - El monto apropiado por el DNP del sistema general de participación. - Los aportes de la nación a la subcuenta de solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía –FOSYGA– y que se estima con base en el recaudo efectivo del punto de solidaridad - (0,25). - Los recursos correspondientes al recaudo del subsidio familiar destinados al régimen subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud. - Recursos provenientes del impuesto de remesas de utilidades de empresas petroleras, correspondientes a la producción de las zonas de Cusiana y Cupiagua. - Los rendimientos financieros generados por la inversión de los recursos de la subcuenta de solidaridad del FOSYGA. - Los excedentes de los recursos del FOSYGA, resultante de la liquidación de los contratos de administración del régimen subsidiado, suscritos entre las entidades territoriales y las Administradoras del Régimen Subsidiado –ARS. - Los recursos de la subcuenta de solidaridad del FOSYGA, girados a la entidad territorial que no hayan sido comprometidos por ellas, deberán reintegrarse a la subcuenta. - Determina cual es el procedimiento a seguir por parte del Ministerio de Protección Social, para que el Ministerio de Hacienda y Crédito Público le asigne los recursos en cada vigencia a la subcuenta de solidaridad del FOSYGA, teniendo en cuenta el recaudo efectivo del punto de solidaridad (0,25).
Decreto nro. 102 de enero de 2003. Ministerio de Protección Social	Reglamenta parcialmente el Artículo 69 de la Ley 715 de 2001, es decir, que al efectuar los cálculos de la distribución de los recursos, se tendrán en cuenta los recursos asignados para financiar las acciones de salud pública; los recursos asignados para financiar la población atendida por el régimen.
Acuerdo nro. 241 de diciembre de 2002. Consejo Nacional de Seguridad Social	Fija el valor promedio ponderado de la unidad de pago por capitación del régimen contributivo, para 2003, en la suma anual de \$323.316.
Circular externa nro. 000052 de diciembre de 2002. Ministerio de Protección Social	De conformidad con el Plan Nacional de Desarrollo establecido para la vigencia fiscal 2002 - 2006, el Ministerio de Protección Social estableció los lineamientos para la ejecución de los recursos asignados para salud pública, determinando cuales son las actividades, metas e indicadores que se deben incorporar a los Planes de Atención Básica.
Resolución nro. 001439 de noviembre de 2002. Ministerio de Protección Social	Con el fin de dar cumplimiento a lo ordenado en el Decreto 2309 de 2002, y que se relaciona con el establecimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, el Ministerio de Protección Social adopta los formularios para la inscripción en el registro especial de prestadores de servicios de salud y el formulario de reporte de novedades. También expide el manual de estándares que establece las condiciones tecnológicas y científicas para la habilitación de prestadores de servicios de salud y el manual de procedimientos para la habilitación de prestadores de servicios de salud.
Resolución nro. 1375 de octubre de 2002. Ministerio de Protección Social	Modifica el Artículo 4 de la resolución nro. 890 de 2002, su anexo técnico y establece que la información consolidada de los contratos de cada jurisdicción, con el archivo maestro de afiliados y de novedades, debe ser remitida al Departamento de Encargo Fiduciario del FOSYGA y no al Ministerio de Protección Social. También establece que el sistema de identificación único de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, será la cédula de ciudadanía, la tarjeta de identidad, el registro civil o la cédula de extranjería según sea el caso.

Relación de normas legales revisadas para la formulación de indicadores (continuación)

Norma	Contenido
Decreto nro. 2309 de octubre de 2002. Ministerio de Protección Social	Establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Para lo cual determina que la calidad de la atención de salud es la provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario, para lo cual debe tener presente que los servicios cuenten con las siguientes características: accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad. Así mismo, determina el procedimiento para la inscripción en el registro especial de prestadores de servicios de salud.
Decreto nro. 1755 de agosto de 2002. Ministerio de Protección Social	A través del decreto en mención, se establece la forma en que las EPS y EOC deben girar los recursos al FOSYGA; así mismo, se determina la forma en que las entidades promotoras de salud deben manejar sus cuentas.
Decreto nro. 1703 de agosto de 2002. Ministerio de Protección Social	Establece las reglas para controlar y promover la afiliación y el pago de aportes en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Establece que el Ministerio de Protección Social o las Entidades Promotoras de Salud –EPS– elaborarán los muestreos estadísticos con el objeto de verificar la perdurabilidad de las calidades acreditadas al momento de la afiliación.
Decreto nro. 1659 de agosto de 2002. Ministerio de Protección Social	Por el cual establece que los recursos provenientes de juego de suerte y azar, localizados en ciudades de menos de cien mil habitantes, incluidos los rendimientos financieros producidos por ellos, se destinarán al municipio generador, y los obtenidos en los demás se distribuirán: el 50% para el municipio que los generó y el otro 50% entre los demás municipios, con base en el porcentaje de participación de la distribución efectuada para cada uno de ellos.
Decreto nro. 1584 de julio de 2002. Ministerio de Protección Social	Determina que los recursos del Sistema General de Participaciones que corresponden al Fondo Nacional de Pensiones de las Entidades Territoriales, será distribuido en forma proporcional y abonado a cada cuenta.
Memorando del Ministerio de Protección Social julio de 2002	Da los parámetros para que las ARS ofrezcan en los municipios y departamentos, una atención en condiciones de calidad y eficiencia a su población afiliada.
Decreto nro. 1512 de julio de 2002. Ministerio de Hacienda y Crédito Público	Por medio del cual se corrige un yerro en el inciso 4 del Artículo 83 de la Ley 715 de 2001, indicando que los recursos asignados a los resguardos indígenas deberán destinarse prioritariamente a satisfacer las necesidades básicas de salud, incluyendo la afiliación al régimen subsidiado.
Resolución nro. 890 de julio de 2002. Ministerio de Protección Social	Establece los requerimientos mínimos de información sobre afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud que deben presentar las EPS, medicina prepagada, Entidades Obligadas a Compensar –EOC–, administradoras de pólizas o seguros de salud y entidades Administradoras de Régimen Subsidiado –ARS– a las entidades encargadas de su control y consolidación.
Acuerdo 229 de junio de 2002. Ministerio de Protección Social	Determina cuales deben ser las actividades, procedimientos e intervenciones de promoción y prevención de obligatorio cumplimiento, que serán transferidas de las ARS a los distritos y municipios.
Decreto nro. 1338 de junio de 2002. Ministerio de Hacienda y Crédito Público	A través de los artículos 61, 62 y 63 de la Ley 715 de 2001, el gobierno nacional ordena la liquidación del Fondo del Pasivo Prestacional para el Sector Salud y con este decreto reglamenta la forma en que los recursos y deudas que tenía el fondo a la fecha de liquidación, deben pasar a manos del Ministerio de Hacienda y Crédito Público para su manejo.
Decreto nro. 280 de junio de 2002. Ministerio de Protección Social	Establece las definiciones sobre todos los aspectos que cubren el Sistema de Inspección, Vigilancia y Control adaptable a distintos tipos de institutos y regiones, de conformidad con lo ordenado en el Artículo 111 de la Ley 715 de 2001.
Decreto nro. 1281 de junio de 2002. Ministerio de Protección Social	De conformidad con lo establecido en el Artículo 111 de la Ley 715 de 2001, con esta norma se busca darle una oportuna y eficiente utilización a los recursos del sector salud, determinando la forma en que deben ser girados a cada uno de los regímenes establecidos de acuerdo con la norma.
Decreto nro. 1015 de mayo de 2002. Ministerio de Protección Social	Por medio del cual se reglamenta en forma parcial el Artículo 68 de la Ley 715 de 2001 y establece que la Superintendencia Nacional de Salud puede proceder a aplicar procesos de intervención forzosa administrativa, para controlar o liquidar las entidades vigiladas que cumplan funciones de explotación u operación de monopolios rentísticos cedidos al sector salud.
Resolución nro. 121 de mayo de 2002. Contaduría General de la Nación.	Establece que el Contador General de la Nación autorizará, con su firma, la información remitida por los municipios, distritos y Archipiélago de San Andrés y Providencia en los formatos A (Ingresos tributarios) y C3 (Ingresos corrientes de libre destinación) del Departamento Nacional de Planeación, que hayan sido radicados antes del 17 de mayo de cada vigencia fiscal.
Circular externa nro. 013 de abril 2002. Ministerio de Protección Social	Establece los lineamientos para la ejecución del Plan de Atención Básica –PAB– y la forma como deberán ejecutarse los recursos que quedaron comprometidos como reserva de apropiación, así como los no comprometidos a 31 de diciembre de 2001.
Circular externa nro. 0009 de marzo 2002. Ministerio de Protección Social	Determina cuales son los elementos jurídicos y fácticos que se tendrán en cuenta, para asumir que un municipio puede contratar directamente la prestación de los servicios de salud.
Decreto nro. 258 de febrero 2002. Ministerio de Protección Social Ley 715 de 2001	Establece que mientras se reglamentan los fondos de salud, la Nación continuará girando a las cuentas registradas, pero en ningún caso se podrá hacer unidad de caja con las demás rentas del ente territorial.

Relación de normas legales revisadas para la formulación de indicadores (conclusión)

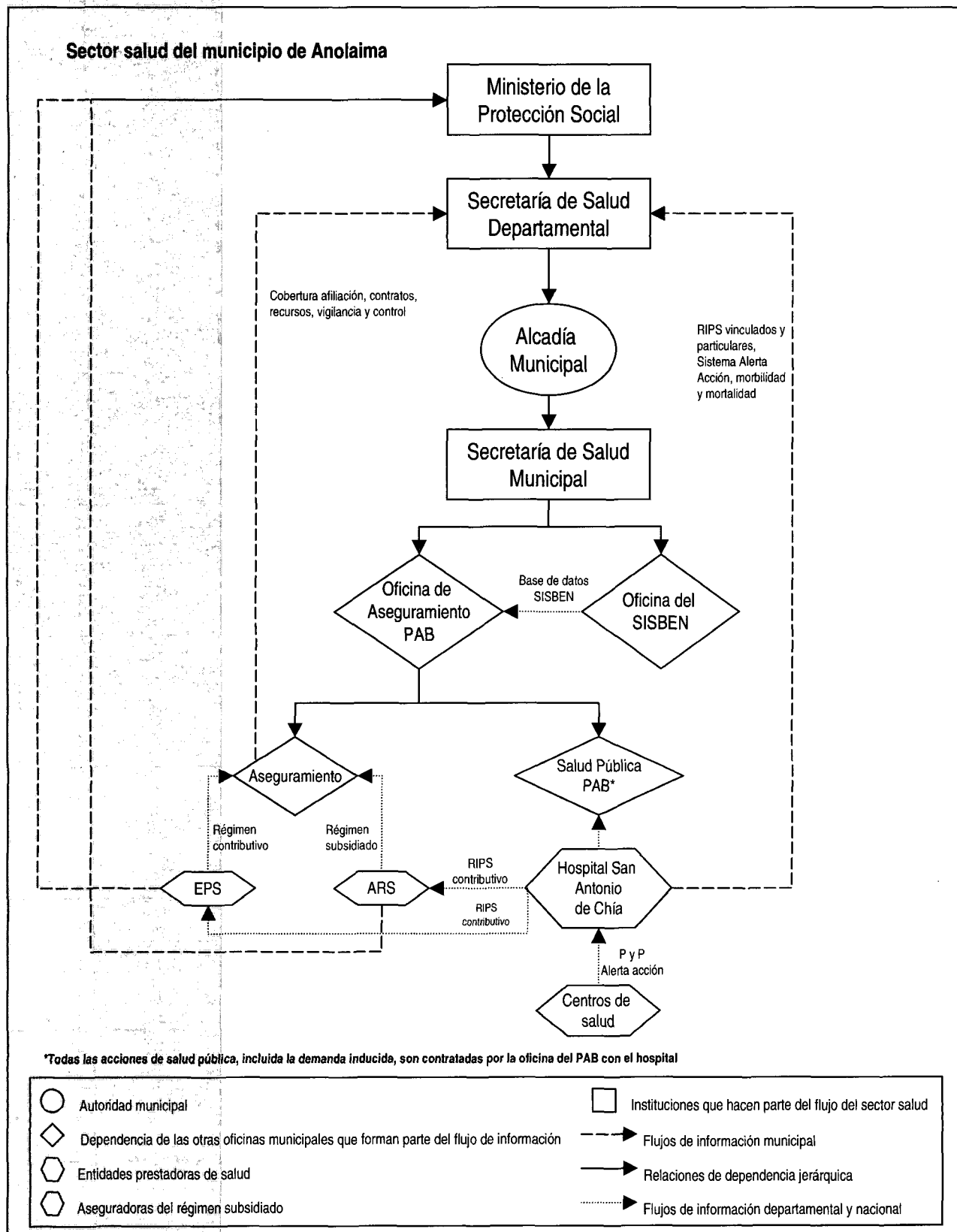
Norma	Contenido
Ley 715 de 2001	Reglamenta el Sistema General de Participaciones
Circular nro. 025 de octubre 2001. Ministerio de Protección Social.	Por medio de la cuál se reafirma cuál debe ser la estructura y consistencia de los datos de los RIPS.
Acto Legislativo 01 de 2001. Congreso de la República	Modifica el Artículo 356 de la Constitución Política y crea el Sistema General de Participación –SGP– de los departamentos, distritos y municipios. Determina que los recursos del –SGP– se destinarán a la financiación de los servicios a su cargo, dándole prioridad al servicio de salud y educación, garantizando la prestación de los servicios y la ampliación de cobertura.
Circular externa nro. 0009 de marzo de 2001. Ministerio de Protección Social	Aclara la obligatoriedad de las IPS de presentar desde el 1 de abril de 2001 los RIPS en medio magnético o electrónico, para conocer que servicios se están facturando y cuál es su valor; así mismo, determina que las entidades administradoras de planes de beneficios, son las responsables de conformar la base de datos de prestación de servicios para generar la información requerida por el Ministerio de Protección Social.
Resolucion 337 de diciembre de 2000. Ministerio de Protección Social	Por medio de la cual se reglamenta la recolección, transferencia y difusión de la información en el subsistema de todos los integrantes del Sistema General de Seguridad Social de Salud.

ANEXO F
Relación de municipios, funcionarios e instituciones visitadas durante el proceso de verificación de la información municipal

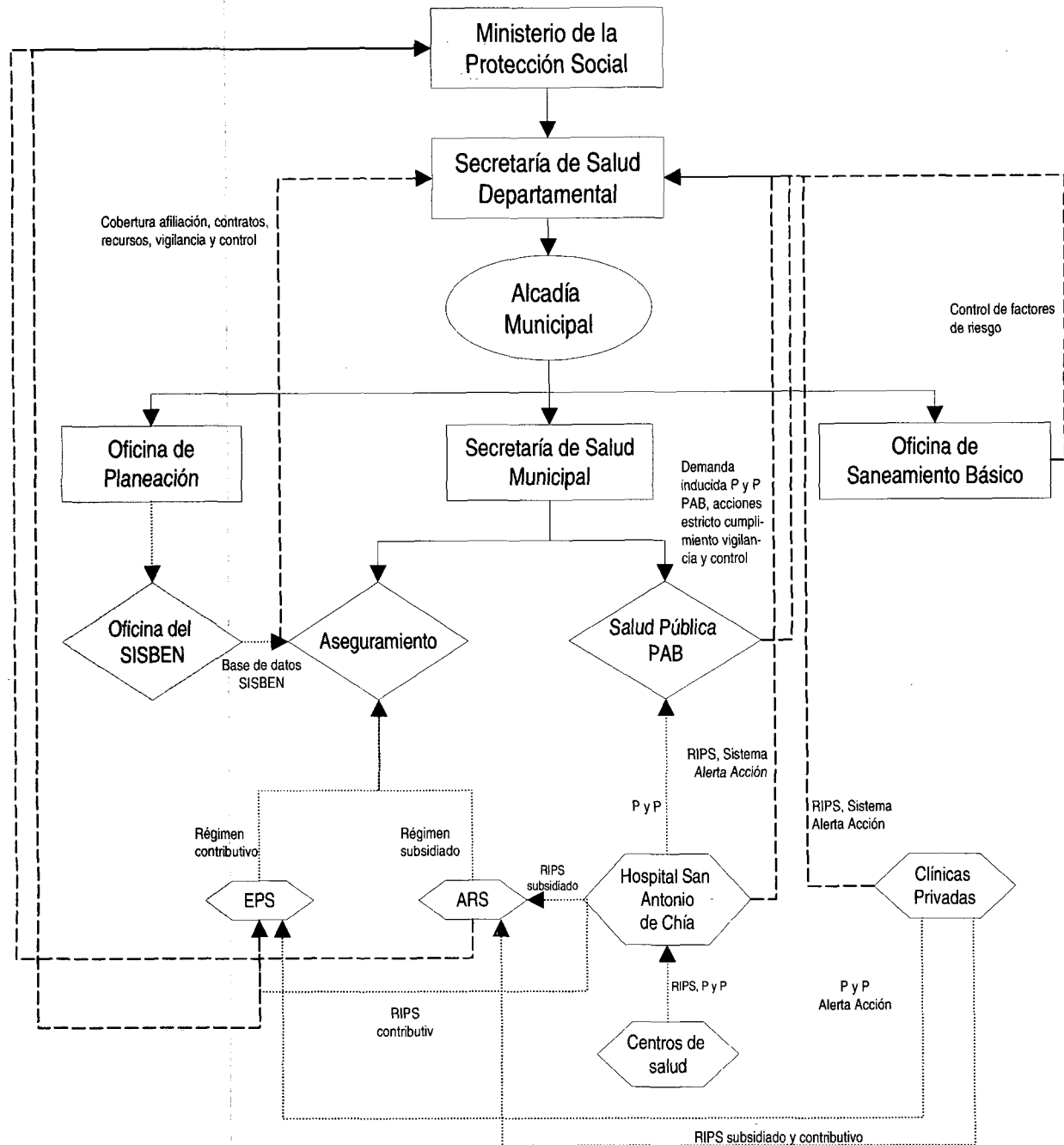
Municipio	Nivel	Funcionario			Institución	Cargo
		DANE	Secretaría de Salud	Funcionario municipal		
Chía	2	Mónica Osorio, Ángela Carrillo	Eleonora Guerrero	Mary Segura	Secretaría de Salud Chía	Secretaría de Salud
				Yina Barbosa	Planeación- Oficina Sisben	Jefe
				Yolanda Gutiérrez	Secretaría de Salud Chía	Encargada Régimen contributivo
				Margarita Porras	Secretaría de Salud Chía	Encargada Régimen subsidiado
				Claudia Izquierdo	Secretaría de Salud Chía	Coordinadora PAB
				Carlos Parra	Oficina de Saneamiento Básico - Alcaldía de Chía	Jefe
				Gladis Parra	Clínica Chía	Encargada de estadísticas
Mosquera	1	Mónica Osorio Ángela Carrillo	Claudia Paulina Arévalo	Andrea Meza	Policlínico de Mosquera	Directora
				Ricardo Rodríguez	Secretaría de Salud de Mosquera	Secretario de Salud
				Sandra Chávez	Secretaría de Salud de Mosquera	Encargada PAB
				Patricia Rodríguez	Secretaría de Salud de Mosquera	Encargada Aseguramiento
				Mercedes Gómez	Secretaría de Salud de Mosquera	Encargada de Información Financiera
Chipaque		Mónica Osorio, Ángela Carrillo, Mauricio Cortés	Rodrigo Moreno	Jorge Yesid Pardo	Alcaldía de Chipaque	Jefe Oficina Proyectos Sociales
				Blanca Pabón	Alcaldía de Chipaque	Coordinadora PAB
				Elizabeth Rojas	Alcaldía de Chipaque	Funcionaria PAB
Facatativá	2	Ruth Duarte, Mónica Osorio, Ángela Carrillo, Mauricio Cortés	Lucy Arciniégas	Gonzalo Gustavo Leal	Hospital de Facatativa	Gerente
				María Clara Martínez	Hospital de Facatativa	Jefe de control interno
				Mónica Santamaría R.	Hospital de Facatativa	Coordinadora odontología
Soacha	1	Óscar Arcos, Ruth Duarte, Mauricio Cortés	Luz Myriam Lozada	María Victoria Herrera	Dirección Local de Salud de Soacha	Directora
				Hommy Copete Cassio	Dirección Local de Salud de Soacha	Coordinador Grupo factores de riesgo
				Wilson Orlando Rincón	Secretaría de Gobierno, Educación y Salud	Secretario de Salud
				Claudia Pachón	Empresa de Salud de Soacha	Jefe Departamento de Estadística
Anolaima	1	Ruth Duarte, Mauricio Garzón	Nestor William Buitrago	Rafael Hernando Beltrán	Hospital Mario Gaitán Yanguas- Soacha	Jefe Departamento de Estadística
				Paola Sierra Zaida Mangones Matos	Hospital San Antonio de Anolaima	Encargadas manejo de información del Hospital
				William Orlando Rincón	Secretaría de Gobierno, Educación y Salud	Secretario de Salud

ANEXO G

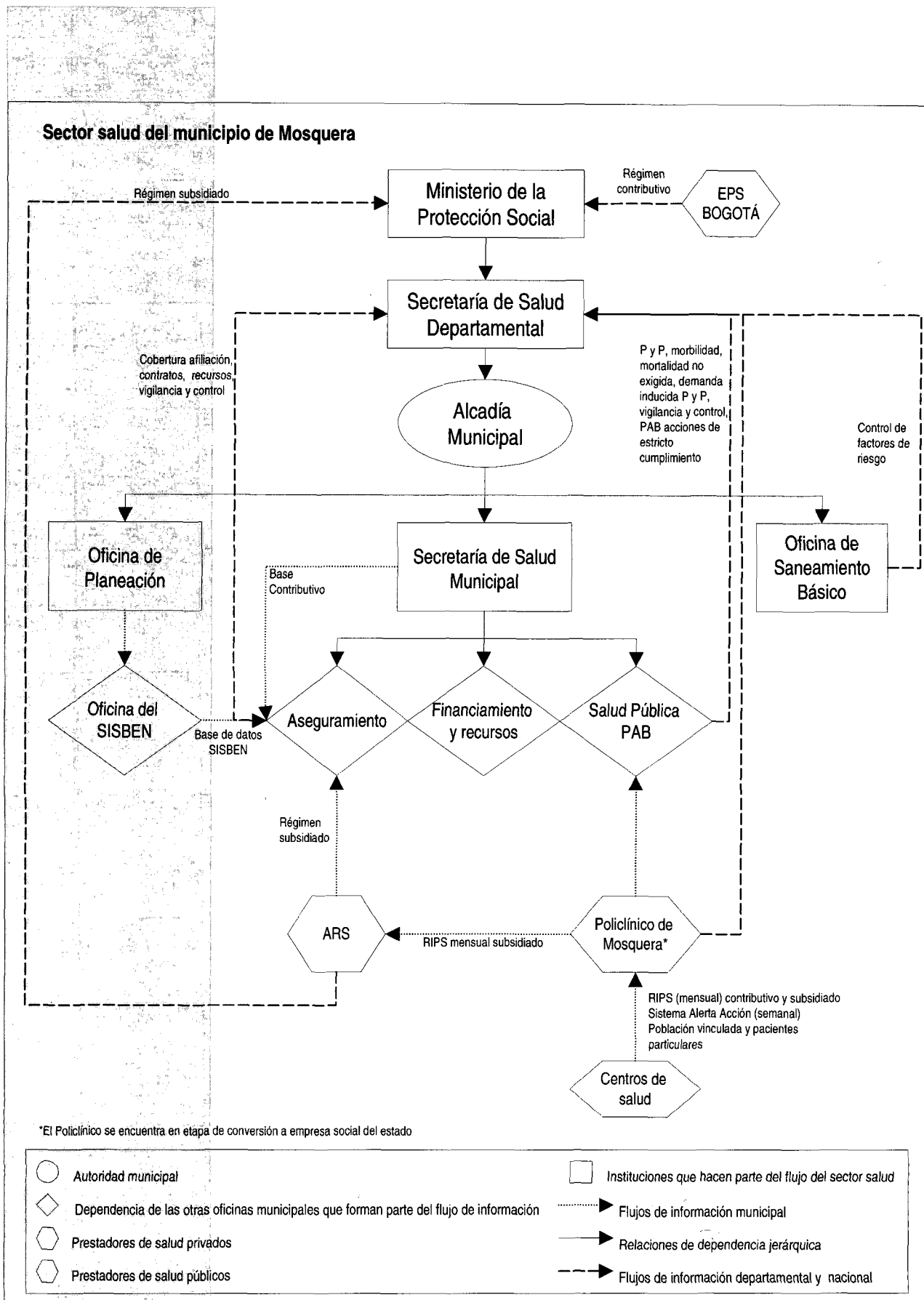
Flujos de información municipales del sector salud



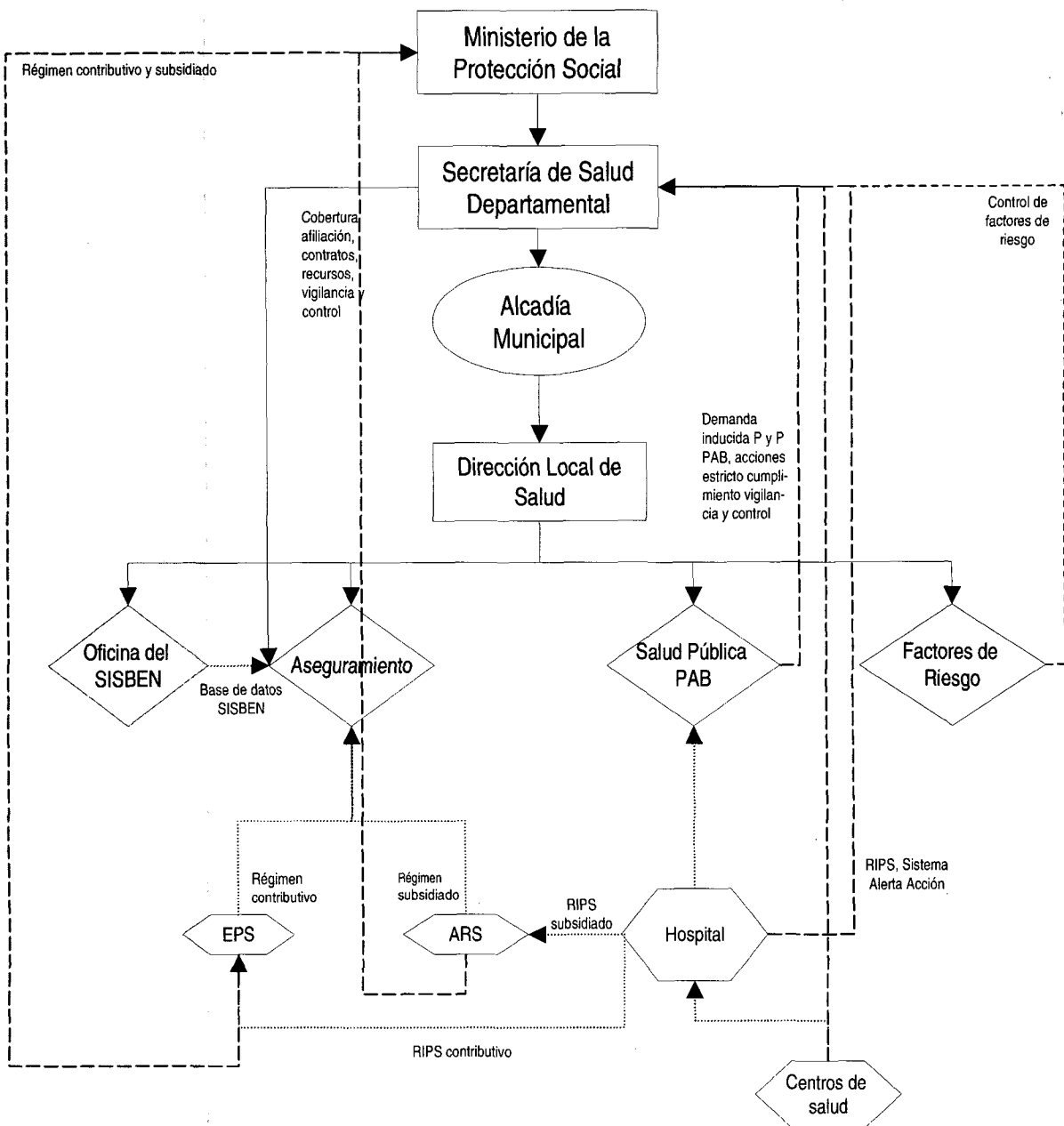
Sector salud del municipio de Chía



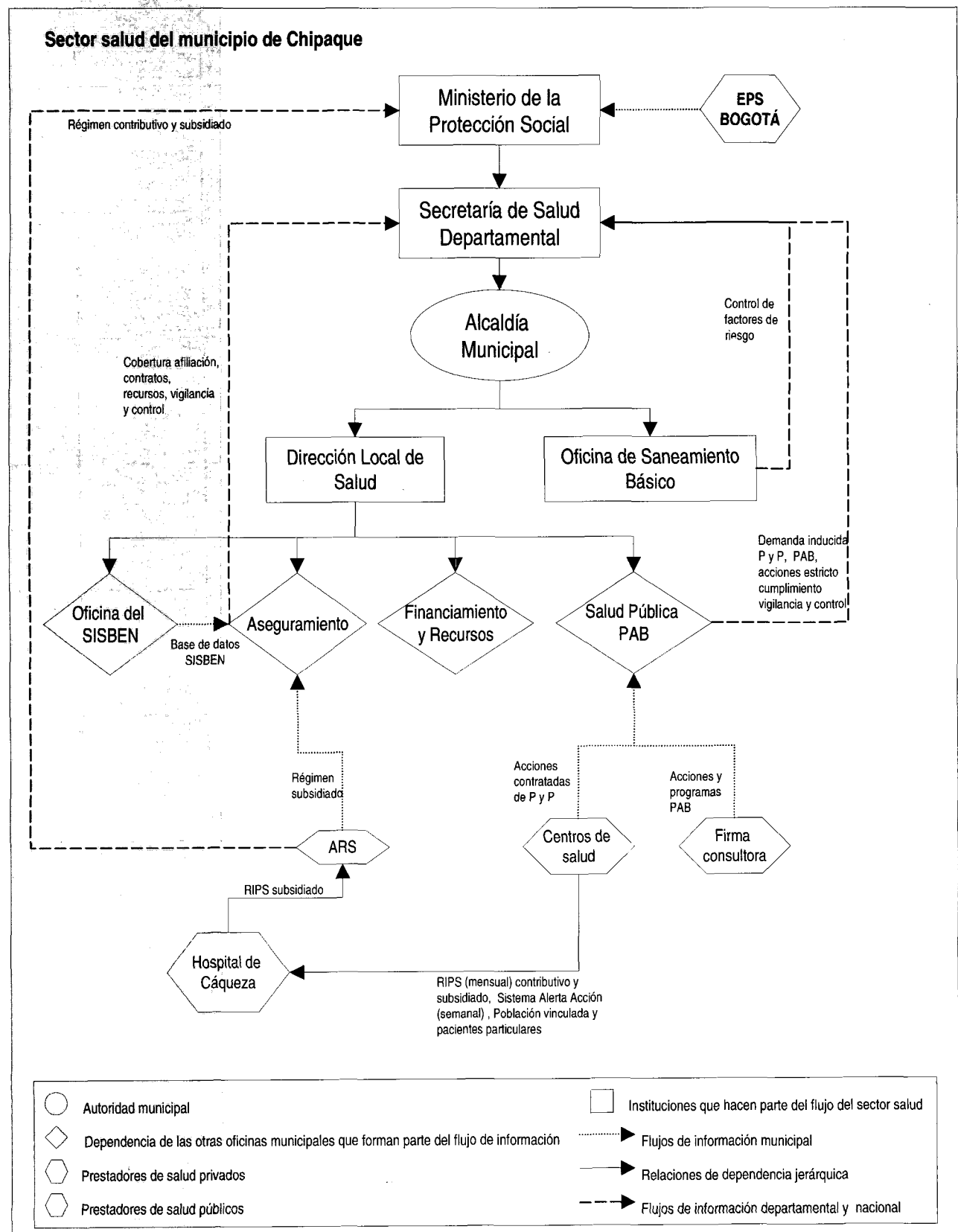
- | | |
|---|--|
| ○ Autoridad municipal | □ Instituciones que hacen parte del flujo del sector salud |
| ◇ Dependencia de las otras oficinas municipales que forman parte del flujo de información | → Flujos de información municipal |
| ⬡ Prestadores de salud privados | → Relaciones de dependencia jerárquica |
| ⬢ Prestadores de salud públicos | → Flujos de información departamental y nacional |



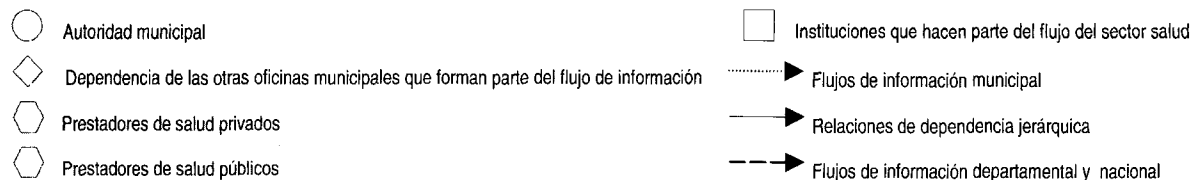
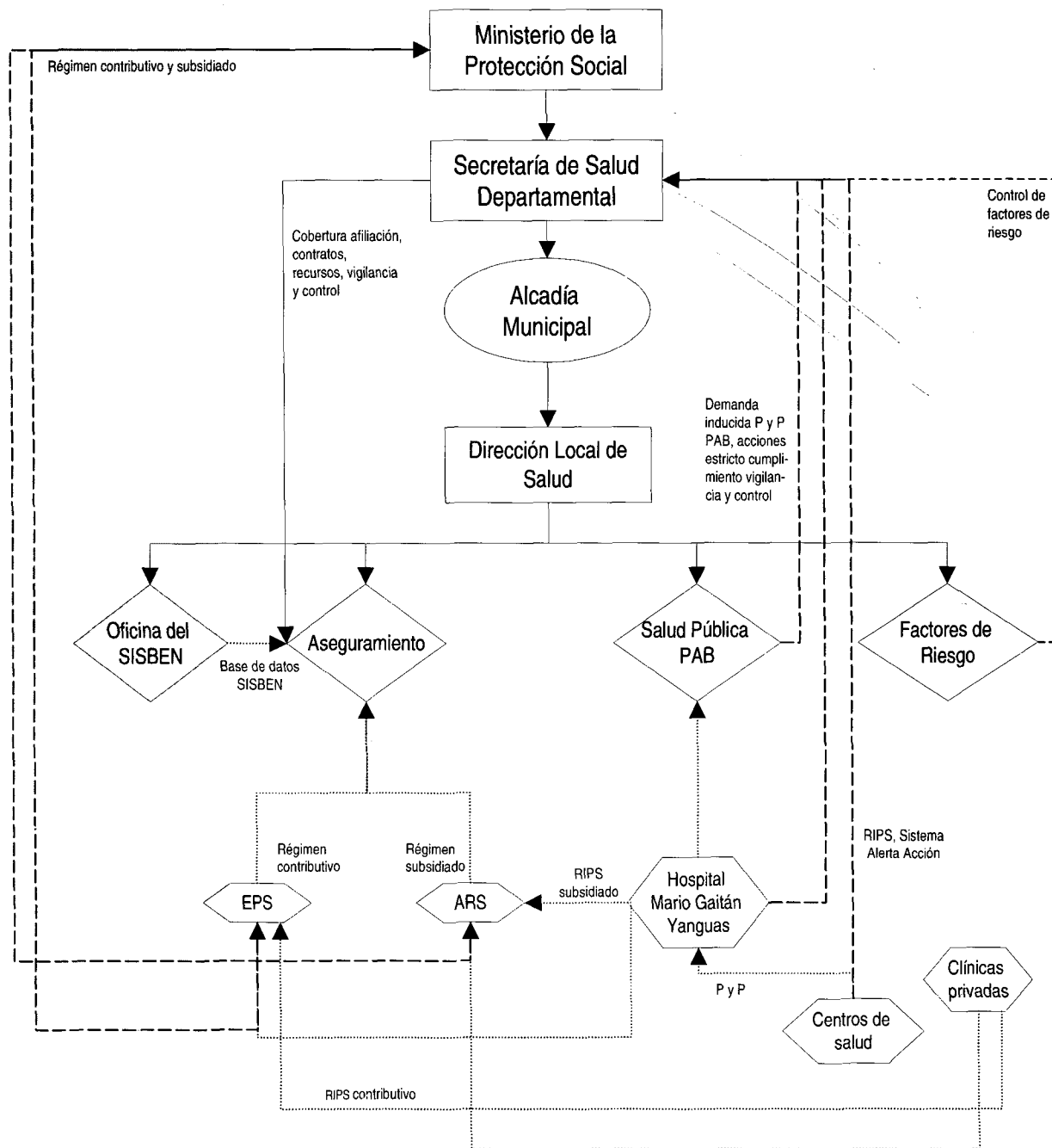
Sector salud del municipio de Facatativá



- | | |
|---|--|
| ○ Autoridad municipal | □ Instituciones que hacen parte del flujo del sector salud |
| ◇ Dependencia de las otras oficinas municipales que forman parte del flujo de información | → Flujos de información municipal |
| ⬡ Prestadores de salud privados | → Relaciones de dependencia jerárquica |
| ⬢ Prestadores de salud públicos | → Flujos de información departamental y nacional |



Sector salud del municipio de Soacha



ANEXO H

Relación de formatos de recolección de información en municipios

Nro.	Formato
1.	Ficha de notificación de hepatitis. Hospital San Antonio de Chía
2.	Ficha de notificación de dengue. Hospital San Antonio de Chía
3.	Ficha de notificación del caso de SIDA e infección por VIH
4.	Encuesta de satisfacción. Hospital San Juan de Chía
5.	Régimen de referencia y contrarreferencia. Hospital San Juan de Chía – Centro de Salud de Cota
6.	Ficha de recepción Hospital San Antonio de Chía
7.	Formato Promoción y prevención, solicitud de apoyo diagnóstico. Hospital San Antonio de Chía
8.	Formato de Recolección de datos Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional –SISVAN–. Crecimiento y desarrollo y lactancia materna para niños menores de 1 año. Secretaría de Salud de Chía
9.	Control de viviendas con problemas sanitarios. Oficina de Saneamiento Básico, Alcaldía de Chía
10.	Control de tenencia de animales. Control de factores de riesgo. Saneamiento Ambiental- Alcaldía de Chía
11.	Formato Acta de inspección sanitaria a establecimientos comerciales. Salud Ambiental, Plan de Atención Básica - Alcaldía de Chía
12.	Seguimiento epidemiológico a animales mordedores. Salud Ambiental, Plan de Atención Básica - Alcaldía de Chía
13.	Formato Acta de inspección sanitaria a la plaza de mercado. Salud Ambiental, Plan de Atención Básica - Alcaldía de Chía
14.	Formato Acta de Inspección de vehículos transportadores de alimentos para consumo humano. Salud Ambiental, Plan de Atención Básica - Alcaldía de Chía
15.	Registro de perros potencialmente peligrosos. Secretaría de Salud - Alcaldía de Chía
16.	Registro de información sobre el menor maltratado. Secretaría de Salud, Oficina de Epidemiología
17.	Relación diaria de elementos utilizados en odontología. Policlínico de Mosquera
18.	Consolidado mensual de odontología. Policlínico de Mosquera
19.	Relación de actividades e insumos de odontología en el mes. Policlínico de Mosquera
20.	Régimen de referencia y contrarreferencia. Policlínico de Mosquera
21.	Registro Individual de Prestación de Servicios – RIPS. Promoción y prevención, consulta externa. Policlínico de Mosquera
22.	RIPS. Promoción y prevención, odontología. Policlínico de Mosquera
23.	RIPS. Promoción y prevención. Programa de Atención Integral –PAI– Policlínico de Mosquera
24.	RIPS. Promoción y prevención, enfermería. Policlínico de Mosquera
25.	Registro diario de actividades de consultorio odontológico. Puesto de Salud de Chipaque
26.	Registro mensual de morbilidad oral
27.	Registro diario de consulta médica. Puesto de Salud de Chipaque
28.	Encuesta de hábitos, costumbres e imagen alimentaria. Plan de Alimentación y Nutrición. Alcaldía de Chipaque
29.	Formato de registro de infecciones nosocomiales. Hospital San Rafael de Facatativá
30.	Registro diario de actividades de promoción y prevención odontológica. Hospital San Rafael de Facatativá
31.	Formato de atención odontológica programada (historia clínica). Hospital San Rafael de Facatativá
32.	Registro individual de prestación de servicios. Datos de consulta odontológica. Hospital San Rafael de Facatativá
33.	Registro diario de consulta externa. Hospital San Rafael de Facatativá
34.	Registro diario de tratamiento odontológico. Hospital San Rafael de Facatativá
35.	Registro mensual de tratamientos odontológicos. Hospital San Rafael de Facatativá
36.	Encuesta de evaluación de la satisfacción del usuario del servicio de hospitalización ginecobstetricia. Hospital San Rafael de Facatativá
37.	Encuesta de evaluación de la satisfacción del usuario del servicio de medicina interna. Hospital San Rafael de Facatativá
38.	Encuesta de evaluación de la satisfacción del usuario del servicio de rehabilitación. Hospital San Rafael de Facatativá
39.	Encuesta de evaluación de la satisfacción del usuario del servicio de medicina externa. Hospital San Rafael de Facatativá
40.	Encuesta de evaluación de la satisfacción del usuario de la sala de partos. Hospital San Rafael de Facatativá
41.	Encuesta de evaluación de la satisfacción del usuario del servicio de urgencias. Hospital San Rafael de Facatativá
42.	Encuesta de evaluación de la satisfacción del usuario de quirófanos. Hospital San Rafael de Facatativá
43.	Encuesta de evaluación de la satisfacción del usuario del servicio de laboratorio clínico. Hospital San Rafael de Facatativá
44.	Encuesta de evaluación de la satisfacción del usuario del servicio de odontología. Hospital San Rafael de Facatativá
45.	Programa de crecimiento y desarrollo SISVAN. Hospital San Rafael de Facatativá
46.	Formato de Visita institucional, vigilancia en salud pública. Secretaría de Salud Municipal
47.	Formato Visita a empresas. Secretaría de Salud Facatativá
48.	Programa de atención integral al adulto mayor. Visita domiciliaria
49.	Formato Proyecto salud sexual y reproductiva, historia social. Plan de atención básica 2003. Secretaría de Salud de Facatativá

ANEXO I

Matriz de diagnóstico de la información municipal

Municipios	Aseguramiento	Salud Pública			Vigilancia y control	Prestación de servicios	Observaciones
		Control de factores	Epidemiología	Gestión PAB			
Chía	Software para el manejo de la información: bases los regímenes subsidiado y contributivo depuradas. Reporte oportuno a la Secretaría de Salud Departamental.	Existe información sobre: vacunación de perros, gatos y conejos, censo de establecimientos comerciales e industriales para el control de factores de riesgo en manipulación de alimentos, control de vehículos transportadores de alimentos, muestras de calidad del agua, (una muestra es enviada para su análisis, al departamento).	En todas las instituciones consultadas, la información del Sistema Alerta Acción se remite semanalmente a la Secretaría de Salud Departamental. En la Clínica Chía este sistema no se lleva en un base de datos, está en medio físico.	Como respuesta a la normatividad vigente y a las recomendaciones de la Secretaría Departamental, la Secretaría de Chía implementa los programas de P y P a través de la demanda inducida, y el Hospital de Chía ejecuta las acciones programadas mediante contrato con las EPS y ARS a través de los POS y POS-S.	Auditorías e interventorías: se reporta cada 2 meses al Departamento (manejo de recursos, aseguramiento y salud pública). La información se obtiene de la Secretaría de Hacienda.	La Clínica Chía, el Hospital San Antonio y FAMISANAR, reportan mensualmente a la Secretaría de Salud municipal, la información de desarrollo de servicios, no se remite al Departamento y los formatos de informes no están estandarizados.	
	En la clínica San Antonio, la información del contributivo y subsidiado se remiten directamente a las EPS y ARS y éstas la remiten a la Secretaría de Salud Departamental		Morbilidad (consulta externa, urgencias, especialidades, etc.): se obtiene sólo cuando se levanta el perfil epidemiológico.	La Secretaría Municipal hace la proyección y ejecución de su PAB anual y las funciones de vigilancia y control encomendadas por el departamento.		Hospital San Antonio de Chía: en calidad de los servicios no se está remitiendo información periódica a ninguna instancia. Entre estos datos se encuentran: camas disponibles, información de referencias y contrarreferencias y encuestas de satisfacción de los usuarios, con el fin de construir indicadores del nivel de satisfacción de los usuarios.	
		Prestan asesoría a la comunidad en general sobre los temas de limpieza, manipulación de alimentos y animales.	Vigilancia epidemiológica: se obtiene sólo cuando se levanta el perfil epidemiológico.	La información reportada sobre violencia intrafamiliar, es ocasional y depende exclusivamente de la Red de Protección y Apoyo, la cual está compuesta de varias entidades como la Comisaría de Familia, las IPS y otras. A través de las promotoras se identifican casos que no son reportados al Departamento.			
	Toda la información se reporta en las fechas establecidas a la Secretaría de Salud Departamental.			El municipio cuenta con un censo de población discapacitada; se obtiene a través de las promotoras de la Secretaría de Salud Municipal. No se maneja información de salud ocupacional			
	No utilizan los formatos de la Secretaría Departamental, se crearon formatos simplificados.			Salud mental: se realizó un diagnóstico a partir de un trabajo con diversas instituciones y la comunidad. Sobre éste se espera recabar información de manera sistemática.			
				Defunciones: la información se obtiene sólo cuando se levanta el perfil epidemiológico del municipio (una vez al año).			
				Nutrición: la última información disponible se obtuvo tres años atrás mediante encuestas. Se actualizó en 2004.			
				Lactancia materna: existe información sobre los grupos que coordina la Secretaría de Salud.			

Matriz de diagnóstico de la información municipal

(continuación)

Municipios		Aseguramiento	Salud Pública			Vigilancia y control	Prestación de servicios	Observaciones
			Control de factores	Epidemiología	Gestión PAB			
Mosquera		Las bases del SISBEN son organizadas por la oficina de Planeación Municipal y remitidas a la Secretaría.	La información no presenta inconvenientes en su generación y flujo.	La información se reporta al RIPS en las fechas establecidas.	Hasta el momento de indagación, no se había iniciado la ejecución del PAB 2003, ya que todavía quedaban acciones pendientes del PAB 2002.	La información manejada por la Secretaría de Salud del municipio se reporta mensualmente a la Secretaría de Salud Departamental	La información es manejada a través del software JARB salud, desarrollado en Access.	El Policlínico de Mosquera inició un proceso de transición desde 2001. Anteriormente, el Policlínico debía enviar la información al Hospital de Madrid, desde el cual se consolidaba y remitía a la Secretaría de Salud Departamental. Tras convertirse en ESE, el flujo de información es directo. Los archivos históricos datan desde octubre de 2001. El Policlínico recibe la información de los dos centros de salud de las veredas El Porvenir y El Diamante. El Policlínico presta los servicios de: Unidad médica odontológica, fisioterapia, fonoaudiología, consulta externa y atención de partos de bajo riesgo, así como urgencias de primer nivel.
		La organización de sus bases de datos en la Secretaría de Salud, se realiza mediante el software Sismaster aseguramiento, que cuenta con los módulos: novedades, afiliaciones y poblaciones especiales.			La información de P y P que contratada por la Secretaría de Salud Departamental con el Policlínico, se envía directamente a esta última entidad, quien se encarga de remitirla al Departamento.			
		La información del régimen contributivo fue enviada por las empresas al Municipio en una sola ocasión; no han vuelto a reportarla, lo que ha llevado al Municipio a ejercicios de actualización cada vez que se van a realizar contrataciones con las ARS.						
		El régimen subsidiado tiene una base de datos que se alimenta periódicamente y se remiten mensualmente a la Secretaría de Salud y un consolidado anual. La base está totalmente depurada y certificada. La población SISBEN, sin embargo, no coincide con la población DANE, ni la NBI.						
Chipaque		La oficina de programas sociales es responsable de las bases sobre el SISBEN y aseguramiento, aunque no cuentan con software, manejan activamente la información en archivos planos de Excel, por lo cual se encuentran certificados, y en el ejercicio se encontraron varios casos de multifiliación.	La información se remite de acuerdo con los criterios de la Secretaría Departamental.	La información no presenta inconvenientes en su generación y flujo.	El PAB 2003 no había iniciado ejecución, y se estaban haciendo los últimos ajustes del PAB 2002, el cual es ejecutado por una empresa privada. Sin embargo, la información que se reporta tiene las siguientes características: la información de nutrición (variables de control de crecimiento y desarrollo) la consolida el centro de salud y ficha familiar (está en la segunda visita de seguimiento) y no se tiene información sobre métodos de planificación familiar.	La oficina de proyectos sociales remite la información de vigilancia y control, en las fechas establecidas por la Secretaría de Salud Departamental.	En este municipio se prestan los servicios de salud a través del Centro de Salud, remite información al Hospital de Cáqueza, encargado de enviar la información al Departamento. El centro de salud presta los servicios de consulta externa, urgencias de primer nivel, laboratorio (cuadro hemático, frotis, orina), odontología y citología. Se remite la información de RIPS, P y P, Sistema Alerta Acción, referencia y contrarreferencia semanalmente y un consolidado mensual.	En el municipio de Chipaque no funciona una Secretaría de Salud como tal, es la Oficina de Programas Sociales la que realiza sus funciones.

Matriz de diagnóstico de la información municipal

(continuación)

Municipios	Aseguramiento	Salud Pública			Vigilancia y control	Prestación de servicios	Observaciones
		Control de factores	Epidemiología	Gestión PAB			
Chipaque	El Municipio se encuentra en el proceso de documentación para la nueva encuesta del SISBEN. La primera encuesta se realizó en 1994 y ésta es la base con la que continúan trabajando.						
	La información de afiliaciones con la que cuentan del régimen contributivo es parcial, en especial de las empresas que funcionan en el Municipio: COVIANDES, Lácteos Tequendama, Cafésalud (Cáqueza), COOPCHIPAQUE.						
Soacha	La oficina del SISBEN registra y controla información de asegurados al régimen de subsidios y de población vinculada.	La oficina de control de riesgo registra y consolida información relacionada con riesgo biológico (vigilancia y control de factores de saneamiento ambiental, mataderos y expendios de carne; mascotas; vacunación antirrábica; esterilización de hembras), riesgo químico (inspección, vigilancia y control a empresas que manipulan químicos) y riesgo de consumo (inspección a plazas de mercado y establecimientos que preparan, procesan y comercializan alimentos).	La oficina de epidemiología es usuaria de la información de morbilidad que reportan los centros de salud y el hospital local.	La oficina de PAB procesa y envía cada mes la evaluación de la implementación de los planes y líneas de acción. La información del Consejo Territorial se envía a la Secretaría de Salud de Cundinamarca (informe mensual y consolidado anual).	La oficina de Vigilancia y Control del Municipio, registra y consolida información de auditorías de las IPS y ARS y realiza las auditorías pertinentes.	El hospital Mario Gaitán Yanguas, consolidada la información por la oficina de estadística, con base en la historia clínica y la envía cada mes directamente a la Secretaría de Salud de Cundinamarca (desarrollo de servicios, consulta externa, etc.).	
			La información sobre morbilidad, que se consolida en la oficina de estadística del centro de salud y del hospital, es reportada cada mes a la Dirección Local de Soacha. La información adicional que lleva el centro (odontología, planificación y embarazos) no es reportada.			Centro de Salud de Soacha - Empresa de Salud de Soacha: el centro de salud local depende de la Dirección Local de Salud. Atiende sólo población del régimen subsidiado; luego, sus bases de datos se refieren a este grupo de afiliados.	
Anolaima	La oficina del SISBEN realiza las funciones de registro y seguimiento de la población asegurada al régimen subsidiado. Esta información es remitida a la Secretaría de Salud de Cundinamarca.	La información no presenta inconvenientes en su generación y flujo.	El hospital San Antonio de Anolaima reporta directamente a la Secretaría de Salud de Cundinamarca, información de epidemiología mensualmente y sólo la exigida por ley.	La información que genera el Hospital en materia de PAB, es remitida a la Alcaldía y ésta a su vez la remite a la Secretaría de Salud del Departamento.	La información no presenta inconvenientes en su generación y flujo.	La información es reportada mensualmente por el hospital a través del RIPS	El Secretario de Gobierno cumple las funciones de la Secretaría de Educación y de Salud. Por tal situación, la mayor parte de las funciones de la Secretaría de Salud han sido delegadas al hospital local

Matriz de diagnóstico de la información municipal

(conclusión)

Municipios	Aseguramiento	Salud Pública			Vigilancia y control	Prestación de servicios	Observaciones
		Control de factores	Epidemiología	Gestión PAB			
Facatativa	La Secretaría de Salud local se encarga de las bases del SISBEN y aseguramiento, del mismo modo, se encuentran certificados al igual que el resto de municipios visitados. Cuentan con un software en el que consignar toda la información de salud pública y que funciona a través de un sistema denominado Emulador Virtual de Datos, que es un paquete compatible con la información del sistema geográfico, el SISVAN. Los módulos que presenta son: visitas domiciliarias, trabajadores sociales, Sistema Alerta Acción, SISVAN, estadísticas vitales.	La oficina de saneamiento funciona como dependencia de la Secretaría de salud. Facatativa por ser municipio de categoría 4, asume la vigilancia y control de los factores de riesgo.	El Hospital remite periódicamente información a la Secretaría municipal, con el fin de mantener la información disponible y establecer buenas herramientas para la construcción del perfil epidemiológico del Municipio.	La Secretaría de Salud de Facatativa se encuentra ejecutando el PAB 2003 sin ningún problema, lleva sus estadísticas de ejecución de acciones de P y P extramurales, y las contratadas con centros de salud y las del Hospital.	La información no presenta inconvenientes en su generación y flujo.	Se reporta toda La información reglamentada por el RIPS.	Mientras el Hospital de Facatativa es un ente independiente, la Secretaría hace las veces de remitente con los centros de salud, que a diferencia de los demás municipios, lo hacen a través del Hospital.
			La información Sistema Alerta Acción es reportada por el Hospital, tanto a la Secretaría de Salud Municipal como a la Departamental.	La información de P y P, se registra diariamente en las planillas diseñadas para tal fin y se reporta mensualmente a la Secretaría de Salud Municipal.			
			La información de COP y COE no se envía a la Secretaría de Salud Departamental por solicitud directa de la misma. Sólo se envía morbilidad trimestralmente.				Es uno de los municipios más organizados en cuanto a información y a utilización de la misma en la planeación y gestión de las funciones del sector salud.

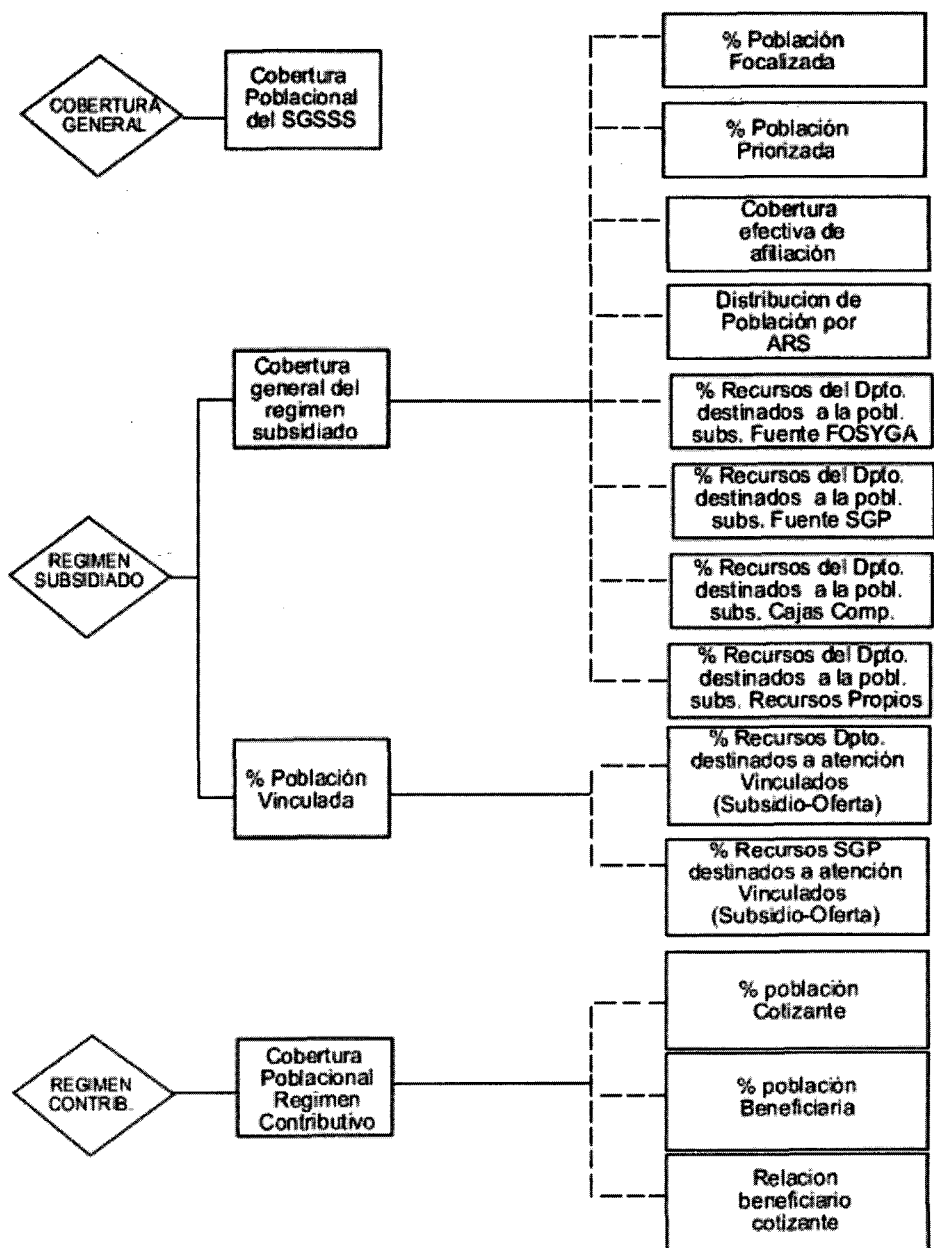
- Buen manejo y organización de la información
- Aceptable manejo de la información
- Deficiente manejo de la información

ANEXO J**Relación de información municipal examinada**

Nro.	Formato
1	Indicadores de gestión, consulta externa. Clínica Puente del Común- Chía
2	Formulario A2. Listado de entidades que hacen parte de la IPS o que dependen de ella. Policlínico de Mosquera
3	Formulario A3. Cargos en la planta de personal de la IPS. Policlínico de Mosquera
4	Formulario A7. Servicios que presta la IPS y recurso humano asignado a cada unidad de atención ambulatoria de la IPS. Policlínico de Mosquera
5	Formulario A10. Servicios que presta la IPS y recurso humano asignado en las unidades de atención ambulatoria. Policlínico de Mosquera
6	Formulario A11. Producción de servicios. Policlínico de Mosquera
7	Formulario A13. Recursos físicos de la IPS en las unidades de atención ambulatorias de la IPS. Policlínico de Mosquera
8	Formulario B2. Comportamiento de las remisiones régimen subsidiado. Policlínico de Mosquera
9	Formulario B5. Causas de las remisiones médicas de urgencias. Policlínico de Mosquera
10	Red de servicios. Portafolio de servicios. Policlínico de Mosquera
11	Consolidado mensual de las actividades, procedimientos e intervenciones de la Resolución 412. Policlínico de Mosquera
12	Informe de actividades de promoción y prevención. Policlínico de Mosquera
13	Estadística de pacientes atendidos por la unidad funcional. Policlínico de Mosquera
14	Informe DX mensual. Policlínico de Mosquera
15	Informe de defunciones. Policlínico de Mosquera
16	Hospital San Rafael de Facatativá. Comportamiento de infección intrahospitalaria. Policlínico de Mosquera
17	Régimen de referencia y contrarreferencia. Comportamiento de remisiones. Hospital San Rafael de Facatativá
18	Datos para la evaluación de eficiencia técnica, financiera y calidad (indicadores consolidados). Hospital San Rafael de Facatativá.
19	Resumen de actividades sala de partos. Hospital San Rafael de Facatativá
20	Resumen mensual de hospitalización. Hospital San Rafael de Facatativá
21	Resumen de actividades sala de cirugía. Hospital San Rafael de Facatativá
22	Comportamiento servicio de urgencias. Hospital San Rafael de Facatativá
23	Servicio de consulta externa. Hospital San Rafael de Facatativá
24	Informe de actividades odontológicas. Hospital San Rafael de Facatativá
25	Informe ejecutivo mensual de producción. Hospital San Rafael de Facatativá
26	Informe de egresos hospitalarios. Hospital San Rafael de Facatativá
27	Proyecto Medio Ambiente, Ejecución Programática. Plan de Atención Básica, Municipio de Facatativá

ANEXO K Mapa de Indicadores

Aseguramiento al SGSSS



INDICADORES CLAVES

⚡ Indicador secundario que no tiene relación ni explicación

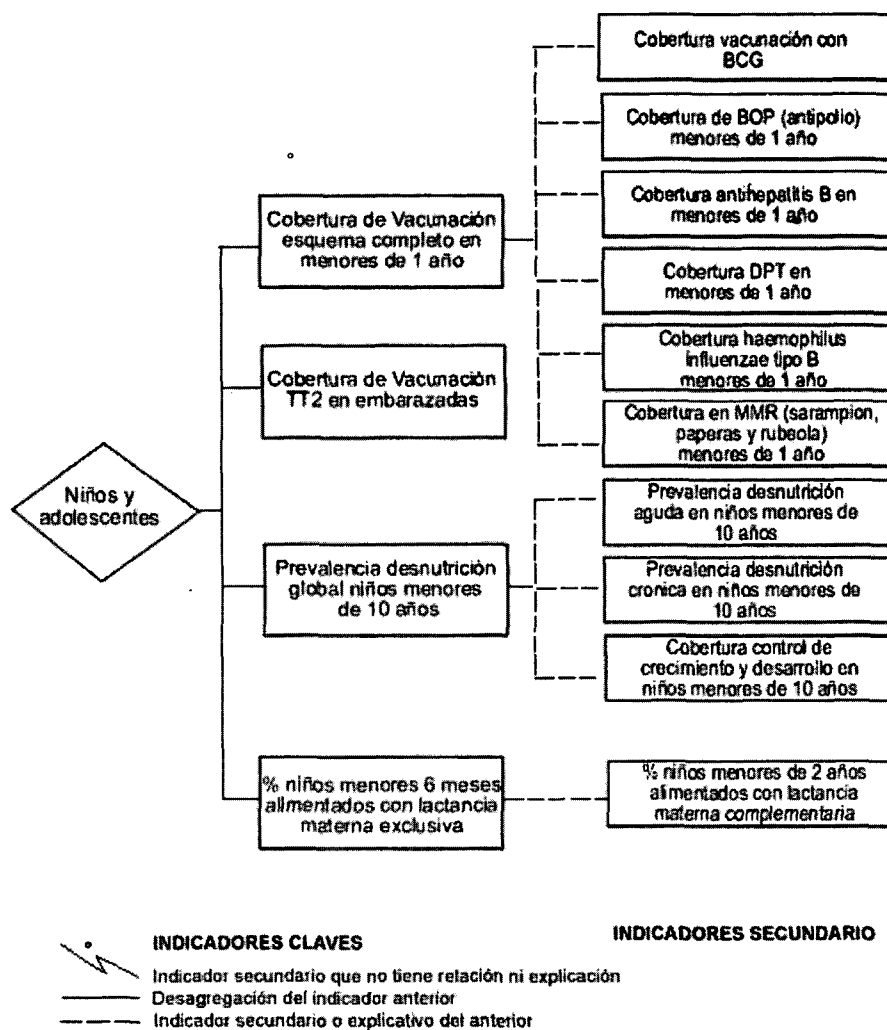
— Desagregación del Indicador anterior

--- Indicador secundario o explicativo del anterior

INDICADORES SECUNDARIO

ANEXO K Mapa de Indicadores

Salud Pública



ANEXO L

Listado general de indicadores de estructura que conforman la línea base

Tema	Indicador	Variables	Fórmula	Observaciones
Aseguramiento general	Cobertura poblacional del SGSSS	TA: población (número de personas) total afiliada al SGSSS en el año i PT _i : población (número de personas) total en el año i	$GSGSSS = \frac{TA_i}{PT_i} * 100$	
Aseguramiento – régimen contributivo	Cobertura población del régimen contributivo	TARC _i : población (número de personas) afiliada al régimen contributivo en el año i PT _i : población (número de personas) total en el año i	$GRC = \frac{TARC_i}{PT_i} * 100$	
	Proporción de población cotizante	CT _i : número de afiliados cotizantes del régimen contributivo en el año i TARC _i : número total de afiliados al régimen contributivo en el año i	$PPC = \frac{CT_i}{TARC_i} * 100$	
	Proporción de población beneficiaria	BF _i : número de afiliados beneficiarios del régimen contributivo en el año i TARC _i : número total de afiliados al régimen contributivo en el año i	$PPB = \frac{BF_i}{TARC_i} * 100$	
	Relación beneficiario - cotizante	BF _i : número de afiliados beneficiarios del régimen contributivo en el año i CT _i : Número de afiliados cotizantes del régimen contributivo en el año i	$RBC = \frac{BF_i}{CT_i} * 100$	
Aseguramiento – régimen subsidiado	Cobertura general al régimen subsidiado	TARS _i : Número de afiliados (número de personas) al régimen subsidiado en el año i PT _i : población (número de personas) total en el año i	$CRS = \frac{TARS_i}{PT_i} * 100$	
	Porcentaje de población focalizada	PF: población focalizada (niveles 1, 2 y 3 del SISBEN) PTSI: población total incluida en el SISBEN (niveles 1 al 6)	$PPF = \frac{PF}{PTSI} * 100$	
	Porcentaje de población priorizada	PRI: población de los niveles 1 y 2 del SISBEN, atendiendo al Acuerdo 244 de 2002 PF: población focalizada (niveles 1, 2 y 3 del SISBEN)	$\%PRI = \frac{PRI}{PF} * 100$	
	Cobertura efectiva de afiliación al régimen subsidiado	TARS _i : número de afiliados (número de personas afiliadas) al régimen subsidiado, en el año i PRI: población de los niveles 1 y 2 del SISBEN, atendiendo al Acuerdo 244 de 2002	$CA = \frac{TARS_i}{PRI} * 100$	
	Distribución de la población por ARS	NAARS: número de afiliados por ARS TARS _i : número de afiliados (número de personas) al régimen subsidiado en el año i	$DARS = \frac{NAARS}{TARS_i} * 100$	

Anexo L

Listado general de indicadores de estructura que conforman la línea base

Continuación

Tema	Indicador	Variables	Fórmula	Observaciones
	Proporción de los recursos del Departamento destinados a la atención de la población subsidiada, fuente FOSYGA	FOS: recursos del Departamento destinados a la población subsidiada fuente Fosyga RTR: total de recursos del sector salud para el régimen subsidiado	$PRDFOS = \frac{FOS_i}{RTR_i} * 100$	
	Proporción de los recursos del Departamento destinados a la atención de la población subsidiada, fuente SGP	SGP: recursos del Departamento destinados a la población subsidiada, fuente SGP RTR: total de recursos del sector salud para el régimen subsidiado	$PRDSGP = \frac{SGP}{RTR} * 100$	
	Proporción de los recursos del Departamento destinados a la atención de la población subsidiada, fuente cajas de compensación	RCC: recursos del Departamento destinados a la población subsidiada, fuente cajas de compensación RTR: total de recursos del sector salud para el régimen subsidiado	$PRDRCC = \frac{RCC}{RTR} * 100$	
	Proporción de los recursos del departamento destinados a la atención de la población subsidiada, fuente recursos propios	RRP: recursos del Departamento destinados a la población subsidiada, fuente recursos propios RTR: total de recursos del sector salud para el régimen subsidiado	$PRDRRP = \frac{RRP}{RTR} * 100$	
	Proporción de población vinculada	PRI: población de los niveles 1 y 2 del SISBEN atendiendo al Acuerdo 244 de 2002 TARS: Número de afiliados (número de personas) al régimen subsidiado en el año i PT _i : Población (número de personas) total en el año i	$PPV = \left\{ \frac{PRI - TARS_i}{PT_i} \right\} * 100$	
	Proporción de los recursos del Departamento para atención a la población vinculada, fuente recursos propios	APODEV: recursos de aportes departamentales destinados para la atención en salud de la población vinculada APOVIN: recursos para la salud de la población vinculada	$PAPODSUB = \frac{APODEV}{APOVIN} * 100$	
	Proporción de los recursos del Departamento para atención a la población vinculada, fuente SGP	APOSGPV: recursos del SGP para la atención en salud de la población vinculada APOVIN: recursos para la salud de la población vinculada	$PAPODSUB = \frac{APOSGP}{APOVIN} * 100$	
	Porcentaje de IPS públicas por nivel de atención.	IPSPU _i : número de IPS públicas por nivel de atención i, donde i es: 1, 2 o 3 IPS: número de IPS del Departamento.	$\%IPSPU_{NA} = \frac{IPSPU_i}{IPS} * 100$	
Prestación de servicios—oferta de servicios	Porcentaje de IPS privadas por nivel de atención	IPSPR _i : número de IPS privadas por nivel de atención i, donde i es: 1, 2 o 3 IPS: número de IPS del Departamento	$\%IPSPR_{NA} = \frac{IPSPR_i}{IPS} * 100$	
	Porcentaje de IPS de naturaleza mixta por nivel de atención	IPSPMI _i : número de IPS mixtas por nivel de atención i, donde i es: 1, 2 o 3 IPS: número de IPS del Departamento	$\%PSMI_{NA} = \frac{IPSMI_i}{IPS} * 100$	
	Porcentaje ocupacional	DCO: número de días cama ocupada en un periodo DCD: número de días cama disponible	$\%O = \frac{DCD}{DCO} * 100$	

Listado general de indicadores de estructura que conforman la línea base

Continuación

Tema	Indicador	Variables	Fórmula	Observaciones
	Giro cama	NE: número de egresos en un periodo CD: número de camas disponibles	$GC = \frac{NE}{CD} * 100$	
Prestación de servicios—oferta de servicios	Promedio estancia	DPP: número de días de permanencia de los pacientes en un periodo NE: número de egresos en el periodo	$PE = \frac{DPP}{NE} * 100$	
Prestación de servicios—demanda	Promedio de imágenes diagnósticas por RMN, TAC, ecografías, endoscopías, angiografías, escanografías, electroencefalogramas, electrocardiogramas, mamografías ¹	NI: número de imágenes diagnósticas (por tipo)ND: número de días del mes (30 días para este ejercicio)	$PRID = \sum \frac{NI}{ND}$	
	Promedio de exámenes por egreso	NEX: número de exámenes NE: número de egresos	$PEE = \frac{NEX}{NE}$	
	Promedio de exámenes por consulta	NEX: número de exámenes CEX: número de consultas externas	$PEC = \frac{NEX}{CEX}$	
	Porcentaje de consultas generales	CEXG: número de consultas generales CEX: número de consultas externas	$\%CG = \frac{CEXG}{CEX} * 100$	
	Porcentaje de consultas especializadas	CEXE: número de consultas especializadas CEX: número de consultas externas	$\%CE = \frac{CEXE}{CEX} * 100$	
	Porcentaje de consultas odontológicas	COD: número de consultas odontológicas CEX: número de consultas externas	$\%AU = \frac{COD}{CEX + CU} * 100$	
	Porcentaje de atenciones en urgencias	CU: número de consultas en urgencias CEX: número de consultas externas	$\%CRP = \frac{CRP}{NCR} * 100$	
	Porcentaje de intervenciones quirúrgicas programadas	CRP: número de cirugías programadas NCR: número de cirugías	$\%CRU = \frac{CRU}{NCR} * 100$	
	Porcentaje de intervenciones quirúrgicas en urgencias	CRU: número de cirugías en urgencias NCR: número de cirugías	$\%CRU = \frac{CRU}{NCR} * 100$	
	Porcentaje de partos por cesárea	NCE: número de partos por cesárea, atendidos NP: número de partos	$\%PC = \frac{NCE}{NP} * 100$	
Calidad de los servicios	Mortalidad hospitalaria después de 24 horas	NDH: número de defunciones en el mes de personas con más de 24 horas de atención hospitalaria TIM: total de ingresos en el mes	$MH\ 24 = \frac{NDH}{TIM}$	
	Porcentaje de complicaciones en cirugía	NCC: número de complicaciones en cirugía en el periodo NCR: número de cirugías	$\%CC = \frac{NCC}{NCR} * 100$	

Listado general de indicadores de estructura que conforman la línea base

Continuación

Tema	Indicador	Variables	Fórmula	Observaciones
	Tiempo promedio de espera de consulta médica	NDE: número de días de espera para consulta médica CEX: número de consultas externas	$PRECM = \frac{NDE}{CEX}$	
	Porcentaje de infección intrahospitalaria nosocomial	NCIHN: número de casos de infección intrahospitalaria nosocomia INE: número de egresos	$\%IIH = \frac{NCIHN}{NE} * 100$	
	Porcentaje de infección intrahospitalaria por procedimiento quirúrgico	NCIHPQ: número de casos de infección intrahospitalaria por procedimientos quirúrgicos NE: número de egresos	$\%IIH = \frac{NCIHPQ}{NE} * 100$	
	Porcentaje de referencias no exitosas	RNE: número de referencias no exitosas TREF: número total de referencias	$\%RNE = \frac{RNE}{TREF} * 100$	
	Tiempo promedio de espera de cirugía electiva	DECE: número de días de espera para cirugía electiva CRP: número de cirugías programadas	$TECE = \frac{DECE}{TREF} * 100$	
Financiamiento	Relación ingresos -gastos	IO= ingresos operacionales GT: gastos totales	$RIG = \frac{IO}{GT}$	
	Razón corriente	AC: activos corrientes PC: pasivos corrientes	$Rc = \frac{AC}{PC}$	
	Razón cartera ingresos	CRT: cartera total IT: ingresos totales	$RCI = \frac{CRT}{IT}$	
	Costo promedio (egreso, consulta, tratamiento odontológico, exámenes de laboratorio e imágenes diagnósticas)	C: costos por tipo (egreso, consulta, tratamiento odontológico exámenes de laboratorio e imágenes diagnósticas) NE: número de egresos, (consultas, tratamientos odontológicos, exámenes de laboratorio e imágenes diagnósticas)	$CPR = \sum \frac{C}{NE}$	
	Porcentaje de recuperación de cartera mayor a 60 días	CAR: cartera recuperada en más de 60 días CRT: cartera total	$\%RC = \frac{CAR}{CRT}$	
	Gestión de recaudo	R2: reconocimiento contributivo, subsidiado y otros, diferentes al vinculado VR: Valor recaudos contributivos, subsidiado y otros diferentes al vinculado	$GR = \frac{R2}{VR} * 100$	
	Autofinanciamiento	R2: reconocimiento contributivo, subsidiado y otros diferentes al vinculado 2002 FV: facturación vinculados TEI: Total ejecución ingresos	$AU = \frac{(R2+FV)}{TEI}$	
Salud pblica. Niños y adolescentes	Cobertura de vacunación esquema completo en niños menores o de un año	PVac: población menor de un año vacunada con esquema completo PTma: población menor de un año	$CV = \frac{PVac}{PTma} * 100$	
	Cobertura de vacunación cada uno de los biológicos (BGC, BOP, hepatitis B, DPT, Haemophilus influenzae tipo B, NMR)	PVxB: población menor de un año vacunada por cada uno de los biológicos PTma: población menor de un año	$CV = \frac{PVxB}{PTma} * 100$	

Listado general de indicadores de estructura que conforman la línea base

Continuación

Tema	Indicador	Variables	Fórmula	Observaciones
	Cobertura de vacunación de TT2 en embarazadas	METT2: mujeres embarazadas que recibieron la TT2 Tmue: total mujeres embarazadas	$CTT2 = \frac{METT}{Tmue} * 100$	
	Prevalencia de desnutrición global en niños menores de 10 años	NnG: número de niños menores de 10 años que tienen peso para la edad menor a -2,5 desviaciones estándar respecto a la población de referencia. TN10: número de niños menores de 10 años valorados	$TDG = \frac{NnG}{TN10} * 100$	
	Prevalencia de desnutrición aguda en niños menores de 10 años	NnDA: número de niños menores de 10 años que tienen peso para la talla menor a -2,5 desviaciones estándar respecto a la población de referencia. TN10: número de niños menores de 10 años valorados	$TDA = \frac{NnDA}{TN10} * 100$	
	Prevalencia de desnutrición crónica en niños menores de 10 años	NnDC: número de niños menores de 10 años que tienen talla para la edad menor a -2,5 desviaciones estándar respecto a la población de referencia. TN10: número de niños menores de 10 años valorados	$TDC = \frac{NnDC}{TN10} * 100$	
	Cobertura de control de crecimiento y desarrollo en niños menores de 10 años	CCrD: número de niños menores de 10 años que asisten al control de crecimiento y desarrollo por primera vez TN10: número de niños menores de 10 años valorados	$CCD = \frac{CCrD}{TN10} * 100$	
	Porcentaje de niños alimentados con lactancia materna exclusiva	NLme: número de niños menores de 6 meses alimentados con lactancia materna exclusiva TN6m: número de niños menores de 6 meses valorados	$\%LME = \frac{NLme}{TN6m} * 100$	
	Porcentaje de niños alimentados con lactancia materna complementaria	NLmc: número de niños menores de 2 años alimentados con lactancia materna complementaria TN1: número de niños menores de un año valorados	$\%LMC = \frac{NLmc}{TN1} * 100$	
Salud Pública. Salud sexual y reproductiva	Proporción de los embarazos adolescentes	MEA: número de mujeres embarazadas en edad adolescente Tmue: número total de mujeres embarazadas	$PEA = \frac{MEA}{Tmue} * 100$	
	Proporción de los embarazos en mujeres aíasas	MEM: número de mujeres mayores de 35 años en gestación Tmue: número total de mujeres embarazadas	$PEAÑ = \frac{MEM}{Tmue} * 100$	
	Cobertura de atención en control prenatal	NCPre: número de consultas de atención prenatal de primera vez Tmue: número total de mujeres embarazadas	$CP = \frac{NCPre}{Tmue} * 100$	
	Prevalencia de bajo peso al nacer	NBP: número de nacidos vivos con peso inferior a 2 500 gramos, medido al momento del nacimiento o dentro de las primeras horas de vida, antes de que la significativa pérdida de peso postnatal haya ocurrido NV: nacidos vivos	$PBP = \frac{NBP}{NV} * 100$	

Listado general de indicadores de estructura que conforman la línea base

Continuación

Tema	Indicador	Variables	Fórmula	Observaciones
Salud pública. Enfermedades crónicas transmisibles	Cobertura de citología cérvico-uterina	MCit: mujeres que reciben atención de citología cérvico-uterina MU15: número de mujeres mayores de 15 años valoradas	$CCU = \frac{MCit}{MU15} * 100$	
	Porcentaje de pacientes con tratamiento de tuberculosis, terminado	PTBCT _i : número de pacientes de TBC con tratamiento terminado en el tiempo establecido NPDigTBC _i : número de pacientes diagnosticados con TBC en el periodo i, donde i=tiempo estimado de duración del tratamiento ²	$\%PPTBCT = \frac{PTBCT_i}{NPDigTBC_{i,i}} * 100$	
	Porcentaje de pacientes con tratamiento de tuberculosis, terminado	PLEPT _i : número de pacientes de lepra con tratamiento terminado en el tiempo establecido NPDigLEP _i : número de pacientes diagnosticados con Lepra en el periodo i, donde i=tiempo estimado de duración del tratamiento ²	$\%PPLEPT = \frac{PLEPT_i}{NPDigLEP_{i,i}} * 100$	
	Porcentaje de contactos inscritos y estudiados de casos de TBC pulmonar	CIETBC: número de contactos inscritos y estudiados de TBC pulmonar TBC: número de contactos inscritos de TBC	$\%CIETBC = \frac{CIETBC}{TBC} * 100$	
	Porcentaje de convivientes inscritos y estudiados de casos de lepra	COIELEP: número de convivientes inscritos y estudiados, de casos de lepra COLEP: número de convivientes inscritos de lepra	$\%COLEP = \frac{COIELEP}{COLEP} * 100$	
Salud pública. Violencia y salud mental	Porcentaje de casos de violencia intrafamiliar registrados y atendidos por la red de protección y apoyo	CVA: número de casos de violencia intrafamiliar atendidos CVR: número de casos de violencia intrafamiliar registrados	$\%CA = \frac{CVA}{CVR} * 100$	
Salud Pública. Discapacidad	Proporción de personas identificadas con discapacidad, por tipo de discapacidad	PDIs: número de personas discapacitadas por tipo de discapacidad PT _i : población total	$PPD = \frac{PDIs}{PT_i} * 100$	
	Proporción de la población discapacitada que ha recibido ayuda técnica del Departamento	PDIsAD: número de personas discapacitadas que han recibido ayuda técnica del Departamento PDIs: número de personas discapacitadas	$PPDAD = \frac{PDIsAD}{PDIs} * 100$	

Listado general de indicadores de estructura que conforman la línea base

				Continuación
Tema	Indicador	Variables	Fórmula	Observaciones
Salud pública. Gestión PAB	Índice de eficiencia en la ejecución del PAB	%IMPL: porcentaje de implementación de los proyectos programados del PAB total y por líneas de acción (número de proyectos implementados/número proyectos programados) %EJE: porcentaje de ejecución de los recursos del PAB, total y por líneas de acción (recursos ejecutados/recursos presupuestados) El total de proyectos programados varía entre municipios. Algunos municipios pueden programar proyectos que corresponden sólo a algunas líneas de acción del PAB, mientras que otros alcanzan a cubrir la totalidad de las líneas de acción. Para el cálculo de este índice, para cada municipio, se utilizará el total de proyectos programados no importa si alcanza a cubrir o no la totalidad de las líneas de acción. El índice permitirá catalogar a los municipios de acuerdo con su eficiencia en la ejecución del PAB, teniendo en cuenta la disponibilidad de recursos.	$IEPAB = \frac{\%IMPL}{\%EJE} * 100$	>1: sobresaliente =1: buen desempeño (de acuerdo con lo planeado) <1: niveles de eficiencia por debajo de lo esperado. Entre más cercano el índice a 1, mayor el nivel de eficiencia del PAB y viceversa
	Porcentaje de Planes de Atención Básica municipales monitoreados y evaluados	PABM: número de municipios con PAB monitoreado y evaluado M: número de municipios	$\%PABM = \frac{PABM}{M} * 100$	
	Porcentaje de municipios críticos que han sido apoyados por el Departamento para el desarrollo de las acciones de estricto cumplimiento del PAB	MCA: número de municipios críticos apoyados MCT: número de municipios críticos	$\%MCA = \frac{MCA}{MCT} * 100$	
	Porcentaje de municipios con PAB aprobado por el Consejo Territorial de Seguridad Social	MPAA: número de municipios con PAB aprobado por el Consejo Territorial de Seguridad Social M: número de municipios	$\%MPAC = \frac{MPAA}{M} * 100$	
Salud Pública. Vigilancia en Epidemiología	Tasa de mortalidad infantil	NDGE1: número de defunciones de niños menores de un año PTma: población menor de un año	$TMI = \frac{NDGE1}{PTma} * 1000$	
	Tasa de mortalidad general, por rangos de edad	NDGE: número de defunciones PTi: población total	$TME = \frac{NDGE}{PT_i} * 1000$	
	Tasa de mortalidad en niños menores de cinco años por cinco principales causas (IRA, EDA, difteria, tos ferina y tétanos)	NDNMC: número de defunciones de niños menores de 5 años por IRA, EDA, difteria, tos ferina y tétanos NDMCT: número de defunciones totales de niños menores de 5 años	$TMM5 = \frac{NDNMC}{NDMCT} * 1000$	

Listado general de indicadores de estructura que conforman la línea base

Continuación

Tema	Indicador	Variables	Fórmula	Observaciones
Salud pública. Vigilancia en epidemiología	Tasa de mortalidad perinatal	MFMN: número de muertes fetales y muertes neonatales (niños menores de 7 días de nacidos) Tmue: número total de mujeres embarazadas	$TMpr = \frac{MFMN}{Tmue} * 1000$	
	Tasa de mortalidad materna	NMM: número de muertes maternas (durante el embarazo, el parto y el puerperio) Tmue: número total de mujeres embarazadas	$TMM = \frac{NMM}{Tmue / 100\ 000}$	
	Tasa estimada de mortalidad, por causas (perinatal, malaria y dengue, TBC, VIH; hepatitis B, C y D; hipertensión, enfermedad isquémica del corazón, causas externas; accidentes, excluidos los de transporte, por accidentes de transporte, por homicidio y lesiones infligidas intencionalmente por otras personas, suicidio y lesiones autoinfligidas, enfermedades del aparato circulatorio, enfermedades cerebro vasculares, cáncer (cuello uterino, seno, gástrico, próstata), diabetes mellitus), por enfermedades transmisibles	NDC: número de defunciones estimada, por causa PTH: Población total por 100 000 habitantes	$TME = \frac{NDC}{PTH}$	
	Tasa de incidencia por tipo de enfermedad ³	NCI: total nuevos casos determinada enfermedad I= diferentes enfermedades PT: Población total	$TI = \frac{NCI}{PT} * 1000$	
	Casos de hospitalización por EDA en menores de 5 años	NHEDA<5: número de hospitalizaciones por EDA en menores de 5 años P<5: población menor de cinco años	$HEDA<5 = \frac{(HEDA<5)}{P<5} * 100$	
	Casos de hospitalización por neumonía en menores de 5 años	NNM<5: número de hospitalizaciones por neumonía en menores de 5 años P<5: población menor de cinco años	$HNm<5 = \frac{(NNM<5)}{P<5} * 100$	
	Índice de Bretau	CriE: Número de larvas encontradas en viviendas y depósitos VLns: Número de viviendas inspeccionadas	$IB = \frac{CriE}{VLns} * 100$	
	Índice larvario	VPL: Número de viviendas con presencia de larvas VLns: número de viviendas inspeccionadas	$IL = \frac{VPL}{VLns} * 100$	

Listado general de indicadores de estructura que conforman la línea base

Continuación

Tema	Indicador	Variables	Fórmula	Observaciones
	Índice de depósito	NDPos: Número de depósitos positivos NDins: número de depósitos inspeccionados	$ID = \frac{NDPos}{NDins} * 100$	
	Índice COP	NPCrop: Número promedio de dientes cariados, obturados o perdidos en niños menores de 12 años TN12: número total de niños menores de 12 años valorados	$COP = \frac{NPCrop}{TN12} * 100$	
	Índice COE	NPCre: Número promedio de dientes cariados, obturados o extraídos, en niños de 6 años y de 12 años TN6-12: número de niños entre 6 y 12 años valorados.	$COE = \frac{NPCre}{TN6-12} * 100$	
	Proporción de detartrajes en menores de 12 años	NPDrt: Número de pacientes a quienes se les realizó detartrajes TN12: Número de niños menores de 12 años valorados	$PD = \frac{NPDrt}{TN12} * 100$	
Salud pública. Control de factores de riesgo	Porcentaje de municipios con muestras de agua con resultado no aceptable	RNACP: Muestras con resultado no aceptable TMAT: Total de muestras de agua tomadas	$\%MANAC = \frac{RNACP}{TMAT} * 100$	
	Porcentaje de municipios con muestras de agua con resultado aceptable	RACP: número de muestras con resultado aceptable TMAT: Total de muestras de agua tomadas	$\%MAAC = \frac{RACP}{TMAT} * 100$	
	Proporción de animales focos de rabia	AFR: Número de animales focos de rabia TCCF: Total animales según el censo canino y felino	$PAFR = \frac{AFR}{TCCF} * 100$	
	Porcentaje de establecimientos con medidas de seguridad	EMS: Número de establecimientos con medidas de seguridad TESins: Total establecimientos inspeccionados	$\%EMS = \frac{EMS}{TESins} * 100$	
	Porcentaje de litros de leche cruda no aptos para el consumo	LLCD: Número de litros de leche cruda decomisada LLCA: Número de litros de leche cruda analizados	$\%LNA = \frac{LLCD}{LLCA} * 100$	
	Cobertura de vacunación de caninos y felinos	CFV: Número de caninos y felinos vacunados TCCF: total de animales según el censo canino y felino	$CVCF = \frac{CFV}{TCCF} * 100$	
Vigilancia y control	Porcentaje de peticiones resueltas	PetRE: número de peticiones resueltas PetPli: número de peticiones en investigación preliminar	$\%PR = \frac{PetRE}{PetPli} * 100$	
	Porcentaje de prestadores de salud habilitados	PSH: número de prestadores habilitados IPS: total de IPS	$\%PSH = \frac{PSH}{IPS} * 100$	
	Porcentaje de prestadores de salud con visita de verificación	PSV: número de prestadores que recibieron visita de verificación IPS: total IPS	$\%PSV = \frac{PSV}{IPS} * 100$	
	Porcentaje de prestadores de salud a los que se les ha aplicado medida de seguridad condiciones de habilitación	PSMS: número de prestadores de salud con medida de seguridad. PSV: número de prestadores de salud con visita de verificación	$\%PSM = \frac{PSMS}{PSV} * 100$	

Anexo L

Listado general de indicadores de estructura que conforman la línea base

Conclusión

Tema	Indicador	Variables	Fórmula	Observaciones
Vigilancia y control	Porcentaje de prestadores de salud certificados por condiciones de habilitación	PSCH: número de prestadores de salud habilitados por condiciones de habilitación PSV: número de prestadores que recibieron visita de verificación	$\%PSCH = \frac{PSCH}{PSV} * 100$	
	Índice de cumplimiento del requisito de presentación de declaración de habilitación, por parte de las instituciones prestadoras de servicios de salud.	IDH: número de instituciones prestadoras de servicios de salud con declaración de habilitación vigente en el trienal; IPS: total IPS	$IC = \frac{IDH}{IPS}$	
	Porcentaje de establecimientos comercializadores de medicamentos, cosméticos, productos naturales, de aseo, higiene y limpieza e insumos para la salud según medida de seguridad	EMS: establecimientos comercializadores de medicamentos, cosméticos, productos naturales, de aseo, higiene y limpieza e insumos con medida de seguridad. ES: establecimientos comercializadores de medicamentos, cosméticos, productos naturales, de aseo, etc.	$\%EMS = \frac{EMS}{ES}$	
	Porcentaje de establecimientos autorizados para el manejo de medicamentos de control especial	EAME: número de establecimientos autorizados en el manejo de medicamentos de control especial TEs: número de establecimientos de manejo de medicamentos de control especial	$\%EAME = \frac{EAME}{TEs}$	
	Proporción de los recursos PAB ejecutados en el Departamento y los municipios.	RECEJE: recursos ejecutados en el desarrollo del PAB; RECPRES: recursos presupuestados para el desarrollo del PAB	$PREPABM = \frac{RECEJE}{RECPRES} * 100$	
	Porcentaje de municipios certificados en el cumplimiento de la ejecución del PAB	MCert: número de municipios certificados en el cumplimiento de la ejecución del PAB M: número de municipios del departamento	$\%MCER = \frac{MCert}{M} * 100$	
	Porcentaje de municipios con interventoría en los contratos del régimen subsidiado	MIN: número de municipios con interventoría en los contratos del régimen subsidiado M: número de municipios del departamento	$\%MIN = \frac{MIN}{M} * 100$	
	Porcentaje de municipios con auditoría a la interventoría en los contratos del régimen subsidiado	MAIN: número de municipios con auditoría en la interventoría de los contratos del régimen subsidiado MIN: número de municipios con interventoría en los contratos del régimen subsidiado	$\%MAIN = \frac{MAIN}{MIN} * 100$	
	Porcentaje de ARS con auditoría en la gestión administrativa y financiera	ARSA: número de ARS con auditoría en la gestión administrativa y financiera ARS: número de ARS del departamento	$\%ARSA = \frac{ARSA}{ARS} * 100$	
	Porcentaje de ARS que cumplen con el gasto mínimo del 85% de la UPC subsidiada en salud	ARSGM: número de ARS que cumplen con el gasto mínimo del 85% de la UPC subsidiada ARS: número de ARS del departamento	$\%ARSGM = \frac{ARSGM}{ARS} * 100$	
	Porcentaje de ARS que contratan mas del 40% de la UPC subsidiada con la red pública	ARSCP: número de ARS que contratan más del 40% de la UPC subsidiada en la red pública del Departamento.	$\%ARSCP = \frac{ARSCP}{ARS} * 100$	

¹ Cada uno de los tipos de imagen diagnóstica es tratada como un indicador independiente debido a las dificultades para su agregación

² El tratamiento para la tuberculosis tiene un tiempo establecido de 6 meses. El tratamiento para la lepra tiene dos tiempos: uno de 9 meses para los casos más leves, y otro de 36 meses

³ Todas las tasas de incidencia de calculan de la misma forma, varía la convención utilizada para cada enfermedad específica.

ANEXO M

Lista de indicadores con las competencias requeridas para su generación

La agrupación de indicadores se presenta en el cuadro M1. Por otra parte, se enuncian uno a uno los indicadores con su respectiva competencia (tabla M1).

Es necesario que en la Secretaría de Salud y en las oficinas de los municipios se delegue una persona responsable del manejo y la actualización de la información.

Cuadro M1 Agrupación de indicadores por entidad responsable

Entidad responsable	Número de indicadores
Dependencias Secretaría de Salud Departamental	138
Secretaría de Salud Municipal	38
Hospitales	36
Total indicadores	212

Tabla M1 Asignación de las competencias de cada uno de los indicadores

Competencias	Indicador
Departamental	Cobertura poblacional del SGSSS
Departamental	Cobertura poblacional del régimen contributivo
Departamental	Distribución de la población por ARS
Departamental	Proporción de población cotizante
Departamental	Proporción de población beneficiaria
Departamental	Relación beneficiario cotizante
Departamental	Porcentaje de IPS públicas nivel de atención I
Departamental	Porcentaje de IPS privadas nivel de atención I
Departamental	Porcentaje de consultas generales
Departamental	Porcentaje de consultas especializadas
Departamental	Porcentaje de consultas odontológicas
Departamental	Porcentaje de atenciones en urgencias
Departamental	Porcentaje de partos por cesárea
Departamental	Cobertura de vacunación esquema completo en menores de 1 año
Departamental	Cobertura de TT2 en embarazadas
Departamental	Prevalencia de desnutrición global niños menores de 10 años
Departamental	Porcentaje de niños menores de 6 meses, alimentados con lactancia materna exclusiva
Departamental	Cobertura en vacunación con BCG (departamental)
Departamental	Cobertura en vacunación con BOP (antipolio) en menores de 1 año
Departamental	Cobertura en vacunación antihepatitis B en menores de 1 año
Departamental	Cobertura en vacunación con DPT en menores de 1 año
Departamental	Cobertura en vacunación con MMR (sarampión, paperas y rubéola) en menores de 1 año
Departamental	Prevalencia de desnutrición aguda en niños menores de 10 años
Departamental	Prevalencia de desnutrición crónica en niños menores de 10 años
Departamental	Cobertura de control de crecimiento y desarrollo en niños menores de 10 años
Departamental	Porcentaje de niños menores de 2 años alimentados con lactancia complementaria
Departamental	Prevalencia de bajo peso al nacer
Departamental	Porcentaje de Planes de Atención Básica municipales monitoreados y evaluados
Departamental	Porcentaje de municipios críticos que han sido apoyados por el departamento para el desarrollo de las acciones de estricto cumplimiento del PAB
Departamental	Porcentaje de municipios con PAB aprobado por el Consejo Territorial de Seguridad Social
Departamental	Tasa de mortalidad general, por rangos de edad
Departamental	Tasa de mortalidad infantil (menores de un año)
Departamental	Tasa de mortalidad materna

Asignación de las competencias de cada uno de los indicadores

Competencias	Indicador
Departamental	Tasa de mortalidad por EDA en personas menores de 5 años
Departamental	Tasa de mortalidad por IRA en personas menores de 5 años
Departamental	Tasa de mortalidad perinatal
Departamental	Tasa de mortalidad por malaria
Departamental	Tasa de mortalidad por dengue
Departamental	Tasa de mortalidad por enfermedades cerebro vasculares
Departamental	Tasa de mortalidad por diabetes mellitus
Departamental	Tasa de incidencia de varicela en personas menores de 5 años
Departamental	Tasa de incidencia de varicela en personas entre 5 y 15 años
Departamental	Tasa de incidencia de hepatitis A en menores de 5 años
Departamental	Tasa de incidencia de poliomielitis
Departamental	Tasa de incidencia de Parálisis Flácida Aguda-PFA-- en personas menores de 15 años
Departamental	Tasa de incidencia de sarampión en personas menores de 5 años
Departamental	Tasa de incidencia de sarampión en personas entre 5 y 15 años
Departamental	Tasa de incidencia de difteria en menores de 5 años
Departamental	Tasa de incidencia de tos ferina en menores de 1 año
Departamental	Tasa de incidencia de tos ferina en menores de 5 años
Departamental	Tasa de incidencia de tétanos neonatal
Departamental	Tasa de incidencia de rubéola en personas menores de 5 años
Departamental	Tasa de incidencia de rubéola en personas entre 5 y 15 años
Departamental	Tasa de incidencia de rubéola materna
Departamental	Tasa de incidencia de rubéola congénita
Departamental	Tasa de parotiditis en personas menores de 15 años
Departamental	Tasa de incidencia de meningitis por meningococo
Departamental	Tasa de incidencia de dengue clásico
Departamental	Tasa de incidencia de dengue hemorrágico
Departamental	Tasa de incidencia de leishmaniasis
Departamental	Tasa de incidencia de chagas
Departamental	Tasa de incidencia de malaria
Departamental	Tasa de incidencia de fiebre amarilla
Departamental	Tasa de Incidencia de hipertensión arterial
Departamental	Tasa de incidencia de tuberculosis
Departamental	Tasa de incidencia de lepra
Departamental	Tasa de incidencia de hepatitis B
Departamental	Tasa de incidencia de sífilis
Departamental	Tasa de incidencia de sífilis adquirida
Departamental	Tasa de incidencia de sífilis congénita
Departamental	Tasa de incidencia de sífilis gestacional
Departamental	Tasa de incidencia de toxoplasmosis
Departamental	Tasa de incidencia de VIH- SIDA
Departamental	Tasa de mortalidad por TBC
Departamental	Tasa de mortalidad por VIH
Departamental	Tasa de mortalidad por hepatitis B
Departamental	Tasa de mortalidad por hipertensión
Departamental	Tasa de mortalidad por enfermedad isquémica del corazón
Departamental	Tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino
Departamental	Tasa de mortalidad por cáncer de seno
Departamental	Tasa de mortalidad por cáncer gástrico
Departamental	Tasa de mortalidad por cáncer de próstata
Departamental	Tasa de mortalidad por accidentes, excluidos los de transporte
Departamental	Tasa de mortalidad por accidentes de transporte
Departamental	Tasa de mortalidad por homicidio y lesiones infligidas intencionalmente por otras personas
Departamental	Tasa de mortalidad por suicidio y lesiones autoinfligidas
Departamental	Índice COP
Departamental	Índice COE
Departamental	Porcentaje de municipios con muestras de agua con resultado no aceptable
Departamental	Proporción de detartrajes en personas menores de 12 años
Departamental	Porcentaje de municipios con muestras de agua con resultado aceptable

Asignación de las competencias de cada uno de los indicadores

Competencias	Indicador
Departamental	Porcentaje de prestadores de servicio habilitados
Departamental	Porcentaje de municipios con interventorías de los contratos del régimen subsidiado
Departamental	Porcentaje de municipios con auditoria de los contratos del régimen subsidiado
Departamental	Porcentaje de peticiones resueltas totales
Departamental	Porcentaje de prestadores de servicios con visita de verificación
Departamental	Porcentaje de prestadores de servicios a los que se les ha aplicado medida de seguridad por condiciones de habilitación
Departamental	Porcentaje de prestadores certificados por condiciones de habilitación
Departamental	Índice de cumplimiento del requisito de presentación de declaración de habilitación por parte de las instituciones prestadoras de servicios de salud
Departamental	Porcentaje de establecimientos comercializadores de medicamentos, cosméticos, productos naturales, de aseo, higiene y limpieza e insumos para la salud, con medida de seguridad
Departamental	Porcentaje de establecimientos comercializadores de medicamentos, cosméticos, productos naturales, de aseo, higiene y limpieza e insumos para la salud, sancionados
Departamental	Porcentaje de establecimientos autorizados para el manejo de medicamentos de control especial
Departamental	Porcentaje de los municipios certificados en el cumplimiento de la ejecución del PAB
Departamental	Porcentaje de ARS con auditoria de la gestión administrativa y financiera
Departamental	Porcentaje de ARS que cumplen con el gasto mínimo del 85% de la UPC subsidiada en salud
Departamental	Porcentaje de ARS que contratan en más del 40% de la UPC con la red pública de servicios
Departamental	Porcentaje de IPS públicas nivel de atención 2
Departamental	Porcentaje de IPS públicas nivel de atención 3
Departamental	Porcentaje de IPS privadas nivel de atención 2
Departamental	Porcentaje de IPS privadas nivel de atención 3
Departamental	Porcentaje de IPS mixta nivel de atención 1
Departamental	Porcentaje de IPS mixta nivel de atención 2
Departamental	Porcentaje de IPS mixta nivel de atención 3
Departamental	Porcentaje de IPS según naturaleza pública
Departamental	Porcentaje de IPS según naturaleza privada
Departamental	Porcentaje de IPS según naturaleza mixta
Departamental	Tasa de mortalidad por inmunoprevenibles
Departamental	Tasa de mortalidad por hepatitis C
Departamental	Tasa de mortalidad por hepatitis D
Departamental	Tasa de incidencia varicela en personas mayores de 15 años
Departamental	Tasa de incidencia de hepatitis A en personas entre 5 y 15 años
Departamental	Tasa de incidencia de hepatitis A en personas mayores de 15 años
Departamental	Tasa de incidencia de sarampión en personas mayores de 15 años
Departamental	Tasa de incidencia de rubéola en personas mayores de 15 años
Departamental	Tasa de incidencia de meningitis por neumococo
Departamental	Tasa de incidencia de meningitis por meningococo H. influenzae
Departamental	Tasa de incidencia de hepatitis C
Departamental	Tasa de incidencia de hepatitis D
Departamental	Tasa de mortalidad en personas entre 1 y 4 años
Departamental	Tasa de mortalidad en personas entre 5 y 14 años
Departamental	Tasa de mortalidad en personas entre 15 y 44 años
Departamental	Tasa de mortalidad en personas entre 45 y 59 años
Departamental	Tasa de mortalidad en personas mayores de 60 años
Departamental	Tasa de mortalidad por difteria en personas menores de 5 años
Departamental	Tasa de mortalidad por tos ferina en personas menores de 5 años
Departamental	Tasa de mortalidad por tétanos en personas menores de 5 años
Departamental	Porcentaje de prestadores de servicios a los que se les ha aplicado medida de seguridad por insuficiencia patrimonial
Departamental	Porcentaje de prestadores de servicios a los que se les ha aplicado medida de seguridad por condiciones técnico-administrativas
Municipal	Cobertura general del régimen subsidiado
Municipal	Proporción de población vinculada
Municipal	Porcentaje de población focalizada
Municipal	Porcentaje de la población priorizada
Municipal	Cobertura efectiva de afiliación al régimen subsidiado

Asignación de las competencias de cada uno de los indicadores

Competencias	Indicador
Municipal	Proporción de recursos del departamento destinados a la población subsidiada fuente FOSYGA
Municipal	Cobertura en vacunación con Hemophilus influenzae tipo B, en menores de 1 año
Municipal	Proporción de embarazos en adolescentes
Municipal	Proporción de embarazos en mujeres afeosas (mayores de 35 años)
Municipal	Cobertura de control prenatal
Municipal	Cobertura de citología cérvico- uterina
Municipal	Porcentaje de pacientes de TBC pulmonar con tratamiento terminado
Municipal	Porcentaje de pacientes de lepra con tratamiento terminado
Municipal	Porcentaje de contactos inscritos y estudiados de casos de TBC pulmonar
Municipal	Porcentaje de contactos inscritos y estudiados de casos de lepra
Municipal	Porcentaje de casos de violencia y abuso familiar; registrados y atendidos por la red de protección y apoyo social en salud mental
Municipal	Proporción de personas discapacitadas, por tipo de discapacidad
Municipal	Proporción de población con discapacidad que han recibido ayuda técnica del Departamento
Municipal	Índice de eficiencia en la ejecución del PAB
Municipal	Índice de Bretau
Municipal	Índice larvario
Municipal	Índice de depósito
Municipal	Porcentaje de animales focos de rabia
Municipal	Porcentaje de establecimientos con medidas de seguridad
Municipal	Porcentaje de litros de leche cruda decomisada por no ser aptas para el consumo humano
Municipal	Cobertura de vacunación de caninos y felinos
Municipal	Proporción de los recursos del PAB ejecutados, total departamento y por municipio
Municipal	Proporción de recursos del departamento destinados a la población subsidiada, fuente SGP
Municipal	Proporción de recursos del departamento destinados a la población subsidiada, fuente cajas de compensación
Municipal	Proporción de recursos del departamento destinados a la población subsidiada, fuente recursos propios
Municipal	Proporción de la población discapacitada por ceguera
Municipal	Proporción de la población discapacitada sordomuda
Municipal	Proporción de la población discapacitada mental
Municipal	Proporción de la población discapacitada por parálisis
Municipal	Porcentaje de implementación de los proyectos programados del PAB
Municipal	Porcentaje de ejecución de los recursos del PAB
Municipal	Proporción de recursos de aportes departamentales destinado a la atención de población vinculada
Municipal	Proporción de recursos del SGP destinado a la atención de población vinculada
Hospitalaria	Porcentaje ocupacional
Hospitalaria	Promedio estancia
Hospitalaria	Giro cama
Hospitalaria	Promedio de imágenes diagnósticas por RMN
Hospitalaria	Promedio de imágenes diagnósticas por TAC
Hospitalaria	Promedio de imágenes diagnósticas por ecografías
Hospitalaria	Promedio de imágenes diagnósticas por endoscopias
Hospitalaria	Promedio de imágenes diagnósticas por angiografías
Hospitalaria	Promedio de imágenes diagnósticas por escanografías
Hospitalaria	Promedio de imágenes diagnósticas por electroencefalograma
Hospitalaria	Promedio de imágenes diagnósticas por electrocardiograma
Hospitalaria	Promedio de imágenes diagnósticas por mamografía
Hospitalaria	Promedio de exámenes por egreso
Hospitalaria	Promedio de exámenes por consulta
Hospitalaria	Porcentaje de intervenciones quirúrgicas programadas
Hospitalaria	Porcentaje de intervenciones quirúrgicas en urgencias
Hospitalaria	Mortalidad hospitalaria después de 24 horas
Hospitalaria	Porcentaje de complicaciones en cirugía
Hospitalaria	Porcentaje de infección intrahospitalaria nosocomial
Hospitalaria	Porcentaje referencias no exitosas
Hospitalaria	Tiempo promedio de espera de consulta médica
Hospitalaria	Tiempo de espera de cirugía electiva
Hospitalaria	Relación de ingresos - gastos
Hospitalaria	Razón corriente

Asignación de las competencias de cada uno de los indicadores

Competencia	Indicador
Hospitalaria	Razón cartera- ingresos
Hospitalaria	Costos promedio de egreso
Hospitalaria	Costos promedio de consulta
Hospitalaria	Costos promedio de tratamiento odontológico
Hospitalaria	Costos promedio de exámenes de laboratorio
Hospitalaria	Costos promedio de imágenes diagnósticas
Hospitalaria	Porcentaje de recuperación de cartera mayor a 60 días
Hospitalaria	Gestión de recaudo
Hospitalaria	Hospitalización por EDA en personas menores de 5 años
Hospitalaria	Hospitalización por neumonía en personas menores de 5 años
Hospitalaria	Porcentaje de infección intrahospitalaria por procedimientos quirúrgicos
Hospitalaria	Autofinanciamiento

**Impreso en la Dirección de Difusión, Mercadeo y Cultura Estadística del
Departamento Administrativo Nacional de Estadística – DANE
Bogotá, D.C. - Colombia -, abril de 2005**

[illegible]