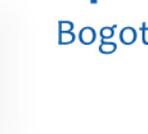
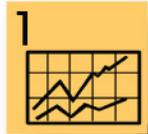


Medición de las Funciones Esenciales de Salud Pública en el Distrito Capital Colombia 2007

Resultados del taller de aplicación del instrumento
Bogotá, Septiembre 4,5 y 6 de 2007



Bogotá Distrito Capital
Secretaría Distrital de Salud



Organización Panamericana de la Salud

Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud

“Medición de las Funciones Esenciales de Salud Pública en el Distrito Capital Colombia 2007”

**Resultados del taller de aplicación del instrumento
Bogotá, Septiembre 4,5 y 6 de 2007**



Bogotá Distrito Capital
Secretaría Distrital de Salud



Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD
HECTOR ZAMBRANO RODRIGUEZ
Secretario de Despacho

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
PIER PAOLO BALLADELLI
Representante OPS/OMS en Colombia

TABLA DE CONTENIDO

1. Presentación

2. Antecedentes

3. Descripción del Proceso: Revisión del instrumento, metodología

4. Análisis General de Resultados: Panorama General de las Evaluaciones de 2002 y 2007 en las 11 FESP, Resultados de la medición por función Esencial de Salud Pública

Función Esencial N° 1. Monitoreo, evaluación y análisis de la situación de salud

Función Esencial N° 2. Vigilancia de salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública

Función Esencial N° 3. Promoción de la salud

Función Esencial N° 4. Participación social en salud

Función Esencial N° 5. Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en salud pública.

Función Esencial N° 6. Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y vigilancia, inspección y control en salud pública

Función Esencial N° 7. Evaluación y Promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios

Función Esencial N° 8. Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública

Función Esencial N° 9. Garantía y Mejoramiento de la calidad de servicios de salud individuales y colectivos

Función Esencial N° 10. Investigación en salud pública

Función Esencial N° 11. Reducción del impacto de emergencias y desastres.

5. Identificación de las Áreas de Intervención Prioritarias Para el Plan de Desarrollo Institucional

Cumplimiento de resultados y procesos claves

Desarrollo de capacidades e infraestructura

Desarrollo de competencias descentralizadas

6. Conclusiones

1. Presentación

La Secretaria Distrital de Salud en el marco del convenio de cooperación técnica No. 1136 de 2006, dentro del cual se acordó avanzar en la iniciativa de la OPS sobre la evaluación de la función rectora de las autoridades sanitarias territorial, realizó la segunda medición del desempeño de las Funciones Esenciales en Salud Pública, como una de las dimensiones que componen el complejo de rectoría en salud pública.

Las Funciones esenciales entendidas como “Aquellos procesos y movimientos de la Sociedad y del Estado que constituyen condiciones *sine qua non* para el desarrollo integral de la salud y el logro del bienestar y, como tales, orientan y modulan la organización y el comportamiento de los campos, sectores y actores que componen una sociedad dada”; y como una de las dimensiones de rectoría de competencia directa del sector salud, constituyen para los tomadores de decisión una herramienta fundamental de Planeación que permite avanzar en los procesos que muestran fortaleza en su desempeño y tomar decisiones sobre cuales de las áreas críticas identificadas son posibles y prioritarias de intervención.

En este marco la Secretaria Distrital de Salud realizó la primera evaluación del desempeño de Funciones Esenciales en el Distrito Capital en Octubre de 2002, y sus resultados formaron parte de la información que sirvió de base para la reflexión y mejoramiento del plan institucional de acción durante el año 2003 y en algunas de las orientaciones del que hacer institucional en el periodo de la actual administración. Con el objetivo de contar con información que permita conocer el estado actual del desempeño de las Funciones Esenciales como insumo que pueda generar recomendaciones para la orientación de la Salud Pública del distrito en la próxima administración, se realizó el segundo ejercicio de medición en el mes de Septiembre de 2007, del cual se presentan los resultados a continuación.

Es importante reconocer que el ejercicio realizado contó con la participación de instituciones como: OPS, Universidad de la Sabana, Universidad del Rosario, Universidad Javeriana, Universidad Nacional, INS, EPS: Humana vivir y ompensar, Personería de Bogota y Defensoria Distrital, COPACO de Engativa, Ministerio de la Protección Social, Idipron, ACOFAEN, Assalud,

El ejercicio permitió además, hacer recomendaciones sobre la pertenecía de revisión del instrumento a la luz de los cambios en la normatividad en salud sobre algunas competencias sectoriales, al igual que sobre la metodología del ejercicio de aplicación, en lo cual se espera poder avanzar para futuras mediciones.

2. Antecedentes

El Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) aprobó la iniciativa de fortalecer la salud pública en las Américas, con el fin de mejorar el ejercicio de la salud publica y fortalecer el liderazgo de las autoridades sanitarias en todos los niveles del estado, a partir de la definición y medición de las Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP).¹

El concepto de funciones esenciales de salud pública hace referencia a la percepción de la salud pública como una obligación social donde el Estado hace de actor conductor por medio de la autoridad sanitaria, que es el instrumento institucional portador de funciones ejecutivas propias y además debe ser capaz de movilizar a la sociedad en general y a los diversos actores pertinentes para realizar las intervenciones necesarias para la construcción operativa de una salud pública eficaz. Las FESP constituyen el núcleo de la caracterización funcional de todo el campo de la salud pública y son, a su vez, requisito indispensable para mejorar la salud de la población.²

¹ Resolución CD42, R 14. Funciones esenciales de la salud publica 42º Consejo Directivo de OPS Washington. D.C., 25 al 29 /09/2000

² Documento marco de Medición de las Funciones esenciales en salud pública Anexo 1. OPS/OMS 2000

En este contexto las autoridades nacionales en salud de 41 países, incluido Colombia llevaron a cabo el ejercicio de medición del desempeño de las FESP mediante la aplicación del instrumento diseñado para tal fin.

Para su aplicación en Colombia, el proceso y el instrumento de medición se sometieron al examen de un grupo de responsables de adoptar decisiones dentro de la autoridad sanitaria nacional, Ministerio de Salud. El ejercicio se realizó entre el 19 y 21 de Septiembre de 2001 y contó con la participación de un numeroso grupo de profesionales de distintos ámbitos de la salud pública de todo el país.

Dando continuidad al proceso para la medición a nivel territorial, la Secretaria Distrital de Salud de Bogotá, realizó la revisión y adaptación del instrumento para su la aplicación en este nivel, el cual fue usado posteriormente como guía para las evaluaciones de la Secretaria Departamental de Salud del Valle, Secretaria Departamental de Salud de Antioquia y Secretaria Departamental de Salud de Caldas.

El Distrito Capital realizo su primera evaluación del desempeño entre el entre el 10 y 12 de Octubre de 2002 y la segunda entre el 4 y 6 de Septiembre de 2007, sobre las cuales se presenta un análisis detallado.

3. Descripción del Proceso

Revisión del instrumento:

Para la presente evaluación se realizo revisión del instrumento utilizado en el taller de evaluación del 2002 el cual había sido adaptado para el distrito capital en un proceso que comprendió un taller con un grupo amplio de expertos de la Organización Panamericana de la Salud, el Ministerio de Salud, el Instituto Nacional de Salud, la Universidad Javeriana, la Fundación FES y profesionales de la institución, y varios espacios de trabajo con grupos menores de expertos

por función durante los meses de marzo a agosto de 2002. Con el fin de lograr comparabilidad en las mediciones en términos del instrumento utilizado, se decidió para esta evaluación no realizar cambios en el mismo, solo los ajustes de errores de transcripción y algunos gramaticales encontrados.

Metodología:

Para la evaluación se realizó capacitación de ocho funcionarios de la Secretaría Distrital de Salud como facilitadores del proceso, en un taller de dos días de duración el 8 y 9 de Agosto de acuerdo con la metodología propuesta por OPS para formación de facilitadores, con el fin de garantizar que la institución cuente con recurso humano capacitado para próximos ejercicios y contar con su apoyo para la segunda medición del desempeño.

De igual manera teniendo en cuenta los actores convocados y participantes en el ejercicio anterior, se realizó la selección de los convocados buscando en lo posible contar con homólogos por función respecto a la medición del 2002, con el fin de controlar al máximo esta variable para poder concluir comparativamente sobre las evaluaciones.

En todos los casos se realizó confirmación de asistencia de los convocados o sus delegados, se envió el instrumento de la función correspondiente a cada evaluador con anticipación por correo electrónico con el fin de que se lograra familiaridad con el instrumento.

Para cada uno de los grupos se contó con un facilitador, un relator y un moderador al igual que con el aplicativo computarizado en excell para la digitación y grafica de los resultados que fueron compartidos con el grupo de evaluadores al final de cada sesión. Se utilizó la técnica de consenso con argumentación frente al disenso por máximo dos ocasiones y considerando como acuerdo una respuesta unánime del 70% de participantes o negativa en los casos en que el acuerdo no se lograba por el voto afirmativo o negativo después de agitadas las dos posibilidades de argumentación y votación.

Se realizó una sesión de evaluación del ejercicio con los facilitadores y relatores del proceso sobre la cual se anotaron las principales observaciones y percepciones del mismo, al igual que se realizó la revisión de las relatorías entregadas como insumo para el análisis de resultados que se presenta a continuación.

4. Análisis General de Resultados:

De acuerdo con la naturaleza del instrumento de manera general se ubican fortalezas y debilidades de acuerdo a los resultados obtenidos en la evaluación de los estándares correspondientes a cada uno de los indicadores propuestos por función. Los puntajes asignados a cada indicador son producto de la ponderación de las respuestas a las preguntas que miden su desempeño, permitiendo visualizar gráficamente las respuestas obtenidas.

La descripción de los hallazgos se presenta por cada una de las funciones con sus respectivos indicadores y valoración obtenida en el ejercicio de 2002 y en el de 2007, en las funciones 8, 10 y 11 solo se relacionan dos valores por indicador una vez que estas no contaron con dos grupos de evaluadores en el ejercicio de 2002.

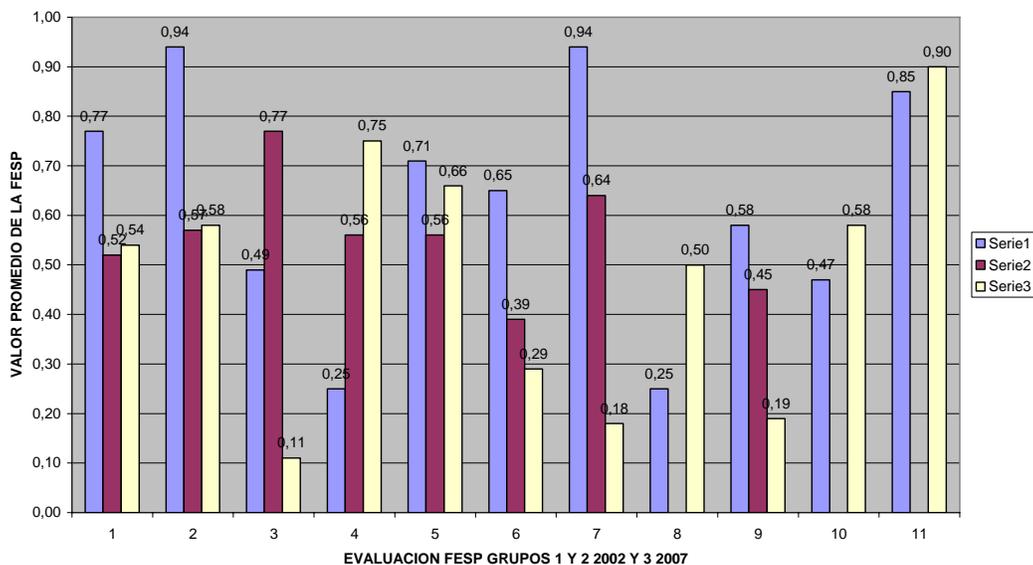
Es necesario recordar que las variaciones en los puntajes obtenidos en la evaluación del 2002 entre los grupos y de estas con respecto al 2007 están influenciadas por la composición de los mismos, pero que de igual manera la riqueza de los resultados está básicamente en la orientación que los mismos pueden hacer de un proceso de reforzamiento en áreas de mayor fortaleza y de planeación para intervenciones futuras en las de mayor debilidad.

Los resultados se ordenaron de la siguiente manera para su descripción y análisis: descripción gráfica de resultados por indicador, identificación de áreas de fortaleza e indicadores y estándares con mayor debilidad, respecto a lo cual se anexa matriz que recoge detalladamente los resultados de la evaluación clasificados en fortalezas cuando el valor asignado a la pregunta fue de 1 y

debilidades cuando fue de 0; la composición de los grupos en cada evaluación y análisis de sus variaciones y principales aportes de la relatoria y percepción de los evaluadores sobre los resultados de la función.

PANORAMA GENERAL DE LAS EVALUACIONES DE 2002 Y 2007 EN LAS 11 FESP

RESULTADOS EVALUACIONES FESP 2002 Y 2007 BOGOTA D.C.



De acuerdo a los resultados obtenidos en el 2002, respecto a las diferencias marcadas no solo en la valoración del los indicadores de cada una de las funciones sino de ellas en promedio, se decidió que para efectos de las acciones de mejoramiento se asumiría el puntaje mas bajo de calificación, por lo tanto acogiendo esta premisa se analizan los resultados obtenidos en comparación con la evaluación del 2007.

El desempeño de **siete** de las **once** FEPS puede considerarse **satisfactorio**, una vez que mantuvieron promedios similares a la evaluación de referencia antes mencionada en el 2002 o aumentaron su calificación.

Las siguientes funciones aumentaron su valoración en el desempeño en menos o hasta un 5% así: La FESP 1 correspondiente a **Monitoreo, evaluación y análisis de la situación de salud** paso de 52% a un 54% de calificación

(2%), situación similar presentan las FESP 2 de **Vigilancia en Salud Pública** que paso del 57% al 58% **(1%)** y la FESP 11 de **Reducción del impacto de emergencias y desastres** que aumento del 85% al 90% **(5%)**.

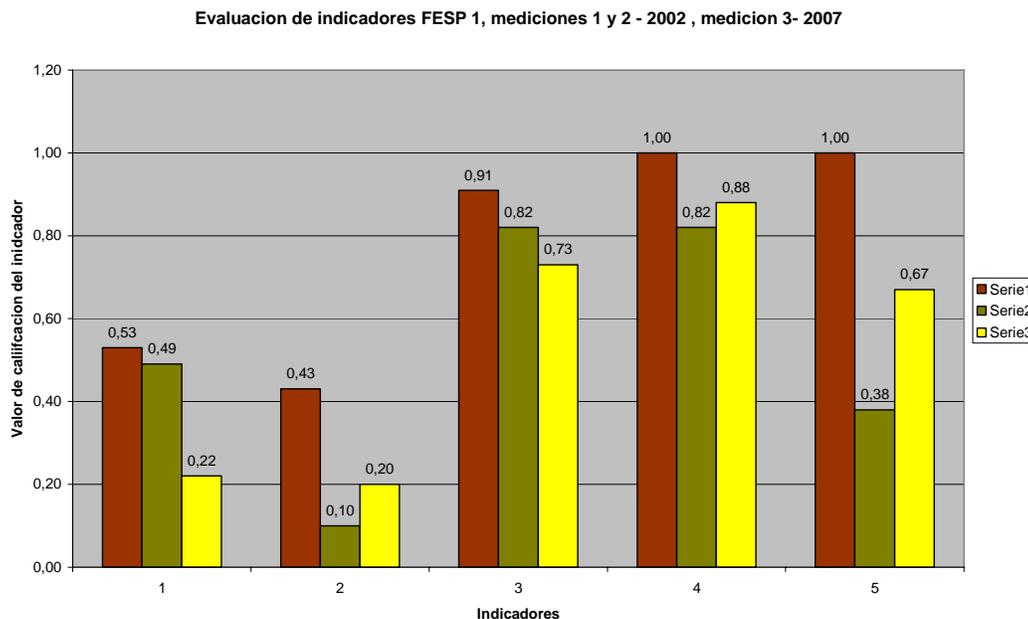
El segundo grupo lo constituyen las FESP que aumentaron su valoración de desempeño entre el **10 y 15%** encontrándose aquí, la FESP 5 correspondiente a **Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en salud pública** que paso del 56% al 66% **(10%)** y la FESP 10 **Investigación en salud pública** que aumento del 47% al 58% **(11%)**.

Las otras FESP que aumentaron su desempeño lo hicieron entre el **20% y 50%** correspondiendo a las FESP 4 **Participación social en salud** que paso de 56% a 75% **(21%)** y la FESP 8 **Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública** que paso del 25% al 50% **(25%)**.

Las disminuciones en la valoración del desempeño fluctuaron entre el 10 y 46% correspondiendo respectivamente a : FESP 3 **Promoción de la salud** que paso del 49% al 11% **(38%)** , la FESP 6 **Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y vigilancia, inspección y control en salud pública** con el 39% en 2002 al 29% **(10%)** en 2007, la FESP 7 **Evaluación y Promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios** del 64% al 18% **(46%)** y la FESP 9 **Garantía y Mejoramiento de la calidad de servicios de salud individuales y colectivos** que paso del 45% al 13% **(32%)** .

El promedio de asistentes evaluadores por grupo fue de 12.6 personas, conservando lo alcanzado en la evaluación del 2002.

FESP 1. Monitoreo, evaluación y análisis de la situación de salud



La evaluación de esta función muestra una disminución en los indicadores uno y tres con respecto a los resultados de la medición del año 2002.

En el **indicador uno** que se refiere a la **Existencia de guías y procesos de monitoreo y evaluación del estado de salud**, se constituye con el indicador dos en los más débiles de la función (0,22 y 0,20) y muestra a su interior desarrollo escaso respecto al análisis y actualización oportuna de los datos recolectados (0,38) y muy bajo desempeño con relación a la adopción y desarrollo de guías para medir y evaluar el estado de salud (0,22), uso del perfil del estado de salud (0,17) y difusión de la información (0,13).

El indicador (2) de **evaluación de la calidad de información**, muestra un avance con respecto a la calificación del año 2002 pasando del 10 al 20%, sin embargo conserva una gran debilidad respecto a los demás que hace referencia a la no existencia de una instancia que evalúe la calidad de la información que se produce en el sistema de salud del ente territorial (0,00) y a la necesidad de mejorar la coordinación entre la AST y la instancia que a nivel territorial coordina las estadísticas, para facilitar mejorar los sistemas de

información y dinamizar propuestas en torno a su calidad y utilidad, una vez que como logros solo se ubican la disponibilidad de información de mortalidad y el censo por localidad discriminado por sexo y edad (0,40) .

La disminución del indicador tres sobre **Apoyo experto y recursos para el monitoreo y evaluación del estado de salud** de 9 puntos porcentuales respecto a la de 2002 (0.73), se debe básicamente a dificultades en la comunicación de la información del estado de salud de forma clara a comunidades y tomadores de decisión.

El indicador cuatro sobre **Soporte tecnológico para el monitoreo y evaluación del estado de salud** mostró un incremento de 6% (0.88) respecto a la menor calificación de 2002. Al respecto requiere mejorar los elementos básicos de seguridad de la información y la periodicidad de revisión de actualización de equipos computacionales que debe hacerse cada año.

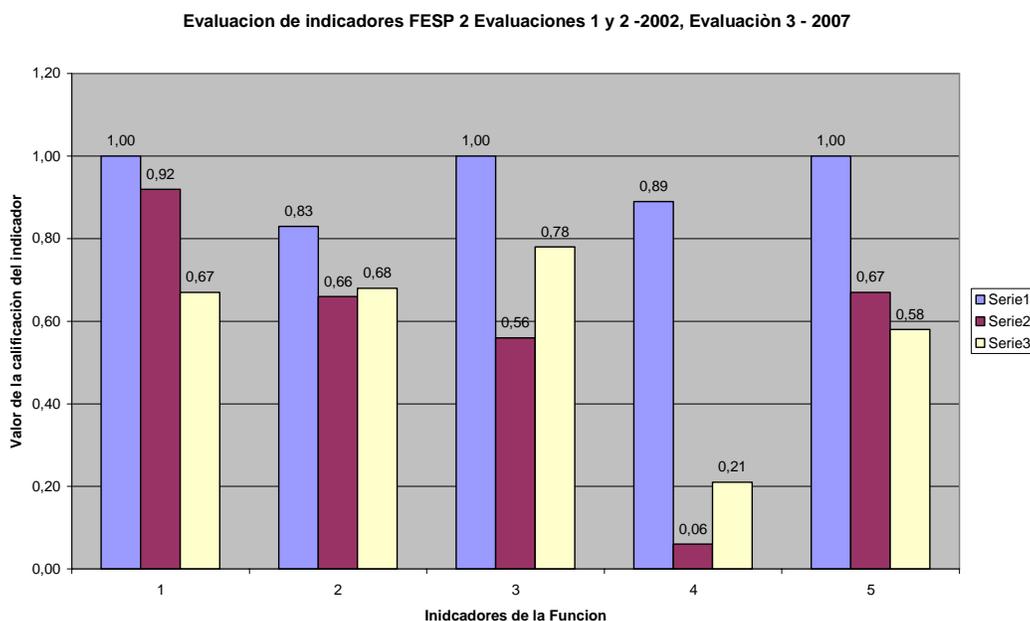
El último indicador de esta función que se refiere a la **Asesoría y apoyo técnico a los niveles locales de salud pública** presento un aumento de 31% con respecto a la menor calificación de la evaluación anterior, quedando por mejorar en el proceso de apoyo a los niveles locales tener en cuenta la retroalimentación que los usuarios de la información realicen para mejorar su difusión y la asesoría a los usuarios de la información sobre un adecuado análisis e interpretación de la misma.

El grupo evaluador estuvo conformado por 18 personas de la cuales 7 correspondieron a la SDS y 3 a la ESE Suba, 1 ESE Usaquen y las 7 restantes a evaluadores externos de OPS, Universidad de la Sabana, INS, EPS: Humana vivir y Compensar. En 2002 el grupo evaluador 1 consto de 14 participantes 6 de la SDS, 2 de ESE Sur y Pablo VI, y 6 externos del INS, Secretaria de gobierno, secretaria de Hacienda Distrital, EPS: Compensar, Humana vivir y Seguro social y el grupo 2 por 15 personas 5 SDS, 4 ESE: Rafael Uribe, Fontibon, Pablo VI y sur y 6 externos de Universidad de la Sabana, EPS ISS (2), Cruz Blanca(2), Universidad del Bosque. Para esta

función al igual que para la dos se conservo una estructura similar en los grupos de las tres evaluaciones.

Respecto a la evaluación en la relatoria el grupo manifestó estar de acuerdo con los resultados, recomendando poder contar con mayor presencia de personas de los niveles locales y poder eximir del grupo a personas que asisten sin haber sido convocadas y sin contexto del ejercicio que pudieron sesgar la evaluación por gran desconocimiento del proceso (correspondiendo al caso de tres personas de un nivel local).

FESP 2. Vigilancia de salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública



Esta función conserva un promedio general similar al resultado obtenido en la menor valoración del 2002 (0,57 vs 0,58), con aumento de la valoración en los indicadores dos, tres y cuatro respecto a esta evaluación anterior y disminución de los indicadores uno y cinco.

El indicador uno sobre si la AST cuenta con un **Sistema de vigilancia para identificar beneficios, amenazas y daños a la salud pública**, presento una

disminución importante con respecto a las valoraciones del 2002, pasando de 92 a un 67% (25%), debido a que es necesario fortalecer la integración de los subsistemas de vigilancia territoriales con los demás sistemas de información del ente territorial e incorporar información de sistemas de vigilancia de otros actores como sector privado, aseguradores y prestadores y ONGs, al igual que mejorar la capacidad de predicción regular de las tendencias y magnitud de los eventos bajo vigilancia y realizar evaluación y seguimiento de los atributos del sistema.

En el indicador dos **sobre Capacidades y experticia en vigilancia de salud pública** se mantiene prácticamente la valoración de la menor evaluación anterior (0,66 vs 0.68), requiriendo respecto a la capacidad de análisis poder contar con servicios de medicina forense, sistema de información geográfica y desarrollar la vigilancia en salud mental y salud ocupacional; del mismo es necesario fortalecer una evaluación del uso de la información producida por lo menos cada año.

Indicador tres sobre la **Capacidad de los laboratorios de salud pública** presenta un aumento de 22% respecto a la menor evaluación anterior, requiriendo mejoría respecto a la red de laboratorios en el mantenimiento de en una lista actualizada de los laboratorios capaces de efectuar análisis especializados frente a las necesidades derivadas de la vigilancia y con respecto a los procedimientos estandarizados para recibir información de otros laboratorios privados y públicos para el propósito de monitorear enfermedades específicas, realizar la evaluación de efectividad de los mismos.

La Capacidad de respuesta oportuna y efectiva dirigida al control de problemas de salud pública que corresponde al indicador cuatro de esta función aumento un 15% respecto a la menor evaluación de 2002, sin embargo es el pero indicador de la función conservando debilidades respecto la necesidad de definir mecanismos de reconocimiento al buen desempeño de los equipos de salud encargados de la vigilancia rutinaria y a los encargados de la respuesta a las emergencias y la necesidad de mejorar la infraestructura tecnológica y logística que soporte respuesta oportuna y eficaz en el control de

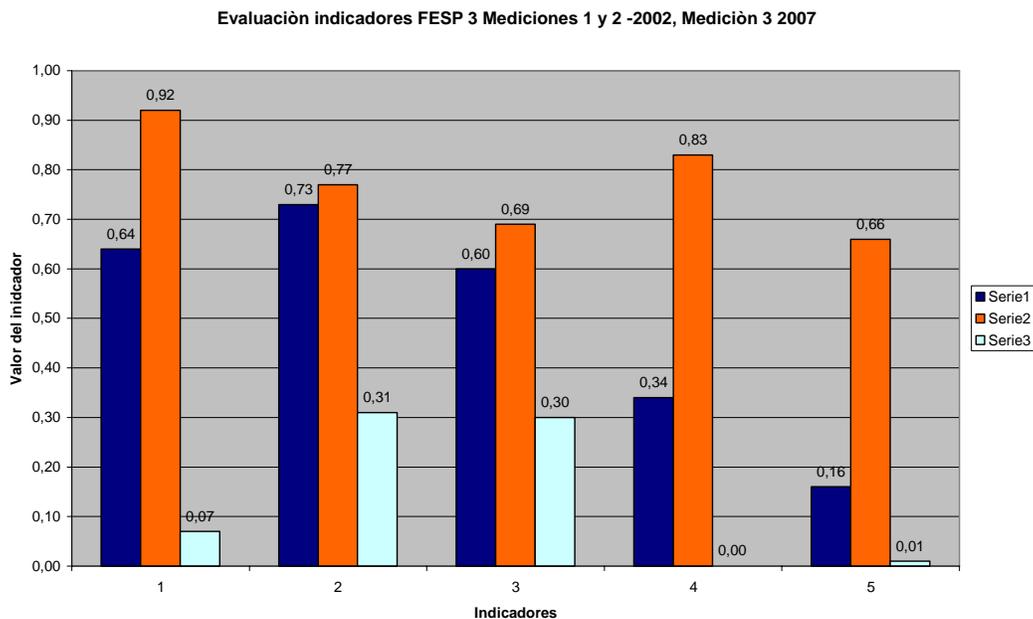
problemas. Así mismo efectuar una evaluación sobre la capacidad de respuesta, del sistema de vigilancia frente a cada emergencia de salud que se enfrenta y definir procedimientos para comunicar los resultados y realizar las medidas correctivas y/o preventivas que de ella surjan al igual que el seguimiento sobre su cumplimiento.

El indicador cinco sobre **Asesoría y apoyo técnico a los niveles territoriales de salud pública** descendió 9 puntos respecto a la menor evaluación anterior, evidenciando las debilidades en: La ausencia de un análisis de necesidades de personal especializado, capacitación, equipos, mantenimiento de equipos y otras necesidades de los niveles locales para la vigilancia, el uso que a este se pueda dar en términos de sugerir a los niveles locales definir prioridades en materia de contrataciones, capacitación e inversión en el sistema de vigilancia epidemiológica

Falta brindar información a los niveles locales acerca de las formas de acceder a la red de laboratorios de salud pública, difundir información a los niveles locales respecto a avance y “buenas prácticas” en el control de enfermedades, al igual que definir las responsabilidades en materia de comunicación con los niveles locales dentro del equipo responsable del manejo central del sistema de vigilancia. No se ha recibido de los niveles locales informes periódicos y regulares acerca de tendencias y rangos de seguridad en el comportamiento de las enfermedades bajo vigilancia permanente en sus respectivos territorios

La composición de los grupos tanto en la evaluación del 2002 como en esta correspondió a los ya enunciados en la función uno, pues metodológicamente se evalúan como pares estas funciones por su complementariedad. Los resultados obtenidos fueron percibidos por el grupo como acordes al desarrollo actual, se manifestó con preocupación la falta de integración de procesos al interior de la entidad que se hace visible en el desconocimiento que tienen entre los mismos funcionarios de los procesos que realizan unos y otros.

FESP 3. Promoción de la salud



Esta función obtuvo valoraciones extremadamente bajas con respecto a las dos valoraciones del 2002. Al revisar los indicadores de manera particular no se encuentra explicación clara de tan alta variación pues objetivamente no hay mayores avances en la misma pero tampoco retrocesos que la justifiquen.

La evaluación de 2002 mostró evaluaciones similares por los dos grupos en los indicadores dos y tres, referentes a la construcción de alianzas sectoriales y extrasectoriales para la promoción de la salud (0.73 vs 0.77) y asesoría y apoyo técnico a los niveles locales para fortalecer las acciones de promoción de la salud (0.60 vs 0.69), sin embargo los mismos descienden en un 50% aproximadamente en la evaluación del 2007.

El indicador uno **Apoyo y desarrollo de actividades de promoción de la salud, elaboración de normas e intervenciones dirigidas a favorecer conductas y ambientes saludables** tuvo una valoración de solo 7% e identifiqué como única fortaleza la realización de algunas intervenciones que promueven conductas y ambientes saludables, careciendo de una política de promoción formulada e implementada participativamente, de definición de incentivos que estimulen la participación de los niveles locales, instituciones

privadas, otras instituciones del sector público y organizaciones comunitarias en la implementación de acciones de promoción de salud, al igual que de la promoción y desarrollo de normas y estrategias que estimulen las acciones en este campo.

Sobre la **Construcción de alianzas sectoriales y extrasectoriales para la promoción de la salud**, correspondientes al indicador dos se identifican algunas fortalezas como la promoción de definición e implementación de políticas sociales de mayor impacto la salud de las personas y del ambiente y la realización de acciones de promoción en conjunto con otras organizaciones y sectores, además de contar con personal con capacitación para el análisis epidemiológico de fenómenos multifactoriales. Todas las demás especificidades del indicador están por desarrollar.

El indicador tres sobre **Asesoría y apoyo técnico a los niveles locales para fortalecer las acciones de promoción de salud** alcanzo el 30% constituyéndose con el indicador dos a pesar de su disminución respecto a la evaluación del 2002 en los mejores valorados de la función. Identificando como únicas fortalezas contar con las capacidades y la gente experta para fortalecer a los niveles locales en acciones de promoción respecto a trabajos en grupo, realizar coordinación con actores territoriales para desarrollar acciones prioritarias en promoción de la salud y utiliza herramientas como programas de radio, televisión y teatro popular que permiten maximizar el impacto y la accesibilidad a la promoción de salud en la ciudad.

Sobre la **Planificación y coordinación Distrital de las estrategias de información, educación y comunicación social para la promoción de la salud** correspondiente al indicador cuatro solo se reconoce la ejecución de campañas de información por radio, televisión y prensa los medios de comunicación social, durante los últimos 12 meses.

Al indicador cinco sobre **Reorientación de los servicios de salud hacia la promoción** al igual que al indicador cuatro solo se le reconoce como acciones desarrolladas la promoción de implementación de protocolos clínicos que

avalan prácticas efectivas de promoción de la salud individual y la inclusión del componente de promoción de salud en los programas de educación continua del personal.

Al indagar por la composición del grupo evaluador se encontró que de las 21 personas convocadas inicialmente solo asistieron 10 y otras cuatro del nivel local. De los 14 evaluadores solo dos correspondieron a personas externas a la Secretaria distrital de salud (dos docentes de la Universidad del Rosario) , evidenciándose allí un nivel de autocrítica muy alto que seguramente difiere con respecto a la evaluación del 2002 donde los grupos de evaluadores fueron mas heterogéneos, contando el grupo 1 con 10 participantes entre los cuales 4 eran funcionarios de la SDS y 6 externos (ARS Ecoopsos, EPS Saludtotal, Universidad Javeriana, Copaco engativa, EPS Humana vivir, Escuela Juan N corpas) y en el grupo 2 con 11 participantes entre lo cuales también 6 fueron externos(salud total EPS, U, Nacional, Universidad del Rosario, Universidad de la sabana, SENA, Minslaud) .

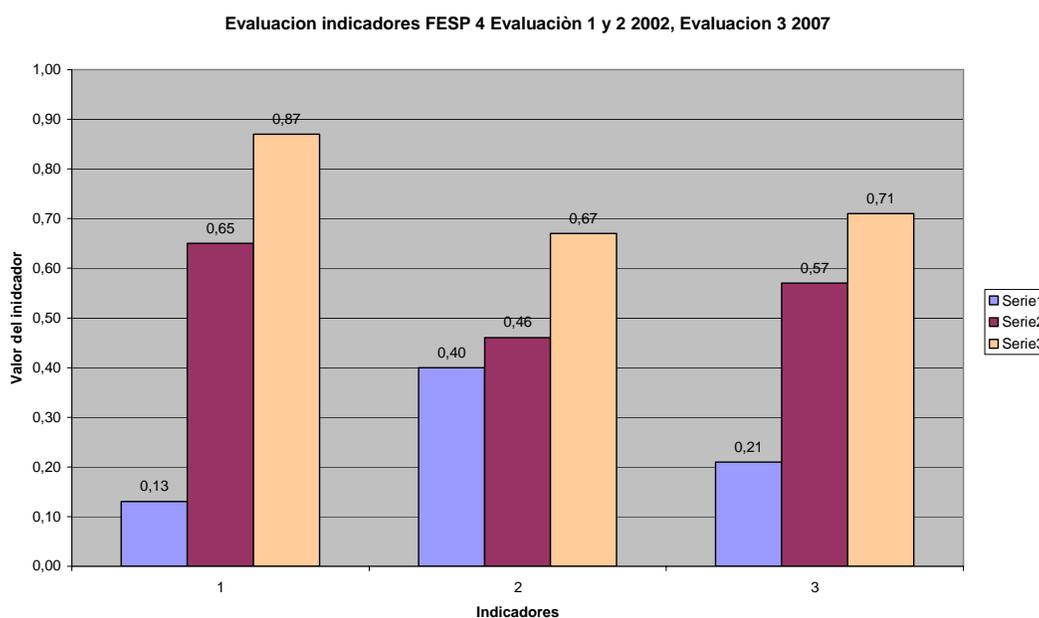
La relatoria de esta función mostró que de acuerdo a la concepción de la promoción de la salud en la actual política Distrital la responsabilidad no es exclusiva de la autoridad sanitaria distrital, por lo cual se recomienda realizar la evaluación con participación de alcaldes y autoridades locales.

De igual manera los participantes opinaron que la evaluación de impacto de promoción desde el sector salud no es consecuente con el enfoque promocional de calidad de vida y salud. La percepción de quien actúa como facilitadora en la evaluación de esta función fue que contar con un grupo de evaluadores tan homogéneo no facilito la evaluación pues considera que la referencia conceptual del enfoque promocional de calidad de vida, que establece un parámetro mas alto en términos de promoción de salud, influyo bastante a al hora de la evaluación, incluso en las personas del nivel local, pues este “ronda “por todas partes aunque hallan comprensiones diferenciales del mismo.

Llamo la atención que las respuestas por parte de los externos participantes fueron positivas en muchas ocasiones incluso con argumentación de ejemplos

contendientes respecto a lo evaluado, sin embargo la mayoría de no rotundo que tampoco se caracterizo por desconocimiento primo en las respuestas, lo que puede de alguna manera corroborar la influencia el enfoque promocional y la comprensión diferencial de la evaluación.

FESP 4. Participación social en salud



Esta función mostró un mejoramiento importante en todos los indicadores respecto a las dos evaluaciones del año 2002, considerando adecuado el resultado y concordante con el impulso que la administración le ha dado a los procesos de participación social en los proyectos sectoriales.

El indicador uno correspondiente al **Fortalecimiento del poder de los ciudadanos en la toma de decisiones en salud pública** mostró la valoración mas alta entre los indicadores de la función siendo de un 87% y dos debilidades correspondientes a la ausencia de comunicación a la comunidad sobre los cambios de política que surgen de las insuficiencias detectadas en la rendición de cuenta pública y respecto a la ausencia de formulación y ejecución del Plan de Atención Básica con participación social en el componente de Promoción y realización planeación en salud con participación social.

Con respecto al **Fortalecimiento de la participación social en salud** cuya valoración fue del 67% los aspectos a mejorar son la necesidad de difundir las experiencias exitosas de participación comunitaria, asignación de recursos para el desarrollo de programas de salud pública para ser manejados por grupos organizados de la comunidad y la evaluación de la capacidad que tiene la AST de estimular la participación social en salud pública de la cual se debe socializar sus resultados y adoptar las medidas correctivas de acuerdo a los mismos.

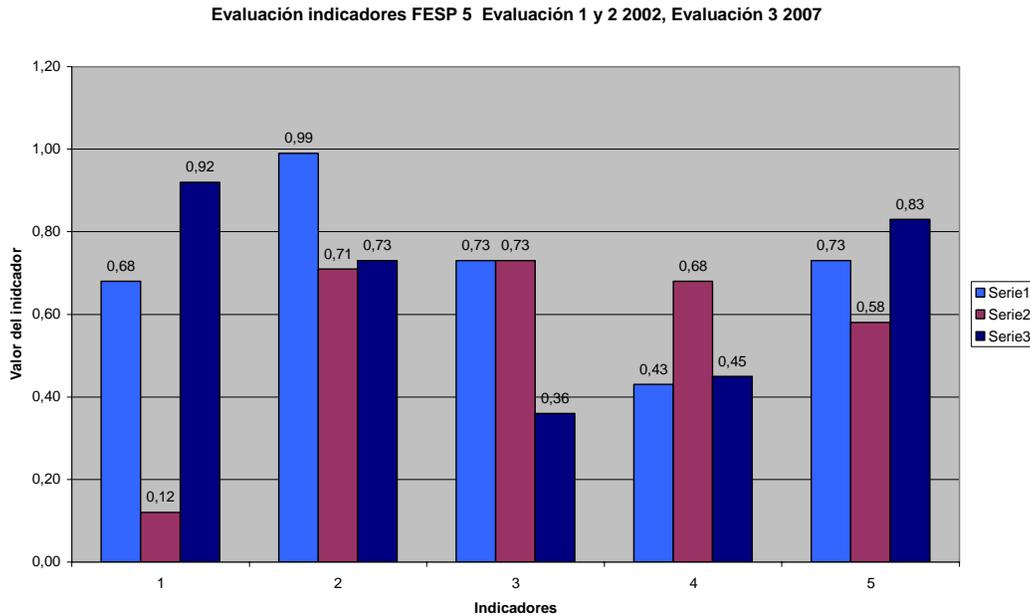
La **Asesoría y apoyo técnico a los niveles locales para fortalecer la participación social en salud**, indicador tres de esta función obtuvo un 71% correspondiendo sus debilidades a ausencia de asesoría y apoyo a los niveles locales en la evaluación de los resultados de la participación social en salud pública, el diseño e implementación de sistemas de respuesta a la opinión ciudadana en salud y mecanismos para la resolución efectiva de conflictos en la comunidad.

El grupo evaluador estuvo compuesto por 9 de las 19 personas convocadas, correspondientes a 4 personas de la SDS, y cinco externas del COPACO de Engativa, OPS, Universidad de la Sabana, Personería de Bogotá y Defensoría Distrital. En la evaluación de 2002 los grupos de evaluadores fueron igualmente heterogéneos con predominio de evaluadores externos, contando el grupo 1 con 8 participantes entre los cuales 2 eran funcionarios de la SDS y 6 externos (EPS Humana Vivir, Universidad Javeriana, Copacos: Engativa (2), Ciudad Bolívar, ESE Usaquen, ARS Ecoopsos) y en el grupo 2 con 8 participantes entre los cuales 7 fueron externos (MInsalud, Universidad de la Sabana, Alcaldía local de Bosa, COPACO Engativa, ESE Sur, Universidad de la Salle, ARS Ecoopsos).

La relatoría da cuenta de la opinión del grupo sobre la necesidad de contar con mayor participación comunitaria en la evaluación, sin embargo en la evaluación del 2002 en la que la mayoría de participantes fue externo y la participación

por lo menos de delegados de la comunidad como representantes de copacos fue mayor, primo el desconocimiento de procesos.

FESP 5. Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en salud pública.



El desempeño de esta función mostró un aumento importante en la valoración del indicador uno pasando de 12% a 92% y del indicador y cinco que pso del 58 al 83%, con respecto a la valoración menor del 2002, conservo la valoración del indicador dos en el cual se dio un leve aumento de dos puntos porcentuales y disminuyo los indicadores tres y cuatro.

El indicador uno que corresponde a **La definición distrital de objetivos en salud pública**, solo presenta una debilidad en términos de que la evaluación que se hace de los actuales y potenciales aliados para determinar el grado de apoyo y compromiso en el desarrollo, implementación y evaluación del proceso distrital de mejoría de la salud, no perite afirmar que estos estén bien identificados y preparados para asumir sus responsabilidades en el proceso distrital.

El **Desarrollo, monitoreo y evaluación de las políticas de salud pública** correspondiente al indicador dos obtuvo una valoración satisfactoria del 73%, quedando pendiente avanzar en que el desarrollo e implementación de la agenda distrital de políticas de salud pública cuente con el respaldo y aprobación del Poder Legislativo, las actividades de participación social para la definición de la política distrital de salud incluyan preparación negociada de legislación sanitaria que la sustente Y compartir esta agenda con otros actores además de los que actualmente incluye como: Sindicatos, Asociaciones profesionales, Grupos privados y ONGs. ; y que el monitoreo y evaluación de las actuales políticas de salud pública se use para definir e implementar nuevas políticas.

El indicador tres que hace referencia a **Desarrollo de la capacidad institucional de gestión de la salud pública** fue el de menor valoración en la función con solo un 36%, mostrando fortalezas en desarrollo de capacidad institucional para toma de decisiones basada en evidencia representada en la disponibilidad de personal calificado para el uso de la información para la toma de decisiones basada en evidencia producción de información en formatos simples, al igual que cuenta con sistemas de supervisión y evaluación que miden el alcance de metas y objetivos definidos y con personal calificado para la comunicación efectiva de resultados de sus acciones.

Respecto al desarrollo de la capacidad institucional de planificación estratégica cuenta con personal con la experiencia y capacidades necesarias para el diseño e implementación de procesos de planificación estratégica, desarrollo en el ultimo año este proceso contando con una misión, visión , objetivos y estrategias e identificación de debilidades , oportunidades, amenazas y fortalezas.

La capacidad institucional de gestión de recursos se refleja en la gestión de nuevos recursos y las habilidades para reasignación de los mismos en función de las prioridades y necesidades de cambio institucional, además de contar con personal entrenado en tecnologías de gestión capaz de proveer asesoría en la selección y gestión de tecnologías apropiadas.

El indicador cuatro que hace referencia a la **Gestión de la cooperación internacional e interterritorial en salud pública** contó con un 45%, mostrando la necesidad de mejorar en torno a disponer de recursos y tecnología necesaria para buscar oportunidades de cooperación internacional que le permitan enfrentar mejor las prioridades distritales de salud, con bases de datos de gran escala y con como Garantiza que todo proyecto de cooperación es evaluado sistemáticamente junto con su contraparte internacional cimiento de las políticas, las prioridades, las condiciones y los requisitos que los diferentes organismos de cooperación internacional tienen para la asignación de recursos, con el fin de desarrollar amplios programas de cooperación y proyectos con agencias internacionales y entre países y garantizar que todo proyecto de cooperación sea evaluado sistemáticamente junto con su contraparte internacional.

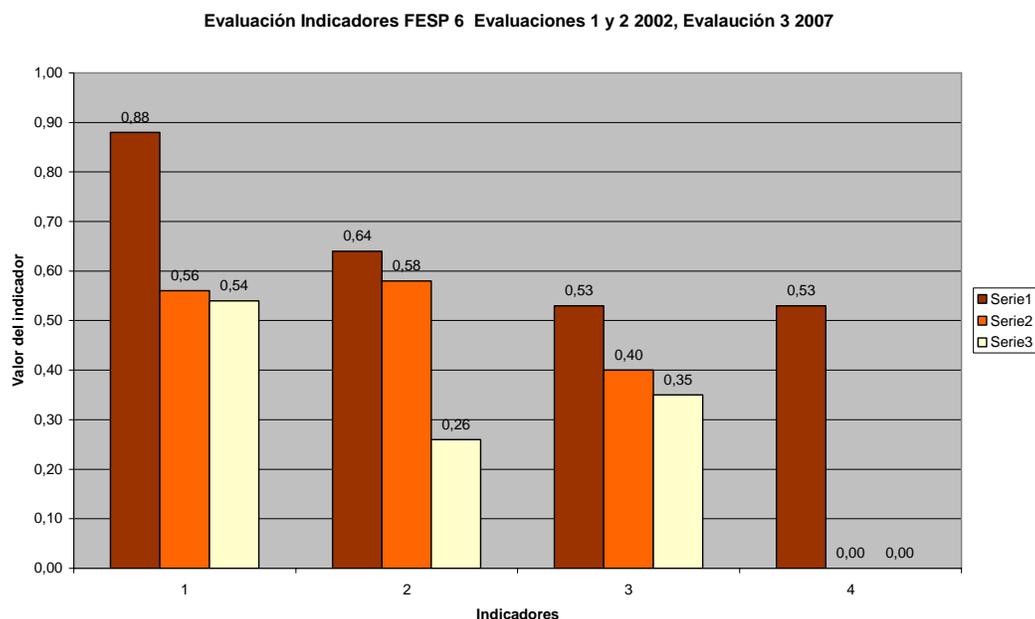
Respecto a la **Asesoría y apoyo técnico a nivel local en la implementación de políticas, planificación y gestión de la salud pública** correspondiente al indicar cinco fue el segundo mejor evaluado de la función con un 83%, mostrando solo una debilidad expresada en ausencia de sistemas necesarios para detectar y actuar en forma rápida y precisa sobre las necesidades de mejoramiento de la gestión del nivel local.

El grupo evaluador estuvo compuesto por 11 de las 25 personas convocadas, correspondientes a 8 personas de la SDS, y 3 externas 1 de la Universidad de la Sabana y dos del Ministerio de la Protección social. En la evaluación de 2002 los grupos de evaluadores contaron el grupo 1 con 10 participantes entre los cuales 4 eran funcionarios de la SDS y 6 externos (CEADS(2), INVIMA, Alcaldía Local de Santafe, DAPD, ESE Rafael Uribe Asociación de usuarios, y el grupo 2 con 9 participantes entre lo cuales 6 participantes fueron de la SDS, tres externos así :ESE Vista Hermosa, Ministerio de salud y DAPD.

La relatoria evidencio que debido a los indicadores de la función hubiese sido importante la participación de otras áreas de la SDS y contar con mas externos para que el grupo fuese mas heterogéneo, sin embargo en general los

evaluadores manifestaron satisfacción con los resultados de acuerdo al conocimiento de la realidad que tienen en el tema.

FESP 6. Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y vigilancia, inspección y control en salud pública



En la evaluación de esta función no se evidencia mejoría respecto a las calificaciones mas bajas de los indicadores uno, tres y cuatro y se encontró una disminución del 30% del indicador dos.

El indicador uno correspondiente a la **Revisión periódica, evaluación y modificación del marco regulatorio** mostró un leve descenso 2%, en comparación con la menor evaluación del 2002 y conserva a grandes rasgos las mismas debilidades enunciadas en esa ocasión que corresponden a no contar con contratación de consejería externa para revisiones específicas de la legislación y no realizar ésta de manera periódica, oportuna y con la participación de Legisladores clave, organismos internacionales e interterritoriales interesados, asesores legales, otros organismos estatales, la comunidad, representantes de organizaciones comunitarias, asociaciones de

usuarios, grupos de interés y otras asociaciones, individuos y organizaciones directamente afectadas.

El indicador dos sobre **Hacer cumplir la normativa en salud**, llama la atención por la marcada disminución de su calificación cuando en las evaluaciones del 2002 sus valoraciones fueron similares, debiéndose esta al deterioro en términos de pérdida de capacidad en los procesos para hacer cumplir la normativa en salud específicamente en la supervisión del abuso o mal uso de autoridad en la Vigilancia, Inspección y Control, el monitoreo, oportunidad y eficiencia del cumplimiento de la normativa y la ausencia de actuación rápidamente para corregir los abusos o mal uso de autoridad. Con respecto a la Educación acerca de normas de salud pública y los estímulos para su cumplimiento no cuenta con procedimientos preestablecidos para informar a las personas y a las organizaciones que serán afectadas por normativas de salud y carece de un sistema de incentivos dirigidos a favorecer el cumplimiento de la normativa.

De igual manera conserva debilidad completa respecto al estándar de Desarrollo y uso de políticas y planes dirigidos a la prevención de la corrupción en el sistema de salud pública.

Respecto a **Conocimientos, habilidades y mecanismos para revisar, perfeccionar y hacer cumplir el marco regulatorio**, este indicador presento un descenso de 5% y su baja valoración (35%) se debe a las debilidades entorno a no poseer la capacidad institucional suficiente para ejercer las funciones normativa y de Vigilancia y Control, ausencia de una institución especializada para ejercer la función de Vigilancia y Control e insuficiencia de recursos humanos para tal fin. Así mismo frente al entrenamiento para el personal de inspección, vigilancia y control, los cursos no incluyen buenas prácticas, ni comunicación interpersonal y habilidades para la seguridad personal (pe: manejo de situaciones y personas difíciles) y no se realizan regularmente.

Hay ausencia de evaluación de la capacidad del a AST para redactar la regulación de salud pública por lo cual no se conoce si ha avanzado hacia la mejoría de su capacidad.

El indicador cuatro sobre **Asesoría y apoyo técnico a los niveles locales de salud pública en la generación y la Inspección, Vigilancia y Control de la legislación y regulación** presento una valoración completamente negativa igual que la encontrada por uno de los grupos en el 2002, haciendo referencia a una ausencia total por parte de la AST con respecto a los niveles locales en términos de provisión de asistencia técnica para la generación de normas y reglamentos de protección de la salud y de orientación y apoyo en materia de Inspección, Vigilancia y Control en salud pública, lo cual puede explicarse por la ausencia de competencias en este ámbito de normatividad del nivel local por el incipiente proceso de descentralización a este respecto en la ciudad, por la escasez de talento humano en el nivel central para realizar las acciones específicas de orientación y apoyo que se evalúan en este indicador, al igual que por la ausencia de personas del nivel local en el grupo evaluador de la función.

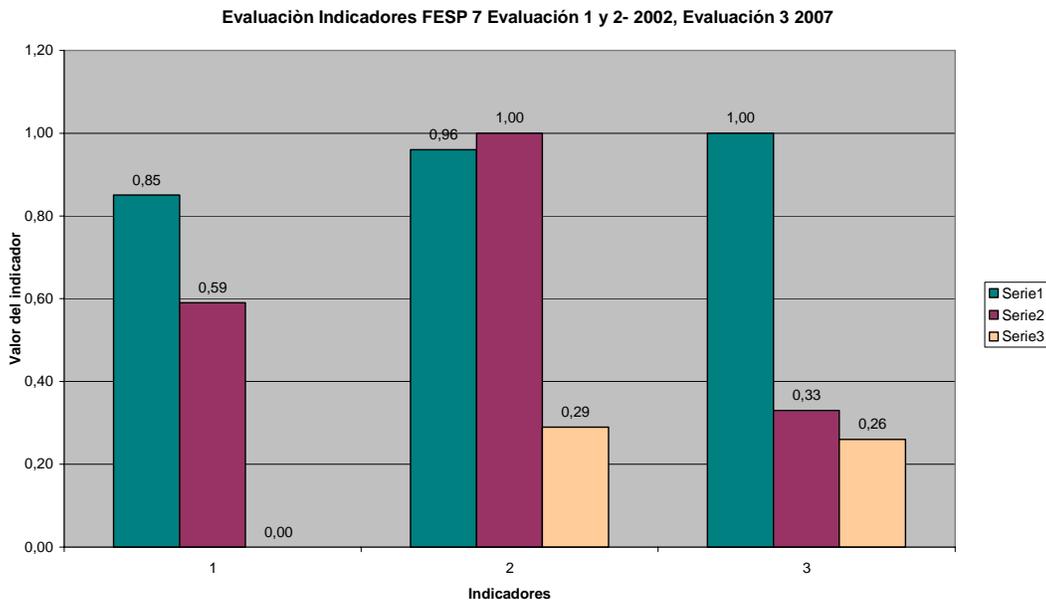
Respecto a lo anterior según la relatoria el grupo evaluador ratifica el requerimiento de revisión del instrumento máxime en este momento con los cambios normativos al respecto, tanto en la definición de los estándares como de las preguntas que indagan por su desempeño, pues estos procesos no están descentralizados y algunos como la elaboración de como la elaboración de normas no son competencia de la AST.

El grupo evaluador estuvo compuesto por 11 de las 25 personas convocadas, correspondientes a 9 personas de la SDS, y 2 externas del Ministerio de la Protección social. En la evaluación de 2002 los grupos de evaluadores contaron el grupo 1 con 10 participantes entre los cuales 4 eran funcionarios de la SDS y 6 externos (CEADS(2), INVIMA, Alcaldía Local de Santafe, DAPD, ESE Rafael Uribe Asociación de usuarios, y el grupo 2 con 9 participantes entre lo cuales 6 participantes fueron de la SDS, tres externos así :ESE Vista Hermosa, Ministerio de salud y DAPD.

La relatoria mostró que en opinión del grupo evaluador el resultado alcanzado es bastante fiel a la situación actual de la función y recomendó revisar el instrumento de acuerdo a las competencias en términos de la normatividad

puesto que algunas de acuerdo al actual sistema de salud no son competencia de la AST.

FESP. 7 Evaluación y Promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios



El comportamiento de la evaluación de esta función es crítico para los tres indicadores con respecto a la menor valoración del año 2002, especialmente en el indicador uno que presenta una valoración nula con disminución del 59% y el dos que disminuyó en un 67% con respecto a la menor valoración anterior (0.96 vs 0.29), el indicador tres a pesar de disminuir solo lo hace en un 7% reportando 26% respecto a 33% de 2002.

El Monitoreo y evaluación del acceso a los servicios de salud necesarios presenta debilidades en todos sus componentes a saber: conducción de una evaluación distrital del acceso a los servicios de salud colectivos e individuales necesarios, identificación de las barreras de acceso a los cuidados de salud y uso de los resultados de las evaluaciones para promover la equidad en el acceso.

El indicador dos **Conocimientos, habilidades y mecanismos para acercar los programas y servicios a la población**, solo conserva desarrollo en términos de personal especializado en programas de acercamiento a la comunidad dirigidos a mejorar la utilización de los servicios de salud a través de la identificación de barreras de acceso a servicios de salud individuales a nivel distrital y local y personal capaz de informar a los ciudadanos acerca del acceso a los servicios de salud focalizando acciones en poblaciones de difícil acceso, informando a los proveedores acerca de programas de prevención y desarrollando programas distritales de detección precoz.

El comportamiento del indicador tres **Abogacía y acción para mejorar el acceso a los servicios de salud necesarios**, es similar al observado en la menor evaluación anterior (26% vs 33%) presentando como fortalezas en el desarrollo de procesos de abogacía con otros actores para mejorar el acceso a los servicios de salud necesarios, la abogacía que realiza por la adopción de políticas, leyes o regulaciones que incrementen el acceso a los servicios de aquellos con mayores necesidades y el establecimiento y mantenimiento de relaciones formales de asociación con individuos y organizaciones capaces de enfrentar problemas de acceso a servicios de salud. Respecto a ejecución de acciones directas para mejorar el acceso a los servicios de salud necesarios se reconoce la coordinación de programas distritales dirigidos a resolver problemas de acceso y la existencia de un sistema distrital que ayuda a las comunidades a desarrollar asociaciones dirigidas a la promoción del acceso equitativo a los servicios de salud.

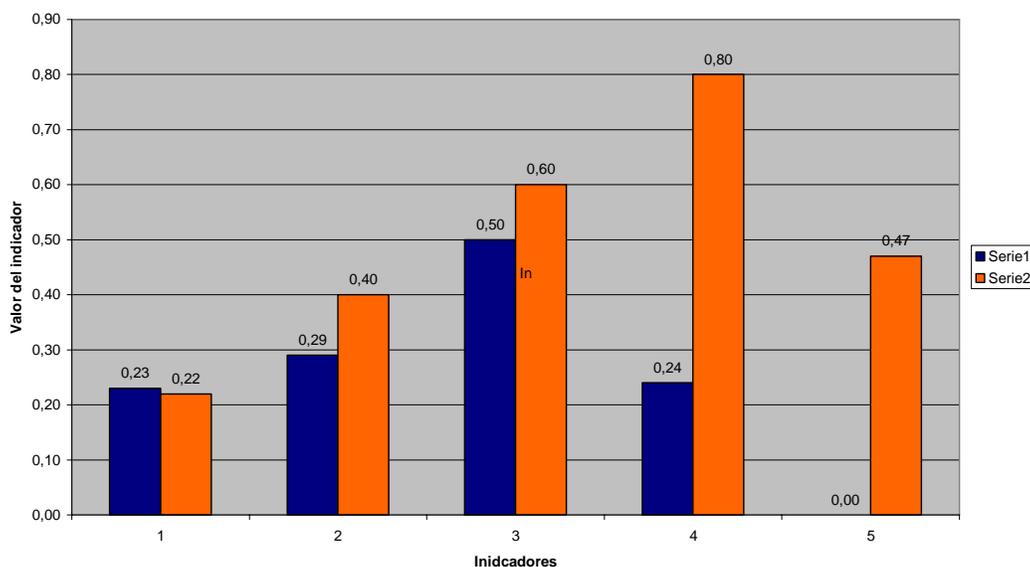
Dada la situación crítica de la evaluación es importante tener en cuenta la composición de los grupos evaluadores de la misma que corresponden en el 2002 a 15 personas en el grupo 1 de las cuales 5 eran funcionarios de la Secretaría distrital y 10 evaluadores externos (universidad del rosario, DABS, EPS Coomeva, Idipron, Universidad Javeriana, Comfenalco, Copaco Ciudad Bolívar, Copaco Usaquén) y en el grupo 2 la composición fue de 10 personas de las cuales 5 correspondieron a externos (Coomeva, DABS (2), Comfenalco, Copaco Ciudad Bolívar). El grupo evaluador de 2007 contó con 13 personas

de las cuales solo tres fueron externos (Idipron2, copaco Engativa) y entre ellos dos manifestaron desconocimiento total del proceso.

La percepción de quienes actuaron como facilitador y relator en la evaluación de esta función al igual que la 9 consideran que es necesario garantizar presencia de personas informadas sobre el proceso, sin embargo tanto ellas como los integrantes del grupo evaluador consideran que los resultados de la evaluación son bastante acordes con la realidad, pues hoy en día la Secretaria de Salud dada la estructura del sistema no se tiene la capacidad de desarrollar la evaluación de este proceso ni la promoción de todo los servicios, pues hay otros actores a quienes corresponde.

FESP 8. Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública

Evaluación indicadores FESP 8 Evaluación 1 2002, Evaluación 2 2007



Esta función mostró en conjunto un mejoramiento en todos los indicadores duplicando la valoración de la evaluación de 2002, pasando del 25% al 50%.

La mayor debilidad sigue ubicada en el primer indicador que responde por **Caracterización de la fuerza de trabajo**, en el cual solo se evidencian algunas fortalezas como la identificación de necesidades actuales de personal de salud pública respecto al perfil de los trabajadores necesarios para ejercer las funciones esenciales y los servicios colectivos de salud pública a nivel distrital específicamente en lo que se refiere a la red pública de las instituciones

adscritas. Además de la identificación de brechas a cubrir en materia de composición y disponibilidad de la fuerza de trabajo por medio de metodologías/herramientas que permiten estimar las necesidades futuras de personal de salud pública y sus tendencias, al igual que si realizara la evaluación de las características del recurso humano en salud pública disponible y activo en el distrito cuenta con acceso a datos sobre la estructura de remuneraciones y otros beneficios pecuniarios.

La evaluación de la cantidad y calidad de la fuerza de trabajo que realiza cuenta con aportes de otras agencias de gobierno, las redes de prestación de servicios de salud pública, la académica, organizaciones no gubernamentales, asociaciones profesionales y organismos internacionales. Los evaluadores sugieren revisar el instrumento en este indicador pues de acuerdo a la normatividad vigente no hay una competencia delegada explícitamente a la Autoridad Sanitaria al respecto.

El indicador dos que se refiere al **Mejoramiento de la calidad de la fuerza de trabajo** aumento de 11 puntos porcentuales pasando del 29% en 2002 vs al 40% en 2007, mostrando sus fortalezas en lo referente al desarrollo de estrategias para el mejoramiento de la calidad de la fuerza de trabajo en Salud Pública a nivel distrital para lo cual cuenta con pautas o normas establecidas de acreditación y certificación de estudios para la contratación del personal de salud pública y con estrategias que le permiten incentivar a su personal en el desarrollo de sus respectivas carreras, al igual que con el desarrollo e implementación de planes dirigidos a la formación ética (incluyendo los aspectos de bioética) y a mejorar la calidad de la fuerza Desarrolla estrategias para el fortalecimiento del liderazgo en salud pública identificando líderes potenciales que formen parte de la fuerza de trabajo de salud pública y cuenta con estrategias y mecanismos de discusión sobre las implicaciones de las decisiones en relación a principios éticos y valores sociales.

Su sistema de evaluación del desempeño de los trabajadores de salud pública define las expectativas institucionales para períodos concretos mediante resultados mensurables del trabajo de cada funcionario y comunica a cada trabajador de los resultados que se esperan de su labor en un periodo definido.

El tercer indicador sobre **Educación continua, permanente y de posgrado en salud pública**, paso del 24 al 80% evidenciando fortalezas en torno a la promoción de la educación continuada permanente y formación de post grado en salud pública, facilitando acuerdos formales y no formales con instituciones académicas e incentivando y promoviendo que las instituciones académicas ofrezcan programas que satisfagan las necesidades de los profesionales de salud pública, al igual que ejerciendo coordinación con oferentes de las actividades educativas y los empleadores las actividades de educación y las de mejoramiento. Conserva la debilidad de no contar con mecanismos periódicos de registro y seguimiento a las actividades de educación continua que se ofrecen al nivel central y con los demás prestadores, que motiven el mejoramiento de los programas, ausencia de divulgación de los resultados de las mismas para motivar las mejorías de la calidad de los programas y de estrategias y mecanismos para asegurar la retención y la reinserción de los recursos humanos que han sido capacitados de acuerdo a las capacidades desarrolladas.

El perfeccionamiento de los recursos humanos para la entrega de servicios apropiados a los usuarios fue el indicador mejor evaluado pasando del 24 al 80%, mostrando como debilidad solo la falta de incorporación del enfoque de género y orientación para trabajar con grupos socioculturales diversos en el proceso que realiza de adecuación de los recursos humanos para la entrega de servicios apropiados a las diferentes características de los usuarios.

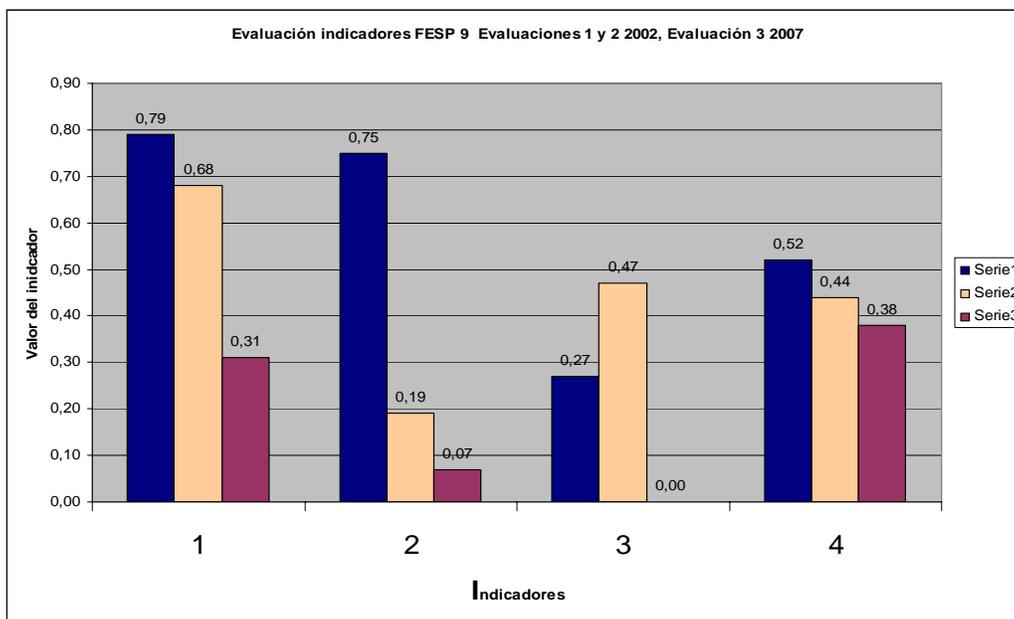
El quinto y ultimo indicador de la función sobre **asesoría y apoyo técnico a las redes de prestación de servicio en el desarrollo de talento humano**, que presento una valoración nula en el 2002, contó ahora con un 47%, representada en asistencia a las redes de prestación de servicios en el desarrollo de recursos humanos y la orientación y el apoyo necesarios para identificar y corregir los problemas detectados en la evaluación de la fuerza de trabajo de salud pública, además del desarrollo de estrategias que aseguran la existencia de programas de formación continua en la red de prestación de servicios

pública adscrita y facilita acuerdos entre los niveles de redes de prestación de servicios adscrita y no adscrita y apoya la planificación y la gestión descentralizadas de los recursos humanos.

El grupo evaluador consto en 2007 de 11 participantes de los 17 convocados correspondiendo a 6 de la SDS y cinco externos (ACOFAN, Universidad Javeriana, Universidad Nacional, Universidad del Rosario y OPS), similar al de 2002 en términos de las instituciones representadas pues contó con 14 participantes entre los cuales 3 fueron de la SDS y 11 externos de (ACOFAN, Universidad Javeriana (3), Universidad Nacional, Universidad de la sabana, CEAD(2), SENA, Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca y Minsalud)

La relatoria llama la atención sobre considerar que la mayor dificultad de la función se encuentra en que este proceso la Secretaria de Salud lo realiza respecto del talento humano que emplea directamente especialmente el de planta y no con cobertura a toda la fuerza de trabajo en salud publica que tiene el distrito capital, siendo esta la verdadera dimensión de la función en cabeza de la autoridad sanitaria. Recomiendo revisión de algunas funciones que no están delegadas a la autoridad sanitaria actualmente por la estructura del sistema y en algunos casos a las que no se realizan por falta de capacidad para ello.

FESP 9. Garantía y Mejoramiento de la calidad de servicios de salud individuales y colectivos



Esta función al igual que la 7 evaluada por los mismos equipos en ambos años, mostró un deterioro importante en los cuatro indicadores siendo mas marcado en los primeros tres, pasando del 45% en 2002 al 13% en 2007.

El primero correspondiente a la **Definición de estándares y evaluación para el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos**, muestra debilidad en todas las áreas evaluadas presentando una disminución del 37%, a excepción de algunas fortalezas como en el desarrollo de políticas y procedimientos para la mejoría continua de la calidad de los servicios de salud, el establecimiento de estándares y la evaluación periódica de la calidad de los servicios de salud individuales para lo cual cuenta con atribuciones y promueve su definición, al igual que busca el aporte de los niveles locales y de organizaciones no gubernamentales para el desarrollo de los mismos y cuenta con instrumentos que miden su desempeño en términos de procesos y resultados

El segundo indicador sobre **Mejoría de la satisfacción de los usuarios de los servicios de salud**, presenta una disminución de 12% respecto a la menor evaluación del 2002, siendo débil en general, reconociendo únicamente el estímulo que hace a la comunidad para evaluar el grado de satisfacción con los servicios de salud en general por medio de encuestas de población atendida en los servicios de salud y de los registros de opinión, reclamos y sugerencias.

El tercer indicador y más crítico se refiere al **Sistema de gestión tecnológica y de evaluación de tecnologías en salud para apoyar la toma de decisiones**, en el cual se reconoce deficiencias en todas las áreas evaluadas correspondientes a **ausencia de desarrollo y estímulo de** sistemas de gestión tecnológica en salud, que si existiera deberían contar con un apropiado funcionamiento, usar metodologías disponibles para la evaluación de las tecnología, estimular desarrollo de la gestión de tecnológica y de su evaluación sobre la base de la evidencia procedente de una red distrital de tomadores de decisiones y evaluar regularmente la capacidad distrital de

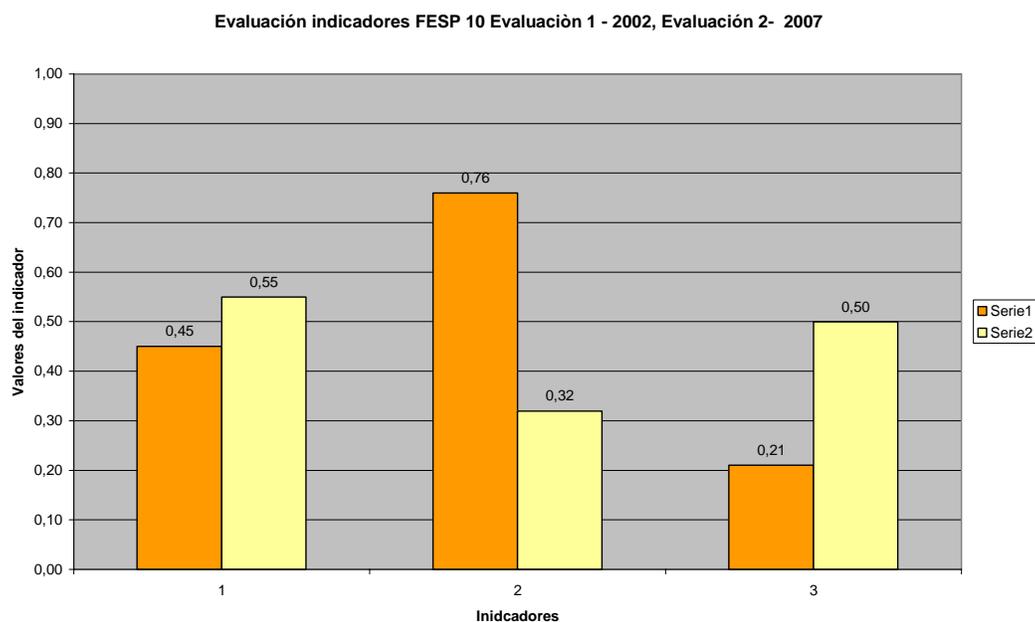
desarrollar gestión de tecnologías y de conducir las evaluaciones de las mismas.

Respecto a la **Asesoría y apoyo técnico a los proveedores de servicios de salud para asegurar la calidad de los servicios** que compone el indicador cuatro fue valorado con un 38% presentando una leve disminución respecto a la calificación mas baja de 2002 del 44%. La fortalezas se encuentran en los dos primeros estándares del indicador correspondientes a Entrega asesoría técnica a los proveedores de servicios de salud para la recolección y el análisis de datos relacionados con la calidad de los servicios de salud pública de base colectiva e individual referente a estructura organizacional y capacidades en los proveedores de servicios de salud Procedimientos y prácticas en los proveedores de servicios de salud Resultados de la acción de los servicios entregados en los proveedores de servicios de salud, careciendo de información respecto a satisfacción de usuarios con los servicios .

En general este indicador al igual que el anterior presenta deficiencias en las mismas áreas identificadas en la primera evaluación.

El grupo evaluador fue el mismo que realizo la evaluación de la FESP 7 conservando su estructura para esta, por lo cual la consideración sobre su composición es la anteriormente expresada al igual que las manifestaciones del grupo recogidas en la relatoria, recordando que es necesario revisar la capacidad de respuesta actual de la AST para cumplir con la misma.

FESP 10. Investigación en salud pública



Esta función presento mejoría en los indicadores uno que paso del 45% en 2002 al 55% y tres que doblo su valoración alcanzando un 50% respecto al 21% de la evaluación anterior, situación que se invirtió para el indicador dos que paso del 72% en 2002 al 32% .

El indicador uno que se refiere al **Desarrollo de una agenda de investigación en salud pública** cuenta con algunas debilidades como son que la construcción de dicha agenda no incluyo las necesidades de evidencia para asegurar la factibilidad y sostenibilidad económica de las innovaciones en salud pública, las fuentes de financiamiento existentes para llevar a la práctica estas investigaciones , las opiniones respecto a prioridades de investigación de un conjunto amplio de actores de salud (académicos, no gubernamentales, privados, comunitarios) ni la colaboración de instituciones dedicadas a la investigación en salud pública para su elaboración y planificación para su ejecución. De igual manera carece de una evaluación periódica del avance en el cumplimiento de la agenda y cuando se realice deberá comunicar sus resultados a las instituciones involucradas de nivel nacional, distrital y local

El indicador dos que evalúa el **Desarrollo de la capacidad institucional de investigación**, preocupa en tanto disminuyó su valoración en un 50% respecto a la valoración inicial lo cual se refleja en debilidades como que a pesar de que los técnicos interactúan con investigadores en salud pública esto no se realiza mediante un proceso y condiciones que propicie actualmente la institución como tal. A pesar de que se cuenta con un procedimiento, para la aprobación de investigaciones que utilicen sus instalaciones y la población bajo su responsabilidad este no describe un mecanismo formal y transparente para canalizar fondos de investigación a los presupuestos de las unidades a su cargo ni para la asignación presupuestal para los proyectos.

Respecto a las herramientas de análisis adecuadas para la investigación cuali y cuantitativa de problemas de salud colectivas no cuenta con: bases de datos con información de salud cuali y cuantitativa, expertos en el manejo de programas computacionales para el análisis de grandes bancos de información, soporte computacional capaz de llevar a cabo análisis de bancos de información de gran tamaño, expertos para el análisis de datos cuali y cuantitativos, ni con profesionales capaces de socializar y sustentar a los interesados dentro y fuera de la AST los resultados de trabajos de investigación relevantes para su toma de decisiones. Algunos de estos elementos que fueron valorados como positivos en la evaluación anterior fueron desconocidos en esta, específicamente con referencia al talento humano experto, que puede estar no reconocido y dedicado a otras funciones. .

El tercer y último indicador de la función sobre **asesoría y apoyo técnico para la investigación en los niveles locales de salud pública** reconoce un avance importante respecto a la valoración obtenida en el 2002 y se refleja básicamente en las fortalezas sobre la asesoría que se brinda a los niveles locales en metodología de investigación operativa en salud pública, investigación de brotes epidémicos, y de intoxicación alimentaria e investigación de factores de riesgo para enfermedades crónicas, al igual que en la preparación de acciones para poner en práctica intervenciones basadas en los resultados de la investigación en salud pública en sus respectivos territorios.

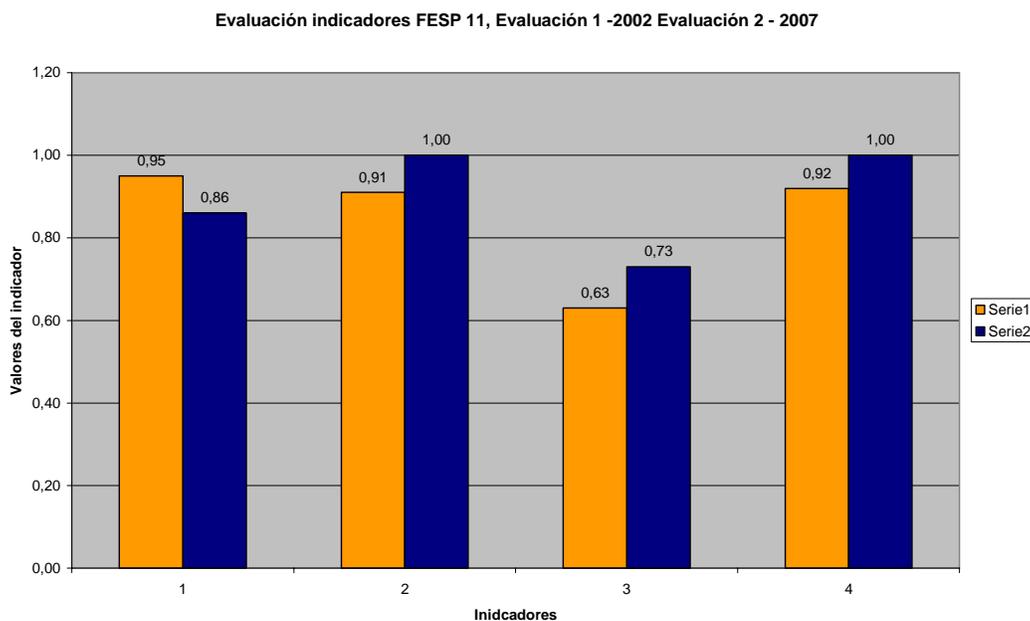
Se reconoce además que la AST cuenta con una red amplia de instituciones, investigadores y comunidad en general para la socialización de los resultados de las investigaciones relevantes de salud pública en al cual incluye miembros de la comunidad científica de salud pública, escuelas de salud pública, facultades de medicina y otras instituciones dedicadas a la investigación en salud pública, además de estimular la participación de profesionales de los niveles locales en proyectos de investigación de alcance distrital específicamente en la recolección de información y el uso de resultados de estas investigaciones para mejorar las prácticas de salud pública.

El grupo de evaluadores conservo una estructura bastante similar en las dos evaluaciones aunque con menos asistentes en esta evaluación, participando 14 personas en 2002 de las cuales solo 2 fueron funcionarios de la SDS y 12 externos(Cendex(2), CEIS, Universidad del Bosque, Assalud, INS, Universidad Nacional(2),Conciencias, Universidad de la sabana) y en 2007 Grupo 10 asistentes de 18 convocados, 6 externos (Universidad Javeriana, Assalud, INS, INC(2), Colciencias) y 4 de la SDS.

Vale la pena tener en cuenta que existieron diferencias mencionadas en la relatoria sobre lo que se entiende por agenda de investigación pues el indicador puede estar sobreestimado teniendo en cuenta un reciente proceso de convocatoria a los actores intersectoriales que trabajan en este proceso por parte de la Secretaria de Salud no solo para ordenar su proceso interno sino en el marco de la formulación del Plan distrital de ciencia y Tecnología.

De igual manera respecto al indicador tres los ejemplos que se citaron para ratificar las respuestas afirmativas en general giraron alrededor del proceso de investigación e intervenciones de enfermedades crónicas, que es tal vez el único proceso sostenido al respecto en la Secretaria Distrital de salud en los últimos cuatro años.

FESP 11. Reducción del impacto de emergencias y desastres.



Esta función al igual que en la evaluación de 2002 mostró los mayores desarrollos en cada uno de los indicadores que la componen en comparación con las demás funciones.

El indicador uno que se refiere a **Gestión de la reducción del impacto de emergencias y desastres** solo mostró debilidad respecto a no conocer qué porcentaje del presupuesto de la AST está constituido como reserva para Emergencias y Desastres y a que en el entrenamiento del personal de salud para la atención de emergencias y desastres falta incluir la preparación sobre seguridad de los alimentos, saneamiento y salud ambiental, control de vectores con posterioridad a desastres y poder asegurar transparencia y eficiencia en el suministro de auxilios luego de catástrofes.

En el desarrollo de estrategias para incluir en el currículum de enseñanza profesional componentes para la preparación para emergencias y desastres falta coordinar con las escuelas de salud pública.

En el **Desarrollo de normas y lineamientos que apoyen la reducción del impacto de emergencias y desastres en salud** incluidas en el indicador dos, se valoro desempeño optimo en todas las áreas que este incluye.

En la **Coordinación y alianzas con otras agencias y/o instituciones**, se logro una valoración del 73% correspondiendo a la necesidad establecer además de las coordinaciones existentes vínculos con Ministerio de relaciones exteriores, Coordinador residente de Naciones Unidas, UNICEF, OCHA, ACNUR y Plan Mundial de Alimentación (PMA) para la reducción del impacto de emergencias y desastres.

El cuatro y último indicador de la función correspondiente a **Asesoría y apoyo técnico a los niveles locales de Emergencia y Comités Hospitalarios de emergencia para la reducción del impacto de emergencias y desastres en salud**, fue valorado con desempeño optimo en todas las áreas.

La mejoría en la evaluación de todos los indicadores de la función pudo verse influenciada por la primacía de evaluadores pertenecientes a la SDS, pues en esta evaluación se contó con solo dos externos (de OPS) en el Grupo evaluador que estuvo conformado por 10 personas de 22 convocados, a diferencia de la evaluación del 2002 en la cual el grupo fue de 13 participantes, entre los cuales 8 fueron externos (Cruz Roja (2), Defensa civil (2), cuerpo de bomberos (2), Minsalud, ESE Usaquen y Pablo VI) .

Se comento nuevamente por parte de los facilitadores el desbalance en términos de especificidad respecto a estándares que midan impacto y la necesidad de especificar en algunos de ellos, si los desarrollos son iguales con el sector publico o privado, o si el proceso desde la Secretaria Distrital de Salud en algunos casos hace mayor énfasis en los hospitales de la red adscrita y la coordinación con prestadores del sector privado no es tan fuerte.

Identificación de las Áreas de Intervención Prioritarias Para el Plan de Desarrollo Institucional

Estas áreas, permiten identificar fortalezas y debilidades a partir del promedio de los indicadores que componen cada área, mostrando como debilidades aquellos indicadores que quedaron valorados por debajo de un 50% de cumplimiento, permitiendo de laguna manera aproximarse a una priorización de intervenciones como guía para los tomadores de decisión, acorde a la realidad del distrito.

La primera área de intervención hace referencia **al Cumplimiento final de resultados y procesos claves**, que expresa el quehacer de la AST en materia de salud pública y en consecuencia el objeto central de las intervenciones para mejorar su desempeño y esta compuesta por los indicadores 1.1, 1.2, 2.1, 2.4, 3.1, 3.2, 3.4, 3.5, 4.1, 4.2, 5.1, 5.2, 6.1, 6.2, 7.1, 7.3, 8.1, 8.2, 8.3, 8.4, 9.1, 9.2, 10.1, 11.1, 11.2, 11.3. En la siguiente tabla se relacionan las áreas prioritarias de intervención según su menor valoración y las fortalezas de acuerdo a su puntuación por encima del 50% mencionado como valor de referencia (ver tabla 1).

Correspondiendo según esta clasificación la prioridad a los tres indicadores de la función tres así: **Reorientación de los servicios de salud hacia la promoción, Planificación y coordinación Distrital de las estrategias de información, educación y comunicación social para la promoción de la salud** Apoyo y desarrollo de actividades de promoción de la salud, elaboración de normas e intervenciones dirigidas a favorecer conductas y ambientes saludables, seguidos por la necesidad de **Mejoría de la satisfacción de los usuarios con los servicios de salud**, el Monitoreo y evaluación del acceso a los servicios de salud necesarios, la **Evaluación de la calidad de la información y de Guías y procesos de monitoreo y evaluación de la situación de salud** , el aumento en la Capacidad de respuesta oportuna y efectiva dirigida al control de problemas de salud pública, la **Caracterización de la fuerza de trabajo en salud pública**, Hacer cumplir la normativa en salud, ejercer la abogacía y acciones necesarias con todos los actores para mejorar el acceso a los servicios de salud necesarios; así como la Definición de estándares y evaluación para el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos, el Mejoramiento de la calidad de la fuerza de

trabajo y la Asesoría y apoyo técnico a las redes de prestación de servicios en el desarrollo de recursos humanos.

Al comparar esta situación con la evaluación de 2002, hay seis áreas de las mencionadas anteriormente (las señaladas en negrita en el texto) en las que coincidió la necesidad de intervención mencionada en la fecha, lo cual hace necesario tenerlas en cuenta para la decisión de intervención que se proponga.

Tabla No. 1 Cumplimiento de Resultados y Procesos Claves

FESP	Indicadores	Valor del Indicador	Evaluación Estándar
3.5	3.5 Reorientación de los servicios de salud hacia la promoción.	0,01	D
3.4	3.4 Planificación y coordinación Distrital de las estrategias de información, educación y comunicación social para la promoción de la salud	0,38	D
3.1	3.1 Apoyo y desarrollo de actividades de promoción de la salud, elaboración de normas e intervenciones dirigidas a favorecer conductas y ambientes saludables	0,07	D
9.2	9.2 Mejoría de la satisfacción de los usuarios con los servicios de salud	0,07	D
7.1	7.1 Monitoreo y evaluación del acceso a los servicios de salud necesarios	0,20	D
1.2	1.2 Evaluación de la calidad de la información	0,20	D
2.4	2.4 Capacidad de respuesta oportuna y efectiva dirigida al control de problemas de salud pública	0,21	D
1.1	1.1 Guías y procesos de monitoreo y evaluación del estado de salud	0,22	D
8.1	8.1 Caracterización de la fuerza de trabajo en salud pública	0,22	D
6.2	6.2 Hacer cumplir la normativa en salud	0,26	D
7.3	7.3 Abogacía y acción para mejorar el acceso a los servicios de salud necesarios	0,26	D
9.1	9.1 Definición de estándares y evaluación para el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos	0,31	D
8.2	8.2 Mejoramiento de la calidad de la fuerza de trabajo	0,40	D
8.5	8.5 Asesoría y apoyo técnico a las redes de prestación de servicios en el desarrollo de recursos humanos	0,47	D
6.1	6.1 Revisión periódica, evaluación y modificación del marco regulatorio	0,54	F
10.1	10.1 Desarrollo de una agenda de investigación en salud pública	0,55	F
8.3	8.3 Educación continua, permanente y de postgrado en salud pública	0,60	F
2.1	2.1 Sistema de vigilancia para identificar beneficios, amenazas y daños a la salud pública.	0,67	F
4.2	4.2 Fortalecimiento de la participación social en salud	0,67	F
5.2	5.2 Desarrollo, monitoreo y evaluación de las políticas de salud pública	0,73	F
11.3	11.3 Coordinación y alianzas con otras agencias y/o instituciones	0,73	F
11.1	11.1 Gestión de la reducción del impacto de emergencias y desastres	0,86	F
4.1	4.1 Fortalecimiento del poder de los ciudadanos en la toma de decisiones en salud pública	0,87	F
5.1	5.1 La definición distrital de objetivos en salud pública	0,92	F
11.2	11.2 Desarrollo de normas y lineamientos que apoyen la reducción del impacto de emergencias y desastres en salud	1,00	F
		0,46	

La segunda área de intervención corresponde al **desarrollo de capacidades e infraestructura**, agrupa los indicadores 1.3, 1.4, 2.2, 2.3, 5.3, 5.4, 6.3,7.2, 9.3y 10.2, entre los cuales las mayores debilidades se encontraron en **Desarrollo de Sistema de gestión tecnológica y de evaluación de tecnologías en salud para apoyar la toma de decisiones**, falta de **Conocimientos, habilidades y mecanismos para acercar los programas y servicios a la población**, ausencia de **Desarrollo de la capacidad institucional de investigación** y de **Conocimientos, habilidades y mecanismos para revisar, perfeccionar y hacer cumplir el marco regulatorio** además con escaso **Desarrollo de la capacidad institucional de gestión de la salud pública y de la Gestión de la cooperación internacional e íter territorial en salud pública**. De las cuales cinco (señaladas en negrilla en el texto) coinciden con las áreas mas débiles de este grupo mencionadas en la evaluación del 2002. (ver tabla 2)

Tabla 2. Cumplimiento de Resultados y Procesos Claves

FESP	Indicadores	Valor del Indicador	Evaluación Estándar
9.3	9.3 Sistema de gestión tecnológica y de evaluación de tecnologías en salud para apoyar la toma de decisiones en salud pública	0,23	D
7.2	7.2 Conocimientos, habilidades y mecanismos para acercar los programas y servicios a la población.	0,29	D
10.2	10.2 Desarrollo de la capacidad institucional de investigación	0,32	D
6.3	6.3 Conocimientos, habilidades y mecanismos para revisar, perfeccionar y hacer cumplir el marco regulatorio	0,35	D
5.3	5.3 Desarrollo de la capacidad institucional de gestión de la salud pública	0,36	D
5.4	5.4 Gestión de la cooperación internacional e interterritorial en salud pública	0,45	D
2.2	2.2 Capacidades y experticia en vigilancia de salud pública	0,68	F
2.3	2.3 Capacidad de los laboratorios de salud pública	0,78	F
1.4	1.4 Soporte tecnológico para el monitoreo y evaluación del estado de salud	0,88	F
1.3	1.3 Apoyo experto y recursos para el monitoreo y evaluación del estado de salud	0,73	F

El último grupo referente a **Desarrollo de competencias descentralizadas** requiere en orden de prioridad especial énfasis en atender en los niveles locales las siguientes áreas: : **Asistencia en la promoción de un acceso equitativo a los servicios de salud necesarios**, Asesoría y apoyo técnico

para fortalecer las acciones de promoción de salud, **Asesoría y apoyo técnico en la generación y la Inspección, Vigilancia y Control de la legislación y regulación, Asesoría y apoyo técnico a los proveedores de servicios de salud para asegurar la calidad de los servicios, Asesoría y apoyo técnico a las redes de prestación de servicios en el desarrollo de recursos humanos y Asesoría y apoyo técnico para el desarrollo de la investigación.** Entre estas seis áreas identificadas como prioritarias cuatro coinciden con la evaluación del años 2002 (las resatadas con negrita en el texto).

Tabla No. 3 Cumplimiento de Resultados y Procesos Claves

FESP	Indicadores	Valor del Indicador	Evaluación Estándard
11	11.4 Asesoría y apoyo técnico a los niveles locales de Emergencia y Comités Hospitalarios de emergencia para la reducción del impacto de emergencias y desastres en salud	1,00	F
5	5.5 Asesoría y apoyo técnico a nivel local en la implementación de políticas, planificación y gestión de la salud pública	0,83	F
4	4.3 Asesoría y apoyo técnico a los niveles locales para fortalecer la participación social en salud	0,71	F
1	1.5 Asesoría y apoyo técnico a los niveles locales de salud pública	0,67	F
2	2.5 Asesoría y apoyo técnico a los niveles territoriales de salud pública	0,58	F
10	10.3 Asesoría y apoyo técnico para la investigación en los niveles subnacionales de salud pública	0,50	D
8	8.5 Asesoría y apoyo técnico a las redes de prestación de servicios en el desarrollo de recursos humanos	0,47	D
9	9.4 Asesoría y apoyo técnico a los proveedores de servicios de salud para asegurar la calidad de los servicios	0,38	D
6	6.4 Asesoría y apoyo técnico a los niveles locales de salud pública en la generación y la Inspección, Vigilancia y Control de la legislación y regulación	0,15	D
3	3.3 Asesoría y apoyo técnico a los niveles locales para fortalecer las acciones de promoción de salud.	0,30	D
7	7.3.3 La AST ¿Asiste a los niveles locales en la promoción de un acceso equitativo a los servicios de salud necesarios?	0,00	D

6. Conclusiones

La presente evaluación del desempeño de las FESP, al igual que el ejercicio del año 2002, a pesar de las inquietudes de los evaluadores sobre el

instrumento y al metodología utilizadas, presenta en consenso y acuerdo sobre los resultados de la misma en la mayoría de las FESP.

Los grupos de evaluadores conservaron un promedio de 12 participantes por función en ambas mediciones, sin embargo se evidencio una menor participación o de externos y de funcionarios del nivel local en la presente evaluación.

Se requiere una revisión del instrumento para realizar ajustes que de acuerdo a las opiniones de los participantes se relacionan con algunas competencias que según el modelo actual no son delegadas a la Secretaria de Salud por lo tanto su desempeño no depende directamente de esta como soporte institucional de la Autoridad Sanitaria Distrital, sin embargo es necesario que antes de realizar ajustes al respecto se tenga en cuenta la intención del instrumento de FESP en tanto busca evidenciar precisamente el deterioro de las mismas en el marco de las reformas sectoriales que han desdibujado la salud publica.

Se hace necesario complementar los resultados de esta evaluación con el proceso de valoración del desempeño de las otras dimensiones de la función rectora para la cual es necesario advertir sobre la importancia y el especial cuidado en la selección y participación efectiva de actores pertinentes, de acuerdo a cada una de ellas, para evitar los sesgos mencionados en varias oportunidades por el desconocimiento que de los procesos tiene algunos de los participantes como evaluadores.

Es necesario que los resultados de este ejercicio trasciendan a los mas altos niveles de decisión política con el fin de que la riqueza en términos de las especificidades que permite como guía para la Planeación, priorización e implementación de acciones constituye la evaluación como herramienta para avanzar en el mejoramiento del desempeño de las FESP en el distrito capital

Se requiere poner especial atención a las FESP e indicadores particulares que presentaron deterioro respecto a la evaluación anterior al igual que aquellas en las cuales se reitera la necesidad de intervención ya enunciada en la

evaluación del 2002. Para este efecto se entrega como anexo a este informe la clasificación de cada uno de los indicadores y sus estándares por función en un cuadro que relaciona como debilidades los calificados con 0 y como fortalezas los calificados con 1 en la evaluación

Se requiere contar con la participación decidida de la academia y los técnicos para la propuesta de modificación al instrumento que permita conservando el objetivo de la estrategia realizar las adecuaciones técnicas y metodológicas al instrumento, con el fin de poder contar con una herramienta cada vez mejor no solo para el distrito capital sino para otros entes territoriales.

Es necesario reconocer la importancia que reviste el hecho de que la AST hay decidido realizar esta segunda evaluación del desempeño, lo cual se constituye en un ejemplo para los demás entes territoriales que han hecho uso del mismo y puede impulsar incluso propuestas colectivas de cambios que es necesario realizar en el marco del actual sistema para lograr mejorar el desempeño de las FESP y avanzar en la deteriorada capacidad de rectoría de los entes territoriales sobre la salud pública de las poblaciones.