Guía Metodológica

Sistema de Evaluación del Desempeño del Sistema de Salud de Colombia bajo Criterios de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico - OCDE

MINSALUD

OECD

ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT

Sistema de Evaluación del Desempeño del Sistema de Salud bajo Criterios OCDE COLOMBIA

Guía Metodológica

Coordinación editorial

Juan Carlos Rivillas García
Coordinador Observatorios y Registros Nacionales
Dirección de Epidemiología y Demografía

José Ivo Montaño Caicedo
Asesor Grupo Gestión de Conocimiento y Fuentes de Información
Dirección de Epidemiología y Demografía

Martha Lucia Ospina Martínez
Directora de Epidemiología y Demografía

Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales

Cuidado de Texto y Diseño
Ministerio de Salud y Protección Social

ISBN: 978-958-8903-43-9
Serie: Registros, Observatorios, Sistemas de Seguimiento y Salas Situacionales Nacionales en Salud

2016
Ministerio de Salud y Protección Social
Bogotá D.C., Colombia

Usted puede copiar, descargar o imprimir los contenidos del Ministerio de Salud y Protección Social MSPS para su propio uso y puede incluir extractos de publicaciones, bases de datos y productos de multimedia en sus propios documentos, presentaciones, blogs, sitios web y materiales docentes, siempre y cuando se dé el adecuado reconocimiento al MSPS como fuente y propietaria del copyright. Toda solicitud para uso público o comercial y derechos de traducción se sugiere contactar al MPSP a través de su portal web www.minsalud.gov.co

MINSALUD

ALEJANDRO GAVIRIA URIBE
Ministro de Salud y Protección Social

FERNANDO RUIZ GOMEZ
Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

MARTHA LUCÍA OSPINA MARTÍNEZ
Directora de Epidemiología y Demografía

ELKIN DE JESÚS OSORIO SALDARRIAGA
Director de Promoción y Prevención

NANCY ROCIO HUERTAS VEGA
Directora de Medicamentos y Evaluación de Tecnologías

LUIS CARLOS ORTIZ MONSALVE
Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud

JOSE FERNANDO ARIAS OLARTE
Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria

SUSANNA HELFER-VOGEL
Jefe Oficina de Promoción Social

JOSE LUIS ORTIZ
Jefe Oficina De Calidad

CARLOS ALBERTO DÍA RUEDA
Jefe Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales

Ministerio de Salud y Protección Social

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

JOSE IVO MONTAÑO CAICEDO
Asesor Dirección de Epidemiología y Demografía

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

LUZ AMANDA MORALES PEREIRA
Coordinadora Plan de Mejoramiento de Fuentes

HERNEY RENGIFO REINA
Coordinador Estudios Poblacionales

ANA CAROLINA ESTUPIÑAN GALINDO
Coordinadora Salidas de Información

JUAN CARLOS RIVILLAS GARCIA
Coordinador Observatorios y Registros Nacionales

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

ANGÉLICA NOHELIA MOLINA RIVERA
Est. Mg Estadística

MÓNICA MARÍA MUÑOZ CORREA
Gerente de Sistemas de Información en Salud

WILLIAM GIRALDO VALENCIA CABRERA
Ingeniero de Sistemas

ANDREA JOHANA AVELLA
Enf. Epidemióloga

PATRICIA ROZO LESMES
OD. Mg. Salud Pública

NADIA ARIZA SILVA
MDV. Mg. Salud Pública

ANGÉLICA FONSECA ÁVILA
MD. Epidemióloga

JUAN CARLOS CORREA SENIOR
MD. Mg. Salud Pública

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

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

ERIKA LEON GUZMAN
OD., Mg. Salud Pública

BERTA INÉS MONTOYA CORTÉS
OD. Epidemióloga

LILIANA YANET GÓMEZ ARISTIZABAL
AES, Epidemióloga

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

Contenido

Abreviaturas 8

Resumen 9

Presentación 10

Propósito 13

Alcance 13

1 Marco normativo y político 14

2 Bases conceptuales 18

2.1 Aspectos generales de la OCDE 18
2.2 Algunas definiciones básicas 19
2.3 La OCDE: hacia el alto rendimiento de los sistemas de salud (High-Performing Health Systems) 20
2.4 Datos Salud OCDE: Estadísticas e indicadores para análisis comparativos de los sistemas de salud .. 21

3 Modelo del Sistema de Evaluación de Desempeño 23

3.1 Definición 24
3.2 Rol del Sistema de Evaluación 25
3.3. Funciones del sistema de monitoreo 25
3.4. Características del sistema de medición 25
3.5 Estructura y Funcionamiento 26
3.6. Insumos, procesos y resultados 29
3.7 Responsables 29

3.8. Áreas prioritarias de monitoreo y medición de la OECD 31
3.8.1 . Gasto en salud *(Health spending)* 31
3.8.2. Calidad en salud *(Quality of Health Care)* 32
3.8.3. Economía de la Prevención *(Economics of Prevention)* 33
3.8.4. Eficiencia/Efectividad en el gasto sanitario *(Value for Money)* 34
3.8.5. Financiamiento en Salud *(Health financing)* 35
3.8.6. Medicamentos *(Pharmaceuticals)* 36
3.8.7. Planeación y Administración del Recurso Humano en Salud *(Health Workforce Planning)* 38
3.8.8 Cuidado a largo Plazo *(Long-Term Care)* 40
3.9. Variables en Salud de la OECD 41
3.10 Indicadores 42

4 Fuentes disponibles 49
4.1. Registros Administrativos SISPRO 49
4.2. Sistema Nacional de Estudios y Encuestas Poblacionales para la Salud 51
4.3. Censos Poblacionales 51
4.4. OECD Health Data 52

5 Gestión del conocimiento para la toma de decisiones en salud 56
5.1. Planes de Análisis 59
5.2 Línea Base del Sistema de Medición de la OECD 59
5.3 Canales de acceso, difusión, comunicación y uso de la evidencia 60

6 Conclusiones y Recomendaciones 65
6.1 Desafíos a Nivel Internacional 65
6.2 Desafíos a Nivel Nacional 65
Recomendaciones Finales 66

Trabajos citados 67

Listados de Figuras

Figura 1.Flujo de Información para el Sistema de Evaluación del Desempeño del Sistema de Salud en Colombia bajo criterios OECD 28
Figura 2. Insumos, procesos y resultados del Sistema de Monitoreo de Indicadores en salud de la OECD. ... 30
Figura 3. The reversal in Health spending in 2010 31
Figura 4. Years of life free of chronic by preventing obesity in Europe..... 33
Figura 5. Goverment expenditure, 2007 and 2010 36
Figura 6. Health pharmaceutical spending growth 37
Figura 7. Growing share of physicians over 55 years old 39
Figura 8. Rapidly growing share of the over 80 population 40
Figura 9. OECD Health Data Website 2013..... 53
Figura 10. Health profile OECD..... 54
Figura 11. OECD.StatExtracts Library..... 55
Figura 12. Gestión del Conocimiento en Salud, Dirección de Epidemiología y Demografía-MSPS 58
Figura 13. Comparación de cambios a través del tiempo a partir de indicadores definidos por una línea base. 60
Figura 14. Canales y herramientas de acceso y difusión de los ROSS 62

Listados de Tablas

Tabla 1 Indicadores para apoyar el monitoreo y medición al desempeño del sistema de salud propuesto por la OECD a través de 6 áreas prioritarias. 42
Tabla 2. Registros Administrativos SISPRO. 50
Tabla 3. Agenda Programática del Sistema Nacional de Estudios y Encuestas poblacionales para Salud 51

Abreviaturas

OMS	Organización Mundial de la Salud
WHO	World Health Organization
EU	European Union
Eurostat	Statistical Office of the European Communities, Oficina Europea de Estadística
OECD/OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico - OCDE
SHA	System Health Account
COL	Colombia
MSPS/Minsalud	Ministerio de Salud y Protección Social
DED	Dirección de Epidemiología y Demografía
SISPRO	Sistema Integral de la Protección Social
ROSS	Registros, Observatorios, Sistemas de Seguimiento y Salas Situacionales en Salud
SISBEN	Sistema de Identificación y Clasificación de Potenciales Beneficiarios para Programas Sociales
DANE	Departamento Administrativo Nacional de Estadística
PENDES	Plan Estratégico Nacional de Estadísticas
ENS	Encuesta Nacional de Salud
ENDS	Encuesta Nacional de Demografía y Salud
ENSIN	Encuesta Nacional de la Situación Nutricional de Colombia
SABE	Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento
GATS	Global Adult Tobacco Survey
RIPS	Registro Individual de Prestación de Servicios
SIVIGILA	Sistema de Vigilancia de Salud Pública

Resumen

La OCDE ha fijado una hoja de ruta para la adhesión de Colombia a la Organización, reforzando así su compromiso para seguir ampliando el conjunto de sus miembros mediante la incorporación de más economías emergentes. Como primer paso del proceso, Colombia debe presentar un Memorando Inicial en el que establece su posición respecto a 250 instrumentos legales de la OCDE que fijan los términos para su futura membresía. Algunos de esos 250 instrumentos legales se refieren a: i) contar con sistemas de información estadísticos representativos para el país que permitan modelar tendencias futuras entre países, así como ii) fijar estándares internacionales en relación a indicadores y análisis en el desempeño de los sistemas de salud y de medición resultados de las políticas sanitarias en seis (6) áreas prioritarias establecidas por la OCDE: Medición de resultados del sistema de salud, Calidad de la atención en salud, efectividad/eficiencia en el gasto sanitario *(Value for money),* Economía de la prevención de la enfermedad, Financiamiento del sistema de salud y Talento humano en salud.

Es así, como el Ministerio de Salud y Protección Social debe aportar en esta hoja de ruta y proceso de adhesión a la OCDE, estableciendo el sistema de monitoreo del progreso y cumplimiento de las políticas e intervenciones en salud adelantadas en el país bajo los criterios de la Organización, con el fin de garantizar políticas que mejoren el bienestar económico y social de las poblaciones, favorezcan el intercambio de evidencia en análisis y comparaciones de datos para predecir tendencias. Este sistema de seguimiento, ya ha sido priorizado e integrado al conjunto de Registros, Observatorios y Sistemas de Seguimiento - ROSS que tienen como fuente natural de datos el Sistema de Información Integral de la Protección Social, SISPRO del país.

Finalmente, esta Guía es diseñada para estandarizar el monitoreo de los indicadores de desempeño del Sistema de Salud en Colombia bajo criterios y esquemas de la OECD, con el fin de proporcionar datos, indicadores y análisis internacionalmente comparables que podrían utilizarse para mejorar los resultados de salud de la población, el acceso y calidad de la atención en salud y el rendimiento de los sistemas de salud en la mayoría de países de la OCDE.

Presentación

El futuro de la salud Pública: cómo las decisiones políticas de hoy afectarán la salud de las poblaciones del mañana. OECD, Paris 2013

La OCDE ha fijado una hoja de ruta para la adhesión de Colombia a la Organización, reforzando así su compromiso para seguir ampliando el conjunto de sus miembros mediante la incorporación de más economías emergentes. El 19 de septiembre del año 2013, se estableció el proceso y se fijaron los términos para la futura membresía de Colombia. Según el Secretario General de la OCDE, D. Angel Gurría, *"Al entablar discusiones con Colombia, la OCDE refuerza su vocación de organismo global para establecer normas a nivel mundial. Nuestro objetivo común es trabajar para que las políticas de Colombia se ajusten cada vez más a las buenas prácticas de la OCDE. Mediante este proceso se adoptarán estándares para mejorar la vida de los colombianos. Esto es tan importante como el hecho mismo de adquirir la condición de miembro".*

A partir de ahora, cada sector del desarrollo en Colombia iniciará con los Comités de la OCDE, integrados por expertos de los países miembros en ámbitos como inversiones, cohecho en las transacciones comerciales internacionales, gobernanza corporativa, mercados financieros, seguros y pensiones privadas, impuestos, medio ambiente, productos químicos, gobernanza pública, política regulatoria, desarrollo territorial, estadísticas, economía, educación, empleo, trabajo y asuntos sociales, salud, comercio, créditos a la exportación, agricultura, pesca, ciencia y tecnología, tecnología de la información y comunicaciones; y políticas del consumidor.

Como primer paso del proceso, Colombia debe presentar un Memorando Inicial en el que establece su posición respecto a 250 instrumentos legales de la OCDE (véase www.oecd.org/acts). Acto seguido, los expertos de la OCDE realizarán una serie de exámenes técnicos y recabarán mayor información de Colombia mediante cuestionarios y misiones de investigación.

Como parte del proceso de adhesión, la OCDE evaluará la aplicación por parte de Colombia de las políticas, las prácticas y los instrumentos legales de la Organización. Sus Comités podrán hacer recomendaciones a Colombia para que introduzca ajustes en su legislación, políticas o prácticas y las armonice en mayor medida con los instrumentos o mejores prácticas de la OCDE, actuando así como catalizador para reformas. Una vez que los Comités hayan dado luz verde, la decisión final se deberá tomar en el Consejo de la OCDE por todos los países miembros de la Organización. Al igual

que todas las decisiones importantes que afectan a la Organización, aquellas relativas a la adhesión de miembros se toman en consenso.

Los datos de salud constituyen un recurso importante en la mayoría de países de la OCDE que podrían utilizarse para mejorar la salud de la población, la calidad de la atención de la salud y el rendimiento de los sistemas de salud. En 2010, los Ministros de Salud de la OCDE pidieron apoyo para fortalecer la infraestructura de información de salud. En 2011/12, 19 países participaron en un estudio de la OCDE para entender mejor el grado en que los países se desarrollan y utilizan los datos personales de salud a partir de registros administrativos (OECD, 2013). Por tal motivo, uno de esos 250 instrumentos legales se refiere a contar con sistemas de información estadísticos representativos para el país que permitan modelar tendencias futuras entre países, así como fijar estándares internacionales en relación a indicadores y análisis en el desempeño de los sistemas de salud y de medición resultados de las políticas sanitarias en seis (6) áreas prioritarias establecidas por la OECD:

1. Medición de resultados del sistema de salud
2. Calidad de la atención en salud
3. Efectividad/eficiencia en el gasto sanitario
4. Economía de la prevención de la enfermedad
5. Financiamiento del sistema de salud
6. Talento humano en salud

Es así, como el Ministerio de Salud y Protección Social debe aportar en esta hoja de ruta y proceso de adhesión a la OCDE, estableciendo el sistema de monitoreo del progreso y cumplimiento de las políticas e intervenciones en salud adelantadas en el país, bajo los criterios de la Organización, con el fin de garantizar políticas que mejoren el bienestar económico y social de las poblaciones, favorezcan el intercambio de evidencia en análisis y comparaciones de datos para predecir tendencias.

Del mismo modo, Colombia a partir del año 2012 ha organizado y estructurado los ***Registros, Observatorios, Sistemas de Seguimiento y Salas Situacionales- ROSS-MSPS*** priorizados por el Ministerio de Salud y Protección Social MSPS, con el fin de:

- **Proporcionar datos e indicadores comparables** de los resultados de salud (morbilidad, mortalidad, factores de riesgo), y uso de los servicios de salud (Calidad y acceso) entre la población Colombiana.

- **Monitorear el desempeño del Sistema de Salud** Colombiano a través del seguimiento de los indicadores estratégicos en las seis (6) áreas prioritarias de la OCDE.
- **Gestionar el conocimiento para orientar la formulación y acción política**, con el fin de asegurar una implementación efectiva políticas y prácticas sanitarias, a la vez que proporciona evidencia para los países miembros.

En este documento se describe por qué la importancia de contar con datos comparables, se describe el desarrollo del sistema de seguimiento bajo criterios de la OECD en Colombia y, se emiten una serie de recomendaciones y desafíos relacionados con la importancia de continuar fortaleciendo SISPRO, a través de la integración masiva de fuentes de información y el acceso a los datos, bajo principios de confidencialidad y evitando el posible uso indebido de los datos en el sector salud, con el propósito último de asegurar un adecuado monitoreo de los indicadores y aumentar la investigación para mejorar los resultados de salud, la calidad de la atención de la salud y el desempeño del sistema de salud en el futuro.

Martha Lucía Ospina Martínez
Directora Epidemiología y Demografía

Propósito

El propósito de esta Guía es estandarizar el monitoreo de los indicadores de desempeño de Sistema de Salud en Colombia bajo criterios y esquemas de la OECD, con el fin de proporcionar datos, indicadores y análisis internacionalmente comparables que podrían utilizarse para mejorar los resultados de salud de la población, el acceso y calidad de la atención en salud y el rendimiento de los sistemas de salud en la mayoría de países de la OCDE.

Alcance

Involucra todas las actividades de planeación, mejoramiento y estructuración requeridas para garantizar la captura, estandarización y estabilización de datos e indicadores en la Bodega de Datos del SISPRO. De igual forma, todas aquellas actividades que promueven la la producción, el intercambio y comparabilidad internacional, la comunicación, el acceso y la aplicación eficaz de los conocimientos y evidencia sobre resultados de evaluación del sistema de salud Colombiano bajo estándares internacionales.

1 Marco normativo y político

Según las competencias otorgadas por la Ley 715 de 2001, le corresponde al Ministerio de Salud y Protección Social definir, diseñar, reglamentar, implantar y administrar el Sistema Integral de Información en Salud, así como el Sistema de Vigilancia en Salud Pública, con la participación de las entidades territoriales.

Específicamente en el tema de observatorios, en el año 2014 se emitió la Resolución número 01281, la cual tiene por objeto establecer los lineamientos que permiten la integración de la información en salud generada por los Registros, Observatorios y Sistemas de Seguimiento Nacionales (ROSS) al Observatorio Nacional de Salud ONS-INS, articulándolos al Sistema de información en Salud y Protección Social SISPRO. El artículo 4 de esta resolución define las siguientes responsabilidades para el Ministerio de Salud y Protección Social:

- Coordinar y administrar la información proveniente de los Registros, Observatorios y Sistemas de Seguimiento Nacionales (ROSS).
- Formular, dirigir y adoptar las políticas en materia de información para el desarrollo del Observatorio Nacional de Salud.
- Integrar las diferentes fuentes de información al SISPRO.
- Definir los estándares de flujos de información, oportunidad, cobertura, calidad y estructura de los reportes al SISPRO.
- Promover la ejecución de las investigaciones que hacen parte de la agenda programática del Sistema Nacional de Estudios y Encuestas poblacionales que permitan generar conocimiento que complemente la información disponible en los Registros, Observatorios y Sistemas de Seguimiento Nacionales (ROSS).

A continuación se resumen las bases normativas de orden internacional y nacional que soportan el Sistema de Seguimiento para el Cumplimiento de los Indicadores de Políticas en Salud de la OECD desde el sector salud:

a) Convención OECD Paris 14th Diciembre de 1960 (OECD, 2012). El contenido de este documento puede ser consultado ampliamente en el siguiente enlace:

http://www.oecd.org/general/conventionontheorganisationforeconomicco-operationanddevelopment.htm

En su artículo 1 define que los objetivos de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico serán promover las políticas destinadas a: 1) para lograr un ***mayor crecimiento económico*** *y* ***del empleo****,* así aumentar el nivel de vida en los países miembros, manteniendo la estabilidad financiera y contribuyendo así al desarrollo de la economía mundial; ***2) contribuir a una sana expansión económica*** en los Estados miembros y de terceros países en el proceso de desarrollo económico, y 3) ***contribuir a la expansión del comercio mundial sobre una base multilateral*** y no discriminatoria conforme a las obligaciones internacionales.

En el artículo 2, en la búsqueda de estos objetivos, se definen las acciones a través de las cuales los Estados Miembros están de acuerdo en que lo harán, tanto individual como conjuntamente: (a) ***promover el uso eficiente de sus recursos económicos***; (b) en el campo científico y tecnológico, ***promover el desarrollo de sus recursos, fomentar la investigación y promover la formación profesional***; (c) ***aplicar políticas destinadas a lograr el crecimiento económico y la estabilidad financiera*** interna y externa, para evitar los acontecimientos que pudieran poner en peligro sus economías o las de otros países; (d) **proseguir sus esfuerzos para reducir o eliminar los obstáculos al intercambio de bienes y servicios** y los pagos corrientes y mantener y extender la liberalización de los movimientos de capital, y (e) ***contribuir al desarrollo económico de ambos países*** miembros y no miembros en el proceso de desarrollo económico mediante los medios apropiados y, en particular, por el flujo de capital hacia esos países, teniendo en cuenta la importancia de las economías de la recepción técnica asistencia y de asegurar ampliar los mercados de exportación.

b) Ruta para la Adhesión de Colombia a la OECD - C (2013)110/FINAL. Roadmap for the Accession of Colombia of the OECD Convention. Adopted by Council at its 1285th sesión on 19 September 2013).
El contenido de esta Hoja de Ruta puede ser consultado ampliamente en el siguiente enlace:
http://search.oecd.org/officialdocuments/displaydocumentpdf/?cote=c%282013%29110/final&doclanguage=en

Documento a través del cual la OCDE decide iniciar conversaciones de adhesión con Colombia e invita al Secretario General a establecer la Hoja de Ruta que incluyen los términos, condiciones y procedimientos del proceso para su adhesión a la Organización, y para su posterior consideración y aprobación por el Consejo. Dentro de la Hoja de ruta, se establecen comisiones desde los

diversos sectores del país, entre las cuales se identifican como competencia del Ministerio de Salud y Protección Social:

Comisión de Estadística:

Disposición y capacidad para cumplir con la obligación establecida en el artículo 3 a) de la Convención de la OCDE para ***"proporcionar a la Organización la información necesaria para el desempeño de sus tareas",*** incluido el suministro a corto plazo, estructural y otras estadísticas analíticas e información asociada a metodologías necesarias para el análisis de políticas adecuadas y la vigilancia:

- Contar con un marco jurídico e institucional adecuado para las estadísticas de los países candidatos y de su conformidad con los principios que se aplican en países de la OCDE. - ***Asegurar la calidad de los datos y metadatos disponibles*** en los países candidatos y su comparabilidad con datos y metadatos disponibles en los países miembros de la OCDE. - Integrar en el momento de la adhesión, los sistemas de información de los países candidatos a la Organización.

Comisión de salud:

Entre sus responsabilidad establece la necesidad de contar con

- Gobernanza en el sistema de salud, que incluye ***captar datos, monitorear y analizar a partir de estos el desempeño del sistema de salud y los resultados de las políticas sanitarias***, así como la rendición de cuentas y la transparencia de los actores involucrados en la toma de decisiones y la prestación de servicios de salud.
- ***Voluntad y capacidad de proporcionar datos e información comparables a nivel internacional***, así como a otras organizaciones internacionales involucradas con las políticas sanitarias, a fin de facilitar el beneficio y aprendizaje mutuos.

c) Según las competencias otorgadas por la **Ley 715 de 2001** (Congreso de Colombia, 2001), le corresponde al Ministerio de Salud y Protección Social definir, diseñar, reglamentar, implantar y administrar el Sistema Integral de Información en Salud y el Sistema de Vigilancia en Salud Pública, con la participación de las entidades territoriales. Por ello, y en cumplimiento se deben implementar y desarrollar sistemas de información, registros y observatorios nacionales, y fortalecer los existentes e integrarlos al SISPRO. Con el fin de disponer de información adecuada y oportuna que apoye la toma de decisiones en el sistema de salud, precise modelos y protocolos de atención, fomente la investigación y potencialice la

formulación de políticas en salud que se materialicen en un mayor estado de bienestar y salud de la población colombiana. Los contenidos de la Ley 175 pueden ser consultados en el siguiente enlace:
http://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-86098_archivo_pdf.pdf

d) **Ley 1438 de 2011. Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Artículo 112. Articulación del Sistema de Información.** El Ministerio de la Protección Social, a través del Sistema Integrado de Información de la Protección Social (SISPRO), articulará el manejo y será el responsable de la administración de la información. Las bases de datos de afiliados en salud se articularán con las bases de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil, el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, la Dirección de Aduanas e Impuestos Nacionales, el SISBEN y de las Entidades Promotoras de Salud para identificar a los beneficiarios y su lugar de residencia, entre otras, dicha articulación deberá estar implementada antes del 31 de diciembre de 2012. Los contenidos de la Ley 1438 pueden ser consultados en el siguiente enlace:
http://www.arlsura.com/files/ley1438_2011.pdf

2 Bases conceptuales

2.1 Aspectos generales de la OCDE

La OCDE es una organización intergubernamental cuya misión es promover políticas que mejoren el bienestar económico y social de las personas alrededor del mundo. Agrupa 34 países miembros comprometidos con gobiernos democráticos y el mercado económico. Proporciona un foro en el que los países pueden trabajar juntos compartiendo experiencias, identificando buenas prácticas y encontrando soluciones a problemas comunes en un amplio rango de temas: agricultura, desarrollo de la cooperación, educación, empleo, impuestos y tratados comerciales, ciencia y tecnología, industria e innovación, ambiente y salud.

La OCDE gestiona una de las fuentes de información más grandes y confiables para comparaciones de datos estadísticos, económicos y sociales en el mundo. Monitorea tendencias, recopila datos, realiza y analiza previsiones del desarrollo económico, e investiga la evolución de patrones en un amplio rango de áreas de las políticas públicas tales como agricultura, desarrollo de la cooperación, educación, empleo, impuestos y tratados comerciales, ciencia y tecnología, industria e innovación, ambiente y salud, recomendando así, políticas diseñadas y concentradas en mejorar las vidas de la gente común.

Usando los datos disponibles, la OCDE trabaja con los gobiernos para entender aquellos factores que conducen a cambios económicos, ambientales y sociales. También establece estándares internacionales en un amplio rango de tema, desde la agricultura hasta los impuestos de la seguridad química, como los anteriormente descritos.

Los 34 países miembros de la OCDE son: Alemania, Australia, Austria, Bélgica, Canadá, Chile, Corea, Dinamarca, Eslovenia, España, Estados Unidos, Estonia, Finlandia, Francia, Grecia, Hungría, Irlanda, Islandia, Israel, Italia, Japón, Luxemburgo, México, Noruega, Nueva Zelanda, Países Bajos, Polonia, Portugal, Reino Unido, República Checa, República Eslovaca, Suecia, Suiza y Turquía.

Además de los 34 Estados miembros de la OCDE, 12 países no miembros han firmado la implementación de las Directrices de la OCDE: Argentina, Brasil, Colombia, Costa Rica, Egipto, Jordania, Letonia, Lituania, Marruecos, Perú, Rumanía y Túnez.

2.2 Algunas definiciones básicas

2.2.1 OECD Better Life Index (OECD Better Life Index, 2013)

Teniendo en cuenta que hay más vidas que las frías cifras del PIB y las estadísticas económicas. La OECD ha desarrollado un Índice que permite comprar el bienestar a través de los países miembros, basado en 11 temas relacionado con las condiciones materiales de vida y calidad de vida, que la Organización ha identificado como esenciales: comunidad, educación, ambiente, participación ciudadana, salud, vivienda, ingreso, trabajo, satisfacción, y seguridad, que contribuyen con el bienestar. Para ampliar esta información puede consultarse el portal web en la OECD: http://www.oecdbetterlifeindex.org/

2.2.2 Well-being research (OECD, 2013)

Durante casi 10 años, la medición del bienestar y el progreso de las sociedades es una de las prioridades claves de la OECD, a través no sólo de la búsqueda de las personas en el funcionamiento del sistema económico, sino también en las diversas experiencias y condiciones de las personas y hogares en los que viven. Mayor información sobre medición del bienestar puede ser consultada en el siguiente enlace de la OECD: http://www.oecd.org/statistics/measuringwell-beingandprogress.htm

2.2.3 Life expectancy (OECD Statistics, 2013)

La Esperanza de vida al nacer es uno de los indicadores de salud más frecuentemente usados. Las ganancias en la expectativa de vida al nacer en la mayoría de los países de la OECD durante las recientes décadas puede atribuirse a un número de factores, incluyendo entre ellos el aumento de los niveles de vida, el mejoramiento de los estilos de vida y una mejor educación, así como un mayor acceso a servicios de salud de calidad. Otros factores, como la mejora de la seguridad alimentaria, el saneamiento básico y las condiciones de la vivienda también jugaron un papel importante, especialmente en las economías emergentes.

2.2.4 Health expenditure (OECD Statistics, 2013)

En la mayoría de los países de la OECD, el gasto en salud es una parte importante y creciente, compartida entre el gasto público y privado. El gasto en salud como porcentaje del PIB, varía ampliamente entre los países, lo que refleja la prioridad relativa asignada a la salud, así como la diversidad de la financiación y las estructuras de organización del sistema de salud de cada país.

2.3 La OCDE: hacia el alto rendimiento de los sistemas de salud (High-Performing Health Systems)

A medida que la peor crisis financiera y económica mundial en décadas está obligando a los países a buscar formas de frenar el crecimiento del gasto público, los sistemas de salud deben aumentar su eficiencia y comenzar a ser más eficientes y efectivos en los gastos *(Value for Money)* valor para el dinero. Durante el período 1995-2010 el gasto en salud per cápita en los países de la OCDE creció tres veces más rápido que el ingreso per cápita. Entre los países de la OCDE, el gasto en salud representa actualmente, en promedio, el 9,5% del PIB, de los cuales casi el 7% proviene de fuentes gubernamentales (OECD, 2012).

El gasto en salud pronto podría superar los límites realistas más allá de aquello que los gobiernos, la seguridad social o los mismos presupuestos familiares pueden permitirse. La necesidad de controlar los grandes déficits fiscales ofrece la oportunidad de repensar el financiamiento y modelos de entrega de los sistemas de salud. Las tendencias a largo plazo son igualmente desafiantes, con los cambios en los patrones de enfermedad, los países están obligados a hacer frente a la estructura cambiante de enfermedades, especialmente la creciente carga de enfermedades no transmisibles relacionadas con el envejecimiento (OECD, 2012). Para ello será necesario invertir en la prevención de enfermedades crónicas relacionadas con el estilo de vida, la gestión del riesgo así como la promoción de la atención integral y la innovación en materia de servicios de salud.

Para ayudar a los países a conducir estos desafíos, la OECD aplica análisis económicos a las políticas sanitarias. Su misión es asesorar a los responsables políticos e informar a las partes interesadas y ciudadanos sobre el modo de abordar la demanda de más y mejor atención sanitaria, lo anterior particularmente importante entre los presupuestos que viven permanentemente tensiones de gastos e inversión.

Áreas prioritarias de la OCDE

- Medición de Estado de salud
- Calidad de la atención en salud
- Eficiencia/efectividad en el gasto sanitario *(Value for Money)*
- Economía de la prevención de la enfermedad
- Financiamiento del sistema de salud
- Talento humano en salud

2.4 Datos de Salud de la OCDE: Estadísticas e indicadores para análisis comparativos de los sistemas de salud

La OCDE ofrece varias herramientas para evaluar la evolución y desempeño de los sistemas de salud a través de comparaciones internacionales. Por esta razón, se concentra muy de cerca en asegurarse que los países miembros usen los mismos conceptos cuando recopilen datos. En consecuencia, la OCDE produce un set de estadísticas e indicadores estandarizados y comparables sobre el estado de salud, factores de riesgo para la salud, recursos destinados a la asistencia sanitaria, utilización de los servicios de salud dentro y fuera del hospital, calidad en salud, mercados farmacéuticos, atención y cuidados en salud a largo plazo y gasto y financiamiento en salud. Los datos de la OCDE han sido la fuente de estadísticas e indicadores más autorizada para comparar salud y sistemas de salud a través de los 34 países miembros por más de dos décadas (OECD, 2012).

El desarrollo del **Sistema de Monitoreo del Desempeño del Sistema de Salud bajo estándares de la OCDE,** se enmarca dentro de los términos, condiciones y procedimientos establecidos en la ***Hoja de Ruta por la misma OECD para garantizar la adhesión de Colombia*** a la Organización: Garantizar la gobernanza del sistema de salud, que incluye *captar datos, monitorear y analizar a partir de éstos el desempeño del sistema de salud y los resultados de las políticas sanitarias*, mejorar la rendición de cuentas y la transparencia de los actores involucrados en la toma de decisiones y la prestación de servicios de salud, y generar la *capacidad de proporcionar datos e información comparable internacionalmente*, así como a otras organizaciones internacionales involucradas con las políticas sanitarias, a fin de facilitar el beneficio y aprendizaje mutuo . (Figura 1)

En el nivel nacional, se da cumplimiento a la ***Ley 1438 de 2011 que obliga la integración de las fuentes de información con datos sobre la salud de las personas en un Bodega Única de Datos*** que organice, estructure y estandariza datos e indicadores en el país[1].

[1] Revisar Ley 1438 de 2011: *por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones*. Artículo 112. A*rticulación del Sistema de Información.* El Ministerio de la Protección Social, a través del Sistema Integrado de Información de la Protección Social (SISPRO), articulará el manejo y será el responsable de la administración de la información.
Las bases de datos de afiliados en salud se articularán con las bases de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil, el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, la Dirección de Aduanas e Impuestos Nacionales, el SISBEN de las Entidades Promotoras de Salud para identificar a los beneficiarios y su lugar de residencia, entre otras, dicha articulación deberá estar implementada antes del 31 de diciembre de 2012. Artículo 112. *Articulación*

del Sistema de Información. El Ministerio de la Protección Social, a través del Sistema Integrado de Información de la Protección Social (SISPRO), articulará el manejo y será el responsable de la administración de la información. Las bases de datos de afiliados en salud se articularán con las bases de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil, el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, la Dirección de Aduanas e Impuestos Nacionales, el SISBEN y de las Entidades Promotoras de Salud para identificar beneficiarios y su lugar de residencia.

3 Modelo del Sistema de Evaluación

La Dirección de Epidemiología y Demografía- DED, del Ministerio de Salud y Protección Social, dando cumplimiento a las competencias y obligaciones de seguimiento, evaluación y gestión del conocimiento establecidas para el sector salud, apoya el funcionamiento de un set de Registros, Observatorios, Sistemas de Seguimiento y Salas Situacionales, para los cuales se genera información a partir del SISPRO, se gestiona el conocimiento y se difunden los resultados. Los ROSS se agrupan de acuerdo su naturaleza de observación y seguimiento en cuatro (4) categorías: Observatorios, Sistemas de Seguimiento, Registros y Salas situacionales. (Figura 1)

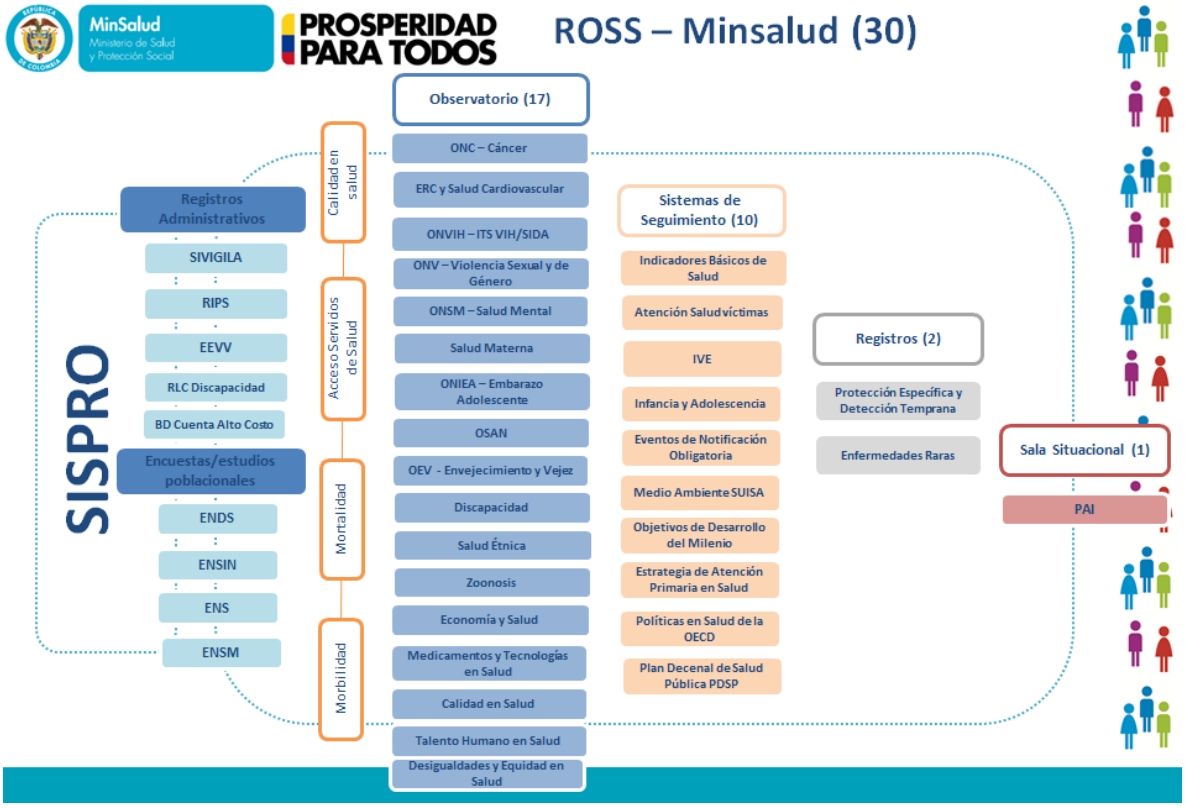
El set de ROSS del Ministerio de Salud y Protección Social es concebido como el grupo de sistemas inteligentes con capacidad de monitorear la trayectoria de salud de individuos y de la población y los determinantes socio-económicos que pueden contribuir con cambios y desigualdades en salud, facilitando la generación de información relevante, nuevas soluciones en investigación y la gestión del conocimiento que se convierten progresivamente en el corazón central de las políticas en salud pública del país.

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

Es importante que previa operación y funcionamiento de los ROSS, se supere la falta de conocimiento frente lo que un observatorio en salud pública es y puede hacer, y asumir que no son posibles sin una operación conjunta entre fuentes de información, redes de conocimiento y actores que integren y exploten los datos disponibles, y gestionen el conocimiento a partir de la medición y monitoreo de las desigualdades en salud como último fin. Por esta razón para ampliar información sobre los Observatorios y su metodología, se sugiere consultar la **Guía**

Metodológica de los Registros, Observatorios, Sistemas de Seguimiento y Salas Situacionales en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia.

Figura 1. Registros, Observatorios, Sistemas de Seguimiento y Salas Situacionales en Salud de Colombia.



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

3.1 Definición del Sistema de Medición del Desempeño del Sistema de Salud en Colombia bajo criterios de la OECD

Es el conjunto de datos, indicadores y análisis del desempeño del sistema de salud y de resultados de políticas sanitarias bajo criterios de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), con el fin de garantizar políticas y prácticas que mejoren el bienestar económico y social de las poblaciones, a la vez que favorece el intercambio de análisis y evidencia comparativa que permiten predecir tendencias futuras entre países miembros, así como fijar

estándares internacionales en el rendimiento de los sistemas de salud que buscan el bienestar de la población. (Figura 3)

3.2 Rol del Sistema de Seguimiento

Garantizar la gestión de la información que le permite al país adoptar el sistema de monitoreo para evaluar el desempeño del sistema de salud bajo criterios de la OECD e implementar las estrategias que conlleven al avance hacia una gestión del conocimiento que favorezca la revisión y los análisis comparativos sobre las mejores prácticas en políticas en salud, implementadas a nivel mundial y posiblemente adaptables a nuestro contexto.

3.3. Funciones del sistema de monitoreo

1. Proporcionar datos, indicadores y análisis internacionalmente comparables entre los países miembros sobre el rendimiento del sistema de salud en las áreas priorizadas de la OECD.
2. Monitorear el comportamiento de la oferta y demanda sanitaria y de los servicios de salud, y evaluar el progreso del sistema de salud colombiano bajo criterios de la OECD.
3. Monitorear cambios, comportamientos y tendencias de la salud para destacar áreas de acción *(especialmente mortalidad infantil y materna, enfermedades crónicas como cáncer y cardiovascular, y factores de riesgo asociados al consumo de alimentos, alcohol y tabaco).*
4. Identificar brechas en la información, fomentar el incremento de la evidencia para el país y promover el intercambio de evidencia de políticas y mejores prácticas en áreas relacionadas entre los países miembros.
5. Informar el desarrollo y aplicación de políticas e intervenciones en salud *(Apoyar e inducir la toma de decisiones, emitir recomendaciones y orientaciones a políticas e intervenciones en salud)*.
6. Difundir y comunicar la evidencia generada de forma eficiente.

3.4. Características del sistema de medición

- Estandarización de los datos
- Integración de fuentes
- Estabilidad temporal y espacial

- información unificada y confiable.
- Manejo institucional y organizacional de la información del sector salud
- Comparabilidad bajo estándares internacionales de la OECD
- Aumento de la evidencia y gestión del conocimiento en salud en el país y entre países de la OECD.

3.5 Estructura y Funcionamiento

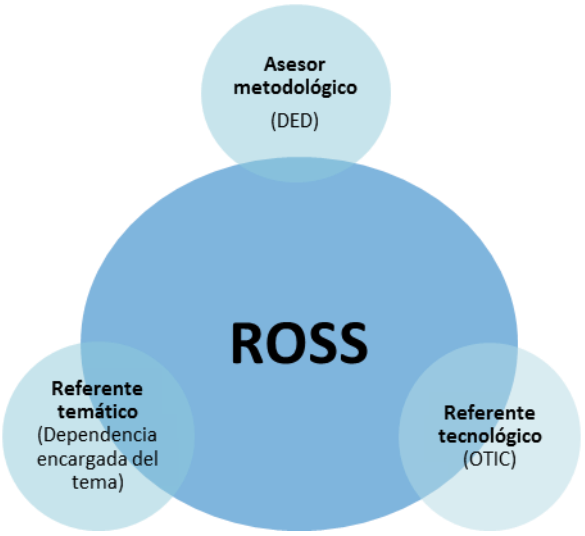
La Figura 2 ilustra la tríada estratégica para la operación de los ROSS al interior del Ministerio de Salud y Protección Social, la cual está conformada por:

1) Un referente y/o grupo técnico en el tema: Adscrito a la dependencia encargada de liderar el tema o área que monitorea el ROSS (por ejemplo: Subdirección de Enfermedades Crónicas no trasmisibles, Subdirección de Salud Nutricional, Alimentos y Bebidas, Grupo de Salud Sexual y Reproductiva de la Dirección de Promoción y Prevención; Dirección de Medicamentos y Evaluación de Tecnologías en Salud; Grupo de Ciclo de vida, Grupo de discapacidad de la Oficina de Promoción Social; Oficina de Calidad).

2) Un profesional de la Dirección de Epidemiología y Demografía DED: Asignado por la Dirección de Epidemiología y Demografía DED, como un asesor metodológico en apoyo a la gestión y análisis de la información requerida para responder a los objetivos planteados por cada ROSS.

3) Un profesional de la Oficina de Tecnologías de la Información y Comunicación OTIC: Asignado por la Oficina de Tecnologías de Información y Comunicación OTIC como un referente tecnológico, y quien dispone de manera confiable y oportuna las salidas y canales de acceso para consulta y generación de datos requeridos por los ROSS.

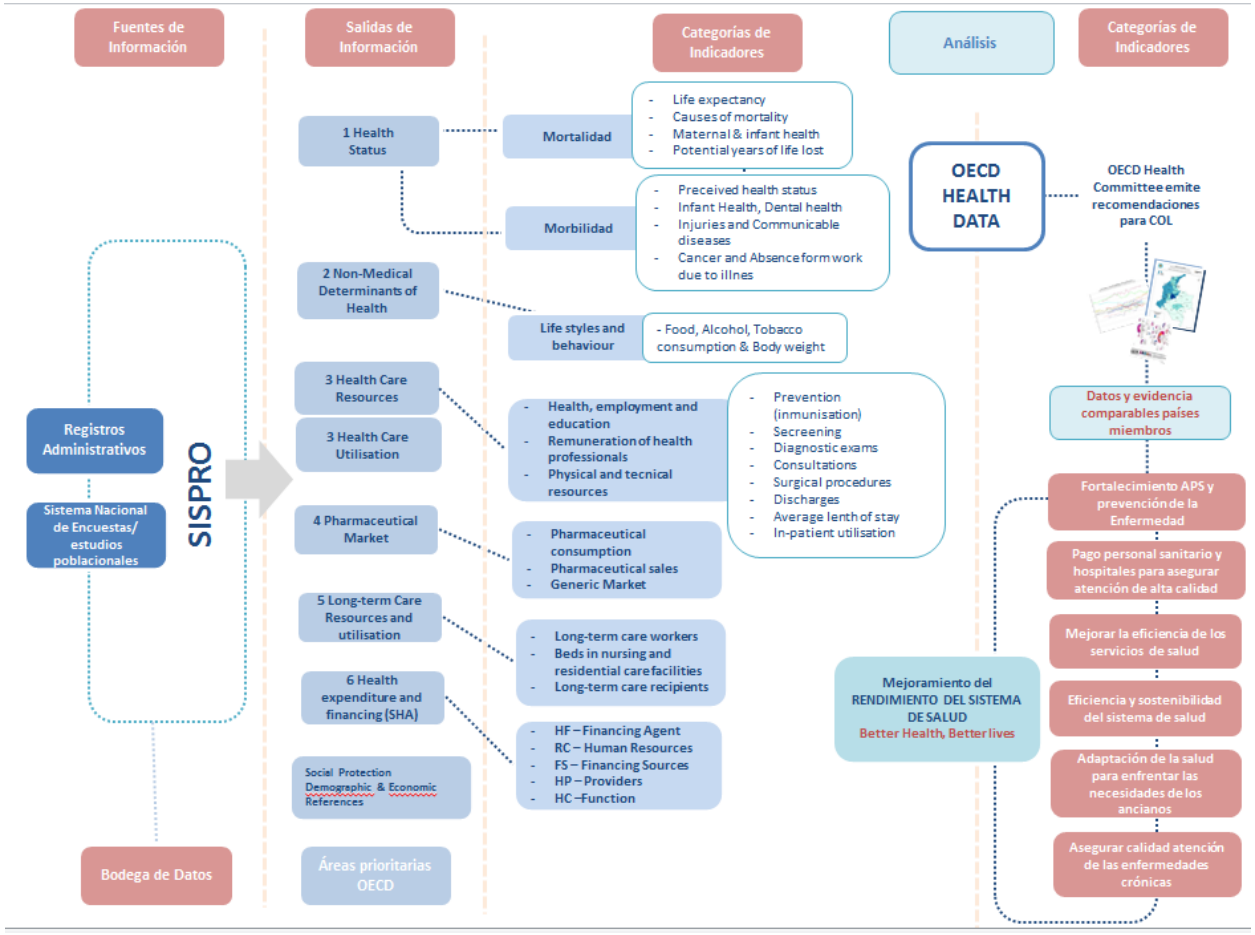
Figura 2. Tríada de operación de un ROSS al interior del Ministerio de Salud y Protección Social



Fuente: Grupo de Gestión de Conocimiento y Fuentes de Información, Dirección de Epidemiología y Demografía, Ministerio de Salud y Protección Social, MSPS 2014

De forma particular para el Sistema Evaluación del Desempeño del Sistema de Salud bajo criterios de OECD, la figura 3 presenta el flujo operativo de información en el cual se presentan los componentes estratégicos que deben estructurar el sistema y que son sustanciales para su funcionamiento; se recomienda profundizar los conceptos de cada componente, desarrollados previamente en el documento **Guía metodológica para Registros, Observatorios, Sistemas de Seguimiento y salas situacionales Nacionales en salud.**

Figura 1. Flujo de Información Sistema de Evaluación del Desempeño del Sistema de Salud en Colombia bajo criterios OECD



Fuente: Grupo de Gestión de Conocimiento y Fuentes de Información, Dirección de Epidemiología y Demografía, Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2013

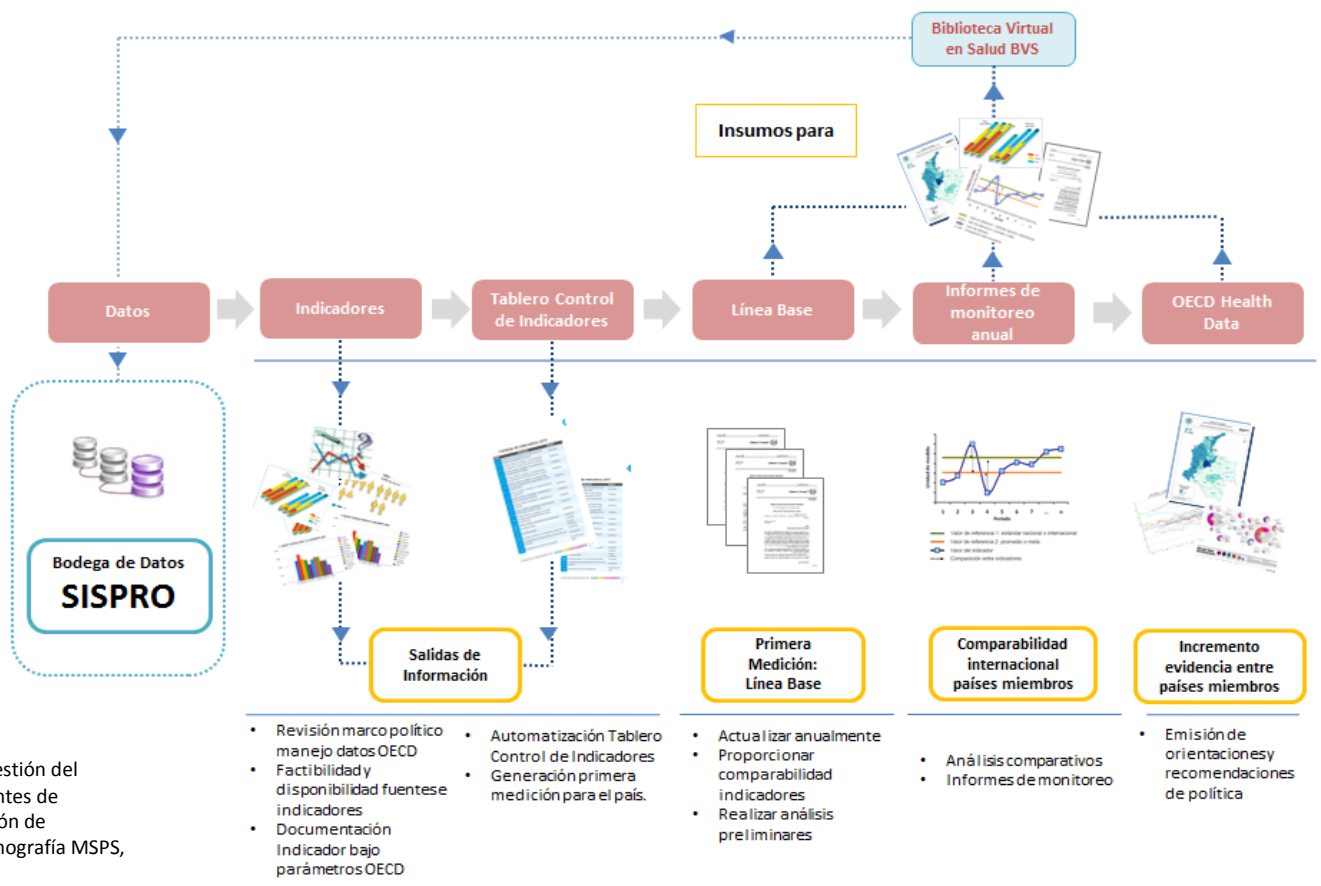
3.6. Insumos, procesos y resultados

La figura 4 ilustra cómo es la trasformación de los insumos que requiere el Sistema de Monitoreo del Desempeño del Sistema de Salud en Colombia bajo Estándares de la *OECD (variables-datos-indicadores y tablero de indicadores)* a través de procesos específicos *(Integración fuentes, revisión y priorización, generación y comparación, difusión y comunicación)* que terminan en resultados de interés *(incrementar la evidencia, proporcionar datos e indicadores internacionalmente comparables, emitir recomendaciones de política y guiar el desempeño del sistema de salud)*.

3.7 Responsables

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

Figura 2. Insumos, procesos y resultados del Sistema de Monitoreo de Indicadores en salud de la OECD.



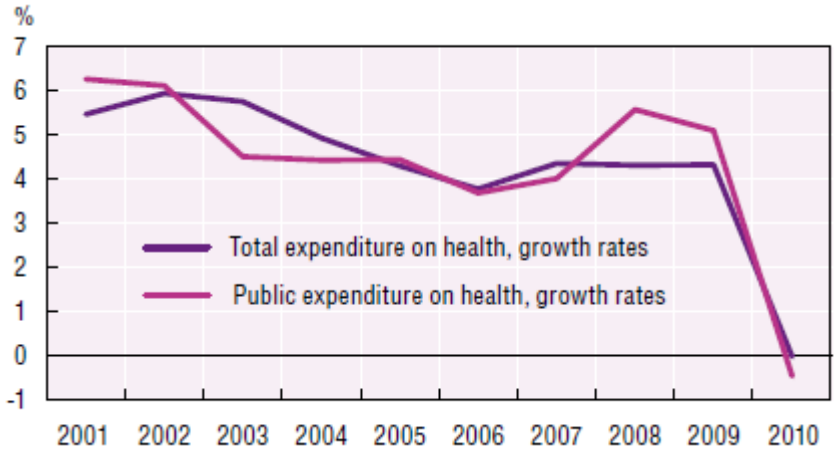
Fuente: Grupo de Gestión del Conocimiento y Fuentes de Información, Dirección de Epidemiología y Demografía MSPS, Colombia, 2013

3.8. Áreas prioritarias de monitoreo y medición de la OECD

3.8.1. Gasto en salud *(Health spending)*

La OCDE ha desarrollado un estándar global proporcionando datos precisos, confiables y oportunos sobre el gasto en salud que son comparables a través de los países miembros y a través del tiempo, a la vez que analiza factores detrás de los cambios y de prácticas adecuadas. Desde el año 2005, la OCDE, Eurostat y la OMS han estado recopilando información conjuntamente sobre gasto y financiamiento en salud entre los países miembros y de la Unión Europea. El marco ofrecido por el Sistema de Cuentas en Salud (*System Health Account SHA*) es la metodología global que satisface las necesidades de análisis del sector salud tanto públicas como privadas (OECD-SHA, 2011). (Figura 5)

Figure 3. The reversal in Health spending in 2010



Fuente: OECD Health Data 2012.

La información disponible sobre gastos por enfermedad o de determinados grupos que acceden a servicios específicos por patologías comunes ha ido expandiendo su interés en el último período entre los países de la OCDE. En ese sentido, proporcionar información sobre gastos y cuentas en salud que permitan realizar seguimiento a enfermedades específicas como el cáncer, diabetes, VIH/SIDA, salud mental, entre otras, ayuda a los países a comprender cómo mejorar la atención. Del mismo modo, la OCDE está desarrollando datos internacionalmente comparables sobre niveles

de precios para diferentes servicios de salud para facilitar su entrega dentro del sistema de salud (Koechlin, Lorenzoni, & Schreyer, 2010).

3.8.2. Calidad en salud *(Quality of Health Care)*

Mejoramiento del Desempeño a través del Benchmarking. Uno de los principios guía de todos los sistemas de salud en los países miembros de la OCDE es proporcionar a los pacientes una atención de alta calidad, que se caracterice por ser segura y responsable con las necesidades de los pacientes. Medir la calidad de la atención en salud entre y a través de los países es la piedra angular de los esfuerzos para el progreso de cada país en referencia para alcanzar este objetivo.

Desde el año 2002 la OCDE (OECD, 2012) ha estado recolectando datos comparativos sobre eventos que pueden dar una idea amplia de la calidad en la atención:

- Condiciones crónicas y relacionadas con el dolor agudo.
- Seguridad del paciente y eventos adversos
- Trastornos mentales
- Atención en Cáncer
- Enfermedades no transmisibles
- Atención Primaria en Salud

Actualmente la OECD, señala que las medidas de morbilidad pueden no ser suficientes para enfrentar los cambios en los patrones de enfermedad de cada país, por lo tanto, en el futuro el trabajo que se desarrolle debe responder a nuevos enfoques para medir la calidad de la atención para las personas con múltiples comorbilidades (OECD, 2012). La OCDE, a medida que va ayudando a los países para que fortalezcan sus sistemas de información, les proporciona estándares para lograr un mejor seguimiento de la calidad en la atención.

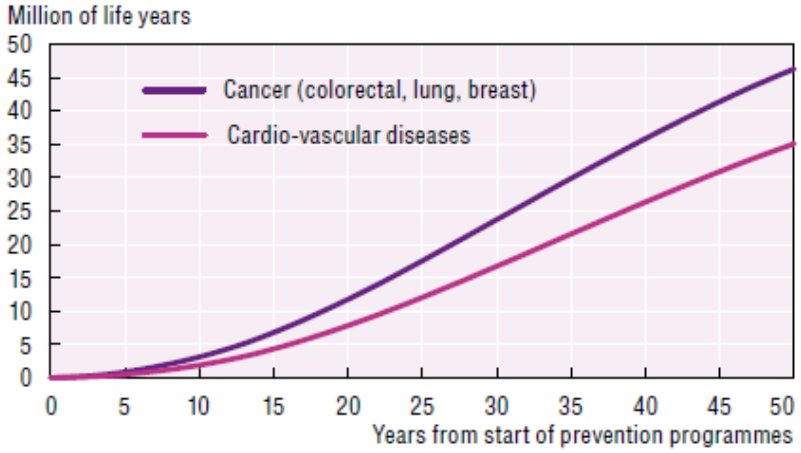
Los avances en materia de información y datos disponibles de la OECD sobre el cáncer, las enfermedades cardiovasculares y la diabetes permite explorar si las diferencias en la calidad de la atención pueden ser explicadas por las características de los sistemas de salud, tales como los programas de tamizaje, las guías clínicas, los niveles de gasto en salud, la disponibilidad de recursos humanos y el uso de la tecnología (OECD, 2012).

3.8.3. Economía de la Prevención *(Economics of Prevention)*

Vidas y economías más saludables. Es evidente como países de todo el mundo se enfrentan a una creciente ola de enfermedades crónicas, lo que constituye una causa importante de preocupación para los sistemas de salud y los mecanismos de financiamiento. Aunque algunos factores de riesgo, como el tabaquismo, han disminuido en muchos países de la OCDE, las dietas malsanas, estilos de vida sedentarios y la obesidad, el consumo indebido de alcohol y otros se han estado difundiendo ampliamente, aumentando las enfermedades crónicas y la mortalidad prematura evitable (OECD, 2012). (Figura 6)

Por esta razón, promover la salud y prevenir la enfermedad, son acciones que se enmarcan en el programa de Economía de Prevención de la OECD, que identifica políticas eficaces y eficientes para la prevención de las principales enfermedades crónicas no transmisibles (ENT). Allí se analizan los factores de riesgo comunes de las enfermedades crónicas, en especial las vinculadas con las conductas individuales, con el fin de producir evidencia de los impactos sanitarios y económicos basados en los enfoques alternativos para la prevención de enfermedades crónicas, como los desarrollados por la Organización en el tema de la obesidad, la dieta, la actividad física y el consumo de alcohol, la difusión de estos factores de riesgo en las poblaciones de la OCDE, y las posibles estrategias para prevenir las enfermedades crónicas mediante la lucha contra los factores de riesgo.

Figura 4. Years of life free of chronic by preventing obesity in Europe



Fuente: Simulation based on OECD/WHO Chronic Disease Prevention Model.

En colaboración con la OMS la OECD estima el impactoo de las estrategias de prevención en la salud de la población, su influencia sobre las desigualdades sociales en salud, la atención en salud y los gastos del gobierno (a través del Modelo de Prevención de Enfermedades Crónicas y sus extensiones) (OECD/WHO, 2010).

3.8.4. Eficiencia/Efectividad en el gasto sanitario *(Value for Money)*

Incrementar la eficiencia de los sistemas. Los sistemas sanitarios pueden mejorar sus niveles actuales de gasto sin poner en peligro los resultados de salud de la población. Si bien este es un hecho bien establecido, la búsqueda de políticas que pueden ayudar a aumentar la eficiencia en el gasto en salud no es un asunto fácil. Potenciar la atención primaria y mejorar los hospitales para este propósito es una de las mejores maneras de apoyar a las personas que viven más tiempo y demanda más servicios por tener enfermedades más complejas (OECD, 2012).

La OECD tiene disponible un perfil de buenas prácticas entre los países miembros que proporciona información y evidencia de algunas experiencias exitosas que ayudaron a evitar gastos hospitalarios innecesarios. La responsabilidad de la OECD, en este sentido es continuar examinando cómo las diferencias en el conjunto de habilidades y la organización de servicios de salud de primera línea influyen en la calidad y el costo de la atención.

Los hospitales son caros y complejos, pero la gente sólo debe recurrir a ellos para sus necesidades de salud más críticas. La OCDE analiza las diferencias en el costo de la atención hospitalaria y el número de servicios prestados a través de países de la OCDE. También se estudia cómo se paga a los hospitales, cómo se organizan y cómo se regulan. El uso de los datos comparables y experiencias, ayuda a los gobiernos a desarrollar políticas para mejorar el desempeño de los hospitales (OECD, 2012) (OECD, 2010).

Los sistemas de salud deben garantizar mayor eficiencia en el gasto para que sus proveedores entiendan los conceptos de calidad y eficiencia. Es así, como la OECD revisa los enfoques innovadores adoptados por los países para pagar a los médicos, hospitales y proveedores sobre la base de los resultados y la calidad de la atención (OECD, 2010).

La OECD considera el pago de la prestación de servicios de salud para recompensar la coordinación

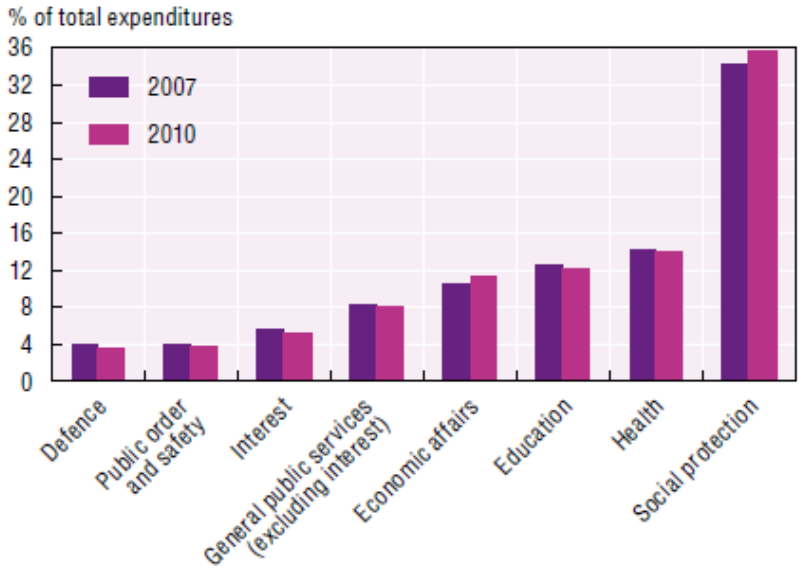
entre la atención primaria, los hospitales y la atención y cuidados a largo plazo, incluyendo nuevos métodos de organización y financiación de las enfermedades crónicas. Es así, como la OECD trabaja con socios clave, tales como el Banco Mundial y el Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud, para revisar los planes y prácticas existentes e innovadoras (OECD, 2012) (OECD, 2010).

3.8.5. Financiamiento en Salud *(Health financing)*

Asegurar la sostenibilidad financiera de los sistemas de salud. El crecimiento en el gasto en salud ha dado lugar a mejoras considerables en la salud de la población y es una fuente de crecimiento económico y de empleo. Sin embargo, la sostenibilidad fiscal es un problema particularmente acuciante, ya que los países tratan de alinear el gasto público a los ingresos. La salud es uno de los mayores gastos públicos en los países y las previsiones de la OCDE muestran como el gasto en salud va a continuar aumentando en el futuro. El aumento de la salud y los gastos de atención a largo plazo son algunos de los principales impulsores de los déficit fiscales de los gobiernos de los países miembros de la OCDE (OECD, 2012) (OECD Health, 2012). (Figura 7)

Existe la preocupación de cómo el aumento del gasto en salud está desplazando a otros gastos públicos importantes, como la educación y la protección social. Sin embargo, los modelos utilizados para predecir los gastos de salud son impulsados por las suposiciones hechas sobre una base de pruebas limitadas que difiere notablemente de un país a otro. El Comité de Salud de la OCDE está trabajando con la Red de la OCDE de altos funcionarios del presupuesto y el Comité de política económica para mejorar el pronóstico de la salud en general y los gastos de atención a largo plazo. Este comité, también tiene como objetivo ayudar a las autoridades a calcular necesidades y crear mecanismos para garantizar reservas fiscales que puedan financiar el gasto en salud dentro de los países miembros.

Figura 5. Goverment expenditure, 2007 and 2010



Fuente: OECD Fiscal Consolidation Survey 2012.

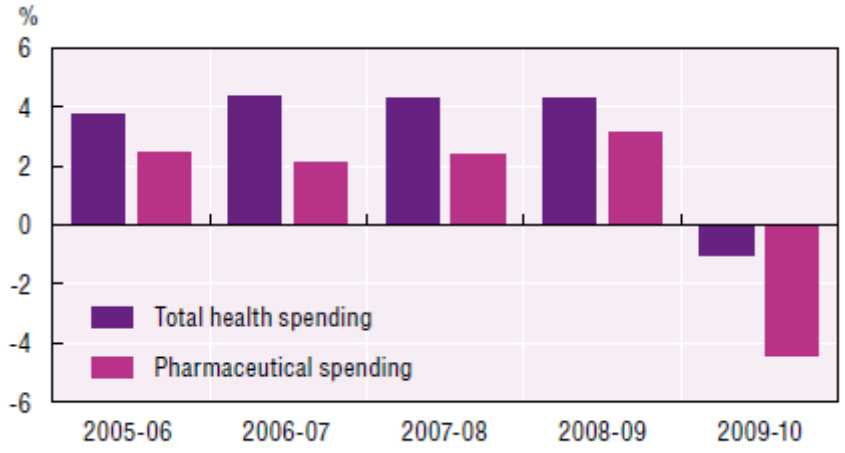
Los sistemas de salud necesitan financiación estable para planificar el futuro y lograr mayor eficiencia en la contratación. Diferentes fuentes de financiamiento se ven afectados de manera diferente por los choques a la economía, y por lo tanto requieren diferentes disposiciones presupuestarias. Es así, como la OECD ha iniciado a trabajar con funcionarios de alto nivel de los gobiernos responsables del tema de presupuesto, con el fin de explorar opciones de financiamiento que sean resistentes a las crisis económicas y los cambios a largo plazo y ayudar a los países a comprender qué políticas tendrían mayor impacto en el espacio fiscal disponible para el gasto en salud en el futuro. La evidencia ha demostrado, el potencial mejoramiento de la salud a partir del establecimiento de impuestos y control a productos no saludables (alcohol, grasas, tabaco, azúcar y sal). (OECD, 2012) (OECD Health, 2012).

3.8.6. Medicamentos *(Pharmaceuticals)*

Los medicamentos han traído valiosos avances en la atención médica. Los pacientes están sobreviviendo muchos tipos de cáncer o infecciones y la calidad de vida de los pacientes con

enfermedades crónicas ha mejorado considerablemente. Sin embargo, estos avances tienen un costo: el 1,5% del PIB, en promedio, entre los países de la OCDE (OECD, 2012). (Figura 8)

Figura 6. Health pharmaceutical spending growth



Fuente: OECD Health Data 2012.

Es claro, que el gasto farmacéutico sigue aumentando rápidamente en muchos sistemas de salud del mundo. La OCDE analiza las tendencias de los mercados farmacéuticos y ayuda a los gobiernos a entender cómo mejorar la rentabilidad al tomar decisiones sobre el reembolso y los precios de los nuevos medicamentos en un mercado global. La gran mayoría de los países de la OCDE ha examinado el impacto de las políticas de fijación de precios farmacéuticos, regulando el precio y la disponibilidad de los medicamentos, con el doble objetivo de gastar de manera eficiente hoy y fomentar la Investigación + Desarrollo para conseguir productos innovadores para el mañana. (Paris & Belloni, 2013).

Actualmente, la OECD revisa los métodos utilizados por los países para evaluar el "valor" de los productos farmacéuticos y su capacidad de innovación mediante la fijación de precios basada en el valor. La evidencia disponible entre los países miembros hasta ahora, sugiere que el valor de un producto no siempre encuentra su camino en las decisiones de reembolso y fijación de precios, que siguen los precios pagados en otros países. El consejo para los países consiste en la forma como se paguen los medicamentos en función de su valor para los contribuyentes, los pacientes y la sociedad (Paris & Belloni, 2013) (OECD, 2012).

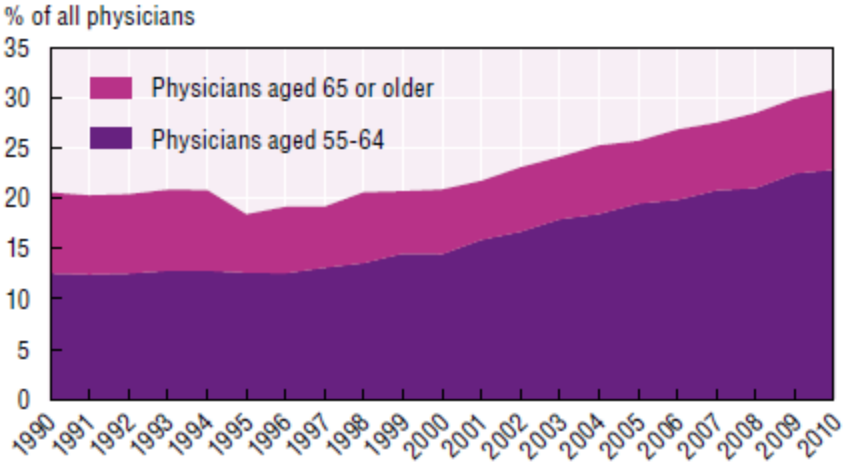
El trabajo de la OECD sobre los medicamentos busca el valor de las políticas farmacéuticas demostrando cuales fueron los factores claves para garantizar la calidad y eficiencia de la atención, a través de aquellas políticas y mejores prácticas que han generado mayor dependencia de los medicamentos genéricos y el uso adecuado del mercado farmacéutico. La evidencia disponible indica como el mercado de los medicamentos genéricos varía mucho, desde un mínimo de 20% hasta un 75% de las prescripciones en todos los países de la OCDE. Algunos países de la OCDE han obtenido hasta un 90% de reducción de precios a través de políticas agresivas de impulsar la competencia de precios en los mercados de genéricos (Paris & Belloni, 2013) (OECD, 2012).

Finalmente, es claro como el uso inadecuado de los productos farmacéuticos, incluyendo el consumo excesivo de antibióticos, pone en peligro la eficiencia del gasto farmacéutico y crea fármaco-resistencia. De igual forma, la multi-medicación de las personas mayores con varias enfermedades puede ser más peligrosa que beneficiosa. En ese sentido, la OECD ayuda a los países a identificar las políticas que sirven para fomentar el uso adecuado y seguro de los medicamentos (OECD, 2012).

3.8.7. Planeación y Administración del Recurso Humano en Salud *(Health Workforce Planning)*

Asegurando personal estable de salud en la OEC. Los trabajadores de salud son fundamentales para el funcionamiento de los sistemas de salud. Por esto, mejorar la planificación de recursos humanos de salud es de vital importancia. Aunque no hay un número "correcto" de los trabajadores de la salud, existe la preocupación acerca de una posible escasez de profesionales en la actualidad o en el futuro a través de países de la OCDE. Los países tendrán que sustituir a los trabajadores de la salud que están en retiro y responder a las demandas más exigentes de pacientes con múltiples enfermedades crónicas y complejas (OECD, 2012). Tales exigencias, elevarán la coordinación de la atención y medicina general. Mientras tanto, la OMS a través del Código Global 2010 de prácticas sobre la contratación internacional de personal de salud, insta a los gobiernos a que se abstengan de contratar personal proveniente de los países con escasez.

Figura 7. Growing share of physicians over 55 years old



Fuente: OECD Health Data 2012

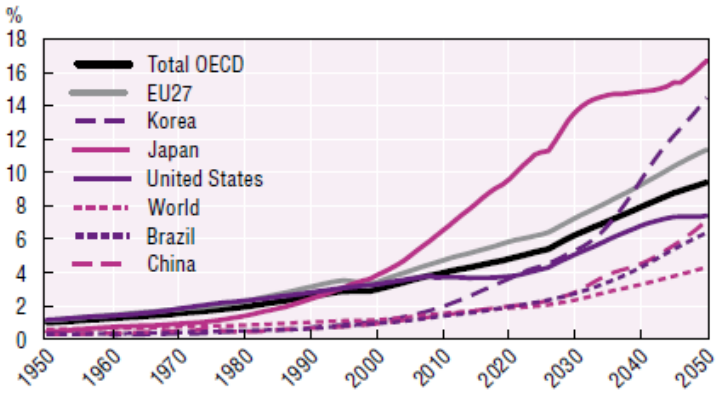
En ese sentido, la OCDE aconseja a los países sobre la manera de satisfacer la futura demanda de profesionales de la salud, reconociendo que países con una transición demográfica avanzada (rápido envejecimiento) se enfrentan a las dificultades de tener menos personas jóvenes que pueden ser entrenadas para el relevo generacional. De esta forma, y a través de evaluaciones de la evolución y las políticas relativas a la formación capacidades, es posible ayudar a los países a mejorar la planificación de recursos humanos de salud mediante la revisión de los métodos para estimar los posibles futuros cambios en la oferta y demanda de médicos y enfermeras (Simoens & Hurts, 2006).

La OECD evalúa incluso el grado de desajuste de competencias entre los trabajadores del sector salud entre los países miembros, así como las políticas diseñadas para fomentar mejores y adecuadas competencias de los profesionales de salud actuales y las requeridas por su trabajo. Teniendo en cuenta, que a medida que la mezcla de ocupaciones varía mucho de un país a otro, se revisan las políticas y criterios utilizados en los países para hacer un mejor uso de las habilidades de los trabajadores de la salud y lograr una combinación más eficiente de los diferentes tipos de profesionales en la fuerza de trabajo (Buchan & Black, 2011).

3.8.8 Cuidado a largo Plazo *(Long-Term Care)*

Enfrentando la demanda creciente y las altas expectativas de atención. Durante las próximas décadas, los países de la OCDE continuarán envejeciendo, lo que llevará a acciones sin precedentes con una gran población mayor de 80 años de edad (figura 10). Se espera que la participación esperada de esta población incrementara del 4% en el año 2010 a casi u 10% para el año 2050 en toda la OECD (OECD/EU, 2011) (OECD, 2012). El crecimiento en el número de personas mayores es el principal factor del aumento de la demanda de cuidados a largo plazo (LTC), lo cual obliga a los países miembros a adaptar la oferta de servicios acorde a la creciente demanda de atención de la población envejecida.

Figura 8. Rapidly growing share of the over 80 population



Fuente: OECD (2011), Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care.

La OECD analiza como el mercado del cuidado y atención a largo plazo puede adaptarse a altas demandas de atención de población más vulnerable y de personas con limitaciones cognitivas, por ejemplo mediante mejores esfuerzos de reclutamiento y una mayor productividad de trabajadores de cuidados a largo plazo. Del mismo modo, dentro de la OECD se fijan políticas de apoyo a los cuidadores familiares, tales como horarios de trabajo flexibles, para evitar que renuncien al trabajo remunerado debido al tipo de cuidados que prestan, así como el diseño cuidadoso de beneficios en salud (Colombo & Mercier, 2012).

La OECD ofrece asesoría sobre cómo equilibrar el acceso con sostenibilidad financiera entre los países miembros, conciliando la necesidad de una mayor cobertura de servicios y atención a largo plazo con el aumento del gasto público que esto implica. Sin esta ayuda, los gastos de servicios y

atención pueden convertirse rápidamente en inasequibles para la mayoría de las personas. Sin embargo, para mantener el control sobre los costos, muchas políticas pueden ser ajustadas, incluyendo el nivel de necesidad que desencadena la cobertura pública, el grado de participación de los costos compartidos y el tipo de servicios financiados por fondos públicos. El trabajo conjunto de la OECD ayuda a asesorar a los gobiernos sobre las reformas financieras de servicios y atención de largo plazo y sobre el posible rol que los instrumentos financieros privados pueden jugar (Colombo & Mercier, 2012) (OECD, 2012).Simultáneamente, mejorar el valor de la calidad en la atención es importante.

Como los costos de los servicios y los cuidados a largo plazo aumentan, buscar valor en los servicios y atención a largo plazo no es deseable, es un asunto esencial, lo que hace Es necesario garantizar mayor eficiencia y efectividad en la prestación de servicios de atención a largo plazo. La OECD desarrolla investigación en este tema poco estudiado, analizando enfoques de países innovadores y aumentando la evidencia sobre prácticas exitosas y fallidas. La mayoría de las innovaciones promisorias apuntan a gestionar mejor la estancia hospitalaria, programas de asistencia, casas de enfermeras y de días de atención *(day-care settings)*, para mejorar incentivos a pagadores y prestadores a fin de Optimizar los incentivos hacia pagadores y prestadores de servicios de atención a largo plazo, de tal forma que permitan el fomento de un envejecimiento saludable y activo (OECD/European Comission, 2013) (OECD/EU, 2011).

Existe una necesidad de fortalecer el monitoreo y mejorar la gobernanza de la calidad de los servicios de atención a largo plazo. Una calidad en la atención pobre pone en peligro los resultados y calidad de vida de las personas mayores. La OECD, por ello revisa la evolución y tendencias, tales como un mayor uso de esquemas de incentivos, la evaluación comparativa y la supervisión externa. También, asesora los gobiernos sobre cómo superar las barreras y limitaciones para monitorear la calidad de los servicios y atención en el largo plazo, tales como la falta de indicadores trazadores de calidad en la atención (OECD/European Comission, 2013).

3.9. Variables en Salud de la OECD

El listado de variables para los indicadores en salud de la OECD puede ser consultado con sus definiciones en el siguiente enlace: http://www.oecd.org/els/health-systems/oecd-health-data-2013-list-of-variables.htm

3.10 Indicadores

Esta Guía incluye los indicadores para apoyar el monitoreo y medición al desempeño del sistema de salud propuesto por la OECD a través de 6 áreas prioritarias (tabla 1). La línea base de los indicadores contenidos en cada área, es producida con el apoyo de la Dirección de Epidemiologia y Demografía del Ministerio de Salud y Protección Social con datos disponibles a partir del año 2010-2011.

Los indicadores clave que conforman las 6 áreas priorizadas se combinan además con datos generales sobre referencias demográficas y económicas del país disponible en la Bodega de Datos del SISPRO, tales como la estructura de edad de la población, las referencias macroeconómicas y las tasas de conversión monetaria. Los indicadores deben ser actualizados cada año de acuerdo los formatos prestablecidos por OECD Health Data. Cada área puede ser consultada a continuación a través de los enlaces de un documento PDF que contiene la información completa de definición, fuentes y métodos por cada indicador, que se publica en Eco-Salud OCDE 2013 en OECD.Stat. Acceso directo a estos indicadores también se proporciona desde el portal web de la OECD:

http://www.oecd.org/els/health-systems/Table-of-Content-Metadata-OECD-Health-Data-2013.pdf

Tabla 1 Indicadores para apoyar el monitoreo y medición al desempeño del sistema de salud propuesto por la OECD a través de 6 áreas prioritarias.

1.HEALTH STATUS
A. Mortality
1.Life expectancy
2.Causes of mortality
3.Maternal and Infant mortality
3.1 Infant mortality
3.2 Neonatal mortality
3.3 Perinatal mortality
3.4 Maternal mortality
4. Potential years of life lost

B. Morbidity
5. Perceived health status
6. Perceived health status by income and education level New
7. Low birthweight
8. Decayed-missing-filled teeth at age 12
9. Communicable diseases
9.1 AIDS
9.2 Incidence of pertussis, measles and hepatitis B
10. Cancer
11.Injuries in road traffic accidents
12. Absence from work due to illnessSelf-reported and Compensated
12.1 Self-reported absence from work due to illness
12.2 Compensated absence from work due to illness
2.NON-MEDICAL DETERMINANTS OF HEALTH
1.Food consumption
1.1Total fat intake
1.2 Total calories and total protein intake
1.3 Sugar consumption
1.4 Consumption of vegetables and fruits
1.5 Consumption of vegetables and fruits - Survey data
2 Alcohol consumption in liters per capita (age 15+)
3 Tobacco consumption
3.1Tobacco consumption in grams per capita (age 15+)
3.2 Average number of cigarettes per smoker per day (age 15+)
3.3 Daily smokers (age 15+)
4. Overweight or obese population Self-reported and Measured data
4.1 Overweight or obese population, Self-reported data (age 15+)
4.2 Overweight or obese population, Measured data (age 15+)
3. HEALTH CARE RESOURCES
A. Health Employment and Education
1.Total health and social employment
2.Physicians
2.1Practising physicians

2.2Professionally active physicians
2.3Physicians licensed to practice
3 Physicians by age group and by gender
4 Physicians by categories
4.1 Generalist medical practitioners
4.2 General practitioners
4.3 Other generalist (non-specialist) medical practitioners
4.4 Specialist medical practitioners
4.5 General paediatricians
4.6 Obstetricians and gynaecologists
4.7 Psychiatrists
4.8 Medical group of specialists
4.9 Surgical group of specialists
4.10 Other specialists not elsewhere classified
4.11 Medical doctors not further defined
5. Midwives
5.1Practising midwives
5.2Professionally active midwives
5.3Midwives licensed to practice
6. Nurses
6.1Practising nurses
6.2Professionally active nurses
6.3Nurses licensed to practice
6.4 Professional nurses
6.5Associate professional nurses
7. Caring personnel (Personal care workers)
7.1Practising caring personnel (personal care workers)
7.2Professionally active caring personnel (personal care workers)
8. Dentists
8.1 Practising dentists
8.2 Professionally active dentists
8.3 Dentists licensed to practice
9. Pharmacists

9.1Practising pharmacists
9.2Professionally active pharmacists
9.3 Pharmacists licensed to practice
10. Physiotherapists
11.Hospital employment
11.1Total hospital employment
11.2Physicians employed in hospitals
11.3Professional nurses and midwives employed in hospitals
11.4 Associate professional nurses employed in hospitals
11.5Health care assistants employed in hospitals
11.6Other health service providers employed in hospitals
11.7 Other staff employed in hospitals
12. Graduates
12.1 Medical graduates
12.2 Dentists graduates
12.3 Pharmacists graduates
12.4 Midwives graduates
12.5 Nursing graduates
12.6 Professional nursing graduates
12.7 Associate professional nursing graduates
13. Remuneration of health professionals
13.1 Remuneration of general practitioners
13.2 Remuneration of specialists
13.3 Remuneration of hospital nurses
B. Physical and Technical Resources
14. Hospitals
14.1 Hospitals
14.2 Publicly-owned hospitals
14.3 Not-for-profit privately owned hospitals
14.4 For-profit privately owned hospitals
14.5 General hospitals
15.Hospital beds
15.1 Total hospital beds

15.2 Curative acute care beds in hospitals
15.3 Psychiatric care beds in hospitals
15.4 Long-term care beds in hospitals
15.5 Other hospital beds
15.6 Beds in publicly-owned hospitals
15.7 Beds in not-for-profit privately owned hospitals
15.8 Beds in for-profit privately owned hospitals
16.Medical technology
16.1 Computed Tomography scanners
16.2 Magnetic Resonance Imaging units
16.3 Positron Emission Tomography scanners
16.4 Gamma cameras
16.5 Digital Subtraction Angiography units
16.6 Mammographs
16.7 Radiation therapy equipment
16.8 Lithotriptors
4.HEALTH CARE UTILISATION
1.Consultations
1.1Doctors consultations (in all settings)
1.2Dentists consultations (in all settings)
1.3Outpatient consultations with doctors in hospital
2.Immunisation
2.1 Immunisation against Diphtheria, Tetanus and Pertussis
2.2 Immunisation against Measles
2.3 Immunisation against Hepatitis B
2.4 Immunisation against influenza among the population aged 65 and over
3. Screening Survey data and programme data
3.1 Breast cancer screening, survey data and programme data
3.2 Cervical cancer screening, survey data and programme data
4. Hospital aggregates
4.1 Inpatient care
*discharges (all hospitals)
*average length of stay (all hospitals)

4.2Curative care
*discharges
* bed-days
·*average length of stay
*occupancy rate
5.1 Hospital discharges by diagnostic categories
5.2 Hospital average length of stay by diagnostic categories
5.3 Definition: Hospital bed-days by diagnostic categories
5.4 International Shortlist for Hospital Morbidity Tabulation (ISHMT)
6. Diagnostic exams
7. Surgical procedures (shortlist)
7.1 Surgical procedures (shortlist)MAPPING ICD-9-CM
8. End-stage renal failure
8.1 End-stage renal failure patients
8.2 Functioning kidney transplants
8.3 Patients undergoing dialysis
9.Waiting times for selected elective surgeries
5 y 6. HEALTH EXPENDITURE AND FINANCING
Access the Health Expenditure and Financing Dataset:
http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA.
Definitions
Total and current expenditure on health
Expenditure on personal health care
Expenditure on collective health care
Expenditure on services not allocated by function
Additional health expenditure aggregates
DEMOGRAPHIC REFERENCES
1.Population, Total and by sex
2.Fertility
3.Population age structure
4.Labour force Total civilian employment
ECONOMIC REFERENCES
1.Macro-economic references

1.1Gross domestic product
1.2Average annual wages
2 .Monetary conversion rates
2.1GDP Purchasing Power Parity in US Dollars
2.2Exchange Rate in US Dollars

4 Fuentes disponibles

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

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

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

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

4.1. Registros Administrativos SISPRO

El Ministerio de Salud y Protección Social dispone la información de usuarios y servicios de salud periódicamente, de acuerdo con las estructuras y especificaciones del SISPRO. La tabla 2 enlista las fuentes de información nominales que se encuentran en diferentes etapas de integración al SISPRO con datos relevantes sobre personas en el sector salud que soportan la operación de los ROSS.

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

Tabla 2. Registros Administrativos SISPRO.

ítem	Nombre Registro Administrativo
1	REGISTRO DE LOCALIZACIÓN Y CARACTERIZACIÓN DE PERSONA CON DISCAPACIDAD
2	BDUA (ESTADISTICAS)
3	EVENTOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA ENOS_SIVIGILA (CARA A)
4	BASE DE DATOS CUENTA ALTO COSTO VIH-GESTANTES-TBC
5	ESTRATEGIA PARA LA ELIMINACION DE LA TRASMISION MATERNOINFANTIL DE VIH
6	BASE DE DATOS CUENTA DE ALTO COSTO ENFERMEDAD RENAL CRONICA
7	INFORMACION DE RECLAMACIONES AL FOSYGA (ECAT)
8	INFORMACION DE RECLAMACIONES AL FOSYGA (RECOBROS, MEDICAMENTOS Y TUTELAS)
9	ESTADÍSTICAS VITALES EEVV_ND
10	PROTECCION ESPECIFICA Y DETECCION TEMPRANA
11	REGISTRO UNICO DE POBLACION DESPLAZADA (RUPD)
12	REGISTRO UNICO DE VICTIMAS (RUV) UNARIF
13	REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD RIPS
14	REGISTRO NOMINAL DE VACUNACIONES - PAI NOMINAL WEB
15	INFORMACION DE LESIONES POR CAUSA EXTERNA (SIVELCE)
16	BASE DE DATOS DE CUENTA DE ALTO COSTO DE PACIENTE CON CANCER
17	SEGUIMIENTO DE DISPENSACION DE MEDICAMENTOS NUEVOS (CRES)
18	INFORMACION DE ATENCION PARA LA PRIMERA INFANCIA (ESTRATEGIA DE CERO A SIEMPRE)
19	REGISTRO UNICO DE AFILIACIONES_RUAF_AFILIACIONES
20	BASE DE DATOS SEGUIMIENTO A COHORTES

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

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

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

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

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

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

ítem	Encuesta/Estudio	Última	Periodicidad
1	Estudio Nacional de Salud Mental – ENSM	2003	Cada 10 años
2	Encuesta Nacional de Salud – ENS	2007	Cada 5 años
3	Encuesta Nacional de Salud Bucal IV - ENSAB IV	1998	Cada 10 años
4	Encuesta Mundial de Tabaquismo en Adultos – GATS	2013	Cada 5 años
5	Encuesta Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento – SABE	2013	Cada 10 años
6	Encuesta Nacional de Demografía y Salud – ENDS	2010	Cada 5 años
7	Encuesta Nacional de Situación Nutricional en Colombia – ENSIN	2010	Cada 5 años

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

4.3. Censos Poblacionales

La mayoría de los países conducen censos poblacionales basados en consulta a hogares, y por lo general con una periodicidad de cada 10 años. En muchos de estos países, los censos proporcionan información socio-demográfica y socio-económica (sexo, estrato social, pertenencia étnica, edad, área de residencia), la cual permite ser usada como estratificadores de equidad para monitorear

desigualdades (WHO, 2013). Estos datos son esenciales para determinar los tamaños de las poblaciones y las características demográficas de los sub-grupos al interior de estas. Por ello, este tipo de información derivado de los censos es esencial para asegurar que la información proveniente del Sistema Nacional de Estudios y Encuestas poblacionales para Salud es representativa de la población general en Colombia.

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

Colombia, a través de la Dirección de Censos y Demografía del DANE tiene disponibles los metadatos y series de tiempo de los siguientes censos (DANE, 2005):

- Censo General 2005
- Censo Nacional de Población y Vivienda 1993
- Censo Nacional 1985
- Censo Nacional de Población y Vivienda 1973

4.4. OECD Health Data

La OECD ofrece la más completa fuente de estadísticas comparables sobre los sistemas de salud en países de la OCDE. Es una herramienta esencial para los investigadores de la salud y los asesores políticos de los gobiernos, el sector privado, la comunidad académica y los ciudadanos en general, para llevar a cabo análisis comparativos y extraer lecciones de las comparaciones internacionales de los diversos sistemas de atención de salud. Es así, como la organización cuenta con un repositorio de datos disponibles en la mayoría de los casos con información oficial del último año que pueden ser consultados y que permite descargar y exportar en formato Excel estadísticas e indicadores sobre gasto y financiamiento en salud, uso de los recursos sanitarios, servicios de salud, mortalidad y factores de riesgo de los países miembros de la Organización. De igual forma,

estas estadísticas e indicadores ya están publicados de una forma estándar, como datos, que son frecuentemente requeridos y consultados. (Figura 9)

Figura 9. OECD Health Data Website 2013

Fuente: OECD Health Data 2013

A continuación se encuentran los enlaces de acceso y consulta para estadísticas e indicadores de los piases miembros de la OECD:

- Consulta las definiciones, recursos y métodos previa interacción con los datos

  http://www.oecd.org/health/health-systems/oecdhealthdata2013-frequentlyrequesteddata.htm

- Consultar indicadores estratégicos (*Life expectancy, Health expenditure y Health risk)* de los países miembros a través de consultas predeterminadas como ilustra la figura 10.

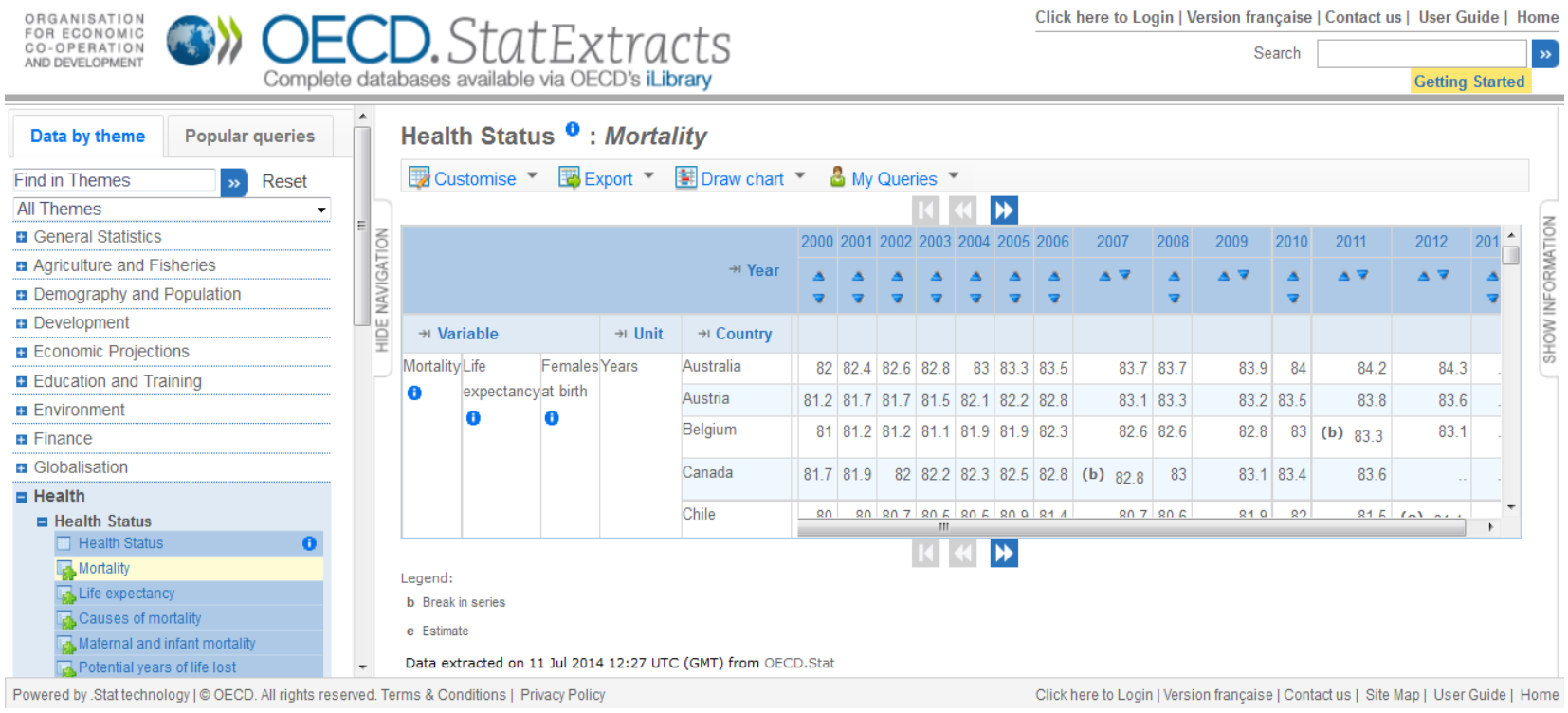
  http://www.oecd-berlin.de/charts/health/

- Acceder a OECD Health Data en línea, consultar y generar estadísticas de los indicadores de las áreas prioritarias a través de OECD.StatExtracts Library, una plataforma amigable que proporciona herramientas interactivas para personalizar consultas de datos, graficar y exportar los resultados rápidamente. Permite buscar por temas: por lo que debe indicarse *'Health'* para acceder directamente a los indicadores de salud. De igual forma, a través de la pestaña *'popular queries'* permite ingresar directamente a los indicadores que son requeridos con mayor frecuencia. Figura 11. http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT

Figura 10. Health profile OECD

Fuente: OECD Health Data 2013

Figura 11. OECD.StatExtracts Library



Fuente: OECD Health Data 2013. Disponible en: http://stats.oecd.org/

5 Gestión del conocimiento para la toma de decisiones en salud

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido la Gestión del Conocimiento como *"la síntesis, el intercambio y la aplicación del conocimiento por parte de los partes interesadas para acelerar los beneficios de la innovación global y local en el fortalecimiento de los sistemas de salud y para mejorar la salud de las personas"* (WHO/PAHO, 2013). En ese sentido, la Dirección de Epidemiología y Demografía del MSPS ha incorporado esta definición, y justo a través del Grupo de Gestión de Conocimiento y Fuentes de Información, viene progresivamente integrándola a todas aquellas actividades que promueven la producción, el intercambio, la comunicación, el acceso y la aplicación eficaz de los conocimientos y la evidencia, por parte de los responsables de la planeación en salud, con el fin de apoyar con una toma de decisiones informadas al interior y largo del MSPS. En síntesis, la toma de decisiones informadas por la evidencia, se refiere al uso sistemático y transparente de los datos de investigación y del contexto, y ámbito de su aplicación para mejorar la salud de las poblaciones.

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

1. Acceso a conocimiento de fuentes de información
2. Generación y medición de nuevo conocimiento
3. Disposición de nuevo conocimiento en bases de datos y a través de canales de consulta
4. Fomento de líneas de investigación
5. Transferencia y difusión del conocimiento

La figura 12 ilustra el proceso de Gestión del Conocimiento promovido en el Ministerio de Salud y Protección Social y que fundamenta los Observatorios y Sistemas de Seguimiento priorizados. (Montaño, J; Rengifo, H; Rivillas, JC.; ed al., 2013)

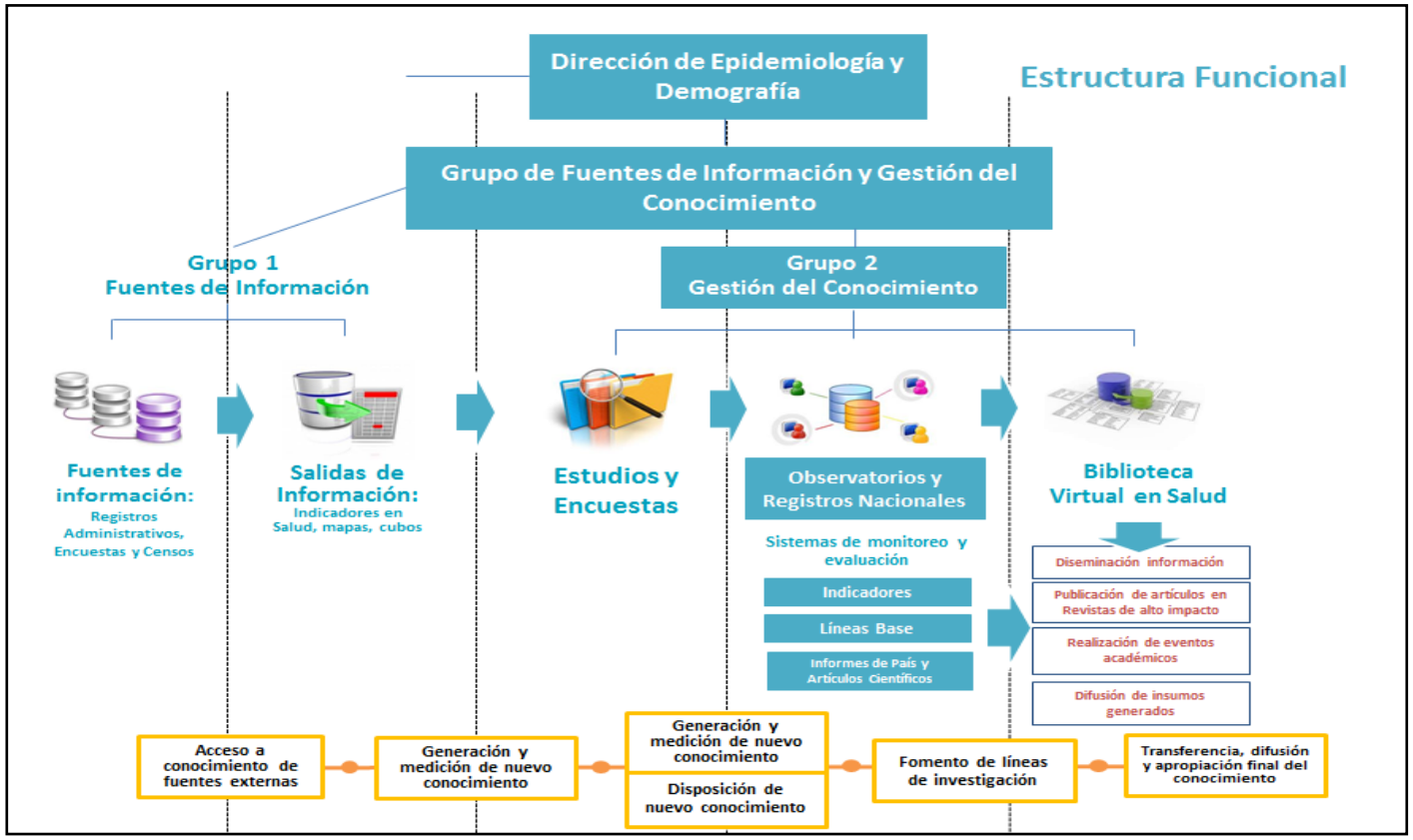
Respecto a los **procesos de generación y medición de nuevo conocimiento y disposición de nuevo conocimiento en bases de datos**, se refieren a aquellos instrumentos como diseño de estudios, planes de análisis y estructuración y actualización de líneas base a través de los cuales es posible explotar la información para obtener nueva evidencia, y se describen a continuación.

Este capítulo puede ser consultado de forma amplia en la Guía Metodológica de Registros, Observatorios y Sistemas de Seguimiento Nacionales en Salud publicada por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Una de las intenciones de proporcionar datos y análisis con estándares internacionales de la OECD para favorecer comparabilidad entre países miembros, a través de este sistema de monitoreo del desempeño del sistema de salud, es mostrar no sólo cómo Colombia está respondiendo a los procedimientos y procesos en el cumplimiento de los 250 instrumentos legales de la Hoja de Ruta previa adhesión a la OECD, si no aumentar la evidencia requerida por la acción política en temas como:

- Fortalecimiento de la atención primaria y la prevención de la enfermedad
- Mejoramiento de la eficiencia de los servicios hospitalarios
- Mejoramiento de los arreglos de pago de los médicos y hospitales de manera que aseguren una atención de alta calidad.
- Adaptación de la salud para hacer frente a las necesidades complejas que impone el envejecimiento.
- Asegurar una óptima atención de las enfermedades crónicas, en particular el cáncer y las enfermedades cardio-vasculares.
- Asegurar la eficiencia y sostenibilidad del sistema de salud.

Figura 12. Gestión del Conocimiento en Salud, Dirección de Epidemiología y Demografía-MSPS



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

5.1. Planes de Análisis

La OECD ya ha predefinidos los criterios y esquemas para analizar y comprar los datos en salud de sus países miembros. Cono complemento, para crear tablas con datos de salud de la OECD, puede consultarse el instructivo de la OECD Health Data 2013 en el portal web de la Organización o bien, consultar la sección anterior OECD Health Data en la que se describen los canales de acceso y consulta dispuestos por la Organización para facilitar los análisis de información:

http://www.oecd.org/els/health-systems/How-to-create-tables-in-OECDStat-OECD-Health-Data-2013.pdf

5.2 Línea Base del Sistema de Medición de la OECD

En concordancia con los conceptos resumidos en la sección 2, es importante precisar que se recapitula la Metodología DANE para la definición de la Línea de Base[2] , este tema es ampliamente descrito en la Guía Metodológica de Registros, Observatorios y Sistemas de Seguimiento Nacionales en Salud ROSS del Ministerio de Salud y Protección Social.

En este sentido, la línea base constituye el punto de partida y la primera medición de los indicadores establecidos por la OECD para medir el rendimiento del sistema de salud colombiano a través de seis grandes áreas prioritarias:

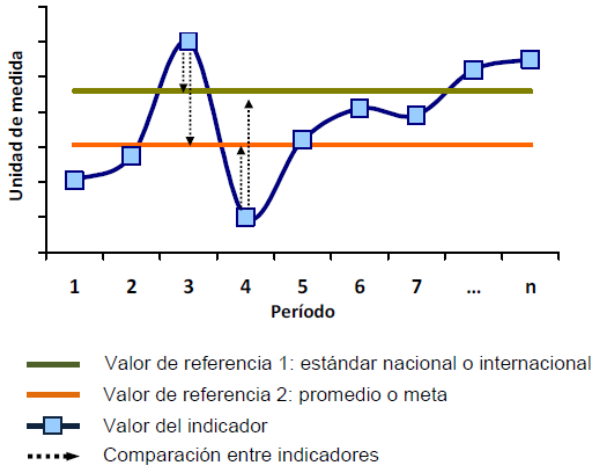
- Medición de resultados del sistema de salud
- Calidad de la atención en salud
- Efectividad/ eficiencia en el gasto sanitario
- Economía de la prevención de la enfermedad
- Financiamiento del sistema de salud
- Talento humano en salud

La figura 13 ilustra la dinámica de cómo la línea base parte de la medición de un conjunto de indicadores en un año específico, el cual será la referencia para las comparaciones periódicamente. Este conjunto de indicadores debe diseñarse de tal forma que responda a las

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

necesidades presentes y futuras de las acciones misionales y de seguimiento que permitan detectar cambios en la evolución de la situación de salud entre poblaciones así como del comportamiento de los servicios de salud en las áreas o dimensiones previamente definidas según los objetivos del sistema de salud.

Figura 13. Comparación de cambios a través del tiempo a partir de indicadores definidos por una línea base.



Fuente: DANE, 2009

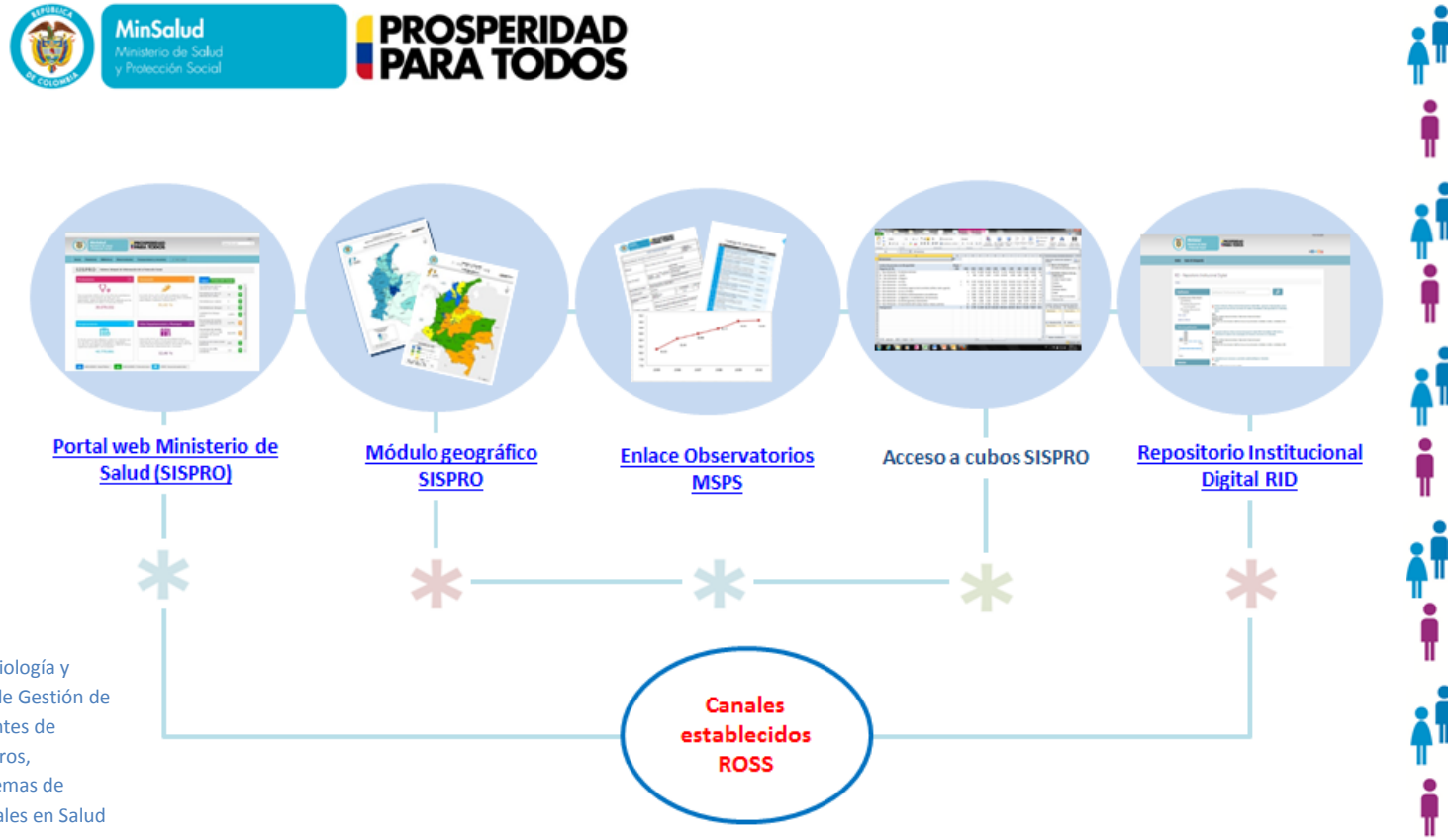
5.3 Canales de acceso, difusión, comunicación y uso de la evidencia

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

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

En ese orden de ideas, entre las herramientas de visualización que el MSPS ha dispuesto para satisfacer los requerimientos de información de los usuarios, se encuentra una plataforma de reportes del SISPRO, que puede ser empleada para crear y administrar reportes gráficos, tabulares y tablas dinámicas. También se ofrece el módulo geográfico del SISPRO que permite generar mapas dinámicos y georreferenciar indicadores, y el RID como solución efectiva para recuperar información. De esta forma, el portal del MSPS en Internet constituye el canal de acceso más simple y oportuno a todos los productos de información generados por cada uno de los registros, observatorios y sistemas de seguimiento nacionales. La figura 14 ilustra los canales establecidos por el MSPS actualmente disponibles.

Figura 14. Canales y herramientas de acceso y difusión de los ROSS



Dirección de Epidemiología y Demografía, Grupo de Gestión de Conocimiento y Fuentes de Información – Registros, Observatorios y Sistemas de Seguimiento Nacionales en Salud ROSS, 2014

Sin embargo, y como complemento a lo anterior, la difusión y diseminación del nuevo conocimiento a partir de evidencia y datos, debe apoyarse y concentrarse en las siguientes iniciativas y herramientas:

- **OECD Health Data**. Para facilitar el intercambio y comparabilidad internacional de los indicadores entre los países miembros.
- **Publicaciones de *Policy Briefs*** como mecanismo de difundir el aporte del uso de la información y la gestión del conocimiento en la orientación de las políticas en salud.
- **Noticias publicadas relacionadas con logros y progresos** en cada área prioritaria de indicadores bajo criterios de la OECD así como las contribuciones del sistema de monitoreo en el mejoramiento del rendimiento del sistema de salud.
- **Seminarios y conferencias** (sesiones de educación continua organizadas por parte del MSPS-ROSS y OECD para difundir resultados.
- **Colección de nuevos artículos e informes** relacionados con la gestión del conocimiento en las áreas prioritarias de los indicadores en salud de la OECD.
- **Sitio web e interactivo del Sistema de Monitoreo en Colombia con OECD Health Data**: A través de sitios web que permitan acceder a resultados de indicadores y bases de datos no nominales, para fomentar el acceso a los datos y virtualización de contenidos relacionados.

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

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

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

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

Finalmente, es necesario comprender que la difusión y comunicación de la evidencia generada y la disponibilidad de información responde a distintos ritmos de avance en cada Registro, Observatorio y Sistema de Seguimiento ROSS, pero dependiendo del rol que cada uno de ellos lidere como centro de referencia en gestión del conocimiento en las áreas que se concentra, logrará realizar su aporte en la verdadera reducción de brechas, no sólo en materia de información sino también en la verdadera lucha contra las inequidades en salud que requiere enfrentar el país.

6 Conclusiones y Recomendaciones

6.1 Desafíos a Nivel Internacional

- **Facilitar la disponibilidad de datos con calidad y representativos para el país.** Fomentar el mejoramiento e integración de las fuentes con datos relevantes en salud en un sistema único de información en salud, permite disponer de información con la mejor cobertura.
- **Hacer parte del entorno global en materia de información en salud:** El país debe disponer datos sobre la situación de salud que permitan integrarse al sistema de información mundial que monitorean las grandes agencias: ONU, OECD, OMS, OPS, BM, FMI.
- **Incrementar la evidencia y literatura disponibles sobre Colombia en todos los temas de interés de salud pública**. Aumentar e intensificar la disponibilidad de evidencia, así como gestionar conocimiento en temas de enfermedades crónicas, acceso y precios de medicamentos, calidad en la atención, seguridad del paciente y eventos adversos, y gasto y financiamiento del sector salud, debe ser una prioridad.
- **Aportar mayor evidencia sobre fortalecimiento del sistema de salud bajo estándares internacionales** y generar evidencia a nivel de políticas que mejoren el bienestar económico y social de las personas disponible para los países miembros.

6.2 Desafíos a Nivel Nacional

- **Conducir acciones y estrategias adecuadas para mejorar la cultura de la información y notificación, y garantizar la captación del datos bajo los lineamientos de la OECD Health Data.** Se pretenden generar cambios de orden nacional de tal manera que, el sistema de evaluación tenga la aplicación debida, y para lograrlo se requiere del fortalecimiento de las capacidades en el uso de herramientas para captar, producir y analizar datos.
- **Afrontar el subregistro, la baja calidad y aumentar la trazabilidad de las fuentes de información.** Históricamente, gran parte de las fuentes de información en salud han sido criticadas por ser de baja calidad. El reto conducir las acciones necesarias para conocer y caracteriza mejor las fuentes de información, y a medida que vayan superando los estándares definidos, se proceda a su integración en SISPRO. Es importante lograr

trazabilidad de los individuos a través de sistemas de datos más inteligentes y centralizados de acuerdo como obliga la ley.

- **Fomentar el uso de la información en la formulación de políticas e intervenciones generada a partir del sistema de evaluación del sistema de salud bajo estándares OECD**. A nivel nacional es preciso que se apoyen todas aquellas actividades que promueven la producción, el intercambio, la comunicación, el acceso y la aplicación eficaz de los conocimientos y la evidencia en las áreas definidas como prioritarias por la OECD, por parte de los responsables de la planeación en salud.

Recomendaciones Finales

- **Los indicadores deber ser adoptados según los lineamientos de la OECD,** es recomendable no diseñar o construir fichas que no cumplan con estos estándares, ya que pueden comprometer los criterios de medición entre los países miembros.
- **El sistema de seguimiento hará seguimiento y destacará problemas relevantes en calidad en la atención, enfermedades crónicas, disponibilidad y uso de servicios sanitarios, medicamentos y tecnologías en salud, gasto y financiamiento en salud.**
- **El sistema de evaluación por sí solo no producirá cambios, es solo una herramienta de trabajo para monitorear y evaluar bajo estándares predeterminados internacionalmente, con el fin que la evidencia que se genere sea comprable y sirva de consulta para los demás países miembros**. La colaboración y cooperación interinstitucional e intersectorial garantizarán en gran medida la sostenibilidad del sistema de evaluación, tanto en el corto y mediano plazo; pero solo fomentando una cultura de la información y acceso a datos, es posible garantizar que la evidencia se materialice en políticas e intervenciones desde el sistema de salud, mejoren no sólo los resultados de la salud de la población, preparen el sistema para afrontar problemas costo-efectivamente, si no también sirvan de marco de referencia para los países miembros.

Trabajos citados

1. **Rothman al., R. J.** (2008). Third edition. Modern Epidemiology. *Wolters Kluwer Health*.
2. **Anston, J.** (2000). Public Health Observatories-the key to timely public health intelligence in the new century. *Journal Epidemiology Community Health*, 724.
3. **World Bank** (2011). *Healt Systems-Monitorin and Evaluation in Health Systems Research*. Obtenido de http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTHEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/EXTHSD/0,,menuPK:376799~pagePK:149018~piPK:149093~theSitePK:376793,00.html
4. **Bergonzolli, G.** (2006). *Sala Situacional: Instrumento para la Vigilancia en Salud Pública. Programa de Análisis de Información en Salud OPS/OMS.* Washington, DC.
5. **Buchan, & Black.** (2011). The impact of Pay Increases on Nurses Labour Market. A review from Four OECD Countries. En *OECD Health Working Papers no. 57* (pág. 47). Paris.
6. **CEPAL.** (2007). Indicadores de los objetivos de desarrollo del milenio del Milenio en América Latina y el Caribe: una comparación entre datos nacionales e internacionales. *Serie de Estudios Estadísticos y Prospectivos, 53*, 77.
7. **CEPAL.** (2007). *Serie de Estudios Estadístico y Prospectivos no. 53. División de Desarrollo Social y División de Estadística y Proyecciones Económicas.* Santiago de Chile.
8. **Colombo & Mercier.** (2012). Help Wanted? Fair and Sustainable Financing of Long-term Care Services. *Applied Economic Perspectives and Policy Vol. 34 No. 2*.
9. **Congreso de Colombia.** (2001). *Ley 715 de Diciembre 21 de 2001: Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones en los servicios de educación, salud, entre otros.* . Recuperado el 30 de 09 de 2013, de http://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-86098_archivo_pdf.pdf
10. **Corte Constitucional de Colombia.** (2004). Sentencia T-25 Tutela los derechos de la población en condición de desplazamiento. Bogotá.
11. **DANE.** (2005). *Censos Poblacionales de Colombia*. Recuperado el 10 de 09 de 2013, de http://190.25.231.249/metadatos/index.php/catalog
12. **DANE.** (2006). PENDES . En *Documento metodológico Plan Estratégico Nacional de Estadísticas PENDES.* Bogotá D.C.
13. **DANE.** (2009). DIRPEN. En P. E.–D. Dirección de Regulación, *Metodología línea base de indicadores* (pág. 10). Bogotá, Colombia.
14. **DANE.** (2009). *Metodología línea base de indicadores.* (P. E.D. Dirección de Regulación, Ed.) Bogotá, D.C.
15. **DANE.** (2012). *Estadísticas Vitales*. Recuperado el 13 de marzo de 2013, de http://190.25.231.249/aplicativos/sen/NADA/ddibrowser/?section=technicaldocuments&id=54#overview
16. **DED-MSPS.** (2013). *Gestion del Conocimiento y Fuentes de Informacion*. Recuperado el 12 de 03 de 2013, de http://www.carlosvicentederoux.org/index.shtml?apc=a-b1;08;-;;&x=1524
17. **EuroHealthNet.** (2013). *EuroHealthNet for a Healthier Europe between and within countries*. Recuperado el 12 de mazo de 2013, de http://eurohealthnet.eu/policy/policy-communications
18. **GCFI-DED-MSPS** (2013). Guía para Registros, Observatorios y Sistemas de Seguimiento Nacionales en Salud. Grupo de Gestión de Conocimiento y Fuentes de Información. Dirección de Epidemiología y Demografía, Ministerio de Salud y Protección Social MSPS, Bogotá. Disponible para consulta en http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/ROSS_001.11.2013.pdf

19. **Hemming, J., & Wilkinson, J.** (2003). What is a public health observatory?. *Journal Epidemiology Community Health*(57), 324-326.
20. **Jhon, R., & al, e**. (2008). *Modern Epidemiology.Third edition.* Boston, Massachusetts: Wolters Kluwer Health.
21. **Koechlin, F., Lorenzoni, L., & Schreyer, P**. (2010). Comparing Price Levels of Hospital Services Across Countries: Results of Pilot Study. *OECD Health Working papers 53*.
22. **Macías-Chapula.** (2009). La Gestión del Conocimiento en el Área de la Salud. *Revista de Evidencia e Investigación Clínica 2(1)*, 31-35.
23. **Ministerio del Interior y de Justicia, M. d.** (2006). Ley 1098 de 2006 - Código de Infancia y Adolescencia. Bogotá, DC., Colombia.
24. **Montaño,J; Rengifo,H; Rivillas,J; Ospina, M.** (2013) Gestión del conocimiento y fuentes de información para la salud en Colombia. En: Monitor Estratégico. Una herramienta para la Inspección, Vigilancia y Control. Numero 4.Julio-Diciembre 2013.
25. **MSPS.** (2007). *Encuesta Nacional de Salud ENS 2007.* Bogotá.
26. **MSPS.** (2007). Política Nacional de Envejecimiento y Vejez 2007 - 2019. Bogotá, D.C, Colombia.
27. **MSPS.** (2012). Registor de Actividades de Protección Específica y Detección Temprana. Bogotá.
28. **MSPS.** (2013). *Cuadro de temas Registro Único de Afiliados - RUAF.* Recuperado el 12 de marzo de 2013, de Ministerio de Salud y Protección Social: http://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/registro-unico-de-afiliados-ruaf.aspx
29. **MSPS.** (2013). *Sistema de Información de Prestaciones de Salud - RIPS* . Recuperado el 12 de marzo de 2013, de Ministerio de Salud y Protección Social: http://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/rips.aspx
30. **OECD .** (2013). Strengthening health information infrastructure matters. En strengthening health information infrastructure for health care quality governance. Paris: OECD Health Policy Studies Series.
31. **OECD.** (2003). *Quality Framework and Guidelines for OECD Statistical*. Obtenido de http://www.oecd.org/std/qualityframeworkforoecdstatisticalactivities.htm
32. **OECD.** (2003). *Quality Framework and Guidelines for Statistical Activities*. Obtenido de http://www.oecd.org/std/qualityframeworkforoecdstatisticalactivities.htm
33. **OECD**. (2010). *OECD Health Policy Studies - Value for MOney in Health Spending*. Recuperado el 30 de 09 de 2013, de http://www.oecd.org/health/health-systems/oecdhealthpolicystudies-valueformoneyinhealthspending.htm
34. **OECD.** (2012). *Convention on the Organisation for Economic CO-operation and Development*. Recuperado el 30 de 09 de 2013, de http://www.oecd.org/general/conventionontheorganisationforeconomicco-operationanddevelopment.htm
35. **OECD.** (2012). OECD Work on Health. Better Policies for Better Lives. París, France.
36. **OECD Better Life Index**. (2013). *Better Life Index OECD*. Recuperado el 04 de 10 de 2013, de http://www.oecdbetterlifeindex.org/
37. **OECD Health**. (2012). A Comparative Analysis of Health Forecasting Methods. *OECD Health Working Papers no. 59 - OECD Publishing*.
38. **OECD Statistics**. (2013). *OECD Statistics*. Recuperado el 04 de 10 de 2013, de http://www.oecd.org/statistics/
39. **OECD/EU.** (June de 2011). *Help Wanted? Providing and Paying Long-Term Care*. Recuperado el 01 de 10 de 2013, de OECD Health Policies and Data: http://www.oecd.org/health/longtermcare/helpwanted
40. **OECD/European Comission**. (2013). *A Good Life in Old Age? Monitoring and Improving Quality in Long-term Care* . Paris: Health Policy and Data.

41. **OECD/WHO**. (2010). *Obesity and the Economics of Prevention: Fit not Fat*. Recuperado el 30 de 09 de 2013, de www.oecd.org/health/fitnotfat
42. **OECD-SHA**. (2011). *A System of Health Accounts 2011*. Recuperado el 27 de 05 de 2013, de www.oecd.org/health/sha
43. **Paris, & Belloni**. (2013). Value in Pharmaceutical Pricing. *OECD Health Working Papers No. 63 - OECD Publishing*.
44. **Profamilia-MSPS**. (2010). *Encuesta Nacional de Demografia y Salud ENDS.* Bogotá.
45. **Rivillas, J; Montaño,J; Cuellar,C; Ospina,M**.(2013) Registros, Observatorios y sistemas de seguimiento en salud en Colombia: Orientación de politicas basadas en la evidencia y gestión del conocimiento. En: Monitor Estratégico. Una herramienta para la Inspección, Vigilancia y Control. Numero 4.Julio-Diciembre 2013.
46. **Rothman, K.** (2002). Epidemiology: An Introduction. . *Oxford University Express, Inc.*
47. **Simoens, & Hurts.** (2006). The suppy of physician in OECD countries. En *Health Working Papers no. 21 .* Paris: OECD Group Health.
48. **WB-HIS.** (2011). *World Bank, Health Information Systems*. Obtenido de http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTHEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/EXTHSD/0,,contentMDK:22239824~menuPK:376799~pagePK:148956~piPK:216618~theSitePK:376793,00.html
49. **WHO.** (2012). *Global Health Observatory.* Geneva: WHO.
50. **WHO.** (2013). *Handbook of health inequality monitoring: with special focus on low and middle-income countries.* Geneva.
51. **WHO, World Bank & Global Fund**. (2010). *Monitoring and Evaluation of Health Systems Strenthening.* Geneva.
52. **Wilkinson, R. J**. (2010). The first ten years of Public Health Observatories in England – and the next? *Public Health 124*, 245-247.