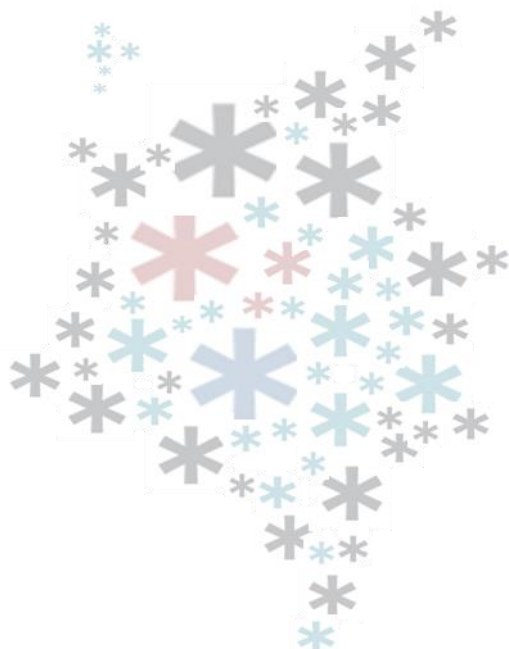




Guía Metodológica

Sistema Nacional de Seguimiento a la
Primera Infancia, Infancia y Adolescencia en
Colombia



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**





MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

Sistema Nacional de Seguimiento a la Primera Infancia, Infancia y Adolescencia en Colombia

Coordinación editorial

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

Liliana Yanet Gómez Aristizábal
Observatorios y Registros Nacionales
Dirección de Epidemiología y Demografía

Lia Marcela Güiza
Dirección de Promoción y Prevención

Serie: Registros, Observatorios, Sistemas de Seguimiento y Salas Situacionales Nacionales en Salud

2013
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 MSPS a través de su portal web www.minsalud.gov.co





Ministerio de Salud y Protección Social

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 SILDARRIAGA

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

ANA MARIA PEÑUELA

Asesora de Despachos

Ministerio de Salud y Protección Social

ANA MARGARET RABA

Coordinadora Grupo de Infancia y Adolescencia

Dirección de Promoción y Prevención

LIA MARCELA GÜIZA CASTILLO

Grupo de Infancia y Adolescencia

Dirección de Promoción y Prevención

JUAN CARLOS CORREA SENIOR

Consultor Convenio 036 UNFPA - MSPS

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

JOSE IVO MONTAÑO CAICEDO

Asesor Dirección de Epidemiología y Demografía

ANGÉLICA NOHELIA MOLINA RIVERA

Est. Mg Estadística

JUAN CARLOS CORREA SENIOR

MD. Mg. Salud Pública

CLAUDIA MILENA CUELLAR

Coordinadora Grupo de Gestión de Conocimiento y Fuentes de Información

MÓNICA MARÍA MUÑOZ CORREA

Gerente de Sistemas de Información en Salud

DIANA CATALINA MESA LOPERA

AES, Mg Salud Pública, Maestra en Sistemas de Salud

LUZ AMANDA MORALES PEREIRA

Coordinadora Plan de Mejoramiento de Fuentes

WILLIAM GIRALDO VALENCIA CABRERA

Ingeniero de Sistemas

DIEGO ALBERTO CUELLAR ORTIZ

Mat., Mg Estadística, Mg. Economía

HERNEY RENGIFO REINA

Coordinador Estudios Poblacionales

ANDREA JOHANA AVELLA

Enf. Epidemióloga

ERIKA LEON GUZMAN

OD., Mg. Salud Pública

ANA CAROLINA ESTUPIÑAN GALINDO

Coordinadora Salidas de Información

PATRICIA ROZO LESMES

OD. Mg. Salud Pública

BERTA INÉS MONTOYA CORTÉS

OD. Epidemióloga

JUAN CARLOS RIVILLAS GARCIA

Coordinador Observatorios y Registros Nacionales

NADIA ARIZA SILVA

MDV. Mg. Salud Pública

LILIANA YANET GÓMEZ ARISTIZABAL

AES, Epidemióloga

PAULA MELISSA PALACIOS TORRES

Coordinadora Disposición y Acceso a Recursos de Conocimiento

ANGÉLICA FONSECA ÁVILA

MD. Epidemióloga

JANCY ANDREA HUERTAS QUINTERO

MD. Esp. Auditoría en Salud y Epidemiología



Contenido

Abreviaturas.....	6
Resumen	7
Presentación	9
Propósito.....	10
Alcance.....	10
1 Marco normativo y político	11
2 Bases Conceptuales	13
2.1 Definición de Primera infancia, infancia y adolescencia	13
2.2 Algunos conceptos relacionados con infancia y adolescencia	13
2.3 Análisis de la situación de salud de la infancia y adolescencia.....	14
2.3.1 Mortalidad Infantil.....	14
2.3.2 Desnutrición crónica en niños y niñas menores de 5 años.	18
2.3.3 Infancia	19
2.3.4 Adolescencia	21
3 Modelo del Sistema Nacional de Seguimiento a la Primera Infancia, Infancia y Adolescencia en Colombia	24
3.1 Concepto	24
3.2 Funciones del Observatorio.....	24
3.3 Enfoque del sistema de seguimiento	24
3.4 Valor agregado del sistema de seguimiento	24
3.5 Visión del sistema de seguimiento	25
3.6 Características del Modelo	25
3.7 Insumos, procesos y resultados.....	25
3.8 Estructura y Funcionamiento	28
3.9 Responsables.....	29
3.10 Sistema Estándar de Indicadores y áreas de monitoreo	29
4 Fuentes disponibles	33
4.1 Registros Administrativos SISPRO	33
4.2. Sistema Nacional de Estudios y Encuestas Poblacionales para la Salud.....	35
5 Gestión del conocimiento para la toma de decisiones en salud	39
5.1. Línea Base del Sistema Nacional de Seguimiento a la Infancia, Primera Infancia y Adolescencia	39
5.2. Planes de Análisis	40
5.3. Herramientas de acceso, difusión y comunicación	43
7 Conclusiones y Recomendaciones.....	47
7.1 Desafíos a Nivel Nacional	47
7.2. Recomendaciones Finales	48
Referencias	49



Listado de Figuras

Figura 1. Tasa de Mortalidad Infantil	15
Figura 2. Tasa de Mortalidad por enfermedad diarreica aguda en menores de 5 Años.	16
Figura 3. Tasa de Mortalidad por infección respiratoria aguda en niños menores de 5 Años.	17
Figura 4. Porcentaje de Niños con Bajo Peso al Nacer	17
Figura 5. Tasa de mortalidad específica por causas en niños de 6 a 11 años.....	20
Figura 6. Proporción de muertes por causa externa en niños de 6 a 11 Años	20
Figura 7. Tasa de mortalidad por causas específicas en adolescentes.	21
Figura 8. Proporción de muertes por causa externa en adolescentes	22
Figura 9. Insumos, procesos y resultados de los ROSS	26
Figura 10. Flujo de información del Sistema Nacional de Seguimiento a la Primera Infancia, Infancia y Adolescencia en Colombia	27
Figura 11. Triada de operación de un ROSS al interior del Ministerio de Salud y Protección Social	28
Figura 12. Estructura y funcionamiento del Sistema Nacional de Seguimiento a la Primera Infancia, Infancia y la Adolescencia en relación a las fuentes de información.....	38

Listado de tablas

Tabla 1. Comportamiento de la Desnutrición en Población < 5 años por OMS	18
Tabla 2. Ficha técnica indicador: Tasa de mortalidad en la niñez (menores de 5 años)	30
Tabla 3. Listado de Indicadores del Sistema de Seguimiento a la Primera Infancia, Infancia y la Adolescencia en Colombia.....	31
Tabla 4. Principales Registros Administrativos del SISPRO con datos relevantes de infancia y adolescencia .	34
Tabla 5. Encuestas y estudios poblacionales identificados por la Bodega de Datos SISPRO con información relevante para el Sistema Nacional de Seguimiento a la Primera Infancia, Infancia y Adolescencia en Colombia	36
Tabla 6. Propuesta inicial del plan de análisis para el Sistema Nacional de Seguimiento a la Infancia y la Adolescencia de Colombia	42



Abreviaturas

OMS	Organización Mundial de la Salud
WHO	WorldHealthOrganization
ROSS	Registros, Observatorios, Sistemas de Seguimiento y Salas Situacionales
ONU	Organización de las Naciones Unidas
COL	Colombia
MSPS/Minsalud	Ministerio de Salud y Protección Social
DED	Dirección de Epidemiología y Demografía
ICBF	Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
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
SGSSS	Sistemas General de Seguridad Social en Salud
ENS	Encuesta Nacional de Salud
ENDS	Encuesta Nacional de Demografía y Salud
ENSIN	Encuesta Nacional de la Situación Nutricional de Colombia
CONPES	Consejo Nacional de política Económica y Social
RUAF	Registro Único de Afiliados
RIPS	Registro Individual de Prestación de Servicios
SIVIGILA	Sistema de Vigilancia de Salud Pública
AIEPI	Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia
IRA	Infección Respiratoria Aguda
EDA	Enfermedad Diarreica Aguda
SAN	Seguridad Alimentaria y Nutricional





Resumen

Los Observatorios y Sistemas de Seguimiento en el nuevo milenio deben concebirse como instancias proactivas y efectivas en la planeación de la salud pública que requieren de continuidad. Así mismo, deben estar en capacidad de ser sistemas inteligentes con el propósito de identificar los riesgos que deterioren la salud de la población, por ello es necesario que estén integrados horizontal y verticalmente en todos los niveles estratégicos de la información: desde lo local hasta lo global. Por ésta razón, los observatorios de salud pública reflejan la importancia creciente que resulta del trabajo entre agencias y de acciones intersectoriales sólidas, que no sólo buscan entregar mayor relevancia a la generación y difusión de información, si no adicionalmente, gestionar el conocimiento como garantía en la formulación y orientación de políticas e intervenciones en salud basadas en la evidencia.

En Colombia, el Ministerio de Salud y Protección Social ha priorizado una serie de Observatorios y Sistemas de Seguimiento - ROSS para que cumplan con roles estratégicos y competencias bien definidas en función de la gestión del conocimiento. Aunque los roles y alcances definidos para los ROSS – MSPS están en sintonía con solucionar la limitada disponibilidad de información a nivel individual como contextual, así como local, nacional e internacional, no se han limitado en registrar y recopilar datos sobre morbilidad y mortalidad, en ésta oportunidad adquieren un valor adicional debido que se han concentrado en identificar y monitorear las condiciones que inducen a cambios en la salud de las poblaciones e influyen comportamientos y conductas de riesgo para la salud en las personas.

El Rol de los Sistemas de Seguimiento es gestionar el conocimiento en salud para el país, pero esta gestión del conocimiento debe darse en, al menos tres (3) niveles que vale la pena destacar. En primer lugar, la identificación de desigualdades socio-económicas asociadas a estados de salud que experimentan determinados grupos de manera acentuada y en forma creciente. En segundo lugar, el seguimiento de políticas en salud conducidas para enfrentar éstas desigualdades, y mejorar la calidad de la atención y la humanización de los servicios de salud. Y en tercer lugar, el uso de información accesible y transparente en la forma cómo se asigna y movilizan los recursos de las intervenciones en salud.

Así, los esfuerzos y compromisos desde el sector salud en materia de información en salud, con la integración de las fuentes disponibles de información con datos relevantes sobre la salud de las personas en un sistema único y representativo para el país, y materializado en el Sistema de Información Integral de la Protección Social, SISPRO, constituye un hecho histórico que agrega mayor significado a los Registros, Observatorios, Sistemas de Seguimiento y Salas Situacionales dispuestos para monitorear la salud y las desigualdades comúnmente asociadas a grupos específicos dentro de la población Colombiana.

De esta forma y con el fin de constituir avances en la vigilancia de salud pública de acuerdo al perfil epidemiológico del país, el Ministerio de Salud y Protección Social a través del SISPRO usa fuentes de información que por norma legal deben ser notificadas, captadas desde varios niveles, sin pretender crear sistemas paralelos o reemplazar, sino dirigiendo esfuerzos necesarios para fortalecer los sistemas de



información existentes. Así, el SISPRO constituye la fuente de información principal de los Registros, Observatorios, Sistemas de Seguimiento y Salas Situacionales priorizados e implementados.

Desde la constitución de 1991, la infancia y la adolescencia en el país han tenido un papel primordial teniendo importantes avances en el desarrollo de políticas públicas al respecto. Hoy en día los niños y los adolescentes son objeto y participan de decisiones importantes que se toman al respecto a nivel de país. La Ley 1098 de 2006, más conocida como el Código de Infancia y Adolescencia se ha constituido en un hito para los grupos de edad objeto de la misma; ésta marcó un cambio de paradigma en la cual, los niños, niñas y adolescentes son sujetos de derechos y elemento esencial en el desarrollo del país. Y por lo tanto las políticas y estrategias relacionadas se están generando de manera intersectorial buscando que este segmento de población goce plenamente de los derechos y se desarrolle de la manera más integral posible.

El Sistema de Seguimiento de Infancia y Adolescencia de Colombia busca generar información útil para la toma de decisiones de política que tengan que ver con este enfoque integral que busca el bienestar y el pleno desarrollo de este grupo poblacional. Es este sentido deberá explorar además de los indicadores básicos y tradicionales de salud, información útil sobre los determinantes de la misma, e inclusive buscar indicadores de desarrollo integral. Así mismo deberá trabajar intersectorialmente e incorporarse de manera sinérgica con otras iniciativas como el Observatorio de Niñez a cargo del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y avances de la academia.



Presentación

La Organización Mundial de la Salud, OMS (WHO, 2012) busca incrementar la capacidad de los sistemas de información existentes para avanzar en la vigilancia de temas de interés para la salud pública de los países. Para lograr esto, insiste en la importancia de difundir información y gestionar conocimiento a través de observatorios que resulten de una necesidad compartida (agendas), concentrados para ser complementados unos con otros, y mediante una verdadera colaboración y cooperación en materia de información, permitiendo finalmente, una visión de la salud pública de un país, de sus grupos de interés y de cada individuo desde diversas dimensiones.

En Colombia, el Ministerio de Salud y Protección Social ha priorizado un conjunto de Registros, Observatorios y Sistemas de Seguimiento - ROSS para que cumplan con roles estratégicos y competencias bien definidas en función de la gestión del conocimiento. Es importante que previa operación y funcionamiento de los ROSS se supere la falta de conocimiento frente a lo que un observatorio en salud pública es y puede hacer, para ello, se sugiere consultar el documento [Guía Metodológica de los Registros, Observatorios, Sistemas de Seguimiento y Salas Situacionales en Salud ROSS](#) diseñado por la Dirección de Epidemiología y Demografía del Ministerio de Salud y Protección Social, en pro de superar las brechas de información y evidencia en diferentes áreas de interés en salud pública y constituir un avance significativo en la gestión del conocimiento en salud para el país. El Sistema Nacional de Seguimiento a la Primera Infancia, Infancia y Adolescencia en Colombia, se enmarca en este documento guía y constituye una propuesta coherente para consolidar la información dispersa sobre este tema en el país.

El desarrollo y fortalecimiento de este Sistema de Seguimiento refleja la importancia alcanzada en el país por el trabajo conjunto entre agencias e instituciones y el acceso e intercambio de información en salud de las personas. 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, ha priorizado el Sistema de Seguimiento a la Infancia y Adolescencia, el cual apoya, estructura y genera información apoyados en el SISPRO, gestiona el conocimiento y difunde resultados.

El Sistema Nacional de Seguimiento a la Infancia y Adolescencia de Colombia es una propuesta coherente para centralizar y proporcionar la información, datos y evidencia disponible sobre la situación de salud y desarrollo de la población más joven. Adicionalmente, este sistema hace parte del Sistema de Registros, Observatorios y Sistemas de Seguimiento Nacionales en Salud - ROSS que lidera el MSPS para monitorear la salud de las personas y las desigualdades que comúnmente experimentan diversos grupos poblacionales en determinados eventos y cuando acceden al sistema de salud.

Martha Lucía Ospina Martínez
Directora Epidemiología y Demografía

Propósito

El propósito de este documento es establecer la ruta metodológica para la implementación del Sistema Nacional de Seguimiento a la Primera Infancia, Infancia y Adolescencia en Colombia el cual, recopila, consolida, analiza, produce y divulga información para la generación de conocimiento, además de fomentar la participación de actores e instituciones para la toma de decisiones para la protección, prevención y promoción de la salud de la infancia y la adolescencia desde una perspectiva de derechos.

Alcance

El Sistema Nacional de Seguimiento a la Infancia y Adolescencia en Colombia será el referente nacional y territorial para la formulación, ejecución, seguimiento y evaluación de políticas públicas, planes, programas y estrategias orientadas a la garantía del derecho a la salud de los niños, niñas y adolescentes y de cuenta del desarrollo integral en lo que respecta a la salud.





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 y 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 que ordenan el cumplimiento de estas competencias a cargo del sector salud y que enmarcan el desarrollo del Sistema Nacional de Seguimiento a la Infancia y Adolescencia en Colombia:

- a) Constitución Nacional (Artículos 44 y 45).** Da un papel preponderante a los niños y adolescentes en el país.
- b) Ley 75 de 1968.** Los niños, niñas y adolescentes, por primera vez se ven diferenciados como grupo y para el cual se confía el cuidado y salvaguardia de la integridad física, la salud y la educación ya sea por intermedio de sus cuidadores directos o por instituciones dedicadas a tal fin y se crea oficialmente el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) cuyo fin esencial es proveer protección al menor.
- c) Ley 100 de 1993.** Se crea al Sistema General de Seguridad Social en Salud y por el cual, automáticamente al momento del nacimiento los niños, niñas, adolescente (NNA) quedan afiliados al mismo, bien sea por parte del régimen subsidiado o del contributivo.
- d) Ley 12 de 1991.** Introduce un cambio en la concepción social de la infancia: “los niños deben ser reconocidos como sujetos sociales y como ciudadanos con derechos en contexto democrático”.



- e) **Resolución 412 de 2000. Artículo 18: Control de la Información.** Con el objeto de garantizar la calidad de la información suministrada tanto para la programación como para la ejecución de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida.
- f) **CONPES 091 DE 2005: Metas y Estrategias de Colombia para el Logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)-2015.** En su objetivo 4 y 5: Reducir la mortalidad en menores de 5 años en 2/3 partes y mejorar la salud materna, reducir la mortalidad materna en 3/4 partes respectivamente.
- g) **Ley 1098/2006: Código de Infancia y Adolescencia. Sistema de Información.** Define el rol del observatorio con misión, visión, actores y una batería de indicadores básicos con sus respectivas fichas técnicas, identificando fuentes primarias y secundarias de información, estableciendo la periodicidad de los reportes y definiendo métodos para análisis y medición. De esta forma se pueden seguir y evaluar las políticas e indicadores implementados para los niños, niñas y adolescentes relacionadas con salud mental, índice consumo alcohol y consumo de sustancias psicoactivas, trabajo infantil de riesgo, ETS y transmisión materno-infantil, riesgos por desastres naturales, salud nutricional, cobertura de vacunación y embarazo en adolescentes en el país.
- h) **CONPES 109 de 2007: Política Pública Nacional de Primera Infancia “Colombia por la Primera Infancia”** En su objetivo 7 establece la creación y fortalecimiento de los mecanismos necesarios para el diseño, ejecución, seguimiento y evaluación de la política de primera infancia, garantizando así una eficiente y eficaz gestión de política. Específicamente, la Línea Estratégica 8 define el seguimiento y evaluación mediante el fortalecimiento e implementación de sistemas de información, monitoreo y evaluación del impacto de la política en niños y niñas de 0 a 6 años.
- i) **Ley 1295 de 2009 atención integral de los niños y las niñas de la primera infancia de los sectores clasificados como 1, 2 y 3 del SISBEN.** Realizar seguimiento a las acciones y atención integral de estos grupos específicos e niños y niñas.
- j) **CONPES 140 Modificación CONPES 91 de 2005: Metas y Estrategias de Colombia para el Logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)-2015.** En sus Objetivos 4 y 5: Reducir la mortalidad en menores de 5 años en 2/3 partes y mejorar la salud materna, reducir la mortalidad materna en 3/4 partes respectivamente. Mencionan la importancia de aunar esfuerzos en la captación de la información referente a las acciones adelantadas en la primera infancia, que favorezcan la caracterización de situaciones específicas, conocer el comportamiento de la mortalidad materna e infantil, de la mortalidad en menores de 1 año, las coberturas de vacunación en las regiones y el país, por ello un sistema de información que proporcione esta información y permita comparación con las líneas base obtenidas por la Encuesta Nacional de Demografía y Salud ENDS y la Encuesta Nacional de Situación Nutricional de Colombia ENSIN.
- k) **Ley 1438 de 2011. Artículo 115. Indicadores de salud sobre niños, niñas y adolescentes.** Menciona la medición del estado de salud de los menores de edad con información detallada que las IPS y EAPB suministren al sistema de información en salud del país.



2 Bases Conceptuales

Para realizar una mejor aproximación a la iniciativa de los Observatorios del Ministerio de Salud y Protección Social, es necesario examinar algunos enfoques teóricos y metodológicos que los sustentan, por lo que es conveniente consultar el documento [Guía Metodológica para Registros, Observatorios, Sistemas de Seguimiento y salas situacionales Nacionales en salud](#); Sección 2: Marco conceptual.

A continuación se describen los conceptos necesarios y de uso obligado para el desarrollo y operación efectiva del Sistema del Sistema Nacional de Seguimiento a la Primera Infancia, Infancia y Adolescencia en Colombia:

2.1 Definición de Primera infancia, infancia y adolescencia en Colombia

La salud de los niños, niñas y adolescentes es y ha sido una de las prioridades del gobierno actual y de los pasados. La Ley 1098 de 2006 se constituyó en un hito para los derechos de este grupo de población que venía ganando importancia dentro de las políticas públicas que finalmente y de manera efectiva se vio cristalizado en la promulgación de esta ley, también conocida como el Código de Infancia y Adolescencia, en ella se reconoce a los niños, niñas, adolescentes y jóvenes como sujetos de derechos que son primordiales y prioritarios para el país. Allí también se establecen mecanismos para el monitoreo y seguimiento al cumplimiento de estos derechos por parte de todos los integrantes de esta población. Dentro de los derechos fundamentales se encuentran el derecho a la existencia y el derecho al goce pleno del mejor estado de salud y bienestar posible.

Existen diversas concepciones sobre la adolescencia y las edades que la delimitan. El código de infancia y adolescencia (Ley 1098 de 2006), las clasifica en: 1) la Primera Infancia va de los 0 a los 5 años, 2) la infancia de los 6 a los 11 años y 3) la adolescencia de los 12 a los 18 años. Sin embargo, para efectos del presente documento y según la Organización Mundial de la Salud, la adolescencia se considera el periodo comprendido entre los 10 y los 19 años de edad. Esto obedece a que el embarazo en adolescentes puede darse en niñas de 10 años incluso en menores de esta edad, configurando preocupantes casos de violencia sexual.

2.2 Algunos conceptos relacionados con infancia y adolescencia

Es importante tener en cuenta los siguientes conceptos relacionados con infancia y adolescencia:

- a) **Concepto de niño y niña** (Ministerio de Protección Social, 2007). *“Sin importar los distinguos de edad, género, raza, etnia o estrato social, es definido como ser social activo y sujeto pleno de derechos. Es concebido como un ser único, con una especificidad personal activa, biológica, psíquica, social y cultural en expansión.”.*
- b) **Perspectiva de derechos y atención integral** (Ministerio de Protección Social, 2007). *“La perspectiva de derechos y de atención integral a la infancia ubica a los niños y a las niñas como sujetos titulares de*



derechos y pone sus derechos por encima de los del resto de la sociedad. Además, este enfoque orienta la formulación, implementación y evaluación de lineamientos nacionales para la primera infancia. Dentro de esta perspectiva se consideran derechos impostergables de la primera infancia la atención en salud y nutrición, el esquema completo de vacunación, la protección contra los peligros físicos, la educación inicial y el registro civil”.

- c) **Equidad e inclusión social** (Ministerio de Protección Social, 2007). “Desde la perspectiva de desarrollo humano, el concepto de equidad implica calidad de vida e inclusión social, orientadas ambas hacia la ampliación de oportunidades y capacidades de las personas. La equidad y la inclusión social como uno de los principios rectores de la política pública de la primera infancia, parte del reconocimiento de los niños y niñas como sujetos sociales y ciudadanos y ciudadanas con derechos”.
- d) **Protección integral** (Ministerio del Interior y de Justicia, 2006). “Se entiende por protección integral de los niños, niñas y adolescentes el reconocimiento como sujetos de derechos, la garantía y cumplimiento de los mismos, la prevención de su amenaza o vulneración y la seguridad de su restablecimiento inmediato en desarrollo del principio del interés superior.

La protección integral se materializa en el conjunto de políticas, planes, programas y acciones que se ejecuten en los ámbitos nacional, departamental, distrital y municipal con la correspondiente asignación de recursos financieros, físicos y humanos”.

- e) **Interés superior de los niños, las niñas y los adolescentes**(Ministerio del Interior y de Justicia, 2006) “Se entiende por interés superior del niño, niña y adolescente, el imperativo que obliga a todas las personas a garantizar la satisfacción integral y simultánea de todos sus derechos humanos, que son universales, prevalentes e interdependientes”.
- f) **Prevalencia de los derechos** (Ministerio del Interior y de Justicia, 2006). “En todo acto, decisión o medida administrativa, judicial o de cualquier naturaleza que deba adoptarse en relación con los niños, las niñas y los adolescentes, prevalecerán los derechos de estos, en especial si existe conflicto entre sus derechos fundamentales con los de cualquier otra persona”.
- g) **Perspectiva de género** (Ministerio del Interior y de Justicia, 2006). “Se entiende por perspectiva de género el reconocimiento de las diferencias sociales, biológicas y psicológicas en las relaciones entre las personas según el sexo, la edad, la etnia y el rol que desempeñan en la familia y en el grupo social. Esta perspectiva se debe tener en cuenta en la aplicación de este Código, en todos los ámbitos en donde se desenvuelven los niños, las niñas y los adolescentes, para alcanzar la equidad”.

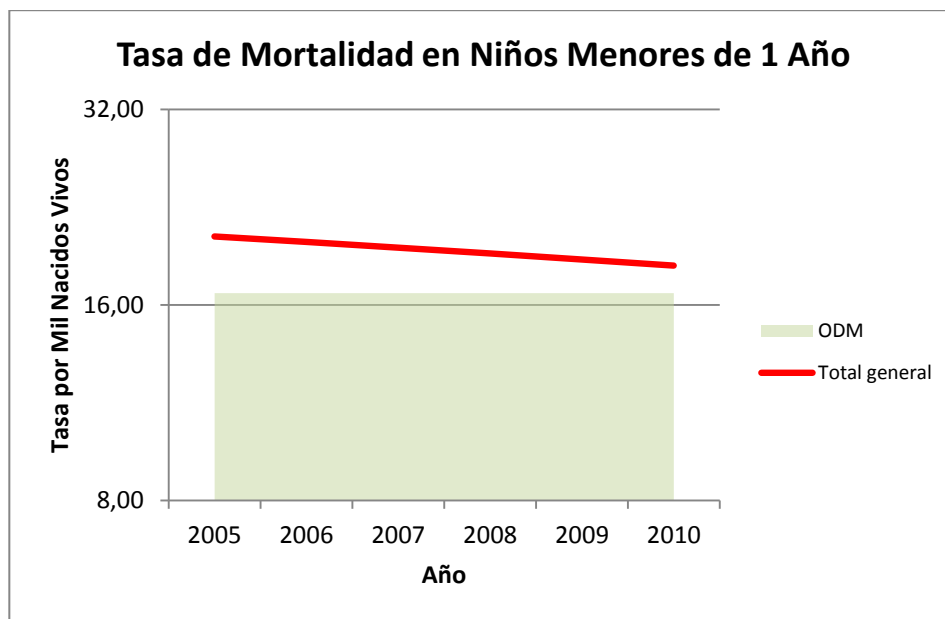
2.3 Análisis de la situación de salud de la infancia y adolescencia en Colombia

2.3.1 Mortalidad Infantil

La mortalidad infantil tiene que ver directamente con el derecho a la vida y a la existencia. La mortalidad infantil (niños menores de 1 año) en Colombia presenta un descenso sostenido desde el año 2000. Según SISPRO del MSPS, en el año 2010, esta tasa se encontraba en 18,4 muertes por cada 1000 niños nacidos vivos para Colombia, nivel que se encuentra por encima de la meta establecida para el año 2015 de 16,68 según los Objetivos de Desarrollo del Milenio. (Figura 1)



Figura 1. Tasa de Mortalidad Infantil



Fuente: EEVV, DANE

Chocó y Vichada son los departamentos en los que se identificó que más de la mitad de sus municipios, presentan una tasa de mortalidad significativamente más elevada. Esta tendencia también difiere para el área urbana y rural, siendo en esta última un 25% más alta que en los centros poblados. Para cumplir la meta del milenio a 2015 (18.98 por mil nacidos vivos) falta reducir este indicador en un 9% en áreas rurales.

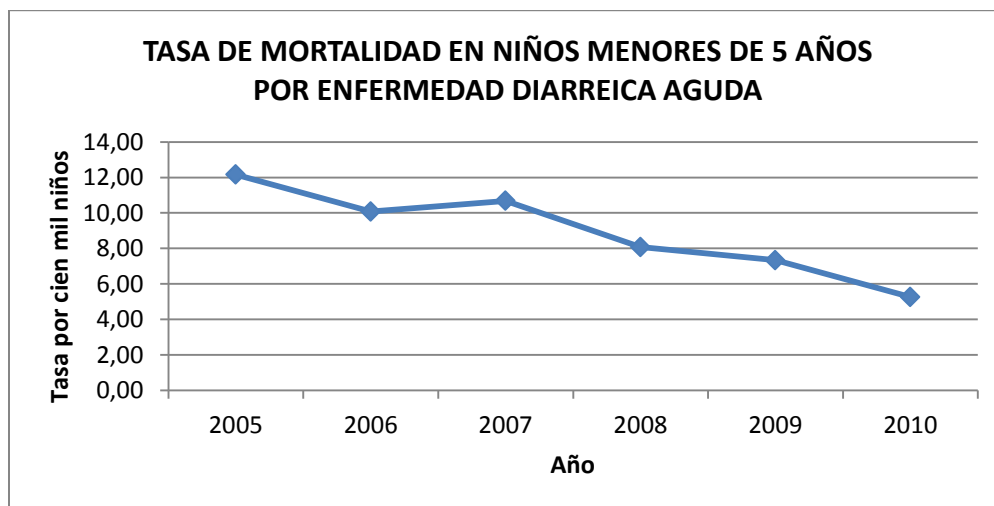
Las principales causas de la mortalidad infantil son en un 40% aproximadamente muertes que ocurren por causas perinatales, es decir durante el primer mes de vida, seguidas de infecciones respiratorias agudas. Las causas perinatales a su vez son principalmente trastornos respiratorios y sepsis bacterianas. Es una prioridad disminuir la mortalidad neonatal por ser este momento en donde se presenta el mayor número de muertes.

La enfermedad diarreica aguda (EDA) tradicionalmente ha sido un elemento trazador del estado de salud infantil y más aún del estado de desarrollo de un país. Como elementos determinantes se encuentran las condiciones sanitarias, ambientales y de nutrición de la población, así como el acceso oportuno y con calidad a los servicios de salud; todos ellos derechos fundamentales de los niños.

Como se puede ver en el gráfico siguiente (Figura 2), la tasa de mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda ha tenido un marcado descenso en el periodo 2005 al 2010 de más del 50% pasando de una tasa de 12,16 a 5,26 muertes por cada 100.000 menores de cinco años y con tasas actuales comparables a las de países desarrollados.



Figura 2. Tasa de Mortalidad por enfermedad diarreica aguda en menores de 5 Años.



Fuente: SISPRO MSPS. Fuente Primaria: DANE Estadísticas Vitales.

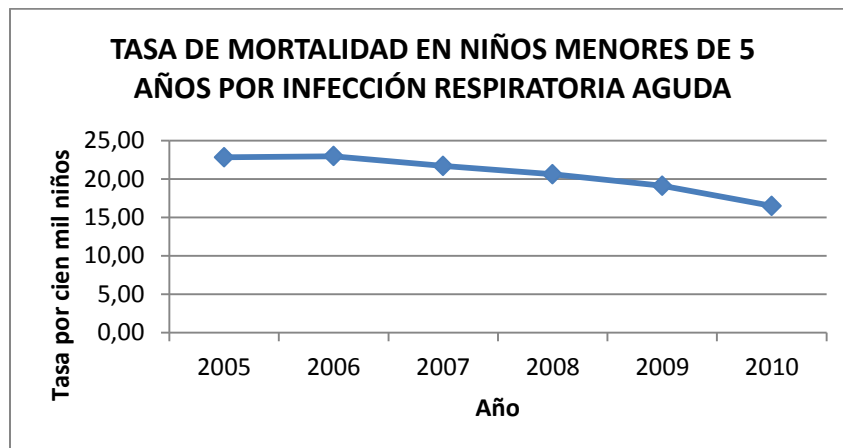
Desafortunadamente, de este descenso no participan varios departamentos que siempre han estado rezagados. Específicamente se tiene al Amazonas, Chocó, Vichada, Guainía y Vaupés, este último con una tasa de 234 muertes por cada mil nacidos vivos para el año 2010.

La Infección Respiratoria Aguda (IRA) en niños menores de 5 años incluye un número importante de afecciones que hoy por hoy en nuestro país se constituyen en la consulta médica más frecuente en este grupo de edad. La IRA grave, dentro de la cual se encuentra la neumonía es la causa más frecuente de muertes. Dentro de los gérmenes causantes de la misma se encuentra el Neumococo y el Haemóphilus Influenza, para los cuales el país ya cuenta con las vacunas respectivas (ver inmunización), y un cubrimiento adecuado de la misma es fundamental en la reducción de este indicador.

En la Figura 3s e puede observar que en el país se ha presentado una reducción de casi un 40% en la mortalidad por IRA, probablemente reflejo de mejoría en determinantes sociales estructurales primarios como factores socioeconómicos y educación de la familias y nutrición infantil, pero también el despliegue de estrategias como la Atención Integral de Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), acceso oportuno a servicios de salud, cubrimiento de vacunación y calidad de los servicios pediátricos. Nuevamente se evidencian diferencias regionales en las que Guainía, Vaupés, Chocó y Amazonas presentan tasas cercanas a o por encima de 40 mientras que el promedio nacional es de 16,5 muertes por cada 100.000 niños.



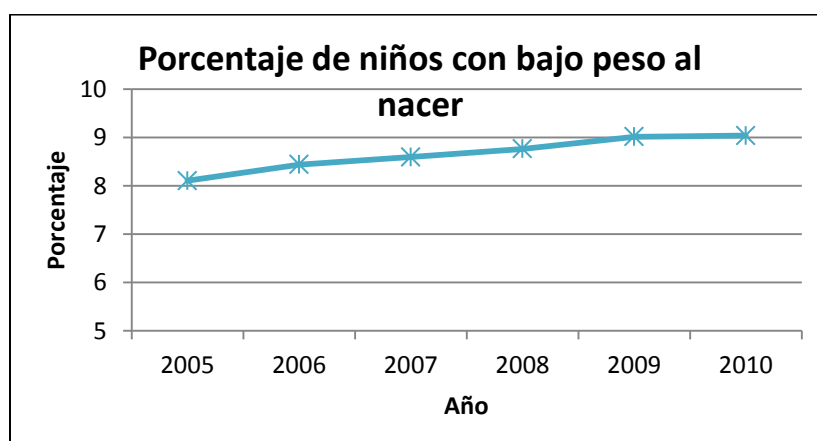
Figura 3. Tasa de Mortalidad por infección respiratoria aguda en niños menores de 5 Años.



Fuente: SISPRO; MSPS. Fuente Primaria: DANE, Estadísticas vitales.

El nacer con bajo peso (menos de 2,500 gr) hace que el niño tenga menor probabilidad de desarrollar todo su potencial y aumenta el riesgo de padecer un número importante de morbilidades más adelante en la vida. Es por esto que es fundamental tener un peso adecuado al nacimiento como condición para un goce pleno del derecho a la salud. Existe un subregistro importante en esta área ya que solamente el 70% de los niños son pesados al nacer a pesar de que cada vez hay un mayor porcentaje de atención institucional del parto. En la Figura 4 se puede observar cómo el porcentaje de niños con bajo peso al nacer ha aumentado de manera casi constante desde el 2005. Este aumento puede estar influenciado por el progresivo aumento del pesaje y el registro del mismo al momento del nacimiento. Sin embargo, esta cifra no deja de ser preocupante por ser elevada y por la tendencia mostrada. Entre las principales causas de bajo peso al nacer son la desnutrición y anemia materna y el embarazo en adolescentes.

Figura 4. Porcentaje de Niños con Bajo Peso al Nacer



Fuente: SISPRO MSPS, Fuente Primaria: DANE, EEVV



2.3.2 Desnutrición crónica en niños y niñas menores de 5 años.

En Colombia, para establecer el estado nutricional de los niños menores de 5 años se adoptaron los nuevos patrones de crecimiento de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 2006. De conformidad con los nuevos patrones y según ENSIN 2010, la evolución de la desnutrición es la siguiente: (Tabla 1)

Tabla 1. Comportamiento de la Desnutrición en Población < 5 años por OMS

Tipo de desnutrición	1990	1995	2000	2005	2010
Crónica (Talla para la edad)	26,1	19,5	17,9	16	13,2
Aguda (Peso para la Talla)	SD	1,4	0,8	1,2	0,7
Global (Peso para la Edad)	8,6	6,3	4,5	4,9	3,4

Fuente: ENSIN 2010

Desnutrición crónica (estatura/edad). En 2010 a nivel nacional el 13.2% de los niños y niñas menores de 5 años presentó retraso en el crecimiento, siendo severos el 3%. Mientras que en los niños y niñas indígenas que hacían parte de la muestra, el porcentaje de desnutrición crónica y crónica severa fue el más alto respecto a la población afrodescendiente (29,5% y 9,4% frente a 10,6% y 1,8%, respectivamente) y significativamente mayor a la población clasificada en la categoría de otros (12,6% y 2,4%). Este retraso es más prevalente en niños de 1 y 2 años de edad y es mayor en los niveles I y II del SISBEN, al igual que en los niños que tuvieron al nacer bajo peso (27%) y estatura menor a 47 cm (24%). Sin embargo, en los últimos 5 años se redujo en 17.0% la desnutrición crónica. La prevalencia de desnutrición crónica en Colombia es menor que la de México, Ecuador y Perú; y mayor que Brasil y Chile.

Desnutrición global (peso/edad). La desnutrición global en niños menores de 5 años fue de 3.4% en 2010, lo que significa un gran avance dado que para 2005 este indicador se encontraba en 7% y en 1995 superaba el 10%. Este tipo de desnutrición se presenta principalmente en familias numerosas; en niños y niñas con madres de bajo nivel educativo y en niveles I y II del SISBEN. Este indicador bajó 2 puntos porcentuales con respecto a 2005. Además se encontró con la ENSIN 2010 que en los niños y niñas indígenas de la muestra, el porcentaje de desnutrición global (7,5%), es más del doble que a nivel nacional (3,4%)

Desnutrición aguda (peso/estatura). Este tipo de desnutrición se presenta en menos del 1% de los niños, según los datos obtenidos en 2010. En su mayoría, estos casos se presentan en niños y niñas menores de 6 meses, cuyas madres poseen un bajo nivel educativo. Esta variable se ha mantenido estable desde el año 2000.

De manera agregada, los departamentos con mayores índices de desnutrición son La Guajira (11.2%), Magdalena (6.8%), Chocó (6.3%) y Amazonas (5.8%). La desnutrición crónica se presenta prevalentemente en las subregiones Atlántica (4.9%), Amazonía y Orinoquía (3.6%). Es importante desarrollar programas focalizados en poblaciones vulnerables y minorías étnicas por ser estos grupos donde se encuentran los mayores porcentajes de desnutrición.



Exceso de peso. En los niños menores de 5 años, el sobrepeso es de 5.2%. Aumentó 1 punto porcentual con respecto al 2005 que fue de 4.2%. En niños de 5 a 9 años la prevalencia de obesidad (>2 DE) fue de 5,2% y entre los de 10 a 17 años 3,4%.

Según la ENSIN 2010, entre 5 y 17 años, niñas, niños y adolescentes presentan un mejoramiento sustancial en los indicadores de retraso en talla y delgadez, pasando del 2005 al 2010 de un 13.9% a un 10% y del 3% al 2.1%, respectivamente. Uno de cada 10 niños, niñas o adolescentes entre 5 y 17 años presentan retraso en el crecimiento. Para el 2005, el 19% de los niños y niñas entre 5 y 9 años de edad y presentaron retraso de talla y peso. Los departamentos con mayor prevalencia de desnutrición crónica en 2010 fueron La Guajira, Cesar y Magdalena.

Por otra parte, el retraso de crecimiento es mayor en el área rural que urbana, situación que se mantiene para ambos años de medición. En el 2005, las cifras en los niños y niñas con retraso en el crecimiento entre 5 y 9 años en el área rural fue del 18,5%, mientras que en el área urbana fue del 9.7%.

Las Políticas y Estrategias de Abordaje de la Situación Nutricional de la Infancia están inscritas en la Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional -SAN.

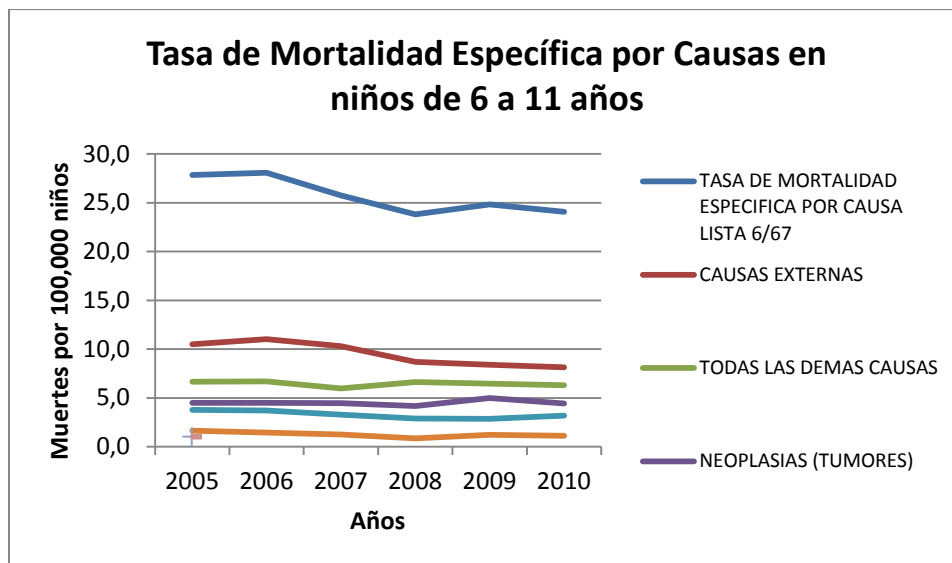
El país a fin de proteger a niños y niñas de contra las enfermedades transmisibles prevenibles, ha priorizado la ejecución del Programa Ampliado de inmunizaciones, garantizando la vacunación gratuita y obligatoria para proteger a toda la población infantil en este grupo de edad

2.3.3 Infancia

La tasa de mortalidad en niños y niñas entre los 6 y los 11 años de edad en Colombia presenta un descenso entre el año 2005 y el año 2010, pasando de 27,8 a 24,1 respectivamente. Es decir una reducción del 13,5%. Como se puede ver en la Figura 5, la principal causa de muerte es la categoría de causas externas que en el 2005 representaba una proporción del 38% mientras que para el 2010 era de 34%. También se han presentado reducciones importantes en las muertes por enfermedades transmisibles y enfermedades del sistema circulatorio con reducciones de 18 y 35% respectivamente.



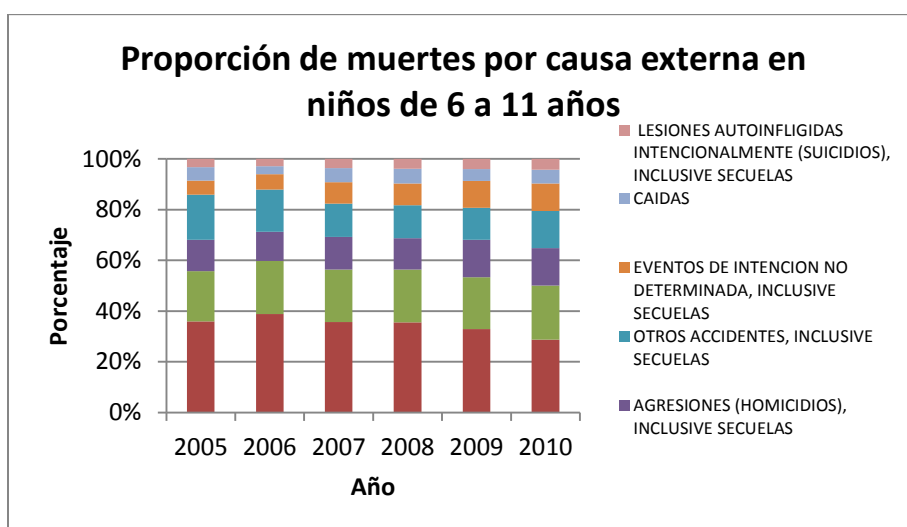
Figura 5. Tasa de mortalidad específica por causas en niños de 6 a 11 años



Fuente: EEVV, SISPRO; MSPS.

La Figura 6 muestra que los accidentes de tránsito representaban entre un 30 y un 40% del total de muertes en la categoría de muertes por causa externa en este grupo de edad y que desde el año 2008 han presentado un descenso de dicha proporción, encontrándose en el 2010 por debajo del 30%. El ahogamiento y sumersión accidental representa alrededor de 20% de las muertes por causa externa.

Figura 6. Proporción de muertes por causa externa en niños de 6 a 11 Años



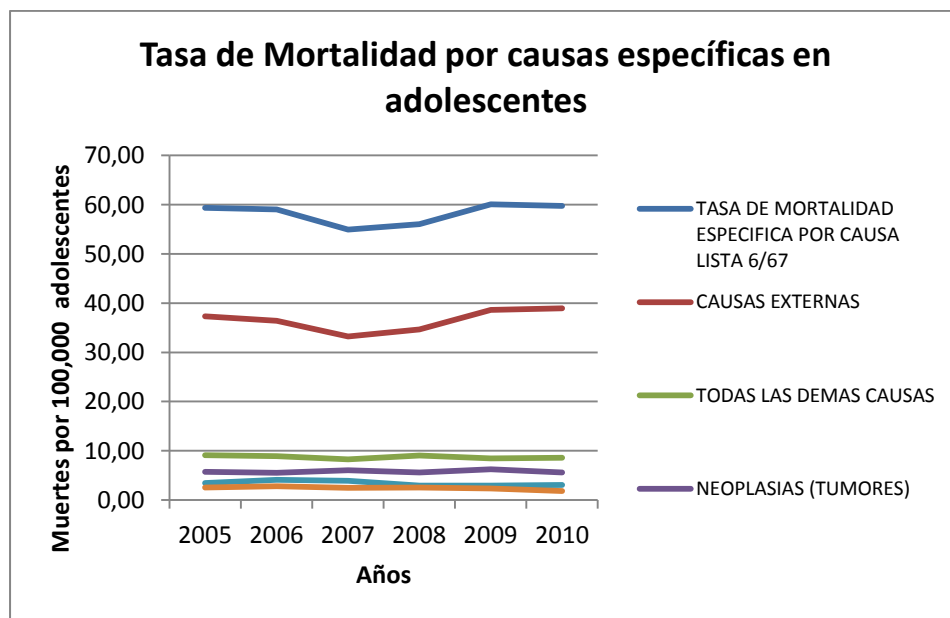
Fuente: Medicina Legal



2.3.4 Adolescencia

El número de muertes en este grupo de edad presentó un descenso durante los años 2007 y 2008, pero regresó a niveles similares a los de 2005 y 2006 en los años 2009 y 2010. La proporción de muertes por causa externa es la principal causa de muerte, oscilando entre un 60 y 66% de las muertes en este grupo de edad (Figura 7).

Figura 7. Tasa de mortalidad por causas específicas en adolescentes.

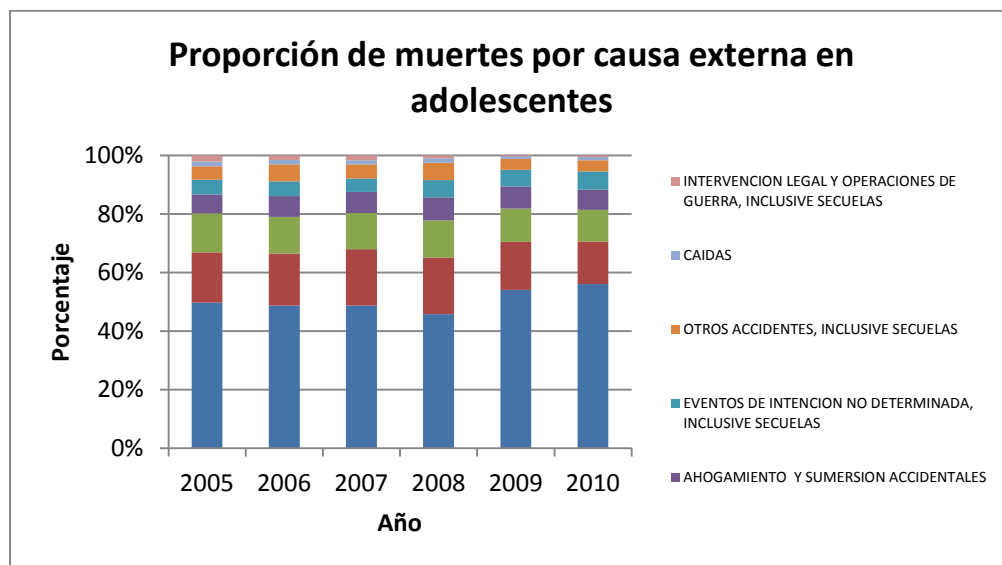


Fuente: SISPRO, MSPS

Acorde con la Figura 8 se puede observar que la proporción de homicidios en este grupo es cercana al 50%, sobrepasándolo inclusive en los años 2009 y 2010. Se resalta que en este grupo de edad, en la mortalidad por causas externas, la tercera causa es debida a las lesiones infligidas intencionalmente (suicidio), aspecto que se aborda en mayor profundidad en la sección de “salud mental”.



Figura 8. Proporción de muertes por causa externa en adolescentes



Fuente: SISPRO; MSPS. Fuente Primaria: Estadísticas vitales, DANE.

2.3.4.1 Embarazo adolescente

Los resultados de los Estudios Nacionales de Demografía y Salud en Colombia indican un leve cambio en el sentido de la tendencia al disminuir la proporción de adolescentes alguna vez embarazadas de 20.5% en el 2005 al 19,5% en el 2010(Profamilia-MSPS, 2010). Aunque el comportamiento de las tasas de fecundidad de 10 a 19 años calculadas a partir de estadísticas vitales ha mostrado una tendencia decreciente en el último decenio pasando de 78,4 en el 2001 a 68,8 en el 2010 (tasa por mil mujeres en edad fértil), en el grupo de 10 a 14 años la tasa de fecundidad muestra una tendencia creciente con una leve disminución en los últimos años pasando de 2,68 en el año 2001 a 2,92 en el año 2010 con una mayor incidencia en los departamentos de Arauca, Casanare, Meta, Caquetá, Cesar, Córdoba y Sucre¹. El MSPS como parte de los Observatorios y Registros Nacionales ha creado el Observatorio Nacional Intersectorial de Embarazo en Adolescentes – ONIEA Colombia que será el encargado de realizarle seguimiento a esta situación.

El panorama frente a la realización de abortos a nivel mundial, presenta que cada año se realizan cerca de 22 millones de abortos en forma insegura, lo que produce la muerte de alrededor de 47 000 mujeres y discapacidades en otras 5 millones de mujeres, estas muertes y discapacidades hubieran podido ser evitadas a través de la educación sexual, la planificación familiar y el acceso al aborto inducido en forma legal y sin riesgos, y a la atención de las complicaciones del aborto. Es así como prácticamente en todos los países desarrollados, los abortos sin riesgos se ofrecen en forma legal a requerimiento o sobre una amplia base social y económica, y es posible disponer y acceder fácilmente a los servicios en general. En los países donde el aborto inducido legal está sumamente restringido o no está disponible, con frecuencia un aborto sin riesgos se ha vuelto en el privilegio de los ricos, mientras que las mujeres de escasos recursos no tienen

¹ESTADISTICASVITALES nacimientos y PROYECCIONES POBLACIONALES Disponibles en www.dane.gov.co



otra opción que acudir a proveedores inseguros, que provocan la muerte y morbilidades que se convirtieron en la responsabilidad social y financiera del sistema de salud pública (OMS, 2012).

Al revisar las cifras, se estima que cada año quedan embarazadas 208 millones de mujeres, de ellas, el 59 % (123 millones) tiene un embarazo planificado (deseado) que culmina con un nacimiento con vida, un aborto espontáneo o una muerte fetal intrauterina (Guttmacher Institute, 2009). El 41 % restante (85 millones) de los embarazos no es deseado. Así mismo, debido al aumento en el uso de anticonceptivos, la tasa de embarazos en todo el mundo ha disminuido de 160 embarazos por cada 1000 mujeres entre 15 y 44 años en 1995 a 134 embarazos por cada 1000 mujeres en 2008. Las tasas de embarazos deseados y no deseados en mujeres en edades entre 15 y 44 años han disminuido de 1995 a 2008, pasando de 91 a 79 embarazos deseados y de 69 a 55 embarazos no deseados por cada 1000 mujeres entre 15 y 44 años. Lo que es más significativo, la tasa de abortos inducidos se redujo de 35 de cada 1000 mujeres entre 15 y 44 años en 1995 a 26 de cada 1000 mujeres de entre 15 y 44 años en 2008, esta disminución se debió principalmente a la caída en la tasa de abortos sin riesgos, mientras que el aborto inseguro se ha mantenido relativamente constante desde 2000, con alrededor de 14 por cada 1000 mujeres entre 15 y 44 años, en términos absolutos se estimó que la cantidad de abortos inseguros era de aproximadamente 20 millones en 2003 y de 22 millones en 2008; la proporción de todos los abortos que son inseguros aumento de 44 % en 1995 y 47 % en 2003 al 49 % en 2008 [Lancet, 2012]. Casi todos los abortos inseguros tienen lugar en los países en vías de desarrollo, donde las tasas de mortalidad materna son altas y el acceso a un aborto sin riesgos es limitado.

A nivel de Colombia respecto a la caracterización de los casos reportados de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) en el periodo comprendido entre 2006-2011, se encuentra un total de 1121 casos, distribuidos de la siguiente forma para cada uno de los años mencionados: 2006 (26), 2007 (122), 2008 (230), 2009 (331), 2010 (238) y 2011 (155), de estos, el 2009 fue el año donde más casos se registraron a nivel nacional.

De acuerdo a las tres casuales de la Sentencia C-355 de 2006, se encuentra que para 517 casos del total general se planteó como casual de IVE la grave malformación del feto [48%], seguida por el acceso carnal o acto sexual sin consentimiento con 253 casos del total general [23%] y 178 casos estuvieron relacionados con el peligro para la vida o salud de la mujer [16%]; es importante mencionar que en 173 casos no se tiene el dato de cuál fue la causa por la que se realizó la Interrupción.

Al hacer análisis por los diferentes grupos de edad se encuentra que en el grupo de 10 a 14 años de los 70 casos presentados, 56 de estos, es decir, en el 80% la Interrupción voluntaria del embarazo (IVE) se realizó teniendo como causa el acceso carnal o acto sexual sin consentimiento; mientras que para el grupo de edad de 20 a 29 años, la grave malformación del feto fue la causal con mayor número de reportes (228), prácticamente la mitad de los casos reportados [459]; es así como este último grupo de edad se convierte en el grupo con mayor número de casos reportados sobre el total- 459 casos, que corresponde a un 41% (MSPS, 2012]





3 Modelo del Sistema Nacional de Seguimiento a la Primera Infancia, Infancia y Adolescencia en Colombia

3.1 Concepto

El Sistema de Seguimiento a la Primera Infancia, Infancia y Adolescencia consolida, analiza, produce y divulga información sobre salud de niños y adolescentes entre los 0 y los 17 años de Colombia, relevantes para la toma de decisiones y es el referente que permite alertar y orientar a la sociedad, los actores claves y los tomadores de decisiones sobre las acciones y políticas pertinentes para la salud de la infancia y adolescencia.

3.2 Funciones del Observatorio

1. Impulsar la intersectorialidad y colaboración entre actores para la integración de fuentes de información con datos de infancia y adolescencia en el Sistema de Información en Salud.
2. Extraer de forma conjunta datos de diferentes fuentes para producir y aumentar la disponibilidad de información sobre infancia y adolescencia para el país.
3. Identificar brechas en la información y fomentar el incremento de la evidencia en infancia y adolescencia para el país.
4. Informar el desarrollo y aplicación de políticas e intervenciones para prevenir e impactar la atención de la infancia y la adolescencia (*Apoyar e inducir la toma de decisiones, emitir recomendaciones y orientaciones a políticas e intervenciones en salud*).
5. Seguir el comportamiento de la oferta sanitaria y de los servicios de salud que atienden a la infancia y adolescencia
6. Difundir y comunicar la evidencia sobre infancia y adolescencia generada de forma eficiente.
7. Fomentar líneas de investigación en infancia y adolescencia para el país con apoyo de Colciencias.

3.3 Enfoque del sistema de seguimiento

El Sistema Nacional de Seguimiento a la Infancia y Adolescencia en Colombia recopila, consolida, analiza, produce y divulga información para la generación de conocimiento, además de fomentar la participación de actores e instituciones para la toma de decisiones para la protección, prevención y promoción de la salud de la infancia y la adolescencia desde una perspectiva de derechos.

3.4 Valor agregado del sistema de seguimiento

El valor agregado del Sistema de Seguimiento está en ser el referente primordial de información con calidad sobre el tema, en su carácter intersectorial buscando desarrollar análisis más amplios y profundos resultantes de la incorporación de fuentes diversas, en la desagregación en varias dimensiones de la información y en la posibilidad de establecer alertas en situaciones extremas.



3.5 Visión del sistema de seguimiento

El Sistema Nacional de Seguimiento a la Infancia y Adolescencia en Colombia será el referente nacional y territorial para la formulación, ejecución, seguimiento y evaluación de políticas públicas, planes, programas y estrategias orientadas a la garantía del derecho a la salud de los niños, niñas y adolescentes y de cuenta del desarrollo integral en lo que respecta a la salud.

3.6 Características del Modelo

1. Estandarización de los datos e indicadores sobre Infancia y Adolescencia.
2. Integración de fuentes de información con estadísticas sobre Infancia y Adolescencia.
3. Estabilidad temporal y espacial.
4. Manejo institucional y organizacional de la información del sector de manera centralizada conformando un repositorio de información sobre el tema.
5. Unificación de criterios metodológicos en el análisis y generación de información.
6. Información unificada y confiable.
7. Aumento de la evidencia y gestión del conocimiento sobre el Infancia y Adolescencia.

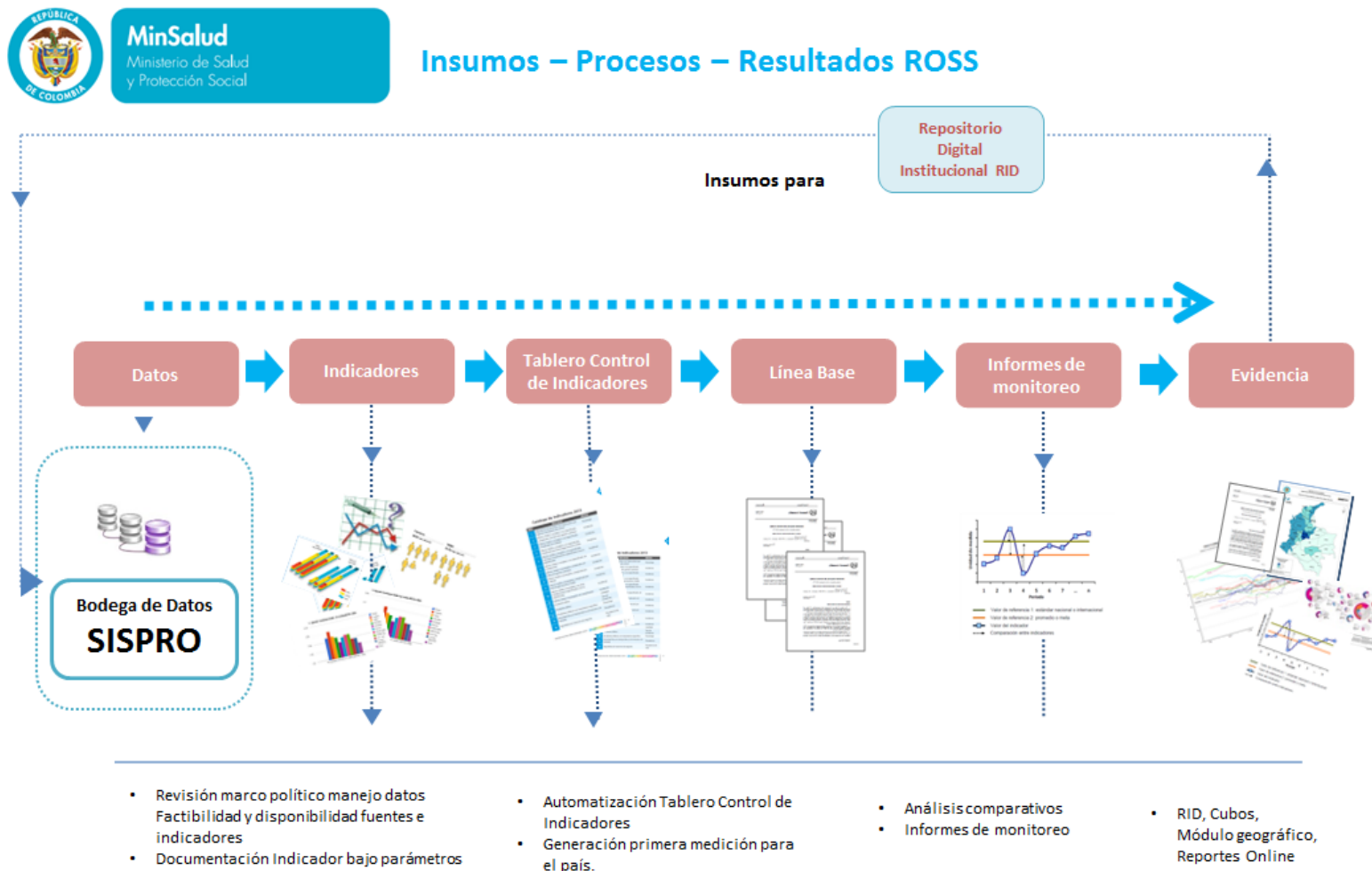
3.7 Insumos, procesos y resultados

La figura 9 ilustra los insumos requeridos (Datos), y los procesos (documentación, análisis, revisión) que se involucran para obtener los resultados esperados (evidencia disponible y para consulta) por cada observatorio y sistema de seguimiento.

Adicional y de manera más específica, La figura 10 presenta el modelo operativo para la gestión de información de este sistema, el esquema expone la relación de del Sistema de Seguimiento con otras fuentes y su aporte a la gestión del conocimiento dentro del marco de los ROSS.

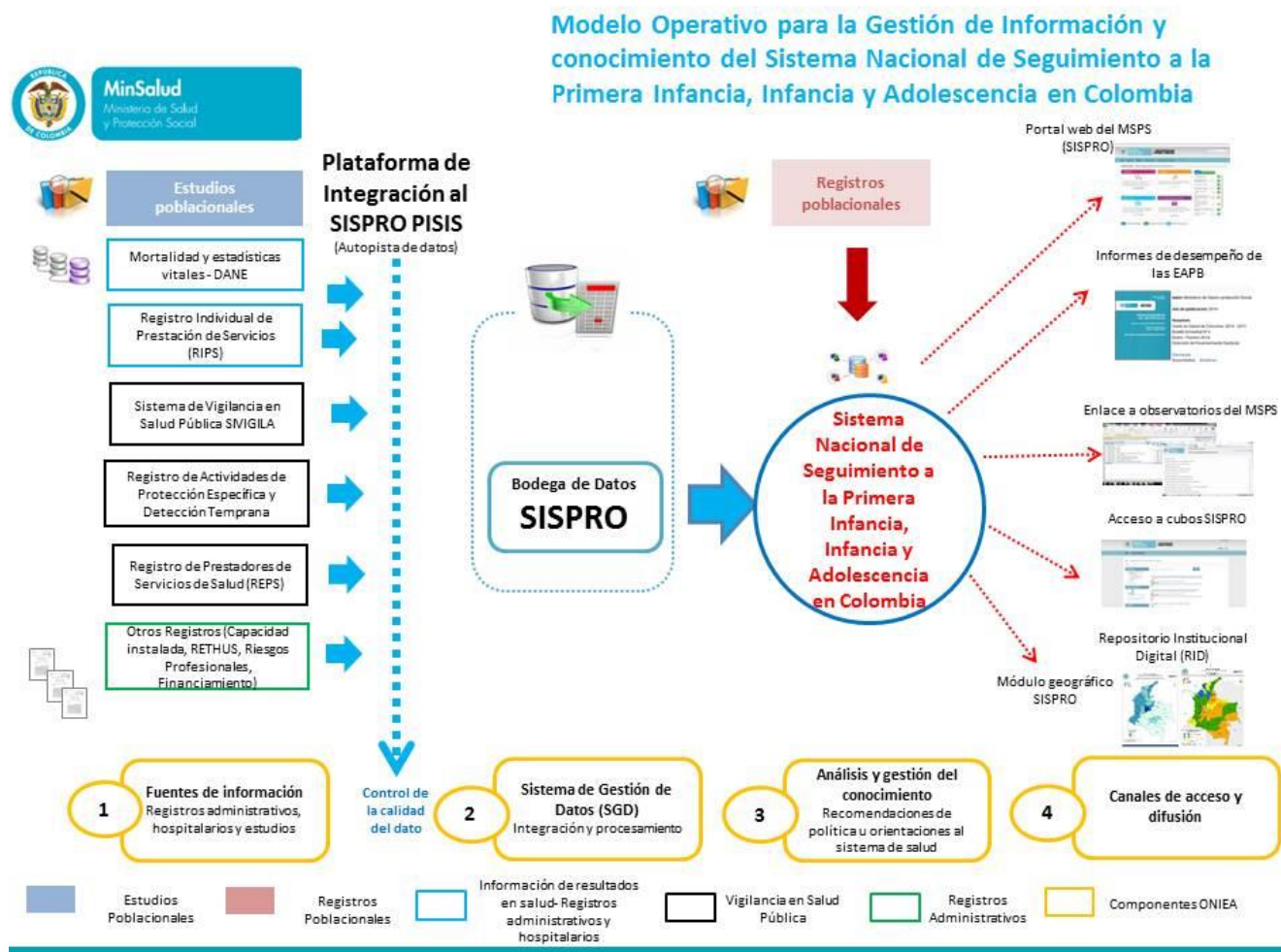


Figura 9. Insumos, procesos y resultados de los ROSS



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

Figura 10. Flujo de información del Sistema Nacional de Seguimiento a la Primera Infancia, Infancia y Adolescencia en Colombia



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

3.8 Estructura y Funcionamiento

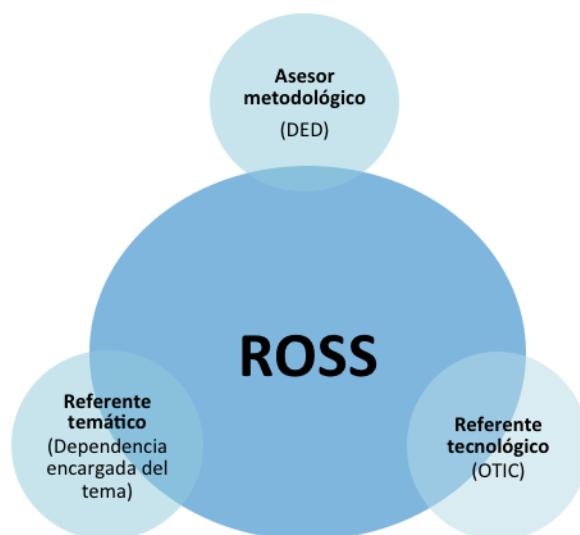
La Figura 11 ilustra la tríada estratégica para la operación de los ROSS al interior del Ministerio de Salud y Protección Social, la cual igualmente responde a la dinámica que se ha establecido para el Sistema Nacional de Seguimiento a la Primera Infancia, Infancia y Adolescencia en Colombia y la cual está constituida 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 transmisibles, 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 11. Triada 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

3.9 Responsables

Las actividades que permiten la operación de este sistema de seguimiento con sus respectivos responsables se describen a continuación:

- **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 de 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 Dirección de Promoción y Prevención del Ministerio de Salud y Protección Social MSPS.
- **Incremento de evidencia y recomendaciones de políticas:** Ministerio de Salud y Protección Social MSPS.

3.10 Sistema Estándar de Indicadores y áreas de monitoreo

El Sistema Estándar de Indicadores que este sistema ha establecido para hacer seguimiento a la situación de la infancia y la adolescencia en el país, permite monitorear y seguir en el tiempo el desempeño de las algunas de las acciones que se desarrollan frente a la política de infancia y adolescencia.

Los criterios de clasificación de indicadores que usa este sistema están bajo los estándares definidos por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE y pueden ser consultados en la Sección 8 del Documento [“Guía Metodológica para Registros, Observatorios, Sistemas de Seguimiento y Salas Situacionales Nacionales”](#) del Ministerio de Salud y Protección Social.

La batería de indicadores, definida y priorizada para el sistema, reposa en el Catálogo de Indicadores en Salud, herramienta virtual y matricial que almacena la información y los atributos de mayor relevancia de cada indicador, y que suministra las características operativas, estadísticas, de medición, de obligatoriedad, periodicidad y disponibilidad para cada uno de ellos. De esta forma puede obtenerse información de los indicadores del registro de manera automatizada, incluyendo su disponibilidad al momento de generarse. La tabla 2 describe un ejemplo de estos atributos para un indicador específico: Cobertura de vacunación con BCG en nacidos vivos, los cuales se sintetizan en el formato denominado “ficha técnica del indicador”



Tabla 2. Ficha técnica indicador: Tasa de mortalidad en la niñez (menores de 5 años)

FICHA TÉCNICA DE INDICADORES			
Nombre del Indicador: Tasa de mortalidad en la niñez (menores de 5 años)		Sigla:	
Definición	La Tasa de Mortalidad en Menores de 5 años es el número de defunciones de niños menores de 5 años por cada 1.000 nacidos vivos para un año dado, en un determinado país, territorio o área geográfica		
Forma de Cálculo	Metodología DANE	Componentes de la Fórmula de Cálculo	
		Numerador: Metodología DANE	
		Fuente del numerador: DANE	
		Denominador: Metodología DANE	
		Fuente del denominador: DANE	
Unidad de medida	Por 100 (%)		
Niveles de desagregación	Municipio	Periodicidad	Serie Disponible
	Departamento		
Nacional			
Sustento Normativo/Referencia	CONPES 091 y 140 de 2011. Ratificación de los ODM para Colombia. META UNIVERSAL: 4A. Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de 5 años.		
Observaciones	Ninguna		
Versión: 01	Fecha: 17-05-2013	Elaborado por: Dirección de Epidemiología y Demografía	

El Catalogo de Indicadores en Salud fue además sometida a revisión de los líderes temáticos, mesas intersectoriales y pares de medición en salud. De esta forma cada sistema estándar de indicadores de los ROSS previa automatización, fue valorada conjuntamente por actores tanto en su fase de priorización como durante su primera medición, con la finalidad última de garantizar su disponibilidad y generar datos con la mayor calidad posible.

Para el Sistema de Seguimiento a la Primera Infancia, Infancia y la Adolescencia, se priorizaron los siguientes indicadores (Tabla 3):



Tabla 3. Listado de Indicadores del Sistema de Seguimiento a la Primera Infancia, Infancia y la Adolescencia en Colombia.

No.	INDICADOR
1	Cobertura de vacunación con BCG en nacidos vivos
2	Cobertura de vacunación con DPT tres dosis en menores de 1 año
3	Cobertura de vacunación con triple viral en niños y niñas de 1 año
4	Cumplimiento en la consulta de control de crecimiento y desarrollo por enfermera
5	Porcentaje de casos con oportunidad de atención para el inicio de tratamiento para cáncer infantil
6	Porcentaje de casos con oportunidad de atención para la presunción del diagnóstico de cáncer infantil
7	Porcentaje de casos de cáncer infantil diagnosticados oportunamente
8	Porcentaje de hospitalización en menores de 5 años por EDA
9	Porcentaje de hospitalización en menores de 5 años por IRA
10	Porcentaje de menores de 15 años con Leucemia Aguda que recibieron tratamiento
11	Porcentaje de menores de 5 años que asistieron a las consultas de crecimiento y desarrollo requeridas según la edad
12	Porcentaje de muertes fetales asociadas a morbilidad materna extrema
13	Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años alguna vez embarazadas (ya son madres o están embarazadas por primera vez)
14	Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer
15	Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer con clasificación del riesgo de Lúchenlo
16	Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más consultas de control prenatal
17	Porcentaje de nacidos vivos con Sífilis Congénita que recibieron tratamiento
18	Porcentaje de neonatos prematuros valorados por oftalmología
19	Porcentaje de niños entre 6 meses y 6 años con suplementación con micronutrientes y adherencia al tratamiento
20	Porcentaje de niños y niñas menores de 5 años víctimas del conflicto armado con EDA
21	Porcentaje de niños y niñas menores de 5 años víctimas del conflicto armado con IRA
22	Porcentaje de personas de 15 a 19 años
23	Porcentaje de reingreso hospitalario por IRA en menores de 5 años
24	Tasa de incidencia de leucemia linfoide aguda en menores de 15 años
25	Tasa de incidencia de Sífilis Congénita
26	Tasa de mortalidad en menores de 5 años
27	Tasa de mortalidad estimada en menores de 5 años
28	Tasa de mortalidad infantil
29	Tasa de mortalidad infantil en víctimas del conflicto armado
30	Tasa de mortalidad infantil estimada
31	Tasa de mortalidad neonatal
32	Tasa de mortalidad perinatal



No.	INDICADOR
33	Tasa de mortalidad por EDA en menores de 5 años
34	Tasa de mortalidad por IRA en menores de 5 años
35	Tasa de mortalidad por sepsis bacteriana del recién nacido
36	Tasa de mortalidad postneonatal

Fuente: Dirección de Epidemiología y Demografía, Ministerio de Salud y Protección Social, 2013.





4 Fuentes disponibles

La información confiable, oportuna y de alta cobertura es uno de los principales requerimientos para la adecuada formulación de políticas en salud pública para evitar variación en el reporte del fenómeno bajo estudio que confundan el análisis del fenómeno medido; adicionalmente 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 estas presentan deficiencias que afecten su cobertura, oportunidad, calidad o flujo, dedicar esfuerzos para superarlas, pero no sustituirlos o remplazarlos por sistemas paralelos no obligatorios. (DED-MSPS, 2013) Por ésta razón, el Sistema Nacional de Seguimiento a la Primera Infancia, Infancia y Adolescencia en Colombia, propende por usar la información rutinaria captada por norma legal y aquella que suministran los estudios y encuestas poblacionales periódicamente.

Este tópico también puede ser ampliado en el capítulo 6 de la [Guía Metodológica de Registros, Observatorios, Sistemas de Seguimiento y Salas Situacionales](#).

Es importante precisar que este sistema de seguimiento tiene la labor de contribuir con la gestión del conocimiento en salud, por tanto, otras fuentes disponibles en el sistema de información pueden ser un complemento para los análisis que permitan establecer el comportamiento y el impacto que tiene en la salud de la población el desarrollo de la política de infancia y adolescencia.

Los distintos tipos de fuentes que complementan este sistema, son identificadas y alineadas de acuerdo lo planteado por el DANE (DANE, Documento Metodológico Plan Estratégico Nacional de Estadísticas – PENDES, 2006): registros administrativos y estudios poblacionales. Asimismo, el MSPS dispone la información de usuarios y servicios de salud periódicamente, de acuerdo con las estructuras y especificaciones del Sistema de Gestión de Datos SGD del SISPRO. Algunos de los estudios y encuestas cuentan con microdatos disponibles desde 1990, y son también fuentes de información importantes.

De acuerdo a la selección y priorización de los indicadores, dentro de las fuentes de información para la generación de los datos dentro del Sistema Nacional de Seguimiento a la Primera Infancia, Infancia y Adolescencia en Colombia, se encuentran:

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.

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.



La tabla 4, enlista los principales registros administrativos con información relevante para el Sistema Nacional de Seguimiento a la primera Infancia, Infancia y Adolescencia en Colombia.

Tabla 4. Principales Registros Administrativos del SISPRO con datos relevantes de infancia y adolescencia

FUENTE
1 Registro Único de Afiliados (RUAF)
2 Registro Individual de Prestaciones de Servicios de Salud (RIPS)
3 Registro Único de Población Desplazada (RUPD)
4 Eventos de Notificación Obligatoria del SIVIGILA
5 Estadísticas Vitales
6 Actividades de Protección Específica y Detección Temprana (PEDT)
7 Información de Lesiones por Causa Externa (SIVELCE)
8 Registro Único de Víctimas (RUV) UNARIV

Fuente: Grupo de Gestión del Conocimiento, Dirección de Epidemiología y Demografía, MSPS, 2012.

A continuación se hace una breve descripción estos registros administrativos:

- **Registro Único de Afiliados RUAF – ND (Modulo de Nacimientos y Defunciones)**(MSPS, Cuadro de temas Registro Único de Afiliados - RUAF, 2013).Es un sistema de información que contiene el registro de los afiliados al Sistema Integral de Seguridad Social (Salud, Pensiones, Riesgos Profesionales), a Subsidio Familiar, Cesantías, y de los beneficiarios de los programas que se presten a través de la red de protección social, tales como los que ofrecen el Sena, ICBF, Acción Social y otras entidades, en concordancia con lo dispuesto en el artículo 15 de la ley 797 del 2003. Este sistema permite el flujo de información entre actores del Sistema, respetando la confidencialidad de la información y el rol de cada uno de los administradores. El módulo de Nacimientos y Defunciones permite identificar el número de niños y niñas nacidos en un periodo determinado y sus condiciones iniciales de salud.
- **Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud RIPS** (MSPS, Sistema de Información de Prestaciones de Salud - RIPS , 2013).Es el conjunto de datos mínimos y básicos que el Sistema General de Seguridad Social en Salud requiere para hacer seguimiento al Sistema de Prestaciones de Salud en el SGSSS, en relación con el paquete obligatorio de servicios (POS). Igualmente el objetivo del Registro es facilitar las relaciones comerciales entre las entidades administradoras (pagadores) y las instituciones y profesionales independientes (prestadores) mediante la presentación del detalle de la factura de venta de servicios en medio magnético, con una estructura, que al ser estándar, facilita la comunicación y los procesos de transferencia de datos y revisión de cuentas, independientemente de las soluciones informáticas que cada prestador utilice. Los datos de este registro se refieren a la identificación del prestador del servicio de salud, del usuario que lo recibe, de la prestación del servicio propiamente dicho y del motivo que originó su prestación: diagnóstico y causa externa.
- **Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública SIVIGILA** (INS, 2013).Sistema de información creado para realizar la provisión en forma sistemática y oportuna de datos sobre la dinámica de eventos que



afecten o puedan afectar la salud de la población Colombiana través de Unidades Primarias Generadoras del Dato UPGD en todo el país, con el fin de a) orientar las políticas y la planificación en salud pública, b) tomar las decisiones para la prevención y control de enfermedades y factores de riesgo en salud, c) optimizar el seguimiento y evaluación de las intervenciones, y d) racionalizar y optimizar los recursos disponibles y lograr la efectividad de las acciones en esta materia, propendiendo por la protección de la salud individual y colectiva.

- **Estadísticas Vitales EEVV** (DANE, Estadísticas Vitales, 2012). Los registros vitales son estadísticas continuas que recogen información sobre nacimientos, defunciones fetales y no fetales, que permiten contar con información que revela los cambios ocurridos en los niveles y patrones de mortalidad y fecundidad, proporcionando una visión dinámica de la población, como complemento al enfoque estático que proveen los censos.
- **Registro Único de Víctimas – RUV** (UNARIV, 2012). Es un registro a cargo de la Unidad de Atención y Reparación Integral a las Víctimas del Conflicto Armado - UNARIV, la cual es resultado de múltiples esfuerzos realizados por el Gobierno Nacional y diferentes sectores que trabajan por las víctimas del conflicto armado en Colombia, a través de acciones como la operación de la Red Nacional de Información para la Atención y Reparación a las Víctimas, incluyendo la interoperabilidad de los distintos sistemas de información para la atención y reparación a víctimas, y la implementación y administración efectiva e integra de los registros actuales de la información.
- **Registro Único de Población Desplazada – RUPD**(DPS, 2010): Este Registro surgió por mandato de ley (Ley 387 de 1997) y fue creado y reglamentado por el Decreto 2569 de 2000. En este registro se efectúa la inscripción de la declaración de los hechos que rinde la población en situación de desplazamiento ante el Ministerio Público. El objetivo del registro es tener la información de la población actualizada, según sus características y especificidades para poder brindar una atención integral. En el registro se consignan los servicios que Acción Social y otras entidades del Estado han brindado a la población, con el fin de hacer seguimiento de las acciones adelantadas. En resumen, el registro permite identificar a la población y observar la evolución de su situación en todas las fases de atención. Este Registro utiliza el Sistema de Información SIPOD (Sistema de Información de Población Desplazada).
- **Actividades de Protección Específica y Detección Temprana PEDT** (MSPS, Registor de Actividades de Protección Específica y Detección Temprana, 2012). Es el reporte de la gestión del riesgo realizada desde la Protección Específica, la Detección Temprana y el control de las enfermedades de interés en salud pública, se genera mediante la estructura del registro por persona con las especificaciones definidas en las normas relativas al registro y control de las intervenciones realizadas a los usuarios.

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

Es importante, destacar que tanto las encuestas y estudios poblacionales proporcionan información relevante sobre diferentes aspectos de interés en salud pública, permitiendo caracterizar a nivel geográfico y sociodemográfico condiciones específicas de la salud, y profundizar sobre sus determinantes y posibles contribuciones mediante análisis y asociación entre variables. Igualmente identifican la transición y comportamiento de problemas presentados en diferentes series de tiempo, complementando la



evidenciada que proporcionan otras fuentes de información. De esta forma, los resultados de encuestas y estudios han sido fundamentalmente concentrados para orientar decisiones de política pública, y soportar la formulación e implementación de acciones e intervenciones que, enmarcados en planes y programas, pueden conducir a soluciones y enfrentar problemas específicos en el país

La tabla 5 enlista las encuestas y estudios poblacionales disponibles en el SISPRO que se han realizado en Colombia con disponibilidad desde 1990, y que son también fuentes disponibles de información con variables e información de infancia y adolescencia que permanentemente usa el Sistema de Seguimiento (por ejemplo una fuente importante es la ENDS la cual en incluye un capítulo de mortalidad infantil y en la niñez en Colombia cada cinco años, y su disponibilidad data desde 1995, 2000, 2005, 2010).

Tabla 5. Encuestas y estudios poblacionales identificados por la Bodega de Datos SISPRO con información relevante para el Sistema Nacional de Seguimiento a la Primera Infancia, Infancia y Adolescencia en Colombia

Fuente
1. Encuesta Nacional de Demografía y Salud ENDS 2000, 2005 y 2010
2. Estudio Nacional de Salud Mental ENSM y SPA 1993
3. Encuesta Continua de Hogares (por integrar)
4. Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia (ENSIN)
5. Encuesta Nacional de Salud (ENS)

Fuente: Grupo de Gestión del Conocimiento, Dirección de Epidemiología y Demografía, MSPS, 2012.

A continuación se describen algunas de estas encuestas:

- **Encuesta Nacional de Demografía y Salud – ENDS** (Profamilia-MSPS, 2010). Es una encuesta poblacional realizada quinquenalmente por Profamilia con recursos del Ministerio de Salud y Protección Social desde 1990, que monitorea cambios demográficos y variables relacionadas especialmente con la salud de la madre y el niño suministrando información confiable y oportuna sobre cambios y factores asociados con la salud sexual y reproductiva en el país.
- **Encuesta Nacional de Salud – ENS** (MSPS, Encuesta Nacional de Salud ENS 2007, 2007). Estudio que fue diseñado con corte transversal y alcance nacional en todos sus componentes, con un conjunto de encuestas a hogares, personas e instituciones, que se aplicaron en distintas muestras seleccionadas con un diseño muestral probabilístico, de conglomerados, estratificado y polietápico. Las Unidades de Observación de la encuesta son en este sentido los hogares colombianos y sus miembros, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud IPS de cierta complejidad, y su personal técnico; los usuarios de los servicios de hospitalización, urgencias y consulta médica externa o programada. Con



el propósito de satisfacer los requerimientos de información sobre morbilidad sentida e institucional, factores de riesgo y discapacidad, y de caracterización de la oferta y demanda de los servicios de salud a nivel nacional.

- **Encuesta Continua de Hogares – DANE** Es una encuesta a nivel del hogar que proporciona información representativa a nivel nacional sobre la composición familiar y datos sobre empleo.

Es importante tener en cuenta que otras fuentes de información como el Departamento Nacional de Planeación otra fuentes estadísticas del DANE pueden proporcionar información relevante como son el Producto Interno Bruto, las Necesidades Básicas Insatisfechas y el Índice de Pobreza Multidimensional.

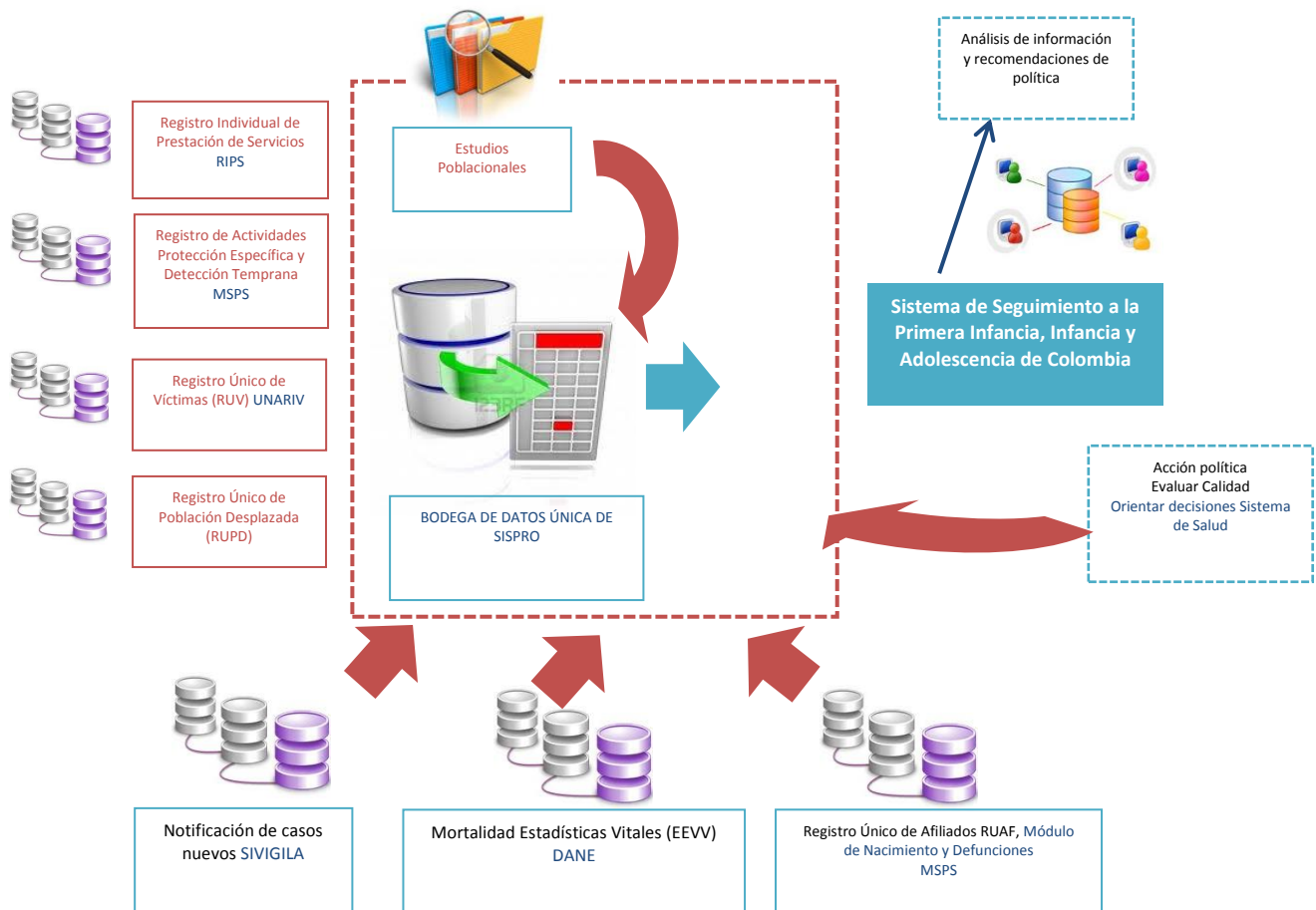
El principio estratégico de los Observatorios del Ministerio de Salud y Protección Social es simple: **usar datos que por norma legal deben ser notificados y captados desde el nivel local, territorial y nacional, sin pretender crear un sistema paralelo, sino más bien realizando las acciones necesarias para fortalecer las fuentes de información existentes.**

En resumen, por el momento se han identificado 10 fuentes con información relevante para la infancia y la adolescencia en el país, lo que no obsta para que posteriormente se identifiquen e integren fuentes adicionales que puedan dar cuenta de variables explicativas adicionales de la situación. Estas fuentes de información están siendo exploradas y examinadas críticamente para verificar su oportunidad y disponibilidad, y otros atributos de calidad del dato como pertinencia, exactitud, interpretabilidad, comparabilidad.

La figura 12 expone la estructura y funcionamiento del Sistema Nacional de Seguimiento a la Primera Infancia, Infancia y la Adolescencia en relación a las fuentes de información.



Figura 12. Estructura y funcionamiento del Sistema Nacional de Seguimiento a la Primera Infancia, Infancia y la Adolescencia en relación a las fuentes de información.



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





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 información de este capítulo puede ser ampliada en la [Guía Metodológica de Registros, Observatorios y Sistemas de Seguimiento Nacionales en Salud \(DED-MSPS, 2013\)](#)

5.1. Línea Base del Sistema Nacional de Seguimiento a la Infancia, Primera Infancia y Adolescencia

La línea base es el punto de partida y primera medición de los indicadores establecidos para el Sistema Nacional de Seguimiento a la Infancia, Primera Infancia y Adolescencia, proporcionando un marco de referencia cuantitativo y cualitativo de la situación actual respecto a los resultados sobre el cumplimiento y desempeño de la política de infancia y adolescencia en Colombia. El objetivo es monitorear y medir los avances y el impacto de la gestión en las intervenciones que se adelantan, adicionalmente, la línea base estandariza la generación de información requerida y facilita la apropiación de los roles y funciones de las



instituciones frente a los requerimientos de información relacionados con el Sistema Nacional de Seguimiento a la Infancia y Adolescencia.

Es importante precisar que se recapitula la Metodología DANE para definición de Líneas Base (DANE, Metodología línea base de indicadores. Dirección de Regulación, Planeación, Estandarización y Normalización – DIRPEN. , 2009) y que ésta es ampliamente descrita en la [Guía Metodológica para Registros, Observatorios, Sistemas de Seguimiento y Salas Situacionales Nacionales](#) -ROSS del Ministerio de Salud y Protección Social.

Para el Sistema Nacional de Seguimiento a la Infancia y la Adolescencia se elabora el documento con la Línea Base (Anexo 1), en la que se incluyen los indicadores priorizados de manera conjunta entre el Equipo de Infancia y Adolescencia de la Dirección de Promoción y Prevención y el Grupo de Gestión del Conocimiento y Fuentes de Información de la Dirección de Epidemiología y Demografía, se realizó un análisis descriptivo de las variables mortalidad, morbilidad por IRA y EDA, lactancia materna, vacunación y crecimiento y desarrollo, partiendo de los indicadores disponibles. Esta información será dispuesta en la página web del sistema de seguimiento.

5.2. Planes de Análisis

El plan de análisis de información del Sistema Nacional de Primera Infancia, Infancia y Adolescencia, requiere de un momento previo de captación, estructuración, almacenamiento y estandarización de la información disponible. El diseño de estudios y modelos estadísticos, epidemiológicos y socio-económicos, debe ser estandarizado, y promovido por el Sistema de Seguimiento bajo criterios de investigación claramente establecidos. Estos análisis deben usar y examinar los datos disponibles para enfrentar necesidades y brechas en la información, generando conocimiento en las áreas de análisis prioritarias a través del uso de indicadores, cruce de datos y exploración con otras fuentes que defina el mismo sistema.

La tabla 6 expone una propuesta inicial de planes de análisis para el Sistema Nacional de Seguimiento, no obstante, se actualizarán anualmente como anexos técnicos a este documento y podrán ser consultados en la página web del sistema. Dichos planes se describirán de forma clara, precisa y lógica usando la metodología sugerida por Rothman (Rothman K., 2002) y (Rothman J., 2008) estadístico y epidemiólogo de Boston University School of Public Health, y que se concentran en ocho aspectos claves:

1. **Describir las necesidades de información** que desean superarse con el estudio o análisis.
2. **Describir los métodos a utilizar en el estudio:** tipo de estudio, fuente de datos y variables e indicadores de interés, modelos explicativos. Mediante el diseño y desarrollo de estudios y modelos estadísticos para análisis de la información es posible generar evidencia sobre el comportamiento de desigualdades específicas y comúnmente asociadas a distintas condiciones que se presentan en la infancia.
3. **Explicar el objeto del estudio.**
4. **Relacionar los responsables** de liderar y adelantar el estudio.



5. **Describir observaciones del estudio** tales como si son compromisos nacionales o internacionales, si son insumos de algún plan o política, o si se trata de una iniciativa del Ministerio de Salud y Protección Social, explicar disponibilidad de la fuentes o brevemente características del protocolo de investigación que deban ser tenidas en cuenta previo desarrollo y análisis estadístico.
6. **Explicar los resultados esperados:** si los resultados de los análisis deben materializarse en una publicación científica, un informe, un reporte, entre otras.
7. **Tiempo de ejecución del estudio.**
8. **Productos del estudio:** Los resultados de los análisis y estudios deben materializarse en el incremento de publicaciones científicas, informes, reportes, que puedan ser difundidos, diseminados y con fácil acceso a los usuarios en general.

Finalmente, los análisis de datos y la evidencia generada a partir de estos, debe proporcionar información al máximo nivel posible de desagregación, proporcionando información relevante para la toma de decisiones a nivel nacional, regional, departamental y municipal. Del mismo modo, revisar la evidencia disponible según diferentes estratificadores para conocer de qué existe más, de qué temas menos y por qué, con el fin de conocer las variaciones de los resultados de salud de acuerdo nivel de escolaridad, ingresos, clases sociales, género, pertenencia étnica, que permitan conocer patrones y tendencias de los determinantes y del mismo sistema de salud, con el fin de direccionar las necesidades de la población con enfoque diferencial y geográfico, así como promover el desarrollo de conocimiento práctico y destrezas en la medición de desigualdades sociales en salud.

La tabla 6 muestra la propuesta inicial del plan de análisis para el Sistema Nacional de Seguimiento a la Primera Infancia, Infancia y Adolescencia de Colombia, el cual busca aumentar la evidencia en temas prioritarios abordados por este. Es importante precisar que es una propuesta en construcción y que puede ser realimentado acorde con las necesidades de información que se prioricen con los líderes temáticos.



Tabla 6. Propuesta inicial del plan de análisis para el Sistema Nacional de Seguimiento a la Infancia y la Adolescencia de Colombia

Necesidad de información	Métodos		Resultado Esperado	Responsables	Observaciones	Productos/ entregables	Tiempo de ejecución	
	Tipo de estudio	fuelle						Variables/ indicadores
Panorama general y perfil epidemiológico de Infancia y Adolescencia (por grupos de edad)	Análisis descriptivo (Análisis características a nivel individual y contextual)	- RIPS - RUAF ND - EEVV	Análisis nivel individual: edad, ubicación geográfica Análisis contextual: Índice de GINI o ingresos	Informe periódico de la situación de salud y bienestar (y derechos relacionados) con Infancia y Adolescencia en Colombia en relación con otros países, en relación con su evolución temporal, por regiones y municipios	Dirección de Promoción y Prevención Dirección de Epidemiología y Demografía	- Publicación Informe, línea de base y periódico posteriormente. - Publicación Artículo en Revista Internacional - Debate nacional, foros	Seis (6) meses	
Establecer posibles determinantes de salud en la Infancia y Adolescencia	Análisis Bivariado, multinivel, multivariado, análisis de situación, análisis cualitativos o mixtos	- RIPS - RUAF ND - SIMAT - EEVV -Otras	Sexo Grupos de edad Equidad, pobreza, educación, deserción escolar, violencia, composición del hogar entre otros	Desarrollar un modelo explicativo de los determinantes sociales de los principales problemas de salud según grupo de edad con énfasis en aquellos determinantes sobre los que se puede intervenir	Dirección de Promoción y Prevención Dirección de Epidemiología y Demografía	Requerirá complementar estudios cuantitativos con investigaciones cualitativas y desarrollo de líneas o preguntas de investigación	Publicación Artículo en Revista Internacional Publicación Informe a Nivel Nacional Debate nacional, foros	2 años
Establecer posibles determinantes de la Mortalidad Infantil y de la Niñez	Estudio Ecológico Estudio Analítico (Análisis Univariado con distribución de frecuencias de las variables de estudio. Análisis Bivariado_ establecer posibles asociaciones entre variables dependientes e independientes. Regresión Logística: Identificar factores asociados con la probabilidad de ocurrencia del evento).	RIPS EEVV ENSIN ENDS Otras	Tasa de mortalidad infantil, tasa de mortalidad en la niñez, Bajo peso al nacer, Número de Controles Prenatales, Lactancia Materna. Variables: sexo, edad, causa de muerte, estrato socioeconómico, afiliación al sistema de seguridad social en salud, controles prenatales.	Desarrollar un modelo que explique el comportamiento y posibles determinantes de la Mortalidad Infantil y de la Niñez	Dirección de Promoción y Prevención Dirección de Epidemiología y Demografía	Se plantean dos tipos de estudios, el ecológico que se desarrollaría con datos agrupados y la unidad de análisis sería el departamento y el segundo sería un estudio de tipo analítico donde se haría un análisis individual con datos desagrupados.	Informe de los resultados más relevantes del informe. Elaboración de un artículo con los resultados arrojados por el estudio.	6 meses
Análisis del uso de servicios de salud para los niños y las niñas.	Estudio Descriptivo	RIPS	Características sociodemográficas de los niños y las niñas, cobertura de programas.	Mostrar el comportamiento del uso de los servicios de salud para los niños y niñas y así establecer acciones que mejores el uso y acceso a servicios.	Dirección de Promoción y Prevención Dirección de Epidemiología y Demografía	Se obtendrá la información de la Base de Datos de RIPS, con los CIE y CUPs establecidos para los diferentes programas de atención definidos para los niños y las niñas.	Informe de los resultados más relevantes del informe. Elaboración de un artículo con los resultados arrojados por el estudio.	1 año

Fuente: 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



5.3. Herramientas de acceso, difusión y comunicación

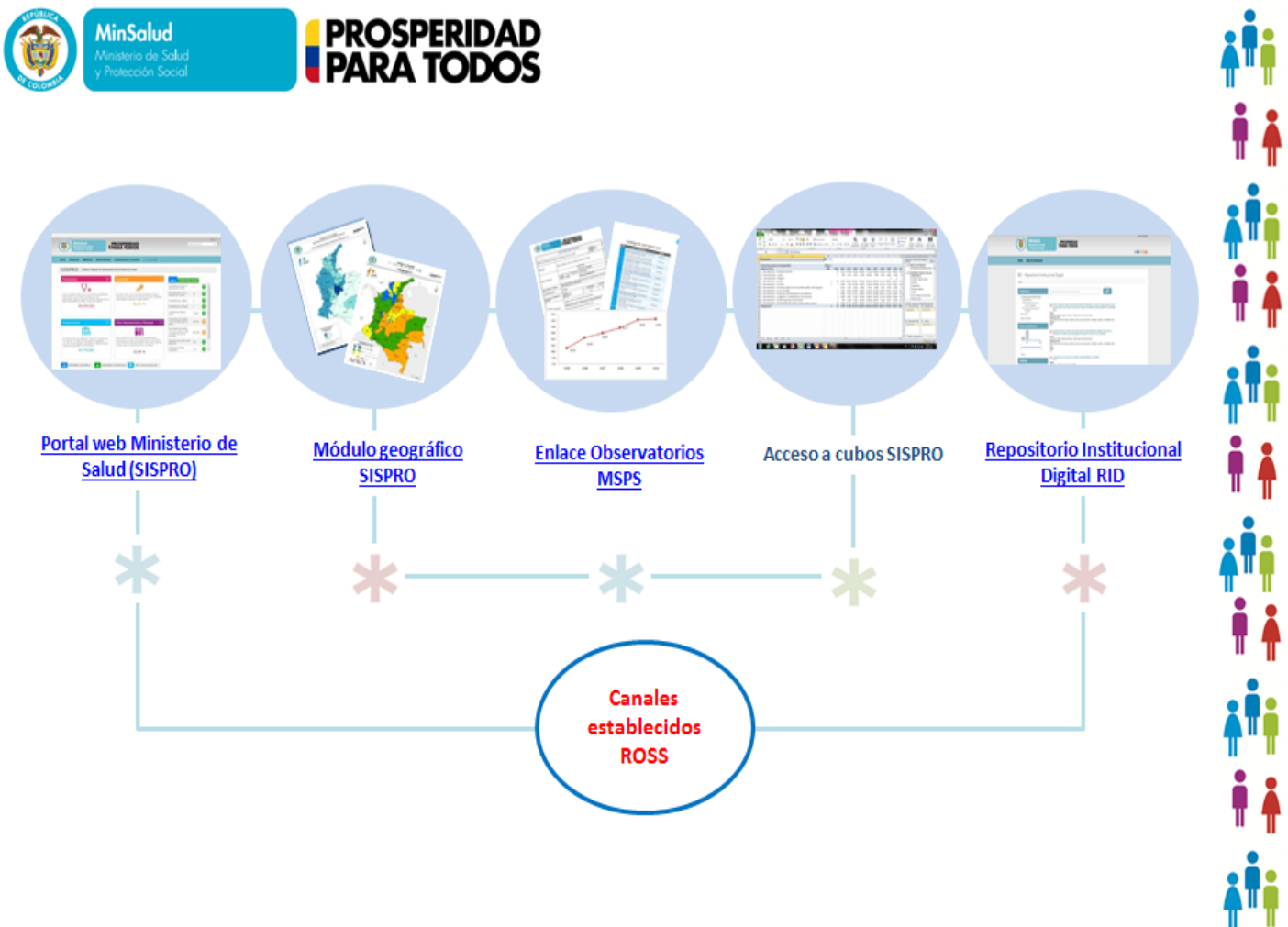
El paso final es la transformación de los datos en información relevante para los tomadores de decisiones. De esta forma, lograr contribuir de manera significativa con la gestión del conocimiento necesario para reducir inequidades presentes en las condiciones de salud de la infancia y la adolescencia, requiere que la comunicación, difusión y diseminación de las estadísticas y evidencia, se realice en un formato y lenguajes accesibles para todos los posibles actores del sistema de salud en pro de coordinar los elementos de la agenda pública.

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 como 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)

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 el Sistema Nacional de Seguimiento a la Primera Infancia, Infancia y Adolescencia. La figura 13 ilustra los canales establecidos por el MSPS para los ROSS.



Figura 13. Canales y herramientas de acceso y difusión de los ROSS



Fuente: 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:

- **Seminarios y conferencias:** sesiones de educación continua por parte de los ROSS y organizadas por el MSPS y las instituciones involucradas con el uso de la información.
- **Cursos y presentaciones ofrecidos por el MSPS:** Se harán en común acuerdo con la Academia y a través de los cuales se promueva la visita de profesores invitados o investigadores con estudios relevantes para las áreas de monitoreo y seguimiento de los ROSS.
- **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.
- **Colección de nuevos artículos** relacionados y producto de la gestión del conocimiento de los ROSS coordinados por el MSPS.
- **Noticias publicadas relacionadas con logros y progresos** de los ROSS.
- **Sitios web e interactivos:** A través de sitios web que permitan acceder a resultados de indicadores y bases de datos, para fomentar el acceso a los datos y virtualización de contenidos disponibles en una amplia gama de temas para el país.
- **Enlazar links de interés o sugerir consultar información en páginas adicionales** aumenta las probabilidades de difusión de contenidos y material generados desde los ROSS.
- **Comunidades virtuales** donde todos los miembros participan y gestionan el conocimiento.

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 de la Región Europea (EuroHealthNet, 2013), gestionando el conocimiento necesario para mejorar las condiciones de salud y bienestar de la infancia y adolescencia a través de la capacidad de conectar a las personas e instituciones interesadas en este tema.

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:

- **Desarrollar 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 desigualdades en salud e inequidad sanitaria, especialmente aquellas presentes en la infancia y adolescencia.
- **Aumentar el interés por incluir y priorizar en la agenda política** la necesidad de combatir las inequidades y desigualdades presentes en la infancia y adolescencia 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 las formas de que atentan contra la salud y el bienestar de los infantes y adolescentes y obtener mejores resultados de salud para el país.

Finalmente, es importante entender que la difusión y comunicación de la evidencia generada y la disponibilidad de información deben darse seguramente 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 desigualdades en salud que enfrenta el país.





7 Conclusiones y Recomendaciones

- El Sistema Nacional de Seguimiento a la Primera Infancia, Infancia y Adolescencia de Colombia deberá conformar una red de pares o entidades similares con las cuales intercambiar información, metodologías conocimiento y compartir desarrollos.
- Deberá aportar el conocimiento generado a nivel nacional de manera efectiva para ser incluido en reportes internacionales o regionales haciéndose parte del entorno global en materia de información en salud.
- Recabar evidencia internacional sobre el estudio y superación de desigualdades asociadas a los problemas de salud en la infancia y la adolescencia. El análisis de desigualdades sociales y económicas asociadas permite examinar cómo se comporta la misma entre poblaciones de los mismos países y como estas varían entre los países de una misma Región.
- Incrementar la producción científica como Ministerio de Salud y Protección Social. El desarrollo de agendas comunes de investigación y el diseño y puesta en marcha de estudios regionales sobre el tema puede ayudar al mejor entendimiento de la situación.

7.1 Desafíos a Nivel Nacional

- **Conducir acciones y estrategias adecuadas para mejorar la cultura de la información y notificación.** Se pretenden generar cambios de orden nacional, territorial y local de tal manera que el sistema de seguimiento tenga la aplicación debida. Se requiere el fortalecimiento de las capacidades de vigilancia en todos los niveles.
- **Afrontar el subregistro, la baja calidad y dispersión de las fuentes de información con datos sobre infancia y adolescencia.** Actualmente parte de las fuentes de datos se caracterizan por ser dispersas y baja calidad. El reto es aportar en la integración de las fuentes de datos a través de sistemas más inteligentes y centralizados de acuerdo como obliga la ley.
- **Fomentar el uso de la información en la formulación de políticas e intervenciones para prevenir el aborto inseguro basadas en la evidencia.** El centro de la formulación y orientación de las políticas que requiere el país deben ser apoyadas y basadas en la evidencia generada y gestionada a partir del conocimiento.



7.2. Recomendaciones Finales

- **Revisar la norma es crucial para contextualizar y saber a partir de cuáles conceptos debe organizarse el Sistema de Seguimiento y todo lo que deriva de este.** El marco legal y político debe ser junto con las necesidades de información, la base fundamental de la organización de los conceptos e implementación requeridos por un observatorio.
- Los ROSS observan para saber cuál es el problema, identifican factores de riesgo y de protección para conocer cuáles son las causas, identifican y evalúan intervenciones para determinar cuáles funcionan.
- **La información adecuada es clave: es uno de los principales requerimientos para el adecuado diseño de políticas y planes.** Entendemos por adecuada, cuando cumple con al menos tres principios básicos como cobertura, oportunidad y bajo subregistro.
- **Los sistemas de seguimiento y observatorios por si solos no producen cambios, son solo una herramienta de trabajo y un servicio para tomadores de decisiones y la comunidad en general.** La colaboración e intersectorialidad activa garantizan la sostenibilidad de los observatorios en el corto y mediano plazo, pero solo fomentando una cultura de la información y acceso entre actores y responsables a esta, es posible garantizar que se produzcan cambios en horizontes de tiempo más prolongados.



Referencias

1. 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* , 324, 724.
3. Bank, W. (2011). *Health Systems-Monitoring 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. Bergonzoli, G. (2006). *Sala Situacional: Instrumento para la Vigilancia en Salud Pública*.
5. CEPAL. (2007). *Serie de Estudios Estadísticos y Prospectivos*, 72.
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 Prospectivos*, 53, 77.
7. 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.
8. DANE. (2006). Documento Metodológico. *Plan Estratégico Nacional de Estadísticas-PENDES*. Bogotá D.C.
9. DANE. (2006). Documento metodológico Plan Estratégico Nacional de Estadísticas-PENDES-. Bogotá D.C.
10. DANE. (2009). *Metodología línea base de indicadores*. (P. E.-D. Dirección de Regulación, Ed.) Bogotá, D.C.
11. 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>
12. DNP, C. N. (2012). *CONPES 147*.
13. DPS. (2010). *Unidad de Atención a Víctimas*. Recuperado el 12 de marzo de 2013, de <http://www.dps.gov.co/contenido/contenido.aspx?catID=295&conID=1953>
14. EuroHealthNet. (2013). *EuroHealthNet for a Healthier Europe between and within countries*. Recuperado el 12 de marzo de 2013, de <http://eurohealthnet.eu/policy/policy-communications>
15. Hemming, J. W. (2003). ¿What is a public health observatory? *Journal Epidemiology Community Health*, 57, 324-326.
16. INS. (2013). *Instituto Nacional de Salud*. Recuperado el 12 de Marzo de 2013, de <http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/sivigila/Paginas/sivigila.aspx>
17. J, R. (2008). *Wolters Kluwer Health*.
18. Macias-Chapula, C. (2009). La Gestión del Conocimiento en el Área de la Salud. *Revista de Evidencia e Investigación Clínica* , 31-35.
19. Ministerio de Protección Social, M. d.-D.-S. (2007 йил 3-Diciembre). Documento Conpes Social 109. *CONPES 109*. Bogotá, DC., Colombia.
20. Ministerio del Interior y de Justicia, M. d. (2006 йил 8-Noviembre). Ley 1098 de 2006 - Código de Infancia y Adolescencia. Bogotá, DC., Colombia.



21. Montaña, J. I., Rengifo, H., Rivillas, J. C., & Ospina, M. L. (2013). Gestión del Conocimiento y fuentes de información para la salud en Colombia. *Monito Estratégico*, 49-55.
22. -MPS-, M. d., & Universidad de Antioquia, F. N. (Abril de 2012). Análisis de la Situación de Salud en Colombia, 2002 - 2077. *Tomo IV. Situación de la Salud de la Infancia*. Bogotá D.C.
23. MSPS. (2007). *Encuesta Nacional de Salud ENS 2007*. Bogotá.
24. MSPS. (diciembre de 2012). *Registro de Actividades de Protección Específica y Detección Temprana*. Bogotá.
25. MSPS. (2013). *Cuadro de temas Registro Único de Afiliados - RUAF*. Recuperado el 12 de marzo de 2013,
26. de Ministerio de Salud y Protección Social: <http://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/registro-unico-de-afiliados-ruaf.aspx>
27. 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>
28. OECD. (2003). *Quality Framework and Guidelines for OECD Statistical*. Obtenido de <http://www.oecd.org/std/qualityframeworkforoe.cdstatisticalactivities.htm>
29. OECD. (2003). *Quality Framework and Guidelines for Statistical Activities*. Obtenido de <http://www.oecd.org/std/qualityframeworkforoe.cdstatisticalactivities.htm>
30. Organization, W. H. (2010). *Global Health Observatory*. Recuperado el enero de 2013
31. Organization, W. H. (2012). *Global Health Observatory*. Recuperado el 13 de Enero de 2013, de <http://www.who.int/gho>
32. Profamilia. (2010). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud*. Bogotá, D.C.
33. Profamilia-MSPS. (2010). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud ENDS*. Bogotá.
34. Rivillas, J. C., Montaña, J. I., Cuellar, C. M., & Ospina, M. L. (2013). Registros, observatorios y sistemas de seguimiento en salud en Colombia: Orientación de políticas basadas en la evidencia y gestión del conocimiento. *Monito Estratégico*, 56-62.
35. Rothman, K. (2002). *Epidemiology: An Introduction*. . Oxford University Express, Inc.
36. UNARIV. (2012). *Unidad para la Atención y Reparación Integral de las Víctimas*. Recuperado el 12 de marzo de 2013, de <http://www.unidadvictimas.gov.co/index.php/valoracion-registro>
37. 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>
38. Wilkinson, J. (2010). The first ten years of Public Health Observatories in England – and the next? *Public Health* , 124, 245-247.

