

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD EN COLOMBIA 2002-2007



TOMO IV

SITUACIÓN DE SALUD DE LA INFANCIA



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

FACULTAD NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD EN COLOMBIA, 2002-2007

Bogotá, Diciembre de 2010

Título de la obra: ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD EN COLOMBIA, 2002-2007

ISBN obra completa: 978-958-8717-04-3

- Tomo I: Características sociodemográficas de la población colombiana. ISBN: 978-958-8717-05-0
- Tomo II: Relaciones familiares y salud sexual y reproductiva. ISBN: 978-958-8717-06-7
- Tomo III: Morbilidad y mortalidad de la población colombiana. ISBN: 978-958-8717-07-4
- Tomo IV: Situación de salud de la infancia. ISBN: 978-958-8717-08-1
- Tomo V: Prestación de servicios de salud. ISBN: 978-958-8717-09-8
- Tomo VI: Análisis de desigualdades e inequidades en salud. ISBN: 978-958-8717-10-4
- Tomo VII: Situación de salud de Colombia 2002-2007: Resumen. ISBN: 978-958-8717-11-1
- Tomo VIII: Análisis de la situación de salud de Colombia 2002-2007: Gestión de Datos.
ISBN: 978-958-8717-12-8

© Ministerio de la Protección Social y Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública.
© Los Autores.

Año de la publicación: 2010

Lugar y fecha de la edición: Imprenta Nacional de Colombia. Bogotá, diciembre de 2011

Queda prohibida la reproducción parcial o total de este documento, por cualquier medio escrito o visual, sin previa autorización del Ministerio de la Protección Social, quien autorizará la reproducción total o parcial siempre y cuando se mantenga la integridad del texto, se cite la fuente y no tenga fines comerciales.

Interventoría: Dirección General de Salud Pública – Ministerio de la Protección Social

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD EN COLOMBIA, 2002-2007



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

MAURICIO SANTA MARÍA SALAMANCA

Ministro de la Protección Social

BEATRIZ LONDOÑO SOTO

Viceministra de Salud y Bienestar

GERARDO LUBÍN BURGOS BERNAL

Secretario General

LENIS ENRIQUE URQUIJO VELÁSQUEZ

Director General de Salud Pública

VÍCTOR HUGO ÁLVAREZ CASTAÑO

Coordinador de Vigilancia en Salud Pública

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD EN COLOMBIA, 2002-2007



**UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA**
1803

Facultad Nacional de Salud Pública
"Héctor Abad Gómez"

ALBERTO URIBE CORREA

Rector

ÁLVARO CARDONA SALDARRIAGA

Decano Facultad Nacional de Salud Pública U. de A.

LUIS ELISEO VELÁSQUEZ LONDOÑO

Vicedecano

CARLOS ROJAS ARBELÁEZ

Director Centro de Investigaciones

MARÍA PATRICIA ARBELÁEZ MONTOYA, PhD.

Directora General

CARLOS ALBERTO TANGARIFE VILLA

Coordinación de Bases de Datos

GLORIA MOLINA MARÍN

JUAN LUIS LONDOÑO FERNÁNDEZ

MARÍA PATRICIA ARBELÁEZ MONTOYA

FÉLIX LEÓN MARTÍNEZ MARTÍN

DIANA MARCELA MARÍN PINEDA

LUCELLY LÓPEZ LÓPEZ

YAMILE ANDREA BAENA HENAO

Edición Académica

LETICIA BERNAL VILLEGAS

Revisión de estilo

ALINA GIRALDO YEPES

Diagramación

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD EN COLOMBIA, 2002-2007

Participantes en el desarrollo del Proyecto ASIS Colombia 2002-2007

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

Lenis Enrique Urquijo, Director General de Salud Pública, Comité Técnico ASIS
Víctor Hugo Álvarez Castaño, Coordinador de Vigilancia en Salud Pública - Coordinador de ASIS

María Alexandra Durán, Profesional Especializada Comité Técnico ASIS
Patricia Cifuentes, Profesional Especializada Comité Técnico ASIS

FACULTAD NACIONAL DE SALUD PÚBLICA, UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

María Patricia Arbeláez Montoya, Directora del Proyecto
Germán González Echeverri, Decano 2006-2009
Gloria Molina Marín, Jefe Centro de Investigación 2007-2009
Carlos Eduardo Castro Hoyos, Jefe Centro de Extensión 2006-2009
Carlos Alberto Tangarife Villa, Coordinador Gestión de Datos
Félix Martínez, Investigador Social FEDESALUD

SISTEMAS ESPECIALIZADOS DE INFORMACIÓN SEI S.A.

Yimer Yezid Botiva Gutiérrez, Coordinador Integración ENS 2007- ENDS 2005
Hanner Sánchez García, Consultor en Estadística

RECONOCIMIENTOS

Ministerio de la Protección Social

Diego Palacio Betancourt, Ministro de la Protección Social 2003-2010
Gilberto Álvarez Uribe, Director General de Salud Pública 2006-2010

Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación - COLCIENCIAS

Juan Francisco Miranda, Director General Colciencias 2006-2010
Clara Inés Vargas, Subdirectora de Investigaciones en Salud, Comité Técnico ENS 2007

CENDEX – Pontificia Universidad Javeriana

Jesús Rodríguez García, Director del Proyecto ENS 2007
Fernando Ruiz Gómez, Director de CENDEX, Coordinador de Análisis del Proyecto ENS 2007
Rolando Enrique Peñaloza Quintero, Coordinador Técnico del Proyecto ENS 2007

Observatorio de Salud Pública de Santander

Rafael Ortiz, Director OSPS, Coordinador Recolección RIPS Proyecto ENS 2007

Sistemas Especializados de Información SEI S.A.

José Rafael Arenas Mantilla, Gerente de Operaciones y Logística de encuestas ENS 2007
Luis Carlos Gómez Serrano, Consultor en Muestreo y Estimaciones del Proyecto ENS 2007
Marcela Valencia Suescum, Asesora Diseño y Ajuste de protocolo y formularios ENS 2007

Universidad Nacional de Colombia

Rosa Helena Flórez Mosquera, Directora Salud Pública, Facultad de Medicina UNAL 2003-2005
Carlos Arturo Sarmiento Limas, Coordinador UNAL Protocolo Proyecto ASIS 2003-2005

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD EN COLOMBIA, 2002-2007

Investigadores y miembros de los equipos técnicos participantes

Profesores Universidad de Antioquia

Alexandra Restrepo H.
Blanca Miriam Chaves G.
Blanca Susana Ramírez P.
Carlos Mario Quiroz P.
Carlos Rojas A.
Eliana Martínez H.
Elkin Martínez L.
Erika María Montoya V.
Fabio León Rodríguez O.
Fernando Peñaranda C.
Germán González E.
Gloria Escobar P.
Gloria Molina M.
Héctor Byron Agudelo G.
Humberto Ramirez G.
Juan Fernando Saldarriaga F.
Leonardo Uribe A.
Lisardo Osorio Q.
Luis Eliseo Velásquez L.
Luz Nelly Zapata V.
María Isabel Lalinde A.
María Luisa Montoya R.
María Patricia Arbeláez M.
Miriam Bastidas A.
Mónica Lucía Soto V.
Nora Adriana Montealegre H.
Rubén Darío Gómez A.
Samuel Andrés Arias V.
Sergio Cristancho Marulanda
Yolanda Lucía López A.
Yomaira Higuita H.

Otros participantes

Adriana Milena Espinosa L.
Adriana Rocío Roa P.
Alejandra Agudelo M.
Ana Daniela González E.

Andrés Agudelo S.
Andrés Camilo Jiménez H.
Aura Ruiz G.
Beatriz E. Arroyave P.
Bibiana Andrea Castro M.
Cindy Maryey Crespo S.
Carlos Mario Arcila E.
Catalina Lopera C.
Catalina María Arango A.
Clara Cecilia Zuluaga M.
Cristina Mejía M.
Dalila Patricia García R.
Diana Carolina Ocampo R.
Diana Catalina Mesa L.
Diana Marcela Marín P.
Diego León Bastidas L.
Diego Alejandro Jiménez D.
Diego Mauricio Montoya R.
Dillanelid Cañas B.
Doralba Aristizabal J.
Doris Cardona A.
Elsa María Vásquez T.
Esteban Páez Z.
Félix Martínez M.
Fredy Suárez P.
Gilma Stella Vargas P.
Hernando Guerrero M.
Ilduara Peña G.
Iván Darío Flórez G.
Jairo Ramírez G.
Janeth Pérez G.
Javier Mauricio Sierra A.
Jenifer C. Lopera C.
Jhojandelli Congote E.
Jhovanny Andrés Cañas P.
Jorge A. Pulgarín T.
Jorge Emilio Salazar F.

Julian Vargas J.
Laura Lucía Cano G.
Leidy Cristina Jaramillo M.
Lina María Martínez F.
Lorena Andrea Gómez G.
Lorena Sánchez D.
Lucas Restrepo M.
Lucelly López L.
Luis Fernando Duque R.
Manuel Antonio Céspedes S.
Marda Ucaris Zuluaga A.
Margarita Inés Quiroz A.
Margarita María Pérez O.
Margarita Rosa Díaz B.
María Isabel Jaramillo A.
María Osley Garzón D.
Martha Claudia González P.
Martha Lucía Olarte L.
Miguel Ángel Mafla P.
Mónica L. Vargas B.
Nilton E. Montoya G.
Nydia S. Caicedo M.
Omar Ramírez R.
Paula Andrea Díaz V.
Paula Andrea Uribe R.
Piedad Estrada A.
Piedad Roldan J.
Rosmary Aristizabal G.
Rubén Darío Manrique H.
Sandra Milena Agudelo L.
Verónica Romero A.
Walter Alonso Zuluaga R.
Yadira Estrada L.
Yamile Andrea Baena H.
Yaneth Pérez G.
Yomaira Viñas S.
Yuliana Castaño L.

PRESENTACIÓN

Con el propósito de satisfacer los requerimientos de información sobre la situación de salud de los colombianos, el Ministerio de la Protección Social, en asociación con Colciencias, se dio a la tarea de diseñar y ejecutar un estudio de cobertura nacional que brindara información sobre la morbilidad sentida e institucional, los factores de riesgo y la discapacidad que caracterizan la oferta y demanda de servicios de salud.

Para el efecto se encargó a un equipo de expertos de la Universidad Nacional el diseño del Modelo de Análisis de Situación de Salud, del que se obtuvo el protocolo de la Encuesta Nacional de Salud que la Unión Temporal SEI S.A. y el Centro de Proyectos para el Desarrollo CENDEX de la Pontificia Universidad Javeriana aplicó durante el 2007 a lo largo de la geografía nacional, de lo cual se ofreció una publicación con los resultados más relevantes.

Con el fin de lograr el propósito de realizar un análisis en profundidad de la situación de salud del país correspondiente al período 2002-2007, el Ministerio de la Protección Social estableció el contrato interadministrativo de cooperación con la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, número 519-2008. Dicho análisis se realizó con base en la información de la ENS-2007, la ENDS-2005, las estadísticas vitales, los RIPS, el censo de población de 2005, la encuesta de Calidad de Vida, el Estudio Nacional de Salud Mental Colombia 2003 y la Encuesta Nacional de Situación Nutricional Colombia ENSIN 2005, entre otros. Para ello se realizó un control de calidad a los datos y se organizaron bases de datos de tal modo que permitieran un análisis integral de los diferentes aspectos de la salud.

Esta información, así como las bases de datos que quedan a disposición de la comunidad científica para realizar análisis adicionales, permitirá conocer el perfil de salud-enfermedad de la población colombiana, identificar los problemas de salud más relevantes del país, así como los factores asociados. Este análisis también facilitará el reconocimiento de las desigualdades que se presentan por razones de sexo, edad, raza, distribución geográfica, acceso, uso y calidad de los servicios de salud, lo cual permitirá orientar más efectivamente la política de salud en los diferentes niveles de gobierno, así como las acciones de las entidades públicas y privadas del sector, con el fin de reducir las inequidades existentes y garantizar los derechos en salud de los colombianos.

MAURICIO SANTA MARÍA SANCLEMENTE

Ministro de la Protección Social

INTRODUCCIÓN

El Análisis de la Situación de Salud ASIS¹ fue implementado por el Ministerio de la Protección Social como prioridad en el área de la salud pública en los Planes Estratégicos de Salud, formulados desde el año 2002, con el propósito de establecer y mantener un conocimiento actualizado e integral de la situación de salud de los colombianos.

Este enfoque metodológico propuesto por la OPS/OMS en 1999, como el mejor abordaje para comprender la situación de salud de una población, ha sido incorporado en Colombia con iniciativas que van desde la actualización y publicación periódica, desde el año 2000, de la serie de Datos Básicos de Salud, hasta el planteamiento de un sistema de encuestas periódicas dentro del nuevo Sistema Integral de Información de la Protección Social SISPRO, lo cual permite desarrollar un modelo de análisis basado en el conocimiento, caracterización y evaluación de la salud de la población colombiana y de los subgrupos de población que la constituyen, en función de tres dimensiones fundamentales: los daños a la salud, la funcionalidad y la discapacidad de la población, y el comportamiento y la distribución de los factores determinantes del perfil de salud en el país.

La adopción de la propuesta de ASIS como metodología de actualización permanente, sistemática y completa de la información en salud a nivel nacional ha contado con estudios integrales sobre las condiciones de salud de la población colombiana. Entre estos estudios se encuentran el Estudio de Recursos Humanos para la Salud y Educación Médica en Colombia e Investigación Nacional de Morbilidad, realizados por el Ministerio de Salud y ASCOFAME en 1965-1966, y el Estudio Nacional de Salud realizado por el Instituto Nacional de Salud, el Ministerio de Salud y

¹ El Análisis de Situación de Salud –ASIS– es un proceso analítico-sintético que abarca diversos tipos de fuentes de información y estrategias de análisis, que permite caracterizar, medir y explicar el perfil de salud-enfermedad de una población, incluyendo los daños y problemas de salud, así como sus determinantes, sean éstos competencia del sector salud o de otros sectores. Los ASIS se basan en el estudio de la interacción de las condiciones de vida y el nivel existente de los procesos de salud de un país u otra unidad geográfico-política, facilitando la identificación de necesidades y prioridades en salud, así como la identificación de intervenciones y programas apropiados y la evaluación de su impacto en salud (Definición tomada del Boletín Epidemiológico de la Organización Panamericana de la Salud, volumen 20 número 3, septiembre de 1999).

ASCOFAME en 1977-80, seguidos en la década de los 90 por otras investigaciones como los Estudios Nacionales de Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas (ENFREC I en 1993 y ENFREC II en 1998), el III Estudio Nacional de Salud Bucal (ENSAB III en 1998), el Estudio Nacional de Salud Mental en 2003 y la serie de Encuestas Nacionales de Demografía y Salud (ENDS 1990, 1995, 2000 y 2005), entre otros.

Como parte de este proceso, el Ministerio de la Protección Social propuso el Análisis de la Situación de Salud en Colombia para el período quinquenal 2002-2007, para lo cual se planteó la construcción de un modelo y plan de análisis, cuyo diseño estuvo a cargo de la Universidad Nacional de Colombia.

El modelo del ASIS, definido para dar soporte conceptual al análisis de salud planteado en la primera ilustración,² supone la aproximación sucesiva a la realidad a través de cuatro niveles de análisis de carácter descriptivo.

El primer nivel busca identificar y caracterizar los problemas de salud y los niveles de discapacidad de acuerdo con su magnitud, severidad y estructura demográfica, para priorizar los problemas de salud de cada subgrupo poblacional describiendo su comportamiento epidemiológico. A partir de la información contenida en este nivel se identificaron los problemas de mayor interés en salud pública que debían ser medidos, y se obtuvieron los elementos necesarios que luego sirvieron para definir los contenidos del protocolo y los formularios que fueron diseñados por la Universidad Nacional para la ENS-2007.

El segundo nivel parte de los modelos explicativos vigentes y del desarrollo del conocimiento a la fecha sobre los problemas de salud priorizados, para caracterizar los factores asociados a la incidencia de dichos problemas, las intervenciones sociales implementadas para afrontar el problema bajo análisis y el conocimiento y percepción que la población tiene sobre los problemas, los mecanismos de solución y las barreras existentes en su interacción con los servicios del sector de la salud.

El tercer nivel descriptivo de este estudio se refiere al análisis de desigualdades, que tiene relación con la existencia de diferencias en la manifestación de un problema de salud entre poblaciones de áreas geográficas diversas en función de un factor asociado a la presentación del mismo, sin que en la determinación de estas diferencias medie un criterio de justicia, como ocurre con categorías de importancia del individuo afectado (sexo, edad y factores raciales y genéticos), de la ubicación en un medio geográfico (regiones o departamentos), de concentración poblacional (urbana o rural), de factores de riesgo específicos del medio (la vivienda, el lugar de trabajo y la comunidad), de inclusión en salud (acceso y uso) y sociales (inclusión social).

Finalmente, el cuarto nivel de aproximación descriptiva que da cuenta del análisis de inequidades en materia de salud, se refiere a las disparidades sanitarias que se consideran injustas, injustificadas, evitables e innecesarias, y que sistemáticamente agobian a las poblaciones que se han vuelto vulnerables a causa de estructuras sociales fundamentales y de instituciones políticas, económicas y jurídicas que prevalecen, tales como las diferencias relacionadas con el género, el ingreso, el nivel educativo, la posición ocupacional, el estrato social y el nivel de desarrollo de las regiones.

² Tomado del documento **Encuesta Nacional de Salud 2007. Protocolo de la Encuesta. Bogotá, junio de 2006**, elaborado por el equipo de investigadores de la Universidad Nacional de Colombia.

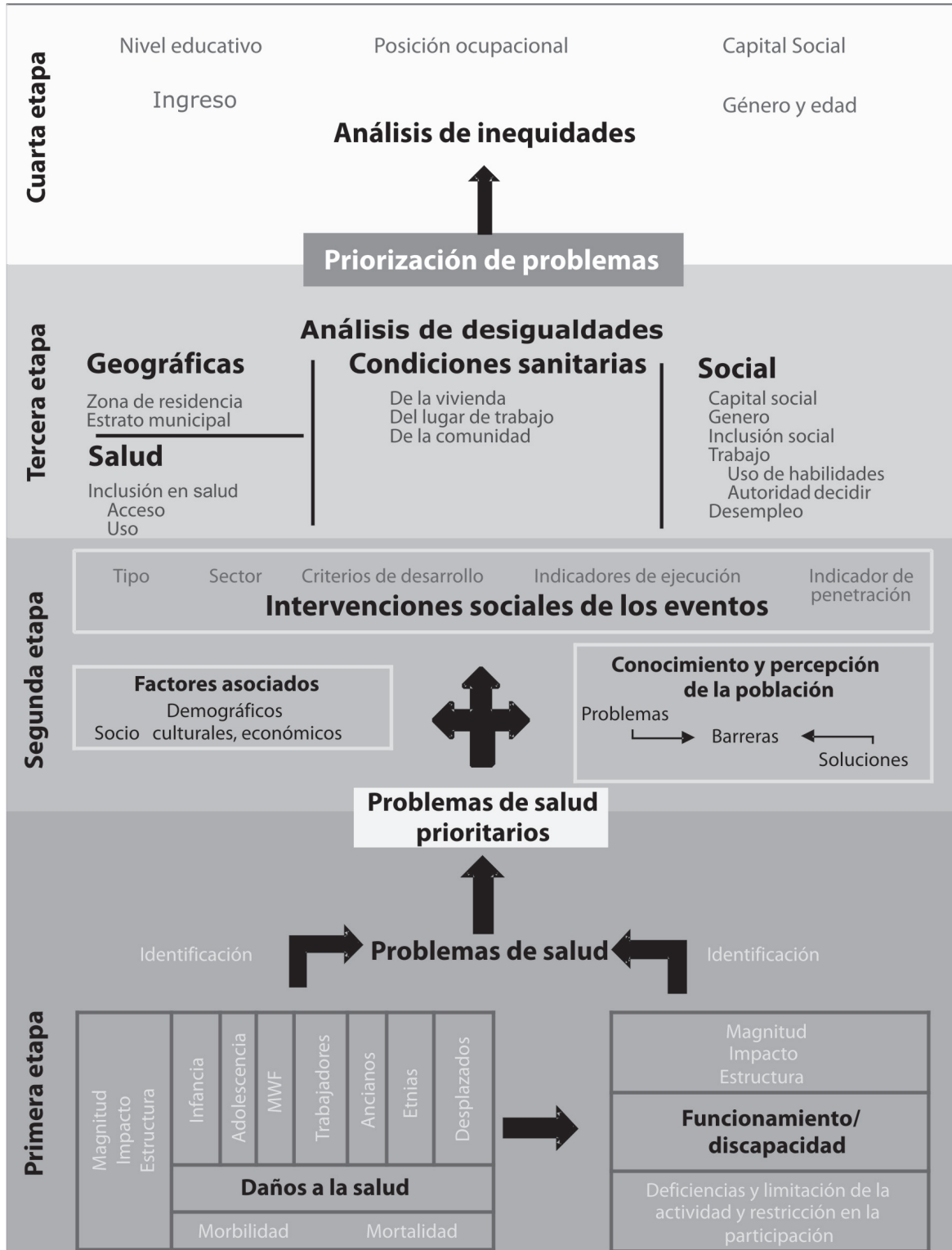


Ilustración 1. Modelo de análisis de la situación de salud

Fuente: Universidad Nacional de Colombia, 2006.

En este marco, la Encuesta Nacional de Salud ENS-2007 fue concebida como una fuente más de información para el ASIS enfocada al levantamiento de datos poblacionales sobre morbilidad sentida e institucional, funcionamiento y discapacidad; caracterización de la oferta y la demanda de servicios de salud, para complementar el conjunto de información necesaria en la caracterización y análisis de la situación de salud en Colombia.

Para el efecto, el Ministerio de la Protección Social, mediante convenio con Colciencias, contrató con la Pontificia Universidad Javeriana y la firma Sistemas Especializados de Información SEI S.A. de Bogotá la realización de la Encuesta Nacional de Salud ENS-2007, con el objetivo principal de recolectar y analizar información de los hogares, usuarios e instituciones del sistema colombiano de salud para la identificación de la situación de salud del país en los ámbitos nacional, regional y departamental.

Con el fin de lograr el propósito de realizar un análisis en profundidad de la situación de salud del país del 2002-2007 el Ministerio estableció el contrato interadministrativo de cooperación entre el Ministerio de la Protección Social y la Universidad de Antioquia-Facultad Nacional de Salud Pública número 519-2008. Dicho análisis se realizó con base en la información de la ENS-2007, la ENDS-2005, las estadísticas vitales, los RIPS, el censo de población de 2005, la Encuesta de Calidad de Vida, el Estudio Nacional de Salud Mental Colombia 2003, la Encuesta Nacional de Situación Nutricional Colombia ENSIN-2005, entre otros. Previamente al análisis, se realizó un control de calidad a la información, se organizaron las bases de datos y se generó una base de datos que permite un análisis integral de los diferentes aspectos de la salud. Esta base de datos estará alojada en la plataforma informática del MPS y, mediante el aplicativo diseñado por la FNSP dentro de los términos del convenio, quedará a disposición de diferentes usuarios para obtener tanto los meta como los micro datos de cada fuente y generar archivos que pueden ser procesados en los paquetes estadísticos convencionales para así incentivar la generación de información y la investigación útil para el país.

El análisis de la ENS-2007 incluyó diferentes unidades de observación y su nivel de desagregación estuvo sujeto a la prevalencia de los problemas de salud priorizados por grupo étnico. Los hogares y sus habitantes formaron parte de muestras probabilísticas y para los análisis se aplicaron los correspondientes factores de expansión así como el cálculo de los errores estándar. Las IPS y los usuarios de los servicios de consulta externa, de urgencias y de hospitalización, estuvieron circunscritos a los entes territoriales que hicieron parte de la ENS-2007 y por lo tanto dichas muestras no fueron representativas de sus respectivos universos. Para este análisis también se utilizaron todas las estadísticas vitales proporcionadas por el DANE y la información de RIPS del año 2007.

El análisis se presenta en algunos casos desagregado por departamentos y/o por regiones con base en la distribución que se presenta a continuación:

Región	Subregión / Departamentos
1 Atlántica	1 Guajira, Cesar, Magdalena
	2 Barranquilla y el Área Metropolitana
	3 Atlántico, San Andrés, Bolívar Norte
	4 Bolívar Sur, Sucre, Córdoba
2 Oriental	5 Santanderes
	6 Boyacá, Cundinamarca, Meta
3 Central	7 Medellín y el Área Metropolitana
	8 Antioquia sin Medellín
	9 Caldas, Risaralda, Quindío
	10 Tolima, Huila, Caquetá
4 Pacífica	11 Cali y el Área Metropolitana
	12 Valle sin Cali ni el Litoral Pacífico
	13 Cauca y Nariño sin el Litoral Pacífico
	14 Litoral Pacífico
5 Bogotá	15 Bogotá
6 Orinoquia y Amazonía	16 Amazonas, Arauca, Casanare, Guainía, Guaviare, Putumayo, Vaupés, Vichada.

El análisis en profundidad de la situación de salud se presenta en ocho tomos: el primero se ocupa de las características sociodemográficas de la población, incluyendo el análisis de las condiciones de los hogares y su entorno, así como de los aspectos principales del acceso, la cobertura y la calidad de los servicios públicos domiciliarios. El segundo se centra en el análisis de la familia, principalmente en las relaciones de pareja, la violencia intrafamiliar y algunos aspectos de la salud sexual y reproductiva tales como la planificación familiar, las infecciones de transmisión sexual y el cáncer de Cérvico-uterino. El tercer tomo presenta las principales causas de morbilidad y mortalidad de la población general, por grupos de edad y por regiones del país. Igualmente, las características de algunos eventos tales como accidentalidad vial, enfermedades crónicas como Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial y la obesidad. El cuarto tomo se ocupa de la situación de salud de la infancia en aspectos relacionados con el cuidado del menor, la vacunación y enfermedades tales como la Enfermedad Diarreica Aguda –EDA– y la Infección Respiratoria Aguda-IRA. El quinto analiza la prestación de servicios de salud de atención ambulatoria, obstétrica y de urgencias, así como las acciones de salud pública de los entes municipales; el sexto presenta un análisis de las desigualdades e inequidades en salud; el séptimo presenta una síntesis de los aspectos más relevantes de la situación de salud en Colombia 2002-2007. Finalmente, el tomo ocho presenta los documentos técnicos y metodológicos de la gestión de los datos.

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD EN COLOMBIA, 2002-2007

TOMO IV

SITUACIÓN DE SALUD DE LA INFANCIA

Investigadores y equipo técnico

CAPÍTULO 1: CUIDADO DEL MENOR

Investigadores

Miriam Bastidas A.
Nydia Stella Caicedo Martínez
Gloria Escobar.
Iván Darío Flórez G.
Catalina Lopera C.
Fernando Peñaranda
Blanca Susana Ramírez P.
Humberto Ramírez G.
Javier Mauricio Sierra A.
Diana Carolina Ocampo R.

Grupo Técnico

Catalina María Arango A.
Cindy Maryei Crespo S.

CAPÍTULO 2: LA SALUD DEL NIÑO Y LA NIÑA: PROGRAMA DE CRECIMIENTO Y DESA- RROLLO Y PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNI- ZACIONES

Investigadora

Diana Carolina Ocampo R.

Grupo Técnico

Diana Marcela Marín Pineda
Diego Mauricio Montoya
Rosmary Aristizábal
Lucelly López
Cindy Maryei Crespo

CAPÍTULO 3: ENFERMEDADES PREVA- LENTES EN LA INFANCIA EN MENORES DE DIEZ AÑOS: DESNUTRICIÓN, INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA Y ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA

Investigadoras

Nydia Stella Caicedo Martínez
Catalina María Arango Alzate

Grupo Técnico

Diego Bastidas
Lucelly López López
Diana Marcela Marín Pineda
Cindy Maryei Crespo

TABLA DE CONTENIDO

CAPÍTULO 1: CUIDADO DEL MENOR

INTRODUCCIÓN	29
RESULTADOS	32
Cuidadores y entornos de cuidado	32
Asistencia escolar	36
Lactancia materna	38
Trabajo del menor	42
DISCUSIÓN	44
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	46
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	47

CAPÍTULO 2: LA SALUD DEL NIÑO Y LA NIÑA: PROGRAMA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO Y PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES

INTRODUCCIÓN	51
Antecedentes	53
<i>El programa de crecimiento y desarrollo</i>	53
<i>El programa ampliado de inmunizaciones, PAI</i>	55
RESULTADOS	60
Medidas antropométricas y evaluación nutricional	61

Programa de Crecimiento y Desarrollo	62
<i>Caracterización</i>	62
<i>Comportamiento del programa</i>	62
Actividades realizadas en el Programa	63
<i>Toma de medidas antropométricas</i>	63
<i>Actividades educativas</i>	63
<i>Alteraciones en el desarrollo</i>	64
Programa Ampliado de Inmunizaciones	64
DISCUSIÓN	68
Medidas antropométricas y evaluación nutricional	68
Programa Crecimiento y Desarrollo	68
Programa Ampliado de Inmunizaciones	71
CONCLUSIONES	73
Medidas antropométricas y evaluación nutricional	73
Crecimiento y Desarrollo	73
Programa Ampliado de Inmunizaciones	74
RECOMENDACIONES	75
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	77

CAPÍTULO 3: ENFERMEDADES PREVALENTES EN LA INFANCIA EN MENORES DE DIEZ AÑOS: DESNUTRICIÓN, INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA Y ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA

INTRODUCCIÓN	83
El problema	84
RESULTADOS	86
Morbilidad sentida en menores de seis años	86
<i>Percepción de salud general, física, mental y de dolor</i>	86
<i>Acceso, búsqueda y barreras de atención en salud</i>	86
<i>Condiciones crónicas diagnosticadas por médico</i>	89

Morbilidad sentida en niños de seis a nueve años	95
<i>Percepción de salud general, física, mental y de dolor...</i>	95
<i>Acceso, búsqueda y barreras de atención en salud</i>	96
<i>Condiciones crónicas diagnosticadas por médico..</i>	99
Características de la atención médica a los niños menores de diez años con IRA, EDA y desnutrición. Encuesta de Usuarios, ENS-2007.	102
CONSULTA EXTERNA	102
Variables sociodemográficas y afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud...	102
Características de la atención médica	105
<i>Toma de medidas antropométricas en niños con EDA, IRA y Desnutrición...</i>	106
<i>Orden o aplicación de medicamentos o líquidos y solicitud de exámenes de laboratorio a niños con EDA, IRA y desnutrición..</i>	106
<i>Componente educativo en la atención médica a niños con EDA, IRA y desnutrición..</i>	109
URGENCIAS Y HOSPITALIZACIÓN	111
Variables sociodemográficas y afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud...	111
Características de la atención médica	114
<i>Toma de medidas antropométricas en niños con EDA, IRA y Desnutrición...</i>	114
<i>Orden o aplicación de medicamentos o líquidos y solicitud de exámenes de laboratorio a niños con EDA, IRA y desnutrición..</i>	115
<i>Componente educativo en la atención médica a niños con EDA, IRA y desnutrición..</i>	118
Análisis descriptivo de la mortalidad por EDA, IRA y Desnutrición en los niños menores de 10 años en Colombia, en el período 1998-2006.	119
<i>Mortalidad en menores de 5 años.</i>	120
<i>Diez primeras causas de mortalidad en los niños menores de 5 años</i>	121
<i>Diez primeras causas de mortalidad en los niños de 2 a 4 años...</i>	122
<i>Diez primeras causas de mortalidad en los niños entre 5 y 9 años ..</i>	123
<i>Tasas ajustadas de la mortalidad en el grupo escolar (5-9 años) por desnutrición..</i>	123
Análisis descriptivo de la mortalidad por EDA, IRA y Desnutrición en los niños menores de 10 años en Colombia, en el período 1998-2006.. . . .	124
<i>Tasas brutas y ajustadas de mortalidad por desnutrición.</i>	125

<i>Razón de masculinidad y razón comparativa de la mortalidad por desnutrición.</i>	127
<i>Tasas brutas y ajustadas de la mortalidad por infección respiratoria aguda</i>	129
<i>Razón de masculinidad y razón comparativa de la mortalidad por IRA</i>	129
<i>Tasas brutas y ajustadas de la mortalidad por enfermedad diarreica aguda.</i>	129
<i>Razón de masculinidad y razón comparativa de la mortalidad por EDA.</i>	130
<i>Comportamiento de la mortalidad por EDA e IRA en menores de cinco años notificados al SIVIGILA entre 2003 y 2008.</i>	130
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	132
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	135

ÍNDICE DE CUADROS

CAPÍTULO 1.

Cuadro 1.1	Lugar o persona con quien permanecen los menores de seis años durante la mayor parte del tiempo entre semana.....	32
Cuadro 1.2	Distribución del tipo de hogar, guardería o jardín a los cuales asisten los menores de 5 años, según región	35
Cuadro 1.3	Distribución de los menores entre 5 y 17 años según razones de inasistencia a un establecimiento educativo, por edad	37
Cuadro 1.4	Distribución de los menores entre 5 y 17 años que no asiste a una institución educativa debido a los costos, por edad y regiones.....	38
Cuadro 1.5	Capacitación sobre lactancia materna y algunas prácticas de alimentación. Colombia 2007	40
Cuadro 1.6	Distribución relativa de las principales razones para no dar lactancia, según regiones.....	41
Cuadro 1.7	Distribución de los menores entre 5 y 17 años que trabajaron, por regiones.	42
Cuadro 1.8	Distribución porcentual del lugar donde los menores entre 5 y 17 años trabajan, por regiones	42
Cuadro 1.9	Trabajo del menor según quintiles de ingreso en el hogar.....	43

CAPÍTULO 2.

Cuadro 2.1	Esquema único de vacunación para Colombia. 2007	59
Cuadro 2.2	Distribución porcentual de los departamentos con menor y mayor número de niños menores de 18 años	60

Cuadro 2.3	Distribución porcentual de la situación nutricional de los niños menores de 6 años.....	61
Cuadro 2.4	Cobertura de vacunación por biológicos a niños menores o iguales a un año. 2002-2007	65
Cuadro 2.5	Distribución porcentual del esquema de vacunación del menor de 6 años en relación con el nivel educativo del cuidador. Colombia 2007	66

CAPÍTULO 3.

Cuadro 3.1	Percepción de algunos problemas de salud física y mental presentados por los niños menores de seis años en los últimos 30 días. ENS-2007, Colombia	86
Cuadro 3.2	Búsqueda de ayuda por asuntos relacionados con la salud de los menores de seis años. ENS-2007, Colombia	87
Cuadro 3.3	Búsqueda de ayuda por asuntos relacionados con la salud de los menores de seis años. ENS-2007, Colombia	87
Cuadro 3.4	Principales razones para consultar a los servicios de salud o para hospitalización de los menores de seis años. ENS-2007, Colombia	89
Cuadro 3.5	Identificación, edad de presentación y tratamiento de enfermedades cardiovasculares de los menores de seis años. ENS-2007, Colombia	90
Cuadro 3.6	Identificación y edad de incidencia de desnutrición, neumonía, asma, otitis media supurativa y retraso del desarrollo motor y del lenguaje en menores de seis años. ENS-2007, Colombia	91
Cuadro 3.7	Incidencia alguna vez en la vida y tratamiento de la desnutrición y la neumonía en menores de seis años, por afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud. ENS-Colombia, 2007	94
Cuadro 3.8	Incidencia alguna vez en la vida y tratamiento del asma y retraso del desarrollo motor y del lenguaje en menores de seis años, por afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud. ENS-2007, Colombia	95
Cuadro 3.9	Percepción de los cuidadores sobre algunos problemas físicos y mentales presentados por los niños de seis a nueve años en los últimos 30 días antes a la encuesta. ENS-Colombia, 2007	96
Cuadro 3.10	Principal razón para no consultar o buscar solución a los problemas de salud del niño de seis a nueve años. ENS-2007, Colombia	97
Cuadro 3.11	Personal y lugar donde se consultó la última vez por asuntos relacionados con la salud del niño de seis a nueve años en los últimos 30 días antes a la encuesta. ENS-2007, Colombia	98

Cuadro 3.12	Principal razón de la última consulta relacionada con la salud de los niños de seis a nueve años. ENS-2007, Colombia	99
Cuadro 3.13	Condiciones crónicas presentadas alguna vez en la vida en los niños de seis a nueve años en los últimos 30 días. ENS-Colombia, 2007	100
Cuadro 3.14	Algunas condiciones crónicas y tratamiento recibido por los niños de seis a nueve años según afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud. ENS-2007, Colombia	100
Cuadro 3.15	Riesgo de presentar EDA, IRA y desnutrición en los menores de 10 años incluidos en la muestra de usuarios de Colombia de la ENS-2007. Servicio de consulta externa.....	102
Cuadro 3.16	Riesgo de presentar EDA según edad, sexo, afiliación al sistema de salud y naturaleza jurídica de la IPS. Servicio de consulta externa. ENS-2007, Colombia.....	103
Cuadro 3.17	Riesgo de presentar IRA según edad, sexo, afiliación al sistema de salud y naturaleza jurídica de la IPS. Servicio de Consulta externa. ENS-2007, Colombia.....	104
Cuadro 3.18	Riesgo de presentar desnutrición según edad, sexo, afiliación al sistema de salud y naturaleza jurídica de la IPS. Servicio de Consulta externa. ENS-2007, Colombia.....	105
Cuadro 3.19	Realización del examen físico, solicitud de exámenes de laboratorio o radiología, y formulación de terapia respiratoria y medicamentos a menores de diez años con IRA. Servicio de consulta externa. ENS-2007, Colombia.....	108
Cuadro 3.20	Remisión al nutricionista, realización del examen físico, solicitud de exámenes de laboratorio y formulación de medicamentos o vitaminas a menores de diez años con desnutrición. Servicio de consulta externa. ENS-2007, Colombia	109
Cuadro 3.21	Algunos temas de educación que deberían abordarse en la atención médica a niños con EDA, IRA y Desnutrición. Servicio de consulta externa. ENS-2007, Colombia.....	110
Cuadro 3.22	Riesgo de presentar EDA, IRA y desnutrición en los menores de 10 años incluidos en la muestra de usuarios de Colombia de la ENS-2007. Servicio de urgencias y hospitalización	111
Cuadro 3.23	Riesgo de presentar EDA según edad, sexo, afiliación al sistema de salud y naturaleza jurídica de la IPS. Servicio de urgencias y hospitalización. ENS-2007, Colombia.....	112
Cuadro 3.24	Riesgo de presentar IRA según edad, sexo, afiliación al sistema de salud y naturaleza jurídica de la IPS. Servicio de urgencias y hospitalización. ENS-2007, Colombia.....	113

Cuadro 3.25	Riesgo de presentar desnutrición según edad, sexo, afiliación al sistema de salud y naturaleza jurídica de la IPS. Servicio de Urgencias y Hospitalización. ENS-2007, Colombia	114
Cuadro 3.26	Realización del examen físico, solicitud de exámenes de laboratorio o radiología, y formulación de medicamentos a menores de diez años con IRA. Servicio de urgencias y hospitalización. ENS-2007, Colombia.....	116
Cuadro 3.27	Remisión al nutricionista, realización del examen físico, solicitud de exámenes de laboratorio y formulación de medicamentos o vitaminas a menores de diez años con desnutrición. Servicio de urgencias y hospitalización. ENS-2007, Colombia.....	117
Cuadro 3.28	Algunos temas de educación que deberían abordarse en la atención médica a niños con EDA, IRA y desnutrición. Servicio de urgencias y hospitalización. ENS-2007, Colombia	118
Cuadro 3.29	Frecuencia de defunciones en menores de 10 años por desnutrición, IRA, EDA y otras causas. Mortalidad registrada Colombia 1998-2006	124
Cuadro 3.30	Distribución de las defunciones en menores de 10 años con desnutrición según causa y edad. Mortalidad registrada Colombia 1998-2006.....	125
Cuadro 3.31	Mortalidad por desnutrición. Razón Comparativa de Mortalidad -RCM- por año y sexo en menores de diez años. Colombia. 1998-2006.....	128
Cuadro 3.32	Mortalidad por IRA y EDA en menores de 5 años notificados al SIVIGILA según año de presentación. Colombia, 2003-2008.....	131

ÍNDICE DE GRÁFICOS

CAPÍTULO 1.

Gráfico 1.1	Distribución de los menores de 5 años que permanecen la mayor parte del tiempo entre semana al cuidado de sus padres, según edad y región	33
Gráfico 1.2	Distribución de los menores de 5 años que permanecen la mayor parte del tiempo al cuidado de un pariente mayor de edad, según edad y región	33
Gráfico 1.3	Distribución de los menores de 5 años que permanecen la mayor parte del tiempo entre semana en una institución, según edad y región	34
Gráfico 1.4	Distribución de los menores entre 5 y 17 años que permanecen la mayor parte del tiempo con su padre o madre en la casa cuando no asisten a un establecimiento educativo, según edad y región	35
Gráfico 1.5	Distribución de los menores entre 5 y 17 años que permanecen la mayor parte del tiempo con un pariente mayor de edad cuando no asisten a un establecimiento educativo, según edad y región	36
Gráfico 1.6	Distribución de los menores entre 5 y 17 años que no estudian porque necesitan trabajar, tienen responsabilidades familiares o ayudan en la casa, según edad y región.....	38
Gráfico 1.7	Capacitación en lactancia materna, por regiones.....	39
Gráfico 1.8	Distribución del período de duración de la lactancia, por regiones	39
Gráfico 1.9	Distribución porcentual del inicio de comidas líquidas, semisólidas y sólidas	41

CAPÍTULO 2.

Gráfico 2.1	Distribución porcentual de la población menor de 18 años en los departamentos con menor y mayor número de niños menores de 18 años	61
--------------------	--	----

CAPÍTULO 3.

Gráfico 3.1	Búsqueda de ayuda a una persona o institución de salud por asuntos relacionados con la salud de los menores de seis años según afiliación al SGSSS. ENS-2007, Colombia.....	93
Gráfico 3.2	Búsqueda de ayuda a alguna persona o institución de salud por algún problema de salud de los niños de seis a nueve años en los últimos 30 días. ENS-Colombia, 2007	96
Gráfico 3.3	Consulta a alguna persona o institución de salud aunque los niños de seis a nueve años se hayan sentido bien en los últimos 30 días. ENS-Colombia, 2007	96
Gráfico 3.4	Orden o aplicación de suero, solicitud de exámenes de laboratorio y formulación de medicamentos a menores de diez años con EDA. Servicio de consulta externa. ENS-2007, Colombia.....	106
Gráfico 3.5	Administración de suero y realización de exámenes de laboratorio a los menores de 10 años con EDA, en la atención médica. Servicio de urgencias y hospitalización. ENS-2007, Colombia	115
Gráfico 3.6	Distribución porcentual de las defunciones por sexo y grupo de edad. Mortalidad Registrada. Colombia 1998-2006.....	120
Gráfico 3.7	Mortalidad general en menores de 5 años. Tasas ajustadas por edad y sexo. Mortalidad Registrada. Colombia 1998-2006.....	121
Gráfico 3.8	Mortalidad general en niños de 5 a 9 años. Tasas ajustadas por edad y sexo. Mortalidad Registrada. Colombia 1998-2006.....	123
Gráfico 3.9	Mortalidad por desnutrición en menores de dos años. Tasas ajustadas. Colombia. 1998-2006	126
Gráfico 3.10	Mortalidad por desnutrición en niños de 2 a 4 años. Tasas ajustadas. Colombia. 1998-2006	127
Gráfico 3.11	Mortalidad por desnutrición en niños de 5 a 9 años. Tasas ajustadas. Colombia. 1998-2006	127
Gráfico 3.12	Mortalidad por desnutrición, razón de masculinidad por año, sobremortalidad masculina (SM). Mortalidad registrada Colombia 1998-2006	128
Gráfico 3.13	Mortalidad por IRA, razón de masculinidad por año, sobremortalidad masculina (SM). Mortalidad registrada Colombia 1998-2006	129
Gráfico 3.14	Mortalidad por EDA, razón de masculinidad por año, sobremortalidad masculina (SM). Mortalidad registrada Colombia 1998-2006	130

CAPÍTULO 1:

CUIDADO DEL MENOR

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas, la situación de la niñez en Colombia ha despertado la preocupación de organismos nacionales e internacionales debido al ascenso de circunstancias que ponen en riesgo su integridad física, mental y social y su supervivencia.

Lo anterior cobra mayor importancia si se tiene en cuenta que la Constitución Política de Colombia dispone que los derechos de la niñez prevalecen sobre los derechos de los demás. En materia de garantías legislativas, el principal logro en los últimos años en el país fue la aprobación de la “Ley 1098 del 8 de noviembre de 2006, de Infancia y Adolescencia”, en la que se garantiza, entre otros, el derecho a la salud, a la educación y a la protección integral de los niños, niñas y adolescentes contra cualquier tipo de acción o conducta que genere daño, sufrimiento o muerte (Arts. 7, 9, 17, 18, 20 y 27).

De manera específica, el artículo 17 de dicha ley hace referencia al derecho a la vida, a la calidad de vida y al ambiente sano que, sin distinción, tienen los niños (as) y adolescentes colombianos. Señala la calidad de vida como elemento esencial para el desarrollo integral, lo que conlleva la generación de condiciones tales como el cuidado, la protección, la alimentación, educación, vestuario, vivienda y el acceso a los servicios de salud (Ley 1098 de 2006:48).

Los cuidadores o adultos significativos juegan un papel determinante en la salud de los niños (as), dado que dependen de aquéllos para su cuidado. De allí la necesidad de velar por el entorno en el que se desenvuelven los niños (as), en particular durante sus primeros años de vida, por cuanto en él ocurre el 90% de su desarrollo físico y psíquico, lo cual determina en una alta proporción las oportunidades que, en un futuro, tendrán de participar en la vida económica y social del país.

Un aspecto importante en el cuidado del menor es la lactancia materna. De ella dice la Organización Mundial de la salud que es “una forma incomparable de proporcionar un alimento ideal para el sano crecimiento y desarrollo de los lactantes; también es parte integrante del proceso reproductivo, con repercusiones importantes en la salud de las madres. Como recomendación

de salud pública mundial, durante los seis primeros meses de vida los lactantes deberían ser alimentados exclusivamente con leche materna para lograr un crecimiento, un desarrollo y una salud óptimos” (UNICEF, 2003: 8).

Desde 1974 la Asamblea Mundial de la Salud advirtió sobre la disminución de la lactancia en muchos países, relacionándola con la promoción indiscriminada de sucedáneos industriales de la leche materna. Tras recomendar en varias ocasiones que se regulara la promoción de estos productos, finalmente en 1981 se aprobó el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna (Paricio, 1999:1).

En 1990 la Declaración de Innocenti (Florencia – Italia) estableció como meta mundial para la salud y la nutrición óptima de la madre y el niño la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad, y las naciones signatarias se comprometieron con su protección, promoción y apoyo. En noviembre de 2005, un Comité de Expertos reunido en Florencia resaltó los logros alcanzados en el mejoramiento de las prácticas mundiales de lactancia y pidió fortalecerlas aún más pues, por sí sola, esta práctica salva más vidas que cualquier otra intervención preventiva (OMS; UNICEF, 2005).

Ahora bien, según proyecciones de población del DANE, en el año 2007 habitaban en Colombia 15.858.745 menores de 18 años, lo que equivale al 36,98% de la población total del país; la proporción de niños es ligeramente mayor que la de las niñas, para un total de 8.111.099 niños y 7.747.646 niñas (DANE, 2007).

La primera infancia comprende desde el nacimiento hasta los 6 años de edad y se considera la etapa del ciclo vital en la que se establecen las bases para el desarrollo cognitivo, emocional y social del ser humano; de allí que constituya una necesidad para el país conocer cuáles son las condiciones en las que se desarrollan los niños menores de 6 años, que para 2007 alcanzaban un total de 5.167.599, equivalente al 11,8% de la población colombiana.

En este capítulo se recogen aquellos resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2007 (ENS-2007) que permiten un acercamiento a los entornos en los que se desarrollan los menores de seis años en nuestro país y las características de sus cuidadores. Se analizan, también, las prácticas de lactancia a partir de los datos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005 (ENDS-2005),

y algunos datos sobre trabajo del menor, presentes en la Encuesta de Calidad de Vida y en la Encuesta Nacional de Salud, ambas realizadas en el año 2007.

La ENS-2007 fue aplicada a todos los menores de 17 años en los hogares incluidos en la muestra, en los que se indagó acerca de las condiciones de cuidado del menor. El diseño muestral fue probabilístico, de conglomerados, estratificado y polietápico. El universo de estudio estuvo constituido por 11 millones de hogares proyectados a 2007, año en que se realizó la encuesta. La muestra final estuvo conformada por 41.543 hogares. Para el caso de la ENDS-2005, la muestra estuvo constituida por 35.333 hogares, y fue aplicada a los adultos responsables cuando los niños (as) eran menores de 12 años; cuando sus edades estaban comprendidas entre los 12 y 17 años, los niños respondieron directamente.

RESULTADOS

Cuidadores y entornos de cuidado

Los hallazgos respecto al lugar o persona con quien permanecen los menores de seis años durante la mayor parte del tiempo entre semana, muestran que el 52,9% permanece al cuidado de alguno de sus padres en la casa; el 33% asiste a algún tipo de hogar comunitario, guardería, preescolar, escuela o colegio; y el 10,7% permanece al cuidado de un pariente mayor de edad. El análisis por edad muestra que el 77,7% de los menores de un año permanece con su padre o madre en la casa, porcentaje que disminuye casi a la mitad (46,1%) en las edades de uno a cinco años (Cuadro 1.1).

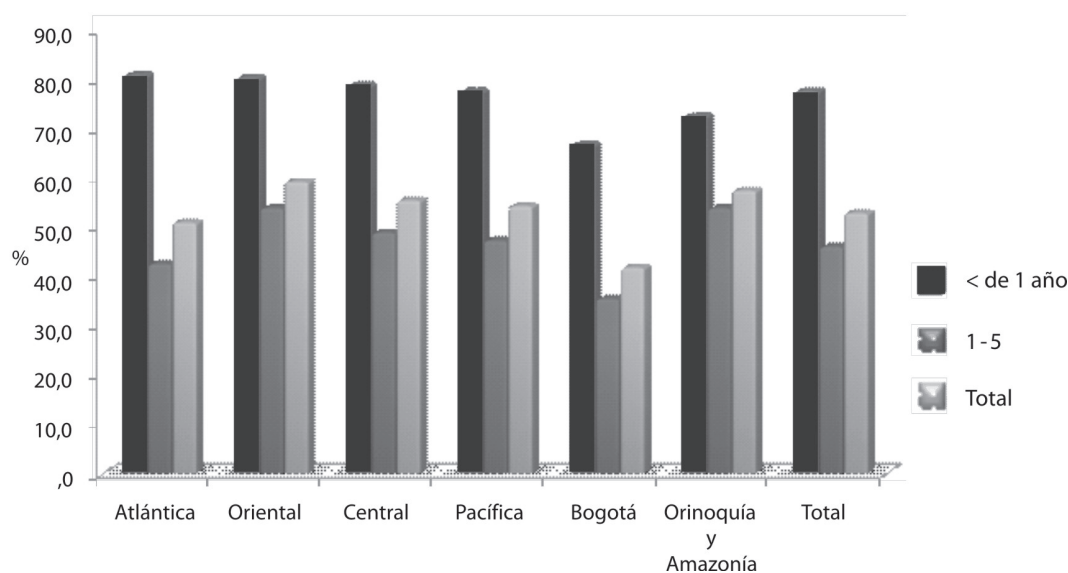
Cuadro 1.1 Lugar o persona con quien permanecen los menores de seis años durante la mayor parte del tiempo entre semana

Lugar o persona con quién permanecen los menores	No.	%
Asiste a un hogar comunitario, guardería o preescolar	3.798	21,5
Asiste a una escuela o colegio	2.032	11,5
Con su padre o madre en la casa	9.341	52,9
Con su padre o madre en el trabajo	139	0,8
Al cuidado de una empleada o niñera en la casa	177	1,0
Al cuidado de un pariente de 18 años o más	1.886	10,7
Al cuidado de un pariente menor de 18 años	131	0,7
Al cuidado de vecinos y amigos	75	0,4
En casa solo	15	0,1
En casa, únicamente con menores que él	14	0,1
En otro sitio y/o al cuidado de otra persona	42	0,2
Total	17.649	100,0

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2007

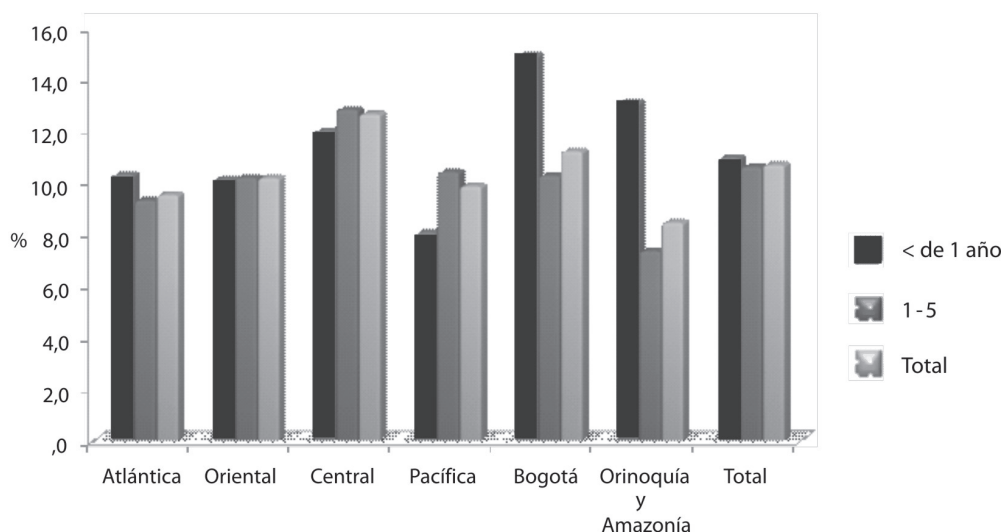
Al comparar por regiones y por edades, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto al lugar o persona con quien permanecen la mayor parte del tiempo los menores de cinco años. Bogotá es la región donde se observa menor proporción de niños al cuidado de sus padres: los menores de un año representan el 66,9% y de uno a cinco años el 35,5%. En esta región se presenta además el mayor porcentaje de niños menores de un año al cuidado de perso-

nas mayores de edad diferentes a sus padres, mientras que el cuidado de los niños de uno a cinco años a cargo de parientes mayores de edad es mayor en la región central (12,7%). En la región Atlántica se registra una mayor proporción de menores de un año al cuidado de sus padres en la casa (80,9%), y las regiones con mayor proporción de niños entre uno y cinco años al cuidado de sus padres fueron la Oriental y Orinoquia-Amazonía con un 54% (Gráficos 1.1 y 1.2).



Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2007

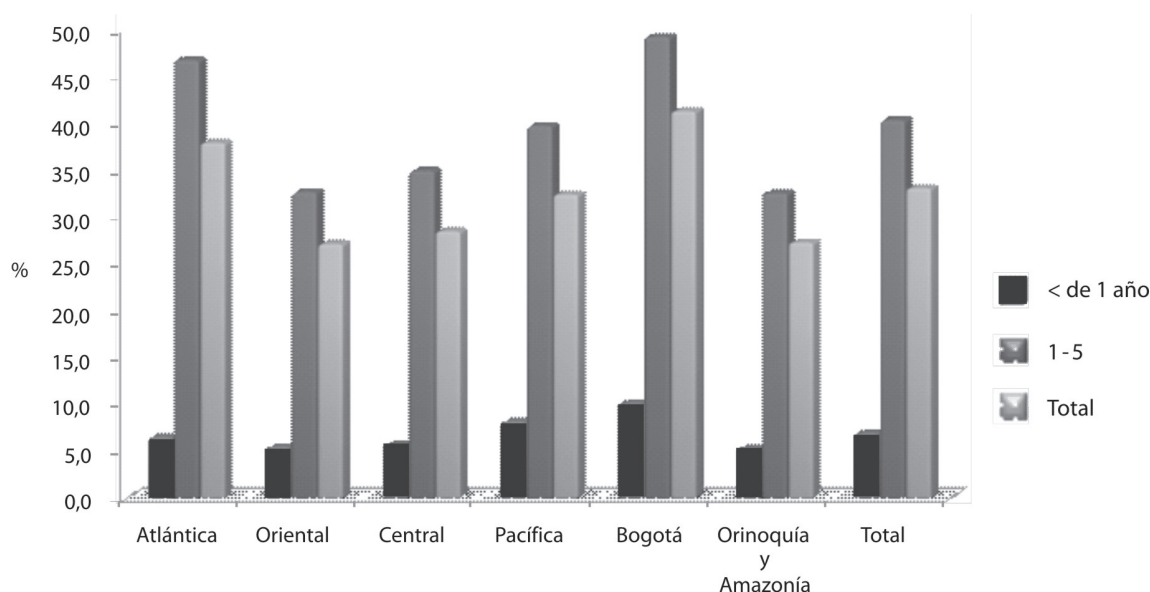
Gráfico 1.1 Distribución de los menores de 5 años que permanecen la mayor parte del tiempo entre semana al cuidado de sus padres, según edad y región



Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2007

Gráfico 1.2 Distribución de los menores de 5 años que permanecen la mayor parte del tiempo al cuidado de un pariente mayor de edad, según edad y región

El 6,9% de los niños menores de un año están al cuidado de otras personas en hogares comunitarios o guarderías; de uno a cinco años, el 40,2% de los niños asisten a un hogar comunitario, guardería, escuela o colegio. Al comparar por regiones se observa que Bogotá presenta una mayor asistencia de los menores a estas instituciones, 41,2%, y que en las regiones Oriental y Orinoquia-Amazonía esta proporción disminuye al 27% (Gráfico 1.3).



Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2007

Gráfico 1.3 Distribución de los menores de 5 años que permanecen la mayor parte del tiempo entre semana en una institución, según edad y región

En el país, más de la mitad de los menores de seis años (56,2%) están al cuidado de personas sin educación, es decir que no han terminado al menos el nivel de primaria, el 18,7% tiene primaria y el 19,9% ha realizado estudios de secundaria; solo el 4,4% de los cuidadores ha alcanzado el nivel educativo tecnológico o universitario.

De los niños que están al cuidado de otras personas en un hogar, guardería o preescolar, el 61,7% asiste a hogares comunitarios o de Bienestar Familiar, el 21,1% a guarderías, hogares infantiles o jardines de Bienestar Familiar, y solo el 8,9% asiste a guarderías, jardines o preescolares privados. Por regiones, la mayor proporción de guarderías, preescolares o jardines privados se encontró en la Orinoquia-Amazonía (15,6%) y la menor en la región Pacífica (Cuadro 1.2).

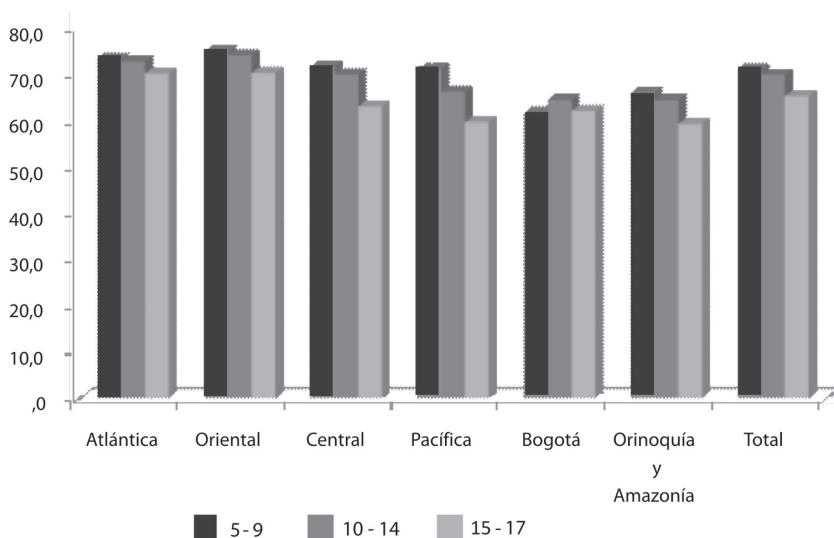
En cuanto a los niños entre los 5 y 17 años, se encontró que el 97,5% asisten a una institución educativa –escuela, colegio, universidad o institución de educación superior–. Es importante hacer notar que el 2,3% de los niños en estas edades asisten a un centro de educación para adultos. Por regiones, el porcentaje más alto, respecto al total nacional, se da en las regiones Pacífica (3,1%) y la Orinoquia-Amazonía (3,0%).

Cuadro 1.2 Distribución del tipo de hogar, guardería o jardín a los cuales asisten los menores de 5 años, según región

Tipo de hogar, guardería o jardín	Región													
	Atlántica Oriental		Oriental		Central		Pacífica		Bogotá		Orinoquia y Amazonía		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Hogar comunitario o de Bienestar Familiar	658	69,2	308	61,6	544	58,5	426	67,4	385	51,9	23	53,4	2.344	61,7
Guardería, hogar infantil o jardín de Bienestar Familiar	188	19,8	83	16,5	219	23,5	145	22,9	159	21,4	9	22,3	802	21,1
Jardín, casa vecinal, jardín social del Bienestar Social	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	90	12,1	0	0,0	90	2,4
Otra guardería, preescolar o jardín oficial	39	4,1	57	11,3	74	7,9	32	5,1	19	2,6	4	8,7	224	5,9
Guardería, preescolar o jardín privado	66	6,9	54	10,7	94	10,1	30	4,7	89	12,0	7	15,6	339	8,9
Total	950	100,0	501	100,0	930	100,0	632	100,0	742	100,0	42	100,0	3.798	100,0

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2007

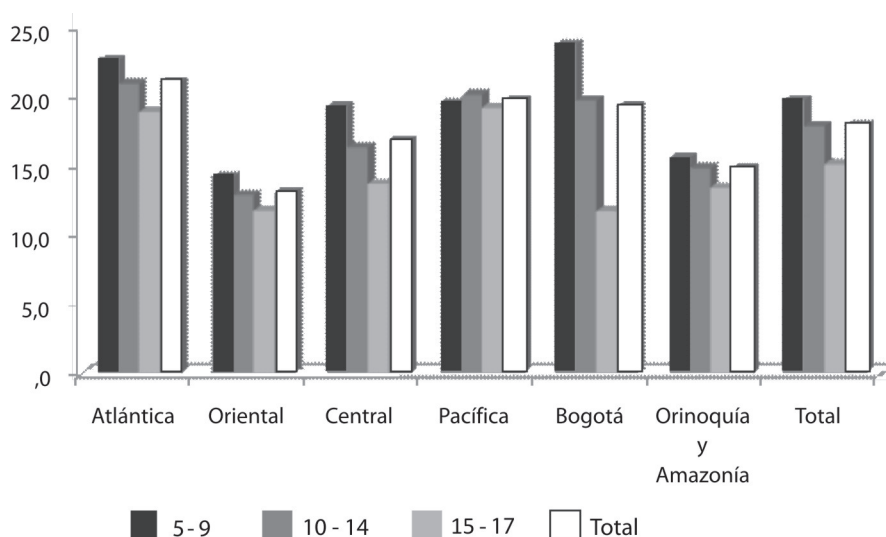
El 69,3% de los niños entre los 5 y 17 años permanecen la mayor parte del tiempo con su padre o madre en la casa en las horas que no asisten a un establecimiento educativo, mientras que el 17,9% están al cuidado de un pariente mayor de edad. La proporción de quienes permanecen con los padres es mayor en las regiones Oriental (73,6%) y Atlántica (72,4%). Aunque en Bogotá esta proporción no presenta diferencias importantes por edad, en general a mayor edad menor es el porcentaje de quienes están con alguno de los padres en casa (Gráfico 1.4).



Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2007

Gráfico 1.4 Distribución de los menores entre 5 y 17 años que permanecen la mayor parte del tiempo con su padre o madre en la casa cuando no asisten a un establecimiento educativo, según edad y región

Por regiones se encontró, en general, altas proporciones de menores entre 5 y 17 años que permanecen al cuidado de un pariente mayor de 18 años; la más alta se da en la región Atlántica (21,1%) seguida de la Pacífica (19,7%) y Bogotá (19,3%). Estas proporciones presentan un comportamiento similar por edad: a mayor edad, menor es el porcentaje de permanencia con un adulto mayor, lo cual es más significativo en Bogotá, donde el 23,8% son menores entre 5 y 9 años, el 19,7% son de 10 a 14 años y el 11,7% tienen entre 15 y 17 años. Respecto a las demás regiones, Bogotá presenta también el más alto porcentaje de niños entre 5 y 9 años que permanecen con un pariente mayor de edad cuando no están en el establecimiento educativo (Gráfico 1.5).



Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2007

Gráfico 1.5 Distribución de los menores entre 5 y 17 años que permanecen la mayor parte del tiempo con un pariente mayor de edad, cuando no asisten a un establecimiento educativo, según edad y región.

Asistencia escolar

En Colombia, el 91,5% de los menores entre 5 y 17 años saben leer y escribir. Se encontraron diferencias significativas por regiones: la menor proporción se da en la región Atlántica con el 88,5%, mientras que en Bogotá se presenta el porcentaje más alto: 95%. Es importante resaltar que el 9,6% de estos menores no asiste a un establecimiento de educación formal, y por edad el porcentaje es mayor en el grupo de 15 a 17 años: 23,5%.

Al indagar por las razones de inasistencia escolar, el 26,2 % adujo que no le gusta o no le interesa el estudio, el 21% los costos educativos elevados o la falta de dinero, el 16,9% responsabilidades familiares o porque necesita trabajar. El 9,9% de la inasistencia se debe a la falta de cupos o de centros educativos, y el 7,1% de los niños que no estudian se debe a enfermedad o porque necesitan educación especial (Cuadro 1.3).

Cuadro 1.3 Distribución de los menores entre 5 y 17 años según razones de inasistencia a un establecimiento educativo, por edad

Razones de inasistencia a un establecimiento educativo	Edad por categorías							
	5-9		10-14		15-17		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Considera que ya no está en edad escolar o ya terminó	9	3,1	4	0,7	54	4,0	68	3,0
Costos educativos elevados o falta de dinero	55	18,9	121	20,5	292	21,7	467	21,0
Falta de tiempo	4	1,2	9	1,4	49	3,6	61	2,7
Responsabilidades familiares	6	2,0	24	4,1	182	13,6	212	9,5
Por problemas de seguridad	4	1,4	8	1,4	12	0,9	24	1,1
Falta de cupos	25	8,8	33	5,6	52	3,9	110	5,0
No existe centro educativo cercano	39	13,3	33	5,6	28	2,1	99	4,5
Necesita trabajar	2	0,6	20	3,3	120	8,9	141	6,4
No le gusta o no le interesa el estudio	31	10,5	180	30,5	372	27,7	582	26,2
Tuvieron que abandonar el lugar de residencia habitual	31	10,5	34	5,8	29	2,1	94	4,2
Por enfermedad	22	7,7	26	4,5	39	2,9	87	3,9
Necesita educación especial	22	7,6	35	6,0	13	1,0	70	3,2
La escuela o colegio que había no está funcionando	6	1,9	2	0,4	1	0,1	9	0,4
No aprobó examen de ingreso	2	0,6	1	0,2	22	1,7	25	1,1
Perdió el año o lo expulsaron	5	1,8	20	3,4	29	2,2	55	2,5
No le gusta el establecimiento donde podría estudiar	7	2,5	21	3,5	29	2,2	57	2,6
Sus padres no quieren que estudie	18	6,4	12	2,0	7	0,5	37	1,7
Se necesita que ayude en casa	3	1,0	6	1,0	13	1,0	22	1,0
Total	290	100,0	589	100,0	1.341	100,0	2.220	100,0

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2007

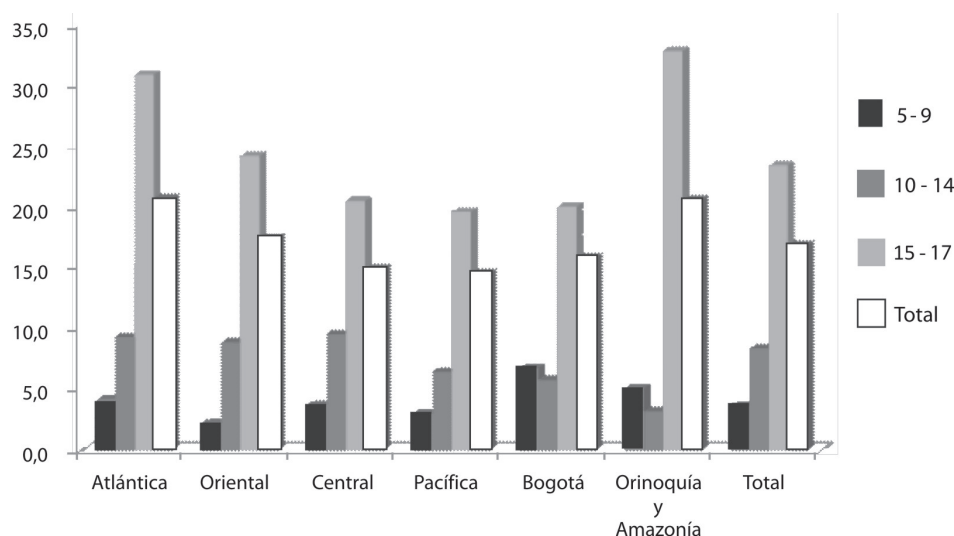
El costo elevado o la falta de dinero es una razón de inasistencia escolar con un peso significativo en Bogotá (24,4%) y con una marcada diferencia por edades: 31,8% para el grupo de 15 a 17 años y menos del 10% para las edades menores. En las demás regiones el comportamiento por edades es similar (Cuadro 1.4).

Cuadro 1.4. Distribución de los menores entre 5 y 17 años que no asiste a una institución educativa debido a los costos, por edad y regiones

Región	Edad			Total
	5-9	10-14	15-17	
Atlántica	21,4	15,7	17,7	17,9
Oriental	16,0	28,3	22,3	23,1
Central	20,3	20,0	19,1	19,5
Pacífica	18,8	25,3	23,5	23,5
Bogotá	6,5	7,4	31,8	24,4
Orinoquía y Amazonía	23,7	12,5	20,1	18,2
Total	18,9	20,5	21,7	21,0

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2007

Las regiones Orinoquía-Amazonia y Atlántica muestran altos porcentajes de inasistencia escolar debido a responsabilidades familiares o porque necesitan trabajar, con mayor participación de los menores entre 15 y 17 años en ambos casos: 32,9% y 30,9% respectivamente. Es importante resaltar que en Bogotá los más pequeños no asisten a un centro educativo por estas razones en un porcentaje mayor respecto a las demás regiones (Gráfico 1.6).



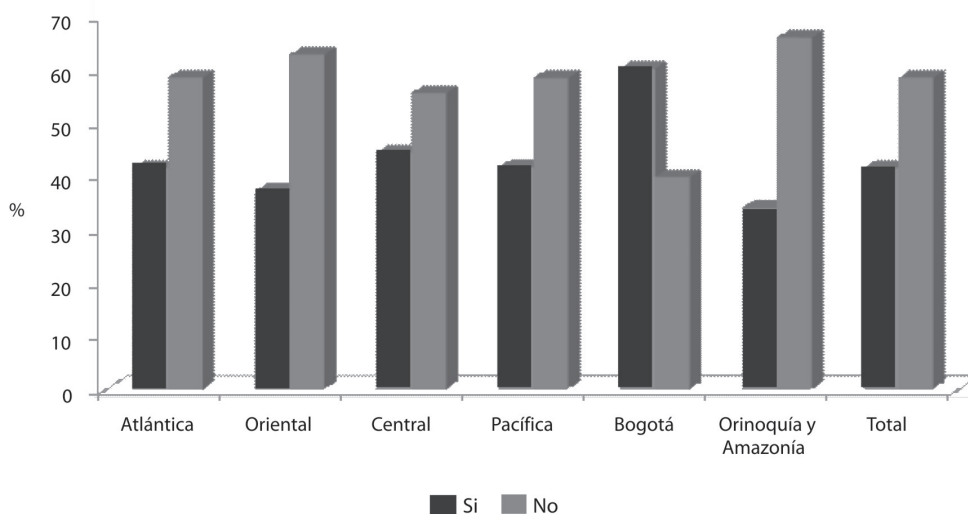
Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2007

Gráfico 1.6 Distribución de los menores entre 5 y 17 años que no estudian porque necesitan trabajar, tienen responsabilidades familiares o ayudan en la casa, según edad y región

Lactancia materna

En el Cuadro 1.5 se presentan los resultados nacionales en relación con lactancia materna. El 97,3% de los niños menores de 5 años recibió lactancia en algún momento. Un 41,5% de las ma-

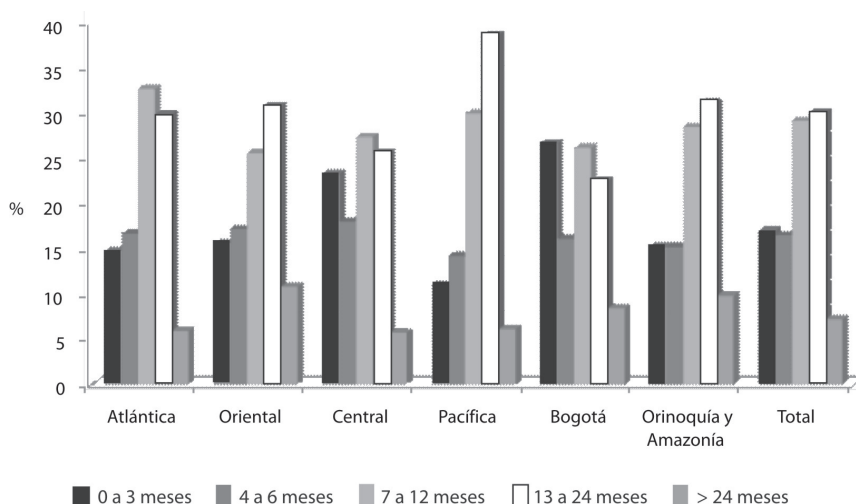
dres reportan haber recibido capacitación en lactancia materna. En Bogotá se presentó la mayor proporción de madres que sí la recibieron: 60,2%, y la menor en Orinoquia-Amazonía y la región Oriental: 34% y 37,2% respectivamente (Gráfico 1.7).



Fuente: Encuesta Nacional de Demografía y Salud, 2005

Gráfico 1.7 Capacitación en lactancia materna, por regiones

En relación con la duración de la lactancia, en el 17% de los niños fue de 0-3 meses, en el 16,5% de 4-6 meses, en el 29,2% entre 7 y 12 meses, en el 30% entre 13 y 24 meses y en el 7,2% más de 24 meses. En general, por regiones se observa una alta proporción de madres que lactan sus niños hasta 2 años de edad; la región Pacífica muestra la más alta proporción, 38,7%, y Bogotá la más baja, 22,5% (Gráfico 1.8).



Fuente: Encuesta Nacional de Demografía y Salud, 2005

Gráfico 1.8 Distribución del período de duración de la lactancia, por regiones

Cuadro 1.5. Capacitación sobre lactancia materna y algunas prácticas de alimentación.
Colombia 2007

Capacitación sobre lactancia materna	Categorías	Población	
		No.	%
Recibió capacitación sobre lactancia	Sí	4.910	41,5
	No	6.931	58,5
	Total	11.841	100,0
Le dio pecho alguna vez	Sí	11.523	97,3
	No	318	2,7
	Total	11.841	100,0
Razón para no dar pecho	No le bajó leche	110	34,6
	Niño rehusó	82	25,8
	Madre enferma/débil	53	16,7
	Niño enfermo/débil	24	7,5
	Problema del pezón	22	6,9
	Problema succión del niño	14	4,4
	Otro	13	4,1
	Total	318	100,0
Tomó en los primeros tres días algo diferente de leche materna	Sí	4.503	39,1
	No	7.020	60,9
	Total	11.523	100,0
Actualmente está lactando	Sí	4.306	37,4
	No	7.217	62,6
	Total	11.523	100,0
Duración de la lactancia	0 a 3	1.225	17,0
	4 a 6	1.189	16,5
	7 a 12	2.109	29,2
	13 a 24	2.174	30,1
	> 24	520	7,2
	Total	7.217	100,0
Razón terminó lactancia	Madre enferma/débil	546	7,6
	Mastitis (infección en el seno)	99	1,4
	Niño enfermo/débil	125	1,7
	Niño murió	0	0,0
	Problema de succión del niño	44	0,6
	Problema de pezón	70	1,0
	Se le acabó la leche	1.269	17,6
	Madre trabajando	584	8,1
	Niño rehusó	1.686	23,4
	Edad de destete	2.244	31,1
	Quedó embarazada	172	2,4
	Empezó a usar anticonceptivos	48	0,7
	Otro	330	4,6
	Total	7.217	100,0

Fuente: Encuesta Nacional de Demografía y Salud, 2005

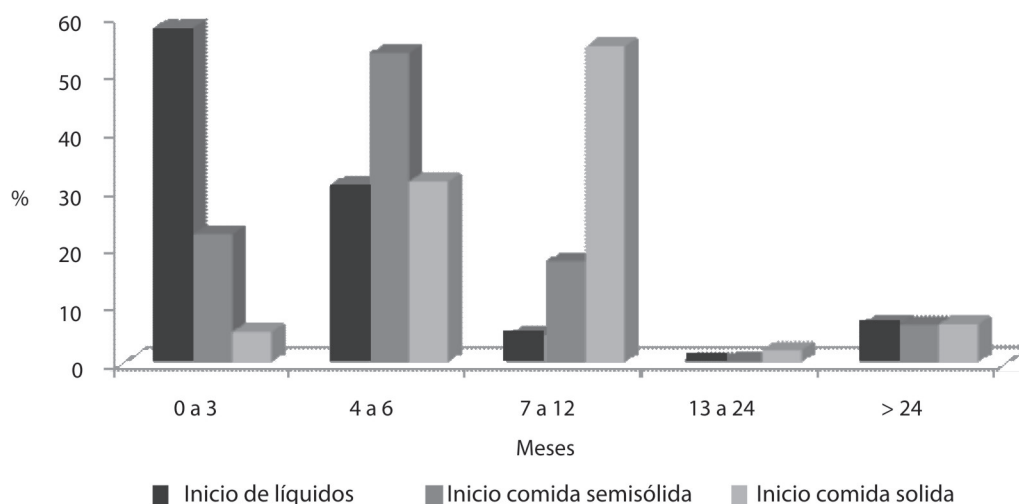
Al indagar sobre las razones por las cuales las madres no dan de lactar a sus hijos, el 34,6% respondió que la leche no les bajó, y el 25,8% que el niño se rehusó a aceptarla. Por regiones, Bogotá y la Oriental presentaron los mayores porcentajes: 53,8% y 56,3% (Cuadro 1.6).

Cuadro 1.6. Distribución relativa de las principales razones para no dar lactancia, según regiones

Razones para no dar lactancia	Región						
	Atlántica	Oriental	Central	Pacífica	Bogotá	Orinoquia y Amazonía	Total
No le bajó leche	28,7	56,3	32,0	38,9	53,8	28,0	34,6
Niño rehusó	31,0	15,6	23,0	27,8	0,0	34,0	25,8
Madre enferma/débil	18,4	6,3	21,0	19,4	15,4	10,0	16,7
Niño enfermo/débil	5,7	12,5	10,0	2,8	7,7	6,0	7,5
Problema del pezón	8,0	9,4	5,0	5,6	7,7	8,0	6,9
Problema succión del niño	2,3	0,0	5,0	2,8	0,0	12,0	4,4

Fuente: Encuesta Nacional de Demografía y Salud, 2005

En cuanto al inicio de otros alimentos diferentes a la leche materna, el 39,1% reporta haber iniciado líquidos diferentes a la leche materna en los primeros tres días, un 57,9% en los primeros tres meses y 30,7% entre los cuatro y seis meses. El 22,2% inició la alimentación semisólida antes de los 3 meses, y el 53,5% entre los 4 y 6 meses. Para los alimentos sólidos, el inicio antes de los tres meses ocurrió en el 5,3% de los casos, y 31,3% entre los 4-6 meses (Gráfico 1.9).



Fuente: Encuesta Nacional de Demografía y Salud, 2005

Gráfico 1.9 Distribución porcentual del inicio de comidas líquidas, semisólidas y sólidas

Trabajo del menor

De acuerdo con los datos de la Encuesta de Calidad de Vida del 2005, el 9,3% de los niños entre 5 y 17 años realizaron algún trabajo la semana anterior a la encuesta, de éstos solo el 56,1% recibió pago en efectivo por su trabajo. En las regiones Oriental y Pacífica es mayor la proporción de niños que trabajan: 12,2% y 10,1% respectivamente, en tanto que en Bogotá tuvo la menor la proporción: 5,5% (Cuadro 1.7).

Cuadro 1.7. Distribución de los menores entre 5 y 17 años que trabajaron, por regiones

Trabajo	Región						Total
	Atlántica	Oriental	Central	Pacífica	Bogotá	Orinoquia y Amazonía	
Si trabajó	9,4	12,2	9,0	10,1	5,3	7,0	9,3
No trabajó	90,5	87,5	90,8	89,7	94,5	92,9	90,5
No sabe	0,2	0,2	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2

Fuente: Encuesta Nacional de Demografía y Salud, 2005

Respecto al lugar donde dichos niños trabajan, se encontró que el 33,4% lo hacen en labores agropecuarias, el 19,4% en la vivienda que habitan, el 15,4% en otra vivienda y el 8,5% en un almacén, tienda o plaza de mercado, mientras que el 10,1% trabajan en la calle o en el comercio callejero (Cuadro 1.8).

Cuadro 1.8. Distribución porcentual del lugar donde los menores entre 5 y 17 años trabajan, por regiones

Lugar donde los menores trabajan	Región						Total
	Atlántica	Oriental	Central	Pacífica	Bogotá	Orinoquia y Amazonía	
Vivienda donde habita	18,6	22,9	15,6	19,3	25,4	22,3	19,4
Otra vivienda	14,3	14,3	16,8	12,6	24,6	19,9	15,4
Fábrica pequeña, empresa familiar	1,9	5,1	4,6	2,7	11,4	5,5	3,9
Almacén, tienda, plaza de mercado	6,4	7,8	9,3	6,8	11,4	16,5	8,5
Comercio callejero	4,3	1,5	2,4	2,2	5,3	4,2	3
Calle	8,7	5	6,7	7,7	7	6,3	7,1
Construcción	2	1,2	2,1	1,8	0,9	2,1	1,8
Campo en labores agropecuarias	35,9	36,1	37,1	37,4	0,9	14,7	33,4
Puerta a puerta	0,9	0,5	0,2	0,3	0,9	0,8	0,6
Mina o cantera	0,4	0,3	0,6	3,4	0	0,5	0,9
Caseta o kiosco	1	0,8	0,6	0,4	0	1	0,7
Vehículo u otro medio de transporte	3,2	2,2	0,9	2,8	2,6	2,6	2,4
Otro	2,5	2,2	3	2,4	9,6	3,4	2,8

Fuente: Encuesta Nacional de Demografía y Salud, 2005

De otro lado, la Encuesta de Calidad de Vida permite hacer un análisis por quintiles de ingresos de los hogares en el que se observan las diferencias entre la colaboración en oficios, la persona a quien ayuda y el sitio donde realizan estas labores los menores (Cuadro 1.9).

Cuadro 1.9. Trabajo del menor según quintiles de ingreso en el hogar

Variables	Categorías	Ingreso en quintiles									
		< 200.000		200.000-379.560		379.560-600.000		600.000-1.000.300		>1.000.300	
		No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Colaboró en oficios	Sí	1.496	65,0	1315	60,1	1.367	57,1	1.096	52,4	949	42,3
	No	804	35,0	872	39,9	1028	42,9	997	47,6	1294	57,7
Con quien trabajó	A los padres	99	65,6	93	75,0	63	61,8	59	67,0	34	64,2
	A un familiar	29	19,2	18	14,5	25	24,5	19	21,6	11	20,8
	A un particular	20	13,2	11	8,9	12	11,8	10	11,4	7	13,2
	Es independiente	3	2,0	2	1,6	2	2,0	0	0,0	1	1,9
En donde realiza el trabajo	En su vivienda o negocio	55	36,4	46	37,1	39	38,2	35	39,8	34	64,2
	Fuera de su vivienda	14	9,3	10	8,1	26	25,5	16	18,2	11	20,8
	En la calle	71	47,0	61	49,2	31	30,4	32	36,4	6	11,3
	Otro sitio	11	7,3	7	5,6	6	5,9	5	5,7	2	3,8
Recibe remuneración	Sí	33	21,9	41	33,1	40	39,2	30	34,1	24	45,3
	No	118	78,1	83	66,9	62	60,8	58	65,9	29	54,7
Otro	Sí	53	2,3	28	1,3	24	1,0	19	,9	23	1,0
	No	2.247	97,7	2.159	98,7	2.371	99,0	2.074	99,1	2.220	99,0

Fuente: Encuesta Nacional de Demografía y Salud, 2005

DISCUSIÓN

Los resultados muestran que la mayor parte de los menores están al cuidado de sus padres o en instituciones especializadas –hogares comunitarios, preescolares o instituciones de educación–, proporción que aumenta con la edad. Sin embargo, las diferencias por regiones –en especial la Oriental y Orinoquia-Amazonía– refleja tanto condiciones culturales –es el caso de los menores de un año–, como escaso acceso a instituciones que apoyan el cuidado de los niños y permiten su incorporación a la educación formal, aspecto que sería importante explorar en estudios específicos por cuanto puede reflejar inequidad en las oportunidades de los niños colombianos a instituciones que favorezcan su desarrollo.

Otro aspecto significativo es el hecho de que más de la mitad de los niños menores de seis años están al cuidado de personas que no han terminado el nivel de primaria, situación preocupante, por cuanto se reconoce que el nivel educativo de los cuidadores tiene fuertes implicaciones en la salud de los niños, más aún en la primera infancia. Ello cobra mayor importancia si se tiene en cuenta que en aquellas regiones donde una mayor proporción de cuidadores no alcanza una educación primaria (Oriental y Orinoquia-Amazonia) son justamente aquéllas donde los niños permanecen más tiempo con sus padres y menos tiempo en instituciones educativas o centros especializados, donde les pueden ofrecer opciones de desarrollo.

A partir de los 5 años la situación de los niños es más favorable, por cuanto el 97,5% asiste a una institución educativa. Vale la pena resaltar, sin embargo, que en regiones como la Pacífica y la Orinoquia-Amazonía alrededor del 3% de los niños en estas edades asisten a centros de educación para adultos, donde es de esperar que no se tengan las herramientas adecuadas para su formación; también, que entre quienes no asisten, la principal causa es porque no les interesa seguida, en una proporción importante, de los costos, las responsabilidades familiares y la falta de cupos o de una institución educativa accesible. Además, un 7,1% de los niños que no asisten a un centro educativo lo hacen por enfermedad o por porque necesitan educación especial, con lo cual se desconoce el derecho a la educación y el derecho de personas discapacitadas o con necesidades especiales a tener igualdad de oportunidades.

La necesidad de trabajar de los menores y razones menos específicas –tales como responsabilidades familiares o labores domésticas– aparecen también como causas de inasistencia escolar –la primera se incrementa hasta alcanzar el 8,9% en el grupo de 15 a 17 años–, lo que impide a los niños (as) alcanzar un nivel educativo que les garantice mejores oportunidades en el futuro.

Además de lo anterior, el hecho de que el 9,3% de los niños entre 5 y 17 años realizó algún trabajo la semana anterior a la encuesta es preocupante, más aún si se observan las diferencias regionales y los sitios de trabajo, los cuales constituyen un peligro para su integridad física y emocional. Así mismo, el análisis de trabajo del menor por quintiles de ingreso refleja grandes inequidades: no solo en los niños pertenecientes a familias de bajos ingresos las cifras de trabajo

infantil son mayores, sino que al limitar sus posibilidades de acceso a una mejor educación se reproduce constantemente el círculo vicioso de la pobreza.

La lactancia materna merece también especial atención, porque se trata de una de las formas más eficaces de protección a los niños en los momentos críticos de su desarrollo. Si bien una alta proporción de los niños colombianos (97,3%) recibieron alimentación de pecho alguna vez, menos de la mitad de las madres colombianas reciben capacitación sobre lactancia –con diferencias significativas entre Bogotá y las demás regiones–.

Por otra parte, en Colombia la duración de la lactancia es inferior a las recomendaciones internacionales: la proporción de niños que tienen una lactancia de 0 a 6 meses es apenas del 33,5% y solamente el 37,3% supera el año de edad (resultados que ameritan ser explorados con mayor profundidad, pues son los que presentan las mayores variaciones regionales), y las cifras de lactancia exclusiva son muy bajas –máxime si se tiene en cuenta que la leche materna se recomienda como único alimento hasta los seis meses de vida–: el 39,1% de los niños reciben alimentos diferentes a la leche materna en los tres primeros días. Hay, además, una introducción temprana de alimentos semisólidos y sólidos, pero dadas las características del estudio no fue posible explorar las relaciones entre estas prácticas y variables de tipo socioeconómico tales como educación de la madre, tipo de trabajo o ingresos.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El cuidado del menor y la práctica de lactancia materna hacen del hogar el principal entorno de los niños y niñas durante la primera infancia, entorno que debe protegerse y fortalecerse desde todos los sectores y, en particular, desde el sector educativo, por cuanto las condiciones de sus cuidadores garantizan en gran medida el desarrollo óptimo de los menores.

Es necesario establecer políticas públicas que reduzcan las diferencias regionales en cuanto al inequitativo acceso a instituciones educativas y fortalecer el apoyo a los primeros años.

Los resultados muestran que aún falta mucho por hacer en el país en relación con la lactancia materna. Es necesario, entonces, promoverla como única forma de alimento hasta los seis meses, enfatizando sus beneficios. Sin embargo, para el diseño de estrategias se requieren nuevos estudios que permitan conocer el contexto en el cual se toman las decisiones sobre lactancia, así como los factores relacionados con sus prácticas en el país.

Se sugiere continuar con estudios específicos que permitan identificar situaciones de vulnerabilidad en la primera infancia, con el propósito de fortalecer políticas, planes y programas que contribuyan a generar entornos de cuidado más propicios al desarrollo integral de los niños y niñas.

También la situación del menor trabajador debe ser explorada más a fondo, por cuanto restringe en los niños (as) las posibilidades de desarrollo y educación, es un factor de inequidad y profundiza los círculos de la pobreza.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Colombia, Congreso de la República (2006). Ley 1098 de 2006 por la cual se expide el Código de la Infancia y la Adolescencia. En: *Diario oficial*, No.46.446, noviembre 8.

Colombia, Ministerio de la Protección Social (2007). "Encuesta Nacional de Salud 2007: instructivo encuesta a hogares". Bogotá: El Ministerio.

DANE: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (2007). "Proyecciones de población 2006-2020". [Sitio disponible en]: http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/proyepobla06_20/7Proyecciones_poblacion.pdf Consultado el 13 de mayo de 2009.

OMS/UNICEF (2005). *Declaración de Innocenti del 2005 sobre la alimentación de lactantes y niños pequeños*. [Sitio disponible en]: http://innocenti15.net/declaration_spanish.pdf

Paricio, J. M. (1999). *Protección Institucional y Legislativa de la Lactancia. La Iniciativa Hospital Amigo de los Niños (IHAN)*. OMS/UNICEF. [Sitio disponible en]: <http://www.telamos.org/biblio/IHAN-resu.pdf>. Consultado el 11 de junio de 2008.

UNICEF (2003). *Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño*. Ginebra: OMS.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

Alianza por la niñez colombiana (2010). Bogotá. [Sitio disponible en]: <http://alianzaporlaninez.org.co> Consultado el 18 de enero de 2008.

Arifeen, S., Black, R.E., Antelman, G. y Baqui, A. (2001). "Exclusive breastfeeding reduces acute respiratory infection and diarrhea deaths among infants in Dhaka Slums". En: *Pediatrics*, 108: e67.

Black, R., Morris, S. y Bryce, J. (2003). "Where and why 10 million children dying every year". En: *Lancet*, 361:2226-2234.

Cumbre Mundial en Favor de la Infancia (1990). New York. [Sitio disponible en]: <http://www.unicef.org/wsc/declare.htm>. Consultado el 28 de agosto de 2009.

Espinosa, A. (compiladora) (2009). *Análisis de la situación de la infancia y la adolescencia en Colombia*. Save the Children.

CAPÍTULO 2:

**LA SALUD DEL NIÑO
Y LA NIÑA:**

PROGRAMA

CRECIMIENTO

Y DESARROLLO Y

**PROGRAMA AMPLIADO
DE INMUNIZACIONES**

INTRODUCCIÓN

“El niño es un ser único e irrepetible, deseante, capaz de generar y captar sentimientos, con derechos y deberes; que crece y se desarrolla de acuerdo con su potencial genético, su dinámica interna y el aporte del medio externo”

Posada *et al*, 2005:24

En abril de 1994 se realizó en Bogotá (Colombia) la “Segunda Reunión Americana sobre Infancia y Política Social”. Como producto de este encuentro se publicó la *Agenda 2000: ahora los niños*; en ella las naciones signatarias adquieren el compromiso político de desarrollar campañas en favor de la infancia, y definen su importancia desde tres perspectivas: 1) todos los niños y niñas son *sujeto de derecho* –se ratifica, por lo tanto, la Convención de los Derechos del Niño–, 2) son *agentes de desarrollo*, esto es, la inversión en el niño(a) es el eje de la inversión en recursos humanos, debido a que se hace en el momento más adecuado y ofrece las expectativas de retorno más prolongadas en el tiempo, y 3) son *constructores de la democracia*, ya que la formación de valores individuales y colectivos, de actitudes y prácticas para la construcción de una cultura política y una democracia participativa se crean en los primeros años de la vida, no en la edad adulta (Ramírez, 2005:92).

La inversión en el desarrollo de los niños y, particularmente, en su salud es, además de una inversión económica, una inversión social. En efecto, la construcción de la autoestima, autonomía, creatividad, solidaridad, felicidad y salud cimientan y perfeccionan las prácticas democráticas y fortalecen las instituciones dedicadas a la justicia, la equidad y la paz.

Así, pues, resulta de la mayor importancia para cualquier sociedad conocer las condiciones en las que crecen y se desarrollan sus niños y niñas, y el modo como estas condiciones afectan su salud, con el fin de reunir todos los elementos para la toma de decisiones en favor de un manejo integral de la infancia que redunde tanto en el bienestar individual como en el de la sociedad en su conjunto. Este capítulo analiza la información relacionada con el crecimiento y desarrollo y con las inmunizaciones disponible para el país, y a partir de este análisis obtiene una serie de conclu-

siones y se permite dar algunas recomendaciones que pueden contribuir a mejorar la atención de los niños y las niñas y brindar un apoyo adecuado a los padres –esenciales en el proceso de acompañamiento a sus hijos–, a los adultos en general y a las instituciones en su empeño por ofrecer programas equitativos, eficaces y eficientes para la niñez colombiana.

Antecedentes

Programa de Crecimiento y Desarrollo

Desde la década del setenta el entonces Ministerio de Salud desarrolló el subprograma de Crecimiento y Desarrollo como componente de la atención materno infantil, dirigido a niños menores de tres años y con una orientación preventiva (Ramírez *et al*, 2002:21).

A partir de 1984, este programa se vinculó con el Plan Nacional de Supervivencia y Desarrollo Infantil, “Supervivir”, y en 1985 el Ministerio elaboró un manual en el cual se definió la atención individual por médico y auxiliar de enfermería a los niños menores de cinco años.

En 1987, Pediatría Social, adscrita al Departamento de Pediatría y Puericultura de la Universidad de Antioquia, hizo una propuesta de atención por concentración, puesta en práctica inicialmente en el Centro de Salud del Barrio Popular de Medellín y en el Centro de Salud Universitario de Pediatría Social. En esta experiencia se incorporó, con resultados positivos, un nuevo esquema de atención mediante la evaluación grupal por rangos de edad. En 1990, con el nombre de “Subprograma de Crecimiento y Desarrollo por Atención Grupal”, se reformuló la propuesta con base en las experiencias adquiridas. En ese momento se incorporaron otros profesionales al Subprograma, tales como odontólogo, nutricionista, psicólogo y auxiliar de enfermería, y se destinaron dos horas para los controles, en las cuales se dedicaba tiempo tanto al examen físico y a la evaluación del desarrollo psicomotor, como a la realización de actividades educativas con las madres.

En 1991 el Ministerio de Salud convocó a una reunión para la revisión de las normas técnico-administrativas del Programa de Crecimiento y Desarrollo. El grupo interinstitucional para los Programas de Salud del Niño en Antioquia, que funcionaba en ese momento, presentó una propuesta; el Ministerio definió los lineamientos y los concretó en la “Propuesta Nacional de Salud Integral para la Infancia *SIPI*”. A partir de entonces, el programa está enfocado hacia la promoción de la salud e incluye en su propósito general las metas del desarrollo: “Acompañar y estimular al niño en su proceso de crecimiento y desarrollo promoviendo su salud, autonomía, creatividad, solidaridad, autoestima y felicidad”. En 1993, el Servicio Seccional de Salud de Antioquia publicó el Manual de *SIPI*, en el cual se definieron las orientaciones generales del programa, así como las normas técnicas y administrativas que orientaron su desarrollo: “El objetivo general es promover la salud física, mental, emocional y social del niño mediante la prevención y detección de alteraciones en el proceso de crecimiento y desarrollo, facilitando el aprendizaje, la adquisición de una clara identidad y la socialización” (Grupo Interinstitucional..., 1993:17). El programa, impulsado con especial énfasis después de la reunión en Alma Ata como estrategia para promover la supervivencia infantil en los países subdesarrollados, adquirió gran importancia en las instituciones de salud y llegó a considerarse el programa bandera en promoción de la salud y prevención de la enfermedad (Ramírez *et al*, 2002:22).

Mediante la Ley 100 de 1993 se creó el Sistema de Seguridad Social Integral, del cual hace parte el Sistema General de Seguridad Social en Salud que reemplazó al anterior Sistema Nacional de Salud. La reforma introdujo grandes cambios en la concepción del sistema de salud y en la prestación de servicios de salud, en especial en los programas de promoción y prevención. Estableció un régimen de beneficios, del cual hacen parte el Plan de Atención Básica y el Plan Obligatorio de Salud: “El Sistema General de Seguridad Social de Salud crea las condiciones de acceso a un Plan Obligatorio de Salud para todos los habitantes del territorio nacional antes del año 2001. Este Plan permitirá la protección integral de las familias a la maternidad y enfermedad general, en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías, según la intensidad de uso y los niveles de atención y complejidad que se definan” (Ley 100 de 1993: Art.162). “El Ministerio de Salud definirá un plan de atención básica que complemente las acciones previstas en el Plan Obligatorio de Salud de esta ley y las acciones de saneamiento ambiental. Este plan estará constituido por aquellas intervenciones que se dirigen directamente a la colectividad o aquellas que son dirigidas a los individuos pero tienen altas externalidades (...). La prestación del Plan de atención básica será gratuita y obligatoria. La financiación de este Plan será garantizada por recursos fiscales del Gobierno Nacional, complementada con recursos de los entes territoriales” (Ley 100 de 1993: Art.165).

La Resolución 5261 de 1994 adscribió el Programa de Crecimiento y Desarrollo al Plan Obligatorio de Salud –en el Sistema Nacional de Salud era prestado en la ciudad de Medellín por instituciones como el Instituto de Seguros Sociales, METROSALUD y las Cajas de Compensación Familiar–. Con esta disposición, las Empresas Promotoras de Salud (EPS) y las Administradoras del Régimen Subsidiado de Salud (ARS) se encargan de contratar su ejecución con Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) (Ministerio de Salud, 1994:120).

La Ley 100 y la Resolución 5261 introdujeron transformaciones progresivas al programa de Crecimiento y Desarrollo, que debió adaptarse a las nuevas exigencias administrativas y de rentabilidad contenidas en estos actos legislativos. En efecto, en la investigación *Evaluación del Proceso de Implementación del Programa Salud Integral para la Infancia “SIPI” o Crecimiento y Desarrollo, en el Marco de la Ley 100, en el Municipio de Medellín*, se encontró que la marcada orientación hacia la rentabilidad económica ha producido cambios importantes en el programa, en especial en las instituciones que atienden al régimen subsidiado: “De esta manera, los sectores con menos poder adquisitivo se ven privados de una atención en salud de buena calidad. Por lo tanto se excluye a esta población, desde el nacimiento, a sus más elementales necesidades básicas, fundamentales para el desarrollo de sus potencialidades y en último término de sus libertades como ciudadano” (Ramírez *et al*, 2002:146).

La promulgación de la Resolución 00412 de 2000, en la que el Ministerio de Salud establece las guías para los programas de promoción y prevención, entre ellas la “Norma Técnica para la Detección Temprana de las Alteraciones del Crecimiento y Desarrollo en el Menor de 10 años”, afectó

profundamente el programa en los años recientes: si bien el texto de la norma reconoce de manera explícita la importancia de los primeros años de vida en el desarrollo del ser humano y la necesidad de asumir un compromiso social con la niñez para lograr un mejoramiento de su salud, bienestar y calidad de vida, el énfasis se centra en la detección de la enfermedad, desconociendo la multiplicidad de factores de tipo social, psicológico y afectivo que confluyen para el desarrollo adecuado del niño: “Se entiende la Atención para la detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo de los niños y las niñas menores de diez años, como el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones dirigidas a esta población, mediante las cuales se garantizan su atención periódica y sistemática, con el propósito de detectar oportunamente la enfermedad, facilitar su diagnóstico y tratamiento, reducir la duración de la enfermedad, evitar secuelas, disminuir la incapacidad y prevenir la muerte”. Con esta resolución, el objetivo del programa –que en el manual SIPI está orientado a las metas del desarrollo antes mencionadas– abandona la perspectiva de promoción de la salud y se centra en la prevención y detección de enfermedades: “Disminuir las tasa de morbilidad y mortalidad por causas evitables mediante la prevención e identificación oportuna de los problemas que afectan a los niños menores de diez años. Ofrecer educación individual y orientación a los padres y madres sobre los cuidados y la trascendencia de la salud integral para potenciar sus posibilidades” (Ministerio de Salud, 2000a:3).

Para cumplir con los objetivos planteados, la norma técnica determina unas actividades mínimas de obligatorio cumplimiento y define que el ingreso debe hacerse por medicina general y los controles por enfermería.

Los ajustes que las instituciones debieron realizar para adecuarse a la norma pudieron tener profundas implicaciones en la calidad del programa, por lo que se hace necesario avanzar en los estudios que permitan medir el impacto de la resolución 0412 de 2000 sobre los programas de crecimiento y desarrollo.

Programa Ampliado de Inmunizaciones, PAI

Como ocurrió en la mayoría de los países de América Latina, las acciones de vacunación en Colombia se inician en la década de los años 60, mediante la oferta pasiva de las vacunas, la demanda espontánea de la población, el Servicio de Erradicación de la Malaria (SEM) y acciones de intensificación masiva para la erradicación de la viruela. Con el Sistema Nacional de Salud, en 1973 el programa fortaleció su estructura vertical –política y administrativamente–, lo que le permitió, desde el nivel central, garantizar los insumos críticos para toda la población y certificar la erradicación de la viruela. Como parte de las estrategias de salud pública definidas por la OPS/OMS, desde 1979 Colombia inició el fortalecimiento del programa PAI, diseñado para luchar contra las enfermedades prevenibles por vacunas y para garantizar un esquema de vacunación regular a todos los niños menores de 5 años en el mundo (Ministerio de Salud, 2000b).

En los años 80, Colombia se destacó en el ámbito mundial como uno de los países con mayores avances en el diseño y ejecución de programas de vacunación al implementar estrategias novedosas e innovadoras tales como la estrategia de canalización establecida en 1983, las Jornadas Nacionales de Vacunación realizadas por primera vez en 1984, y la utilización de estrategias múltiples con énfasis en la movilización social ampliada que permitía asegurar localmente la vacunación de la mayor cantidad posible de niños, identificando y captando los susceptibles.

En todos los tiempos Colombia ha adoptado y adecuado los lineamientos técnicos sugeridos por la OPS/OMS sobre vacunación, muestra de ello es el fortalecimiento de la coordinación, en el nivel nacional y departamental, en la década del ochenta, que dio, como resultado, un cambio radical en el aumento de coberturas de vacunación en niños y niñas menores de un año en BCG y vacuna oral antipoliomielitis, las que pasaron de 20%, a principios de los años 80, a 90% para 1990.

A partir de los 90 se lograron avances importantes, entre ellos:

- La elaboración y publicación en 1991 del “Manual de normas técnico-administrativas del PAI” (*Pitin*), acorde con los conocimientos y la normatividad vigente.
- En 1994 el Ministerio de Salud estableció el plan de control de la hepatitis B y se incluyó la vacuna en el esquema nacional.

En este año se realizó la primera jornada masiva de vacunación con la triple viral en niños de 1 a 3 años, y la OPS/OMS certificó la erradicación del virus salvaje de la poliomielitis de las Américas.

- En 1995 se inició la vacunación contra la rubéola, como una acción dirigida a iniciar el control de esta enfermedad y del síndrome de la rubéola congénita.
- En mayo de 1996 el Ministerio de Salud, la OPS, la UNICEF y otras agencias internacionales establecieron el esquema único de vacunación para Colombia.
- En 1998 se introdujo la vacuna contra *Haemophilus influenzae* tipo B al programa regular y así se inició la primera fase de la eliminación de la meningitis y otras infecciones invasoras.
- En 2000 se realizó el primer Comité Nacional de Prácticas en Inmunizaciones, y en el 2001 la primera reunión del Comité de Cooperación Interagencial.
- En enero de 2002 se incluyó la presentación pentavalente de las vacunas monovalentes de la triple bacteriana (difteria, tétanos y tosferina), la hepatitis B y *Haemophilus influenzae* tipo B en el esquema de vacunación del PAI para los menores de 1 año.
- A partir de 2003 se introdujo la vacunación universal para la fiebre amarilla en el programa permanente de vacunación para niños de un año de edad.
- En el 2004 se cambió el refuerzo de la triple viral (SRP) de 10 a 5 años.
- En agosto de 2005 se inició la Jornada Nacional de Vacunación con sarampión-rubéola en hombres y mujeres de 14 a 39 años.

- En el año 2006 el programa dio prioridad a la población de 6 a 18 meses y mayores de 65 años con algunas patologías de base, para la aplicación de la vacuna de influenza. Además, con recursos de la subcuenta de promoción del Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), el PAI contempló la vacunación contra *Streptococcus pneumoniae* en la población de alto riesgo menor de 2 años.
- En 2007 se introdujo en el esquema de vacunación la vacuna contra la influenza estacional para niños de 6 a 18 meses.

El programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) es el resultado de una acción conjunta de las naciones del mundo para lograr coberturas universales de vacunación, con el fin de disminuir las tasas de mortalidad y morbilidad causadas por enfermedades inmunoprevenibles a la población menor de 5 años (Ministerio de la Protección Social, 2009a:13).

Mediante las vacunas el individuo adquiere protección parcial o completa contra el agente infeccioso con el que ha sido vacunado. La inmunización mediante biológicos constituye una de las mejores estrategias y la más costo/efectiva en la reducción de la incidencia y mortalidad por las enfermedades inmunoprevenibles (Quevedo y López, 2009:279).

En el contexto de la globalización social y económica, de acuerdo a políticas sanitarias locales e internacionales y beneficiándose de los adelantos científicos que en materia de prevención de enfermedades mediante vacunas se han alcanzado, Colombia ha hecho del PAI uno de los programas de salud pública más importantes.

El PAI constituye, pues, una declaración política del quehacer en salud pública a favor de grupos prioritarios y vulnerables: enmarcado en un conjunto secuencial de políticas articuladas en los diferentes planes de beneficio, efectúa una serie de operaciones de manera ordenada y lógica, cuyo fin último es lograr erradicar y controlar las enfermedades prevenibles por vacunación para interrumpir las cadenas de transmisión, disminuyendo las tasas de mortalidad y morbilidad en la población menor de 5 años.

Los objetivos del programa según el Ministerio de la Protección Social (2009:26) son:

- Garantizar la sostenibilidad del PAI asegurando el respaldo político y administrativo en todas las entidades territoriales.
- Garantizar la disponibilidad de las vacunas de los esquemas nacionales de vacunación mediante una adecuada programación.
- Mantener la erradicación del virus salvaje de la poliomielitis intensificando las acciones integrales del PAI.
- Erradicar el sarampión en todos los municipios del país.
- Eliminar el tétanos neonatal, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita en todos los municipios del país.
- Controlar la hepatitis B, la tosferina, la difteria, las enfermedades invasoras causadas por *Haemophilus influenzae* tipo B, la fiebre amarilla, las formas graves de tuberculosis (meníngea y miliar) y la parotiditis.

- Alcanzar y mantener coberturas mayores del 95% para todos los inmunobiológicos del PAI y en todos los municipios del país mediante diferentes estrategias.
- Garantizar la vacunación gratuita a los usuarios, en toda la red de prestadores de servicios de salud, en horarios adecuados y oportunos para la población objeto del PAI.
- Garantizar la calidad de las acciones integrales del PAI mediante capacitación, actualización y entrenamiento del talento humano, asistencia técnica, supervisión, vigilancia y control.
- Implementar y mantener un sistema único de información, oportuno y flexible, que permita la toma de decisiones en todos los niveles.
- Promover la investigación científica aplicada relacionada con las acciones integrales del PAI.
- Fortalecer las estrategias de comunicación y divulgación de las acciones integrales del PAI.
- Realizar estudios de costo-efectividad y factibilidad programática con el fin de incorporar nuevas vacunas en el esquema nacional de vacunación.
- Garantizar que todas las vacunas utilizadas sean de calidad y que la vacunación sea segura.

Sumado a lo anterior se tienen como metas del PAI las siguientes, aprobadas en la resolución 00412 de 2000 (Ministerio de Salud, 2000b):

- Vacunar con Antipolio, D.P.T., B.C.G., Anti-Hepatitis B y *Anti-Haemophilus influenzae* al 100% de los niños menores de un año.
- Vacunar con Triple Viral al 100% de los niños de un año y aplicar un refuerzo al 100% de ellos al cumplir los 10 años.
- Vacunar con Toxoide Tetánico-Diftérico al 100% de las mujeres en edad fértil residentes en áreas de riesgo para Tétanos Neonatal y al 100% de las gestantes del país.
- Aplicar una dosis de vacuna Anti-Amarílica al 100% de población mayor de un año residente en zonas de riesgo.
- Incorporar nuevas vacunas en el calendario nacional.
- Garantizar vacunación gratuita y obligatoria a toda la población colombiana objeto del PAI.
- Brindar asesoría y asistencia técnica a todos los entes territoriales a nivel nacional.
- Cumplimiento de indicadores objetos de erradicación en polio, sarampión, eliminación de tétanos neonatal y control de otras enfermedades.
- Capacitación permanente a todo el personal encargado del programa y de la vigilancia en salud pública de las enfermedades inmunoprevenibles.

Para cumplir estos objetivos, el Ministerio aprobó, en el año 2007, el siguiente esquema de vacunación (Cuadro 2.1):

Cuadro 2.1 Esquema único de vacunación para Colombia. 2007

Enfermedad	Vacuna	Dosis	No. de dosis	Edad	Intervalo	Vía y sitio de aplicación	Refuerzos
Tuberculosis	Antituberculo-sa BCG	0.05 a 0.1 ml según casa productora	1	Menores de un año	No tiene	Intradérmica región supraesca-pular izquierda	No tiene
Poliomielitis	Antipoliomie-lítica VOP	2 gotas	4	Recién nacido 2,4,6 meses	Cuatro semanas	Oral	18 meses y 5 años
Hepatitis tipo B	Antihepatitis B	1 ml	3	Recién nacido 2 y 6 meses	Mínimo 4 semanas	Intramuscular región anterola-teral del muslo	No tiene
Difteria, Tosfe-rina y Tétanos	DPT	0.5 a 1 ml según casa productora	3	2, 4 y 6 meses	Mínimo 4 semanas	Intramuscular profunda glúteo o muslo	18 meses y 5 años
Sarampión, rubéola, pape-ras y rubéola congénita	Triple Viral (SRP)	0.5 ml	1	Un año	No tiene	Subcutánea brazo	10 años, MEF en post-parto y post-aborto
Tétanos neonatal y difteria	Toxoide tetá-nico/diftérico TT o Td	0.5 ml	5	MEF (10 a 49 años)	1a. dosis Inicial.	Intramuscular brazo/glúteo	Una al embarazo
					2a. dosis a las 4 sema-nas de la 1a.		
					3a. dosis a los 6 meses de la 2a.		
					4a. dosis al año de la 3a.		
					5a. dosis al año de la 4a.		
Neumonías y Meningitis por <i>Haemophilus Influenzae</i> tipo B	Contra <i>Haemophilus Influenzae</i> Tipo B Hib	0.5 ml	3	2, 4 y 6 meses	Mínimo 4 semanas	Intramuscular glúteo	No requiere
Fiebre Amarilla	Antiamarílica	0.5 ml.	1	Mayores de 1 año, toda la población en áreas de alto y mediano riesgo En áreas no en-démicas deben vacunarse los que van a salir fuera del país	Dosis única	Subcutánea brazo	Cada 10 años

Fuente: Adaptación de la propuesta de la Dirección Seccional de Salud Antioquia. 2007

RESULTADOS

A continuación se analiza la situación de salud de la niñez colombiana en el período 2002-2007 en relación con su crecimiento y desarrollo, la inmunización de la población menor de 5 años según el esquema propuesto en el PAI y la cobertura de vacunación alcanzada en el período. La información se toma de la Encuesta Nacional de Salud (ENS) 2007, con base en una muestra general de 123.917 usuarios de las IPS's, de los cuales 93.737 asistieron al servicio de consulta externa; de éstos, 19.843 eran niños menores de 10 años y 3.143 acudieron a consulta en el marco de los programas de Crecimiento y Desarrollo y Vacunación. Se utilizan, también, el Cuestionario de Hogar, el Cuestionario Individual de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) 2005 y el Certificado de Nacido Vivo.

Según el censo de 2005, el 37% de la población colombiana es menor de 18 años: 8.111.099 son hombres y 7.747.646 mujeres. El 74,36 % de esta población se encuentra ubicada en la cabecera de los municipios, y el 25,64% en el resto del territorio.

Si se analiza la información de la niñez en los diferentes departamentos del país, se encuentra una diferencia llamativa entre ellos en relación con el mayor porcentaje de población menor de 10 años.

En el Cuadro 2.2 se pueden apreciar los primeros 6 departamentos que tienen menor porcentaje de niños, en contraste con los 6 departamentos que tienen un mayor porcentaje. Las regiones consideradas de mayor desarrollo son las que tienen menor porcentaje de población en el estadio de la niñez.

Cuadro 2.2 Distribución porcentual de los departamentos con menor y mayor número de niños menores de 18 años

Departamento con menor número	%	Departamento con mayor número	%
Bogotá	32,4	Vichada	51,2
Valle	33,9	Amazonas	50,8
Risaralda	33,8	Chocó	50,2
Quindío	33,7	Vaupés	49,9
Caldas	34,1	Guainía	49,6
Antioquia	34,7	Guaviare	47,9

Fuente: DANE 2005

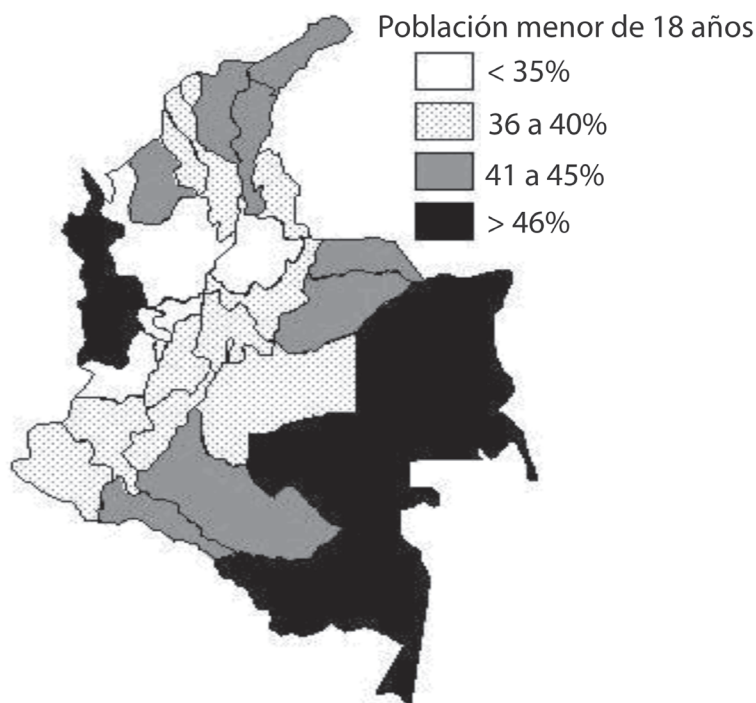


Gráfico 2.1 Distribución porcentual de la población menor de 18 años en los departamentos con menor y mayor número de niños menores de 18 años

Medidas antropométricas y evaluación nutricional

Según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud de 2005 –y de acuerdo con la clasificación de la OMS que tiene en cuenta las desviaciones estándar (*Z score*¹) de peso para la talla–, en los niños menores de 6 años que se incluyeron en la muestra de hogares se encontró que el 74% tiene un estado nutricional normal, el 13% tiene déficit y exceso el 13%. No se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres (Cuadro 2.3).

Cuadro 2.3 Distribución porcentual de la situación nutricional de los niños menores de 6 años

Situación nutricional	Distribución porcentual	
	No.	%
Exceso	4.327	13,0
Normal	24.544	73,9
Déficit	4.361	13,1
Total	33.232	100

Fuente: ENDS-2005. Cuestionario de Hogar (104-107)

¹ El *Z score* expresa los valores antropométricos como varias desviaciones estándar (DE) por debajo o por encima de la media de referencia o valor de la mediana (Mei y Grummer-Strawn, 2007).

Por departamentos se encontró que Bolívar y Córdoba presentaron los mayores porcentajes de déficit nutricional agudo en niños menores de 6 años: 20,3% y 17,7% respectivamente. Las dos regiones que tuvieron menos porcentaje de déficit nutricional fueron Bogotá, con 7,5%, y Cundinamarca, con 8,9%. Con exceso de peso aparecen en los primeros lugares San Andrés con un 19,9%, y Putumayo con el 18,5%.

Programa de Crecimiento y Desarrollo

Caracterización

Los controles de crecimiento y desarrollo se definen como un evento de consulta externa, servicio recibido en una IPS de manera ambulatoria (Ramírez, 2010). Del total de niños que acudieron a consulta de crecimiento y desarrollo, 2.565 madres (81,6%) respondieron la pregunta sobre la edad a la cual llevó por primera vez a su hijo a consulta de control; de éstas, el 75,8% respondió haberlo llevado antes de cumplir el primer año de edad, el 14% entre 1 y 2 años de edad, y el 10,3% restante llevó a sus hijos por primera vez a los 3 o más años (de este último porcentaje, el 6,4% lo llevó después de los 3 años). Según estos datos, los niños son llevados a su primer control durante los 3 primeros años de vida, pero resulta significativo que a pesar de su importancia un 20,4% de los niños no tienen una evaluación de crecimiento y desarrollo durante el primer año de vida. El 68,1% de los usuarios son de sexo femenino y el 31,9% de sexo masculino.

Comportamiento del programa

En cuanto a la inscripción de los niños y las niñas al Programa de Crecimiento y Desarrollo, se observa en los datos de la ENDS-2005 que, de un total de 14.669 niños menores de 6 años encuestados, solo el 46,2% (6.782) están inscritos al programa, de los cuales el 48,5% (4.882) residen en la cabecera municipal. Por régimen de afiliación se encuentra que el 66,3% (9.728) de los niños menores está afiliado al sistema, del cual la mayoría está inscrita en el programa con un 50,7% (4.936).

Se evidencia además que a medida que aumenta la escolaridad de la madre o cuidador aumenta el porcentaje de los inscritos al programa: el 30,6% de los hijos de madres sin escolaridad están inscritos, en comparación con el 62,3% de los hijos de madres con posgrado. En cuanto al sexo no se encontró diferencia estadísticamente significativa entre inscritos y no inscritos al programa.

Se encontró, también, que los departamentos que más niños tienen inscritos en el programa son los del Eje Cafetero, en promedio un 71%, y Nariño con 63,3%. En contraste, los departamentos con menos porcentaje de niños inscritos son, en su orden, Chocó con un 23,6%, Magdalena con un 25,9% y Casanare con un 29,1%. La región que presenta mayor porcentaje de niños inscritos al programa es la Central con un 56,7%, mientras que la región Atlántica cuenta con solo 38,7% de inscritos.

Al analizar la cantidad de controles de crecimiento y desarrollo que ha tenido el niño, se encontró que el 29% solo ha tenido un control, el 37% entre dos y cuatro controles, y el resto cinco o más. Cuando se analizó la asistencia según la edad del usuario, se encontró que el 44% de los niños menores de 1 año ha tenido solo un control, el 41,1% entre dos y cuatro controles y el 10% cinco o más controles. Resulta llamativo que uno de cada cinco niños, entre 1 y 4 años de edad, solo tenga un control, pero resulta alarmante que uno de cada cuatro niños, entre cinco y nueve años de edad, haya asistido a un solo control de crecimiento y desarrollo durante su vida. Según la clasificación por regiones de la ENS-2007, la región con el porcentaje más alto de niños entre 1 y 9 años con solo una consulta de crecimiento y desarrollo fue Bogotá, 60,3%. En general no se encuentra una diferencia marcada de asistencia al programa en relación con el sexo de los niños como tampoco por grupo etario.

Por edad, la ENDS-2005 informa que el menor de 1 año ha asistido al control en promedio 2,5 veces, de 2 a 3 años 1 vez por año, y de 3 a 4 0,6 veces por año. El departamento con mayor número de veces que los niños asisten al programa es San Andrés y Providencia, con un promedio de cuatro veces. Es llamativo que por área (cabecera municipal, centro poblado, población dispersa) no se encontró diferencia estadísticamente significativa en el número de veces que asisten los niños y las niñas a los controles de crecimiento y desarrollo, con un promedio de 2 controles.

El 37,4% de los niños que asisten a la consulta de crecimiento y desarrollo recibió medicamentos antiparasitarios y el 32,4% complementos vitamínicos.

Actividades realizadas en el programa

Toma de medidas antropométricas

Del total de la población que asiste al Programa de Crecimiento y Desarrollo, en un 99% se toma el peso y en un 97% la talla durante los controles, lo que se constituye en el elemento primordial de la evaluación. Sin embargo, la medida antropométrica del perímetro cefálico, fácil de tomar y que debería realizarse al 100% de los niños, no se tiene en cuenta en un 22% de los controles, lo cual constituye un factor sensible, dada su importancia para la evaluación del crecimiento y del desarrollo de los niños(as) y para detectar alteraciones y tomar decisiones que beneficien su salud, valor fundamental en los dos primeros años de vida.

Actividades educativas

Con respecto a la educación, se destaca que al 94,4% de los acompañantes a la consulta de crecimiento y desarrollo se les explicó los hallazgos encontrados en la valoración del niño. Al 62,1% se le revisó el carnet de vacunación en la consulta y al 66,8% se le explicó la importancia de las vacunas.

Otros temas que son abordados en las consultas de crecimiento y desarrollo, y que guardan relación con los grupos de edad son los siguientes:

Al 52,3% de los acompañantes del niño a los controles se les explicó cómo jugar con el niño para estimular su desarrollo. Sin embargo, temáticas relacionadas con la prevención de accidentes y el modo de corregir y educar al niño no son explicadas a la mayoría de los acompañantes: solo el 44,2% y el 44,3%, respectivamente, manifiesta haber recibido dicha información.

En lo relacionado con la educación de los acompañantes de niños menores de 3 meses, los cuales representan el 12,5% de la población de la muestra, al 89,8% se le explicó sobre la importancia de la lactancia materna; al 62,6% cómo cuidar el ombligo; al 73,2% sobre el baño diario y el aseo de los genitales; al 72,6% sobre la importancia de los baños de sol y el cuidado de la piel, y al 51,9% sobre el sueño y las diferencias en el llanto. A las personas que asistieron a los controles con niños entre 4 y 9 meses, los cuales representan el 18,9%, al 65,4% se les brindó educación sobre alimentación complementaria, y al 56% se les habló del aseo de los dientes y la boca. Es importante mencionar que solo al 39,5% de los acompañantes se les explicó lo relacionado con los hábitos del sueño (no dormir con los papás).

El 92,8% de las personas asistentes a los controles, reportaron haber recibido información sobre cuándo debían volver a consulta de crecimiento y desarrollo. Esto permite a los cuidadores tener noción de los próximos controles para darle continuidad al proceso y permitir un mejor y mayor seguimiento del menor.

Alteraciones en el desarrollo

En el módulo 3 de la ENS-2007, “Encuesta de Hogares”, se contemplaron algunas preguntas relacionadas con alteraciones del desarrollo en niños menores de 6 años. Se encontró que de los 19.045 niños evaluados, el 2,7% fue diagnosticado con algún retraso –en promedio a los 1,7 años–, y de este porcentaje, el 23,8% de los diagnósticos se realizó antes del primer año de edad. Este resultado permite pensar que el diagnóstico se hace tardíamente, pues cerca del 76% de los casos de retraso del desarrollo ocurre después del primer año de edad. En quienes se realizó el diagnóstico, recibió tratamiento solo el 42%.

En conclusión: la ENS-2007 mostró que el retraso en el desarrollo motor y del lenguaje se diagnostica poco y tardíamente, y que el tratamiento, o *no* se inicia oportunamente o, lo que es más grave, no se realiza –al 58% de quienes se les hizo el diagnóstico de retraso *no se les trató en el último año*–. Se requiere, entonces, implementar correctivos tanto en el tiempo del diagnóstico como en el tratamiento, pues lo recomendable es actuar tempranamente para lograr el desarrollo adecuado de los niños y niñas.

Programa Ampliado de Inmunizaciones

La información que se presenta a continuación se basa en los datos obtenidos por la ENS-2007 que, en los hogares encuestados con niños menores de 6 años, indagó sobre el estado de la vacunación. Sin embargo, dada la insuficiencia de la información obtenida por esta fuente –de-

bido a que en ella se reportan dosis aplicadas y no coberturas logradas–, se realizó una revisión de fuentes secundarias como el Ministerio de la Protección Social, la Organización Panamericana de la Salud y artículos científicos. A continuación se presentan los resultados.

Según datos del Ministerio de la Protección Social, para el período 2002-2007 las coberturas departamentales de vacunación en los niños menores de 2 años en su mayoría no fueron *útiles*² (Cuadro 2.4): las tres dosis de Polio no superan el 95% y, por lo tanto, no tienen una protección adecuada; para BCG solamente en los años 2003 y 2006 se alcanzaron coberturas con protección adecuada presentándose porcentajes de 96,8% y 95,8%, respectivamente; en general, las coberturas en Triple Viral no alcanzan porcentajes superiores al 95%, con excepción del año 2006 donde se alcanzó un porcentaje del 95,4%, lo que constituye, según el Ministerio, una cobertura apta para disminuir el riesgo de una epidemia (Ministerio de la Protección Social, 2010).

Cuadro 2.4 Cobertura de vacunación por biológicos a niños menores o iguales a un año. 2002-2007

Año	Cobertura de vacunación					
	POLIO 3 dosis	DPT 3 dosis	BCG	Hepatitis B 3 dosis	HiB 3 dosis	MMR
2002	82,9	80,5	87,2	78,3	68,9	93,3
2003	92,3	92,0	96,8	91,9	92,9	92,8
2004	89,0	89,1	91,8	89,0	88,6	91,6
2005	93,1	93,1	93,7	93,1	93,0	93,9
2006	93,9	93,5	95,8	93,5	93,4	95,4
2007	92,8	92,9	93,3	93,1	92,9	94,6

Fuente: Programa MIPASOFT. Ministerio de la Protección Social

Por departamentos, llama la atención que en el período estudiado y para todos los biológicos, Guanía, Vaupés y Vichada mantienen coberturas muy bajas que entran al rango de no útiles, con una variabilidad de porcentajes que van desde 27,6% (cobertura para Hepatitis B en Vichada, año 2003) hasta un máximo de 66,4% (cobertura para Polio en Guanía, año 2005), mientras que otros departamentos como Córdoba, Tolima y Magdalena presentan coberturas superiores al 100% para todos los biológicos (hecho que amerita profundización para corroborar los datos).

Con respecto al esquema de vacunación, se encuentra que en el período 2002-2007 se introdujeron biológicos que lo modificaron paulatinamente. En el año 2002, el esquema contaba

² Se considera cobertura útil aquella que es igual o superior al 95%.

con 7 vacunas (2 combinadas) para el control de 11 enfermedades: Tuberculosis (TB), Difteria, Tosferina, Tétanos, Hepatitis B (HB), Meningitis por *Haemophilus influenza* tipo B (HiB), Poliomieltis, Fiebre Amarilla, Sarampión, Rubéola y Paroditis. Durante el período 2002-2003 se sustituyó la DPT+HB+HiB por la Vacuna Pentavalente. En el año 2006 se incluyó la vacuna contra la influenza viral y en el 2007 se introdujo la vacuna contra el neumococo para niños de alto riesgo. Este año se termina con 8 vacunas (3 combinadas) para el control de 13 enfermedades (Ministerio de la Protección Social, 2009b).

Otro aspecto importante es el que tiene que ver con el comportamiento de las enfermedades prevenibles por vacunas incluidas en el PAI. Al respecto, el Ministerio resalta en sus informes de gestión (Ministerio de la Protección Social, 2009b) que el impacto de la vacunación en el período se ve reflejado en el mantenimiento de la eliminación del polio, la eliminación del sarampión –cuyo último brote se presentó en el año 2002 (López, 2007:453)– y la interrupción del virus de la rubéola con la realización de la Jornada Nacional de Vacunación (JNV) contra sarampión y rubéola –entre agosto de 2005 y junio de 2006– que cumplió con el 97% de la meta de vacunación en la población entre los 14 y 39 años. Además, desde el año 2006 no se registran casos de rubéola congénita en el país. Se consiguió, también, el control de la fiebre amarilla y la reducción por lo menos de 2 puntos en la mortalidad infantil.

Según el nivel educativo de la persona que cuida a los niños menores de 6 años y la cobertura en vacunación para ellos, la ENS-2007 obtuvo los siguientes datos (Cuadro 2.5):

Cuadro 2.5 Distribución porcentual del esquema de vacunación del menor de 6 años en relación con el nivel educativo del cuidador. Colombia 2007

Nivel educativo más alto alcanzado por la persona que cuida al menor	Vacunación del menor de 6 años	
	Tiene todas las vacunas	
	Sí	No
Sin educación	75,0	25,0
Primaria	74,8	25,2
Secundaria	80,9	19,1
Técnico o tecnológico	82,3	17,7
Universitario	86,0	14,0
No sabe	79,2	20,8
Total	76,7	23,3

Fuente: ENS 2007. Encuesta a Hogares. Módulo 3. Vacunación con DPT-MMR (802-806)

En el Cuadro 2.5 también se aprecia que los niños que tienen todas las vacunas PAI *no* sobrepasan el 90% necesario para el control de estas enfermedades. Se observa, además, que a medida que aumenta el nivel educativo de los cuidadores del menor aumenta el porcentaje de cobertura en vacunación, pasando del 75% de los cuidadores sin educación o con básica primaria al 86% de cobertura cuando los cuidadores tienen educación universitaria.

Si se analiza para los *no* vacunados con los inmunobiológicos del PAI las razones por las cuales no les fueron aplicadas las vacunas, incluyendo todos los niveles educativos, encontramos la siguiente información: el 27,6% manifiesta como la principal razón para no aplicar la vacuna que *no cree que la necesite* (el 70,5% en la región de la Orinoquia y la Amazonía), por *descuido* el 23% (el 28,9% en la Costa Atlántica), porque el sitio donde aplicaban la vacuna era *muy lejano* el 17,4% (37,5% en la región Pacífica), porque *no tenía donde acudir* el 6,7% (el 10,4% en la región Pacífica), y porque *cuando ha ido no hay vacuna* el 4,8% (18,2% en la región Pacífica).

DISCUSIÓN

La discusión que se presenta a continuación se limita a los hogares que quedaron incluidos en la muestra de la ENS-2007 y la ENDS-2005, por lo cual, dada la insuficiencia de la información obtenida, no es posible realizar inferencias generales. Este aspecto constituye una restricción importante a la hora de realizar el análisis de la situación de salud de la niñez en el país para el período 2002-2007, pero brinda la posibilidad de dar algunas recomendaciones que permitan en un futuro cercano incursionar en una dinámica de cualificación del dato que haga posible contar con información pertinente, suficiente y oportuna.

Colombia es un país con aproximadamente una tercera parte del total de la población en la etapa de la niñez –similar a los países de la región como México, Ecuador y Venezuela (Ramírez, 2010); esta situación, su vulnerabilidad y la repercusión que tienen los fenómenos de salud positivos o negativos para el resto de la vida, hacen de la niñez un grupo poblacional prioritario.

Medidas antropométricas y evaluación nutricional

Si se observan los resultados de la ENDS-2007, en lo referente al estado nutricional, se aprecia un porcentaje considerable de niños menores de 6 años que presentan desnutrición aguda (13%) y sobrepeso (13%), lo que requiere investigaciones exhaustivas para detectar hasta dónde el problema es de tipo socioeconómico y qué peso tiene el componente cultural en este nuevo fenómeno de la niñez.

Vale anotar que estas cifras solo se refieren al peso para la talla, lo que da una idea del estado nutricional actual de los niños. El 13% encontrado en este estudio nos parece exageradamente alto, tanto para el déficit como para el exceso de peso, y contrasta con las cifras reportadas en la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia (ENSIN) en 2005: 1,3% en déficit de peso para la talla y 3,1% en exceso de peso para la talla en niños menores de 5 años (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, 2005). Queda por aclarar cuál de los resultados se acerca más a la realidad nacional de la niñez menor de 5 años.

La información que aparece en el Certificado de Nacido Vivo no se procesó para obtener el resultado de bajo peso al nacer, debido a que los datos no eran confiables (presentaban cifras o muy altas o muy bajas, ajenas a la realidad). El estudio de la Unicef ha notificado cifras del 9% de bajo peso al nacer para Colombia (Unicef, 2008:122).

Programa Crecimiento y Desarrollo

Si bien un poco más de la mitad de los niños (as) menores de 6 años encuestados, afiliados al SGSSS, están inscritos al programa, el porcentaje de *no inscritos* constituye una cifra significativa que debe

ser tenida en cuenta por las instituciones que prestan servicios de salud, con sus respectivos equipos de atención, pues se requiere fortalecer el programa con el aumento y la participación de los niños y niñas, para lo cual será necesario promover acciones de demanda inducida intersectoriales que convoquen, entre otras, instituciones educativas y de salud.

Llama la atención que la información disponible en la ENS-2007 se limita a dar cuenta del peso, de la talla y de la realización de un examen físico general, pero no aparecen datos relacionados con las actividades para evaluar el desarrollo de los niños, lo cual evidencia la coherencia con los lineamientos del Ministerio de la Protección Social, que enfoca el programa solo hacia la detección de alteraciones en la salud en el menor de 10 años, postura de corte biológica y morficéntrica.

Sumado a lo anterior, las *actividades* mínimas que la norma estipula para ser realizadas en los controles no están siendo desarrolladas a cabalidad: en un porcentaje considerable de niños y niñas (19%) que asisten a los controles, no se registra la medición del perímetro cefálico ni la edad; ambos datos constituyen un parámetro importante en la evaluación y una alerta sobre posibles alteraciones en el desarrollo. Numerosos estudios validan la necesidad de hacer en forma precisa y sistemática, en todos los controles de supervisión de salud, la medición del perímetro cefálico en niños y niñas desde recién nacidos hasta los 24 meses (véase, por ejemplo, Schonhaut *et al*, 2004:47-50).

Otro dato preocupante es que casi una quinta parte de los niños (22,8%) asiste solo una vez a la consulta de Crecimiento y Desarrollo, lo cual puede deberse a que los padres consideran el programa como un simple requisito por cumplir, y no porque estén convencidos de su importancia; es urgente, entonces, ahondar en el estudio de las causas de esta inasistencia y, especialmente, en la calidad de los programas y la motivación a las familias.

Por otra parte, la información recolectada hasta el momento no permite sacar conclusiones sobre las edades de los niños evaluados y, por lo tanto, resulta imposible analizar si el número de citas de los que sí asisten al programa es el esperado o no. Tampoco permite evidenciar la demanda insatisfecha, ni la deserción, especialmente en mayores de 1 año, del programa de crecimiento y desarrollo.

Al analizar la *educación* brindada durante la consulta de crecimiento y desarrollo a los acompañantes, se destaca que a la mayoría se le dio alguna explicación sobre los hallazgos encontrados en la evaluación de los niños; sin embargo la información suministrada no permite conocer la calidad de esta explicación, ni el nivel de comunicación que se establece con los acompañantes para comprender dichos hallazgos.

Así, pues, las preguntas establecidas en el formulario de la ENS-2007 no dejan ver unos lineamientos claros sobre el aporte que la educación tiene para que los padres y adultos responsables tomen las decisiones acerca de la crianza de los niños y niñas. Además se observa que la mayoría de las preguntas formuladas son puntuales y relacionadas con el aspecto biológico. Hacen falta, entonces, preguntas sobre las percepciones de los adultos significativos acerca de la utilidad de

la educación del programa de crecimiento y desarrollo, y sobre sus necesidades para mejorar los procesos de crianza y la toma de decisiones, de tal manera que se logre fortalecer las redes de apoyo de los cuidadores y generar mejores ambientes de crianza para los niños y niñas (Peñaranda y Blandón, 2006:34).

Consideramos que esta oportunidad tanto de encuentro con los padres como de evaluación de los niños y niñas no puede reducirse a la toma de las medidas antropométricas y a dar una educación mínima, es necesario suscitar inquietudes reflexiones en torno a la crianza humanizada y dar respuestas a las preguntas de los padres en cada sesión del programa.

El esfuerzo que, desde las políticas nacionales e internacionales, ha sustentado al programa de Crecimiento y Desarrollo, requiere un análisis en profundidad desde la perspectiva educativa. En efecto, algunos estudios indican la necesidad de reflexionar sobre el modelo pedagógico (o los modelos pedagógicos) implementado en él, así como sobre la formación del talento humano encargado de llevar a cabo las actividades educativas. Por lo general, una fuerte influencia de la educación tradicional y del modelo conductista limita la capacidad de los adultos significativos para promover aprendizajes y realizar una crianza más productiva y satisfactoria (Peñaranda *et al*, 2006:234; Escobar *et al*, 2006:90; Bastidas *et al*, 2009:1927).

Otro asunto importante relacionado con las actividades educativas es la revisión de los carné de vacunación en la consulta: a pesar de ser una actividad fundamental para el seguimiento del estado de inmunización de los niños y niñas, dicha revisión no se realiza en el 38% de los casos, lo cual constituye una oportunidad perdida para la captación de niños susceptibles de vacunarse.

En cuanto a las *alteraciones del desarrollo* –y aunque autores como Figueiras (Figueiras *et al*, 2006:12) plantean que no existen estudios estadísticos confiables que muestren la real incidencia de problemas del desarrollo en los niños y las niñas debido tanto a la complejidad de la definición como a la falta de uniformidad de criterios en cuanto al concepto de lo que es desarrollo infantil–, la OMS estima que el 10% de la población de cualquier país está constituida por personas con algún tipo de deficiencia o problema en el desarrollo (World Health Organization, 1995:54).

En el caso de Colombia, y según la ENS-2207, resulta llamativo el bajo porcentaje (2,9%) de las alteraciones del desarrollo en los niños y niñas menores de 6 años evaluados; también lo tardío de su diagnóstico –70% de los casos después del primer año– y la falta de tratamiento en más de la mitad de los casos (60%). Ello implica que los problemas en el desarrollo motor y del lenguaje se diagnostican poco y tardíamente, y que su tratamiento *no* se inicia oportunamente o, incluso, *no* se realiza. Se requiere, por lo tanto, mayor atención a este problema, para lograr una rápida y más efectiva intervención.

El desarrollo, a diferencia del crecimiento, puede ser difícil de medir o evaluar, pero existen áreas susceptibles de ser evaluadas mediante la utilización de guías, escalas o pruebas. Lo importante es que se considere que el desarrollo de un niño o de una niña es un proceso multidimensional, integral y continuo, que se lleva a cabo en un contexto particular y en la interacción con los otros, especialmente con la familia.

Es fundamental entonces, como lo plantea la Resolución Número 00412 (Ministerio de Salud, 2000), el acompañamiento continuo del equipo de salud a los padres y familiares en el proceso de crecimiento y desarrollo de los niños y niñas, así como la detección temprana y atención oportuna de sus alteraciones –con la respectiva remisión–, lo cual representa, al mismo tiempo, la oportunidad de un desarrollo integral de la infancia de nuestro país, y la posibilidad de una intervención con alta rentabilidad social y económica.

El reconocimiento del programa de Crecimiento y Desarrollo como un programa de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, sin costo económico para el usuario, que pretende en su concepción ser un apoyo útil para el acompañamiento a los niños, niñas y familias en su proceso vital –especialmente durante la primera infancia–, debe exigirse en todas las instituciones que tengan que ver con el cuidado y la salud de la niñez.

Programa Ampliado de Inmunizaciones

De acuerdo con la información departamental presentada, la situación de vacunación de los niños menores de 1 año evidencia que, en el período estudiado, no se lograron en general coberturas útiles para la mayoría de los biológicos; estos datos son consistentes con otros estudios (véase Ruiz y colaboradores, 2008:57; Acosta y Rodríguez, 2006:110; Rojas y colaboradores 2008:72, entre otros), lo que implica que existe vulnerabilidad a enfermedades inmunoprevenibles, especialmente para las causadas por *Haemophilus influenzae* tipo B. También se observan desigualdades en las coberturas entre departamentos, lo cual está de acuerdo con investigaciones que plantean las diferencias persistentes en cobertura entre regiones geopolíticas del país (Acosta y Rodríguez, 2006:110). Estas inequidades se expresan en *barreras o brechas* (Ruiz *et al*, 2008:59; Acosta y Rodríguez, 2006:111; Acosta *et al*, 2005:427) que se concretan en aspectos como la dificultad para acceder al servicio, la lejanía de las instituciones de salud o la falta de biológicos en los servicios. A esto se suma, además, las actitudes de algunos adultos encargados del cuidado de los niños, quienes en ocasiones consideran que la vacunación no es necesaria o se descuidan con esta práctica preventiva. Ésta es una razón por la que cobra especial importancia las intervenciones del personal de salud en los procesos educativos sobre el desarrollo en la infancia, pues se requiere que los aprendizajes generados en espacios pedagógicos con las familias y comunidades repercuta sobre su nivel de conciencia y sensibilización para, así, lograr una mayor movilización de los cuidadores hacia el fortalecimiento y práctica de acciones preventivas tales como la aplicación de inmunobiológicos.

Otro de los aspectos analizados es el que tiene que ver con el nivel educativo del cuidador; en este caso, los hallazgos ratifican lo encontrado en otros estudios (Rojas *et al*, 2008:72; Cruz *et al*, 2003:21): a medida que aumenta el nivel de escolaridad de las y los cuidadores de los niños y niñas menores de 6 años –residentes en los hogares encuestados–, aumenta la cobertura de vacunación.

Por último es importante mencionar que debido a los procesos de globalización en el mundo actual –con sus consecuentes variaciones y cambios en las dinámicas demográficas y epidemiológicas de los países y las poblaciones–, el país debe estar alerta ante la posibilidad de reemergencia de algunas enfermedades que, si bien están eliminadas en el territorio nacional –tal es el caso de la Poliomielitis o el Sarampión–, no están erradicadas del planeta y constituyen, por lo tanto, un riesgo permanente que obliga a mantener coberturas útiles de vacunación para asegurar la protección de la población infantil colombiana.

CONCLUSIONES

Medidas antropométricas y evaluación nutricional

- El estado nutricional actual de los niños y niñas incluidos en la submuestra de hogares de la ENDS-2005 evidencia un alto porcentaje de alteraciones nutricionales, tanto por exceso como por defecto, lo que contrasta con datos presentados en otros estudios realizados en el país (como la ENSIN).
- La información arrojada por el Certificado de Nacido Vivo no permite analizar la situación del bajo peso al nacer debido a que los datos presentados no son confiables.

Crecimiento y Desarrollo

- Los menores residentes en hogares encuestados están inscritos en su mayoría al Programa de Crecimiento y Desarrollo, y asisten en promedio una vez en la vida. Sin embargo sigue siendo considerable la cifra de niños que aún no pertenecen al programa, en especial durante su primer año, época en que más deberían asistir por su mayor necesidad de evaluación y por las normas del programa.
- Los datos obtenidos no permiten evaluar la demanda insatisfecha que tiene el Programa de Crecimiento y Desarrollo ni la deserción, que se sospecha es bastante alta, sobre todo después de los 5 años.
- Dado el poco aprovechamiento por parte de los niños, niñas y sus familias del Programa de Crecimiento y Desarrollo –la mayoría asisten una sola vez–, éste no cumple con los objetivos para los cuales fue creado.
- En general se nota mayor interés por la toma de las medidas antropométricas (peso y talla) que por la educación que, al parecer, gira solo en torno a temas puntuales específicos y no sobre preguntas que reflejen las necesidades sentidas de los padres.
- El diagnóstico de retrasos en el desarrollo es bajo, tardío y no se inicia su tratamiento oportunamente.
- Con la información obtenida por medio de las encuestas no es posible concluir cómo crecen y se desarrollan los niños y niñas en Colombia, ni tampoco se puede conocer la calidad del programa, dado que los datos son insuficientes y solo revelan aspectos relacionados con el número de controles a los que asisten y ciertas actividades puntuales tales como la toma de peso y talla.

Programa Ampliado de Inmunizaciones

- La información proporcionada por la ENS-2007 sobre el estado de inmunización de la población no permite tener indicadores concluyentes que evidencien el estado de inmunización en relación con la cobertura –dato esencial para relacionarlo con la inmunoprotección del niño/niña–; por lo tanto, para análisis futuros habrá que disponer de otras fuentes de información (tales como el PAISOFT).
- En los últimos 3 años del período estudiado se ha logrado mantener la cobertura por encima del 90%; sin embargo, aún hay departamentos que presentan coberturas por debajo del nivel esperado, lo cual constituye un reto no solo para las instituciones de salud sino también para los entes territoriales.
- Durante el período 2002-2007 se ha modernizado el esquema de vacunación, introduciéndose vacunas que aportan a la reducción de la morbilidad infantil.
- En los hogares encuestados, el nivel educativo de los cuidadores está directamente relacionado con la cobertura en vacunación de los niños y niñas: a mayor escolaridad, mayores porcentajes de cobertura.

RECOMENDACIONES

- Revisar y adaptar las preguntas de la ENS-2007 y la ENDS-2005 para obtener una información más organizada y pertinente, que permita un diagnóstico claro de la situación de salud de la niñez en cuanto a los programas de Crecimiento y Desarrollo y PAI.
- Instar a las instituciones encargadas del manejo estadístico de la información relacionada con la evaluación nutricional de los niños –con base en las medidas antropométricas– a actuar coordinadamente para presentar una información unificada al país.
- Sensibilizar al personal de salud frente al adecuado manejo y registro de la información, especialmente la relacionada con el Certificado de Nacido Vivo.
- Hacer un llamado de atención al gobierno central sobre la necesidad de hacer una mayor inversión en los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad con base en la relación costo beneficio.
- Es urgente y necesario dar mayor importancia a los programas de Crecimiento y Desarrollo tanto por parte del Ministerio de Protección Social como de la población en general, para ello es necesario realizar actividades masivas de demanda inducida y de sensibilización.
- En el futuro, la ENS debe mejorarse con preguntas que den cuenta de la realidad del acompañamiento a la niñez en su proceso de crecimiento y desarrollo, de la situación de inmunizaciones y de la calidad de los programas; para ello se precisan instrumentos que tengan en cuenta el componente cualitativo de la atención.
- Implementar la modalidad de Salud Integral para la Infancia, SIPI, en la consulta de crecimiento y desarrollo, como una forma de mejorar el programa.
- Mantener una motivación permanente sobre la importancia para la salud de la niñez de los programas de Crecimiento y Desarrollo y PAI.
- La información debe permitir identificar los municipios de alto riesgo, es decir, aquéllos con coberturas insuficientes o insatisfactorias, o con prácticas inadecuadas de gestión de datos. Una vez identificados estos municipios, deben elaborarse planes estratégicos de acción para ellos.
- Fortalecer los sistemas de vigilancia y monitoreo en los departamentos que presentan persistentemente coberturas muy bajas para todos los biológicos, con el fin de hacer los ajustes pertinentes e implementar acciones para mejorar el programa.
- Relacionar el número de dosis aplicadas con la edad de los niños estudiados, con el fin de conocer el estado de inmunización de esta población. Por lo tanto las preguntas de las encuestas deben orientarse a indagar por esta información.

- Mejorar la calidad de los registros de dosis aplicadas y ajustar la población para tener una información adecuada de las coberturas de vacunación (algunos departamentos presentan información superior al 100%).
- Realizar estudios que permitan identificar las causas por las cuales se presentan unas coberturas inferiores al 95% para la mayoría de los biológicos del PAI.
- Evaluar las condiciones en las que viven las comunidades para dar cuenta de las posibilidades reales de acceso a los servicios, en especial a la vacunación, además de plantear otros estudios que indaguen sobre las relaciones que existen entre el aseguramiento y la vacunación en las regiones colombianas.
- Realizar estudios de tipo comprensivo o cualitativo para indagar en las comunidades las actitudes, creencias, conocimientos y prácticas con respecto a la vacunación y darle un soporte cultural contextualizado a las estrategias que se propongan desde la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Acosta, N., Durán, L. G., Eslava, J. y Campuzano, J. C. (2005). "Determinants of vaccination after the Colombian health systems reform". En: *Revista de Saúde Pública*, 39(3):421-429. [Sitio disponible en]: <http://www.scielo.org/pdf/rsp/v39n3/24796.pdf>. Consultado el 19 de mayo de 2010.

Acosta, N. y Rodríguez, J. (2006). "Inequidad en las coberturas de vacunación Infantil en Colombia, años 2000 y 2003". En: *Revista Salud Pública*, 8 (suplemento 1). [Sitio disponible en]: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642006000400009&lng=en. Consultado el 19 de mayo de 2010.

Bastidas, M., Torres, J. N., Arango, A., Escobar, G. y Peñaranda, F. (2009). "La comprensión de los significados que del programa de crecimiento y desarrollo tienen sus actores: un paso hacia su cualificación". En: *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(5): 1919-1928 [Sitio disponible en]: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n5/34.pdf>. Consultado el 15 de mayo de 2009.

Cruz, L. F., Girón, L. N., Velásquez, R., García, L. M. y Alzate, A. (2003). "Coberturas de vacunación en el Valle del Cauca, 2002". En: *Colombia Médica*, 34(1):17-23. [Sitio disponible en]: <http://www.bioline.org.br/pdf/rc03004>. Consultado el 19 de mayo de 2010.

Escobar, G., Peñaranda, F., Bastidas, M., Torres, N. y Arango, A. (2006). "La educación en el Programa de Crecimiento y Desarrollo en un contexto surcado por tensiones". En: *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 24(1):84-91.

Figueiras, A. C., Neves de Souza, I. C., Ríos, V. G. y Benguigui, Y. (2006). *Manual para la vigilancia del desarrollo infantil en el contexto de AIEPI*. Washington D.C: Organización Panamericana de la Salud.

Grupo Interinstitucional para los Programas de Salud del Niño en Antioquia (1993). "Salud Integral para la Infancia, SIPI: Manual de normas técnicas y administrativas". Medellín: Servicio Seccional de Salud de Antioquia. Tomo I. pp.13-22.

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (2005). "Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia. ENSIN-2005". Colombia: ICBF. [Sitio disponible en]: <http://nutrinet.org/servicios/biblioteca-digital/func-startdown/385/>

López, J. G. (2007). "Situación de la inmunoprevención en Colombia. 1994-2006". En: *Revista Universitas Médica*, 48(4):453-465.

Mei, Z. M. y Grummer-Strawn, L. (2007). "Standard deviation of anthropometric Z-scores as data quality assessment tool using the 2006 WHO growth standards: a cross country analysis". En: *Bulletin of the World Health Organization*, 85(6):441-448. [Sitio disponible en]: <http://www.who.int/bulletin/volumes/85/6/06-034421/en/>. Consultado el 16 de abril de 2010.

Peñaranda, F. y Blandón, L. M. (2006). "La educación en el programa de Crecimiento y Desarrollo: entre la satisfacción y la frustración". En: *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, 24(2):28-36.

Peñaranda, F., Bastidas, M., Escobar, G., Torres, J. N. y Arango, A. (2006). "Análisis integral de las prácticas pedagógicas de un programa educativo en Colombia". En: *Salud Pública de México*, 48(3):229-235.

Posada, A., Gómez, F. y Ramírez, H. (2005). *El Niño Sano*. Colombia: Editorial Médica Panamericana; 3ª ed.

Quevedo, F. J. y López, P. I. (2009). *Vacunas en Pediatría*. Colombia: Editorial Médica Panamericana SA. 3º ed.

Ramírez, H. (2005). "Salud". En: Posada, A., Gómez, F. y Ramírez, H. *El Niño Sano*. Colombia: Editorial Médica Panamericana. 3ª ed. pp.88-97.

_____. (2010). *Fundamentos de Pediatría*. Medellín: Centro de Investigaciones Biológicas. Tomo I, 4º ed. (en prensa)

Ramírez, H., Bastidas, M., Peñaranda, F., Lalinde, M. I., Echeverri, S. y Giraldo, Y. (2002). *Evaluación del proceso de implementación del Programa de Salud Integral para la Infancia -SIPI- o Crecimiento y Desarrollo en el municipio de Medellín*. Medellín: Universidad de Antioquia.

República de Colombia. Congreso de la República: Ley 100 de 1993, Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones. Santa Fe de Bogotá.

_____. Ministerio de Salud (1994). Resolución Número 5261 de 1994: Por la cual se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social de Salud. [Sitio disponible en]: http://www.pos.gov.co/Documents/Archivos/Res_5261_Procedimientos.pdf

_____. Ministerio de Salud (2000). Resolución Número 00412 de 2000, Febrero 25, Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública. Bogotá.

_____. Ministerio de Salud (2000a). "Norma Técnica para la Detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo en el menor de 10 años". En: Resolución 00412 de febrero 25 de 2000. Dirección General de Salud Pública. Normas Técnicas y Guías de Atención. [Sitio disponible en]: http://www.medicosgeneralescolombianos.com/Joven_10_29.htm

_____. Ministerio de Salud (2000b). "Norma Técnica para la vacunación según el Programa Ampliado de Inmunizaciones". En: Resolución 00412 de febrero 25 de 2000. Dirección General de Salud Pública. Normas Técnicas y Guías de Atención. [Sitio disponible en]: <http://www.saludcolombia.com/actual/htmlnormas/Vacunaci.htm>

_____. Ministerio de la Protección Social (2009a). "Programa Ampliado de Inmunizaciones". [Sitio disponible en]: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/pai/>. Consultado el 5 de diciembre de 2009.

_____. Ministerio de la Protección Social (2009b). "PAI 2009: Avances, Retos y Perspectivas". [Sitio disponible en]: http://www.google.com.co/search?hl=es&rlz=1T4SKPB_esCO258CO258&q=PAI+2009+Avances%2C+Retos+y+Perspectivas&aq=f&aqi=&aql=&oq=

_____. Ministerio de la Protección Social (2010). "Coberturas de vacunación departamental 1994-2009". [Sitio disponible en]: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/pai/Gesti%c3%b3n.aspx>. Consultado el 16 de abril de 2010.

Rojas, J. H., Zapata, H., Alzate, A. y Rodríguez, A. (2008). "Cobertura vacunal en niños de 12 a 47 meses de edad en estratos 1 y 2 de la zona urbana de Cali, año 2002". En: *Colombia Médica*, 39(1):66-73. [Sitio disponible en]: <http://colombiamedica.univalle.edu.co/Vol39No1/htmlv39n1/v39n1a8.html>. Consultado el 19 de mayo de 2010.

Ruiz, M., Vera, L. M. y López, N. (2008). "Seguro de salud y cobertura de vacunación en población infantil con y sin experiencia de desplazamiento forzado en Colombia". En: *Revista Salud Pública*, 10(1):49-61. [Sitio disponible en]: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=42210105>. Consultado el 19 de mayo de 2010.

Schonhaut, L., Rodríguez, L., Lizama, C., Lucero, Y., Maldonado, F., González, C. et al. (2004). "Adecuado uso del Perímetro Cefálico de lactantes en sus controles de salud". En: *Revista chilena de nutrición*, 31(1):47-50. [Sitio disponible en]: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717- Consultado el 7 de diciembre de 2009.

Unicef (2008). *Estado Mundial de la Infancia 2009*. New York: Fondo de Naciones Unidas.

World Health Organization (1995). *Opportunities for all: a community rehabilitation project for slums*. Philippines: WHO. 54p.

CAPÍTULO 3:

ENFERMEDADES PREVALENTES EN LA

**INFANCIA EN MENORES DE
DIEZ AÑOS: DESNUTRICIÓN,
INFECCIÓN RESPIRATORIA
AGUDA Y ENFERMEDAD
DIARREICA AGUDA**

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades prevalentes de la infancia, entre ellas la desnutrición, las infecciones respiratorias agudas (IRA) y la enfermedad diarreica aguda (EDA), constituyen causas importantes tanto de morbilidad como de mortalidad en los menores de diez años. En países como Colombia, estas enfermedades se encuentran entre las diez primeras causas de mortalidad –en especial en los menores de dos años–, lo cual hace necesario el estudio permanente e integral de sus factores asociados.

En este capítulo se tomaron diferentes fuentes de información sobre la morbilidad y la mortalidad en menores de diez años –y, en particular, por desnutrición, IRA y EDA–, con el fin de realizar un análisis más profundo de la morbilidad sentida, las características de la atención médica, las estadísticas vitales y los datos de las notificaciones de las muertes por IRA y EDA en menores de cinco años al Sistema de Información para la Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA). El propósito principal fue integrar toda la información para generar un conocimiento más amplio y veraz de la situación de la niñez, que permita plantear recomendaciones acertadas en la solución de los problemas de salud que aún aquejan a la población infantil. Es urgente impedir que se continúen perdiendo vidas de niños debido a enfermedades evitables, con la consecuente desestabilización de su familia, su comunidad y de toda la sociedad.

En múltiples ocasiones se dice que los niños y las niñas son el futuro de un país o de una región, sin embargo no siempre la salud en el periodo de la infancia se asume con la seriedad y responsabilidad que merece. Es fundamental trabajar en pro del bienestar de la niñez a partir de una visión integral e integradora, tal y como ha sido promovida por la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud en su Estrategia de Atención Integral para las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI).

El problema

De acuerdo con la “34ª Sesión del Subcomité de Planificación y Programación del Comité Ejecutivo de la OPS/OMS”, realizada en marzo de 2002, “la situación de salud de los niños de 0 a 10 años de edad en las Américas ha mejorado en los últimos años debido al desarrollo social, económico, ambiental y tecnológico de los diferentes países, así como también gracias al control de enfermedades transmisibles y a la mayor cobertura de los servicios de salud” (OPS/OMS, 2000:3). Sin embargo, el hecho de que cada año mueran cerca de 9,7 millones de niños antes de cumplir los 5 años de vida en los países en desarrollo (UNICEF, 2009:1) evidencia la persistencia de problemas sin resolver. Entre las causas principales de morbilidad y mortalidad en la niñez se encuentran las infecciones respiratorias agudas (IRA), la enfermedad diarreica aguda (EDA), el sarampión, la malaria, la desnutrición o una combinación de éstas (UNICEF, 2009:8).

Se ha reportado, también, que en las Américas las IRA representa entre el 30% y el 60% de las consultas de los niños a los servicios de salud, y entre el 20% y el 40% de las hospitalizaciones pediátricas, muchas de las cuales están asociadas con complicaciones posteriores que afectan la salud y la relación social del niño (Benguigui *et al*, 1999:37).

Según los indicadores básicos de 2008, en Colombia las IRA son la quinta causa de mortalidad en los niños menores de 1 año, y entre los 1 y 4 años las IRA y las diarreas ocupan la primera y cuarta causa respectivamente. En el caso de las niñas, las IRA son la cuarta causa de mortalidad en las menores de 1 año, y entre 1 y 4 años la primera, las deficiencias nutricionales es la tercera y la EDA la quinta (Ministerio de la Protección Social, 2008:10).

En Antioquia, las tendencias en la mortalidad por IRA y EDA en menores de cinco años –presentadas por la Dirección Seccional de Salud y Protección Social del departamento (Anexo, Gráficos 3.1, 3.2 y 3.3) muestran que, si bien a finales de los años noventa se redujo el número de muertes causadas por estas enfermedades, entre 2002 y 2007 las tasas se mantuvieron constantes. Por otra parte, la desnutrición en menores de cinco años parece haber sufrido, a partir de 2001, una disminución significativa (Antioquia, Dirección Seccional de Salud..., 2009); no hay que olvidar, sin embargo, que históricamente la mortalidad por desnutrición ha presentado un subregistro importante (aproximadamente del 38%), que puede limitar la adecuada interpretación de las cifras –así lo demuestra la investigación realizada en 2004 por el Plan de Seguridad Alimentario y Nutricional de Antioquia (Betancur *et al*, 2007:213)–. La razón principal de este subregistro es que la desnutrición no es considerada como una causa de muerte y, aunque esté presente en el momento del fallecimiento en los menores, se le da mayor importancia a otras enfermedades.

Por lo tanto, se requiere un análisis a profundidad de la incidencia de estas tres enfermedades en la mortalidad y morbilidad de los niños y niñas en Colombia. También es importante estudiar algunas características de la atención médica brindada a los menores de 10 años que presentaron dichas enfermedades, así como la existencia, el conocimiento, la aplicación y la

disponibilidad en la consulta de protocolos de atención de la EDA, las IRA y las alteraciones del crecimiento y desarrollo. De no realizarse, se seguirá teniendo una visión limitada de la situación de la morbi-mortalidad por las enfermedades prevalentes de la infancia, que no favorecerá el control y la disminución del problema en el país.

Teniendo en cuenta que en la actualidad los resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2007, las estadísticas vitales de la mortalidad por desnutrición, IRA o EDA y las notificaciones al SIVIGILA de las muertes por IRA y EDA se han analizado de manera aislada, es ésta una oportunidad valiosa para integrar la información de cada una de ellas. El siguiente análisis presenta los resultados de la información aportada por la encuesta de hogares, la encuesta de usuarios y la encuesta de IPS en la Encuesta Nacional de Salud 2007 (ENS-2007) suministrada por el Ministerio de la Protección Social.

RESULTADOS

Morbilidad sentida en menores de seis años

Percepción de salud general, física, mental y de dolor

Según el Cuadro 3.1, la percepción de la salud física y mental reportada por los cuidadores de los niños y niñas menores de seis años fue favorable en los últimos treinta días: solo un poco menos del 3% (n=19.045) tuvo una lesión por accidente, violencia o envenenamiento, y el 2,2% tuvo algún problema emocional. En el mismo período, sin embargo, el 23,7% de los encuestados reportó otras enfermedades –diferentes a las mencionadas– de los menores a su cuidado (es probable que este porcentaje tenga una mayor representación en los menores de dos años, edad en la que se presenta un mayor número de episodios de enfermedades prevalentes en la infancia).

Cuadro 3.1 Percepción de algunos problemas de salud física y mental presentados por los niños menores de seis años en los últimos 30 días. ENS-2007, Colombia

Percepción en los últimos 30 días	Distribución de frecuencias	
	No.	%
Lesión, causada por accidentes o por violencia (n=19.045)	577	3,0
Envenenamiento, causado por accidentes o violencia (n=19.045)	100	0,5
Problema mental o emocional o de los nervios (n=15.960)	353	2,2
Enfermedad diferente a los mencionados (n=19.045)	4.519	23,7

Fuente: Encuesta de Hogares. Encuesta Nacional de Salud de 2007. Colombia

Acceso, búsqueda y barreras de atención en salud

El Cuadro 3.2 presenta los resultados sobre la consulta de los niños a los servicios de salud. En él llama la atención que de los menores de seis años que presentaron algún problema de salud en los últimos treinta días, cerca del 40% no fue llevado a una institución de salud; se observa, además, que el 93,5% de los cuidadores (n=15.103) acudieron al médico buscando ayuda por asuntos relacionados con la salud de los menores.

Cuadro 3.2 Búsqueda de ayuda por asuntos relacionados con la salud de los menores de seis años. ENS-2007, Colombia

Variable	Categoría	Distribución de frecuencias	
		No.	%
Búsqueda de ayuda por problemas de salud de los menores en los últimos 30 días (n=6.122)	Sí	3.808	62,2
Personal a quien se consultó la última vez por asuntos relacionados con la salud de los menores (n=15.103)	Médico	14.119	93,5
	Enfermera u otro personal de salud	0	0,0
	Dentista, odontólogo o higienista oral	519	3,4
	Farmaceuta o persona de droguería	245	1,6
	Acupunturista, bioenergético, naturista o similar	0	0,0
	Curandero, tegua, brujo o empírico	0	0,0
	Amigo, familiar vecino o conocido	221	1,5
	Total	15.103	100

Fuente: Encuesta de Hogares. Encuesta Nacional de Salud de 2007. Colombia

La mayor proporción de cuidadores que no llevaron a los menores a consulta en una institución de salud dieron como razones que la enfermedad fue leve y se resolvió sola (34%, n=2.330) o que se pensó que no era necesario consultar (20,9%, n=2.330) (Cuadro 3.3).

Cuadro 3.3 Búsqueda de ayuda por asuntos relacionados con la salud de los menores de seis años. ENS-2007, Colombia

Principal razón por la cual los cuidadores no consultaron o buscaron ayuda	Distribución de frecuencias	
	No.	%
Le hacen esperar mucho para atenderlo	76	3,3
Descuido	270	11,7
El problema se resolvió solo o se ha sentido bien	786	34,0
El seguro no cubría o no le autorizaron la atención	18	0,8

Principal razón por la cual los cuidadores no consultaron o buscaron ayuda	Distribución de frecuencias	
	No.	%
Fue pero no lo atendieron	46	2,0
La consulta es muy cara o no tenía dinero	210	9,1
Le dio miedo, nervios o pena	18	0,8
Los horarios no le sirven o no tenía tiempo	46	2,0
Mala atención	45	1,9
Mucho trámite en EPS/ARS/IPS	51	2,2
No confía en los médicos o en quienes lo atienden o no cree	22	1,0
No consiguió cita o se la dieron para fecha lejana	64	2,8
No le gusta ir	14	0,6
No sabía que tenía derecho	3	0,1
No sabe dónde prestan el servicio	5	0,2
No tenía dónde acudir	68	2,9
Pensó que no era necesario consultar	483	20,9
Sitio de atención es muy lejano	90	3,9
Total	2.313	100

Fuente: Encuesta de Hogares. Encuesta Nacional de Salud de 2007. Colombia

Con respecto al principal motivo de consulta, el 57,5% (n=15.103) corresponde a la enfermedad física, seguida por los controles de crecimiento y desarrollo con el 20,7% (n=15.103). De igual forma, la enfermedad física es la principal razón de hospitalización de los niños (Cuadro 3.4) –lastimosamente la información compilada por la encuesta no permite conocer las patologías asociadas a lo que se denominó, de manera genérica, enfermedad física–.

Cuadro 3.4 Principales razones para consultar a los servicios de salud o para hospitalización de los menores de seis años. ENS-2007, Colombia

Dimensión	Categoría	Distribución de frecuencias	
		No.	%
Principal razón de la última consulta relacionada con la salud de los menores de seis años	Enfermedad física	8.683	57,5
	Problema mental, emocional, de los nervios o de comportamiento	37	0,2
	Disminución en capacidad para hacer cosas	40	0,3
	Lesión por accidente o violencia	249	1,6
	Problema o enfermedad de la boca o los dientes	365	2,4
	Chequeo médico de persona sana	1.397	9,2
	Cirugía ambulatoria	26	0,2
	Estética	4	0
	Vacunación	544	3,6
	Control post-operatorio	36	0,2
	Control de crecimiento y desarrollo	3.123	20,7
	Atención preventiva en salud bucal	337	2,2
	Otra atención preventiva	263	1,7
	Total	15.103	100
Principal causa de la última hospitalización de los menores de seis años	Enfermedad física	1.537	87,8
	Problemas mentales o de los nervios	3	0,2
	Lesión por accidente o violencia	86	4,9
	Estética	3	0,2
	Complicación del nacimiento	121	6,9
	Total	1.751	100

Fuente: Encuesta de Hogares. Encuesta Nacional de Salud de 2007. Colombia

Condiciones crónicas diagnosticadas por médico

En una baja proporción, los cuidadores manifestaron que los niños tuvieron alguna vez en la vida problemas del corazón (1,2%, n=19.045) y, en un alto porcentaje, que los menores no recibieron tratamiento por esta afección (67,5%) –información que no es posible confirmar porque no se tiene claridad del diagnóstico real en una institución de salud–; también se conoció que esta enfermedad estuvo presente desde el nacimiento en el 54,5% de los casos (Cuadro 3.5).

Cuadro 3.5 Identificación, edad de presentación y tratamiento de enfermedades cardiovasculares de los menores de seis años. ENS-2007, Colombia

Enfermedades crónicas	Categoría	Distribución de frecuencias	
		No.	%
Diagnóstico de enfermedad del corazón por médico u otro profesional de la salud, alguna vez en la vida del niño (n=19.045)	Sí	224	1,2
Edad del niño la primera vez que le diagnosticaron enfermedad del corazón (n=224)	0	122	54,5
	1	31	14,0
	2	20	9,0
	3	36	16,2
	4	9	4,0
	5	5	2,3
	Total	224	100
Tratamiento recibido por los menores por la enfermedad del corazón (n=224)	Sí	73	32,5

Fuente: Encuesta de Hogares. Encuesta Nacional de Salud de 2007. Colombia

A cerca al 6% de los menores de seis años (n=19.045) se les diagnosticó alguna vez desnutrición, la cual se presentó en un 41% en el momento del nacimiento y alrededor del 50% en los primeros tres años de vida (Cuadro 3.6). Al igual que en los problemas del corazón, muchos de los menores diagnosticados con desnutrición (46%) no recibieron tratamiento en los doce meses antes de la encuesta (Anexo, Gráfico 3.4).

Según los cuidadores, solo el 5% (n=19.045) de los niños tuvo alguna vez en la vida problemas de asma, y en el 69,9% de los casos no recibieron tratamiento médico –información similar a lo ya anotado con respecto a la enfermedad cardiovascular–. Esta enfermedad se presentó desde el momento del nacimiento en el 40% de los menores (Cuadro 3.6).

Al 10% de los menores de seis años incluidos en la encuesta (n=19.045) alguna vez se les diagnosticó neumonía o bronconeumonía (Cuadro 3.6). Aunque la proporción de niños tratados aumentó con respecto a las situaciones anteriores (78,4%), cerca del 22% de los menores se quedaron sin tratamiento (Anexo, Gráfico 3.4).

La otitis media supurativa se presentó en un 5% (n=19.045), y su incidencia se dio en especial en los primeros tres años de vida (Cuadro 3.6). El 37,5% de los menores con esta enfermedad no recibió tratamiento, a pesar de ser una condición que puede llevar a los niños a pérdida auditiva y a otras complicaciones, en especial si se presenta en los primeros dos años de vida en los cuales la evolución en el proceso de crecimiento y desarrollo es mayor (Anexo, Gráfico 3.4).

El retraso en el desarrollo motor o del lenguaje se presentó en un bajo porcentaje (2,9%, n=19.045), y en más de la mitad de los menores la situación ocurrió en el primer año de vida. Una

vez más, el 60% de los niños no fueron tratados, quizá debido a una subvaloración de esta condición por parte del personal de la salud responsable del diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los niños (Cuadro 3.6).

Cuadro 3.6 Identificación y edad de incidencia de desnutrición, neumonía, asma, otitis media supurativa y retraso del desarrollo motor y del lenguaje en menores de seis años.
ENS-2007, Colombia

Enfermedades crónicas	Categoría	Distribución de frecuencias	
		No.	%
Diagnóstico de desnutrición por médico u otro profesional de la salud, alguna vez en la vida del niño	Sí	1.082	5,7
	No	17.782	93,4
	No sabe	181	1,0
	Total	19.045	100
Edad del niño la primera vez que le diagnosticaron desnutrición	0	444	41,0
	1	234	21,7
	2	198	18,3
	3	117	10,8
	4	67	6,2
	5	22	2,0
	Total	1.082	100
Diagnóstico de neumonía o bronconeumonía por médico u otro profesional de la salud, alguna vez en la vida del niño	Sí	1.905	10,0
	No	17.086	89,7
	No sabe	54	0,3
	Total	19.045	100
Diagnóstico de asma por médico u otro profesional de la salud, alguna vez en la vida del niño	Sí	961	5,0
	No	18.084	95,0
	Total	19.045	100
Edad del niño la primera vez que le diagnosticaron asma	0	392	40,8
	1	245	25,5
	2	185	19,2
	3	88	9,1
	4	41	4,3
	5	10	1,0
	Total	961	100

Enfermedades crónicas	Categoría	Distribución de frecuencias	
		No.	%
Diagnóstico de otitis media supurativa por médico u otro profesional de la salud, alguna vez en la vida del niño	Sí	948	5,0
	No	18.038	94,7
	No sabe	59	0,3
	Total	19.045	100
Edad del niño la primera vez que le diagnosticaron otitis media supurativa	0	286	30,1
	1	297	31,3
	2	171	18,0
	3	103	10,9
	4	66	7,0
	5	26	2,7
	Total	948	100
Diagnóstico de retraso en el desarrollo motor o del lenguaje por médico u otro profesional de la salud, alguna vez en la vida del niño	Sí	548	2,9
	No	18.497	97,1
	Total	19.045	100
Edad del niño la primera vez que le diagnosticaron retraso del desarrollo motor o del lenguaje	0	162	29,5
	1	133	24,2
	2	117	21,4
	3	78	14,3
	4	42	7,6
	5	16	2,9
	Total	548	100

Fuente: Encuesta de Hogares. Encuesta Nacional de Salud de 2007. Colombia

Como se mencionó anteriormente, son muchos los cuidadores que no acuden a los servicios de salud cuando los menores se enferman; de éstos, el mayor porcentaje corresponde a los niños no asegurados (81,7%, n=3.680), afiliados a otra entidad (79,7%, n=344) y los afiliados al régimen subsidiado (76,9%, n=6.015) (Gráfico 3.1). Estos resultados sugieren la necesidad de educar a la comunidad en signos de alarma, y en particular a la más desfavorecida, para que adquiriera el conocimiento adecuado de cuándo consultar oportunamente a la institución de salud para prevenir complicaciones en el estado de salud de los niños.

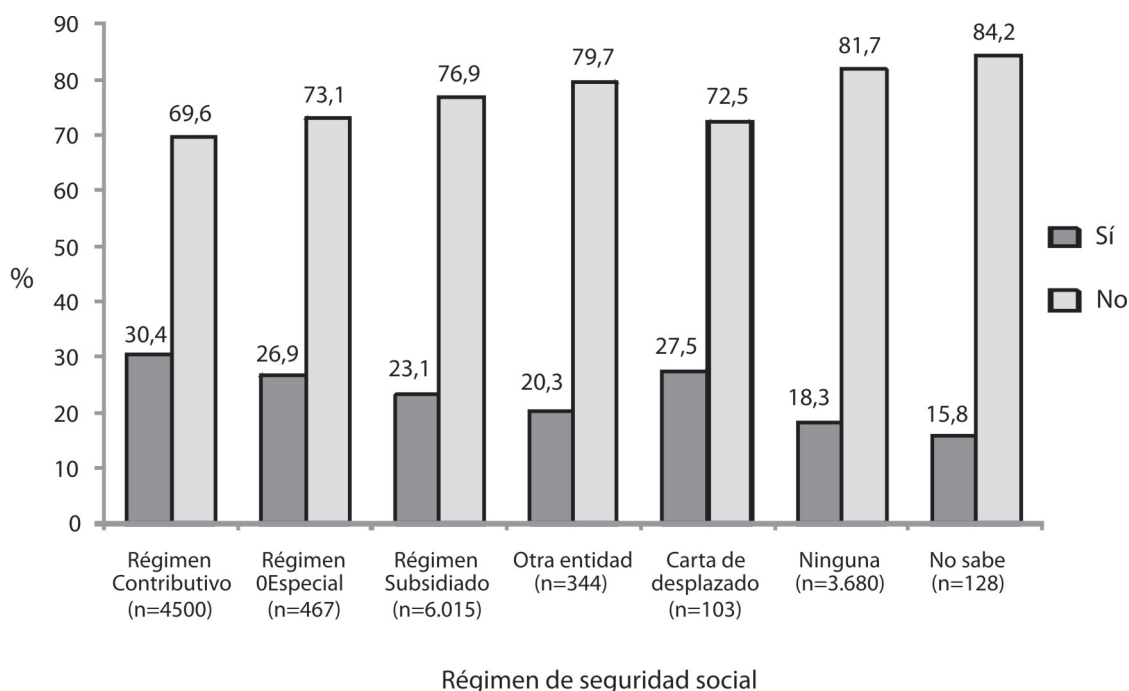


Gráfico 3.1 Búsqueda de ayuda a una persona o institución de salud por asuntos relacionados con la salud de los menores de seis años según afiliación al SGSSS. ENS-2007, Colombia

Con respecto a la afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud, el análisis de las condiciones crónicas de los menores de seis años reporta que los niños que tuvieron alguna vez en la vida desnutrición eran, en primer lugar, desplazados o desmovilizados (15,9%, n=135), seguidos de aquellos que pertenecen a otra entidad del sistema de salud (8,9%, n=448) y de los afiliados al régimen subsidiado (7,3%, n=7.609) (Cuadro 3.7). La mayor proporción de menores que presentaron neumonía o bronconeumonía eran desplazados o desmovilizados (14,5%, n=135) o pertenecían al régimen especial (13,2%, n=584).

Según el reporte de los cuidadores encuestados, la mayoría de los menores que padecen estas condiciones no son tratados en las instituciones de salud. En el caso de la desnutrición, los niños desplazados, afiliados al régimen especial o no asegurados no reciben tratamiento en un 75,5% (n=21), 63% (n=40) y 50,4% (n=275) respectivamente (Cuadro 3.7). Con respecto a los menores con desnutrición, los que tuvieron neumonía son tratados en un mayor porcentaje; sin embargo aún siguen quedando niños sin tratar, principalmente los del régimen especial (35%, n=40) y los no asegurados (24,8%, n=175).

Cuadro 3.7 Incidencia alguna vez en la vida y tratamiento de la desnutrición y la neumonía en menores de seis años, por afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud. ENS-Colombia, 2007

Dimensión	Categoría	Régimen de seguridad social													
		Contributivo		Especial		Subsidiado		Otra entidad		Carta de desplazado desmovilizado		Ninguna		No Sabe	
		No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Diagnóstico de desnutrición por médico u otro profesional de la salud	Sí	173	3,1	10	1,7	558	7,3	40	8,9	21	15,9	275	6,1	5	3,2
	No	5.408	96,0	571	97,6	6.977	91,7	406	90,8	114	84,1	4.172	93,2	133	86,6
	No sabe	54	1,0	4	0,7	74	1,0	1	0,3	0	0,0	32	0,7	16	10,2
Tratamiento recibido por los menores por la desnutrición	Sí	108	62,7	10	98,5	306	54,8	15	37,0	5	24,5	136	49,6	3	65,3
	No	65	37,3	0	1,5	252	45,2	25	63,0	16	75,5	139	50,4	2	34,7
Diagnóstico de neumonía por médico u otro profesional de la salud	Sí	599	10,6	77	13,2	825	10,8	50	11,1	20	14,5	319	7,1	14	9,4
	No	5.029	89,2	507	86,7	6.762	88,9	398	88,8	115	85,5	4.148	92,6	126	82,2
	No sabe	7	0,1	0	0,1	22	0,3	0	0,1	0	0,0	11	0,3	13	8,4
Tratamiento recibido por los menores por la neumonía	Sí	292	84,5	27	67,7	373	75,7	26	96,0	4	59,0	130	74,1	4	100,0
	No	52	15,1	13	32,3	118	23,9	1	4,0	3	41,0	43	24,8	0	0,0
	No sabe	1	0,3	0	0,0	2	0,4	0	0,1	0	0,0	2	1,1	0	0,0

Fuente: Encuesta de Hogares. Encuesta Nacional de Salud de 2007. Colombia

Los niños que padecieron asma eran en su mayoría del régimen contributivo (5,6%, n=5.636) y subsidiado (5,2%, n=7.609) (Cuadro 3.8). Los no tratados por esta enfermedad son, en mayor proporción, los afiliados al régimen subsidiado (36,9%, n=394) y los no afiliados al SGSSS (36,6%, n=194). Los menores desplazados no tratados por neumonía y asma aparecen con un alto porcentaje en las Cuadros 3.7 y 3.8. Finalmente, la mayor proporción de menores de seis años que no recibieron tratamiento por retraso en su desarrollo motor y del lenguaje fueron los no afiliados al SGSSS (79,8%, n=80) y los desplazados (61%, n=15) (Cuadro 3.8).

En estos resultados llama la atención que los niños no afiliados al SGSSS, los desplazados, los pertenecientes al régimen especial y al subsidiado son quienes reciben menos tratamiento por las enfermedades objeto de la encuesta, según lo reportado por los cuidadores.

Cuadro 3.8 Incidencia alguna vez en la vida y tratamiento del asma y retraso del desarrollo motor y del lenguaje en menores de seis años, por afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud. ENS-2007, Colombia

Condiciones crónicas		Régimen de seguridad social													
		Contributivo		Especial		Subsidiado		Otra entidad		Carta de desplazado o desmovilizado		Ninguna		No Sabe	
		No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Diagnóstico de asma por médico u otro profesional de la salud	Sí	315	5,6	29	4,9	394	5,2	19	4,2	2	1,1	194	4,3	9	6,2
	No	5.320	94,4	556	95,1	7.216	94,8	429	95,8	133	98,9	4.285	95,7	144	93,8
Tratamiento recibido por los menores por asma	Sí	251	79,7	24	85	248	63,1	15	79,7	1	56,5	123	63,4	9	100
	No	64	20,3	4	15	145	36,9	4	20,3	1	43,5	71	36,6	0	0,0
Diagnóstico de retraso en el desarrollo por médico u otro profesional de la salud	Sí	189	3,4	15	2,6	234	3,1	13	2,8	15	10,8	80	1,8	2	1,1
	No	5.446	96,6	569	97,4	7.375	96,9	435	97,2	120	89,2	4.399	98,2	152	98,9
Tratamiento recibido por los menores por retraso en el desarrollo	Sí	89	47	9	58,8	93	39,9	5	39,9	6	39,0	16	20,2	1	33,9
	No	100	53	6	41,2	141	60,1	8	60,1	9	61,0	64	79,8	1	66,1

Fuente: Encuesta de Hogares. Encuesta Nacional de Salud de 2007. Colombia

Morbilidad sentida en niños de seis a nueve años

Percepción de salud general, física, mental y de dolor

De los cuidadores de los niños de seis a nueve años encuestados, el 80% (n=13.434) manifestó tener una percepción de salud física buena o muy buena con respecto a los menores, en los últimos treinta días. La percepción regular y mala sumó el 20%, cifra importante que habla de posibles episodios frecuentes de enfermedad en los niños (Anexo, Gráfico 3.5). La proporción de los menores que presentaron lesiones por accidente, violencia o envenenamiento estuvo por debajo del 3,2% (n=13.434), comportamiento igual al observado en los menores de seis años.

La percepción de la salud mental también fue satisfactoria en los niños de este grupo de edad: el 3,2% (n=13.434) de los cuidadores reportó problemas emocionales en los menores, aunque

se desconoce la forma como se midió este aspecto. El 21,6% presentaron otras enfermedades diferentes a las mencionadas en el mismo período (Cuadro 3.9).

Cuadro 3.9 Percepción de los cuidadores sobre algunos problemas físicos y mentales presentados por los niños de seis a nueve años en los últimos 30 días antes a la encuesta.
ENS-Colombia, 2007

Percepción en los últimos 30 días	Distribución de frecuencias	
	No.	%
Lesiones, causada por accidente o violencia (n=13.434)	404	3,0
Intoxicación o envenenamiento causado por accidente, intento de suicidio o por terceros (n=13.434)	56	0,4
Problemas mentales, emocionales o de los nervios (n=13.434)	428	3,2
Problema de salud, dolor físico o malestar diferente a los mencionados (n=13.434)	2.907	21,6

Fuente: Encuesta de Hogares. Encuesta Nacional de Salud de 2007. Colombia

Acceso, búsqueda y barreras de atención en salud

Llama la atención, que de los niños de seis a nueve años que presentaron algún problema de salud en los últimos treinta días, el 51,2% no fue llevado a una institución de salud (Gráfico 3.2). Cuando los niños no presentan algún problema de salud, los cuidadores, en una alta proporción (85,7%, n=11.589), no acuden a los servicios de salud a consultas del niño sano o de crecimiento y desarrollo: solo el 14,3% (n=11.589) lo hacen (Gráfico 3.3).

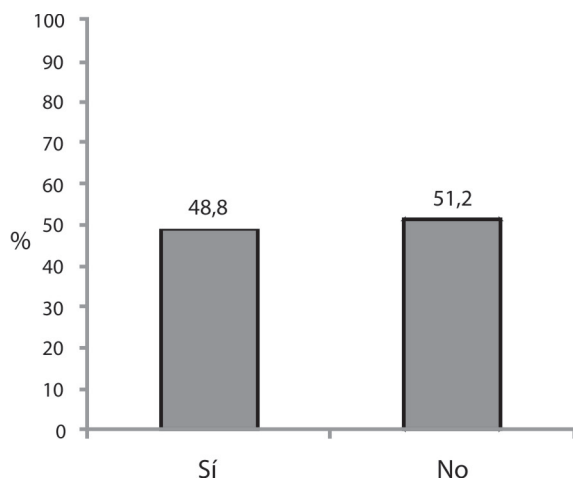


Gráfico 3.2 Búsqueda de ayuda a alguna persona o institución de salud por algún problema de salud de los niños de seis a nueve años en los últimos 30 días. ENS-Colombia, 2007

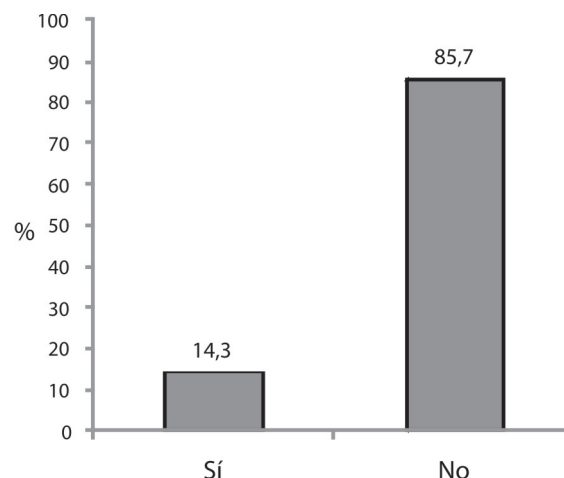


Gráfico 3.3 Consulta a alguna persona o institución de salud aunque los niños de seis a nueve años se hayan sentido bien en los últimos 30 días. ENS-Colombia, 2007

Estos resultados se pueden interpretar a partir del Cuadro 3.10, en el que se observa el mismo comportamiento evidenciado en los menores de seis años: una alta proporción de cuidadores no consultaron porque la enfermedad de los niños fue leve y se resolvió sola (34,9%, n=2.330) o porque se pensó que no era necesario consultar (23,8%, n=1.692).

Cuadro 3.10 Principal razón para no consultar o buscar solución a los problemas de salud del niño de seis a nueve años. ENS-2007, Colombia

Principal razón para no consultar o buscar solución a los problemas de salud (n=1.692)	Distribución de frecuencias	
	No.	%
Le hacen esperar mucho para atenderlo	33	1,9
Descuido	185	10,9
El problema se resolvió solo o se ha sentido bien	590	34,9
Fue pero no lo atendieron	16	0,9
La consulta es muy cara o no tenía dinero	138	8,1
Le dio miedo, nervios o pena	7	0,4
Los horarios no le sirven o no tenía tiempo	63	3,7
Mala atención	49	2,9
Mucho trámite en EPS/ARS/IPS	30	1,8
No confía en los médicos o en quienes lo atienden o no cree	14	0,8
No consiguió cita o se la dieron para fecha lejana	28	1,7
No le cubrían o no le autorizaron la atención	19	1,1
No le gusta ir	5	0,3
No sabía que tenía derecho	0	0,0
No sabe dónde prestan el servicio	8	0,5
No tenía donde acudir	56	3,3
Pensó que no era necesario consultar	403	23,8
Sitio de atención es muy lejano	49	2,9
Total	1692	100

Fuente: Encuesta de Hogares. Encuesta Nacional de Salud de 2007. Colombia

En el Cuadro 3.11 se presentan otros resultados sobre la consulta de los niños a los servicios de salud. En él se observa que el 83,4% (n=7.500) de los cuidadores acudieron al médico buscando ayuda por asuntos relacionados con la salud de los menores, y el 8,4% (n=7.500) al odontólogo o higienista oral.

Los tres lugares donde los niños consultaron en mayor proporción por asuntos relacionados con su salud fueron en su orden: los centros de atención de las EPS (40%, n=7.500), los hospitales o clínicas (22,3%, n=7.500) y los centros o puestos de salud del gobierno (18,8%, n=7.500) (Cuadro 3.11).

Cuadro 3.11 Personal y lugar donde se consultó la última vez por asuntos relacionados con la salud del niño de seis a nueve años en los últimos 30 días antes a la encuesta. ENS-2007, Colombia

Variables	Categoría	Distribución de frecuencias	
		No.	%
Personal a quien se consultó la última vez por asuntos relacionados con la salud del niño(a)	Médico	6.255	83,4
	Enfermera u otro personal de salud	257	3,4
	Dentista, odontólogo o higienista oral	626	8,4
	Farmaceuta o personal de droguería	200	2,7
	Acupunturista, bioenergético, naturista o similar	15	0,2
	Curandero, tegua, brujo o empírico	9	0,1
	Amigo familiar vecino o conocido	137	1,8
	Total	7.500	100
Lugar donde se consultó la última vez por asuntos relacionados con la salud del niño(a)	Hospital o clínica del gobierno	1.674	22,3
	Centro o puesto de salud del gobierno	1.413	18,8
	Hospital o clínica privada	201	2,7
	Centro de atención de una EPS/ARS (ISS, CAMI, CADIS)	2.997	40
	Consultorio médico particular	708	9,4
	En el hogar	140	1,9
	En el trabajo, estudio u otro espacio	142	1,9
	En una droguería	206	2,7
	Sitio acupunturista, bioenergético, naturista o similar	10	0,1
	Sitio de curandero, tegua o similar	8	0,1
	Total	7.500	100

Fuente: Encuesta de Hogares. Encuesta Nacional de Salud de 2007. Colombia

Con respecto al principal motivo de consulta identificado por los cuidadores de los niños de seis a nueve años, el 59,0% (n=6.945) reportó la enfermedad física, y el 14,6% (n=6.943) los chequeos médicos de niño(a) sano(a) (Cuadro 3.12).

Cuadro 3.12 Principal razón de la última consulta relacionada con la salud de los niños de seis a nueve años. ENS-2007, Colombia

Principal razón de la última consulta relacionada con la salud del niño	Distribución de frecuencias	
	No.	%
Enfermedad física	4.097	59,0
Enfermedad física o malestar obstétrico	81	1,2
Problema mental, emocional, de los nervios o de comportamiento	59	0,9
Disminución en capacidad para hacer cosas	17	0,3
Lesión por accidente o violencia	169	2,4
Problema o enfermedad de la boca o los dientes	273	3,9
Chequeo médico de persona sana	1.013	14,6
Cirugía ambulatoria	16	0,2
Estética	1	0,0
Vacunación	16	0,2
Citología	0	0,0
Atención parto, puerperio o del recién nacido	0	0,0
Control post-operatorio	7	0,1
Control de planificación familiar	0	0,0
Control prenatal	0	0,0
Control de crecimiento y desarrollo	665	9,6
Atención preventiva en salud bucal	365	5,3
Otra atención preventiva	164	2,4
Total	6943	100

Fuente: Encuesta de Hogares. Encuesta Nacional de Salud de 2007. Colombia

Condiciones crónicas diagnosticadas por médico

Al igual que lo observado en las condiciones crónicas de los menores de seis años, en los niños de seis a nueve años se presentó una baja proporción de problemas del corazón (1,5%, n=13.434) y el asma se encontró en el 6,1% de los niños (n=13.434); según el reporte de los cuidadores un alto porcentaje de ellos no recibieron tratamiento: 70,7% y 53,7% respectivamente (Cuadro 3.13).

Cuadro 3.13 Condiciones crónicas presentadas alguna vez en la vida en los niños de seis a nueve años en los últimos 30 días. ENS-Colombia, 2007

Enfermedades crónicas	Diagnóstico		Tratamiento	
	Sí	No	Sí	No
Diagnóstico de enfermedad del corazón por médico u otro profesional de la salud, alguna vez en la vida del niño (n=13.434)	1,5	98,5	29,3	70,7
Diagnóstico de asma por médico u otro profesional de la salud, alguna vez en la vida del niño (n=13.434)	6,1	93,9	46,3	53,7

Fuente: Encuesta de Hogares. Encuesta Nacional de Salud de 2007. Colombia

El mayor porcentaje de los menores que no recibieron tratamiento para las enfermedades del corazón pertenece a los regímenes subsidiado (76,3%, n=92) y contributivo (73,6%, n=47); con respecto al asma el mayor porcentaje se encuentra entre los afiliados al régimen subsidiado (55,8%, n=288), a otra entidad (66,1%, n=21) y los no asegurados (66,9%, n=139) (Cuadro 3.14).

Cuadro 3.14 Algunas condiciones crónicas y tratamiento recibido por los niños de seis a nueve años según afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud. ENS-2007, Colombia

Condiciones crónicas (alguna vez en la vida del niño)		Régimen de seguridad social													
		Contributivo		Especial		Subsidiado		Otra entidad		Carta de desplazado o desmovilizado		Ninguna		No Sabe	
		No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Diagnóstico enfermedad del corazón por médico u otro profesional de la salud (n=3.327)	Sí	45	1,3	6	1,2	120	1,9	8	1,5	2	2,5	20	0,8	0	0,0
	No	3.282	98,7	459	98,8	6.212	98,1	525	98,5	91	97,5	2.572	99,2	92	100
Tratamiento recibido por los menores por la enfermedad del corazón (n=47)	Sí	12	26,4	4	68,8	22	23,7	4	49,6	1	100,0	8	44,1	0	0,0
	No	35	73,6	2	31,2	70	76,3	5	50,4	0	0,0	11	55,9	0	0,0

Condiciones crónicas (alguna vez en la vida del niño)		Régimen de seguridad social													
		Contributivo		Especial		Subsidiado		Otra entidad		Carta de desplazado o desmovilizado		Ninguna		No Sabe	
		No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Diagnóstico de asma por médico u otro profesional de la salud, alguna vez en la vida del niño (n=3.327)	Sí	261	7,9	39	8,4	312	4,9	24	4,4	2	2,7	159	6,1	1	1,3
	No	3.066	92,1	426	91,6	6.020	95,1	509	95,6	91	97,3	2.433	93,9	91	98,7
Tratamiento recibido por los menores por asma (n=227)	Sí	118	52,1	22	77,8	127	44,2	7	33,9	2	60,6	46	33,1	2	100
	No	109	47,9	6	22,2	161	55,8	14	66,1	1	39,4	93	66,9	0	0,0

Fuente: Encuesta de Hogares. Encuesta Nacional de Salud de 2007. Colombia

Estos resultados llaman la atención pues, al igual que lo que sucede en los menores de seis años, los niños de este grupo de edad (6-9 años) no afiliados al SGSSS o pertenecientes al régimen subsidiado –clasificada como la población más pobre dentro del sistema de salud– son los que menos tratamiento reciben para las enfermedades mencionadas.

Otras enfermedades indagadas en la encuesta fueron la tuberculosis, el colon irritable, la epilepsia, la trombosis, la diabetes, el sida y el cáncer, las cuales se presentaron por debajo del 1% en los niños de este grupo de edad. La desnutrición y la neumonía no se incluyeron en la encuesta.

CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN MÉDICA A LOS NIÑOS MENORES DE DIEZ AÑOS CON IRA, EDA Y DESNUTRICIÓN. ENCUESTA DE USUARIOS, ENS-2007

Consulta externa

Variables sociodemográficas y afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud

En la Encuesta Nacional de Salud del año 2007 se entrevistó a usuarios de diferentes IPS del país, entre los cuales se incluyeron 18.704 niños menores de diez años atendidos en el servicio de consulta externa. La muestra no fue ni representativa de los niños que consultan habitualmente a las IPS, ni de la verdadera frecuencia de la enfermedad diarreica aguda (EDA), la infección respiratoria aguda (IRA) y la desnutrición en el país. En la selección se encontró que el diagnóstico de EDA, IRA y desnutrición se realizó a 362, 721 y 158 menores de diez años, respectivamente. Estos resultados indican que por cada 100 niños que consultaron a las IPS seleccionadas, casi 2 presentaban EDA, 4 IRA y 1 desnutrición (Cuadro 3.15).

Cuadro 3.15 Riesgo de presentar EDA, IRA y desnutrición en los menores de 10 años incluidos en la muestra de usuarios de Colombia de la ENS-2007.
Servicio de consulta externa

Evento	Menores de 10 años					
	Sí		No		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
EDA	362	1,9	18.342	98,1	18.704	100
IRA	721	3,9	17.983	96,1	18.704	100
Desnutrición	158	0,8	18.546	99,2	18.704	100

Fuente: Encuesta de Usuarios. Encuesta Nacional de Salud de 2007. Colombia

El grupo de edad que muestra el mayor riesgo de presentar IRA, EDA y desnutrición es el de los menores de dos años. No se encuentran diferencias importantes por sexo en el riesgo de presentar EDA. En los otros casos, se observa una pequeña diferencia en el riesgo que es mayor en los niños para IRA y en las niñas para la desnutrición (Cuadros 3.16, 3.17 y 3.18).

Con respecto a la afiliación al sistema de salud, el mayor riesgo de EDA (3,2%, n=362) y desnutrición (2,5%, n=158) se presenta en aquellos afiliados a otras entidades; y en los casos de IRA se destaca el régimen contributivo (5,9%, n=721), con exclusión de las fuerzas militares que tiene

pocos casos. Para EDA y desnutrición el número de niños afiliados a otras entidades es muy bajo, y entre las EPS y ARS (de las que se tienen más registros) el mayor riesgo se presenta en las ARS hoy llamadas EPSS (EDA: 2,0%, n=362 y desnutrición: 0,9%, n=158). En cuanto a la naturaleza jurídica de la IPS, se puede observar que el mayor riesgo de los menores de diez años con IRA (5,0%, n=721) y EDA (2,2%, n=362) se presenta en las IPS privadas. Por el contrario, el riesgo de presentar desnutrición corresponde en mayor medida a los niños atendidos en las IPS públicas (0,9%, n=158), aunque la diferencia es pequeña (Cuadros 3.16, 3.17 y 3.18).

Cuadro 3.16 Riesgo de presentar EDA según edad, sexo, afiliación al sistema de salud y naturaleza jurídica de la IPS. Servicio de consulta externa. ENS-2007, Colombia

Variables	Categoría	Menores de 10 años con Enfermedad Diarreica Aguda					
		Sí		No		Total	
		No.	%	No.	%	No.	%
Edad	<1 años	93	1,9	4.694	98,1	4.787	100
	1-2 años	78	4,6	1.602	95,4	1.680	100
	2-4 años	127	2,2	5.525	97,8	5.652	100
	5-9 años	64	1,0	6.521	99,0	6.585	100
Sexo del usuario	Femenino	169	1,8	8.993	98,2	9.162	100
	Masculino	193	2,0	9.349	98,0	9.542	100
Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud	Seguro Social ISS	2	0,4	474	99,6	476	100
	Fuerzas militares, policía nacional	5	2,9	167	97,1	172	100
	ECOPETROL	0	0,0	6	100,0	6	100
	Magisterio	12	2,9	400	97,1	412	100
	Entidad promotora de salud (EPS), diferente al ISS.	107	1,8	5.682	98,2	5.789	100
	Administradora del régimen subsidiado (ARS).	175	2,0	8.773	98,0	8.948	100
	Otra entidad	14	3,2	421	96,8	435	100
	Carta de desplazado o desmovilizado	7	1,9	360	98,1	367	100
	Ninguno	40	1,9	2.059	98,1	2.099	100
Naturaleza jurídica de la IPS	Privada o Mixta	185	2,2	8.096	97,8	8.281	100
	Pública	177	1,7	10.246	98,3	10.423	100

Fuente: Encuesta de Usuarios. Encuesta Nacional de Salud de 2007. Colombia

Cuadro 3.17. Riesgo de presentar IRA según edad, sexo, afiliación al sistema de salud y naturaleza jurídica de la IPS. Servicio de consulta externa. ENS-2007, Colombia

Variables	Categoría	Menores de 10 años con Infección Respiratoria Aguda					
		Sí		No		Total	
		No.	%	No.	%	No.	%
Edad	<1	255	5,3	4.532	94,7	4.787	100
	01-Feb	84	5,0	1.596	95,0	1.680	100
	02-Abr	224	4,0	5.428	96,0	5.652	100
	05-Sep	158	2,4	6.427	97,6	6.585	100
Sexo del usuario	Femenino	336	3,7	8.826	96,3	9.162	100
	Masculino	385	4,0	9.157	96,0	9.542	100
Afiliación a una entidad de salud	Seguro Social ISS	18	3,8	458	96,2	476	100
	Fuerzas militares, policía nacional	11	6,4	161	93,6	172	100
	ECOPETROL	0	0,0	6	100,0	6	100
	Magisterio	19	4,6	393	95,4	412	100
	Entidad promotora de salud (EPS), diferente al ISS	276	4,8	5.513	95,2	5.789	100
	Administradora del régimen subsidiado (ARS)	304	3,4	8.644	96,6	8.948	100
	Otra entidad	7	1,6	428	98,4	435	100
	Carta de desplazado o desmovilizado	7	1,9	360	98,1	367	100
	Ninguno	79	3,8	2.020	96,2	2.099	100
Naturaleza jurídica de la IPS	Privada o Mixta	410	5,0	7.871	95,0	8.281	100
	Pública	311	3,0	10.112	97,0	10.423	100

Fuente: Encuesta de Usuarios. Encuesta Nacional de Salud de 2007. Colombia

Cuadro 3.18 Riesgo de presentar desnutrición según edad, sexo, afiliación al sistema de salud y naturaleza jurídica de la IPS. Servicio de consulta externa. ENS-2007, Colombia

Variables	Categoría	Menores de 10 años con desnutrición					
		Sí		No		Total	
		No.	%	No.	%	No.	%
Edad	<1	19	0,4	4.768	99,6	4.787	100
	01-Feb	27	1,6	1.653	98,4	1.680	100
	02-Abr	54	1,0	5.598	99,0	5.652	100
	05-Sep	58	0,9	6.527	99,1	6.585	100
Sexo del usuario	Femenino	86	0,9	9.076	99,1	9.162	100
	Masculino	72	0,8	9.470	99,2	9.542	100
Afiliación a una entidad de salud	Seguro Social ISS	3	0,6	473	99,4	476	100
	Fuerzas militares, policía nacional	1	0,6	171	99,4	172	100
	ECOPETROL	0	0,0	6	100,0	6	100
	Magisterio	3	0,7	409	99,3	412	100
	Entidad promotora de salud (EPS), diferente al ISS. ¿Cuál?	26	0,4	5.763	99,6	5.789	100
	Administradora del régimen subsidiado (ARS). ¿Cuál?	82	0,9	8.866	99,1	8.948	100
	Otra entidad	11	2,5	424	97,5	435	100
	Carta de desplazado o desmovilizado	5	1,4	362	98,6	367	100
	Ninguno	27	1,3	2.072	98,7	2099	100
Naturaleza jurídica de la IPS	Privada o Mixta	63	0,8	8.218	99,2	8.281	100
	Pública	95	0,9	10.328	99,1	10.423	100

Fuente: Encuesta de Usuarios. Encuesta Nacional de Salud de 2007. Colombia

Características de la atención médica

Si se tiene en cuenta que la muestra de usuarios de la ENS-2007 tenía como uno de sus objetivos buscar factores asociados a la aparición o presencia de eventos prioritarios en salud pública, y que dichos factores pueden estar relacionados con la calidad de la atención médica, es importante analizar las características de ésta en los niños con EDA, IRA y desnutrición seleccionados en la encuesta. Para tal efecto se dividió el análisis en tres grupos que corresponden a: la toma de medidas antropométricas, la orden o aplicación de medicamentos o líquidos y la solicitud de exámenes de laboratorio, el componente educativo brindado durante la atención médica.

Toma de medidas antropométricas en niños con EDA, IRA y desnutrición

La toma del peso de los menores con EDA, incluidos en la muestra de IPS's, se realizó en el 86,5% (n=362) de los casos, y la estatura en el 52,2% (n=362) (El Gráfico 3.6 del Anexo muestra los resultados). Para los niños con IRA, la toma de peso (81,6%, n=721) y estatura (54,0%, n=721) se comportó de manera similar a la de los menores con EDA. Para estas dos enfermedades se puede decir que, en promedio, al 16% de los niños encuestados no se les toma el peso y al 53% no se les toma la estatura (El Gráfico 3.7 del Anexo muestra los resultados).

En oposición a los anteriores datos, para la desnutrición se observa una toma más frecuente del peso. La proporción de la muestra de menores con desnutrición pesados durante la consulta médica fue de 95,6% (n=158) y su omisión fue de 4,4%; la medición de la estatura fue de 85,4% (n=158). Aunque la toma de la estatura fue mayor en los niños con desnutrición que en los de IRA y EDA, ésta se considera baja teniendo en cuenta que los menores desnutridos requieren de una clasificación nutricional completa para la adecuada toma de decisiones (Los Gráficos 3.6 y 3.7 del Anexo muestran los resultados).

Orden o aplicación de medicamentos o líquidos y solicitud de exámenes de laboratorio a niños con EDA, IRA y desnutrición

A pesar de que no es común que en consulta externa los niños con EDA reciban inmediatamente suero de rehidratación –lo que puede explicar el bajo porcentaje de esta conducta (20,2%, n=362)–, sí llama la atención que no se haya dado suero a los menores antes del alta de la IPS como prevención de la deshidratación (Gráfico 3.4).

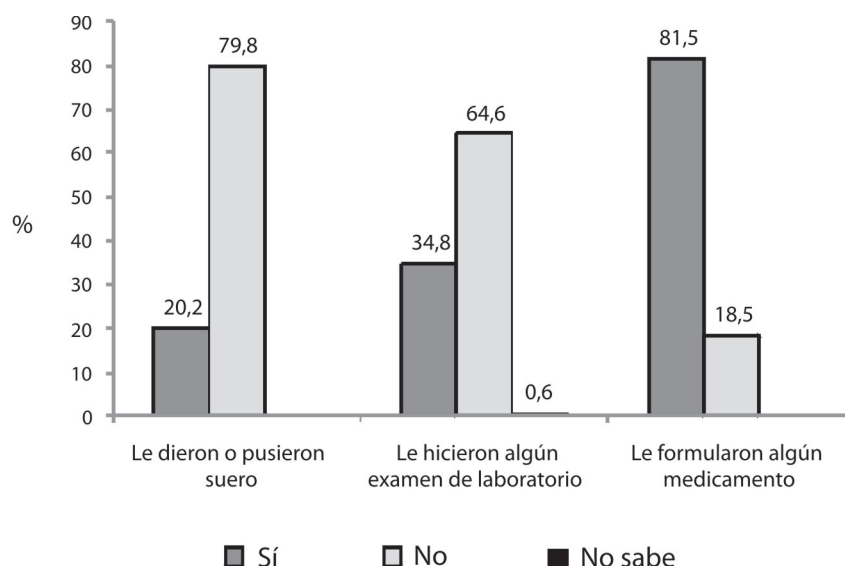


Gráfico 3.4 Orden o aplicación de suero, solicitud de exámenes de laboratorio y formulación de medicamentos a menores de diez años con EDA. Servicio de consulta externa. ENS-2007, Colombia

En cuanto a la orden para exámenes de laboratorio, si bien puede ser importante realizar un coprológico para identificar el microorganismo causante de la diarrea en los niños, éste no es un requisito obligatorio para el manejo oportuno de esta enfermedad y de la deshidratación (en caso de estar presente). Este aspecto es sugerido en las pautas de la Estrategia Atención Integrada para las Enfermedades Prevalentes de la Infancia “AIEPI”.

Se observa un alto porcentaje en la prescripción de medicamentos a los niños con EDA (81,5%, n=362), sin embargo son muy pocos los casos de esta enfermedad que requieren de manejo antibiótico u otro tipo de medicamentos (Gráfico 3.4).

Como era de esperarse, el 96,5% (n=721) de los niños con IRA seleccionados en la muestra fueron examinados. En efecto: en la consulta médica solo el examen físico permite detectar los signos clínicos que, en el caso de enfermedad respiratoria, facilitan la identificación de neumonía, neumonía grave, obstrucción de la vía aérea superior, entre otras.

Al igual que en los niños con EDA, los menores con IRA no requieren de diversos exámenes de laboratorio o radiología siempre y cuando se realice una adecuada búsqueda de signos clínicos propios de infección respiratoria y no hayan aspectos clínicos que requieran verificación o mayor estudio; en la encuesta se encontró que la orden de exámenes en los niños con IRA fue de 23,0% (n=721) (Cuadro 3.19). En las pautas de AIEPI se sugiere la identificación de signos como respiración rápida y tiraje subcostal para la clasificación de neumonía y neumonía severa –signos éstos de alta sensibilidad para la identificación de dichos estados y de bajo costo (OPS y Ministerio de la Protección Social, 2005:30).

Dado que la encuesta no contempla preguntas sobre los diferentes diagnósticos o clasificaciones clínicas de IRA en cada uno de los niños seleccionados para la muestra, no es posible saber cuántos de ellos requerían terapia respiratoria, esto limita la interpretación del porcentaje de menores que recibieron esta terapia. A diferencia del manejo de los niños con EDA, los de IRA requieren en mayor proporción manejo con medicamentos (83,6%, n=721) tales como antibióticos y broncodilatadores pero, como sucede con la situación ya mencionada, al no conocer los diagnósticos específicos de los menores estudiados es imposible interpretar si la conducta del médico fue adecuada (Cuadro 3.19).

Cuadro 3.19 Realización del examen físico, solicitud de exámenes de laboratorio o radiología, y formulación de terapia respiratoria y medicamentos a menores de diez años con IRA. Servicio de consulta externa. ENS-2007, Colombia

Variable	Categoría	Menores de 10 años con Infección Respiratoria Aguda en Colombia	
		No.	%
Realización del examen físico en la atención	Sí	696	96,5
	No	25	3,5
Orden de algún examen de laboratorio o radiología en la atención	Sí	166	23,0
	No	553	76,7
	No sabe	2	0,3
Formulación de terapia respiratoria en la atención	Sí	315	43,7
	No	406	56,3
Formulación de algún medicamento en la atención	Sí	603	83,6
	No	118	16,4

Fuente: Encuesta de Usuarios. Encuesta Nacional de Salud de 2007. Colombia

Con respecto a los menores de diez años con desnutrición, llama la atención la alta omisión en la remisión de los niños con esta enfermedad a un nutricionista (40,5%, n=158) (Cuadro 3.20). En cuanto al examen físico cerca del 9% de los menores con desnutrición no fueron examinados.

Dado el desconocimiento de la situación de salud específica de los niños con desnutrición incluidos en la encuesta de usuarios, es imposible emitir juicios sobre la formulación de exámenes de laboratorio y medicamentos; no obstante, la prescripción de vitaminas o suplementos nutricionales sí podría sugerirse en mayor medida, ya que los menores con esta enfermedad presentan, por lo general, deficiencias nutricionales y calóricas que no pueden ser suplidas de manera adecuada con la alimentación proporcionada en sus hogares; algunos de los micronutrientes importantes son el zinc y la vitamina A. Por otra parte, es importante tener en cuenta la situación económica, social y cultural de la familia para lograr una negociación adecuada sobre alternativas viables de la alimentación requerida por los niños.

Cuadro 3.20 Remisión al nutricionista, realización del examen físico, solicitud de exámenes de laboratorio y formulación de medicamentos o vitaminas a menores de diez años con desnutrición. Servicio de consulta externa. ENS-2007, Colombia.

Variable	Categoría	Menores de 10 años con desnutrición	
		No.	%
Remisión a nutricionista desde el inicio del tratamiento de la desnutrición	Sí	94	59,5
	No	64	40,5
Realización del examen físico en la atención	Sí	144	91,1
	No	14	8,9
Orden de algún examen de laboratorio en la atención	Sí	44	27,8
	No	114	72,2
Formulación de alguna vitamina o suplemento nutricional en la atención	Sí	102	64,6
	No	56	35,4
Formulación de algún medicamento en la atención	Sí	74	46,8
	No	84	53,2

Fuente: Encuesta de Usuarios. Encuesta Nacional de Salud de 2007. Colombia

Componente educativo en la atención médica a niños con EDA, IRA y desnutrición

En este componente se abordan algunos aspectos de la educación brindada por el médico durante la consulta a los cuidadores de los niños con EDA, IRA y desnutrición seleccionados en la muestra de la ENS-2007.

En primer lugar sorprende el alto porcentaje de cuidadores de los niños con EDA que no recibieron educación sobre la forma de preparar el suero en sus hogares: 59,4% (n=362). Es igualmente alto el porcentaje de cuidadores que no recibieron explicación de cómo alimentar a los niños durante la consulta médica y, en especial, en los menores con IRA: 53,5% (n=362). Esta situación es más preocupante en los niños con desnutrición, pues a pesar de que el porcentaje es menor, 22,2% (n=158), la condición de carencia nutricional implica que ninguno de los menores puede dejarse ir del servicio de salud sin una completa asesoría del manejo alimentario.

En segundo lugar, resulta bastante llamativo que alrededor del 50% de los cuidadores de los niños con IRA (n=721) y EDA (n=362) atendidos en consulta externa no se les explicó el motivo por el cual los menores se enfermaron (Cuadro 3.21).

Otro resultado importante es la falta de educación en signos de alarma a los cuidadores de los menores seleccionados en la muestra con IRA y EDA atendidos en el servicio de consulta externa: 46,5% (n=721) y 56,5% (n=362), respectivamente. Se observa, también, que al 38,7% (n=362) y al 30,4% (n=721) de los niños con EDA e IRA no se les definió una cita de control. En el caso de la desnutrición sí se dio una cita de control en el 87,3% de los casos, lo cual es positivo porque da cuenta del seguimiento requerido por estos pacientes para evitar la progresión a estados más severos de la enfermedad (Cuadro 3.21).

Cuadro 3.21 Algunos temas de educación que deberían abordarse en la atención médica a niños con EDA, IRA y desnutrición. Servicio de consulta externa. ENS-2007, Colombia

Variable	Categoría	Menores de 10 años					
		EDA		IRA		Desnutrición	
		No.	%	No.	%	No.	%
Educación en cómo preparar el suero en la atención	Sí	147	40,6	NA	NA	NA	NA
	No	215	59,4	NA	NA	NA	NA
Explicación de cómo alimentar al niño(a)	Sí	224	61,9	46,5	46,9	123	77,8
	No	138	38,1	53,5	53,1	35	22,2
Explicación de los líquidos que se pueden dar	Sí	242	66,9	372	51,6	NA	NA
	No	120	33,1	349	48,4	NA	NA
Explicación de por qué se enfermó	Sí	174	48,1	356	49,4	NA	NA
	No	188	51,9	365	50,6	NA	NA
Educación en signos de alarma en la atención	Sí	158	43,6	386	53,5	NA	NA
	No	204	56,4	335	46,5	NA	NA
Explicación de cómo dar los medicamentos	Sí	290	98,3	588	97,5	71	95,9
	No	5	1,7	15	2,5	3	4,1
Entendió cómo darle los medicamentos al niño(a)	Sí	286	98,6	583	99,1	71	100
	No	4	1,4	5	0,9	0	0,0
Explicación de qué hacer para obtener los medicamentos	Sí	253	85,8	526	87,2	66	89,2
	No	42	14,2	77	12,8	8	10,8
Definición de consulta de control	Sí	222	61,3	502	69,6	138	87,3
	No	140	38,7	219	30,4	20	12,7
Explicación de cómo hacer la terapia respiratoria	Sí	NA	NA	262	83,2	NA	NA
	No	NA	NA	53	16,8	NA	NA
Le dijeron en dónde podía conseguir ayuda para mejorar la nutrición	Sí	NA	NA	NA	NA	64	40,5
	No	NA	NA	NA	NA	94	59,5

NA: No Aplica, esta pregunta no fue incluida en la encuesta

Fuente: Encuesta de Usuarios. Encuesta Nacional de Salud de 2007. Colombia

URGENCIAS Y HOSPITALIZACIÓN

Variables sociodemográficas y afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud

En la Encuesta Nacional de Salud del año 2007 se entrevistó a usuarios de diferentes IPS del país, entre ellos a 7.025 cuidadores de niños menores de diez años atendidos en el servicio de hospitalización y urgencias. Al igual que la muestra de niños en consulta externa, ésta tampoco es representativa ni de los casos de niños que consultan a urgencias o son hospitalizados en las IPS encuestadas, ni de la verdadera frecuencia de EDA, IRA o desnutrición en el país.

En la muestra seleccionada se encontró que el diagnóstico de EDA, IRA y desnutrición se le realizó a 711, 1.091 y 43 menores de diez años, respectivamente. Estos resultados indican que por cada 100 niños que consultaron a urgencias o estuvieron hospitalizados en las IPS seleccionadas, 10 presentaban EDA, 15 IRA y 1 desnutrición (Cuadro 3.22); estos resultados sugieren que los niños con IRA y EDA acuden o son atendidos en mayor medida en los servicios de urgencias y hospitalización que en consulta externa.

Cuadro 3.22 Riesgo de presentar EDA, IRA y desnutrición en los menores de 10 años incluidos en la muestra de usuarios de Colombia de la ENS-2007.
Servicio de urgencias y hospitalización

Evento	Menores de 10 años					
	Sí		No		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
EDA	711	10,1	6.314	89,9	7.025	100
IRA	1.091	15,5	5.934	84,5	7.025	100
Desnutrición	43	0,6	6.982	99,4	7.025	100

Fuente: Encuesta de Usuarios. Encuesta Nacional de Salud de 2007. Colombia

En el servicio de urgencias y hospitalización, el grupo de edad que muestra el mayor riesgo de presentar IRA, EDA y desnutrición es el de los menores de dos años (esta información coincide con lo presentado en consulta externa). Según sexo no se encuentran diferencias. En la afiliación al sistema de salud se observan distintos resultados pero, como se ha dicho anteriormente, solo se analizan las entidades con más registros: EPS, ARS y sin seguridad social. Para las tres enfermedades sobresalen aquellos menores sin seguridad social: EDA 12% (n=711), IRA 15,6% (n=1.091) y desnutrición 1,4% (n=43). En cuanto a la naturaleza jurídica de la IPS, se observa que el mayor

riesgo de los menores de diez años con EDA (11,3%, n=711), IRA (16,5%, n=1091) y desnutrición (0,8%, n=43) se presentó en las IPS públicas. Esta información difiere con la presentada en consulta externa, donde los casos de IRA y EDA identificados correspondían en mayor medida a IPS privadas (Cuadros 3.23, 3.24 y 3.25).

Cuadro 3.23 Riesgo de presentar EDA según edad, sexo, afiliación al sistema de salud y naturaleza jurídica de la IPS. Servicio de urgencias y hospitalización. ENS-2007, Colombia

Variables	Categoría	Menores de 10 años con Enfermedad Diarreica Aguda					
		Sí		No		Total	
		No.	%	No.	%	No.	%
Edad	<1	248	12,2	1.777	87,8	2.025	100
	1-2	179	17,3	858	82,7	1.037	100
	2-4	201	9,1	2.000	90,9	2.201	100
	5-9	83	4,7	1.679	95,3	1.762	100
Sexo	Femenino	343	10,3	2.981	89,7	3.324	100
	Masculino	368	9,9	3.333	90,1	3.701	100
Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud	Seguro social, ISS	19	9,3	186	90,7	205	100
	Fuerzas militares, policía nacional	13	14,3	78	85,7	91	100
	ECOPETROL	1	33,3	2	66,7	3	100
	Magisterio	9	7,0	120	93,0	129	100
	Entidad promotora de salud (EPS)	272	9,0	2.739	91,0	3.011	100
	Administradora del régimen subsidiado, ARS	270	10,8	2.235	89,2	2.505	100
	Otra entidad	13	10,1	116	89,9	129	100
	Carta de desplazado	12	11,5	92	88,5	104	100
	Ninguno	102	12,0	746	88,0	848	100
Naturaleza jurídica de la IPS	Privada o Mixta	351	9,1	3.486	90,9	3.837	100
	Pública	360	11,3	2.828	88,7	3.188	100

Fuente: Encuesta de Usuarios. Encuesta Nacional de Salud de 2007. Colombia

Cuadro 3.24. Riesgo de presentar IRA según edad, sexo, afiliación al sistema de salud y naturaleza jurídica de la IPS. Servicio de urgencias y hospitalización. ENS-2007, Colombia

Variables	Categoría	Menores de 10 años con Infección Respiratoria Aguda					
		Sí		No		Total	
		No.	%	No.	%	No.	%
Edad	<1	443	21,9	1.582	78,1	2.025	100
	1-2	190	18,3	847	81,7	1.037	100
	2-4	314	14,3	1.887	85,7	2.201	100
	5-9	144	8,2	1.618	91,8	1.762	100
Sexo	Femenino	518	15,6	2.806	84,4	3.324	100
	Masculino	573	15,5	3.128	84,5	3.701	100
Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud	Seguro social, ISS	24	11,7	181	88,3	205	100
	Fuerzas militares, policía nacional	13	14,3	78	85,7	91	100
	ECOPETROL	0	0,0	3	100,0	3	100
	Magisterio	18	14,0	111	86,0	129	100
	Entidad promotora de salud (EPS) diferente al ISS	439	14,6	2.572	85,4	3.011	100
	Administradora del régimen subsidiado, ARS	430	17,2	2.075	82,8	2.505	100
	Otra entidad	18	14,0	111	86,0	129	100
	Carta de desplazado	17	16,3	87	83,7	104	100
	Ninguno	132	15,6	716	84,4	848	100
Naturaleza jurídica de la IPS	Privada o Mixta	566	14,8	3.271	85,2	3.837	100
	Pública	525	16,5	2.663	83,5	3.188	100

Fuente: Encuesta de Usuarios. Encuesta Nacional de Salud de 2007. Colombia

Cuadro 3.25 Riesgo de presentar desnutrición según edad, sexo, afiliación al sistema de salud y naturaleza jurídica de la IPS. Servicio de urgencias y hospitalización. ENS-2007, Colombia, 2007

Variables	Categoría	Menores de 10 años con Desnutrición					
		Sí		No		Total	
		No.	%	No.	%	No.	%
Edad	<1	19	0,9	2.006	99,1	2.025	100
	1-2	8	0,8	1.029	99,2	1.037	100
	2-4	7	0,3	2.194	99,7	2.201	100
	5-9	9	0,5	1.753	99,5	1.762	100
Sexo del usuario	Femenino	20	0,6	3.304	99,4	3.324	100
	Masculino	23	0,6	3.678	99,4	3.701	100
Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud	Seguro social, ISS	1	0,5	204	99,5	205	100
	Fuerzas militares, policía nacional	0	0,0	91	100,0	91	100
	ECOPETROL	0	0,0	3	100,0	3	100
	Magisterio	0	0,0	129	100,0	129	100
	Entidad promotora de salud (EPS) diferente al ISS	6	0,2	3.005	99,8	3.011	100
	Administradora del régimen subsidiado, ARS	18	0,7	2.487	99,3	2.505	100
	Otra entidad	5	3,9	124	96,1	129	100
	Carta de desplazado	1	1,0	103	99,0	104	100
	Ninguno	12	1,4	836	98,6	848	100
Naturaleza jurídica de la IPS	Privada o Mixta	17	0,4	3.820	99,6	3.837	100
	Pública	26	0,8	3.162	99,2	3.188	100

Fuente: Encuesta de Usuarios. Encuesta Nacional de Salud de 2007. Colombia

Características de la atención médica

Toma de medidas antropométricas en niños con EDA, IRA y desnutrición

Para los menores con EDA encuestados –incluidos en la muestra de los servicios de urgencias y hospitalización de las IPS–, la toma del peso se realizó en el 88,9% (n=711) de los casos y la estatura en el 45,1% (n=711), con resultados muy similares a lo encontrado en consulta externa para esta misma enfermedad.

Para los niños con IRA, la toma de peso fue del 91,3% (n=1.091) y la estatura del 52,0% (n=1.091) (Anexo, Gráficos 3.8 y 3.9, para ver los resultados).

La proporción de la muestra de menores con desnutrición pesados durante la consulta de urgencia u hospitalización fue de 97,7% (n=43), y la omisión fue de 2,3% (n=1); por el contrario, la medición de la estatura fue solo del 67,4% (n=43).

Orden o aplicación de medicamentos o líquidos, y solicitud de exámenes de laboratorio a niños con EDA, IRA y desnutrición

A diferencia del servicio de consulta externa, en el que no es común que los niños con EDA reciban inmediatamente suero de rehidratación, en urgencias y hospitalización se encontró un aumento en el porcentaje de menores (69,8%, n=711) que recibieron suero; se desconoce la razón por la cual al porcentaje restante (30,2%) no se les administró (dos pueden ser las razones: fueron rehidratados con otros líquidos o no se rehidrataron) (Gráfico 3.5).

También aumentó, con respecto a la consulta externa, la proporción de menores a quienes se les realizó algún examen en los servicios de urgencias y hospitalización: 60,6% (n=711), lo cual resulta natural pues la condición de salud que motivó la hospitalización o la consulta a urgencias reclama con más frecuencia la realización de exámenes para identificar la causa de la enfermedad en los niños (Gráfico 3.5).

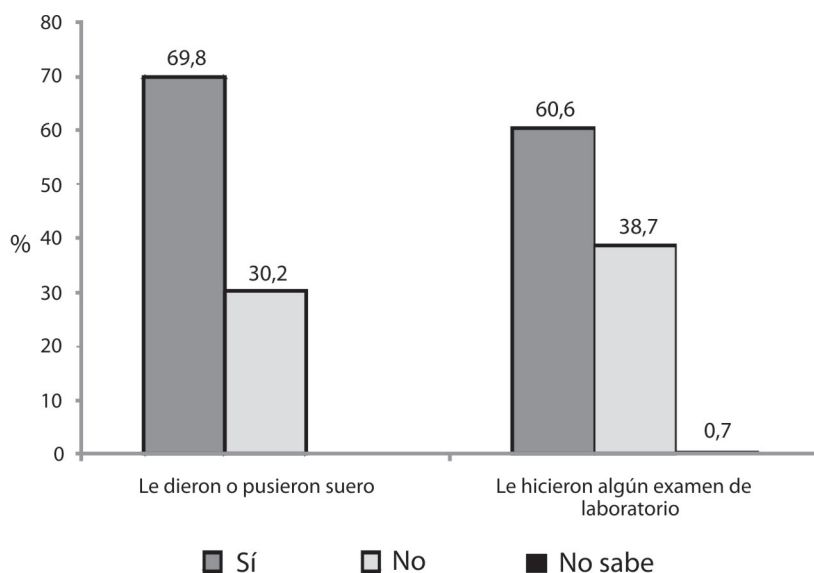


Gráfico 3.5 Administración de suero y realización de exámenes de laboratorio a los menores de 10 años con EDA, en la atención médica. Servicio de urgencias y hospitalización. ENS-2007, Colombia

El 99,5% (n=1.091) de los niños con IRA seleccionados en la muestra y atendidos en urgencias y hospitalización fueron examinados (Cuadro 3.26). Como se mencionó en otro apartado de este capítulo, el examen físico es un aspecto central en la atención en salud, pues permite al médico

identificar los signos clínicos que facilitan la clasificación o diagnóstico de este tipo de enfermedades en los menores. Cuando un niño se va de un consultorio sin ser examinado, se pierde la oportunidad de este diagnóstico, y de dar educación a sus cuidadores acerca de éste.

Por otro lado, aunque en múltiples ocasiones los niños con IRA no requieren de exámenes de laboratorio o radiología –una adecuada búsqueda de signos clínicos puede ser suficiente–, aquellos que son llevados a urgencias u hospitalizados presentan, en muchas ocasiones una situación más complicada de salud, por lo que es más probable que se necesiten exámenes que permitan aislar el virus o la bacteria que causa la enfermedad; esto explica el aumento de órdenes de exámenes en los servicios de urgencias y hospitalización (57,7%, n=1.091), con respecto a lo encontrado en consulta externa (23%, n=721). En relación con la aplicación de medicamentos, el 87,3% (n=1.091) de los niños con IRA los requirió para el manejo de la enfermedad (Cuadro 3.26).

Cabe anotar aquí, sin embargo, que la ENS-2007 no permite deducir si los resultados obtenidos tanto para la órdenes de exámenes como para los medicamentos son los adecuados, pues en dicha encuesta no se indaga por el diagnóstico específico de los menores y, sin éste, no es posible conocer si la prescripción u omisión de exámenes y medicamentos fue o no una conducta médica pertinente.

Cuadro 3.26 Realización del examen físico, solicitud de exámenes de laboratorio o radiología, y formulación de medicamentos a menores de diez años con IRA.
Servicio de urgencias y hospitalización. ENS-2007, Colombia, 2007.

Variables	Categoría	Infección Respiratoria Aguda en menores de 10 años	
		No.	%
Realización del examen físico en la atención	Sí	1.086	99,5
	No	5	0,5
Orden de algún examen de laboratorio o radiología en la atención	Sí	630	57,7
	No	459	42,1
	No sabe	2	0,2
Formulación de algún medicamento en la atención	Sí	952	87,3
	No	139	12,7

Fuente: Encuesta de Usuarios. Encuesta Nacional de Salud de 2007. Colombia

Con respecto a la desnutrición, en los servicios de urgencias y hospitalización se realizó el examen físico al 97,1% (n=43) de los menores atendidos, lo que contrasta con la alta omisión de este examen en la consulta externa. Llama, sin embargo, la atención la baja remisión a un nutricionista

de los niños atendidos en urgencias y hospitalización con esta enfermedad: 55,8% (n=43) (Cuadro 3.27); porcentaje mayor que el encontrado en los niños con desnutrición atendidos en consulta externa (40,5%, n=158). En cuanto a la orden de exámenes de laboratorio y de medicamentos no es posible emitir juicios, dado el desconocimiento de la situación específica de salud de los niños con desnutrición.

Debe resaltarse el bajo porcentaje en la prescripción de vitaminas o suplementos nutricionales a los niños desnutridos atendidos en urgencias o su administración durante la hospitalización: 53,5% (n=43). Es bien sabido que los menores con desnutrición presentan importantes deficiencias calóricas y nutricionales que, en una alta proporción, no pueden ser compensadas solo con la alimentación cotidiana y, por lo tanto, requieren de suplementos para su recuperación nutricional. Se sabe, también, que el uso de suplementos o nutrientes complementarios y el aporte calórico durante el tratamiento de un niño con desnutrición grave debe ser realizado con precaución, pues una sobrecarga alimentaria puede inducir un síndrome de realimentación que puede llevar al menor a la muerte. Las pautas de la OMS recomiendan que en la fase crítica de la desnutrición grave el aporte calórico y proteico sea bajo (entre 80-100 Kcal/kg/día y 1 gr prot/kg/día), y se excluya el hierro, preferiblemente hasta la primera o segunda semana de tratamiento dependiendo de la evolución de los pacientes (Organización Mundial de la Salud, 2000:19).

Cuadro 3.27 Remisión al nutricionista, realización del examen físico, solicitud de exámenes de laboratorio y formulación de medicamentos o vitaminas a menores de diez años con desnutrición. Servicio de urgencias y hospitalización. ENS-2007, Colombia

Variable	Categoría	Menores de 10 años con desnutrición	
		No.	%
Remisión al nutricionista desde el inicio del tratamiento de desnutrición	Sí	19	44,2
	No	24	55,8
Realización del examen físico en la atención	Sí	42	97,7
	No	1	2,3
Realización de algún examen de laboratorio en la atención	Sí	33	76,7
	No	9	20,9
	No sabe	1	2,3
Formulación de alguna vitamina o suplemento nutricional en la atención	Sí	23	53,5
	No	20	46,5

Fuente: Encuesta de Usuarios. Encuesta Nacional de Salud de 2007. Colombia

Componente educativo en la atención médica a niños con EDA, IRA y desnutrición

A continuación se presentan algunos aspectos educativos que deberían ser abordados durante una consulta médica de urgencias o durante la hospitalización de los menores, para garantizar que los cuidadores apliquen de manera adecuada el tratamiento una vez sean dados de alta los pacientes y sepan cuándo es necesario regresar a los servicios de salud.

Al igual que los niños atendidos en consulta externa, en urgencias y hospitalización se omite en un alto porcentaje la educación a los cuidadores sobre la forma de preparar el suero en el hogar (57,2%, n=711) (Cuadro 3.28).

En cuanto a la explicación de cómo alimentar a los niños, la ENS-2007 muestra que no es una conducta rutinaria durante la consulta médica, en especial en los menores con IRA: casi la mitad (47,8%, n=1.091) fueron dados de alta del servicio de urgencias u hospitalización sin una directriz de la alimentación que debía recibir en sus hogares; situación que se agrava en el caso de los niños con desnutrición, pues aunque el porcentaje es menor (25,6%, n=43) con respecto a aquéllos con IRA, la situación de carencia nutricional de los niños debe llevar al personal de salud a brindar adecuada consejería y acompañamiento sobre el manejo alimentario de éstos. De igual forma, el 60,5% (n=43) de los niños son dados de alta sin información de dónde buscar ayuda para mejorar su estado nutricional (Cuadro 3.28).

De manera similar a lo ocurrido en el servicio de consulta externa, en promedio al 45% de los cuidadores de los niños con IRA (n=1.091) y EDA (n=711) atendidos en urgencias y hospitalización, no se les explicó el motivo por el cual los menores se enfermaron. También llama la atención la alta omisión (entre 46 y 48%) de la educación en signos de alarma a los cuidadores de los menores con IRA (n=1.091) y EDA (n=711) atendidos en urgencias y hospitalización, y el alto porcentaje de los niños con EDA (54,3%, n=341), IRA (43,1%, n=395) y desnutrición (37,2%, n=15) a quienes no se les definió una cita de control que permitiera evaluar la evolución de su estado de salud (Cuadro 3.28).

Cuadro 3.28 Algunos temas de educación que deberían abordarse en la atención médica a niños con EDA, IRA y desnutrición. Servicio de urgencias y hospitalización. ENS-2007, Colombia

Variables	Categoría	Menores de 10 años					
		EDA		IRA		Desnutrición	
		No.	%	No.	%	No.	%
Educación de cómo preparar el suero en la atención	Sí	304	42,8	NA	NA	NA	NA
	No	407	57,2	NA	NA	NA	NA
Explicación de cómo alimentar al niño(a)	Sí	512	72	569	52,2	32	74,4
	No	199	28	522	47,8	11	25,6

Variables	Categoría	Menores de 10 años					
		EDA		IRA		Desnutrición	
		No.	%	No.	%	No.	%
Explicación de los líquidos que se pueden dar	Sí	531	74,7	605	55,5	NA	NA
	No	180	25,3	486	44,5	NA	NA
Explicación de por qué se enfermó	Sí	395	55,6	586	53,7	NA	NA
	No	316	44,4	505	46,3	NA	NA
Educación en signos de alarma en la atención	Sí	370	52	585	53,6	NA	NA
	No	341	48	506	46,4	NA	NA
Entendió cómo darle los medicamentos al niño(a)	Sí	561	99,3	887	98,8	20	100
	No	4	0,7	11	1,2	0	0
Explicación de qué hacer para obtener los medicamentos	Sí	487	83,1	807	84,8	14	63,6
	No	99	16,9	145	15,2	8	36,4
Definición de consulta de control	Sí	325	45,7	621	56,9	27	62,8
	No	386	54,3	470	43,1	16	37,2
Le dijeron en dónde podía conseguir ayuda para mejorar la nutrición.	Sí	NA	NA	NA	NA	17	39,5
	No	NA	NA	NA	NA	26	60,5

*NA: No Aplica, esta pregunta no fue incluida en la encuesta

Fuente: Encuesta de Usuarios. Encuesta Nacional de Salud de 2007. Colombia

Análisis descriptivo de la mortalidad general en los menores de 10 años en Colombia en el período 1998-2006

Entre los años 1998 y 2006 se registraron en Colombia 1.693.013 defunciones, de las cuales 156.545 fueron menores de 10 años, lo que equivale a un 9,2% del total de defunciones registradas (En el Cuadro 3.1 del Anexo se presenta la distribución por sexo y edad de la mortalidad general en Colombia).

El Gráfico 3.6 presenta la distribución porcentual de las muertes por grupos de edad. Entre los hombres, las defunciones registradas presentan una curva trifásica: un 8,0% corresponde a los menores de cinco años, el porcentaje disminuye durante el período escolar y aumenta progresivamente durante la adolescencia, para llegar a un segundo pico entre los 20 y 24 años; a partir de esta edad las defunciones disminuyen hasta los 50 años cuando aumentan progresivamente hasta el final de la serie. Entre las mujeres la proporción de defunciones disminuye durante la edad escolar y aumenta progresivamente hasta los 80 años, sin el pico que se da en los hombres jóvenes.

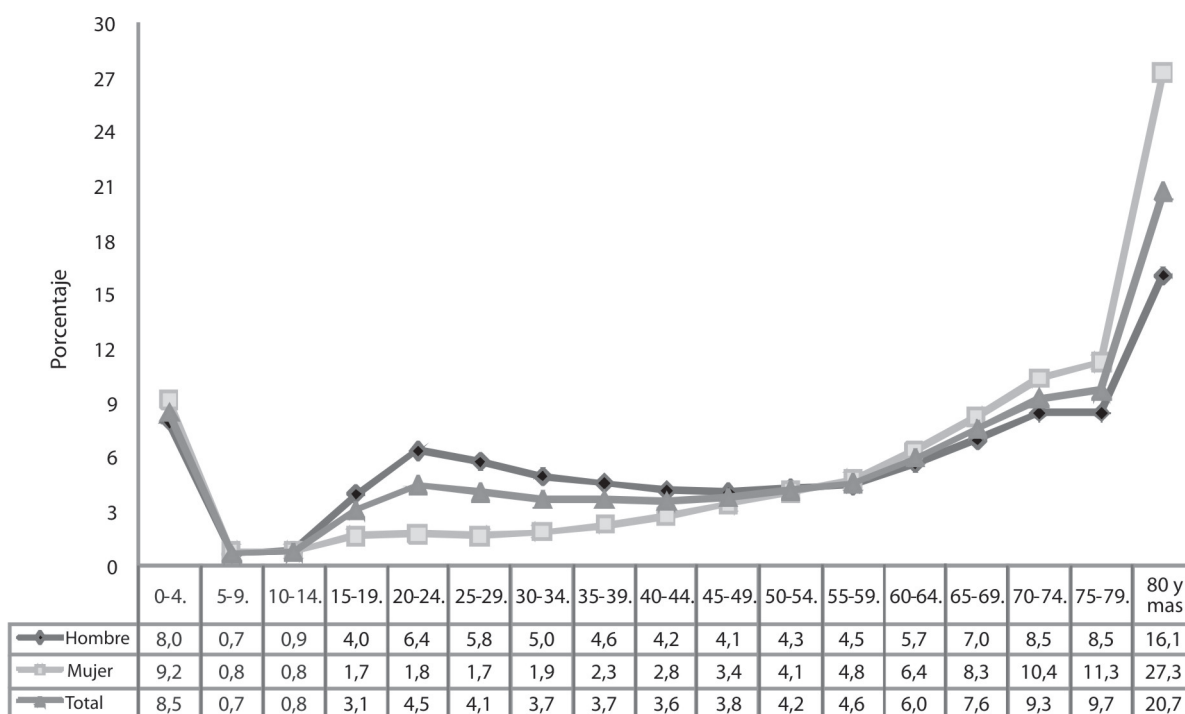
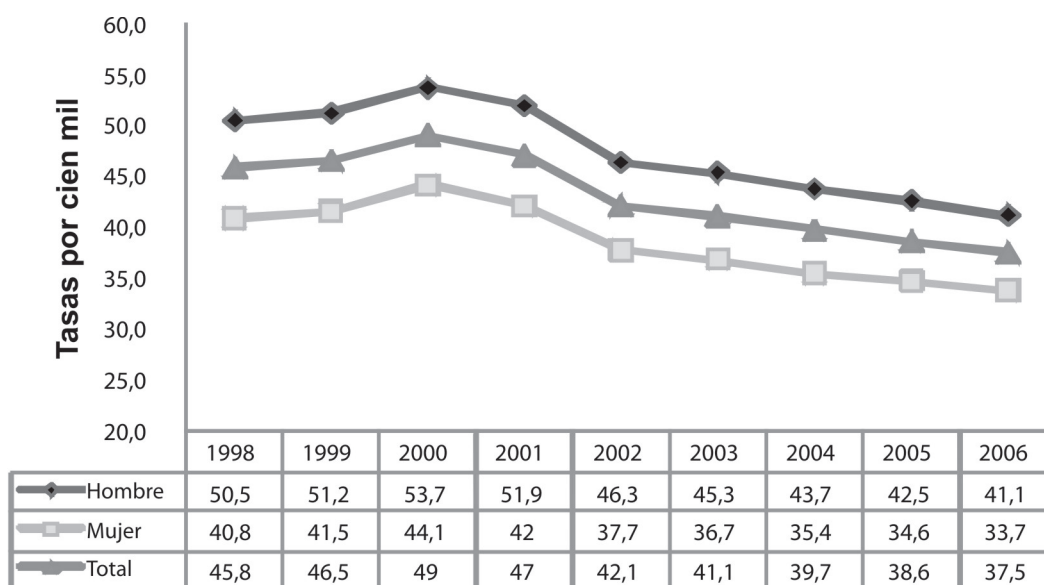


Gráfico 3.6 Distribución porcentual de las defunciones por sexo y grupo de edad. Mortalidad Registrada. Colombia 1998-2006

El análisis incluye las tasas específicas anuales de la mortalidad general por todas las causas en menores de 10 años. Como numerador se utilizaron las defunciones registradas en el grupo de edad en cada año y como denominador las proyecciones publicadas por el DANE posterior al Censo de 2005, sin ajustes censales con el fin de garantizar la comparación con otros estudios (Anexo, Cuadro 3.2).

Mortalidad en menores de 5 años

Las tasas de mortalidad en los menores de 5 años aumentaron entre 1998 y 2000, lo que puede corresponder al mejoramiento en el sistema de registros implementado en estos años por el DANE; a partir de 2000 se observa una disminución progresiva a lo largo de la serie. Según sexo, entre 1998-2006 las tasas de mortalidad de las niñas estuvieron siempre por debajo de las de los niños (Gráfico 3.7).



Fuente: DANE Registros de mortalidad Colombia 1998-2006

Gráfico 3.7 Mortalidad general en menores de 5 años. Tasas ajustadas por edad y sexo. Mortalidad Registrada. Colombia 1998-2006

Diez primeras causas de mortalidad en los niños menores de 2 años

Al analizar las 10 primeras causas de defunción en los menores de dos años, se observa que la causa que mayor peso proporcional aportó en el año 1998 fue el grupo de las afecciones del período perinatal (48,1%), en segundo lugar las malformaciones congénitas (12%), tercero el grupo de las enfermedades infecciosas y parasitarias (9%), cuarto las neumonías (7,9%), quinto las enfermedades del sistema respiratorio (3,5%); ocupa el sexto lugar la desnutrición (3,1%), el séptimo la meningitis, en el octavo se encuentran las causas externas y en el noveno los síntomas, signos y hallazgos no descritos en otra parte; en el décimo lugar está el ahogamiento y sumersión accidentales. En el subgrupo de las niñas, las primeras 9 causas, con algunos cambios de posición, coinciden con las de los niños, pero en el décimo lugar no se encuentra el ahogamiento sino las enfermedades del corazón (Anexo, Cuadro 3.3).

Para el año de 1999 no se observan diferencias entre niños con respecto a las diez primeras causas que, en general, son las mismas que las del año anterior con variaciones en el lugar que ocupan y la salida del grupo del ahogamiento y sumersión accidentales y otras enfermedades del corazón para entrar, en la novena posición, la septicemia.

En los años 2000 y 2001 no se observan cambios en la estructura de las diez primeras causas para los niños menores de 2 años. Como sucede durante todo el período de estudio, las dos primeras causas –afecciones del período perinatal y malformaciones congénitas– permanecen estables.

En los años 2002 y 2003 no se observan diferencias entre niños con respecto a las diez primeras causas, variando solo la posición que ocupan. Se observa, además, que para este año salen las defunciones causadas por la meningitis y entran, en la décima posición, las Enfermedades del Sistema Nervioso Central.

Entre los años 2004 y 2006 no hay cambios en la estructura de las diez primeras causas para los niños menores de 2 años, y como sucede durante todo el período de estudio las cinco primeras causas –afecciones del período perinatal, malformaciones congénitas, neumonía, enfermedades del sistema respiratorio y desnutrición– permanecen estables; se observan leves variaciones en los últimos dos lugares donde cambia de posición año a año enfermedades del sistema nervioso y enfermedades del sistema digestivo.

Diez primeras causas de mortalidad en los niños de 2 a 4 años

En el año 1998, la causa que mayor peso proporcional aportó en las defunciones entre los niños de 2 a 4 años de edad fueron los accidentes de transporte (11%), seguida de enfermedad infecciosas y parasitarias (9,7%), el tercer lugar lo ocupó el ahogamiento y sumersión accidentales (9,4%), el cuarto las causas externas (8,3%), el quinto la neumonía (7,5%), el sexto los síntomas, signos y hallazgos no descritos en otra parte (4,7%), el séptimo las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, el octavo las enfermedades del sistema respiratorio, el noveno la desnutrición y en la décima posición se ubicaron las leucemias (Anexo, Cuadro 3.4). En el subgrupo de las niñas, la primera causa correspondió a neumonía (14%), seguida de accidentes de transporte (10%), enfermedades infecciosas y parasitarias (7,9%), ahogamiento y sumersión accidentales (6,3%), causas externas (6,3%), malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, enfermedades del sistema respiratorio, enfermedades del sistema nervioso central, y síntomas, signos y hallazgos no descritos en otra parte.

En el año de 1999 predominan las causas de muerte por agentes externos y accidentales que ocupan los tres primeros lugares entre todas las causas; en los siguientes dos lugares se encuentran las enfermedades infecciosas; luego aparecen las malformaciones congénitas y las enfermedades del sistema respiratorio y el sistema nervioso central. La distribución en las niñas es un poco más heterogénea: los primeros lugares son ocupados por enfermedades infecciosas y agentes externos, y en el séptimo lugar aparece las leucemias seguido de la desnutrición y las enfermedades de los sistemas respiratorio y nervioso central. Un fenómeno preocupante se observa en la décima posición: las agresiones a las niñas entre 2 y 4 años.

Para el periodo que va de 2000 a 2006 no se observan cambios en la estructura de las diez primeras causas, siguen predominando las causas de muerte por agentes externos y accidentales y enfermedades infecciosas. En el caso de las niñas, se observa que en los años 2001, 2003 y 2005 la desnutrición ocupa el quinto lugar, y las agresiones aparecen en la novena causa de muerte en el 2002.

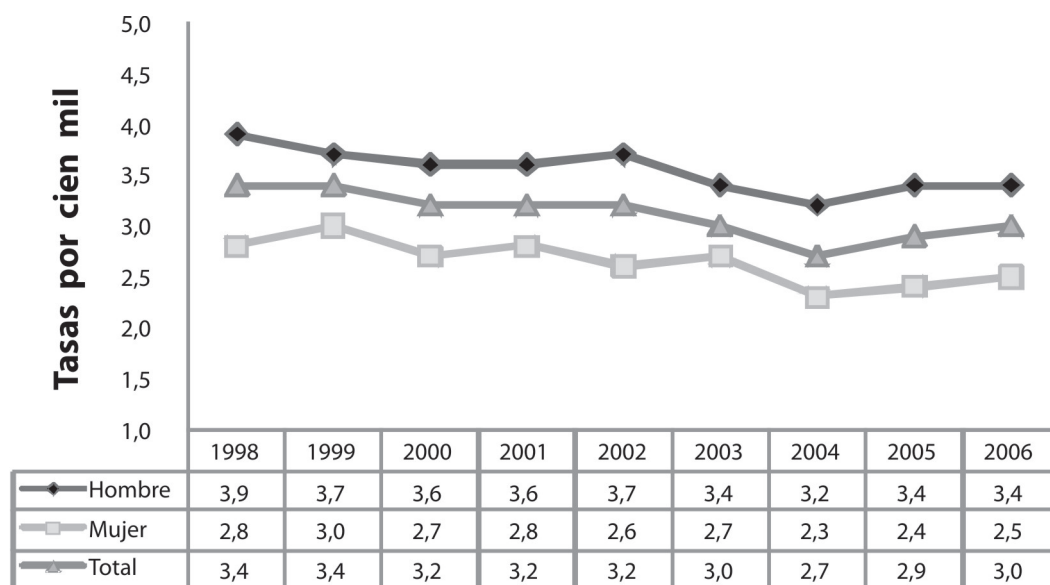
Diez primeras causas de mortalidad en los niños entre 5 y 9 años

La primera causa de muerte en los niños entre 5 y 9 años de edad, en el año de 1998, fue los accidentes de transporte (20%), seguida de ahogamiento y sumersión accidentales (8,2%), en el tercer lugar estuvo las causas externas (7,4%), en el cuarto las leucemias (5,6%), en el quinto la neumonía (5,5%), en el sexto las agresiones (5,2%), en el séptimo las enfermedades del sistema nervioso central, en el octavo las enfermedades del sistema respiratorio, en el noveno los síntomas, signos y hallazgos no descritos en otra parte y, en el décimo lugar, los tumores malignos. En el subgrupo de las niñas la primera causa coincidió con la de los niños, la siguen las leucemias (5,7%), agresiones (5,6%), enfermedades infecciosas y parasitarias (5,4%), el ahogamiento y sumersión accidentales (4,8%), seguida de neumonía, las enfermedades de los sistemas respiratorio y nervioso central y en el décimo lugar síntomas, signos y hallazgos no descritos en otra parte (Anexo, Cuadro 3.5).

Entre los años 1999 y 2006 no se observan cambios en la estructura de las diez primeras causas para los niños entre 5 y 9 años, siguen predominando las causas de muerte por agentes externos y accidentales y las ocasionadas por leucemias; posteriormente aparecen muertes ocasionadas por enfermedades de los sistemas respiratorio y nervioso central.

Tasas ajustadas de mortalidad en el grupo de edad escolar (5-9 años)

Las tasas ajustadas específicas de mortalidad disminuyeron de manera progresiva a lo largo de la serie, con un incremento leve en 1999 en el grupo de mujeres (Gráfico 3.8). En ambos sexos las tasas ajustadas más bajas se observaron en el año 2004.



Fuente: DANE Registros de mortalidad Colombia 1998-2006

Gráfico 3.8 Mortalidad general en niños de 5 a 9 años. Tasas ajustadas por edad y sexo. Mortalidad Registrada. Colombia 1998-2006

Análisis descriptivo de la mortalidad por EDA, IRA y desnutrición en los niños menores de 10 años en Colombia, en el período 1998-2006

Como ya se dijo, durante el período comprendido entre 1998 y 2006 en Colombia se registraron un total de 156.545 defunciones en menores de diez años. El 2000 fue el año en el cual se registró un mayor número de defunciones, 19.935, equivalente al 12,7% del total de muertes del período, seguido de los años 1999 y 1998. La menor proporción se presentó en el año 2006, con 14.799 casos (9,5%). El 56,3% (88.196) de las defunciones se presentaron en el sexo masculino y el 43,6% (68.309) en el sexo femenino. Con diagnóstico de desnutrición ocurrieron, en este período, un total de 6.469 defunciones en menores de diez años, equivalente al 4,1% del total de las defunciones. El 2001 fue el año en el que se registró un mayor número de muertes por esta causa: 1.088 casos (16,8%), seguido del 2000 con 794 casos (12,3%). El menor número de muertes se presentó en el año 2006 con 567 casos (8,8%).

En el mismo periodo se registraron 12.978 muertes por IRA –equivalente al 8,3% del total de las defunciones–, dos veces el total de muertes por desnutrición; los años en los cuales se observó el mayor número de casos fueron, en su orden, 1998, 2000 y 2001; la proporción de muertes por esta causa disminuye en 2005.

El número de defunciones registradas en los menores de 10 años por EDA, en este periodo, ascendió a 8.131 casos: menos que los registrados por IRA y más que los presentados por desnutrición. En 1998 se registró la mayor proporción de muertes por EDA, seguido de 2000, año en el que las muertes por esta causa ascendieron al 12,5% (1.019). En el 2006 se registró la menor proporción de casos del periodo: 6,4%. Las demás causas de muerte representaron el 87,3% (Cuadro 3.29).

Cuadro 3.29 Frecuencia de defunciones en menores de 10 años por desnutrición, IRA, EDA y otras causas. Mortalidad registrada Colombia 1998-2006

Año de defunción	Mortalidad con DNT		Mortalidad con IRA		Mortalidad con ERA		Mortalidad por otras causas		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
1998	613	9,5	1.773	13,7	1.591	19,6	16.695	12,2	19.138	12,2
1999	665	10,3	1.604	12,4	1.019	12,5	16.959	12,4	19.255	12,3
2000	794	10,3	1.733	13,4	1.067	13,1	17.355	12,7	19.935	12,7
2001	1.088	16,8	1.705	13,1	770	9,5	16.224	11,9	19.047	12,2
2002	756	11,7	1.301	10,0	913	11,2	14.918	10,9	17.021	10,9
2003	701	10,8	1.243	9,6	919	11,3	14.435	10,6	16.421	10,5
2004	618	9,6	1.228	9,5	729	9,0	13.760	10,1	15.647	10,0
2005	667	10,3	1.176	9,1	602	7,4	13.400	9,8	15.282	9,8
2006	567	8,8	1.215	9,4	521	6,4	13.001	9,5	14.799	9,5
Total	6.469	100,0	12.978	100,0	8.131	100,0	136.747	100,0	156.545	100,0

Fuente: DANE Registros de mortalidad Colombia 1998-2006

Al analizar las defunciones de la serie 1998-2006, según los diagnósticos de la CIE 10, se observa que el mayor porcentaje de los casos de mortalidad por desnutrición fueron diagnosticados como desnutrición proteicocalórica severa no específica y desnutrición proteicocalórica no especificada; diagnósticos como kwashiorkor y marasmo nutricional son de baja notificación. Con respecto a IRA, se observa que el mayor porcentaje de casos fueron diagnosticados con neumonía (87%) y bronquitis o bronquiolitis (9,3%); causas como tosferina, rinofaringitis, sinusitis, amigdalitis y laringitis fueron de baja frecuencia. Las defunciones registradas por EDA fueron diagnosticadas, en su mayoría, como enteritis debida a *campylobacter*, *yersenia*, *clostridium* y otras bacterias intestinales (48,1%), seguidas de las intoxicaciones alimentarias (25,4%), las diarreas y gastroenteritis de posible origen infeccioso (9,1%); las causas de menor notificación fueron la infección por escherichia, shigelosis y cólera (Anexo, Cuadro 3.6).

Al analizar la mortalidad por desnutrición se observa que ésta fue clasificada como causa básica de muerte en 6.469 registros, como causa directa en 892 casos, como causa antecedente 1, 2 ó 3 en 6.776 casos y, entre los otros estados patológicos, la desnutrición se registró en 5.526 casos, para un total de 6.884 en los cuales la desnutrición estuvo presente como causa desencadenante o asociada de la muerte de los menores (Cuadro 3.30).

Cuadro 3.30 Distribución de las defunciones en menores de 10 años con desnutrición según causa y edad. Mortalidad registrada Colombia 1998-2006

Grupo de edad	DNT como causa directa	DNT como causa Básica	DNT como causa antecedente			DNT como otros estados patológicos
			1	2	3	
< 2 años	738	5.615	1.813	2.812	1.239	4.539
de 2 a 4 años	97	593	196	285	122	624
de 5 a 9 años	57	261	98	143	68	363
Total	892	6.469	2.107	3.240	1.429	5.526

Fuente: DANE Registros de mortalidad Colombia 1998-2006

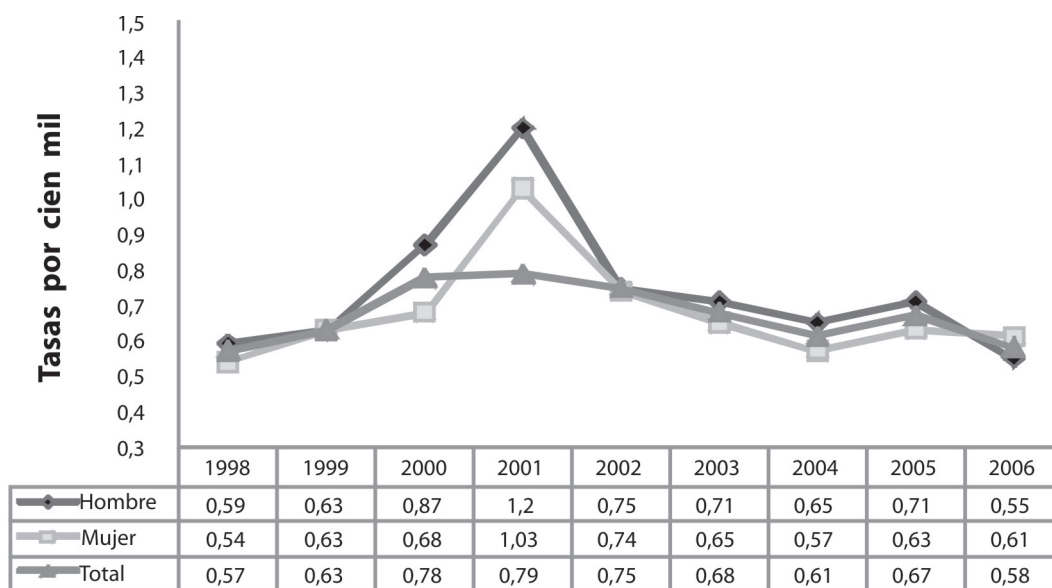
Tasas brutas y ajustadas de mortalidad por desnutrición

La tasa bruta de mortalidad por desnutrición en los niños menores de 10 años presentó una tendencia creciente desde 1998 hasta 2005, con un pico máximo en 2001, año en el que la tasa de mortalidad fue de 12.59 defunciones por cada 100 mil menores de 10 años habitantes, casi el doble de la de 1998; en 2006 se observa la menor tasa de toda la serie, equivalente a 6,15 defunciones por cada 100 mil habitantes. En el caso de las niñas la tendencia es similar a la observada en los niños desde 1998 hasta 2006, con un pico máximo en 2001. En 2006 se presenta una tasa

específica en los menores de 10 años de 6,47 defunciones por cada 100 mil habitantes (Anexo, Cuadro 3.7).

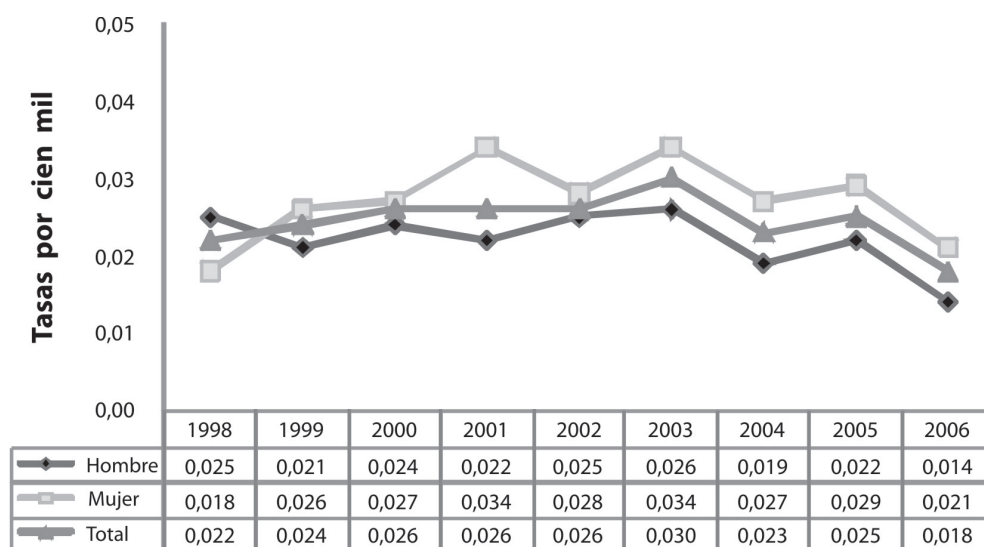
La tasa bruta de mortalidad por desnutrición en menores de dos años fue de 28,34 por 100 mil menores de dos años en 1998, 31,57 por 100 mil en 1999 y 38,84 por 100 mil en 2000. En estos años y en este grupo de edad se presentaron las tasas más altas en el país durante el período de estudio (1998-2006). Las tasas brutas de mortalidad por y asociada a la desnutrición –es decir, teniendo en cuenta todas las causas reportadas en el Certificado de Defunción–, en los mismos años y en el mismo grupo de edad (menores de dos años), fueron 52,6 por 100 mil en 1998, 44 por 100 mil en 1999 y 43,5 por cien mil en 2000. La comparación de las tasas por desnutrición y las tasas por y asociadas a desnutrición, en especial del año 1998, evidencia la importante subvaloración del problema cuando se tiene en cuenta solo la causa básica, pues el resultado es casi el doble entre las dos (Anexo, Cuadro 3.8).

El comportamiento de las tasas ajustadas de mortalidad por desnutrición, por sexo y por año en el período 1998-2006 se observa en los Gráficos 3.9, 3.10 y 3.11.



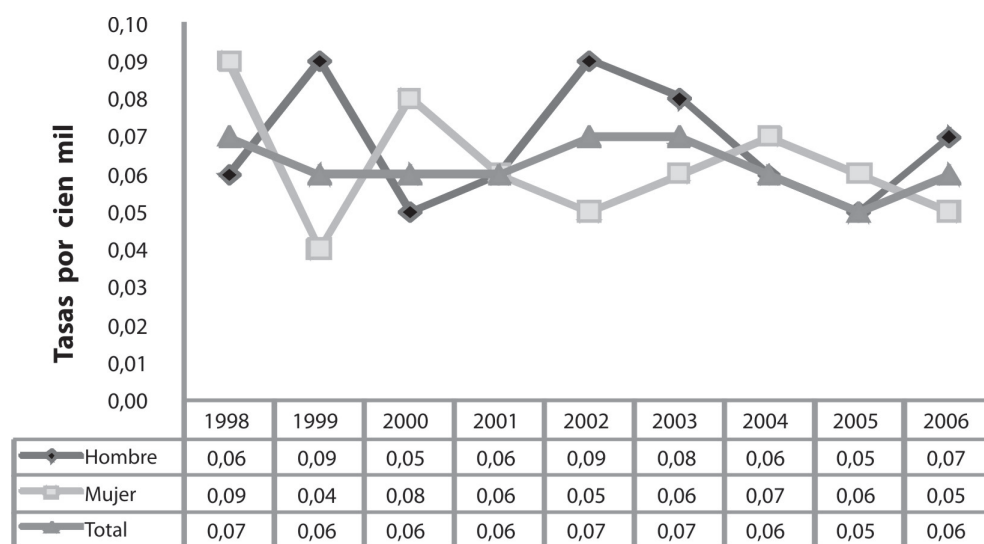
Fuente: Proyecciones de población del DANE; Registros de mortalidad del DANE Colombia 1985-2006

Gráfico 3.9 Mortalidad por desnutrición en menores de dos años. Tasas ajustadas. Colombia, 1998-2006.



Fuente: Proyecciones de población del DANE; Registros de mortalidad del DANE Colombia 1985-2006

Gráfico 3.10 Mortalidad por desnutrición en niños de 2 a 4 años. Tasas ajustadas. Colombia, 1998-2006.

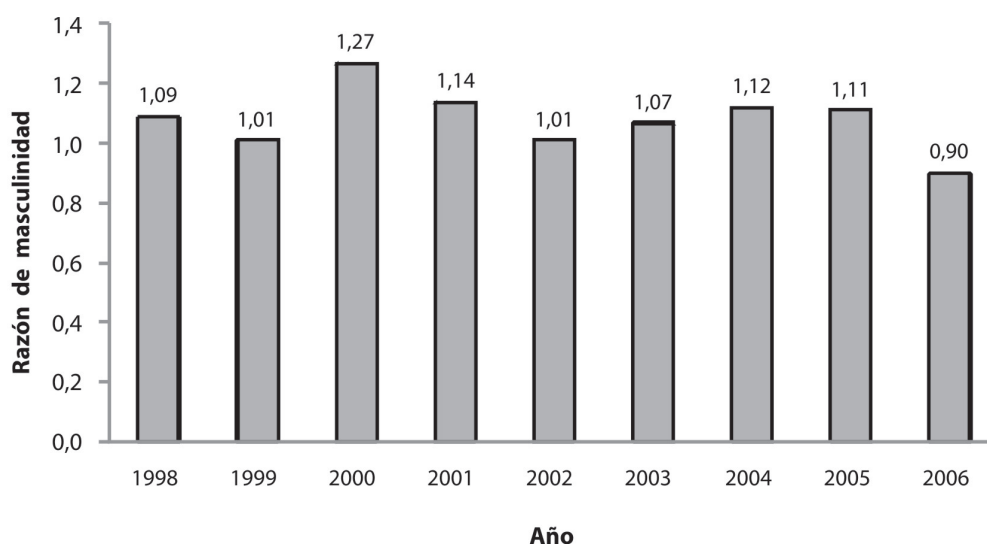


Fuente: Proyecciones de población del DANE; Registros de mortalidad del DANE Colombia 1985-2006

Gráfico 3.11 Mortalidad por desnutrición en niños de 5 a 9 años. Tasas ajustadas. Colombia, 1998-2006

Razón de masculinidad y razón comparativa de la mortalidad por desnutrición

Entre los menores de diez años, la razón de masculinidad calculada sobre tasas ajustadas sugiere que el riesgo de morir por desnutrición y trastornos carenciales es usualmente mayor entre los hombres a lo largo de toda la serie, pues esta razón siempre está por encima de 1 en casi todos los años (Gráfico 3.12).



Fuente: DANE Registros de mortalidad Colombia 1998-2006

Gráfico 3.12 Mortalidad por desnutrición, razón de masculinidad por año, sobremortalidad masculina (SM).

Mortalidad registrada Colombia 1998-2006

La distribución anual de la razón comparativa de la mortalidad, "RCM", sugiere que el riesgo de morir por trastornos carenciales en la infancia aumentó, de forma progresiva e irregular, hasta el final de la serie, con respecto a la tasa obtenida en el año 2006 (Cuadro 3.31; ver también Anexo, Gráfico 3.10).

Cuadro 3.31. Mortalidad por desnutrición. Razón Comparativa de Mortalidad -RCM- por año y sexo en menores de diez años. Colombia. 1998-2006

Año	Sexo					
	Hombres		Mujeres		Ambos sexos	
	RCM (1)	IC95%	RCM (1)	IC95%	RCM (1)	IC95%
1998	1,1	[0,9-1,3]	0,9	[0,8-1,1]	1,0	[0,9-1,1]
1999	1,2	[1,0-1,4]	1,0	[0,9-1,2]	1,1	[1,0-1,2]
2000	1,6	[1,3-1,8]	1,2	[1,0-1,3]	1,3	[1,2-1,5]
2001	2,1	[1,8-2,4]	1,7	[1,5-1,9]	1,4	[1,2-1,5]
2002	1,4	[1,2-1,6]	1,2	[1,1-1,4]	1,3	[1,2-1,5]
2003	1,3	[1,1-1,5]	1,1	[1,0-1,3]	1,2	[1,1-1,4]
2004	1,2	[1,0-1,4]	1,0	[0,8-1,2]	1,1	[1,0-1,2]
2006	1,3	[1,1-1,5]	1,1	[0,9-1,3]	1,2	[1,1-1,3]

(1) Tasa ajustadas por el método indirecto contra la estructura poblacional de Colombia 2006.

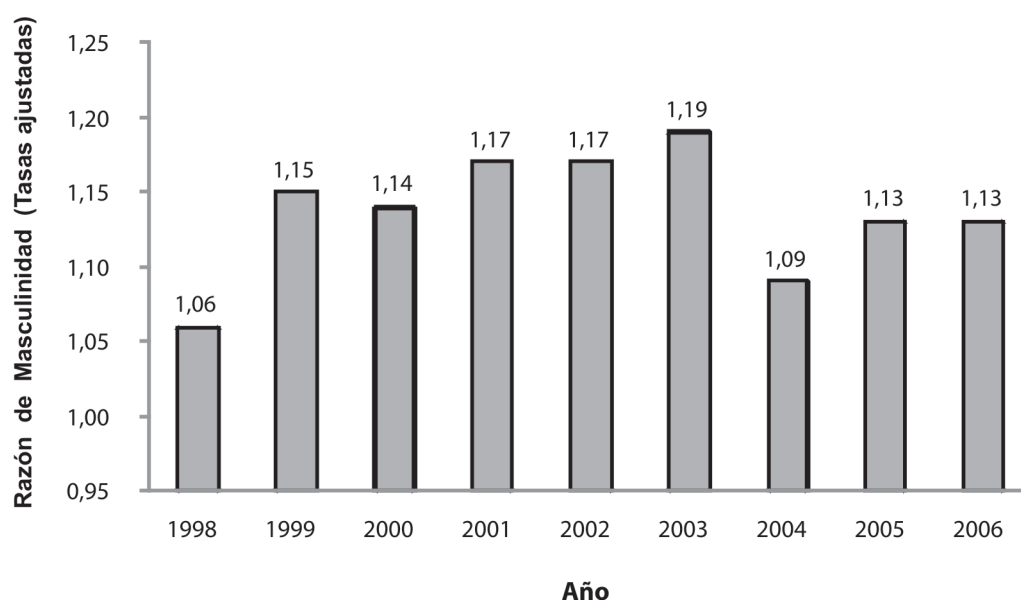
Fuente: Proyecciones de población del DANE; Registros de mortalidad del DANE Colombia 1985-2000

Tasas brutas y ajustadas de la mortalidad por infección respiratoria aguda

En los 9 años de la serie estudiada se registraron 12.978 defunciones por IRA, dos veces el total de muertes por desnutrición. La tasa bruta de mortalidad por IRA en los niños presentó una reducción desde 1998 (19,88) hasta el final de la serie, con picos entre 2001 y 2002; a partir de 2003 empieza de nuevo la reducción hasta 2006, año en el cual la tasa de mortalidad fue de 14,58 por 100 mil menores de 10 años; en las niñas las tasas son menores durante los años observados, en 1998 ésta fue de 18,94 por 100 mil y en 2006 la tasa fue de 13,13 defunciones por 100 mil (Anexo, Cuadro 3.9).

Razón de masculinidad y razón comparativa de la mortalidad por IRA

De acuerdo con la razón de masculinidad calculada con las tasas ajustadas contra la población estándar de OMS/OPS, los niños mostraron mayor riesgo de morir por IRA que las niñas, comportamiento que se mantuvo durante toda la serie con dos reducciones: en 1998 y en 2004 (Gráfico 3.13).



Fuente: DANE Registros de mortalidad Colombia 1998-2006

Gráfico 3.13. Mortalidad por IRA, razón de masculinidad por año, sobremortalidad masculina (SM).

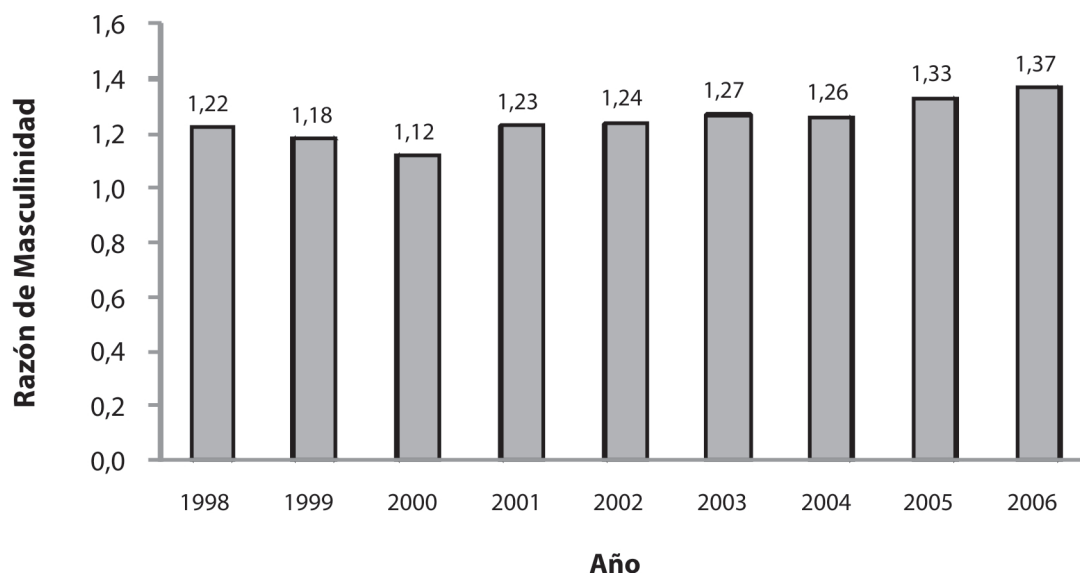
Mortalidad registrada Colombia 1998-2006

Tasas brutas y ajustadas de la mortalidad por enfermedad diarreica aguda

La tasa específica de mortalidad por EDA en los niños pasó de 17,48 defunciones por cada 100 mil menores de 10 años en 1998, a 5,95 defunciones por cada 100 mil habitantes en 2006. La misma tendencia se encontró en el caso de las niñas: pasó de 16,09 por cada 100 mil en 1998, a 5,13 por cada 100 mil en 2006 (Anexo, Cuadro 3.10).

Razón de masculinidad y razón comparativa de la mortalidad por EDA

La razón de masculinidad calculada sobre las tasas ajustadas sugiere que a lo largo de la serie los niños menores de 10 años muestran mayor riesgo de morir debido a EDA que las niñas de la misma edad, situación que se mantiene durante toda la serie; en el año 2006 se observa la mayor sobre-mortalidad masculina (Gráfico 3.14).



Fuente: DANE Registros de mortalidad Colombia 1998-2006

Gráfico 3.14. Mortalidad por EDA, razón de masculinidad por año, sobremortalidad masculina (SM). Mortalidad registrada Colombia 1998-2006

(Las tasas crudas de mortalidad por desnutrición, IRA y EDA en menores de 10 años, por departamento de residencia habitual y edad, entre los años de 1998 y 2006, se encuentran en el Anexo, Cuadros 3.11, 3.12 y 3.13).

Comportamiento de la mortalidad por EDA e IRA en menores de cinco años notificados al SIVIGILA entre 2003 y 2008

Según el reporte al SIVIGILA para los años comprendidos entre el 2003 y el 2008, la mortalidad por IRA y EDA en menores de cinco años en Colombia fue mayor en los años 2005 y 2006 (Cuadro 3.32).

Cuadro 3.32 Mortalidad por IRA y EDA en menores de 5 años notificados al SIVIGILA según año de presentación, Colombia, 2003-2008.

Año	IRA	EDA
2003	187	155
2004	277	175
2005	307	225
2006	304	179
2007	277	166
2008	174	119

Fuente: Datos del SIVIGILA 2003-2008

El mes en el que se presenta la mayor cantidad de muertes por IRA y EDA, en el período 2003-2008, es junio –con excepción del año 2006– (Anexo, Gráfico 3.11 y 3.12); para el caso particular de EDA, además de dicho mes, septiembre presenta un pico notable de muertes en los años 2008 y 2006. Entre las múltiples causas que pueden explicar el aumento de estas enfermedades en dichos meses está el factor climático: en junio se da una transición de la temporada invernal a la temporada seca, y en septiembre de la seca a la invernal (según el IDEAM).

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Los niños entre los seis y nueve años que se encuentran en situación de desplazados, no asegurados y afiliados al régimen subsidiado presentaron, según sus cuidadores, la mayor proporción en la percepciones de salud regular y mala, lo cual es un reflejo no solo de la difícil situación de salud de los menores, sino también de las condiciones de pobreza y la baja calidad de vida de esta población. Se recomiendan, por lo tanto, acciones multisectoriales que impacten los indicadores sociales y económicos del país como una manera de contribuir a la prevención de las muertes en los menores de diez años, en especial por desnutrición, IRA y EDA. Algunos de estos indicadores son el analfabetismo o el bajo nivel educativo, el desempleo, las necesidades básicas insatisfechas (NBI) y la línea de pobreza, entre otros.

Las dificultades presentadas por los cuidadores en la búsqueda de ayuda en los servicios de salud y la baja asistencia de los menores a los controles del niño sano, sugieren un cambio importante en el enfoque morbicéntrico vigente en nuestro sistema de salud y en las instituciones formadoras del talento humano en salud. A partir de este cambio se podrá generar en la comunidad una verdadera cultura de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, que lleve a los cuidadores de los menores a acudir de manera oportuna a dichos servicios cada vez que se requiera.

Es muy importante que los servicios de salud brinden una atención integral, equitativa y de calidad para evitar demandas insatisfechas en la población.

De acuerdo con los resultados obtenidos en el componente “características de la atención médica” y en el de mortalidad en menores de diez años, el grupo de edad que mostró el mayor riesgo de enfermar y morir por IRA, EDA y desnutrición fue el de los menores de dos años. Por lo tanto se recomienda focalizar las acciones de prevención de la enfermedad y promoción de la salud en este período. Algunas de estas acciones deben orientarse hacia una alimentación saludable, esquemas completos de vacunación, buen trato, monitoreo del crecimiento y desarrollo, control prenatal, planificación familiar, entre otros.

Con respecto a las dificultades en la toma de medidas antropométricas, la clasificación nutricional y el componente educativo en los menores con IRA, EDA y desnutrición atendidos en los servicios de consulta externa, urgencias u hospitalización, se sugiere el diseño de una estrategia de inducción y capacitación al personal nuevo y antiguo de las instituciones de salud en la detección temprana y manejo de estas enfermedades. Como mínimo, este proceso debe garantizar la adecuada aplicación de los estándares de crecimiento infantil de la OMS para la clasificación nutricional, el conocimiento del protocolo de manejo de la desnutrición grave y la consejería en alimentación infantil, aspectos contemplados en las pautas de la estrategia AIEPI; también es importante el fortalecimiento de competencias comunicativas que mejoren la interacción con la comunidad y las acciones que se deben desarrollar para el cumplimiento de los diez pasos que

conforman la estrategia IAMI (en caso de que la institución de salud se encuentre certificada como IAMI). De igual forma, es necesario generar espacios de reflexión en torno a los valores y la ética que mejore o fortalezca la actitud y la responsabilidad social del personal de la salud al momento de brindar una atención integral y equitativa a los niños, sin distinción de su nivel socioeconómico y afiliación al sistema de salud.

Como medida para el fortalecimiento de la clasificación nutricional de los niños que facilite la detección y por ende el tratamiento oportuno de la desnutrición, se recomienda el establecimiento de una política institucional y pública que determine la valoración nutricional a los menores de diez años que consulten a los diferentes servicios de salud. Para cumplir esta recomendación es importante garantizar en las instituciones la compra y calibración periódica de equipos adecuados para la toma de medidas antropométricas.

Teniendo en cuenta que las prácticas deficientes de lactancia materna y alimentación complementaria contribuyen en gran medida a la morbilidad y mortalidad por desnutrición, IRA y EDA en los primeros años de vida, es necesario garantizar que los cuidadores de los niños reciban una adecuada asesoría y acompañamiento en alimentación óptima de lactantes y niños pequeños por parte del personal de salud. De igual forma, se recomienda la conformación o fortalecimiento de redes de apoyo entre los grupos existentes en los municipios o departamentos del país y las instituciones de salud, con el fin de brindar acompañamiento permanente, personal y telefónico, ante cualquier duda o dificultad de las madres y sus familias en lactancia materna o alimentación complementaria, facilitando el empoderamiento de la comunidad en este tema y el trabajo conjunto con líderes comunitarios, grupos, programas y proyectos de infancia e instituciones de salud.

Se recomienda definir y desarrollar procesos continuos de auditoría de la calidad en las instituciones de salud del país; esta medida permitirá realizar seguimiento y acompañamiento de la atención en los menores de diez años en aspectos críticos tales como la aplicación de las pautas de las Estrategias IAMI y AIEPI, las normas técnicas establecidas por el Ministerio de la Protección Social para IRA, EDA y desnutrición y demás protocolos y programas dirigidos a mejorar la atención y las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en los niños.

Con el apoyo de líderes y otros actores sociales se debe impulsar la implementación de la Estrategia IAMI y AIEPI en la comunidad articulado al trabajo clínico e institucional en los servicios de salud, esto posibilitará la detección temprana, el manejo inicial y la remisión oportuna de los casos de IRA, EDA y desnutrición a las instituciones de salud, así como el despliegue de acciones relacionadas con la promoción de la salud. Idealmente este trabajo debe hacer parte de la aplicación de un modelo más macro que integre otras acciones dirigidas a las familias y comunidades como el de Atención Primaria en Salud (APS).

Se hace necesario fortalecer la atención en el control prenatal e incluir una adecuada evaluación alimentaria y nutricional de la mujer, en la que no solo se tomen las medidas antropométricas y

se clasifique su estado nutricional según el índice de masa corporal (IMC), sino también se realice una completa evaluación de la alimentación con el fin de prevenir dificultades en la salud tanto de la madre como del bebé. Estas acciones contribuirán a prevenir el bajo peso al nacer –una de las causas importantes de las muertes perinatales– y la desnutrición en los primeros años de vida.

En el informe mundial de la infancia, la UNICEF (2009:19) hace énfasis en la íntima unión existente entre la salud de los niños y la de las madres y, por lo tanto, las intervenciones para prevenir la muerte de ambos pueden llegar a ser las mismas. En esta dirección, las acciones más recomendadas son: la atención prenatal adecuada, la asistencia del parto con personal calificado, el acceso a una atención obstétrica en caso de ser necesario, la alimentación adecuada, la buena atención del recién nacido y la educación orientada a mejorar los hábitos de salud, higiene, lactancia y cuidado del bebé. Acciones encaminadas a lograr un proceso de atención continua de la salud materna, neonatal e infantil.

Con relación a las dificultades identificadas en el diligenciamiento de los Certificados de Defunción, en especial en las muertes por y asociadas a la desnutrición, se sugiere el diseño e implementación de un proceso de capacitación al personal médico que permita mejorar el registro de este importante documento y, por ende, el mejoramiento de las estadísticas vitales con las cuales se toman decisiones en el país. De acuerdo con los resultados de la comparación entre las muertes por IRA y EDA en menores de cinco años registradas en el Certificado de Defunción entre 2003 y 2006, y las defunciones notificadas al SIVIGILA, se recomienda evaluar el proceso de notificación en las instituciones de salud del país que atienden niños con el fin de identificar e intervenir las dificultades en dicho proceso.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Antioquia. Dirección Seccional de Salud y Protección Social (2009). "Estadísticas de la mortalidad por infección respiratoria aguda, enfermedad diarreica aguda y desnutrición en menores de cinco años en Antioquia". Colombia. Medellín. [Sitio disponible en]: <http://www.dssa.gov.co/index.php/estadisticas/mortalidad>. Consultado el 6 de diciembre de 2009.

Benguigui, Y., López, F. J., Schumunis, G. y Yunes, J. (eds.) (1999). *Infecciones respiratorias en niños*. Organización Panamericana de la Salud: Washington D.C.

Betancur, M., González, G., Ochoa, L., Roldán, P. y Caicedo, N. (2007). "Mortalidad por desnutrición en menores de cinco años en el departamento de Antioquia 2004: incidencia, tamización y factores de riesgo". En: *Revista de Salud por los Niños de las Américas, Saludarte*. 5(3):212-237.

Ministerio de la Protección Social de Colombia (2008). *Situación de Salud en Colombia. Indicadores básicos 2006*. Bogotá: Ministerio de la Protección Social.

Organización Mundial de la Salud (2000). "Plan de Seguridad Alimentario y Nutricional de Antioquia. Pautas del diagnóstico y tratamiento de la desnutrición". Ginebra: OPS.

Organización Panamericana de la Salud y Ministerio de la Protección Social de Colombia (2005). *Atención integral a las enfermedades prevalentes de la infancia –AIEPI–: curso clínico para profesionales de la salud*. Bogotá: OPS.

Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud (2000). "34ª Sesión del Subcomité de Planificación y Programación del Comité Ejecutivo. Salud de la Niñez". Ginebra: OPS.

UNICEF (2009). "Estado Mundial de la Infancia". [Sitio disponible en]: <http://www.unicef.org/spanish/sowc08/docs/sowc08-sp.pdf> Consultado: el 16 de diciembre de 2009.



ASIS
Análisis de Situación en Salud



Libertad y Orden
Ministerio de la Protección Social
República de Colombia



**UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA**
1803
Facultad Nacional de Salud Pública
"Héctor Abad Gómez"