



# ¿Cómo va la PRIMERA INFANCIA en Medellín?

## ALIADOS



**gencero**  
1ª generación cero  
desnutrición crónica 2030



MEDELLÍN  
**cómo vamos**

**PROANTIOQUIA**  
Fundación para el desarrollo



**Textos\*:**

Piedad Patricia Restrepo  
Directora de Medellín Cómo Vamos

Paula Andrea Hernández  
Profesional sénior de Medellín Cómo Vamos

**Edición y diseño:**

Taller de Edición  
[www.tallerdeedicion.co](http://www.tallerdeedicion.co)

**ISBN** 978-958-98307-2-7

\* Las autoras quieren agradecer el acompañamiento permanente en la elaboración de este informe de Diana María Pineda Ruiz, líder de Inversión Social y Generación de Conocimiento de la Fundación Éxito, y de Manuela Dummit Mejía, analista de Inversión Social de la misma institución, acompañamiento que no compromete en nada el contenido del informe. También agradecen a la Subdirección de Información del Departamento Administrativo de Planeación Municipal por la entrega de gran parte de la información usada aquí, así como a los programas Cali Cómo Vamos y Bogotá Cómo Vamos por los datos compartidos.



# CONTENIDO

## **Pág 8**    **Introducción**

## **Pág 10**    **Marco conceptual**

## **Pág 12**    **Marco de política nacional y local**

- Política de Estado para el desarrollo integral de la primera infancia De Cero a Siempre
- Política pública de atención integral a la primera infancia y programa Buen Comienzo

## **Pág 18**    **¿Cómo va la primera infancia en Medellín?**

- Población
- Vulnerabilidad
- Programa de atención integral a población vulnerable Buen Comienzo
- Privación en barreras de acceso a la primera infancia

## **Pág 36**    **Salud de la primera infancia**

## **Pág 36**    **Cobertura en salud**

## **Pág 49**    **Nutrición**

- Bajo peso al nacer
- Prevalencia de desnutrición
- Desnutrición crónica
- Desnutrición global
- Desnutrición aguda
- Prevalencia de anemia
- Lactancia materna reportada

## **Pág 68**    **Mortalidad**

- Mortalidad materna
- Mortalidad perinatal y neonatal
- Mortalidad en menores de un año
- Mortalidad en menores de cinco años
- Mortalidad por enfermedad diarreica aguda (EDA)
- Mortalidad por Infección Respiratoria Aguda (IRA)
- Mortalidad por desnutrición

## **Pág 94**    **Educación inicial**

- Comparación con Bogotá y Cali de las tasas de cobertura bruta en educación inicial y transición

## **Pág 99**    **Identidad**

## **Pág 101**    **Ambientes seguros y protegidos**

- Pautas de cuidado y crianza
- Amenaza y vulneración de derechos
- Violencia ejercida contra la primera infancia
- Violencia contra las mujeres

## **Pág 111**    **Condiciones materiales de habitabilidad**

## **Pág 117**    **Conclusiones**

## **Pág 122**    **Referencias bibliográficas**

# ÍNDICE DE GRÁFICOS Y TABLAS

## GRÁFICOS

- Gráfico 1** Medellín: población menor a seis años y menor a dos años, 2009-2016. **Pág 18**
- Gráfico 2** Representatividad de la población menor de seis años y menor de dos años sobre el total de la población, 2009-2016. **Pág 19**
- Gráfico 3** Medellín, Bogotá y Cali: participación de la población menor de seis años y menor de dos años sobre el total de la población, 2014-2016. **Pág 20**
- Gráfico 4** Medellín: población total y vulnerable menor de seis años, 2009-2016. **Pág 22**
- Gráfico 5** Medellín, Bogotá y Cali: población menor a seis años vulnerable, 2016. **Pág 24**
- Gráfico 6** Medellín: cobertura y número de niños de 0-5 años vulnerables atendidos en Buen Comienzo, 2009-2016. **Pág 26**
- Gráfico 7** Medellín: porcentaje de privación en barreras de acceso a primera infancia. **Pág 30**
- Gráfico 8** Medellín, Bogotá y Cali: porcentaje de hogares sisbenizados con barreras de acceso a primera infancia, 2016. **Pág 34**
- Gráfico 9** Medellín: porcentaje de nacidos vivos con cuatro controles prenatales o más, 2004-2016. **Pág 39**
- Gráfico 10** Medellín, Bogotá y Cali: atención institucional del parto, 2014-2016. **Pág 41**
- Gráfico 11** Medellín: porcentaje de atención institucional del parto, 2004-2016. **Pág 43**
- Gráfico 12** Medellín, Bogotá y Cali: cobertura de vacunación antipolio (segundo refuerzo), 2014-2016. **Pág 44**
- Gráfico 13** Medellín: cobertura de vacunación antipolio por dosis, 2014-2016. **Pág 45**
- Gráfico 14** Medellín, Bogotá y Cali: Cobertura vacunación -BCG- en recién nacidos (de 0 a 29 días y a partir de 1 mes hasta los 11 meses y 29 días), 2014-2016. **Pág 45**
- Gráfico 15** Medellín: cobertura de vacunación BCG (tuberculosis), 2014-2016. **Pág 46**
- Gráfico 16** Medellín, Bogotá y Cali: cobertura vacunación DPT (segundo refuerzo), 2014-2016. **Pág 47**
- Gráfico 17** Medellín: cobertura de vacunación DPT(hepatitis B, Haemophilus influenzae tipo B y difteria - tosferina - tétano) por dosis, 2014-2016. **Pág 47**
- Gráfico 18** Medellín, Bogotá y Cali: cobertura vacunación triple viral SRP (segundo refuerzo), 2014-2016. **Pág 48**
- Gráfico 19** Medellín: cobertura de vacunación en SRP (sarampión, rubeola y paperas) por dosis, 2014-2016. **Pág 48**
- Gráfico 20** Medellín, Bogotá y Cali: prevalencia del bajo peso al nacer (total), 2014-2016. **Pág 51**
- Gráfico 21** Medellín: prevalencia de bajo peso al nacer total, 2004-2016. **Pág 52**
- Gráfico 22** Medellín: proporción de bajo peso al nacer total, promedio de las cinco comunas



y corregimientos con menor tasa promedio versus promedio de las cinco comunas y corregimientos con mayor tasa promedio, 2005-2015. [Pág 54](#)

**Gráfico 23** Medellín: proporción de bajo peso al nacer a término, promedio de las cinco comunas y corregimientos con menor proporción versus promedio de las cinco comunas y corregimientos con mayor proporción, 2005-2015. [Pág 54](#)

**Gráfica 24** Medellín: prevalencia de desnutrición crónica, estatura baja para la edad en menores de seis años y menores de dos años, 2011-2016. [Pág 58](#)

**Gráfico 25** Medellín: porcentaje de niños y niñas menores de dos años en riesgo de desnutrición crónica (talla/edad), 2012-2016. [Pág 59](#)

**Gráfica 26** Medellín: prevalencia de desnutrición global, peso bajo para la edad en menores de seis años y menores de dos años, 2011-2016. [Pág 60](#)

**Gráfico 27** Medellín: porcentaje de niños y niñas menores de dos años en riesgo de desnutrición global (peso/edad). [Pág 60](#)

**Gráfico 28** Medellín: prevalencia de desnutrición aguda, peso bajo y muy bajo para la estatura en menores de seis años y menores de dos años, 2011-2016. [Pág 61](#)

**Gráfico 29** Medellín: porcentaje de niños y niñas menores de dos años en riesgo de desnutrición aguda (peso/talla), 2012-2016. [Pág 62](#)

**Gráfico 30** Medellín: prevalencia de anemia en niños de 1 a 4 años, 2005-2016. [Pág 64](#)

**Gráfico 31** Medellín: ¿le dan solamente leche materna como alimento al bebé? (hogares con niños con edades entre 0 y 6 meses), 2017. [Pág 66](#)

**Gráfico 32** Medellín: ¿Recuerda hasta cuando se le dio leche materna como alimento único al niño? (hogares con niños con edades entre 7 meses y 5 años), 2017. [Pág 66](#)

**Gráfico 33** Medellín: ¿Recuerda hasta cuando se le dio leche materna como alimento único al niño? (hogares con niños con edades entre 7 meses y 2 años), 2017. [Pág 67](#)

**Gráfico 34** Medellín: ¿Recuerda hasta cuando se le dio leche materna como alimento único al niño? (hogares con niños con edades entre 3 y 5 años), 2017. [Pág 67](#)

**Gráfico 35** Razón de mortalidad materna (por cada cien mil nacidos vivos), 2004-2015. [Pág 70](#)

**Gráfico 36** Medellín: tasas de mortalidad perinatal y neonatal (por mil nacidos vivos), 2004-2015. [Pág 74](#)

**Gráfico 37** Medellín, Bogotá y Cali: Mortalidad infantil (menores de un año) por cada mil nacidos vivos. [Pág 76](#)

**Gráfico 38** Medellín: mortalidad infantil (menores de un año) por cada mil nacidos vivos, 2008-2016. [Pág 76](#)

**Gráfico 39** Medellín: distribución de la mortalidad evitable en menores de cinco años por edades simples, 2013-2016. [Pág 77](#)

**Gráfico 40** Medellín: distribución de la mortalidad evitable en los menores de un año por causas, 2013-2016. [Pág 78](#)

**Gráfico 41** Medellín: tasa de mortalidad infantil para menores de 1 año, promedio de las 5 comunas y corregimientos con menor tasa promedio versus promedio de las 5 comunas y corregimientos con mayor tasa promedio, 2005-2015. [Pág 80](#)

**Gráfico 42** Medellín, Bogotá y Cali: Mortalidad en la niñez (menores de cinco años) por cada mil nacidos vivos, 2014-2016. [Pág 82](#)

**Gráfico 43** Medellín: mortalidad en la niñez (menores de cinco años) por cada mil nacidos vivos, 2008-2016. [Pág 83](#)

**Gráfico 44** Medellín: tasa de mortalidad infantil para menores de 5 años, promedio de las 5 comunas y corregimientos con menor tasa promedio versus promedio de las 5 comunas y corregimientos con mayor tasa promedio, 2005-2015. [Pág 85](#)

**Gráfico 45** Tasa de mortalidad por EDA en menores de cinco años (por cada cien mil menores de cinco años), 2004-2015. [Pág 87](#)

**Gráfico 46** Medellín: tasa de mortalidad por IRA en menores de cinco años (por cada cien mil menores de cinco años), 2004-2015. [Pág 89](#)

**Gráfico 47** Medellín: tasa de mortalidad por IRA para menores de 5 años, promedio de las 5 comunas y corregimientos con menor tasa promedio versus promedio de las 5 comunas y corregimientos con mayor tasa promedio, 2005-2015. [Pág 91](#)

**Gráfico 48** Medellín: tasa de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años (por cada cien mil menores de cinco años), 2005-2015. [Pág 93](#)

**Gráfico 49** Medellín: cobertura neta en educación inicial, 2008-2016. [Pág 94](#)

**Gráfico 50** Medellín: Cobertura bruta educación inicial, 2008-2016. [Pág 95](#)

**Gráfico 51** Medellín: Cobertura neta en transición, 2008-2016. [Pág 95](#)

**Gráfico 52** Medellín: cobertura bruta en transición. 2008-2016. [Pág 96](#)

**Gráfico 53** Medellín: formas de castigo a los menores de 13 años, 2017. [Pág 102](#)

## TABLAS

**Tabla 1** Componentes del índice Sisbén III. [Pág 18](#)

**Tabla 2** Medellín: porcentaje de niños y niñas menores de seis años registrados en el Sisbén por comunas y corregimientos, 2013-2016. [Pág 23](#)

**Tabla 3** Días de atención efectivos en las modalidades del programa Buen Comienzo, 2013-2016. [Pág 28](#)

**Tabla 4** Comunas y corregimientos en Medellín: porcentaje de hogares con menores de seis años con privación en barreras de acceso a primera infancia, 2012-2016. [Pág 32](#)

**Tabla 5** Medellín, comunas y corregimientos: porcentaje de hogares con menores de seis años con privación en barreras de acceso a la primera infancia en sus tres componentes, 2012-2016. [Pág 34](#)

**Tabla 6** Colombia: esquema de vacunación para la primera infancia. [Pág 42](#)

**Tabla 7** Medellín, comunas y corregimientos: prevalencia de bajo peso al nacer (total), 2005-2015. [Pág 52](#)

**Tabla 8** Medellín, comunas y corregimientos: prevalencia de bajo peso al nacer (a término), 2005-2015. [Pág 53](#)

**Tabla 9** Medellín, sus comunas y corregimientos: razón de mortalidad materna por cada 100.000 nacidos vivos, 2009-2015. [Pág 71](#)

**Tabla 10** Medellín, sus comunas y corregimientos: mortalidad infantil (menores de un año) por cada mil nacidos vivos, 2005-2015. [Pág 79](#)

**Tabla 11** Principales causas de mortalidad en menores de seis años y participación en el total de fallecimientos, 2013-2016. [Pág 83](#)

**Tabla 12** Medellín, sus comunas y corregimientos: mortalidad en la niñez (menores de cinco años) por cada 1000 nacidos vivos, 2005-2015. [Pág 83](#)

**Tabla 13** Medellín, sus comunas y corregimientos: mortalidad por EDA (menores de cinco años) por cada 1000 nacidos vivos, 2005-2015. [Pág 87](#)

**Tabla 14** Medellín, sus comunas y corregimientos: mortalidad por IRA (menores de cinco años) por cada mil nacidos vivos, 2005-2015. [Pág 90](#)

**Tabla 15** Medellín, sus comunas y corregimientos: mortalidad por desnutrición (menores de cinco años) por cada 1000 nacidos vivos, 2005-2015. [Pág 93](#)

**Tabla 16** Medellín, Bogotá y Cali: tasa de cobertura bruta en educación inicial, 2014- 2016. [Pág 97](#)

**Tabla 17** Medellín, Bogotá y Cali: tasa de cobertura bruta en transición, 2014- 2016. [Pág 98](#)

**Tabla 18** Medellín: porcentaje de niños y niñas menores de seis años vulnerables con registro civil de nacimiento. 2013-2016. [Pág 100](#)

**Tabla 19** Medellín: porcentaje de formas de castigo a los menores de 13 años por niveles socioeconómicos (NSE) y por número de niños en el hogar, 2017. [Pág 103](#)

**Tabla 20** Medellín, Bogotá y Cali: casos de niños y niñas menores de seis años en Proceso Administrativo de Restablecimiento de Derechos, 2014-2016. [Pág 105](#)

**Tabla 21** Medellín: número de casos de algunos delitos que atentan contra la seguridad e integridad de los menores de seis años. [Pág 105](#)

**Tabla 22** Medellín: mortalidad por causa externa en menores de 6 años, según comuna de ocurrencia del hecho. Medellín 2013-2016p. [Pág 107](#)

**Tabla 23** Medellín, Bogotá y Cali: número de casos y tasa de victimización en la primera infancia por conflicto armado, 2014-2016. [Pág 108](#)

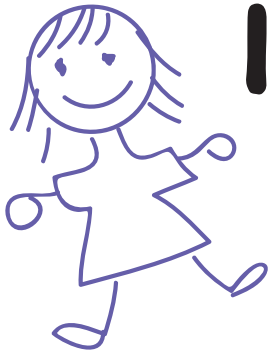
**Tabla 24** Medellín: violencia intrafamiliar contra la mujer, 2017. [Pág 109](#)

**Tabla 25** Medellín: porcentaje de violencia intrafamiliar contra la mujer por niveles socioeconómicos (NSE), 2017. [Pág 110](#)

**Tabla 26** Medellín: porcentaje de niños menores de seis años vulnerables con conexión a servicios públicos en los hogares donde viven , 2013-2016. [Pág 113](#)

**Tabla 27** Medellín: porcentaje de niños menores de seis años vulnerables que viven en hogares con pisos y paredes adecuadas, 2013-2016. [Pág 114](#)

**Tabla 28** Medellín: porcentaje de menores de seis años vulnerables que viven en hogares donde duermen más de cinco personas por cuarto, 2013-2016. [Pág 116](#)



# INTRODUCCIÓN

En el año 2015, la Red de Ciudades Cómo Vamos, en alianza con la Fundación Corona, Equidad para la Infancia y la Universidad Javeriana, realizó un primer ejercicio de seguimiento a la primera infancia en siete ciudades colombianas, a saber: Barranquilla, Bogotá, Bucaramanga, Cali, Cartagena, Manizales y Medellín. El objetivo central de esa primera aproximación fue...

concerniente a la atención a la primera infancia, que se ha traducido en un documento de trabajo en torno al desarrollo temprano de esta construido en el año 2008 y en tres mesas de discusión sobre el programa de atención integral Buen Comienzo en momentos cruciales de los programas y políticas tanto del orden nacional como local, así como el seguimiento a algunos indicadores de dicho programa, motivaron a la Fundación Éxito, a la Fundación Sofía Pérez de Soto y a la Fundación Proantioquia a apostarle a un segundo ejercicio de seguimiento para Medellín que diera continuidad a la línea de base construida para el año 2013 en el primero.


El convencimiento de que la apuesta más inteligente que como sociedad podemos hacer es invertir en el bienestar de la primera infancia, como está demostrado con abundante evidencia científica, y que para ello es fundamental conocer cómo se encuentra esta en todos los aspectos cruciales de su desarrollo, motiva la realización de este informe.

Se tomó como base del ejercicio la metodología de seguimiento propuesta por la Fundación Corona y los otros aliados, y se complementó bajo la perspectiva que establece la política pública de primera infancia del país, promulgada en la Ley 1804 de 2016. La política, bajo una perspectiva de derechos y con un enfoque de gestión por resultados, busca garantizar que en todos los entornos en los que transcurre la vida

*... proporcionar evidencias sobre las condiciones de vida y las inequidades que afectan a la primera infancia en las principales ciudades de Colombia. Con ello, se espera hacer un aporte para el desarrollo de políticas públicas locales, potenciar el impacto de los programas nacionales e incidir para mejorar la implementación de intervenciones que permitan alcanzar la amplia realización de los derechos y el potencial de todas las niñas y los niños del país. Se busca poner una mirada centrada en asegurar una efectiva equidad en el alcance de estos derechos<sup>1</sup>.*

<sup>1</sup> Fundación Corona y otros, 2015, p. 6.

El impacto de este ejercicio, sumado a la experiencia del programa Medellín Cómo Vamos en el análisis sistemático de indicadores de calidad de vida, bajo un enfoque sectorial, además del interés del programa desde su creación en lo



de los niños y niñas existan las condiciones humanas, sociales y materiales para garantizar la promoción y potenciación de su desarrollo.

La perspectiva de derechos se manifiesta en la vida cotidiana de la primera infancia en lo que la política denomina realizaciones. Su buen logro permite afirmar que como resultado de la atención integral se asegura que cada niña y cada niño 1) cuenta con padre, madre, familiares o cuidadores principales que lo acogen y que ponen en práctica pautas de crianza que favorecen su desarrollo integral; 2) vive y disfruta del nivel más alto posible de salud; 3) goza y mantiene un estado nutricional adecuado; 4) crece en entornos que favorecen su desarrollo; 5) construye su identidad en un marco de diversidad; 6) expresa sentimientos, ideas y opiniones en sus entornos cotidianos y estos son tenidos en cuenta y 7) crece en entornos que promocionan sus derechos y actúan ante la exposición a situaciones de riesgo o vulneración.

Lo anterior llevó a incluir en este informe indicadores de resultado que respondieran a las siete realizaciones enunciadas por la política. El conjunto de indicadores está supeditado a la disponibilidad de información. Así, se cuenta con información comprensiva para las realizaciones uno, dos, tres, cuatro y siete; pero con información parcial de la realización cinco, pues solo se tiene el indicador básico de identidad (si tiene registro civil de nacimiento); no hay información de la realización seis.

La línea de base para el análisis no es similar para todos los indicadores incluidos, pues está sujeta a la comparabilidad de las series que, por diversos motivos, pero especialmente por la consolidación de los sistemas de información o por los cambios de metodología de medición, varían entre indicadores. Para la mayoría de indicadores, la línea de base para el análisis de la

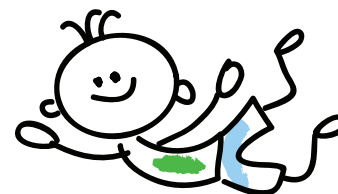
ciudad en su conjunto es el año 2009, coincidente con la línea de base de la información del programa Buen Comienzo.

Se incluyen en este informe datos de comunas y corregimientos para algunos de los indicadores disponibles para la ciudad en su conjunto, de acuerdo con su disponibilidad; estos indicadores buscan reflejar si acaso existen diferencias en los resultados del desarrollo de niños y niñas dependiendo del lugar donde viven; la línea de base más recurrente para esta información es el 2013.

También se incluye en este informe una comparación de algunos indicadores con las ciudades de Bogotá y Cali por estas tener características en nivel de desarrollo socioeconómico y capacidades institucionales similares a las de Medellín. En este caso, el periodo de análisis es 2014-2016, dando continuidad al primer informe de seguimiento de la Fundación Corona y sus aliados, cuyo análisis se realizó para el año 2013.

Con este documento esperamos evidenciar la evolución del desarrollo integral de los niños y las niñas menores de seis años y llamar la atención sobre los desafíos que aún enfrentan, especialmente para aquellos en condición de vulnerabilidad. También buscamos propiciar un debate permanente basado en datos confiables, para lo cual será necesario consolidar un único sistema de información en el país que nos permita poner en el centro a los niños y niñas en una perspectiva de desarrollo integral, lo que significa que todos los grupos de interés puedan acceder a información de la primera infancia en perspectiva de derechos y realizaciones, consagrados en la política pública nacional Cero a Siempre y acogidos, a su vez, por la política pública local; esto redundará en una acción pública y colectiva más eficaz para garantizar el desarrollo integral de la primera infancia no solo en Medellín, sino en todo el país.

# MARCO CONCEPTUAL



En el campo de las ciencias sociales y otras disciplinas como la medicina, la neuropsicología y la nutrición, las investigaciones recientes cada vez más evidencian la importancia del desarrollo integral durante las etapas más tempranas de la vida, demostrando que si durante los primeros años de vida, incluyendo la gestación, los niños y las niñas no logran alcanzar su máximo potencial de desarrollo y crecimiento, los riesgos para la vida futura son inminentes.

De acuerdo con investigaciones científicas, el desarrollo del cerebro es acelerado y crítico durante los primeros años de vida; tanto el desarrollo de su anatomía como el de sus estructuras y sus funciones superiores pueden establecer trayectorias en la salud física y mental, en el comportamiento y en los procesos de aprendizaje a través de todo el ciclo vital. La evidencia demuestra que estas trayectorias son muy difíciles de cambiar durante las etapas posteriores de la vida.

Al respecto, diferentes hallazgos científicos han evidenciado que el desarrollo temprano insuficiente genera riesgos en diferentes dimensiones de la vida. Por ejemplo, disminuye la probabilidad de tener un desempeño escolar adecuado, aumenta el riesgo de recibir salarios menores en la adultez, de padecer problemas de salud física o mental, de cometer delitos y de consumir sustancias psicoactivas.

A propósito de los riesgos para la salud, un estudio longitudinal en Suecia demostró que

los niños que se desenvuelven en ambientes pobres, es decir, donde hay abandono y abuso durante los primeros años del desarrollo, muestran más probabilidad de tener una mala salud en la edad adulta (Mustard, 2007). Estos hallazgos son compatibles con otros estudios que demuestran que las experiencias del cerebro en la primera infancia pueden alterar los patrones que afectan las emociones, el comportamiento y la vulnerabilidad a la depresión; también predisponen a enfermedades arteriales coronarias y al aumento del riesgo de adicciones al alcohol o a las drogas (Mustard, 2007). Así mismo, se ha señalado que la pobreza, la desnutrición y la estimulación temprana inadecuada, factores de riesgo ineludibles del proceso de desarrollo, se asocian con mayores probabilidades de mortalidad y morbilidad infantil (Shonkoff *et al.*, 2012; Walker *et al.*, 2011).

Por otro lado, la experiencia en distintos países y los estudios económicos sobre los programas sociales focalizados para la atención integral de esta población han demostrado que la inversión social en esta etapa de la vida genera altas tasas de retorno y que es costo-efectiva para los países, siendo así una herramienta fundamental para el desarrollo de capital social (...). A propósito de este tema, y refiriéndose más a las consecuencias socioeconómicas de la acumulación de generaciones de niños y niñas con deficiencias en el desarrollo integral, es que



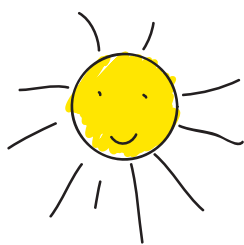


autores tan relevantes como Heckman (2006) han descrito ampliamente cómo estos rezagos tienen efectos nocivos, ya que se traducen en una perpetuación de las inequidades sociales y la transmisión intergeneracional de la pobreza.

Desde un análisis del curso de vida, la atención integral en primera infancia también tiene beneficios que se observan en la movilidad social, dado que sin una atención pertinente y adecuada de los niños y las madres, se generan muchas de las desigualdades que se perpetúan a lo largo de la vida. Asimismo, los más altos beneficios sociales se obtienen de las inversiones

que ocurren en los primeros años. Esto hace de la educación inicial uno de los soportes fundamentales para el desarrollo de los niños, el cual se configura en la base sobre la que ocurre el desarrollo posterior (DNP, 2014, p. 228).

En un nivel macro, la atención integral ayuda a reducir el porcentaje de población que vive en la pobreza al mejorar la equidad en las capacidades cognitivas, la salud y el ingreso; asimismo, reduce la violencia, mejora la estabilidad social y la calidad del capital humano potenciando el crecimiento y el desarrollo económico (Mustard, 2007, p. 60).



# Marco de política NACIONAL Y LOCAL



## POLÍTICA DE ESTADO PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA PRIMERA INFANCIA DE CERO A SIEMPRE

La primera infancia comprende el periodo de vida que va desde la gestación hasta antes de los seis años. En el país, al año 2014 había 5.162.488 niños y niñas menores de seis años (un 51,2 % eran niños y un 48,8 % eran niñas). A 2018 se proyecta un total de 5.220.203<sup>2</sup> niños y niñas, con idéntica participación entre ellas y ellos, para un crecimiento proyectado del 1 % entre 2014-2018.

El propósito del actual Plan Nacional de Desarrollo “Todos por un nuevo país, 2014-2018” es atender de forma integral y con calidad como mínimo a 2.000.000 de niños y niñas en todo el territorio nacional. Dicha meta implica atender a aproximadamente un 38,5 % de la población en primera infancia y a un 83 % de la población en situación de vulnerabilidad (2.400.000 están en la pobreza<sup>3</sup>).

<sup>2</sup> DANE. Estimaciones de población 1985-2005 (4) y proyecciones de población 2005-2020 nacional, departamental y municipal por sexo y edades simples de cero a 26 años.

<sup>3</sup> Turriago (2015).


Asimismo, el Plan Nacional de Desarrollo se fijó como una de sus metas la creación de una política pública de atención integral a la primera infancia. “Ante los positivos resultados de la estrategia De Cero a Siempre en todo el territorio nacional durante los últimos cuatro años, el Gobierno nacional impulsará un proyecto de ley para que la estrategia se convierta en una política de Estado, y así asegurar su sostenibilidad”<sup>4</sup>.

La política pública de desarrollo integral de la primera infancia De Cero a Siempre se concretó en la Ley 1804 del 2 de agosto de 2016. Esta política tiene el objetivo de fortalecer el marco institucional para “el reconocimiento, la protección y la garantía de los derechos de las mujeres gestantes y de los niños y niñas de cero a seis años, así como la materialización del Estado social de derecho”<sup>5</sup>.

<sup>4</sup> DNP (2014).

<sup>5</sup> Ley 1804 de 2016.





La política establece la necesidad de un trabajo articulado e intersectorial que en una perspectiva de derechos y con un enfoque de gestión por resultados permita garantizar que en todos los entornos en los que transcurre la vida de los niños y las niñas existan las condiciones humanas, sociales y materiales para garantizar la promoción y potenciación de su desarrollo. La atención integral debe garantizarse de acuerdo con la edad, el contexto y la condición de la primera infancia (Ley 1804, art. 2).

El desarrollo integral de los niños y las niñas es el propósito principal de la política. Este es entendido como “el proceso singular de transformaciones y cambios de tipo cualitativo y cuantitativo mediante el cual el sujeto dispone de sus características, capacidades, cualidades y potencialidades para estructurar su identidad y su autonomía” (Ley 1804 de 2016, art. 4).

A las maneras concretas como se manifiestan los derechos en la vida de los niños y las niñas la política pública las denomina “realizaciones”. Su buen logro permite afirmar que como resultado de la atención integral se asegura que cada niña y cada niño 1) cuenta con padre, madre, familiares o cuidadores principales que lo acogen y ponen en práctica pautas de crianza que favorecen su desarrollo integral; 2) vive y disfruta del nivel más alto posible de salud; 3) goza y mantiene un estado nutricional adecuado; 4) crece en entornos que favorecen su desarrollo; 5) construye su identidad en un marco de diversidad; 6) expresa sentimientos, ideas y opiniones en sus entornos cotidianos y estos son tenidos en cuenta y 7) crece en entornos que promocionan sus derechos y actúan ante la exposición a situaciones de riesgo o vulneración (Ley 1804 de 2016, art. 4).

Esto se ve reflejado en cinco estructurantes de la atención integral, a saber: cuidado y crianza,

alimentación y nutrición, educación inicial, recreación, y ejercicio de la ciudadanía y participación, lo que, a su vez, deriva en ocho atenciones priorizadas: 1) cuenta con registro civil de nacimiento; 2) está afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud; 3) su familia participa en procesos de formación en cuidado y crianza; 4) asiste a una modalidad de educación inicial con TH cualificado; 5) cuenta con el esquema de vacunación completo para la edad; 6) asiste a consultas de crecimiento y desarrollo; 7) se le hace valoración y seguimiento nutricional y 8) tiene acceso a colecciones de libros o contenidos culturales especializados.

La ley también define los entornos como los espacios físicos, sociales y culturales diversos donde transcurre la vida de los niños y las niñas en la primera infancia y donde se materializan las acciones de la política pública, en cuanto determinantes de su desarrollo integral. Allí se incluyen el hogar, el entorno de salud, el educativo, el espacio público y otros, dependiendo del contexto cultural y étnico.

Ahora bien, en cuanto a la gestión de la política, se establece la Ruta Integral de Atenciones (RIA), que es la materialización de la política en los territorios, tomando en cuenta para ello las condiciones de la primera infancia en estos y su oferta de servicios disponible. La RIA se concibe como una herramienta de gestión intersectorial del Sistema Nacional de Bienestar Familiar con presencia y competencias en el territorio.

La coordinación, articulación y gestión intersectorial de la política nacional está a cargo de la Comisión Intersectorial para la Atención Integral de la Primera Infancia De Cero a Siempre. Esta comisión es la encargada de definir los lineamientos técnicos que deben aplicarse para la implementación nacional y territorial de esta política (Ley 1804 de 2016, art. 10).



La comisión está integrada por 11 miembros en representación de 11 entidades estatales<sup>6</sup> con intervención directa en la primera infancia y es presidida y coordinada por la Presidencia de la República. Las funciones de cada una de las entidades que componen la comisión están consignadas en la política pública.

Como se decía anteriormente, la meta del actual Plan Nacional de Desarrollo es atender 2.400.000 niños y niñas en situación de vulnerabilidad al año 2018, lo que representa el 83 % de la población en dicha situación en todo el país. Precisamente, la política pública establece la necesidad de priorizar las atenciones a la primera infancia y focalizar los recursos públicos de carácter nacional y local de manera concertada entre las autoridades en esos niveles en el marco de los consejos de política social municipal y departamental y con base en los hallazgos de la RIA.

<sup>6</sup> Estas son, además de dos representantes de la Presidencia de la República, el Ministerio de Salud y Protección Social, el Ministerio de Educación, el Ministerio de Cultura, el Ministerio de Vivienda, Ciudad y Territorio, el Departamento Nacional de Planeación, el Departamento Administrativo de Prosperidad Social, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas y el Departamento Administrativo del Deporte, la Recreación, la Actividad Física y el Aprovechamiento del Tiempo Libre.

*La focalización se hará teniendo en cuenta como mínimo los siguientes criterios: la vulnerabilidad de los niños y niñas, las brechas sociales y económicas de los ciudadanos, la población en condición de vulnerabilidad de los niños y niñas, las brechas sociales y económicas de los ciudadanos, la población en condición de discapacidad, la pobreza rural, la población afectada por el conflicto armado y la pertenencia a grupos étnicos (Ley 1804 de 2016, art. 6).*

Ahora bien, la finalidad de la gestión intersectorial de la política pública de la primera infancia en el ámbito territorial es la ejecución de las prioridades establecidas en la RIA, tanto para los niños y las niñas en la primera infancia como para las mujeres gestantes. Lo anterior no debe reñir con la construcción de políticas públicas territoriales para la primera infancia, de las cuales habla la Ley de Infancia y Adolescencia<sup>7</sup>, que buscan otorgar un carácter diferencial y prioritario, y comprometer recursos en dichos territorios para la política propuesta.

<sup>7</sup> Ley 1098 de 2006, Art. 204.



# POLÍTICA PÚBLICA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA Y PROGRAMA BUEN COMIENZO

En Medellín, antes de la formulación de la política pública nacional, se concretó una política pública pionera de atención a la primera infancia en el año 2011 con el Acuerdo 58, fruto del aprendizaje que le había dejado a la ciudad la implementación del programa Buen Comienzo, gestado inicialmente en la administración de Sergio Fajardo (2004-2007) y consolidado en la de Alonso Salazar (2008-2011).

El Acuerdo 58 de 2011 definió como objetivo de la política pública local de atención integral a la primera infancia “garantizar que los niños y niñas del Municipio de Medellín, desde la gestación hasta los cinco años, puedan disfrutar de un desarrollo adecuado, integral, diverso e incluyente en su primera infancia” (Acuerdo 58 de 2011, art. 1).

En los artículos 13 y 14, la política pública se vincula al programa Buen Comienzo al definir que este es la instancia coordinadora del Sistema de Atención Integral a la Primera Infancia. El programa quedó adherido a la Secretaría de Educación y se definió un director técnico, encargado de articular a las diferentes secretarías del municipio, entes descentralizados, entidades del orden nacional, ONG y empresas del sector privado relacionados con la atención integral a la primera infancia.

En el parágrafo único del Acuerdo, la política pública local se pone de relieve el programa público de atención integral a la primera infancia Buen Comienzo, y se establece que este, bajo un enfoque interinstitucional de educación inicial, privilegiará a los niños y niñas en condición de vulnerabilidad, definidos por el DNP en el Sisbén.

La política pública local se materializa en la conformación del Sistema de Atención Integral a la Primera Infancia para Medellín, en el cual participan la administración local con las secretarías de Educación, Salud, Inclusión Social y Familia, Cultura, Gobierno, Mujeres, el Inder y Metrosalud; las entidades aliadas incluyen organizaciones gremiales, organizaciones sociales, fundaciones, comités, redes y mesas que trabajan en pro de la primera infancia de la ciudad; las madres y padres de familia, los niños y niñas de la ciudad y la comunidad, entendida como el conjunto de personas que los rodean en la primera infancia.

El objetivo de la conformación del sistema es garantizar a los niños y niñas menores de seis años un plan de atención integral (PAI) “que asegure sus derechos y promueva su desarrollo, de acuerdo con las características y condiciones de su entorno”<sup>8</sup>.

<sup>8</sup> Acuerdo 58 de 2011.



Asimismo, el artículo 12 de la política pública, bajo los principios de interinstitucionalidad e intersectorialidad, integra en el nivel nacional con la Comisión Intersectorial de Primera Infancia y en el nivel municipal con el Consejo Municipal de Política Social y Equidad (COMPSE) y con el Consejo de Política de Infancia y Adolescencia de Medellín.

En el año 2015 se modifica la política pública de primera infancia y el programa Buen Comienzo mediante el Acuerdo 54, aprobado en diciembre de ese año. A partir de este acuerdo, se define la política pública de primera infancia como...

*... el trabajo articulado, interinstitucional e intersectorial, que mediante una atención integral, promueve acciones intencionadas y efectivas encaminadas a asegurar que en cada uno de los entornos en los que transcurre la vida de los niños y las niñas de primera infancia, de acuerdo con su edad, contexto y condición, existan las condiciones humanas, sociales, afectivas y materiales para garantizar con amor la protección, promoción y potenciación de su desarrollo, donde intervienen, entre otros actores estratégicos, la familia y los agentes educativos<sup>9</sup>.*

<sup>9</sup> Acuerdo 54 de 2015.

En torno a la interinstitucionalidad y la intersectorialidad, este acuerdo mantiene el relacionamiento con la instancia local del Consejo de Política de Infancia y Adolescencia de Medellín y con el Comité Técnico Interinstitucional de Política Pública de Infancia y Adolescencia, pero omite el relacionamiento con la Comisión Intersectorial de Primera Infancia del Gobierno nacional. Este acuerdo deja por fuera el Sistema



Municipal de Atención Integral a la Primera Infancia para Medellín, en el cual se hacía explícita la necesidad de que los actores públicos y privados y la familia trabajen mancomunadamente; en el caso de lo público se hacía referencia a ocho entidades del Gobierno local como responsables en la atención a la primera infancia.

En este nuevo acuerdo, la mayor responsabilidad recae en la Secretaría de Educación como coordinadora del programa Buen Comienzo y como la prestadora del servicio de atención integral a la primera infancia. A la Secretaría de Inclusión Social se le otorga un rol en cuanto comparte con la Secretaría de Educación la Secretaría Técnica del Comité Técnico Interinstitucional de la política pública de infancia y adolescencia. Por su parte, la Secretaría de Salud asume un rol como cofinanciadora.





En el caso del Plan de Acción de Atención Integral a la Primera infancia, este se mantiene en la definición de la política pública como herramienta de gestión que incluye objetivos, estrategias y acciones para garantizar la protección y desarrollo integral de la primera infancia. Aunque en su definición se asemeja a la RIA establecida en la política pública nacional, en la local se plantea como otra herramienta de gestión de la atención integral, la cual estará integrada al Comité Técnico Interinstitucional de Política Pública de Infancia y Adolescencia.

Por su parte, el capítulo II de la política pública se refiere al programa Buen Comienzo y precisa que su objeto es garantizar la atención integral a la primera infancia de la ciudad (especialmente la población inscrita en el Sisbén). Como se dijo, la coordinación del programa le

corresponde a la Secretaría de Educación, así como la prestación del servicio de atención integral. Adicionalmente, esta secretaría es la encargada de hacer seguimiento, evaluar resultados y valorar el desarrollo infantil; para ello debe construir los lineamientos y la priorización tomando los parámetros nacionales.

En resumen, la política pública vigente de primera infancia de Medellín busca el desarrollo integral, diverso e incluyente de los niños y las niñas hasta cumplidos los seis años, para satisfacer sus necesidades afectivas, biológicas y sociales, y potenciar sus capacidades, competencias y habilidades; además, define el programa Buen Comienzo como una estrategia de articulación intersectorial e interinstitucional para garantizar la atención integral a la primera infancia en la ciudad incluida en el Sisbén.

# ¿Cómo va la PRIMERA INFANCIA en Medellín?



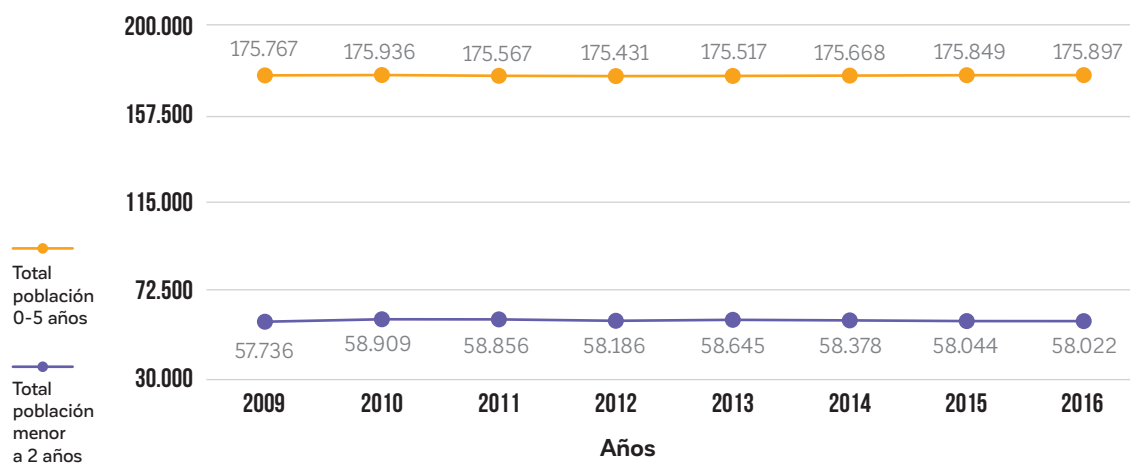
## POBLACIÓN

Como se observa en el **Gráfico 1**, la magnitud de la población menor de seis años en la ciudad se ha mantenido relativamente estable (cerca de 176.000 niños); sin embargo, es de anotar que a partir del 2012 se viene presentando un pequeño aumento, lo cual puede explicarse a partir del comportamiento de las tasas de fecundidad en los últimos años o de los procesos de inmigración urbana que pueden estarse dando pre-

dominantemente en familias que tengan niños menores de seis años.

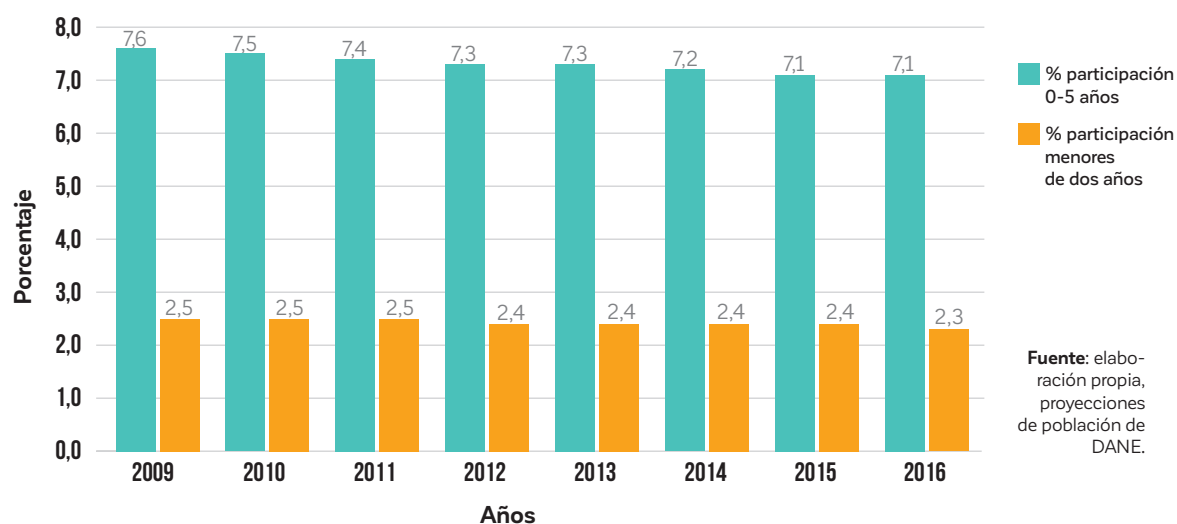
Los menores de dos años representaban en 2009 el 32,8 % de la población en primera infancia, cifra muy similar a la alcanzada en 2016, cuando representaron un 33 %. En 2009 eran un total de 57.736 y 58.856 en 2011. Desde 2013 hasta 2016 se ha presentado un descenso sostenido, hasta alcanzar los 58.022 en 2016 (**Gráfico 1**).

**GRÁFICO 1** Medellín: población menor a seis años y menor a dos años, 2009-2016.



Fuente: elaboración propia, proyecciones DANE.

**GRÁFICO 2** Representatividad de la población menor de seis años y menor de dos años sobre el total de la población, 2009-2016.



Ahora bien, la representación tanto del total de menores de seis años como de los menores de dos sobre el total de la población en Medellín muestra una reducción en la participación durante el periodo 2009-2016, especialmente notoria en el caso de los primeros. Así, mientras en 2009 la primera infancia representaba un 7,6 % del total de la población, en 2016 representaba un 7,1 % (medio punto porcentual de participación menos en el lapso de ocho años). Por su parte, la participación de los menores de dos años arrancó el periodo con un 2,5 % del total de la población de la ciudad, mientras que en 2016 alcanzó un 2,3% (**Gráfico 2**).

Esta tendencia de reducción en la participación de la primera infancia en la población de la ciudad es consecuencia de una reducción de las tasas de natalidad. De acuerdo con la teoría de la transición demográfica, Medellín estaría atravesando por la tercera y última fase de la transición, en la cual la tasa de natalidad desciende y coincide con una tasa de mortalidad baja y con poco cambio, y con un aumento importante en la esperanza de vida, lo que da lugar a un crecimiento poblacional bajo. Efectivamente, en los

últimos años el crecimiento poblacional en Medellín viene descendiendo: en el periodo 2005-2016 el promedio anual fue de 1,06 % y en 2016 llegó a un mínimo de 0,91 % (Medellín Cómo Vamos, 2017).

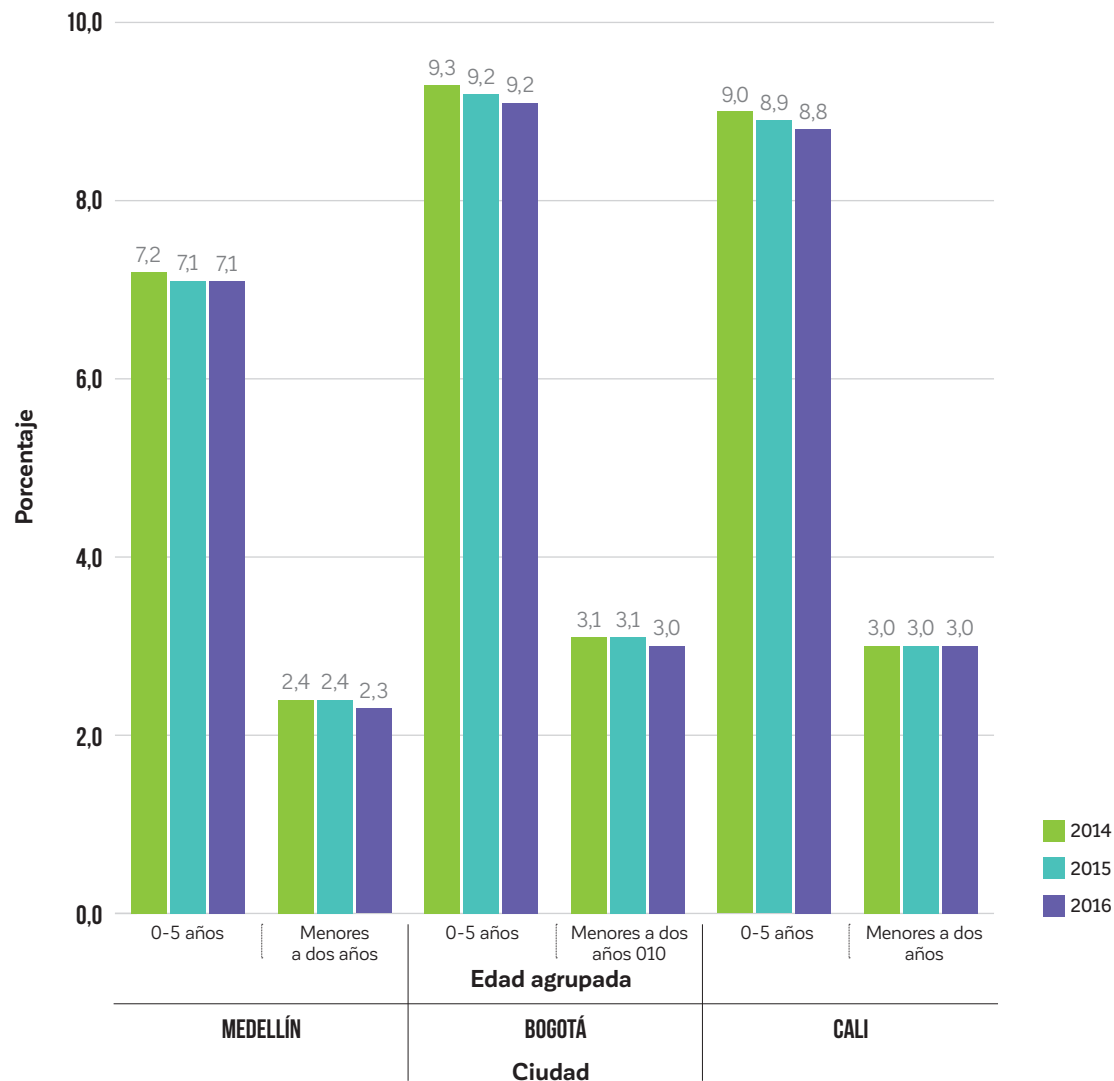
*La tercera y última fase también es conocida como el régimen demográfico moderno, caracterizado por unas ganancias cada vez menores en reducción de la mortalidad, por lo tanto la caída en el crecimiento poblacional proviene de la disminución que comienza a tener la tasa de natalidad. En otras palabras, al aumentar el número de años de vida que puede tener una persona, las familias ajustan su tamaño con menos nacimientos. Esta fase se presenta en etapas de desarrollo económico modernas (como la industrialización y la urbanización), y con la implementación de políticas de control demográfico (Mesa y Junca, 2011).*

Ahora bien, la representatividad de la primera infancia sobre el total de la población en las ciudades de Bogotá y Cali es mayor que la evidenciada en Medellín en el periodo 2014-2016. En Bogotá, la primera infancia representa dos puntos porcentuales más que en Medellín, y llegó en 2016 a 9,1 % (725.941 niños y niñas menores de seis años) frente al 7,1 % de Medellín. En el caso de Cali, la diferencia porcentual fue menor: en promedio un 1,8 % por encima de Medellín, alcanzando en 2016 un 8,8 % del total de la población (211.700

niños y niñas menores de seis años) (**Gráfico 3**).

En el caso de los menores de dos años se presenta una relación similar: tanto en Bogotá como en Cali la representatividad de esta población es mayor frente a Medellín; así, en el periodo 2014-2016, la diferencia con ambas ciudades se ubicó entre 0,6 puntos porcentuales y 0,7 puntos porcentuales. Hasta 2016, mientras Bogotá y Cali tenían un 3 % de participación de los menores de dos años (243.156 y 70.807, respectivamente), Medellín tenía un 2,3 % (**Gráfico 3**).

**GRÁFICO 3** Medellín, Bogotá y Cali: participación de la población menor de seis años y menor de dos años sobre el total de la población, 2014-2016



Fuente: elaboración propia, proyecciones de población del DANE.



# VULNERABILIDAD

En el país, la identificación de la población en condición de pobreza y vulnerabilidad que debe ser objeto de políticas que garanticen la superación de esas condiciones se realiza a través del Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales (Sisbén). El Sisbén en su tercera versión, vigente desde 2011, es un índice de estándar de vida, basado en el enfoque de capacidades de Amartya Sen.

Dicho enfoque se centra en 1) los elementos constitutivos del bien-estar (estados y acciones

que constituyen la vida de una persona) y no tan solo en los medios (bienes y servicios); 2) la posesión de bienes no necesariamente se traduce en realizaciones; y 3) la habilidad en la conversión de bienes y servicios para obtener fines varía entre individuos por las características personales o el contexto social y natural (DNP *et al.*, 2008).

Lo anterior se traduce en cuatro dimensiones del índice, que incluyen educación, salud, vivienda y vulnerabilidad, tanto individual como contextual (**Tabla 1**).

**TABLA 1** Componentes del índice Sisbén III

Salud	Educación	Vivienda	Vulnerabilidad
<ul style="list-style-type: none"> <li>» Discapacidad permanente</li> <li>» Adolescente con hijo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>» % adultos son analfabetismo funcional</li> <li>» % inasistencia escolar</li> <li>» % Atraso escolar</li> <li>» % niños trabajando</li> <li>» % adultos con secundaria incompleta o menos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>» Tipo de vivienda</li> <li>» Fuente de agua para consumo</li> <li>» Tipo de conexión sanitaria</li> <li>» Material de los pisos</li> <li>» Material de las paredes</li> <li>» Eliminación de basuras</li> <li>» Tipo de combustible para cocinar</li> <li>» Hacinamiento</li> </ul>	<p>Individual:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Número de personas en el hogar</li> <li>» Tipo de jefatura</li> <li>» Tasa de dependencia demográfica</li> <li>» Tenencia de activos</li> </ul> <p>Contextual:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» % tasa de mortalidad infantil (municipal)</li> <li>» % tasa de homicidios (municipal)</li> <li>» % tasa de cobertura neta por nivel educativo (municipal)</li> <li>» % uso de servicios de salud general dada una necesidad (municipal)</li> </ul>

**Fuente:** Fundación Corona *et al.* (2015), tomado de "Diseño del índice Sisbén" en su tercera edición Sisbén III.

El Sisbén III no usa una definición única de puntos de corte (como lo hacían las dos ediciones anteriores) y otorga discrecionalidad a los programas sociales para definirlos de acuerdo con sus propios criterios (DNP, 2008).

En ese orden de ideas, la clasificación como población en primera infancia vulnerable se

toma en este informe sin establecer punto de corte; el único criterio es que el niño o niña esté registrado en el Sisbén. Esto, en cuanto al programa Buen Comienzo, que aunque ha establecido a través del tiempo distintos puntajes de corte, siempre ha medido su cobertura con base en el registro total de la primera infancia en

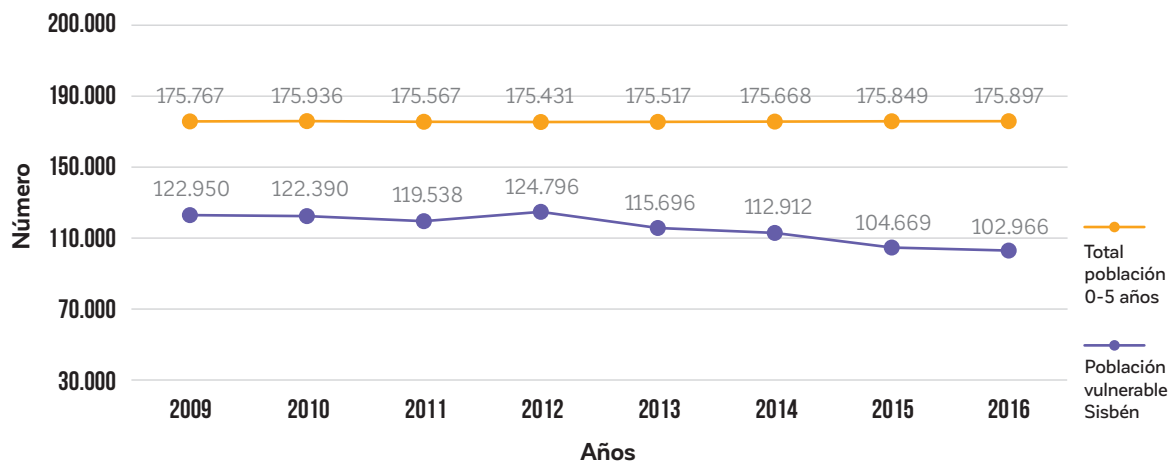
el Sisbén<sup>10</sup>. Es importante resaltar que esta medida puede servir como aproximación a las condiciones de pobreza y vulnerabilidad para la primera infancia en un sentido amplio al no discriminar por puntos de corte, pero no necesariamente es exhaustiva, pues puede estar dejando por fuera a niños y niñas en tales condiciones que no estén

<sup>10</sup> El programa Buen Comienzo tiene como población objetivo a los niños y las niñas en condición de vulnerabilidad (y a sus familias) de la ciudad de Medellín desde la gestación hasta los cinco años en, de acuerdo con los criterios establecidos por los lineamientos de atención del programa y el puntaje del Sisbén. El puntaje de corte para población vulnerable en Medellín se ha definido de la siguiente forma: 2008-2010, niveles 1 y 2; 2011, puntaje menor o igual que 47,99; 2012-2013, puntaje menor o igual que 57,21; 2014-2016, puntaje menor o igual que 60 puntos.

registrados en el Sisbén por diversos motivos, uno de los cuales es la alta movilidad entre territorios.

Al contrario de lo ocurrido con la población total en primera infancia, la cual se ha mantenido prácticamente constante entre 2009 y 2016, la población vulnerable menor a seis años ha venido descendiendo a partir de 2013. Así, mientras en 2009 la primera infancia vulnerable representaba el 70 % del total de la población (122.950 menores de seis años), en 2013 había bajado al 66 % (115.696 menores de seis años); a partir de allí, año a año, se ha reducido su participación, y en 2016 llegó a un 59 % (102.966 menores de seis años) (Gráfico 4).

**GRÁFICO 4** Medellín: población total y vulnerable menor de seis años, 2009-2016



Fuente: elaboración propia, proyecciones de población DANE y Subdirección de Información de Medellín para población vulnerable (SISBEN).

Dadas las desigualdades socioeconómicas que caracterizan a Medellín, evidenciadas en índices como el de Gini o el Multidimensional de Condiciones de Vida (IMCV), que a 2016 mostraba cómo la diferencia entre la comuna de mejores condiciones de vida, esto es, El Poblado, frente a la de peores condiciones de vida, esto es, Popular, llegó a 30,7 puntos en el año 2016, en una escala que va de cero a 100. En el periodo 2010-2016, dos comunas presentaron

un IMCV por encima de 70 (El Poblado y Laureles-Estadio), mientras cinco comunas presentaron un IMCV por debajo de 40 (Popular, Santa Cruz, Manrique, Villa Hermosa y San Javier) (MCV, 2017, p. 13). Es relevante observar el comportamiento de la vulnerabilidad de la primera infancia en las comunas y corregimientos tomando como aproximación la población menor de seis años registrada en la base de datos del Sisbén.

**TABLA 2** Medellín: porcentaje de niños y niñas menores de seis años registrados en el Sisbén por comunas y corregimientos, 2013-2016

	2013	2014	2015	2016
Popular	84,9	80,5	76,3	74,8
Santa Cruz	86,0	79,6	74,8	72,8
Manrique	87,9	82,7	77,3	76,2
Aranjuez	63,8	57,7	53,1	52,5
Castilla	52,2	48,5	44,2	43,9
Doce de Octubre	69,9	65,0	61,1	60,8
Robledo	64,4	61,9	59,4	59,8
Villa Hermosa	96,1	89,4	84,6	84,2
Buenos Aires	73,5	69,8	64,4	61,5
La Candelaria	45,0	44,5	43,7	43,8
Laureles-Estadio	5,8	6,8	7,8	7,5
La América	22,3	23,9	24,7	25,3
San Javier	93,5	91,5	87,6	85,5
El Poblado	5,2	4,5	4,3	4,2
Guayabal	40,2	37,4	33,5	31,7
Belén	42,4	38,6	35,8	34,4
Palmitas	63,4	57,2	47,2	43,6
San Cristóbal	77,9	72,7	67,1	63,2
Altavista	56,6	52,9	47,8	44,8
San Antonio	55,9	50,9	44,7	42,6
Santa Elena	29,7	27,0	25,3	23,7
<b>MEDELLÍN</b>	69,5	63,1	59,1	58,0

Fuente: cálculos propios con base en Subdirección de Información-DAPM. En el numerador el total de niños y niñas registrados en el Sisbén y en el denominador la población total proyectada por el DANE.

Como se puede observar en la **Tabla 2**, la tendencia de reducción de la vulnerabilidad en la primera infancia, medida como la población menor a seis años registrada en el Sisbén, en el periodo 2013-2016 se mantiene para la mayoría de territorios con muy pocas excepciones (Laureles-Estadio y La América), lo cual resulta muy positivo; no obstante, hay siete comunas y un corregimiento que durante todo el periodo han presentado consistentemente porcentajes más altos de vulnerabilidad frente al promedio de la ciudad. En el caso de las comunas, seis de

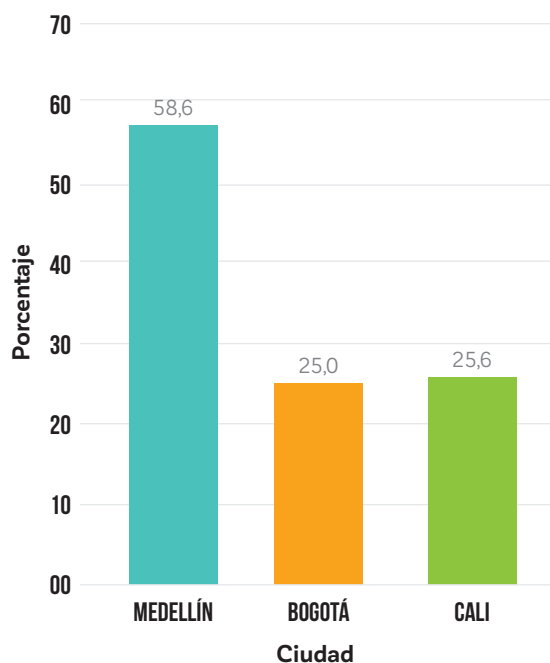
ellas coinciden con aquellas de menores niveles de condiciones de vida: Popular, Manrique, Santa Cruz, Villa Hermosa, Doce de Octubre y San Javier. Por su parte, mientras los cinco corregimientos presentan condiciones de vida por debajo del promedio de la ciudad, solo uno de ellos, San Cristóbal, presenta un porcentaje mayor de población menor de seis años vulnerable.

San Javier y Villa Hermosa son las dos comunas con mayor nivel de vulnerabilidad para todo el periodo 2013-2016. La primera con un máximo de 93,5 % en 2013 y un mínimo de 85,5 %

en 2016. La segunda con un máximo de 96,1 % en 2013 y un mínimo de 84,2 % en 2016.

La brecha entre las comunas de mayor y menor vulnerabilidad aumentó entre 2013 y 2014 y a partir de allí se ha mantenido estable. Así, hasta 2013 la comuna de Villa Hermosa tuvo 18,4 veces más nivel de vulnerabilidad que la comuna de El Poblado. Entre 2014 y 2016, la comuna de mayor nivel de vulnerabilidad fue San Javier, que supera en 20,3 veces el nivel de El Poblado (Tabla 2).

#### GRÁFICO 5 Medellín, Bogotá y Cali: población menor a seis años vulnerable, 2016



**Fuente:** elaboración propia con base en proyecciones de población del DANE y DPS para registro en Sisbén con fecha de corte a 30 de octubre de 2016 para las tres ciudades.

En relación con Bogotá y Cali, Medellín presenta un nivel de vulnerabilidad en su primera infancia mucho mayor hasta 2016. Así, mientras en Medellín el 58,6 % de su población menor de seis años estaba registrada en el Sisbén, en Bogotá era el 25 % y en Cali el 25,6 % (Gráfico 5). En términos absolutos, Medellín tenía hasta 2016 103.103 niños y niñas en situación de vulnerabilidad, Bogotá tenía 181.514 y Cali 54.165. Con base en la misma fuente de información, esto es, el Sisbén, hasta el año 2013 también se presentaban diferencias sustanciales entre Medellín y el resto de ciudades en cuanto al nivel de vulnerabilidad de la primera infancia; y no solo medida como el total de niños y niñas en primera infancia registrados en el Sisbén, sino también con el punto de corte establecido para 2013 por la Agencia Nacional para la Superación de la Pobreza Extrema (ANSPE), que fue de 47,9 puntos; bajo ese criterio de focalización, Medellín tenía un 66,7 % de su primera infancia en condición de elegibilidad para la atención frente a un 22,9 % de Bogotá y un 18,7 % de Cali (Fundación Corona et al., 2015. p. 45).

Estas diferencias muestran que Medellín enfrenta un desafío mucho mayor en comparación con ciudades como Bogotá y Cali, pues debe atender con políticas sociales una porción mayor de su población y, en particular, ofrecerles a los niños y las niñas las mismas oportunidades de desarrollo integral.



## PROGRAMA DE ATENCIÓN — INTEGRAL A POBLACIÓN VULNERABLE — BUEN COMIENZO

25

La atención integral a la primera infancia en Medellín se empieza a gestar en 2004 con el Plan de Desarrollo de Sergio Fajardo, quien partió del diagnóstico según el cual el 71 % de la población de primera infancia de la ciudad vivía en condiciones de vulnerabilidad (aproximadamente 150.000 niños y niñas entre los cero y cinco años). Los esfuerzos se materializaron en el Acuerdo 14 de ese mismo año, por medio del cual se creó el programa Buen Comienzo con el propósito de promover el desarrollo integral de los niños y las niñas menores de seis años de los niveles I, II y III del Sisbén y no afiliados al régimen de seguridad social en salud.

En 2006 se reglamentó localmente con el fin de garantizar la articulación y coordinación interinstitucional de las secretarías municipales, así como de las entidades nacionales como el

ICBF, el Ministerio de Educación Nacional, ONG y sector privado; en 2011 el programa fue incluido dentro de la política pública de atención a la primera infancia<sup>11</sup>, como se veía anteriormente, y redefinido mediante el Acuerdo 54 de 2015. Según este acuerdo, el objeto del programa es...

*... garantizar la atención integral, diversa e incluyente a los niños y las niñas desde la gestación hasta cumplidos los seis (6) años inscritos en el Sisbén, promoviendo su desarrollo integral, mediante diversas modalidades de atención que responderán a las necesidades y el contexto, bajo criterios de calidad<sup>12</sup>.*

<sup>11</sup> Acuerdo 58 de 2011. Gaceta Oficial n.o 3975.

<sup>12</sup> Acuerdo 54 de 2015. Gaceta Oficial n.o 4356.



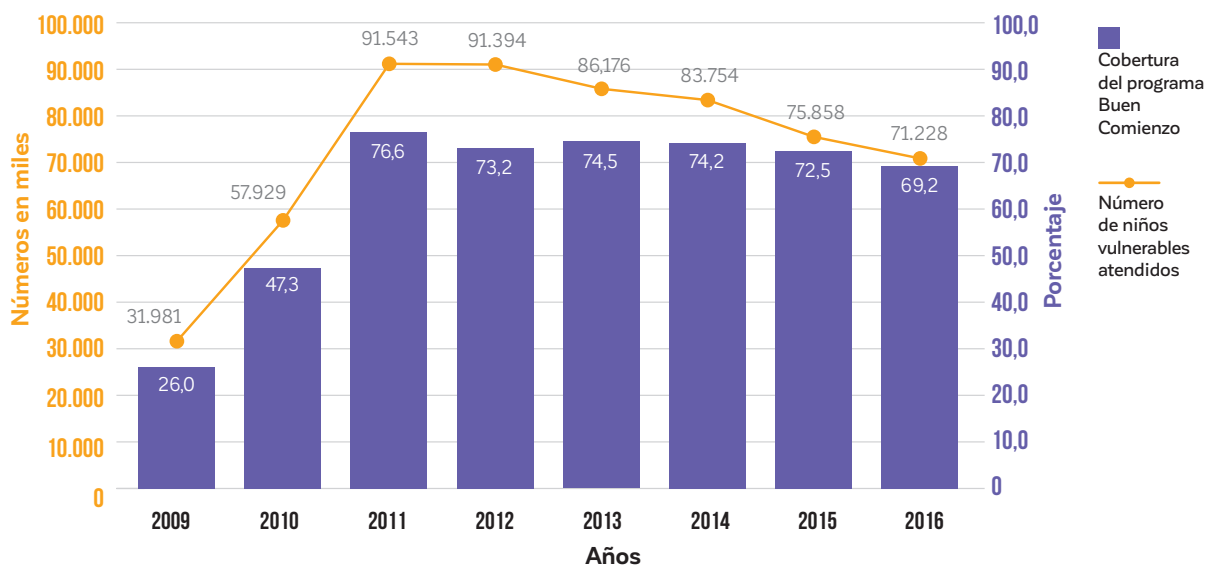
## COBERTURA DEL PROGRAMA BUEN COMIENZO

La cobertura del programa Buen Comienzo mostró un crecimiento importante entre 2009<sup>13</sup>, cuando fueron atendidos 31.981 niños menores de seis años, y 2011, cuando fueron atendidos 91.543; se mantuvo más o menos constante en 2012 con 91.394 niños. A partir de 2013, justo en el año en

que se evidencia una disminución en el porcentaje de niños menores de seis años en condición de vulnerabilidad, empieza a caer el número de niños atendidos en el programa, que alcanzó su mínimo en el 2016: 71.228 (**Gráfico 6**). Así, alcanzó su pico en 2011 con 76,6 % de cobertura, mientras entre 2012 y 2015 osciló entre un mínimo de 73,2 % y un máximo de 74,5 %; en 2016, por su parte, terminó en 69,2 % (**Gráfico 6**).

<sup>13</sup> Las bases de datos y luego el sistema de información permiten tener una información confiable de cobertura solo a partir de 2009.

**GRÁFICO 6** Medellín: cobertura y número de niños de 0-5 años vulnerables atendidos en Buen Comienzo, 2009-2016



Fuente: elaboración propia con Subdirección de Información. DAPM

El panorama anterior muestra que conforme ha venido reduciéndose la población vulnerable menor de seis años en la ciudad, el programa no ha ni logrado aumentar la cobertura en atención integral ni mucho menos mantener los máximos alcanzados en otros años. Es de destacar que entre 2011 y 2016 la disminución de la cobertura del programa fue de casi 7,5 puntos porcentuales, que equivale a 20.315 niños.

Ahora bien, es necesario tener en cuenta que mientras Buen Comienzo busca atender a la pri-

mera infancia vulnerable, es decir que tiene hasta ahora un esquema de atención focalizada, no ha logrado por sí mismo atender el 100 % de la población en dicha condición. Conocer si la población que no está siendo atendida por Buen Comienzo se beneficia de algún otro programa no es posible, toda vez que en la ciudad no se cuenta con un sistema de información unificado; además, tampoco es posible saber si la población menor de seis años no focalizada, es decir, no vulnerable, está siendo atendida en su totalidad y bajo un enfoque integral.

Para el año 2016, la Alcaldía de Medellín reportó que existen otros actores que brindan en la ciudad atención integral y no integral a menores de seis años. Esos actores son los establecimientos educativos privados y el ICBF.

Sobre los primeros, la Alcaldía precisa que el reporte solo cubre a los niños a partir de los tres años, pues la normatividad vigente obliga a estos establecimientos a reportar su matrícula si además pertenecen a los grados de jardín, pre-jardín y transición. Así, hasta noviembre de 2016 estos establecimientos reportaron la atención de 9268 niños en los grados pre-jardín y jardín. Por su parte, teniendo en cuenta que la primera infancia incluye a los menores de seis años y que la edad de ingreso para la transición es de cinco años, un total de 24.758<sup>14</sup> niños y niñas estaban matriculados en la edad adecuada hasta 2016 en la ciudad.

En el caso del ICBF, es importante señalar que este posee su propio sistema de información denominado Cuéntame; a partir de este se reportó la atención de 10.455 niños hasta el 30 de diciembre de 2016 en diferentes modalidades, tanto integrales como no integrales, tales como establecimientos de reclusión para mujeres, hogares comunitarios FAMI<sup>15</sup>, hogares

infantiles, lactantes y preescolares. De acuerdo con la Alcaldía de Medellín, esta atención brindada por el ICBF es independiente de las modalidades de atención de Buen Comienzo, en las que se llevan a cabo procesos de cualificación y acompañamiento en entorno comunitario itinerante y hogares FAMI.

La información mencionada anteriormente permite concluir que en Medellín no es posible obtener un dato confiable acerca de la proporción de niños menores de seis años atendidos integralmente en diferentes modalidades, sean o no vulnerables. Lo que sí se puede afirmar es que en el 2016 se puede hablar de una cifra de 115.709 niños atendidos, de un universo de 175.897, que se reportan a través de tres sistemas de información diferentes que excluyen a los niños y niñas menores de tres años que pueden estar siendo atendidos en establecimientos privados. La reflexión sobre este panorama le plantea a la ciudad dos retos: por un lado, la necesidad de fortalecer un sistema de información único para la atención a la primera infancia y, por otro, la necesidad de crear un mecanismo a través del cual se pueda universalizar la atención integral a toda la primera infancia de la ciudad.

En el caso de los niños atendidos por Buen Comienzo, las modalidades han variado en el tiempo. Hasta 2016 se ofrecían seis, cuatro de ellas presentes desde el año 2009: las ludotecas (944 niños); los centros infantiles ocho horas (25.973 niños); entorno familiar, donde se atienden niños y niñas menores de dos años y madres gestantes y lactantes (14.707 niños y 11.773 madres gestantes y lactantes); y jardines infantiles (6241 niños). Las otras dos modalidades son institucionales y tienen recursos del Presupuesto Participativo, con 320 niños atendidos, operando desde el año 2011, y entorno comunitario itinerante, con 23.043 niños aten-

<sup>14</sup> De acuerdo con información suministrada por la Subdirección de Información, tomando como fuente a la Secretaría de Educación de Medellín.

<sup>15</sup> Las modalidades de atención integral son lactantes y preescolares y los hogares infantiles. Por su parte, los Hogares Comunitarios FAMI son una modalidad de atención no integral del ICBF que está dirigida a niños y niñas desde su gestación hasta los dos años; también, a mujeres en periodo de gestación o lactancia o al cuidador, además de otros adultos, para que participen en la crianza de los niños y niñas a través de la cualificación de las relaciones intrafamiliares y el fortalecimiento de vínculos afectivos desde la gestación. La atención la brindan las madres comunitarias FAMI con encuentros grupales y visitas en el hogar. En esta modalidad se atienden entre 12 y 15 familias durante 11 meses del año y 80 horas mensuales; el ICBF aporta el 20 % del requerimiento nutricional, teniendo como referencia la recomendación de calorías y nutrientes para la población colombiana (tomado de [www.icbf.org.co](http://www.icbf.org.co)).

didados, modalidad que reemplazó al entorno comunitario en 2016.

Más allá de la tasa de cobertura de la atención integral, es relevante hacer seguimiento a información más detallada partiendo de los días de atención efectivos en el año en cada modalidad. De acuerdo con la información suministrada por la Alcaldía de Medellín, se hace evidente que ha habido, más allá de algunos cambios en las directrices de la prestación del servicio, una reducción en el tiempo efectivo de atención<sup>16</sup>. Por ejemplo, en la modalidad de atención ocho horas se encuentra que hasta 2014 se otorgaban 10 días de alistamiento (los días totales de atención fueron 200), que a partir de 2015 se redujeron a cinco; no obstante, si se revisa el dato para 2013, hasta ese año el número de días de atención era de 205 (**Tabla 3**).

<sup>16</sup> De acuerdo con los lineamientos técnicos del ICBF, la atención varía dependiendo de la modalidad entre los 200 y 220 días. En la modalidad CDI, la canasta de funcionamiento corresponde a la atención de los beneficiarios durante 220 días (11 meses). En la modalidad de desarrollo infantil, la canasta corresponde también a 11 meses de atención. Por último, en los hogares comunitarios de bienestar la operación de sus servicios se realiza en 200 días (10 meses), o lo establecido en el lineamiento de programación de la vigencia (ICBF, 2016).

Con este solo ejemplo se muestra que efectivamente hay una pérdida en el número de días de atención entre el 2013 y los años posteriores; el caso más crítico es el año 2016, cuando los días de atención bajaron hasta 198, lo que significa que en comparación con el 2013, la atención de los niños disminuyó en una semana anual en dicha modalidad de atención (se proyecta que para 2017 sean atendidos en esta modalidad 22.400 niños).

En el caso del entorno familiar, donde se atienden a las madres gestantes y lactantes, en el 2013 se atendieron 45 semanas, mientras en 2016 bajó a 42<sup>17</sup>. La mayor reducción se presentó en la modalidad de entorno comunitario: en 2013 se atendían 45 días y en 2016 bajó a 27. Es de resaltar que ya a 2015 se había reducido a 38 días.

Es necesario recordar las tres características básicas de la intervención en la primera infancia:

<sup>17</sup> De acuerdo con la Alcaldía de Medellín, en las modalidades de atención entorno familiar y entorno comunitario (2013-2016), los participantes asisten una vez por semana; por lo cual, los días de atención efectivos por beneficiario se calculan de acuerdo con el número de semanas hábiles dentro de cada contrato.

**TABLA 3** Días de atención efectivos en las modalidades del programa Buen Comienzo, 2013-2016

Modalidad	2013	2014	2015	2016
Institucional ocho horas	205	200	199	198
Jardines infantiles	205	206	201	200
Ludotecas (cinco horas)	205	200	200	188
Gestación y primer año	21,5	23,5	-	-
Entorno familiar	45	47	45	42
Entorno comunitario	45	43	38	27

**Fuente:** Equipo de contratación Subsecretaría de Planeación Educativa. Días efectivos de atención dispuestos en cada modalidad de acuerdo con la planeación de la prestación del servicio, lo cual podría presentar variaciones según las firmas del acta de inicio de cada uno de los contratistas.



que sea temprana, constante y efectiva<sup>18</sup>. El que sea constante implica que haya una plataforma de acceso a servicios especializados cuando se necesite y opciones para todos los niños de tiempo completo y durante todo el año (Bertrand, 2007, p. 139).

Adicionalmente, la evidencia de la evaluación de impacto de la modalidad de atención a madres gestantes y lactantes, que antes se denominaba “había una vez”, demostró que mientras más atención reciban y mientras más temprana sea, los efectos sobre variables como el peso y la talla del recién nacido son más positivos

<sup>18</sup> Mustard, 2007, p. 60.

(Medina y Cardona, 2016). En consecuencia, las semanas en que no se atiende a las madres gestantes y lactantes y a los niños pueden tener efectos negativos en los objetivos planteados por el programa, es decir, en su eficacia.

Así las cosas, la continuidad en la atención es fundamental y no debería estar supeditada a procesos contractuales. Es un reto mayúsculo para el programa Buen Comienzo garantizar una atención con calidad, lo que demanda como requisito que este tenga la mayor continuidad posible. Hablamos de una población vulnerable priorizada, que seguramente no cuenta con otras alternativas distintas a Buen Comienzo.

## PRIVACIÓN EN BARRERAS DE ACCESO A LA PRIMERA INFANCIA

El DANE mide de dos formas la pobreza en Colombia. La primera es conocida como la monetaria, que se basa en la definición del valor en pesos de dos canastas y su contrastación con los ingresos monetarios en los hogares. La segunda es el Índice de Pobreza Multidimensional (IPM), que evalúa cinco dimensiones donde los hogares colombianos podrían estar en privación. Ambas medidas son complementarias y no excluyentes, y se refieren desde ópticas diferentes al mismo fenómeno (DANE, 2012<sup>19</sup>).

El IPM es un índice desarrollado por Alkire y Foster (Universidad de Oxford) que fue adaptado por el Departamento Nacional de Planeación para Colombia e incluye cinco dimensiones: condiciones educativas del hogar, condiciones de la niñez y la juventud, salud, trabajo, y acceso a los

<sup>19</sup> DANE (2012). Boletín de prensa. Pobreza monetaria y multidimensional en Colombia, 2011.

servicios públicos domiciliarios y las condiciones de la vivienda. Estas cinco dimensiones involucran 15 indicadores, obtenidos a través de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida; aquellos hogares que tengan privación en por lo menos el 33 % son considerados pobres (DANE, 2012).

El IPM es calculado para el país, para cabeceras y resto y para siete zonas, incluyendo Bogotá. Aunque no se calcula para las áreas metropolitanas, es útil para identificar dónde están los mayores rezagos o privaciones de los hogares, y hacia dónde deberían dirigirse con mayor énfasis las políticas públicas.

En 2014 se realizó la primera medición del IPM para Medellín, tomando para ello como fuente de información la Encuesta de Calidad de Vida que el Departamento de Planeación Municipal realiza anualmente.

En este informe es de interés mostrar la evolución de la dimensión de niñez y juventud, especí-

ficamente el indicador de acceso a servicios para el cuidado de la primera infancia, en el cual se considera que una persona está privada si pertenece a un hogar que tiene al menos un niño de cero a cinco años sin acceso a todos los servicios de cuidado integral (salud, nutrición y cuidado).

Para Medellín se planteó que dicho indicador daba cuenta de la proporción de niños de cero a cinco años en el hogar con acceso simultáneo a salud, nutrición y educación inicial. Las preguntas extraídas de la Encuesta de Calidad de Vida fueron:

1. En cuanto a educación inicial/cuidado, ¿actualmente el menor de seis años asiste a sala-cuna, guardería, preescolar?
2. En cuanto a salud, ¿qué tipo de afiliación al sistema de seguridad social tienen los miembros de su familia?
3. En cuanto a alimentación, en 2012 se construyó con el ítem “se compran menos alimentos indispensables para los niños, pues el dinero no alcanza”, y a partir de 2013, a partir del ítem “en los últimos 30 días, ¿alguna vez por falta de dinero algún niño o joven de su hogar dejó de tener una alimentación nutritiva...?”

Los referentes de medición de cada uno de estos aspectos son el 100 % de los hogares y la defini-

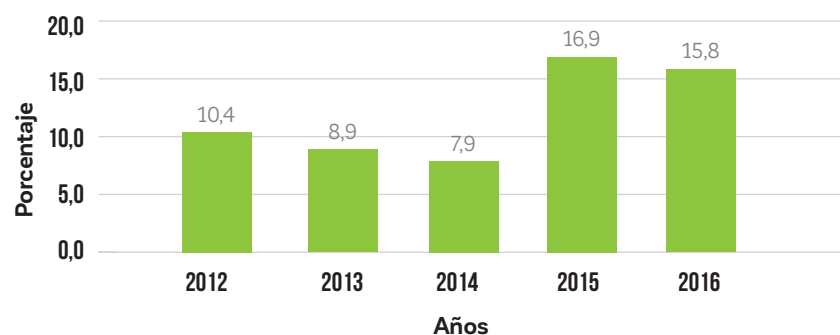
ción de simultaneidad en los tres aspectos implica que con una sola de estas características con respuesta negativa en el hogar, se considera un indicador de acceso a primera infancia con privación.

*Se considera un hogar en privación cuando teniendo niños de cero a cinco años, estos no tienen simultáneamente servicios para el cuidado infantil, como nutrición, salud y educación. Donde en este último tema es aceptable que un niño menor de cinco años esté bajo la supervisión de un adulto responsable sin la consecuente necesidad de llevarlo a un hogar comunitario, guardería o preescolar<sup>20</sup>.*

<sup>20</sup> Departamento Administrativo de Planeación Municipal, 2014, pp. 40-41.

De acuerdo con la medición realizada por la Subdirección de Información del DAPM para el periodo 2012-2016, se tiene que mientras entre los tres primeros años de ese periodo se evidenció una reducción del porcentaje de hogares en privación por barreras de acceso a primera infancia, se pasó de un 10,5 % a un 8,9 % en 2013 y un punto porcentual menos en 2014. Este resultado positivo se vio contrastado por un aumento mayor que el 100 % para el año 2015,

**GRÁFICO 7** Medellín: porcentaje de privación en barreras de acceso a primera infancia



Fuente: elaboración propia, Subdirección de Información-DAPM con base en Encuesta de Calidad de Vida de Medellín.

cuando el porcentaje de hogares con privación en barreras a la primera infancia aumentó al 16,9 %. En 2016 bajó un punto porcentual para ubicarse en un 15,8 % (**Gráfico 7**).

Estos dos últimos años coinciden con los años de menor cobertura del programa Buen Comienzo, tomando como referente justo el periodo para el cual se cuenta con medición del IPM para Medellín, lo que merecería especial atención en materia de política pública, por cuanto aunque se planteaban anteriormente las dificultades en materia de proyecciones poblacionales que podrían afectar el análisis de muchos indicadores sociales, especialmente los de cobertura, estos hallazgos provienen de registros de encuestas en hogares, con lo cual son un medidor de condiciones objetivas reportadas por los propios hogares que evidencian carencias que es necesario visibilizar.

De la información reportada para las comunas y corregimientos de Medellín en cuanto a la privación por barreras de acceso a la primera infancia es posible observar un comportamiento muy similar para el periodo 2012-2016, esto es, una reducción paulatina entre 2012-2014 y un aumento importante en 2015, el cual se reduce levemente para 2016. Con la mayoría de indicadores socioeconómicos es posible identificar desigualdades en el porcentaje de hogares que presentan esta privación.

Como se observa en la **Tabla 4**, son los corregimientos los que presentan un mayor nivel de privación, especialmente evidente en el último año. Para el periodo 2012-2016, el corregimiento de San Cristóbal estuvo siempre por encima del promedio de privación de la ciudad en su conjunto; le siguieron Altavista y San Antonio de Prado, que en cuatro años presentaron porcentajes de privación por encima del promedio.

Hasta 2016, en Palmitas, San Cristóbal y Altavista, uno de cada cuatro hogares con menores de seis años presentaba privación en barreras de atención integral a la primera infancia. En San Antonio de Prado y Santa Elena, uno de cada cinco hogares con menores de seis años estaba en dicha situación en 2016 (**Tabla 4**)<sup>21</sup>.

Como se observaba en el caso de la vulnerabilidad, estos resultados tienen una alta correlación con el Índice Multidimensional de Condiciones de Vida: las comunas con mayor nivel de privación en el periodo 2012-2016 son las siete que presentan menores niveles de condiciones de vida, medidas a través de dicho índice. Estas son Popular, Santa Cruz, Manrique, Doce de Octubre, Villa Hermosa, San Javier y Aranjuez.

<sup>21</sup> De acuerdo con la medición del IPM, la privación se da en hogares donde los menores de seis años no cuentan con servicios simultáneos para el cuidado infantil, como nutrición, salud y educación.



Entre las comunas, hasta 2016 San Javier fue la que presentó el mayor porcentaje de privación con 20,6 %, seguida por Villa Hermosa con 18,9 %, Santa Cruz con 18,2 %, Robledo con 17,9 %, Doce de Octubre con 17,8 %, Popular con 17,5 % y Aranjuez con 15,85 %. El resto de comunas se en-

contraba por debajo del porcentaje de privación de Medellín en su conjunto (15,83 %) (Tabla 4).

Las comunas con menor porcentaje de privación hasta 2016 fueron Laureles-Estadio con 8 %, La América con 9,1 % y El Poblado con 9,7 %.

Ahora bien, al detallar los tres componentes de

**TABLA 4** Comunas y corregimientos en Medellín: porcentaje de hogares con menores de seis años con privación en barreras de acceso a primera infancia, 2012-2016

Comunas/ corregimientos	2012	2013	2014	2015	2016
Popular	25,6	17,5	14,5	20,3	17,5
Santa Cruz	17,1	13,9	15,7	20,5	18,1
Manrique	19,4	15,8	12,3	20,3	15,3
Aranjuez	14,4	6,4	11,8	17,3	15,8
Castilla	13,2	7,1	5,2	14,8	12,2
Doce de Octubre	10,6	11,5	10,3	17,3	17,7
Robledo	8,1	11,4	7,8	19,5	17,8
Villa Hermosa	11,7	13,6	10,9	21,3	18,8
Buenos Aires	8,0	4,5	6,8	15,2	15,2
La Candelaria	1,8	4,3	4,7	12,1	13,1
Laureles-Estadio	0,1	0,9	1,2	10,1	8,0
La América	2,3	2,3	1,0	10,1	9,1
San Javier	13,2	12,5	9,3	19,3	20,6
El Poblado	0,3	1,1	0,3	14,5	9,6
Guayabal	5,3	5,9	2,4	12,4	13,6
Belén	5,4	3,3	3,7	14,7	11,5
Palmitas	6,7	7,5	7,4	20,6	27,7
San Cristóbal	17,1	11,6	10,6	21,5	26,1
Altavista	10,9	14,2	16,4	16,5	27,3
San Antonio de Prado	11,6	10,9	6,4	18,0	20,9
Santa Elena	1,2	13,9	12,0	20,9	21,2
<b>MEDELLÍN</b>	<b>10,4</b>	<b>8,9</b>	<b>7,9</b>	<b>16,9</b>	<b>15,8</b>

**Fuente:** Subdirección de Información, DAPM. Proporción de niños de cero a cinco años en el hogar con acceso simultáneo a salud, nutrición y educación inicial  
Se considera un hogar en privación cuando teniendo niños de 0 a 5 años, estos no tienen simultáneamente servicios para el cuidado infantil, como nutrición, salud y educación. Donde en este último tema es aceptable que un niño menor de cinco años este bajo la supervisión de un adulto responsable sin la consecuente necesidad de llevarlo a un hogar

la privación fruto de las barreras en el acceso a la primera infancia se tiene que son las condiciones nutricionales reportadas en los hogares las que están influenciando casi en su totalidad dicho indicador. Como se puede observar en la **Tabla 5**, para todo el periodo 2012-2016 el componente de salud no presentó, ni para el promedio de la ciudad ni para las comunas y corregimientos, ninguna privación, lo que corresponde con una cobertura universal del aseguramiento en salud que cubre a todos los menores de seis años, de acuerdo con los parámetros establecidos por el Ministerio de Salud para la universalidad.

En el caso del componente de educación o cuidado, en el cual la opción de cuidado de un adulto responsable es aceptada como válida para no entrar en la categoría de privación, se tiene que en el periodo en mención no superó el 2 % de los niños y niñas menores de seis años en la ciudad, con un mínimo de privación en 2016, cuando alcanzó un 0,54 % y un máximo de 1,79 % para los años 2013 y 2015 (**Tabla 4**).

En el tercer componente, relacionado con condiciones percibidas de alimentación para los menores de seis años, se tiene que para el periodo 2013-2016<sup>22</sup> se presentó un deterioro en esas condiciones percibidas, por lo que hubo un aumento en el porcentaje de niños y niñas que enfrentarían carencias alimenticias, de acuerdo con el reporte en sus hogares. Así, mientras en 2013 un 8,53 % de los menores de seis años las enfrentaban, en 2016 un 15,82 % lo hizo<sup>23</sup> (**Tabla 4**).

<sup>22</sup> En 2012 la pregunta de dónde se obtiene la información para el componente de nutrición era diferente y, por tanto, no sería estrictamente comparable con el resto del periodo.

<sup>23</sup> Es importante anotar que ese porcentaje corresponde a todos los menores de seis años de la ciudad (por reporte muestral de la Encuesta de Calidad de Vida), pero si se toma solo a los niños menores de seis años en condiciones de pobreza multidimensional, la cifra de carencias alimenticias percibidas hasta 2016 fue del 28,1 %.

Aunque la pregunta formulada en la encuesta no se refiere a la intensidad de la carencia alimenticia y, de hecho, se cuestiona por si alguna vez estas se presentaron, las respuestas son dicentes en cuanto a que las restricciones de tipo económico están impidiendo un acceso pleno a una alimentación adecuada a 15 de cada 100 niños y niñas menores de seis años, lo que, como se verá más adelante, está repercutiendo en indicadores del estado nutricional de la primera infancia.

Ahora bien, es posible comparar para el año 2016 la privación en barreras de acceso a la primera infancia con Bogotá y Cali, pero tomando como base otra fuente de información<sup>24</sup>. De acuerdo con información reportada por el Departamento de Prosperidad Social (DPS), tomando como base el Sisbén<sup>25</sup>, hasta el 30 de octubre de 2016 Medellín tenía un 19,8 % de hogares sisbenizados con barreras de acceso a la primera infancia. Se considera que un hogar está privado si al menos uno de los niños entre cero y cinco años no tiene acceso simultáneo a los servicios para el cuidado integral de la primera infancia. Esta cifra es la mayor en relación con los datos para Bogotá en casi cinco puntos porcentuales (15 %) y con los datos para Cali en casi tres puntos porcentuales (17 %) (**Gráfico 8**).

<sup>24</sup> Al ser una fuente de información distinta, no se pueden comparar los datos obtenidos para Medellín con la Encuesta de Calidad de Vida local; además, ambas mediciones son adaptaciones del IPM oficial, que toma como base la Encuesta de Calidad de Vida nacional.

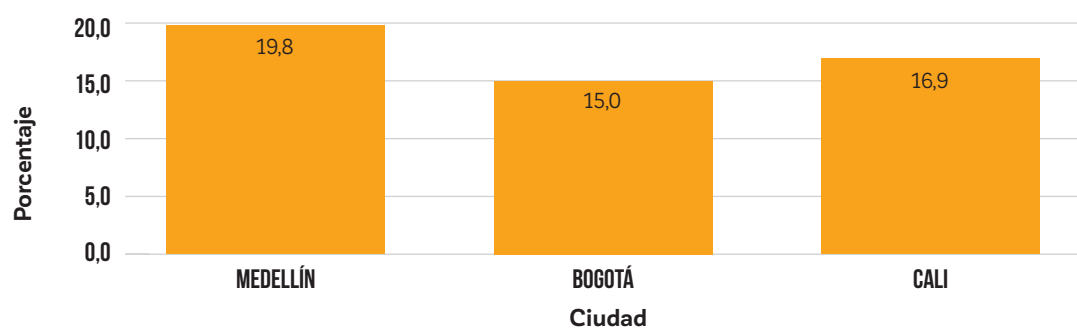
<sup>25</sup> De acuerdo con el DPS, la información reportada en la ficha de la cual se obtiene el dato de porcentaje de barreras de atención a la primera infancia se obtiene, a su vez, de la base de datos del Sisbén; por tanto, los datos presentados no corresponden a un cálculo oficial del IPM municipal (o de sus dimensiones). La ficha es un insumo para orientar la construcción del Marco Territorial de Lucha Contra la Pobreza Extrema establecido en la Ley Unidos (1785/2016).

**TABLA 5** Medellín, comunas y corregimientos: porcentaje de hogares con menores de seis años con privación en barreras de acceso a la primera infancia en sus tres componentes, 2012-2016

Comunas/ corregimientos	Educación			Salud			Nutrición		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014
Popular	1,4	0,0	25,4	3,6	0,0	17,0			
Santa Cruz	1,6	0,0	16,9	1,4	0,0	13,9			
Manrique	1,9	0,0	19,2	2,1	0,0	15,6			
Aranjuez	1,2	0,0	14,2	2,9	0,0	6,0			
Castilla	0,8	0,0	13,2	1,2	0,0	6,7			
Doce de Octubre	0,9	0,0	10,6	3,9	0,0	10,8			
Robledo	1,0	0,0	7,9	2,3	0,0	10,7			
Villa Hermosa	1,3	0,0	11,5	2,3	0,0	13,1			
Buenos Aires	1,3	0,0	7,8	0,9	0,0	4,5			
La Candelaria	1,3	0,0	1,2	1,2	0,0	4,1			
Laureles-Estadio	0,5	0,0	0,0	1,1	0,0	0,3			
La América	1,0	0,0	1,9	0,1	0,0	2,2			
San Javier	2,3	0,0	12,9	1,3	0,0	12,3			
El Poblado	0,0	0,0	0,3	0,5	0,0	0,7			
Guayabal	0,9	0,0	5,1	1,8	0,0	5,9			
Belén	0,8	0,0	5,2	1,2	0,0	2,8			
Palmitas	1,8	0,0	6,7	4,1	0,0	6,1			
San Cristóbal	2,5	0,0	16,4	0,2	0,0	11,6			
Altavista	4,2	0,0	9,2	0,0	0,0	14,2			
San Antonio de Prado	2,5	0,0	11,0	1,3	0,0	10,9			
Santa Elena	0,0	0,0	1,2	0,0	0,0	13,9			
<b>MEDELLÍN</b>	<b>1,3</b>	<b>0,0</b>	<b>10,2</b>	<b>1,8</b>	<b>0,0</b>	<b>8,5</b>			

**Fuente:** Subdirección de Información, DAPM. Proporción de niños de cero a cinco años en el hogar con acceso a educación inicial, salud y nutrición. Se considera un hogar en privación cuando teniendo niños de 0 a 5 años, estos no tienen simultáneamente servicios para el cuidado infantil, como nutrición, salud y educación. Donde en este último tema es aceptable que un niño menor de cinco años este bajo la supervisión de un adulto responsable sin la consecuente necesidad de llevarlo a un hogar

**GRÁFICO 8** Medellín, Bogotá y Cali: porcentaje de hogares sisbenizados con barreras de acceso a primera infancia, 2016



**Fuente:** elaboración propia, Prosperidad Social a partir de la base SISBEN. Fecha de corte a 30 de octubre de 2016.



Educación	Salud	Nutrición	Educación	Salud	Nutrición	Educación	Salud	Nutrición
2014			2015			2016		
0,7	0,0	14,5	2,0	0,0	20,3	0,6	0,0	17,5
1,4	0,0	15,4	2,1	0,0	19,9	1,8	0,0	18,1
1,8	0,0	12,0	2,8	0,0	20,1	0,2	0,0	15,3
0,9	0,0	11,4	1,9	0,0	16,9	0,4	0,0	15,8
0,4	0,0	5,2	3,0	0,0	14,3	0,5	0,0	12,2
1,5	0,0	10,0	2,0	0,0	17,1	0,8	0,0	17,7
1,3	0,0	7,7	1,8	0,0	19,5	0,5	0,0	17,8
0,7	0,0	10,8	1,6	0,0	21,3	0,2	0,0	18,8
0,9	0,0	6,6	0,4	0,0	15,2	0,0	0,0	15,2
0,2	0,0	4,7	0,5	0,0	12,0	0,4	0,0	13,1
0,9	0,0	1,2	0,7	0,0	10,1	0,0	0,0	8,0
0,2	0,0	1,0	0,1	0,0	10,1	0,4	0,0	9,1
1,1	0,0	9,0	2,6	0,0	18,9	0,6	0,0	20,5
0,1	0,0	0,3	0,6	0,0	14,5	0,0	0,0	9,6
0,3	0,0	2,4	1,0	0,0	12,4	1,8	0,0	13,6
0,8	0,0	3,3	1,4	0,0	14,4	0,3	0,0	11,5
0,8	0,0	7,4	0,0	0,0	20,6	2,9	0,0	27,7
1,1	0,0	10,4	2,6	0,0	21,4	1,1	0,0	26,1
3,6	0,0	16,4	0,9	0,0	15,9	0,0	0,0	27,3
0,3	0,0	6,0	3,1	0,0	17,8	0,0	0,0	20,9
0,6	0,0	12,0	5,0	0,0	20,0	1,1	0,0	21,2
<b>0,9</b>	<b>0,0</b>	<b>7,7</b>	<b>1,7</b>	<b>0,0</b>	<b>16,7</b>	<b>0,5</b>	<b>0,0</b>	<b>15,8</b>

Lo anterior evidencia que, aunque no se están comparando las barreras para toda la población menor de seis años de las ciudades en cuanto a su atención integral, al comparar una parte importante de dicha población, y la que, de hecho, se encuentra en mayor vulnerabilidad, se nota que Medellín presentó las mayores barreras de acceso a la atención frente a Bogotá y Cali en 016.

Aunque Medellín presenta un menor porcentaje de su población en primera infancia en relación con Bogotá y Cali, a su vez presenta una desventaja, por cuanto un porcentaje muy

superior de dicha población se encuentra en situación de vulnerabilidad. Pese a que en los últimos años ha disminuido el porcentaje de vulnerabilidad, pasando del 70 % en 2009 al 59 % en 2016, aún dobla el porcentaje tanto de Bogotá como de Cali. Esta puede ser una posible explicación al hecho de que pese a que hay un programa de atención integral para la primera infancia enfocado en la población vulnerable, aún persisten barreras de acceso; además, concuerda con el resultado obtenido en la cobertura del programa Buen Comienzo, que ha mostrado una reducción sostenida entre 2013 y 2016.





# Salud de la PRIMERA INFANCIA

En lo que respecta a la salud de la primera infancia se cuenta con información correspondiente a los grupos etarios de cero a seis años, disponible para el período 2004-2016<sup>26</sup>, y de cero a dos años, con información disponible para el período 2014-2016. El análisis se complementa con información para comunas correspondiente al período 2004-2015 en los casos en los que esté disponible. Asimismo, se realiza una comparación con Bogotá y Cali para 2014-2016.

Con base en las siete realizaciones mencionadas se presenta a continuación un panorama de la salud de la primera infancia en tres aspectos. En primer lugar, está el aseguramiento y la cobertura en salud, analizada a través

de los indicadores de asistencia a los controles prenatales, la atención institucional del parto y la cobertura de vacunación. En segundo lugar, se referencia la situación nutricional, donde se presentan los indicadores de bajo peso al nacer, la prevalencia de desnutrición crónica, global y aguda junto con la proporción de niños en riesgo de sufrirla para el rango de edad cero a dos años y, para terminar, la prevalencia de anemia en niños de uno a cuatro años. En tercer lugar, se presenta el análisis de la mortalidad a lo largo del ciclo de vida de los niños, comenzando con la mortalidad materna, siguiendo con la perinatal, la neonatal, la de menores de un año y la de menores de cinco años, junto con la derivada de enfermedad diarreica aguda (EDA), infección respiratoria aguda (IRA) y desnutrición.

<sup>26</sup> Salvo que se indique lo contrario.




## COBERTURA en salud

El ODS 3 plantea garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades. Para ello, entre otras cosas, se busca alcanzar la cobertura sanitaria universal, asegurando el acceso a servicios de salud esenciales

de calidad, así como a medicamentos y vacunas seguros, eficaces, asequibles y de calidad.

Todos los niños tienen derecho a gozar del más alto nivel de salud posible. Ese derecho a la salud implica la provisión de atención médica





esencial, junto con el accionar sobre los determinantes subyacentes de la salud, de manera que cada niño tenga la oportunidad de desarrollarse completamente y tener un comienzo saludable en la vida. Con ese contexto, Medellín Cómo Vamos analiza el aseguramiento y la cobertura en salud de la primera infancia a través de los controles prenatales, la atención institucional del parto y la cobertura de vacunación.

## CONTROLES PRENATALES

Los sistemas de salud basados en el modelo de atención primaria en salud (APS) proponen la atención integral de todo el ciclo de las enfermedades a través de actividades de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y su manejo en centros de atención (Medellín Cómo Vamos, 2016).

La atención prenatal en salud es de suma importancia porque permite brindarle información a la mujer gestante sobre su salud y la del bebé, incentivar la práctica de un estilo de vida saludable y detectar y monitorear anomalías o enfermedades que requieran atención especializada. El proceso consta de un conjunto de acciones de asistencia concretadas en consultas médicas de la gestante a un equipo de salud para controlar la evolución del embarazo, y prepararla para el parto y la crianza del recién nacido, de manera que se disminuyan los riesgos.

El modelo originalmente propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS) clasifica a las mujeres embarazadas en dos grupos: las que no presentan patologías médicas, complicaciones o factores de riesgo y las que tienen alguna

condición especial que debe monitorearse específicamente. Para el primer grupo de ellas se propone un esquema básico integrado por cuatro visitas, dirigidas a tres áreas generales: (1) estudio de las condiciones socioeconómicas y de detección de patologías que aumenten la posibilidad de resultados adversos específicos; (2) intervenciones terapéuticas comprobadas como beneficiosas; y (3) educación de las mujeres embarazadas sobre las emergencias durante el embarazo y cómo tratarlas. El número ideal de visitas se fijó en cuatro con base en evidencia científica que demostraba que no había mayores diferencias en la presencia de preeclampsia, infección del tracto urinario, anemia postparto, mortalidad materna, bajo peso al nacer y mortalidad perinatal frente a modelos que proponían un mayor número de visitas. Así, la primera visita debe realizarse antes de la semana 12 de gestación, la segunda visita en la semana 26, la tercera en la semana 32 y la cuarta visita entre las semanas 36 y 38 (Organización Mundial de la Salud, 2003).

En la actualidad, la OMS recomienda transitar a un modelo de atención prenatal con un mínimo de ocho citas, debido a que el modelo de cuatro citas mostró un incremento de las muertes fetales e insatisfacción por parte de las gestantes. La evidencia muestra que una mayor frecuencia de asistencia a los controles prenatales, especialmente de las adolescentes, incide de manera importante en la prevención de la muerte de gestantes y niños. De esta manera, se propone que las embarazadas reciban el primer control en la semana 12 del embarazo y luego en las semanas 20, 26, 30, 34, 36, 38 y 40 (Organización Mundial de la Salud, 2016).

## METAS RELACIONADAS CON CONTROLES PRENATALES

### Objetivos de Desarrollo Sostenible:



ODS 5. Meta 5.6. Asegurar el acceso universal a la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos según lo acordado de conformidad con el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, la Plataforma de Acción de Beijing y los documentos finales de sus conferencias de examen.

### Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021:



Meta 8.5.3.2.3.e. El 95 % de las mujeres gestantes deben recibir cuatro controles prenatales en el 94 % de las entidades territoriales del país.



Meta 8.5.3.2.3.f. El 80 % de las mujeres gestantes ingresan a control prenatal antes de la semana 12 de edad gestacional.

### Plan Municipal de Salud 2016-2019:



Lograr que el 90 % de las mujeres gestantes asista a cuatro o más controles prenatales.



Aumentar en un 20 % la proporción de gestantes con consulta de control prenatal de primera vez antes de la semana 12 de gestación.

En 2015, en el mundo solo el 64 % de las mujeres recibieron atención prenatal por medio de cuatro controles. De ahí que en ese mismo año hayan muerto 303.000 a causa de complicaciones en el parto y 2,7 millones de niños durante sus primeros días de vida (Organización Mundial de la Salud, 2016).

En Colombia, 89,8 % de las mujeres gestantes entre los 13 y 49 años asistió a cuatro controles prenatales o más. Sin embargo, dentro del país hay diferencias importantes: mientras el 92 % de las mujeres gestantes en zonas urbanas asistieron a los controles, en la zona rural la proporción solo llega a 83,7 %. Por otro lado, las mujeres sin educación presentaron en 2015 una menor asistencia en comparación con el 2010: mientras que la ENDS 2010 registró una participación de 76,1 %, para 2015 fue de 68,6 %.

En cuanto al contenido de la atención prenatal, el 99,1 % de las mujeres de 13 a 49 años con un hijo nacido vivo entre 2010 y 2015 reportó haber sido pesada en los controles prenatales; el 98,2 % que se le midió la altura uterina; el 99,2 % que se le tomó la presión arterial; el 96,8 % que se le tomaron muestras de orina; el 97,5 % que se le tomaron muestras de sangre, y el 98,5 % que fueron escuchados los latidos del corazón del feto (Ministerio de Salud, 2016).

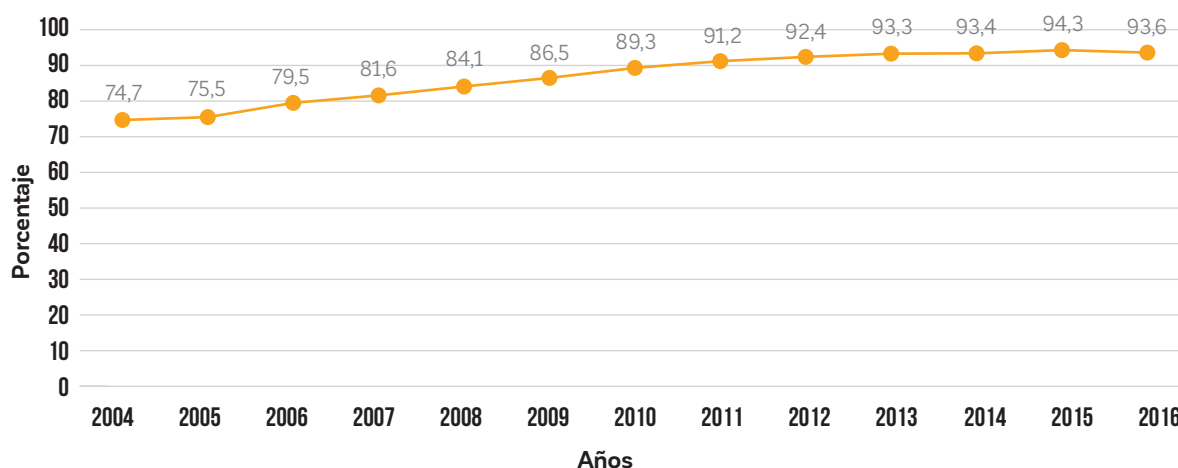
En cuanto a lo que sucede en las tres principales ciudades del país se cuenta con información comparada únicamente para el año 2015. En ese año la cobertura del programa de control prenatal en Medellín fue de 94,3 %, mayor que la observada en Bogotá (90,12 %) y en Cali (92,33 %<sup>27</sup>).

<sup>27</sup> La información correspondiente a Bogotá y Cali proviene del programa Cómo Vamos de cada ciudad, con base, a su vez, en la información provista por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y la Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali.

En Medellín, el porcentaje de nacidos vivos con cuatro controles prenatales o más aumentó de manera sostenida entre 2004 y 2015, pasando de 74,7 % a 94,3 %. En términos absolutos esto equivalió a pasar de 25.116 niños cuyas madres recibieron durante el embarazo los controles a 26.596. Al cierre de 2016, la proporción cayó a 93,6 %. Como ya

se vio en el recuadro correspondiente a las metas, contrario a la evolución observada durante este período de tiempo para este indicador, el Plan Municipal de Salud de Medellín 2016-2019 se plantea lograr una meta inferior al valor actual del indicador, de manera que en 2019 el 90 % de las mujeres gestantes asista a cuatro o más controles prenatales.

**GRÁFICO 9 Medellín: porcentaje de nacidos vivos con cuatro controles prenatales o más, 2004-2016**



**Nota:** el dato de 2015 es preliminar y el de 2016 es proyectado preliminar.  
**Fuente:** elaboración propia, Subdirección de Información. DANE, Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Procesado por la Unidad de Gestión de la Información y el Conocimiento, Secretaría de Salud de Medellín.

## ATENCIÓN INSTITUCIONAL DEL PARTO

La evidencia científica muestra que el riesgo de muerte fetal o muerte por complicaciones relacionadas con el parto puede reducirse en 20 % con la asistencia profesional del mismo. De esta manera, una estrategia crítica para reducir la morbilidad y mortalidad materna e infantil es garantizar que cada bebé nazca en un parto que cuente con la asistencia de un equipo profesional, que normalmente incluye un médico, una enfermera o partera. Asimismo, es importante que el parto se lleve a cabo en instituciones de salud que brinden atención de calidad y estén preparadas para atender emergencias, garantizando la seguridad integral del paciente (Unicef, 2017).

En el mundo, la atención del parto por personal calificado creció sustancialmente entre 2000 y 2016 al pasar del 60 % al 80 % de los nacimientos atendidos. Para 2016 se estima que cerca del 20 % de los nacimientos en el mundo tuvieron lugar sin la asistencia especializada, lo que equivalió a 31 millones de nacimientos. Además, las diferencias entre regiones son abismales: mientras que en Europa central y oriental la asistencia especializada del parto llegó al 99 %, en África central y occidental solo llegó al 51 % (Unicef, 2017). De ahí que la tasa de mortalidad materna en los países en desarrollo sea 20 veces la de los países desarrollados: en 2015 la primera fue

de 239 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos, mientras que la segunda fue de 12 (Organización Mundial de la Salud, 2016). Específicamente, en América Latina y el Caribe los avances en torno a los ODM 4 y 5<sup>28</sup> no fueron

<sup>28</sup> El ODM 4 proponía reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de niños menores de cinco años y el ODM 5 proponía reducir a la mitad la tasa de mortalidad materna.

consistentes, de manera que en el ODS 3<sup>29</sup> se retoma como meta la reducción de la mortalidad materna e infantil (Ministerio de Salud, 2016).

<sup>29</sup> El ODS 3, que pretende garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades, propone en la meta 3.1 reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 vivos para 2030; y en la meta 3.2 propone poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de cinco años, logrando que todos los países intenten reducir la mortalidad neonatal al menos hasta 12 por cada 100.000 nacidos vivos, y la mortalidad de niños menores de cinco años al menos hasta 25 por cada 1.000 nacidos vivos.

## METAS RELACIONADAS CON ATENCIÓN INSTITUCIONAL DEL PARTO

### Objetivos de Desarrollo Sostenible:



ODS 3. Meta 3.1. Para 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos.

ODS 3. Meta 3.2. Para 2030, poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de cinco años, logrando que todos los países intenten reducir la mortalidad neonatal al menos hasta 12 por cada 1000 nacidos vivos, y la mortalidad de niños menores de cinco años al menos hasta 25 por cada 1000 nacidos vivos.



ODS 5. Meta 5.6. Asegurar el acceso universal a la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos según lo acordado de conformidad con el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, la Plataforma de Acción de Beijing y los documentos finales de sus conferencias de examen.

### Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021:



Lograr que el 90 % de las mujeres gestantes asista a cuatro o más controles prenatales.



Aumentar en un 20 % la proporción de gestantes con consulta de control prenatal de primera vez antes de la semana 12 de gestación<sup>30</sup>.

### Plan Municipal de Salud 2016-2019:



La tasa de mortalidad materna llegará a 20 muertes por cada 100.000 nacidos vivos<sup>31</sup>.

<sup>30</sup> Si bien ambas metas no hacen referencia explícita a la atención institucional del parto, en las estrategias propuestas para el cumplimiento de las mismas se hace mención de acciones dirigidas al “fortalecimiento institucional y desarrollo de capacidades del talento humano para la atención integral y de calidad de la mujer antes, durante y después de un evento obstétrico”. Por esa razón se incluyen en este informe entre las metas relacionadas con atención institucional del parto.

<sup>31</sup> De igual manera, aunque la meta no hace referencia específica a la atención institucional del parto, en el Plan Territorial de Salud se la relaciona con las estrategias propuestas por el Plan Decenal de Salud Pública. Además, se le asocia con el programa Gestión de Estrategias Integrales en Salud y el proyecto “Implementación modelo integral de atención en salud” del Plan de Desarrollo 2016-2019 “Medellín cuenta con vos”.

En Colombia, según los resultados de la ENDS 2015, el 96,9 % de las mujeres en el rango de edad de 13-49 años con un nacido vivo entre 2010 y 2015 reportaron haber recibido atención institucional del parto, lo que representa un incremento del 2 % con respecto a la ENDS 2010. No obstante, la presencia de ciertas condiciones determina un menor nivel de atención institucional: 75,6 % para las madres que tienen seis o más hijos; 63,6 % para las mujeres sin educación y 88,8 % para las mujeres en el quintil de riqueza más bajo. Así las cosas, el orden de nacimiento del bebé, la educación de la madre y el nivel de pobreza del hogar son factores determinantes para la atención del parto por parte de profesionales especializados.

En Medellín, Bogotá y Cali se observan niveles similares de atención institucional del parto (**Gráfico 10**). Para las tres ciudades la atención profesional del parto supera el 99 %; coincide también en proporciones equivalentes con la atención del parto en instituciones de salud, de

manera que otras opciones, como la atención en el domicilio de la gestante, tienen un número mínimo de casos. Esta situación es coherente con el alto nivel de aseguramiento en salud que se observa en las tres ciudades: en Medellín fue de 97,9 %<sup>32</sup> para 2016, en Bogotá fue de 94,7 %<sup>33</sup> y en Cali de 93,5 %<sup>34</sup>.

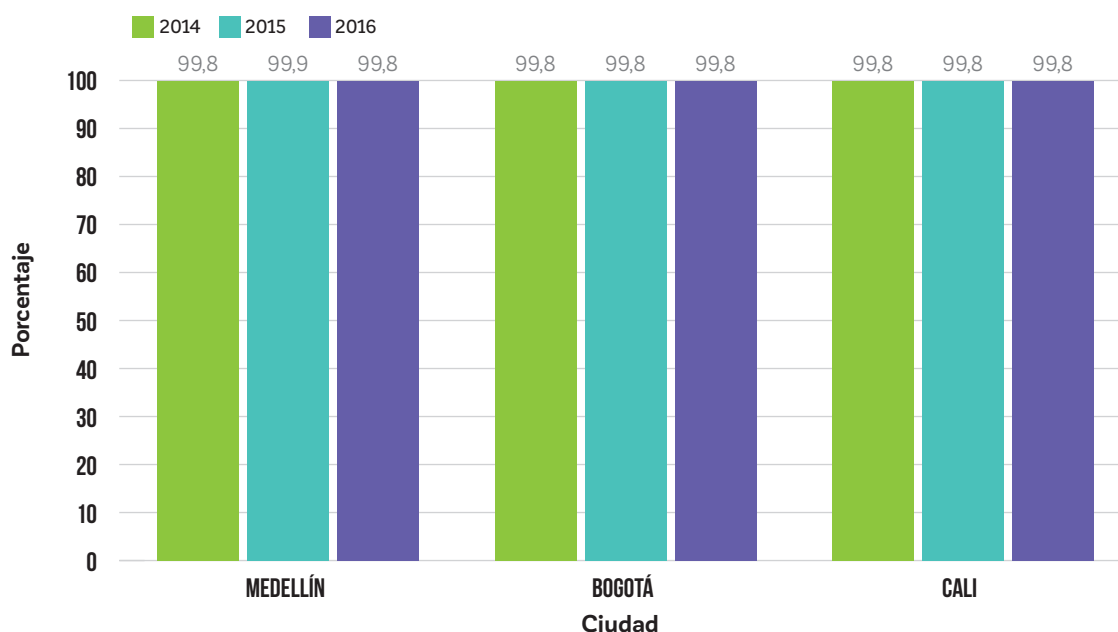
En Medellín, como se observa en el **Gráfico 11**, la atención institucional del parto se ha mantenido por encima del 99 % durante el periodo analizado, acercándose a una atención universal por profesionales especializados. Específicamente, en 2016 de 41.236 nacidos vivos en Medellín, 41.155 nacieron en partos atendidos institucionalmente.

<sup>32</sup> Fuente: Cálculos propios con base en información provista por la Subdirección de Información del Departamento Administrativo de Planeación Municipal y el Sistema Integral de Información de la Protección Social (Sispro) hasta diciembre de 2016.

<sup>33</sup> Fuente: Bogotá Cómo Vamos con base en información de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá.

<sup>34</sup> Fuente: Cali Cómo Vamos con base en información del Ministerio de Salud.

**GRÁFICO 10** Medellín, Bogotá y Cali: atención institucional del parto, 2014-2016



**Fuente:** elaboración propia con base en estadísticas vitales del DANE. El indicador se calculó como la razón entre los nacidos vivos atendidos por personal calificado (médicos y enfermeras) y el total de nacidos vivos en cada ciudad.

## VACUNACIÓN

Según Unicef, a la fecha la vacunación es una de las intervenciones de salud pública más costo-efectivas, pues contribuye a salvar la vida de cerca de tres millones de niños por año y a protegerlos de la enfermedad y de varias condiciones de discapacidad (Unicef, 2016). Se estima que cerca de un tercio de las muertes de niños menores de cinco años son prevenibles a través de la vacunación. Sin embargo, en el mundo, para 2015 aproximadamente uno de cada cinco niños carecía del esquema básico de vacunación,

lo que equivalía a 19,4 millones de niños, siendo los más pobres y vulnerables los que menos probabilidades tenían de acceder a las vacunas necesarias (Unicef, 2016).

En Colombia, las vacunas incluidas en el esquema nacional, que se ejecuta por medio del Programa Ampliado de Inmunización (PAI) del Ministerio de Salud y Protección Social, son gratis para todos los niños menores de seis años. En la **Tabla 4** se presenta el esquema de vacunación del país para la primera infancia:

**TABLA 6** Colombia: esquema de vacunación para la primera infancia

Edad	Enfermedades contra las que brinda protección	Dosis
Recién nacido	Tuberculosis BCG	Única
	Hepatitis B	Recién nacido
2 meses	Polio (oral-IM)	Primera
	Pentavalente. Hepatitis B, Haemophilus influenzae tipo B y difteria - tosferina - tétano (DPT)	Primera
	Rotavirus	Primera
	Neumococo	Primera
4 meses	Polio (oral-IM)	Segunda
	Pentavalente. Hepatitis B, Haemophilus influenzae tipo B y difteria - tosferina - tétano (DPT)	Segunda
	Rotavirus	Segunda
	Neumococo	Segunda
6 meses	Polio (oral-IM)	Tercera
	Pentavalente. Hepatitis B, Haemophilus influenzae tipo B y difteria - tosferina - tétano (DPT)	Tercera
	Influenza	Primera
7 meses	Influenza	Segunda
12 meses	Sarampión rubeola paperas (SRP)	Primera
	Fiebre amarilla	Primera
	Neumococo	Refuerzo
	Influenza	Anual
	Hepatitis A	Única
18 meses	Difteria - tosferina - tétano (DPT)	Primer refuerzo
	Polio (oral-IM)	Primer refuerzo
5 años	Polio (oral-IM)	Segundo refuerzo
	Difteria - tosferina - tétano (DPT)	Segundo refuerzo
	Sarampión rubeola paperas (SRP)	Refuerzo

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social.

## METAS RELACIONADAS CON VACUNACIÓN

### Objetivos de Desarrollo Sostenible:



ODS 3. Meta 3.8. Para 2030, lograr la cobertura sanitaria universal, en particular la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos.

casos de fiebre amarilla, difteria, tuberculosis meníngea, hepatitis A y B, neumococo, *Haemophilus influenzae tipo B*, diarreas por rotavirus, tos ferina, parotiditis e influenza.



Meta 8.6.2.4.3.c. Sistematización y automatización de los procesos y procedimientos del Programa Ampliado de Inmunizaciones en todo el territorio nacional.

### Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021:



Meta 8.6.2.4.3.a. Alcanzar el 95 % o más de cobertura en todos los biológicos que forman parte del esquema nacional en las poblaciones objeto del programa.



Meta 8.6.2.4.3.b. Consolidación en todo el territorio nacional de la erradicación de la poliomielitis, la eliminación del sarampión, la rubeola, el síndrome de rubeola congénita y el tétanos neonatal; y controlar la incidencia de

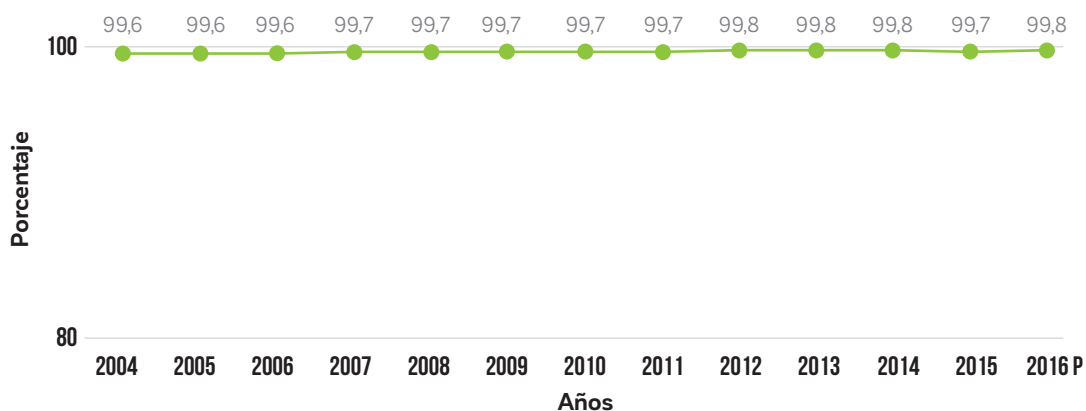


### Plan Municipal de Salud 2016-2019:

Mantener en cero la tasa de incidencia de casos autóctonos de los eventos del plan de eliminación o erradicación (polio, SRC, sarampión, rubeola, difteria, rabia, tétanos neonatal) y por debajo de dos casos las muertes por tos ferina en menores de cinco años.

Alcanzar por lo menos el 95 % de cobertura en todos los biológicos que forman parte del esquema nacional en las poblaciones objeto del programa.

**GRÁFICO 11** Medellín: porcentaje de atención institucional del parto, 2004-2016



**Nota:** el indicador se calculó como la razón entre los nacidos vivos atendidos en instituciones de salud y el total de nacidos vivos en cada ciudad. El valor para 2016 es preliminar  
**Fuente:** elaboración propia con base en estadísticas vitales del Dane.



El análisis de coberturas para los cuatro biológicos trazadores, a saber: antipolio, BCG (tuberculosis), DPT (pentavalente: hepatitis B, *Haemophilus influenzae* tipo B y difteria - tosferina - tétano) y SRP (sarampión - rubeola - paperas), muestra que la disminución de la mortalidad infantil en Colombia ha sido posible gracias a las estrategias implementadas para cumplir con el ODM 4, específicamente en lo que se refiere a los esquemas de vacunación, según señala el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. En efecto, entre 2000 y 2015, las coberturas administrativas de vacunación para BCG han estado en el rango 82,69 %-96,33 %, las de antipolio en 73,41 %-93,80 %, las de DPT en 69,34 %-93,35 % y las de triple viral en 70,43 %-95,30 %, aunque el mismo ministerio señala que aún hay amplias diferencias territoriales.

A continuación se presenta el análisis de coberturas en vacunación para estos cuatro trazadores. En cada caso se expone la evolución de las coberturas comparadas en Medellín, Bogotá y Cali para el período 2014-2016, tomando como

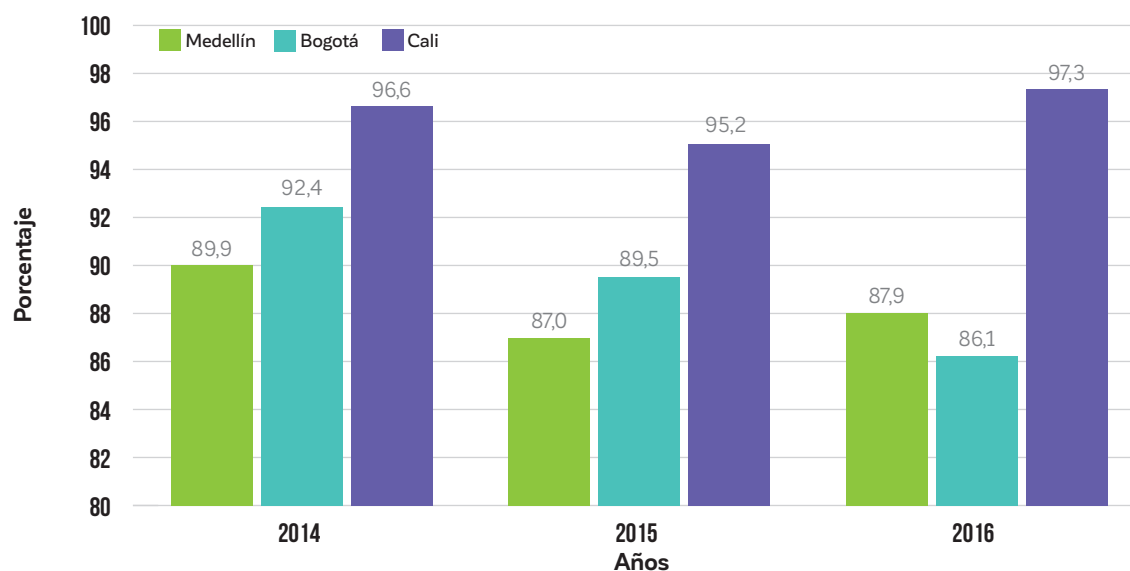
referencia el esquema completo de vacunación, es decir, considerando la cobertura correspondiente a la última dosis o refuerzo que contempla el PAI. Seguidamente, se amplía el análisis para Medellín en el período 2014-2016<sup>35</sup>, considerando la cobertura de cada vacuna según las dosis y refuerzos estipulados en el PAI.

### Antipolio

El esquema de vacunación antipolio contempla la aplicación de tres dosis y dos refuerzos, el último de los cuales debe aplicarse a los cinco años. Teniendo en cuenta esto, la cobertura observada para el último refuerzo ha sido superior en los tres años para Cali, con 97,3 % al cierre del período, seguida por Medellín con 87,9 % y Bogotá, muy cerca, con 86,1 %; se debe resaltar que en los dos años anteriores la cobertura había sido mayor para Bogotá que para Medellín. Estas dos ciudades deben concentrarse en realizar esfuerzos importan-

<sup>35</sup> El análisis se realiza para ese período considerando que el esquema de vacunación se amplió en 2013 para incluir 11 vacunas (tres combinadas) (Ministerio de Salud, 2013).

**GRÁFICO 12** Medellín, Bogotá y Cali: cobertura de vacunación antipolio (segundo refuerzo), 2014-2016



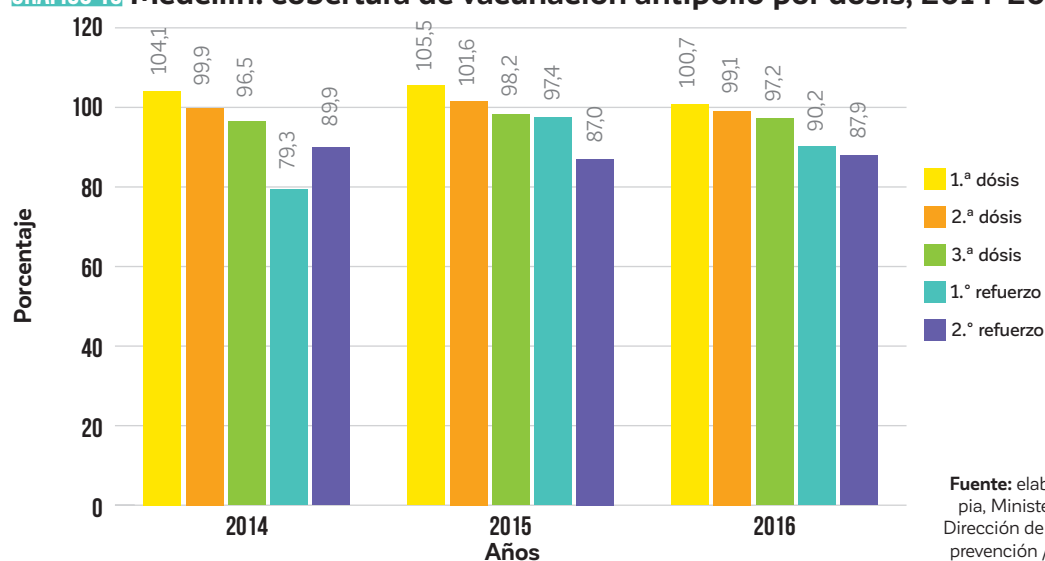
Fuente: elaboración propia, Ministerio de Salud, Dirección de Promoción y Prevención/Inmunoprevenibles, PAI. Corresponde a cobertura de segundo refuerzo.

tes que les permitan alcanzar el 95 % de cobertura contemplado en el Plan Decenal de Salud.

En cuanto a lo que sucede específicamente en Medellín, la cobertura de la vacuna antipolio discriminada por las dosis administradas muestra para el mismo período un descenso a medida que se incrementa el número de dosis, con excepción

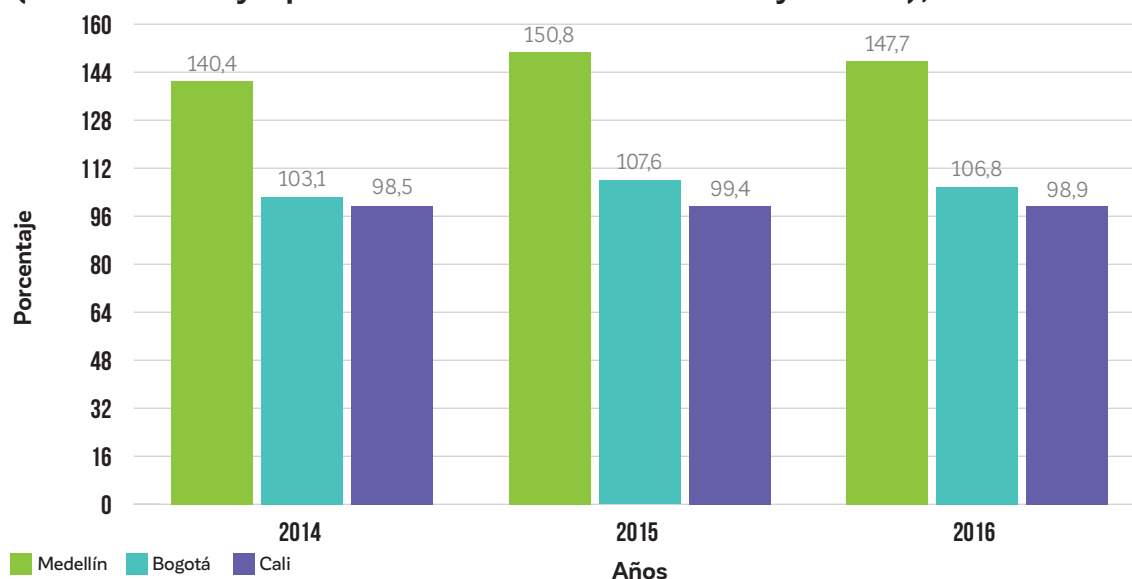
del año 2014, cuando hubo un leve incremento entre el primer refuerzo y el último. Nótese, entonces, que al cierre de 2016, mientras que para la primera dosis, aplicada en el segundo mes de vida del niño, la cobertura excedía el 100 %, a medida que se incrementa la edad y la dosis, descende la cobertura hasta llegar a 87,9 % para el segundo refuerzo.

**GRÁFICO 13** Medellín: cobertura de vacunación antipolio por dosis, 2014-2016



Fuente: elaboración propia, Ministerio de Salud. Dirección de promoción y prevención / Inmunoprevenibles - Programa PAI.

**GRÁFICO 14** Medellín, Bogotá y Cali: Cobertura vacunación -BCG- en recién nacidos (de 0 a 29 días y a partir de 1 mes hasta los 11 meses y 29 días), 2014-2016



Fuente: elaboración propia, Ministerio de Salud. Dirección de promoción y prevención / Inmunoprevenibles - Programa PAI. Corresponde a cobertura de BCG (tuberculosis) en recién nacidos. Nota: En las coberturas de recién nacidos vacunados con BCG se presentan datos por encima de la meta esperada. Esto se debe a que muchos partos del área metropolitana y otros municipios son atendidos en el municipio de Medellín y estas vacunas se aplican antes del egreso hospitalario, lo cual hace que el numerador sea mayor.

## Antituberculosa (BCG)

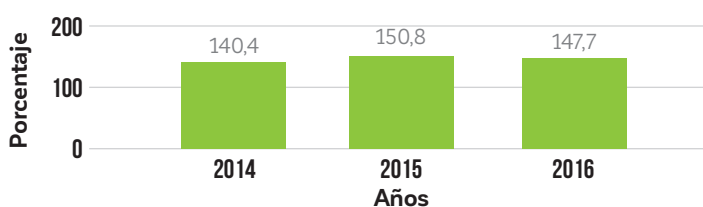
El esquema de vacunación contempla la aplicación de una única dosis en neonatos en el momento más próximo al nacimiento. Precisamente, el hecho de que la vacuna se aplique antes del egreso hospitalario del recién nacido puede explicar que en Medellín y Bogotá las coberturas superen el 100 %, pues es probable que se atiendan partos de madres de los municipios aledaños a estas ciudades, por lo que la población vacunada es superior a la población en el rango de edad de interés.

En cuanto a Medellín, como ya se vio, la cobertura no solo supera el 100 %, sino que es la

más alta entre las tres ciudades analizadas. Medellín Cómo Vamos consultó a la Subdirección de Información al respecto y la respuesta fue la siguiente:

*En las coberturas de recién nacidos vacunados con BCG y HB se presentan coberturas por encima de la meta esperada. Esto se debe a que muchos partos del Área Metropolitana y otros municipios son atendidos en el municipio de Medellín y estas vacunas se aplican antes del egreso hospitalario, lo cual hace que el numerador sea mayor.*

**GRÁFICO 15** Medellín: cobertura de vacunación BCG (tuberculosis), 2014-2016



Fuente: elaboración propia, Ministerio de Salud, Dirección de Promoción y Prevención/Inmunoprevenibles, PAI.

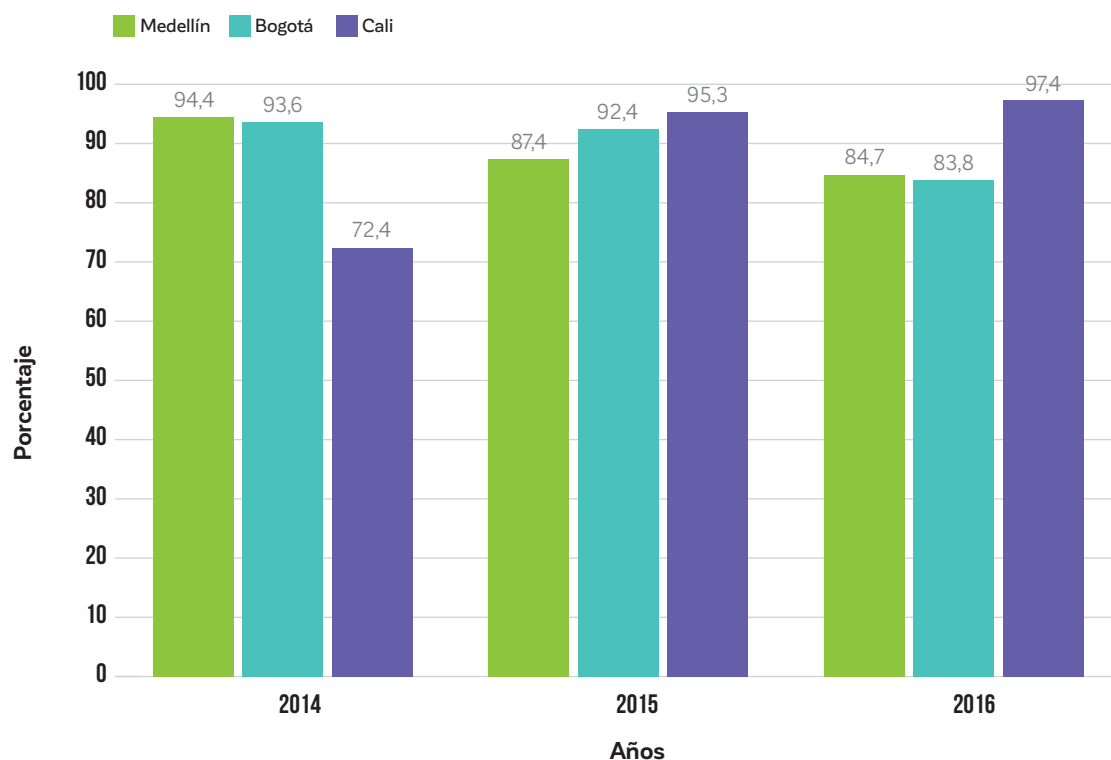
## Pentavalente (DPT)

El esquema asociado a esta vacuna busca prevenir difteria, tétanos y tosferina a través de la aplicación de tres dosis y dos refuerzos, debido a que una sola dosis es insuficiente para proteger contra las tres enfermedades y dos dosis generan protección a corto plazo, mientras que con las dosis se logra protección de 95 % a 98 % para el tétanos y difteria, y de 70 % a 85 % para tosferina. Sin embargo, la inmunidad asociada a esta última disminuye en un período de cuatro a siete años posteriores a la vacunación, por lo que es necesario aplicar dos dosis de refuerzo a los 18 meses y cinco años. Como puede verse en el **Gráfico 16**, mientras que en 2014 en Mede-

llín y Bogotá la aplicación del segundo refuerzo mostraba una cobertura cercana al 95 %, que es la que busca el Plan Decenal de Salud, para 2015 se reducen las coberturas en estas ciudades y aumentan en Cali, para cerrar el período con esta última superando el 95 % y Medellín y Bogotá presentando coberturas más de 10 % por debajo de la meta del Plan Decenal.

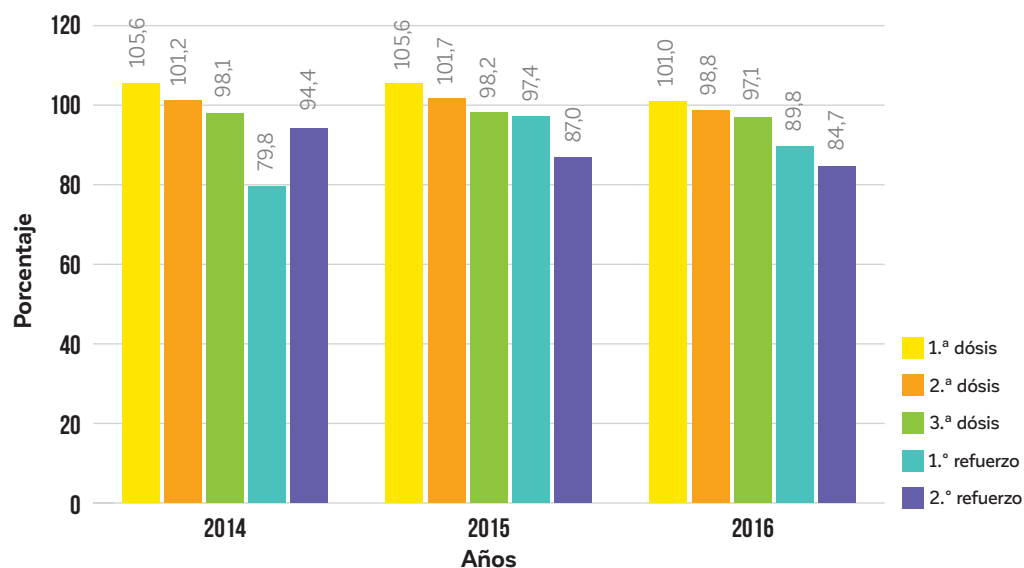
En Medellín, cuando se analiza la cobertura por dosis, según lo estipulado en el PAI, se observa un comportamiento bastante similar al de la vacuna antipolio, con altas tasas de cobertura para las primeras dosis y bajas tasas para los dos refuerzos finales del esquema, incluso inferiores a las tasas de cobertura para el segundo refuerzo de la antipolio.

**GRÁFICO 16** Medellín, Bogotá y Cali: cobertura vacunación DPT (segundo refuerzo), 2014-2016



Fuente: elaboración propia, Ministerio de Salud, Dirección de Promoción y Prevención/Inmunoprevenibles, PAI. Corresponde a cobertura de segundo refuerzo de DPT a los cinco años.

**GRÁFICO 17** Medellín: cobertura de vacunación DPT (hepatitis B, Haemophilus influenzae tipo B y difteria - tosferina - tétano) por dosis, 2014-2016



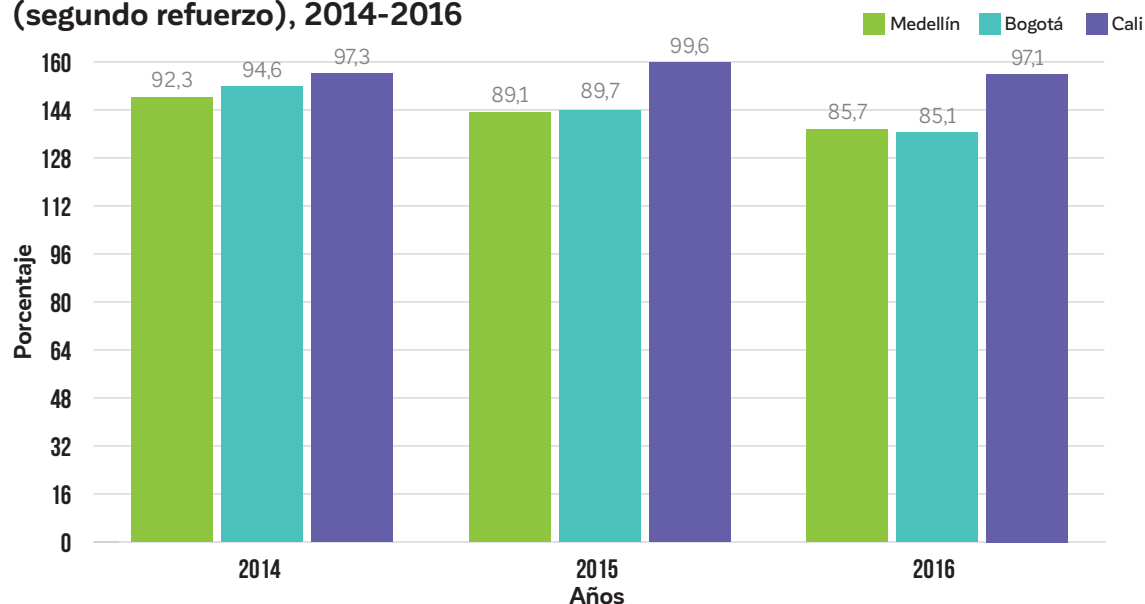
Fuente: elaboración propia, Ministerio de Salud. Dirección de promoción y prevención / Inmunoprevenibles - Programa PAI.

## Triple viral (SRP)

La vacuna SRP presenta, para los tres años analizados, la mayor cobertura en Cali: supera el 95 % que propone el Plan Decenal de Salud Pública.

Mientras tanto, Medellín y Bogotá se mantienen por debajo de ese nivel para el período en cuestión.

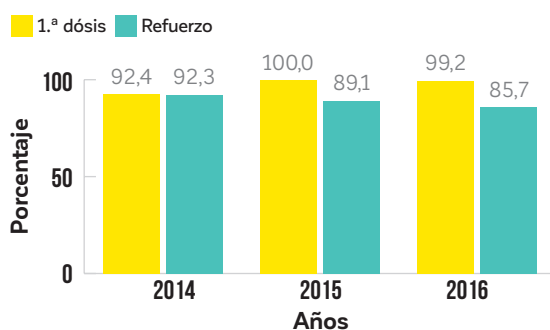
**GRÁFICO 18** Medellín, Bogotá y Cali: cobertura vacunación triple viral SRP (segundo refuerzo), 2014-2016



Fuente: elaboración propia, Ministerio de Salud, Dirección de Promoción y Prevención/Inmunoprevenibles, PAI.

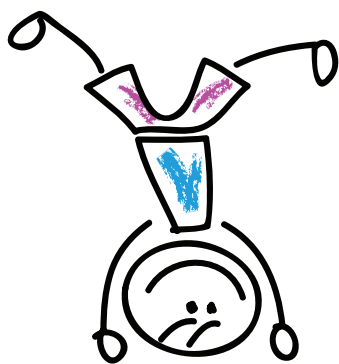
En cuanto a la cobertura por dosis en Medellín, si bien en 2014 esta fue bastante similar entre la primera dosis y el refuerzo, para 2015 y 2016 se observa de nuevo la misma situación que mostraron las otras vacunas: una reducción de la cobertura para el refuerzo que debe aplicarse a los cinco años.

**GRÁFICO 19** Medellín: cobertura de vacunación en SRP (sarampión, rubeola y paperas) por dosis, 2014-2016



Fuente: elaboración propia, Ministerio de Salud. Dirección de promoción y prevención / Inmunoprevenibles - Programa PAI.

Como se vio, para los tres biológicos trazadores que contemplan varias dosis y refuerzos en el esquema del PAI se observa una reducción sostenida a medida que aumenta la dosis de vacunación. Presumiblemente, esta situación puede deberse al hecho de que, a medida que aumenta la edad del niño o niña, disminuye su asistencia al programa de crecimiento y desarrollo que entre sus objetivos contempla, precisamente, garantizar a la población menor de 10 años el esquema completo de vacunación, de acuerdo con las normas técnicas establecidas en el PAI del Ministerio de Salud. En efecto, según manifiesta la Subdirección de Información, hay una mayor adherencia al programa de crecimiento y desarrollo para los niños con edades entre cero y dos años, lo que explicaría la mayor cobertura de las vacunas que se aplican a los niños con ese rango de edad en comparación con aquellas que se aplican, por ejemplo, a los cinco años.



# NUTRICIÓN

El segundo ODS contempla poner fin al hambre, lograr la seguridad alimentaria y la mejora de la nutrición, y promover la agricultura sostenible. Además, propone lograr, a más tardar en 2025, las metas convenidas internacionalmente sobre el retraso del crecimiento y emaciación de estos niños.

Medellín Cómo Vamos analiza la situación de la nutrición de la primera infancia valiéndose de los indicadores referentes al bajo peso al nacer, la prevalencia de desnutrición aguda, crónica y global, la proporción de niños y niñas en riesgo de sufrir desnutrición aguda, crónica y global, y la prevalencia de anemia.

## BAJO PESO AL NACER

La prevalencia de bajo peso al nacer se refiere a los nacidos vivos cuyo peso es inferior a los 2500 gramos medidos al momento del nacimiento. El bajo peso al nacer, según la OMS, puede ser causado por tres factores: el nacimiento pretérmino, es decir, aquel que se produce antes de completarse las 37 semanas de gestación; el tamaño pequeño para la edad gestacional, que se define como un peso para la gestación inferior al décimo percentil, que puede ser causado por una restricción de crecimiento intrauterino, es decir, una tasa de crecimiento fetal más lenta que el promedio; o puede ser consecuencia de ambos. En resumen, los que sufren de bajo peso al nacer, como dice la OMS, comprenden un grupo heterogéneo de niños que nacen a pretérmino, niños con tamaño pequeño para la edad gestacional, o niños que tienen ambas condiciones (Organización Mundial de la Salud, 2011).

Las consecuencias del bajo peso al nacer implican mayores probabilidades de muerte en los primeros meses de vida. Ahora, en caso de que sobrevivan, los niños están en mayor riesgo de sufrir afectaciones del sistema inmunológico, lo que los hace más propensos a padecer enfermedades como diabetes y afecciones cardíacas, habida cuenta de que también tienen alto riesgo de continuar malnutridos; por esta vía pueden tener, asimismo, menores coeficientes de inteligencia y, por ende, problemas cognoscitivos (Unicef, 2016).

En términos de prevención, la OMS afirma que es determinante que los servicios de salud sean asequibles, accesibles y apropiados, puntualmente en términos de cuidado del embarazo y también de atención médica y nutricional, tanto neonatal como postneonatal. Entre las medidas cuya efectividad en la prevención del bajo

peso al nacer se ha comprobado se encuentran: la nutrición adecuada de las adolescentes, la promoción del abandono del hábito de fumar durante y después del embarazo, la provisión de suplementos de hierro y ácido fólico para adolescentes y mujeres en edad reproductiva y embarazadas en aquellos lugares donde la prevalencia de anemia supere el 20 %; asimismo, en el período prenatal se aconseja suplementación proteica y de calcio, junto con exámenes periódicos que permitan controlar los factores de riesgo para preeclampsia, parto prematuro y, en general, para aquellas que ya hayan presentado partos pretérmino (Organización Mundial de la Salud, 2014).

Ahora bien, una vez el recién nacido presenta la condición de bajo peso, las guías de la OMS para la alimentación de este en países de ingresos medios y bajos señalan como recomendación más importante que sean alimentados con leche de su propia madre. Si esto no es posible, entonces debe alimentarse con leche de madres donantes, siempre y cuando provenga de bancos seguros y que le garanticen un suministro constante. En caso de que ninguna de las dos opciones anteriores esté disponible, el bebé debe ser alimentado con una fórmula estándar para lactantes, en respuesta a señales de hambre, y no en intervalos programados (Organización Mundial de la Salud, 2011).

Según Unicef, la incidencia de bajo peso en el mundo al nacer fue de 16 % para el período comprendido entre 2009 y 2013; de estos niños, el 96,5 % habita en países en desarrollo (Unicef, 2006). No obstante, de acuerdo con la misma organización, solo se dispone de datos para el 60 % de los países en desarrollo, pues a muchos niños no se les pesa al nacer, lo que da cuenta de falencias en el cuidado apropiado para los recién nacidos (Unicef, 2013).

## METAS RELACIONADAS CON EL PESO AL NACER

### Objetivos de Desarrollo Sostenible:



ODS 2. Meta 2.1. Para 2030, poner fin al hambre y asegurar el acceso de todas las personas, en particular los pobres y las personas en situaciones vulnerables, incluidos los lactantes, a una alimentación sana, nutritiva y suficiente durante todo el año.

ODS 2. Meta 2.2. Para 2030, poner fin a todas las formas de malnutrición, incluso logrando, a más tardar en 2025, las metas convenidas internacionalmente sobre el retraso del crecimiento y la emaciación de los niños menores de cinco años, y abordar las necesidades de nutrición de las adolescentes, las mujeres embarazadas y lactantes y las personas de edad.

### Plan Decenal de Salud 2012-2021:



Meta 8.4.3.2.3.d. Mantener en menos del 10 % la proporción de bajo peso al nacer.

### Plan Municipal de Salud 2016-2019:



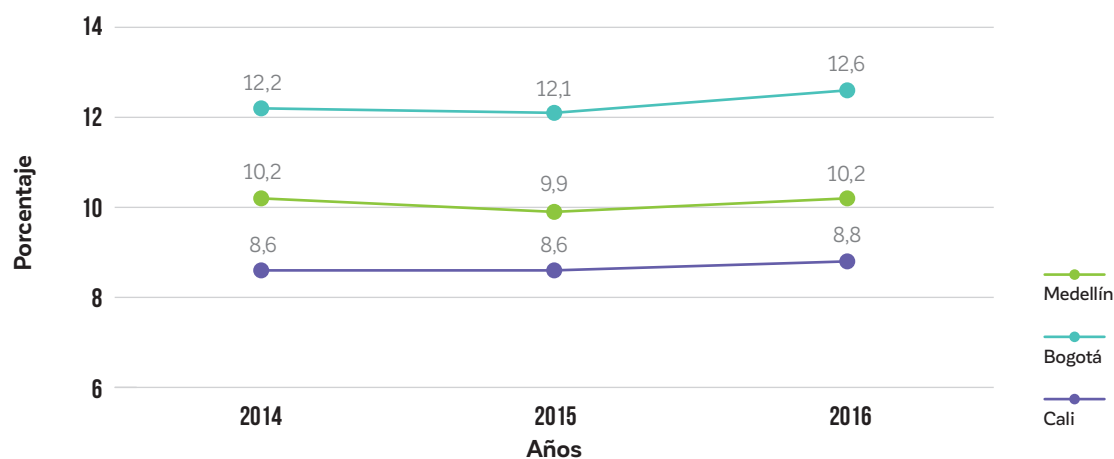
Reducir la proporción de nacidos vivos con bajo peso al nacer en un 0,7 %, pasando de 10,2 % a 9,5 %.



En Colombia, la proporción de niños recién nacidos con bajo peso fue de 9,1 % para 2016, equivalente a 58.314. De estos, 69 % pesaron 2000-2499 gramos; 18 % 1500-1999 gramos; 8 % 1000-1499 gramos y 5 % menos de 1000 gramos. En un estudio realizado por la Fundación Éxito en el 2015 se encontró que en el bajo peso al nacer intervienen determinantes sociales tanto de tipo estructural como de tipo intermedio e individual, entre los cuales se destacan: el nivel educativo de la madre, el índice de riqueza, la zona de residencia (urbano o rural), el orden del nacimiento y la etnia (Fundación Éxito, 2014).

En ese contexto, la prevalencia de bajo peso al nacer representa uno de los principales factores de riesgo de mortalidad neonatal en Colombia entre el grupo de enfermedades infecciosas y maternas perinatales. El Plan Decenal de Salud propone como meta para el período 2012-2021 mantener por debajo de 10 % la proporción de bajo peso al nacer (Ministerio de Salud, 2013). Al parecer, Cali es la única que ha logrado el cumplimiento de esta meta, con una prevalencia de bajo peso al nacer que oscila entre 8,6 % y 8,8 %. Lo contrario ocurre con Medellín y Bogotá, pues en la primera la prevalencia se mantiene en torno al 10 % y en la segunda supera el 12 %.

**GRÁFICO 20** Medellín, Bogotá y Cali: prevalencia del bajo peso al nacer (total), 2014-2016

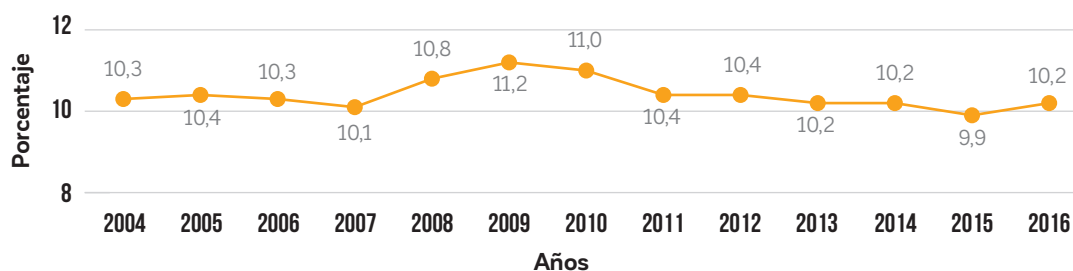


**Fuente:** elaboración propia con base en estadísticas vitales del Dane. El indicador se calculó como los nacidos vivos con peso inferior a los 2.500 g como proporción del total de nacidos vivos en cada ciudad.

En Medellín, como se aprecia en el **Gráfico 21**, la proporción de bajo peso al nacer total oscila en torno al 10 % de los nacidos vivos, lo que supera el promedio registrado para Colombia en la ENDS de 2015. Particularmente, en 2016, el dato de 10,2 % superó en 0,3 % el observado en 2015. Además, por cada 10 niños con bajo peso al nacer, seis nacieron antes de las 37 semanas de gestación (bajo peso al nacer pretérmino), mientras que cuatro de cada 10 nacieron luego

de ese período (bajo peso al nacer a término). Entre 2004 y 2016 la proporción de niños con bajo peso al nacer se ha mantenido estable, al igual que la distribución entre a término y pretérmino. Entre tanto, cabe resaltar que en el Plan Municipal de Salud de Medellín 2016-2019, la meta propuesta para el bajo peso al nacer a término es reducir la proporción de nacidos vivos con esta condición de 10,2 % a 9,5 %.

**GRÁFICO 21** Medellín: prevalencia de bajo peso al nacer total, 2004-2016



**Fuente:** elaboración propia con base en estadísticas vitales del Dane. El indicador se calculó como los nacidos vivos con peso inferior a los 2.500 g como proporción del total de nacidos en la ciudad.

Respecto a lo que sucede en las comunas y corregimientos de Medellín, se cuenta con información para la proporción de bajo peso al nacer total y a término. Para ambas, la regla es un comportamiento diverso, con presentación de casos en la mayo-

ría de las comunas para cada año, con algunas excepciones. Específicamente para 2016, las comunas que presentaron mayor prevalencia de bajo peso al nacer total fueron Santa Elena, El Poblado, Popular, Villa Hermosa y San Antonio de Prado.

**TABLA 7** Medellín, comunas y corregimientos: prevalencia de bajo peso al nacer (total), 2005-2015

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015p
1 Popular	10,6	11,0	11,3	11,1	11,3	12,1	10,2	10,5	10,7	10,1	10,9
2 Santa Cruz	9,8	11,1	9,3	10,2	11,6	11,6	10,8	10,1	9,7	8,7	10,2
3 Manrique	10,3	11,4	10,8	12,3	10,9	10,2	10,6	11,3	9,0	10,9	9,2
4 Aranjuez	10,4	11,0	11,0	10,4	11,0	11,5	10,4	10,1	9,6	10,9	9,4
5 Castilla	10,2	9,4	9,4	9,5	10,3	10,8	10,2	9,2	10,7	10,1	8,9
6 Doce de Octubre	11,6	11,4	9,7	9,6	11,6	12,9	10,3	10,0	10,3	8,4	10,1
7 Robledo	10,3	10,0	9,2	10,8	10,3	10,7	10,8	9,1	9,8	10,2	10,0
8 Villa Hermosa	10,1	9,7	9,5	10,4	10,6	11,6	9,7	9,6	10,0	10,1	10,4
9 Buenos Aires	10,5	9,4	9,7	9,6	11,1	9,6	11,0	10,7	11,0	10,5	9,0
10 La Candelaria	12,5	11,9	10,7	11,6	12,5	11,9	9,0	9,3	10,5	10,5	9,3
11 Laureles-Estadio	11,5	8,7	8,4	10,7	11,0	10,2	11,3	10,8	10,6	10,1	8,4
12 La América	9,0	10,0	10,8	10,6	11,1	10,6	7,7	9,0	10,7	9,8	9,0
13 San Javier	10,1	10,2	10,2	12,8	11,7	9,8	10,8	10,9	9,6	9,3	9,6
14 El Poblado	11,1	10,5	10,7	12,1	12,2	10,9	10,0	10,6	10,7	10,3	11,5
15 Guayabal	11,6	9,3	9,8	11,6	10,6	10,1	11,1	11,1	9,9	11,6	9,9
16 Belén	10,5	9,9	10,9	10,5	10,3	9,9	10,6	10,5	9,9	10,3	9,2
50 Palmitas	17,2	10,9	14,8	16,7	5,7	20,0	4,7	10,3	10,0	6,3	2,7
60 San Cristóbal	10,9	7,9	10,4	10,5	7,5	12,8	7,6	11,2	8,6	10,7	9,9
70 Altavista	12,3	8,8	10,6	6,0	13,6	6,9	12,3	9,8	9,8	13,6	8,6
80 San Antonio de Prado	12,2	10,4	10,4	9,7	10,5	11,5	10,5	10,8	10,3	9,9	10,3
90 Santa Elena	11,8	9,2	12,1	15,2	12,2	10,6	9,9	11,3	9,9	9,3	13,9
<b>MEDELLÍN</b>	<b>10,4</b>	<b>10,5</b>	<b>10,2</b>	<b>10,7</b>	<b>11,1</b>	<b>10,9</b>	<b>10,4</b>	<b>10,4</b>	<b>10,2</b>	<b>10,2</b>	<b>9,9</b>

**Fuente:** Subdirección de Información - DANE, Departamento Administrativo Nacional de Estadística.  
**Nota:** para cada año se resaltan en rojo las comunas cuya prevalencia superó la observada en Medellín. Los valores para 2015 son preliminares, sujetos a cambios y ajustes.

**TABLA 8** Medellín, comunas y corregimientos: prevalencia de bajo peso al nacer (a término), 2005-2015

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015p
1 Popular	4,0	4,5	5,0	4,9	5,1	5,5	4,5	4,0	4,2	4,6	4,7
2 Santa Cruz	3,9	3,7	4,5	3,3	5,6	5,2	4,1	3,7	3,8	3,6	4,8
3 Manrique	4,1	5,2	4,5	4,5	4,8	4,3	4,1	4,5	4,0	4,8	3,5
4 Aranjuez	4,1	4,0	4,7	4,5	3,9	4,4	2,8	3,3	3,2	3,5	3,5
5 Castilla	3,9	3,9	3,1	3,9	4,0	3,6	3,7	3,1	3,6	3,5	3,0
6 Doce de Octubre	5,0	5,2	3,8	3,7	4,4	4,7	3,9	4,2	5,2	3,5	3,7
7 Robledo	4,2	4,0	4,1	4,7	3,6	4,2	4,0	3,8	3,6	4,1	3,8
8 Villa Hermosa	4,1	4,5	4,1	3,8	4,8	5,0	3,6	3,9	3,8	4,7	3,6
9 Buenos Aires	3,7	3,6	3,6	4,1	4,0	4,3	5,1	3,8	4,6	3,8	3,9
10 La Candelaria	4,3	4,7	4,6	3,4	5,1	3,8	3,9	3,2	4,0	3,1	3,2
11 Laureles-Estadio	5,3	2,0	2,7	3,7	3,9	3,6	4,4	2,8	3,4	3,6	3,2
12 La América	4,1	3,3	3,9	4,1	4,7	3,8	2,6	3,8	3,9	3,5	4,3
13 San Javier	3,8	4,8	3,6	4,8	5,2	3,7	3,9	4,3	3,8	3,5	3,9
14 El Poblado	4,5	4,3	3,7	3,6	5,5	4,0	4,1	3,9	4,0	3,0	3,6
15 Guayabal	3,8	4,5	3,5	3,9	3,8	3,6	4,2	4,6	3,3	4,0	3,5
16 Belén	3,7	3,4	4,0	3,3	3,7	4,0	3,9	3,4	3,3	4,1	3,4
50 Palmitas	9,4	8,7	7,4	8,3	5,7	13,3	2,3	2,6	3,8	2,1	0,0
60 San Cristóbal	5,2	3,2	5,5	4,6	3,8	4,1	3,1	5,2	4,3	4,0	3,4
70 Altavista	3,7	1,8	3,1	1,4	5,4	3,7	3,7	3,6	3,9	6,6	3,5
80 San Antonio de Prado	4,5	3,0	4,9	3,8	4,0	3,8	2,6	4,2	3,8	4,2	3,2
90 Santa Elena	6,9	4,1	5,1	5,7	6,1	4,5	4,4	6,3	3,3	1,9	5,2
<b>MEDELLÍN</b>	<b>4,1</b>	<b>4,2</b>	<b>4,2</b>	<b>4,1</b>	<b>4,5</b>	<b>4,3</b>	<b>3,9</b>	<b>3,9</b>	<b>3,9</b>	<b>3,9</b>	<b>3,8</b>

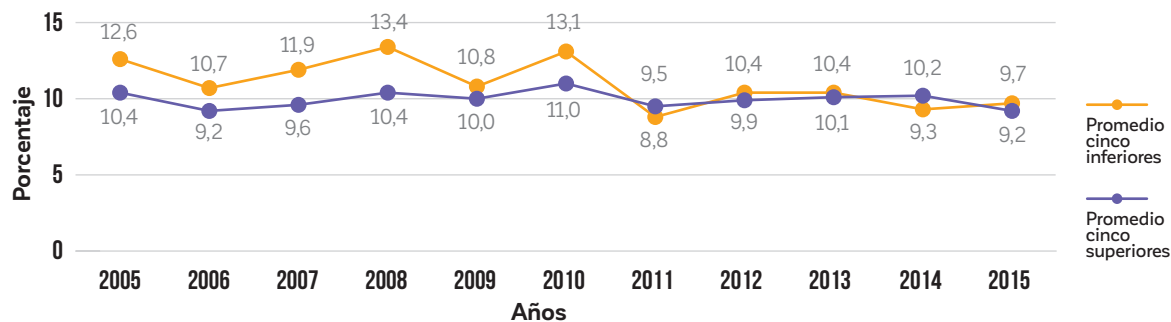
**Fuente:** Subdirección de Información - DANE, Departamento Administrativo Nacional de Estadística.  
**Nota:** para cada año se resaltan en rojo las comunas cuya prevalencia superó la observada en Medellín.  
 Los valores para 2015 son preliminares, sujetos a cambios y ajustes.

Con el fin de detectar patrones de comportamiento de las comunas/corregimientos en lo que respecta al bajo peso al nacer se procedió a calcular para cada uno la proporción promedio de bajo peso al nacer. Con base en esto, se determinó cuáles fueron las cinco comunas/corregimientos con menor y mayor promedio. Luego, se calculó para cada uno de estos dos grupos la media de la proporción, todo ello para evidenciar si había diferencias o no entre aquellas con mejor y peor comportamiento.

Así, comenzando con la proporción de bajo peso al nacer total, las comunas con menor pro-

medio fueron San Cristóbal (9,8 %), La América (9,8 %), Castilla (9,9 %), Robledo (10,1 %) y Laureles-Estadio (10,1 %). Mientras tanto, las de mayor promedio fueron Palmitas (10,8 %), La Candelaria (10,9 %), Popular (10,9 %), El Poblado (11 %) y Santa Elena (11,4 %). En el **Gráfico 22** se presentan los promedios de cada grupo para el período de análisis. Como puede verse, entre 2005 y 2008 hay una diferencia entre el grupo de menor promedio y los de mayor promedio. A partir de 2009 se observa una tendencia a reducir la brecha que se confirma a partir de 2011 y se mantiene hasta 2016.

**GRÁFICO 22** Medellín: proporción de bajo peso al nacer total, promedio de las cinco comunas y corregimientos con menor tasa promedio versus promedio de las cinco comunas y corregimientos con mayor tasa promedio, 2005-2015



**Nota:** Se calculó la tasa promedio para el período 2005-2015 en cada comuna y corregimiento. Con base en esto se determinó que las cinco comunas/corregimientos con menor promedio fueron San Cristóbal, La América, Castilla, Robledo y Laureles-Estadio, mientras que las cinco con mayor promedio fueron Palmitas, La Candelaria, Popular, El Poblado y Santa Elena. Posteriormente se calculó el promedio de la tasa para cada grupo, que es el que se presenta en la gráfica.

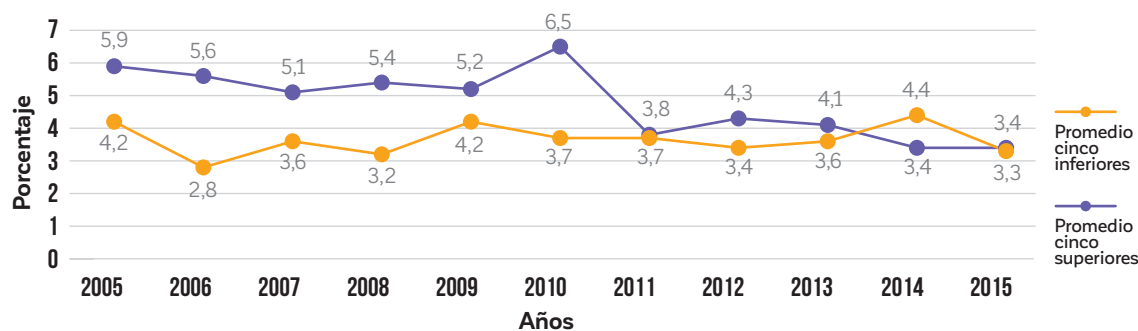
**Fuente:** elaboración propia con base en información provista por la Subdirección de Información. Los datos de 2015 son preliminares.

En cuanto al bajo peso al nacer a término, el grupo con menor promedio estuvo integrado por Laureles-Estadio (3,5 %), Castilla (3,6 %), Altavista (3,7 %), Belén (3,7 %) y San Antonio de Prado (3,8 %). Mientras tanto, el grupo de mayor promedio lo componían Doce de Octubre (4,3 %), Manrique (4,3 %), Popular (4,6 %), Santa Elena (4,9 %) y Palmitas (5,8 %). Como se ve,

luego de 2009 la brecha tiende a reducirse.

Así, como se vio, para el porcentaje de niños con bajo peso al nacer total y a término se observa que a partir de 2009 hay un cambio en la tendencia que contribuye a reducir la brecha entre las comunas que tienen mayor porcentaje de niños con esta condición y las que menos tienen.

**GRÁFICO 23** Medellín: proporción de bajo peso al nacer a término, promedio de las cinco comunas y corregimientos con menor proporción versus promedio de las cinco comunas y corregimientos con mayor proporción, 2005-2015



**Nota:** Se calculó la tasa promedio para el período 2005-2015 en cada comuna y corregimiento. Con base en esto se determinó que las cinco comunas/corregimientos con menor promedio fueron Laureles-Estadio, Altavista, Castilla y Belén, mientras que las cinco comunas/corregimientos con mayor promedio fueron Doce de Octubre, Manrique, Popular, Santa Elena y Palmitas. Posteriormente se calculó el promedio de la tasa para cada grupo, que es el que se presenta en el gráfico.

**Fuente:** elaboración propia con base en información provista por la Subdirección de Información. Los datos de 2015 son preliminares.

# PREVALENCIA DE DESNUTRICIÓN

La Convención de los Derechos del Niño reconoce que todos tienen derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. En ese sentido, Unicef afirma que:

*Una nutrición adecuada, en cantidad y en calidad, es clave para el buen desarrollo físico e intelectual del niño. Un niño que sufre DESNUTRICIÓN ve afectada su supervivencia y el buen funcionamiento y desarrollo de su cuerpo y de sus capacidades cognitivas e intelectuales (Unicef, 2011).*

La desnutrición en los niños es una patología causada por factores básicos como la ingesta insuficiente de alimentos, tanto en cantidad como en calidad; la carencia de atención adecuada; y la aparición de enfermedades infecciosas. Estas situaciones tienen su origen en causas subyacentes como un acceso deficiente a los alimentos, la atención sanitaria inadecuada, el uso de sistemas sanitarios no salubres y malas prácticas de cuidado y alimentación. A su vez, estas situaciones se presentan como resultado de condiciones sociales, políticas y económicas, como es el caso de la pobreza, la inequidad y la mala nutrición de las madres, por ejemplo<sup>36</sup>.

En un estudio realizado por la Fundación Éxito sobre la desnutrición crónica se demostró que esta es un fenómeno multicausal en el que intervienen tanto determinantes sociales como biológicos. Específicamente, se encontró que los factores que pueden incidir en su prevalencia son la pertenencia étnica y las diferencias regionales, las condiciones socioeconómicas del hogar, el tamaño del

mismo<sup>37</sup>, el nivel educativo de la madre, la edad de ella durante la gestación, el cuidador principal diferente del padre y menor de edad, la presencia de negligencia y violencia doméstica, el peso al nacer y el orden de nacimiento (Fundación Éxito, 2014). Existen tres tipos de desnutrición: aguda, crónica y global; cada una se refiere a un tipo específico de carencias. La **desnutrición aguda** da cuenta de deficiencias de peso para la estatura y está asociada a períodos recientes de hambruna o de enfermedad desarrollada rápidamente y de manera limitada en el tiempo. Existen dos tipos de desnutrición aguda: moderada y grave o severa. La primera puede estar acompañada de delgadez o emaciación<sup>38</sup> moderada, como resultado de la pérdida reciente de peso, y requiere un tratamiento inmediato para evitar que empeore. La segunda se presenta cuando el niño tiene un peso muy inferior al estándar de referencia para su estatura y, por ende, se asocia a un alto riesgo de mortalidad, que llega a ser hasta nueve veces más alto que el de un niño en condiciones normales (Unicef, 2011, p. 9).

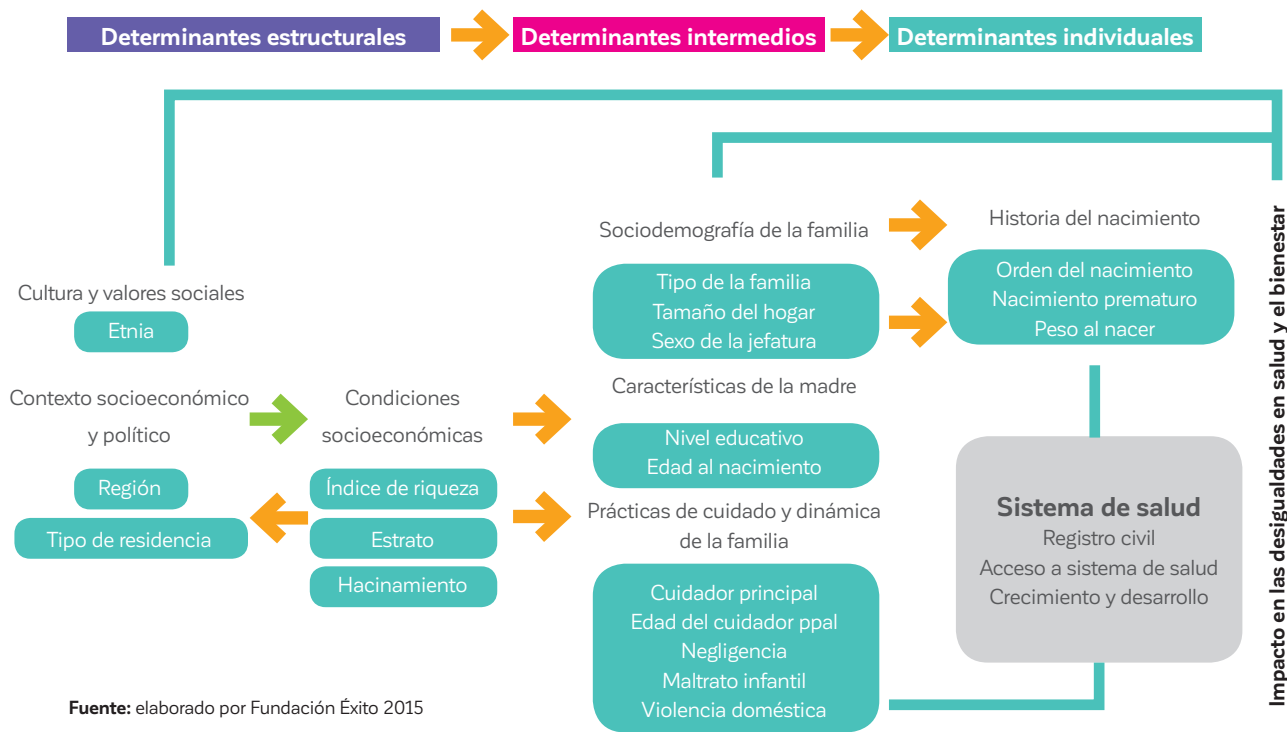
La **desnutrición crónica** da cuenta de un retardo de la estatura para la edad, es decir, un retraso en el crecimiento asociado a la falta de nutrientes necesarios por un período de tiempo prolongado, lo que hace al niño más proclive a sufrir enfermedades y genera afectaciones en su desarrollo físico e intelectual. De hecho, este tipo de desnutrición se puede presentar antes de nacer y, en tal caso, es necesario actuar con prontitud, antes de que el niño cumpla dos años,

<sup>36</sup> Unicef, 2011, p. 7.

<sup>37</sup> Se refiere al número de miembros que cohabitan en una misma residencia.

<sup>38</sup> Definida como adelgazamiento morbo o excesivo.

**FIGURA 1** Modelo de los determinantes sociales de la desnutrición crónica en Colombia



Fuente: elaborado por Fundación Éxito 2015

pues a partir de allí las consecuencias son irreversibles y crónicas (Unicef, 2011, pp. 8-9).

La **desnutrición global** da cuenta de la deficiencia de peso para la edad y constituye el indicador más antiguo; fue utilizado para la fijación de metas en el marco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y en la definición de metas para reducir el hambre en el mundo (Así Vamos en Salud, 2016).

La gravedad de la desnutrición como patología no se remite solo al estado de salud precario del niño, sino que tiene efectos duraderos que pueden incidir en todo el ciclo de vida de las personas que la sufren cuando son pequeños. Así, la desnutrición genera un círculo vicioso que puede comenzar con mujeres desnutridas en el embarazo, que dan a luz bebés con peso por debajo de los estándares. La condición de desnutrición continuada en el tiempo afecta la capacidad intelectual y cognitiva del niño, su rendimiento escolar y el aprendizaje de habilidades.

En ese contexto, el niño tiene dificultades para convertirse en un adulto con un desempeño satisfactorio en términos sociales, cognitivos y también laborales, lo que incide en su capacidad de garantizarse un ingreso adecuado y lo hace más proclive a estar en condiciones de pobreza y perpetuar el problema (Unicef, 2011, p. 12).

En el mundo, según Unicef, hay alrededor de 200 millones de niños menores de cinco años en condición de desnutrición crónica, el 90 % en Asia y África. Además, hay zonas del mundo donde la situación es aún más grave, como nueve países en los que, según Unicef, el 50 % de los niños menores de cinco años sufre desnutrición crónica<sup>39</sup>. En lo que respecta a la desnutrición aguda, 13 % de los niños menores de cinco años la padece y en 5 % de ellos es grave.

<sup>39</sup> Afganistán, Yemen, Guatemala, Timor-Leste, Burundi, Madagascar, Malawi, Etiopía y Ruanda.



## METAS RELACIONADAS CON NUTRICIÓN

### Objetivos de Desarrollo Sostenible:



ODS 2. Meta 2.1. Para 2030, poner fin al hambre y asegurar el acceso de todas las personas, en particular los pobres y las personas en situaciones vulnerables, incluidos los lactantes, a una alimentación sana, nutritiva y suficiente durante todo el año.

ODS 2. Meta 2.2. Para 2030, poner fin a todas las formas de malnutrición, incluso logrando, a más tardar en 2025, las metas convenidas internacionalmente sobre el retraso del crecimiento y la emaciación de los niños menores de cinco años, y abordar las necesidades de nutrición de las adolescentes, las mujeres embarazadas y lactantes y las personas de edad.

### Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021:



Meta 8.4.3.2.3.e. Reducir a 2,60 % la prevalencia de desnutrición global en niños y niñas menores de cinco años y a 8,0 % la prevalencia de desnutrición crónica en niños y niñas menores de cinco años.

### Plan Municipal De Salud 2016-2019:



Disminuir de 10,3 % a 9,9 % la proporción de niños y niñas menores de seis años que asisten al programa de crecimiento y desarrollo en riesgo de desnutrición aguda (peso/talla).

Disminuir de 2 % a 1,6 % la proporción de niños y niñas menores de seis años que asisten al programa de crecimiento y desarrollo con desnutrición aguda (peso/talla).

## DESNUTRICIÓN CRÓNICA

Según los resultados de la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia (ENSIN, 2010), la proporción de niños con desnutrición crónica presentó una clara tendencia de descenso desde 1990, cuando fue de 26,1 %, hasta 2010, cuando fue de 13,2%. Es importante destacar que la prevalencia del retraso en la talla mostró diferencias significativas según la pertenencia étnica del niño, siendo la población indígena la más afectada; a su vez, los niños con menor nivel socioeconómico, hijos de madres adolescentes y con bajos niveles educativos son los de mayor riesgo. También hay que tener en

cuenta que los niños cuyo orden de nacimiento fue el sexto o más muestran mayores niveles de afectación.

La desagregación por edades evidencia que la desnutrición crónica es mayor en los niños menores de dos años en contraste con los de dos a cinco, comprobando de nuevo que las alteraciones nutricionales generan un mayor impacto durante los primeros 1000 días de vida. En ese contexto, es de destacar que los niños a los que se les diagnosticó bajo peso al nacer o cuya talla al nacimiento fue inferior a 47 cm se encuentran entre los más afectados.

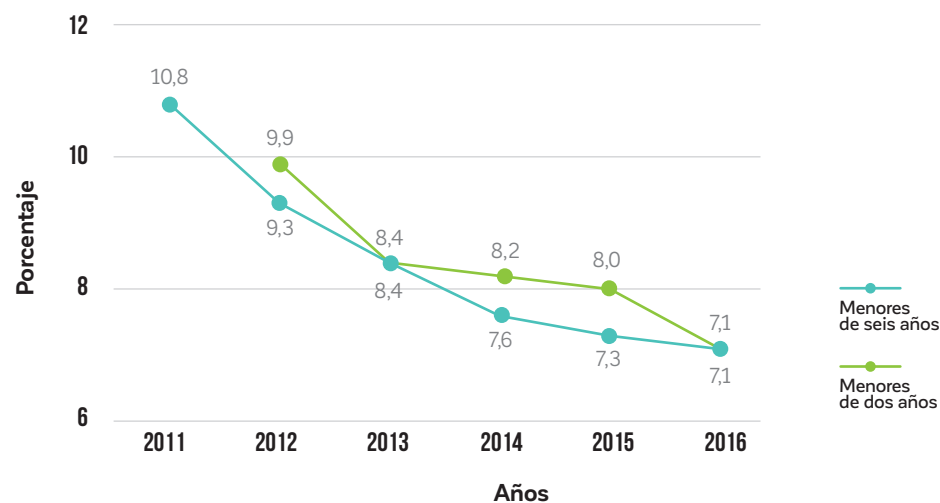
En Medellín, la desnutrición crónica es el tipo de mayor prevalencia, tanto para los niños con edades en el rango de cero a dos años como aquellos en el rango de cero a seis años. Sin embargo, conforme a lo que sucede en el nivel nacional, se presenta una tendencia de descenso en el período analizado que, para el caso de Medellín, ha sido de 3,7 %. En términos absolutos esto equivalió a pasar de 6.638 niños en el grupo etario de cero a seis años con desnutrición crónica en 2011 a 4.509 en 2016.

Por su parte, la prevalencia en niños con edades de cero a dos años también ha venido descendiendo al pasar de 9,9 % en 2012 a 7,1 % en 2016, lo que equivalió a pasar de 1516 a 857 niños con retraso en la talla en ese rango de edad. Es de resaltar que, cuando la desnutrición crónica aparece en los primeros años de la vida de un

niño, es el antecedente de problemas asociados con menor rendimiento escolar e intelectual durante la niñez y la adolescencia, la perpetuación de la pobreza y afecciones de salud durante el resto de su trayectoria de vida.

Teniendo en cuenta los efectos que en el largo plazo puede tener la desnutrición crónica para el desarrollo de los niños y las niñas, llama la atención que en el Plan Municipal de Salud 2016-2019 no se especifiquen metas respecto a la reducción de la prevalencia de la desnutrición crónica, ni a la reducción de la proporción de niños en riesgo de sufrirla. Esto denota una falencia en la planeación en salud, habida cuenta de que es este el tipo de desnutrición de mayor prevalencia entre la primera infancia en Medellín y la que más riesgos implica para el desarrollo del capital humano de la ciudad.

**GRÁFICA 24** Medellín: prevalencia de desnutrición crónica, estatura baja para la edad en menores de seis años y menores de dos años, 2011-2016

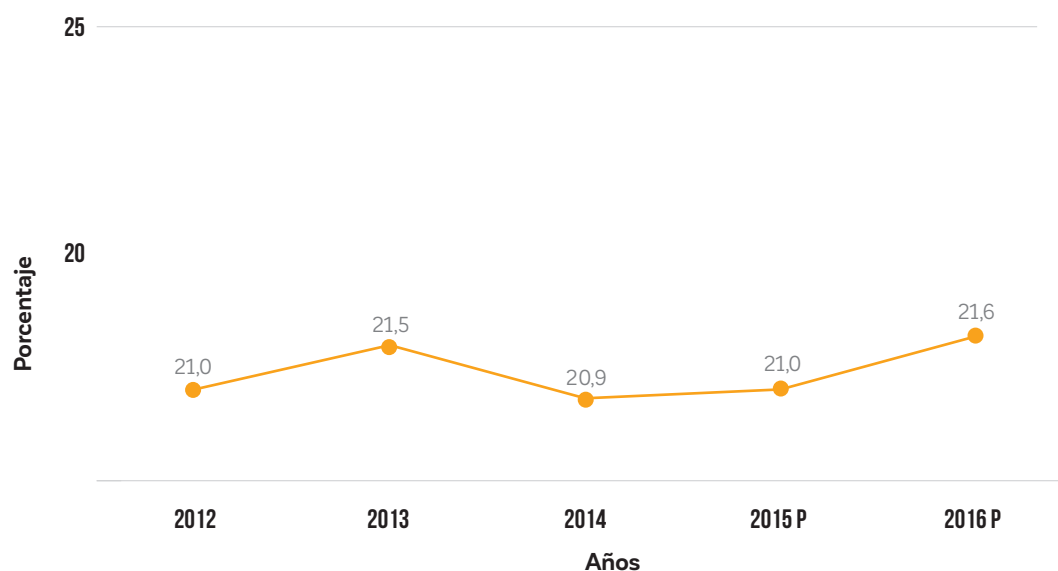


**Fuente:** elaboración propia, Subdirección de Información.  
**Nota:** Cifras preliminares para 2015 y 2016.

Otro indicador importante es la cantidad de niños menores de dos años que están en riesgo de sufrir desnutrición crónica. Para este caso se encuentra que entre 2012 y 2016 la prevalencia

aumentó en 0,6 puntos porcentuales, alcanzando una cifra de 21,6 % en este último año. En términos absolutos, no obstante, hubo una reducción al pasar de 7641 a 6517 niños en riesgo.

**GRÁFICO 25** Medellín: porcentaje de niños y niñas menores de dos años en riesgo de desnutrición crónica (talla/edad), 2012-2016



**Nota:** cifras preliminares para 2015 y 2016.  
**Fuente:** elaboración propia, Subdirección de Información

## DESNUTRICIÓN GLOBAL

59

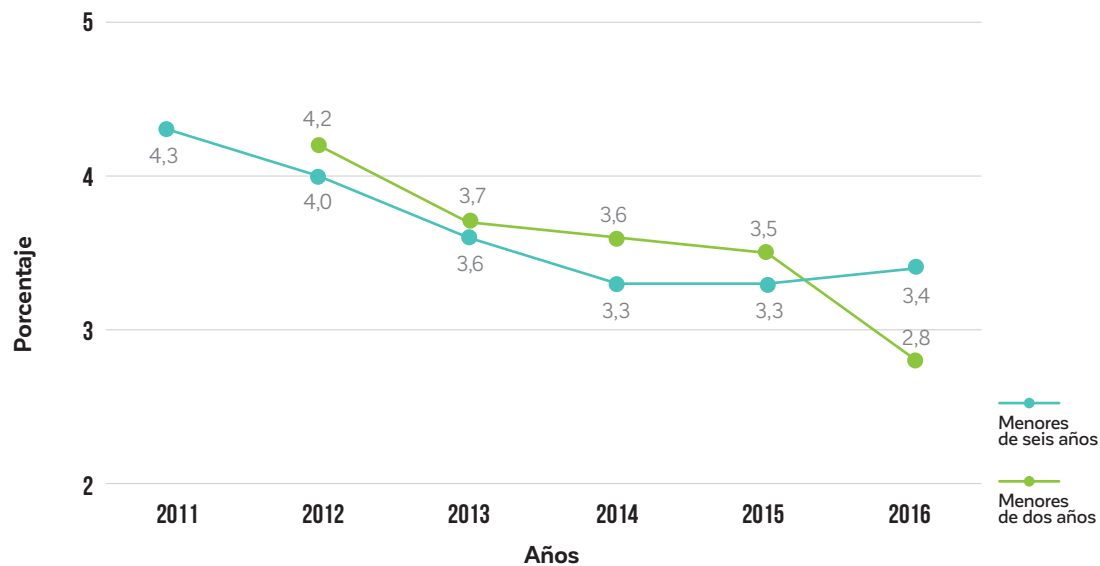
En Colombia la desnutrición global en niños menores de cinco años con bajo peso para la edad cayó de 10,1 % en 1990 a 3,4 % en 2010; de estos, el 0,6 % tenía desnutrición global severa. Es de destacar que una magnitud en la prevalencia inferior al 10 % está considerada por la OMS como un rango bajo.

La mayor prevalencia en este indicador se presentó en los niños cuyo orden de nacimiento fue el sexto o superior, con intervalos de nacimiento menor a 24 meses. También es importante mencionar que en los niños que presentaron bajo peso al nacer y baja talla también hay mayor prevalencia. A su vez, se evidencia de nuevo que según las condiciones socioeconómicas los más afectados fueron los niños de madres sin educación y los de puntajes más bajos del Sisbén.

En Medellín, la prevalencia de desnutrición global muestra una tendencia descendente en el período observado para ambos grupos de edad. En el caso de los menores de seis años, en 2011 el 4,3 % sufría este tipo de desnutrición, y pese a que en 2016 hubo un leve repunte, en todo caso la prevalencia disminuyó con respecto al inicio del período y cerró en 3,6 %, lo que equivale a un descenso de 0,9; de manera que los niños con desnutrición global en este rango de edad pasaron de 2641 a 2135. En los niños de cero a dos años también descendió: de 4,2 % en 2012, esto es, 1516 niños, a 3,4 % en 2016, equivalente a 857.

Al igual que para la desnutrición crónica, el Plan Municipal de Salud 2016-2019 tampoco estipula una meta para la reducción de la prevalencia o de la proporción de niños en riesgo de sufrir este tipo de desnutrición.

**GRÁFICA 26** Medellín: prevalencia de Desnutrición global, peso bajo para la edad en menores de seis años y menores de dos años, 2011-2016

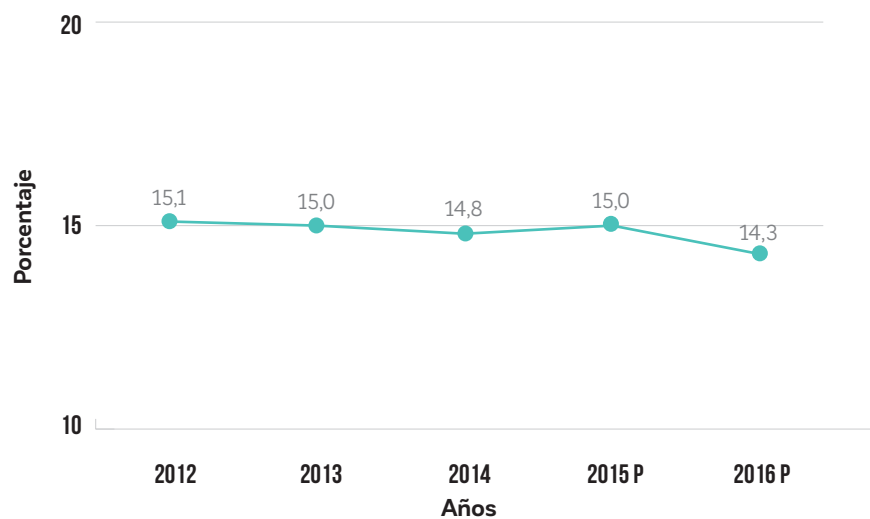


**Nota:** cifras preliminares para 2015 y 2016.  
**Fuente:** elaboración propia, Subdirección de Información

En cuanto a los niños de cero a dos años que se encuentran en riesgo de sufrir desnutrición global, en 2012 había un 15,1 % en esta situación, es decir, 5513. En general, hasta 2015 esta

proporción se mantuvo relativamente estable, pero al cierre del período, en 2016, descendió al 14,3 %, lo que en términos absolutos equivalió a 4321 niños.

**GRÁFICO 27** Medellín: porcentaje de niños y niñas menores de dos años en riesgo de desnutrición global (peso/edad)



**Nota:** cifras preliminares para 2015 y 2016.  
**Fuente:** elaboración propia, Subdirección de Información.

# DESNUTRICIÓN AGUDA

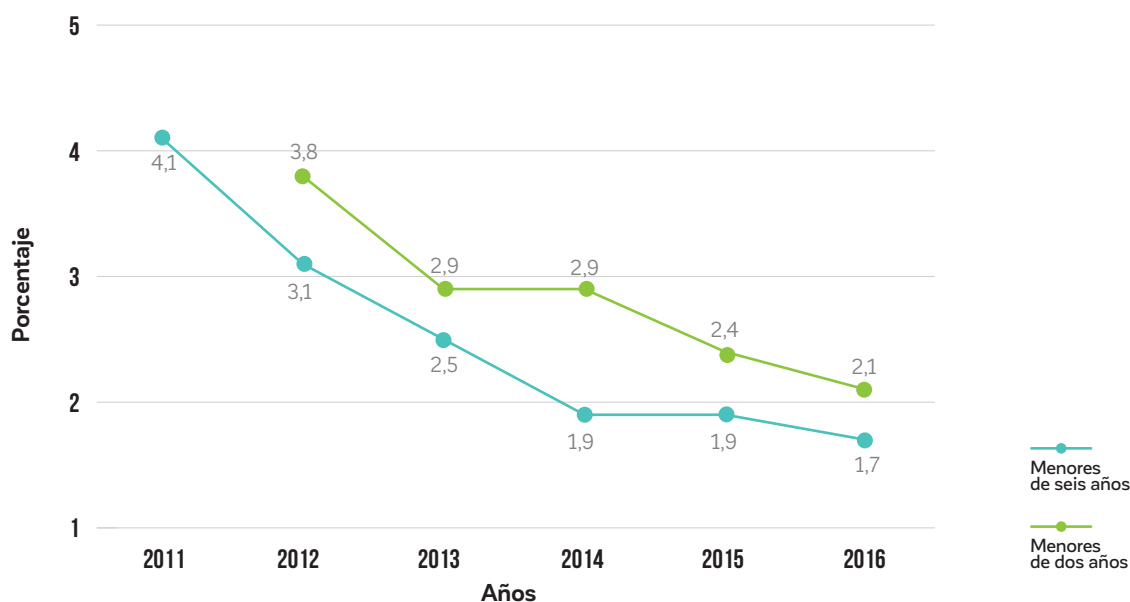
Los datos para Colombia también muestran un descenso sostenido en la prevalencia de desnutrición aguda para el rango de edad de cero a seis años entre 1990 y 2010. Así, mientras que en 1990 un 1,4 % de los niños de este rango presentaba esta desnutrición, en 2010 la proporción llegó a 0,7 %, lo que implicó un descenso de 0,7. Según la ENSIN, en 2010 los más afectados por la desnutrición aguda eran los hijos de madres sin educación y los menores de un año.

En cuanto a la prevalencia municipal observada, también se evidenció una tendencia de descenso en la proporción de niños afectados. En el rango de cero a seis años, en el 2011 el 4,1 % de los niños tenía desnutrición aguda, en contraste con los datos registrados hasta el 2014, que mostraron sucesivas disminuciones. A su vez, hay que resaltar que entre 2014 y 2015

no hubo diferencias en el indicador; sin embargo, en 2016 descendió hasta 1,7 %, equivalente a 1101 niños en ese rango de edad.

Mientras tanto, la prevalencia en los niños menores de dos años también disminuyó sostenidamente, pasando de 3,8 % en 2012, esto es, 1389 niños, a 2,1 % en 2016, esto es, 631 niños. Este tipo de desnutrición está relacionada con una pérdida de peso reciente y acelerada o con otro tipo de dificultades para ganar peso, asociadas por lo general, a su vez, con condiciones de pobreza o enfermedades infecciosas, lo que reviste singular importancia partiendo de que estos niños se encuentran atravesando el período de 1000 días, definido como crítico por Unicef para el desarrollo intelectual, social y emocional; en otras palabras, las carencias alimentarias generarán efectos físicos y cognitivos irreversibles (Unicef, 2011).

**GRÁFICO 28** Medellín: prevalencia de desnutrición aguda, peso bajo y muy bajo para la estatura en menores de seis años y menores de dos años, 2011-2016

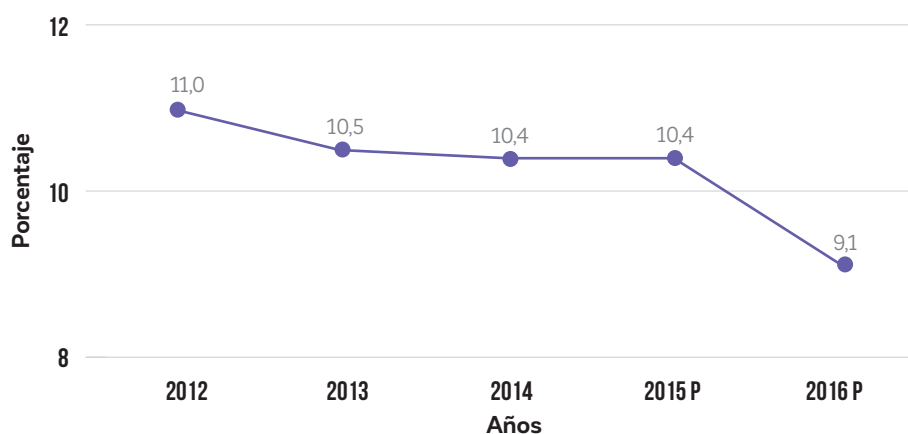


**Nota:** cifras preliminares para 2015 y 2016.  
**Fuente:** elaboración propia, Subdirección de Información

Por otro lado, el riesgo de padecer desnutrición aguda para los niños entre cero y dos años también se ha mitigado, pues mientras que en el 2012 un 11 % estaba en riesgo, esto es, 4018 niños, al cierre de 2016 la proporción había descendido a 9,1 %, esto es, 2744 niños. Según el

Plan Municipal de Salud 2016-2019, la meta planteada es reducir de 13 % a 9,9 % la proporción de niños y niñas menores de seis años en riesgo de desnutrición aguda, pero solo cubre aquellos que asisten al programa de crecimiento y desarrollo.

**GRÁFICO 29 Medellín: porcentaje de niños y niñas menores de dos años en riesgo de desnutrición aguda (peso/talla), 2012-2016**



**Nota:** cifras preliminares para 2015 y 2016.  
**Fuente:** elaboración propia, Subdirección de Información

## PREVALENCIA DE ANEMIA

La anemia se define como una concentración baja de hemoglobina en la sangre. Puede tener varias causas, pero la principal es la deficiencia de hierro. Asimismo, puede ser generada por deficiencias en micronutrientes (como el folato, la riboflavina, vitaminas A y B12), infecciones agudas y crónicas (malaria, tuberculosis, cáncer y VIH) y desórdenes adquiridos o heredados que afectan la síntesis de hemoglobina y la producción de glóbulos rojos (Organización Mundial de la Salud, 2015).

La OMS estima que la anemia afecta a 1620 millones de personas en el mundo, esto es, el 24,8 % de la población. La máxima prevalencia se presenta en los niños en edad preescolar, con

el 47,4 %, y la mínima en los hombres, con el 12,7 % (Organización Mundial de la Salud, 2015).

La presencia de anemia es un indicador de mala salud y mala nutrición (Organización Mundial de la Salud, 2008). Cuando se presenta en el embarazo genera riesgo de aborto, mortinato y de hemorragias al momento del parto. Además, los riesgos asociados para la salud del bebé incluyen retraso en el crecimiento, ceguera, enfermedades graves, menor rendimiento cognitivo y defectos espinales y cerebrales. En ese contexto, los bebés y niños con anemia causada por la deficiencia de hierro pueden presentar déficit de atención, menor coordinación motora y dificultades en el lenguaje.



Considerando que la principal causa de la anemia es la deficiencia de hierro, las medidas preventivas están enfocadas en satisfacer las necesidades de hierro del organismo mediante una dieta balanceada, fortificación de los alimentos con hierro y suplementación de la dieta con hierro medicinal (Organización Panamericana de la Salud, 2006).

## METAS RELACIONADAS CON ANEMIA

### Objetivos de Desarrollo Sostenible:



ODS 2. Meta 2.1. Para 2030, poner fin al hambre y asegurar el acceso de todas las personas, en particular los pobres y las personas en situaciones vulnerables, incluidos los lactantes, a una alimentación sana, nutritiva y suficiente durante todo el año.

### Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021:



Meta 8.4.3.2.3.h. Reducir a 20 % en 2015 la anemia en niños y niñas menores de cinco años.

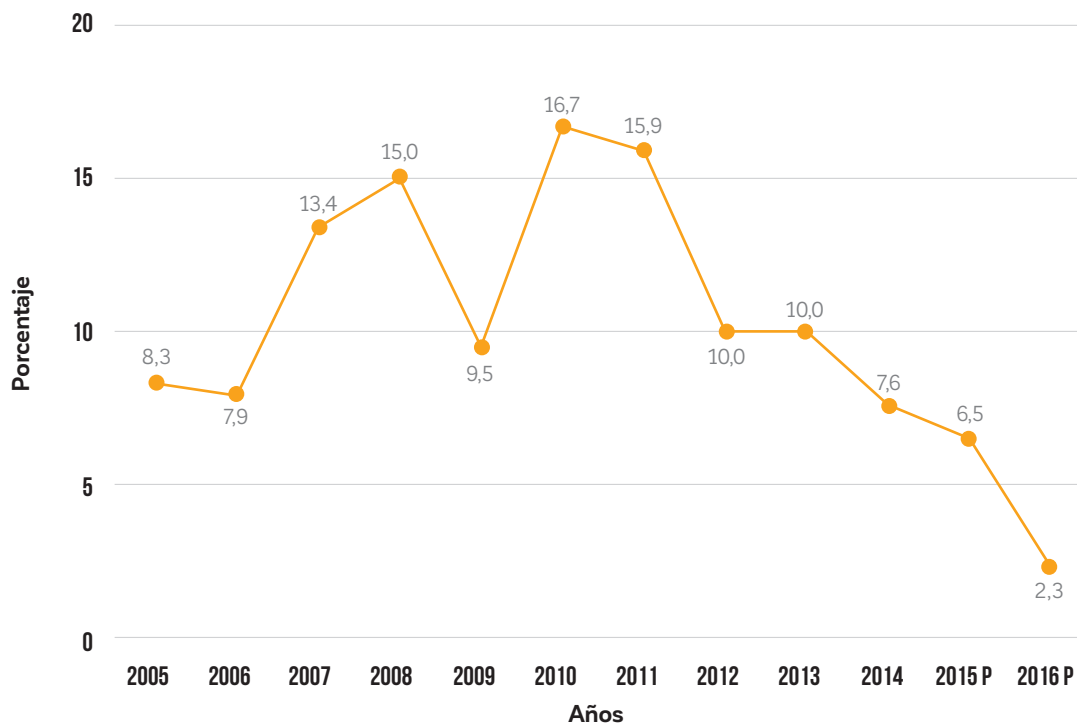
### Plan Municipal de Salud 2016-2019:

No hay metas asociadas.

En Colombia, la prevalencia de anemia se ha estimado en cuatro encuestas nacionales realizadas en los años 1965, 1977-1980, 1995 y 2005. Los resultados de estas muestran que la prevalencia en niños en la etapa preescolar ha tendido a aumentar, pues ha presentado los siguientes valores: 13,9 %, 18,3 %, 23,3 % y 33,2 %, respectivamente. En Medellín se cuenta con los datos de prevalencia de anemia para los niños con edades comprendidas entre uno y cuatro años. Como se observa en el Gráfico 30, entre 2005 y 2011 la prevalencia en este grupo etario presentó una alta volatilidad. Durante los años siguientes ha mostrado una tendencia decreciente que la llevó a cerrar el 2016 con una prevalencia de 2,3 %, el dato más bajo desde que se tiene información.



**GRÁFICO 30** Medellín: prevalencia de anemia en niños de 1 a 4 años, 2005-2016



**Nota:** cifras preliminares para 2015 y 2016. El indicador corresponde a los niños y niñas entre 1 y 4 años de edad diagnosticados con anemia  
**Fuente:** elaboración propia, Subdirección de Información

## LACTANCIA MATERNA REPORTADA

La nutrición es un elemento fundamental del derecho universal de los niños a gozar del grado máximo de salud. En lo que respecta a los recién nacidos, la OMS recomienda que las madres inicien la lactancia una hora después del parto para que los bebés reciban la primera leche (calostro), rica en factores de protección (Organización Mundial de la Salud, 2015), y que durante los primeros seis meses de vida se alimente a los niños exclusivamente con leche materna.

Esta recomendación se basa en los beneficios que provee la lactancia exclusiva tanto al bebé como a la madre. En el caso del primero, la leche materna le aporta los nutrientes necesarios para protegerlo de infecciones gastrointestinales o respiratorias, reduciendo así las pro-

habilidades de muerte temprana en los niños; además, favorece el desarrollo sensorial y cognitivo (Organización Mundial de la Salud, 2017). En cuanto a la madre, los beneficios se refieren a menores probabilidades de desarrollar cáncer de ovarios o de mama, así como a incrementar el período entre uno y otro embarazo.

Posterior al período de seis meses cumplidos, la recomendación de la OMS es mantener un régimen de lactancia continuada mínimo hasta los dos años de vida, complementado con otros alimentos inocuos. La evidencia científica muestra que los niños amamantados tienen menor riesgo de presentar sobrepeso u obesidad y también presentan mejores resultados educativos que les permiten tener mayores ingresos en su vida adulta.

## METAS RELACIONADAS CON LA LACTANCIA MATERNA

### Objetivos de Desarrollo Sostenible:



ODS 2. Meta 2.1. Para 2030, poner fin al hambre y asegurar el acceso de todas las personas, en particular los pobres y las personas en situaciones vulnerables, incluidos los lactantes, a una alimentación sana, nutritiva y suficiente durante todo el año.

ODS 2. Meta 2.2. Para 2030, poner fin a todas las formas de malnutrición, incluso logrando, a más tardar en 2025, las metas convenidas internacionalmente sobre el retraso del crecimiento y la emaciación de los niños menores de cinco años, y abordar las necesidades de nutrición de las adolescentes, las mujeres embarazadas y lactantes y las personas de edad.

### Plan Decenal de Salud 2012-2021:



Meta 8.4.3.2.3.a. Incrementar en dos meses la duración media de la lactancia materna exclusiva en menores de seis meses en 2015.

### Plan Municipal de Salud 2016-2019:



Incrementar en 8 puntos porcentuales el número de madres que brinda lactancia en la primera hora de vida, hasta lograr una meta del 64,6 %.



Incrementar el tiempo promedio de lactancia materna exclusiva en 2,3 meses más de la línea base, hasta lograr una meta de tres meses.

Teniendo en cuenta lo anterior, según datos de la OMS, la lactancia materna en condiciones óptimas permitiría salvar la vida de más de 820.000 menores de cinco años todos los días. Sin embargo, en promedio, en el mundo solo el 36 % de los niños en el rango de edad de cero a seis años recibió lactancia materna exclusiva para el período 2007-2014 (Organización Mundial de la Salud, 2017).

En Colombia, la ENSIN 2010 indagó sobre las prácticas alimentarias de los niños nacidos en los tres años anteriores a la encuesta que viven con sus madres. Los resultados muestran que la duración promedio de la lactancia materna ex-

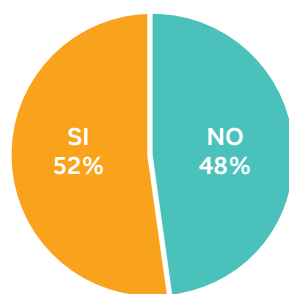
clusiva en el país fue de 1,8 meses para 2010, inferior en 0,4 meses al valor medio reportado en la ENSIN 2005. Por regiones, Casanare, con 4,6 meses promedio de lactancia materna exclusiva, fue el departamento que más se acercó a la recomendación de la OMS (hasta los seis meses de edad). Le siguieron Boyacá (4,5 meses), Nariño (3,8 meses) y Tolima (3,3 meses). En contraste, un mes fue la duración media de la lactancia materna exclusiva en las subregiones donde se encuentran Cali, Medellín y Barranquilla.

Además, la proporción de niños que recibió lactancia materna exclusiva descendió de mane-

ra rápida hasta los seis meses de edad: mientras que el 63,6 % de los hogares manifestó haber alimentado únicamente con leche materna a los niños con hasta dos meses, el 6,0 % manifestó haberlo hecho con los niños entre los seis y siete meses de edad. De otro lado, 67 % de los hogares manifestó haber suspendido la alimentación con leche materna a los 24 meses.

En 2017, la Encuesta de Percepción Ciudadana de Medellín Cómo Vamos incluyó dos preguntas referentes a las prácticas de lactancia materna. La primera de ellas se realizó en hogares donde había niños con edades hasta los seis meses y se refería a si estos son alimentados exclusivamente con leche materna. El 52 % de los hogares respondió que sí, mientras que el 48 % manifestó que no era el único alimento.

### GRÁFICO 31 Medellín: ¿le dan solamente leche materna como alimento al bebé? (hogares con niños con edades entre 0 y 6 meses), 2017

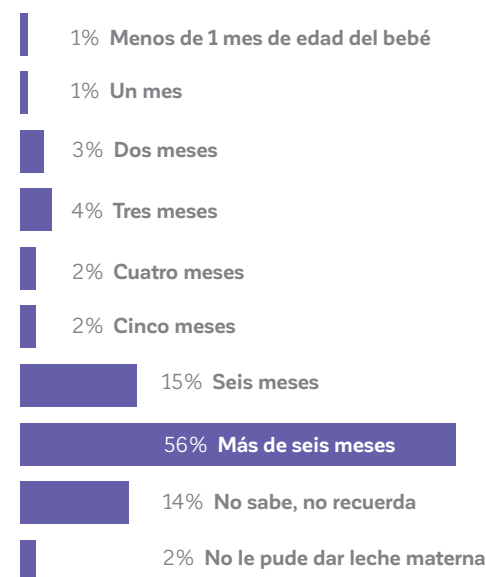


**Nota:** Base: 46 entrevistas, hogares que tienen niños hasta seis meses de edad.  
**Fuente:** elaboración propia, Encuesta de Percepción Ciudadana de Medellín Cómo Vamos, 2017

La segunda pregunta se realizó en hogares donde hubiera niños con edades comprendidas entre los siete meses y cinco años: ¿recuerda hasta cuándo se le dio leche materna como alimento único al niño? En este caso, los resultados muestran que en Medellín en 56 % de los hogares recuerdan haber mantenido la leche materna como alimento exclusivo por más de seis meses, 15 % por seis meses, 2 % por cinco meses, 2 %

por cuatro meses, 4 % por tres meses, 3 % por dos meses, 1 % por un mes y 1 % por menos de un mes. Además, hubo un 2 % de hogares que reportaron que no se les pudo dar leche materna a los niños y un 14 % manifestó no recordar o no saber.

### GRÁFICO 32 Medellín: ¿Recuerda hasta cuando se le dio leche materna como alimento único al niño? (hogares con niños con edades entre 7 meses y 5 años), 2017



**Nota:** Base: 242 entrevistas, hogares que tienen niños entre siete meses a cinco años  
**Fuente:** elaboración propia, Encuesta de Percepción Ciudadana de Medellín Cómo Vamos, 2017

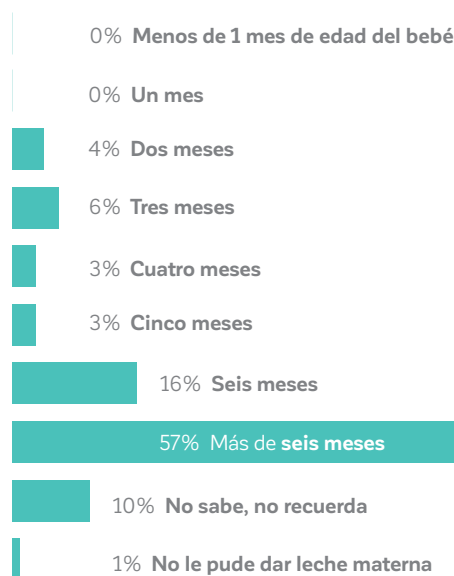
Recuérdese que, según las recomendaciones de la OMS, la lactancia exclusiva debe ir hasta los seis meses y que a partir de esa edad se debe complementar con alimentos preparados en condiciones óptimas de salubridad. En ese contexto, el 15 % de los hogares de la ciudad cumple con la recomendación de la OMS, mientras que en el 13 % se les brindó a los niños lactancia exclusiva por menos del período recomendado.

Según Unicef, se ha identificado el período de 1000 días, comprendido entre el embarazo de la madre y los dos primeros años de vida de un niño, como fundamental para la prevención de la desnutrición, ya que en esta etapa se produce el desarrollo básico de los niños; así, la nutrición brindada en esta tiene profundos efectos en el crecimiento, el aprendizaje y el desarrollo (Unicef, 2011). Teniendo en cuenta esto, además de los resultados para los lactantes con edades de cero a seis meses que ya se presentaron, se exponen los resultados de la pregunta “¿recuerda hasta cuándo se le dio leche materna como alimento único al niño?”, desagregados para el grupo de niños con edades de siete meses a dos años y para el grupo con edades de tres a siete años.

En ambos grupos se encuentran resultados similares a los que se presentaron para el total de niños. Así, para los hogares con niños de siete meses a dos años, el 57 % manifestó recordar

haberlos alimentado exclusivamente con leche materna por más de seis meses, 16 % hasta los seis meses, 3 % hasta los cinco meses, 3 % hasta los cuatro meses, 6 % hasta los tres meses y 4 % hasta los dos meses. No hubo hogares que reportaran que los niños en el rango de edad tuvieron lactancia materna exclusiva por un mes o menos. Además, el 1 % reportó no haberle podido dar leche materna y el 10 % manifestó no recordar o no saber. Por su parte, en los hogares con niños de tres a siete años, el 56 % reportó haberlos alimentado exclusivamente con leche materna más allá de los seis meses, 15 % hasta los seis meses, 1 % hasta los cinco meses, 2 % hasta los cuatro meses, 2 % hasta los tres meses, 1 % hasta los dos meses, 1 % hasta un mes y 1 % por menos de un mes de edad. Asimismo, el 3 % reportó no haberles podido dar leche materna a los niños y la proporción de los que no saben o no recuerdan fue de 17 %.

**GRÁFICO 33** Medellín: ¿Recuerda hasta cuando se le dio leche materna como alimento único al niño? (hogares con niños con edades entre 7 meses y 2 años), 2017



**GRÁFICO 34** Medellín: ¿Recuerda hasta cuando se le dio leche materna como alimento único al niño? (hogares con niños con edades entre 3 y 5 años), 2017



Fuente: elaboración propia, Encuesta de Percepción Ciudadana de Medellín Cómo Vamos, 2017



# MORTALIDAD



El ODS tres plantea entre sus metas a 2030 reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos. Además, se propone poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de cinco años, y que todos los países intenten reducir la tasa de mortalidad neonatal al menos hasta 12 por cada 1000 nacidos vivos, y la mortalidad de niños menores de cinco años al menos hasta 25 por cada 1000 nacidos vivos. En ese contexto, Medellín Cómo Vamos analiza la mortalidad de la primera infancia presentando los datos de mortalidad materna<sup>40</sup>, perinatal<sup>41</sup>, neonatal<sup>42</sup>, en menores de un año<sup>43</sup>, en menores de cinco años<sup>44</sup> y por desnutrición, EDA e IRA.

**40** La mortalidad materna se define como la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del mismo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención.

**41** La mortalidad perinatal se define como la muerte de fetos con peso de mínimo 500 gramos (o, cuando el peso al nacer no puede obtenerse, con 22 semanas completas de gestación o una talla de 25 cm o más de la coronilla al talón) y como la muerte de recién nacidos ocurrida durante los primeros siete días de vida.

**42** La mortalidad neonatal se refiere a las muertes de recién nacidos ocurridas en las primeras cuatro semanas de vida.

**43** Denominada mortalidad infantil.

**44** Denominada mortalidad en la niñez.

# MORTALIDAD MATERNA

En el mundo, la mortalidad materna presenta niveles altos: 830 muertes diarias de mujeres debidas a complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto. En 2015, 303.000 mujeres murieron como resultado de una u otra complicación, y el 99 % de esas muertes se registró en países en desarrollo. En consonancia con esto, la tasa de mortalidad materna de los países en desarrollo, que en 2015 fue de 239 por 100.000 nacidos vivos, superó con creces la tasa de los países desarrollados, que fue de 12 por 100.000 nacidos vivos para el mismo año.

En general, la mortalidad materna da cuenta de grandes inequidades, pues se presenta en ámbitos con claras dificultades para el acceso a los servicios de salud y en entornos económicos y sociales precarios.

Las principales causas de mortalidad materna aparecen durante la gestación y otras, al parecer, antes del embarazo y se agravan con el mismo. En el mundo, el 75 % de las muertes maternas se produce por hemorragias graves, generalmente presentadas después del parto; infecciones, también tras el parto; hipertensión gestacional, esto es preeclampsia y eclampsia; complicaciones en el parto y abortos peligrosos. El paludismo y la infección por VIH son otras causas secundarias (Organización Mundial de la Salud, 2016). Paradójicamente, la mayoría de muertes maternas son evitables con intervenciones simples como el acceso a atención prenatal durante el embarazo, atención especializada durante el parto y apoyo y cuidados durante las primeras semanas posteriores al parto.

## METAS RELACIONADAS CON MORTALIDAD MATERNA

### Objetivos de Desarrollo Sostenible:



ODS 3. Meta 3.1. Para 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos.

### Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021:



Meta 8.5.3.2.3.d. Casos de mortalidad materna evitable son inferiores a 150 casos anuales en el país.

### Plan Municipal de Salud 2016-2019:



La tasa de mortalidad materna llegará a 20 muertes por cada 100.000 nacidos vivos.

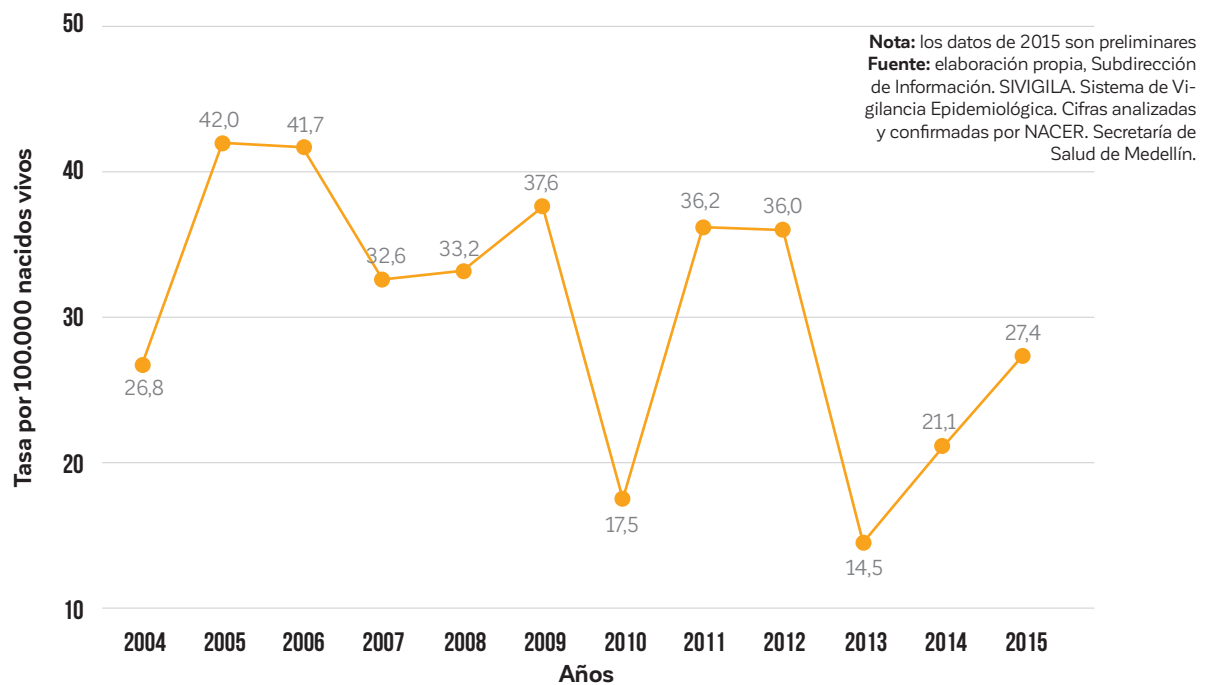
En Colombia, según señala el informe sobre el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, entre 2001 y 2013 la razón de mortalidad materna pasó de 100 muertes por cada 100.000 nacidos vivos a 55 muertes, lo que equivalió en términos absolutos a pasar de 709 casos a 364. Sin embargo, al cierre de 2015 se presentaban aún aproximadamente 400 muertes de madres por año como consecuencia de complicaciones



en el embarazo o el parto. De estas muertes, el 18 % correspondió a adolescentes entre los 10 y los 19 años, 24 % correspondió a la población indígena y afrocolombiana, 68 % a mujeres afiliadas al régimen subsidiado de salud y 30 % a madres con un nivel educativo de primaria o inferior. En ese contexto, el Instituto Nacional de Salud demostró que la pobreza multidimensional es la variable de mayor correlación con la mortalidad materna (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2015). En Medellín, la tasa de mortalidad materna no muestra un pa-

trón definido de comportamiento, pues tiende a variar de manera importante entre uno y otro año. El valor mínimo que ha presentado en el período analizado corresponde a 14,5 por cada 100.000 nacidos vivos en 2013 y el mayor valor ha sido de 42,0 por cada 100.000 nacidos vivos en 2005. A partir de 2013 ha presentado una tendencia de ascenso sostenida y en 2015 registró 27,4 muertes por 100.000 nacidos vivos, el equivalente a ocho casos. La meta propuesta por el Plan Municipal de Salud 2016-2019 es llegar a 20 muertes por cada 100.000 nacidos vivos.

**GRÁFICO 35 Razón de mortalidad materna (por cada cien mil nacidos vivos), 2004-2015**



Respecto al comportamiento por comunas, se encontró que las comunas Popular, Doce de Octubre, Robledo y San Javier han presentado la mayor cantidad de años con tasas de mortalidad materna por encima del promedio de la ciudad. En contraste, las comunas/corregimientos de La Candelaria, Laureles-Estadio, El Poblado,

Palmitas, San Cristóbal y Santa Elena no han presentado casos de muerte materna en el período analizado. En la siguiente tabla se resaltan los valores de la tasa de mortalidad de aquellas comunas/corregimientos que para cada año excedieron la razón de mortalidad materna de Medellín.





## MORTALIDAD PERINATAL Y NEONATAL

La mortalidad perinatal se refiere a la muerte del feto o recién nacido ocurrida entre las 28 semanas de gestación y la primera semana de vida, es decir, hasta los siete días de nacido. Por su parte, la mortalidad neonatal se refiere a las muertes de recién nacidos ocurridas antes de que estos alcancen los 28 días de nacidos.

En el mundo, durante 2015, aproximadamente un millón de niños murieron el mismo día que habían nacido (Unicef, 2016). En general, el 75 % de las muertes de recién nacidos se produce en la primera semana de vida de los bebés; de estas, del 25 % al 45 % se producen en las primeras 24 horas de vida. Asimismo, del total de las muertes de menores de cinco años, el 45 % correspondió en 2015 a lactantes recién nacidos, con menos de 28 días. La mayoría de estas muertes se produce en países en desarrollo, con un acceso deficiente al servicio de salud, por lo cual los bebés fallecen en el hogar, sin ningún

tipo de atención médica (Organización Mundial de la Salud, 2016).

Así como se vio en el análisis de mortalidad materna, dos de tres casos de mortalidad de recién nacidos podrían evitarse con medidas simples como controles por parte de profesionales de salud especializados. La OMS recomienda las visitas domiciliarias el primer y tercer día y antes de cumplirse los siete días después del nacimiento como estrategia que ha demostrado buenos resultados para reducir la mortalidad de los neonatos. Estas visitas deben apuntar a fomentar la lactancia materna, brindar información sobre la temperatura adecuada a la que se debe mantener al bebé, educar sobre la higiene adecuada del recién nacido, fomentar el registro y vacunación oportunos y examinar al bebé para determinar si tiene alguna condición especial que requiera cuidados profesionales y, en este caso, remitirlos a los mismos (Organización Mundial de la Salud, 2016).



En Colombia la tasa de mortalidad neonatal a 2015 fue de 10 por cada 1.000 nacidos vivos. Según la ENDS 2015, se observa un incremento de las muertes neonatales a medida que aumenta la edad de la madre al momento del nacimiento: para las mujeres de 40 a 49 años la tasa de mortalidad neonatal fue 3,6 veces mayor que para madres menores de 20 años y 3,1 veces mayor que para las madres de 20 a 29 años. Además, la tasa también aumenta en la medida en que aumente el orden de nacimiento del bebé: la tasa de mortalidad neonatal es de 7 por cada 1.000 nacidos vivos en el primer nacimiento, mientras que llega a 31 por cada 1.000 nacidos vivos después del séptimo nacimiento.

En Medellín, como se evidencia en el Gráfico 36, la mortalidad perinatal es, en general, superior a la mortalidad neonatal. En efecto, como se verá más adelante, la mortalidad en los menores de cinco años se concentra principalmente en el período perinatal y neonatal. Respecto a la primera, entre 2004 y 2007 la tasa promedio fue de 31,1 por cada 1000 nacidos vivos; sin embargo, a partir de 2008 se presenta una reducción importante en la mortalidad perinatal en Medellín, lo que podría relacionarse con la entrada en funcionamiento del programa Buen Comienzo, específicamente con la atención que va desde la gestación hasta el primer año de vida (Buen Comienzo “había una vez”), que incluye el acompañamiento profesional en las áreas de nutrición, pedagogía, psicosocial y educación física (Metrosalud). En adelante, la tasa de mortalidad perinatal se ha mantenido relativamente estable, de manera que entre 2008 y 2014 la menor tasa fue 17,4

## METAS RELACIONADAS CON MORTALIDAD PERINATAL Y NATAL

### Objetivos de Desarrollo Sostenible:



ODS 3. Meta 3.2. Para 2030, poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de cinco años, logrando que todos los países intenten reducir la mortalidad neonatal al menos hasta 12 por cada 1000 nacidos vivos.

### Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021:



Meta 8.5.3.2.3.e. El 95 % de las mujeres gestantes tiene cuatro o más controles prenatales en el 94 % de las entidades territoriales.



Meta 8.5.3.2.3.f. El 80 % de las mujeres gestantes ingresa al control prenatal antes de la semana 12 de edad gestacional<sup>45</sup>.

### Plan Municipal de Salud 2016-2019:

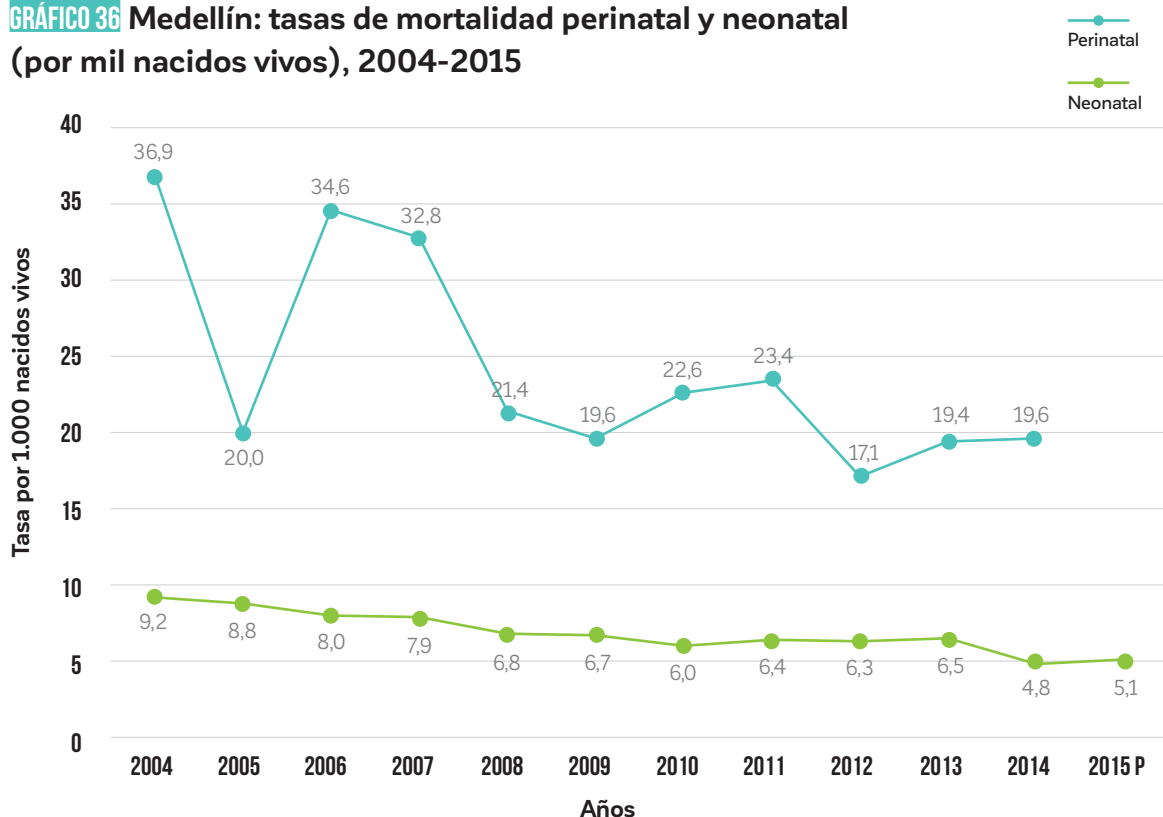
No hay metas asociadas.

<sup>45</sup> Estas dos metas se incluyen en este informe como relacionadas con la prevención de la mortalidad perinatal y neonatal por dos razones. En primer lugar, porque la atención profesional a la gestante durante el embarazo, parto y período posterior al parto evita complicaciones de salud para la madre y el recién nacido, ya que permite la detección y tratamiento de problemas de salud (Organización Mundial de la Salud, 2016) (Nguyen Ngoc et al., 2006). En segundo lugar, si bien no hacen mención literal de estos términos entre las metas asociadas al componente “prevención y atención integral en salud sexual y reproductiva desde un enfoque de derechos”, en las estrategias diseñadas para el cumplimiento de las metas sí se refieren explícitamente a la salud perinatal, así: “Fortalecimiento de sistemas de información y gestión del conocimiento para la promoción de la salud materna y perinatal”; y también a la neonatal, así: “Vigilancia de la morbilidad materna y neonatal extrema y del modelo de seguridad clínica para la atención segura de la mujer durante un evento obstétrico”.

por cada 1000 nacidos vivos en 2012 y la mayor 23,4 por cada 1000 nacidos vivos en 2011. En cuanto a la mortalidad neonatal, durante 10 años, entre 2004 y 2014, se presentó una ten-

dencia sostenida de reducción, al pasar de 9,2 por cada 1000 nacidos vivos a 4,8. En 2015 presentó un leve revés en la tendencia, con una tasa de 5,1 por cada 1000 nacidos vivos.

**GRÁFICO 36** Medellín: tasas de mortalidad perinatal y neonatal (por mil nacidos vivos), 2004-2015



**Nota:** cifras preliminares para 2014 y 2015  
**Fuente:** elaboración propia, Subdirección de Información. DANE, Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Procesado por la Unidad de Gestión de la Información y el Conocimiento, Secretaría de Salud de Medellín.

## MORTALIDAD EN MENORES DE UN AÑO

La mortalidad de niños menores de un año reportó para el año 2012 una tasa de 35 muertes por cada 1000 nacidos vivos. Si bien en los últimos 20 años ha habido un descenso sostenido de la mortalidad para este grupo de edad, no se ha presentado en la magnitud necesaria para cumplir con el ODM 4, por lo que fue necesario incluir en el ODS 3 la reducción de este tipo de

mortalidad como meta. En Latinoamérica y el Caribe, con excepción de Chile y Uruguay, todos los países mantuvieron tasas de mortalidad oscilando entre 10 y 49 muertes de menores de un año por cada 1000 nacidos vivos (Ministerio de Salud, 2016), lo que evidencia las inequidades en salud que persisten en la región.

Según muestra la ENDS 2015, en Colombia la

## METAS RELACIONADAS CON MORTALIDAD DE MENORES DE UN AÑO

### Objetivos de desarrollo sostenible:



ODS 3. Meta 3.2. Para 2030, poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años, logrando que todos los países intenten reducir la mortalidad neonatal al menos hasta 12 por cada 1.000 nacidos vivos.

### Plan decenal de salud pública 2012-2021:



Meta 8.7.5.4.2.c. A 2021 se habrá disminuido la mortalidad infantil nacional ajustada a 12 x1.000 nacidos vivos o menos.

### Plan municipal de salud 2016-2019:



Reto trazador del Plan Territorial de Salud: Disminuir la mortalidad infantil pasando de 8.2 a 7.8 por mil nacidos vivos, lo que equivale a evitar la muerte de 11 niños menores de un año.

mortalidad en niños menores de un año ha descendido desde 27 muertes por cada mil nacidos vivos en 1990 hasta 14 muertes por cada mil nacidos vivos para 2015, es decir, una reducción del 48%. No obstante, hay amplias diferencias entre la zona urbana y rural pues la tasa de esta última fue de 18 muertes por cada mil nacidos vivos, es decir 1,5 veces más alta que en la zona urbana y 1,28 veces más alta que en la totalidad del país.

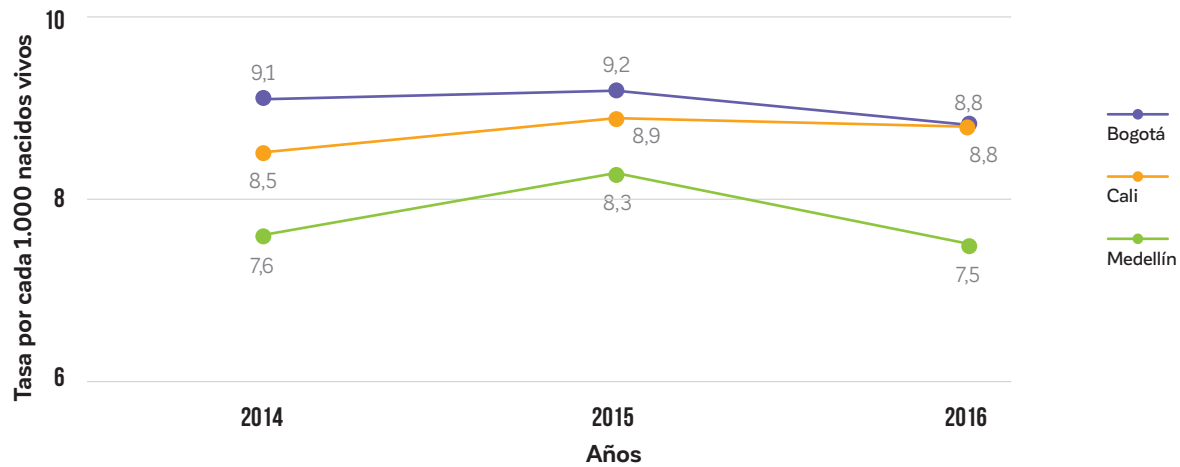
Al igual que con la tasa de mortalidad neonatal, la tasa de mortalidad en menores de un año aumenta en la medida en que aumenta el orden de nacimiento del bebé, de manera que los niños cuyo orden de nacimiento es el séptimo o superior tienen 5,25 veces más probabilidades de morir antes de cumplir un año que los niños cuyo orden de nacimiento es el primero. En general, se observa que a medida que haya un ma-

yor período intergenésico (intervalo de tiempo que pasa entre un embarazo y otro) disminuye la probabilidad de morir antes de cumplir un año de vida. Ello se debe a que los períodos intergenésicos cortos, generalmente, están asociados a complicaciones perinatales y mayor riesgo de mortalidad (Ministerio de Salud, 2016).

En lo que respecta al comportamiento de la tasa de mortalidad comparada en menores de un año para las ciudades de interés, se observa un incremento de la tasa entre 2014 y 2015, seguido de un posterior descenso entre 2015 y 2016. Cabe resaltar que Medellín presentó durante el período analizado la menor tasa de mortalidad infantil, cerrando el 2016 en 7,5 muertes de menores de un año por cada 1.000 nacidos vivos, mientras que Cali y Bogotá presentaron en 2016 la misma tasa: 8,8.



**GRÁFICO 37** Medellín, Bogotá y Cali: Mortalidad infantil (menores de un año) por cada mil nacidos vivos

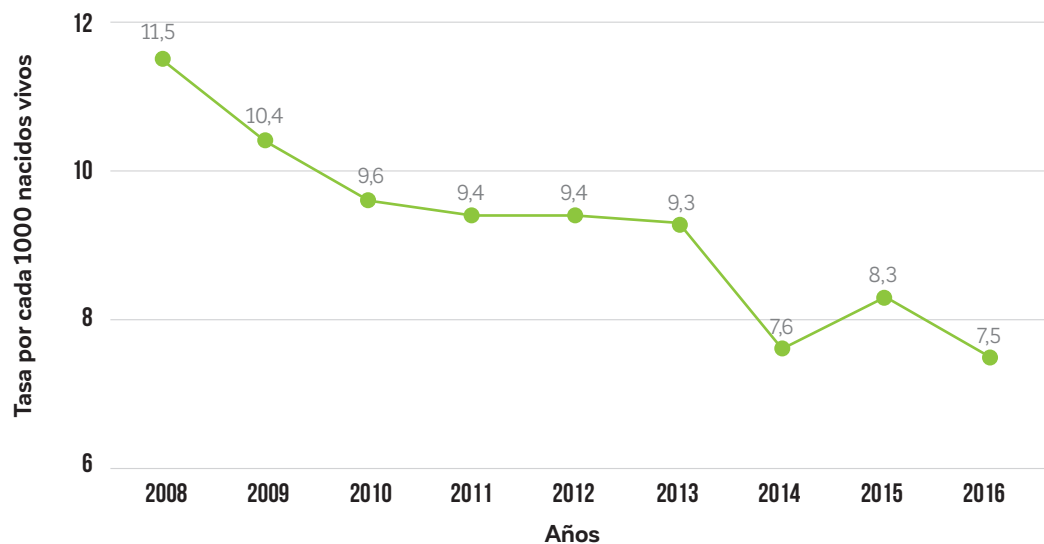


Fuente: elaboración propia a partir de la información de defunciones no fetales de Estadísticas Vitales del DANE. Las tasa no son ajustadas por métodos demográficos y estadísticos.

En Medellín, tal como sucede en Colombia y el mundo, la tasa de mortalidad para menores de un año también ha presentado una tendencia descendente sostenida desde 2008, cuando fue de 11,5 muertes por cada mil nacidos vivos, hasta llegar a 7,5 muertes por cada mil nacidos

vivos en 2016, esto es una disminución de 35% en esos nueve años. La meta propuesta en el Plan Municipal de Salud 2016-2019 es reducir este tipo de mortalidad, pasando de 8,2 a 7,8 por cada mil nacidos vivos, lo que equivale a evitar la muerte de once niños menores de un año.

**GRÁFICO 38** Medellín: mortalidad infantil (menores de un año) por cada mil nacidos vivos, 2008-2016



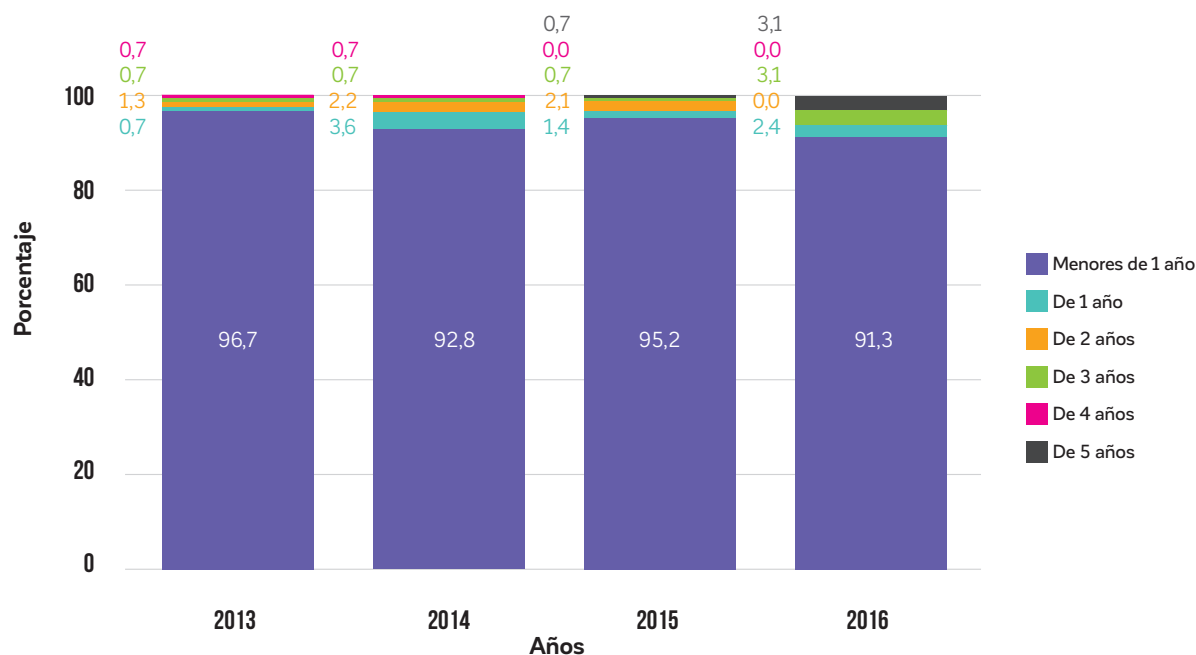
Fuente: Elaboración propia a partir de la información de defunciones no fetales de Estadísticas Vitales del DANE. Las tasas no están ajustadas por métodos demográficos ni estadísticos.



Ahora bien, si se consideran las muertes de menores de un año por causas evitables, se encuentra que estos, entre el grupo de los menores de seis años, son los que tienen mayor participación en las muertes evitables. Así, como

se ve en el Gráfico 39, para 2013, 2014, 2015 y 2016 más del 90 % de muertes evitables ocurridas correspondió a menores de un año, siendo el 2013 el que tuvo el mayor número de casos: 147 en total.

**GRÁFICO 39** Medellín: distribución de la mortalidad evitable en menores de cinco años por edades simples, 2013-2016

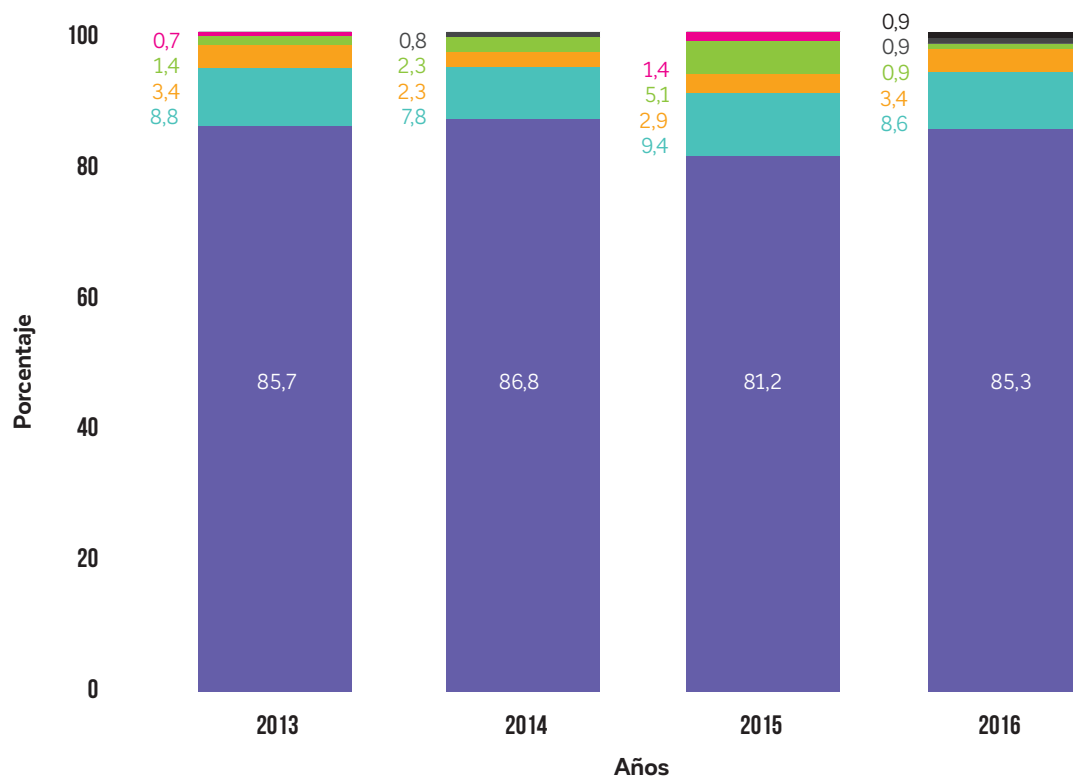


**Nota:** Cifras preliminares para 2016, corte a 31 de diciembre de 2016 - publicadas 30 de marzo de 2017.  
**Fuente:** elaboración propia, Subdirección de Información. DANE, Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Procesado por la Unidad de Gestión de la Información y el Conocimiento, Secretaría de Salud de Medellín.

En cuanto a las causas específicas de la mortalidad evitable para los menores de un año, se encontró que el grupo de causas D3, denominado “medidas mixtas: enfermedades propias de la primera infancia”, ha concentrado la mayor proporción de casos en el período analizado. Consultada respecto a las intervenciones que hubiesen podido evitar estas muertes, la Subdirección de Información señala que este tipo de causas, según Erika Taucher, están relacionadas con el acceso a la atención y la calidad de los servicios

médicos, así como con aspectos de tipo socioeconómico, es decir, con la calidad de vida de la población. No obstante, la mayoría de los casos de Medellín se produjeron como resultado de situaciones ocurridas en la etapa perinatal o neonatal, relacionadas con nacimientos prematuros y sus complicaciones, y con malformaciones congénitas. Así, aunque existen tratamientos para el manejo de este tipo de pacientes, sus condiciones son susceptibles y tienen, por ende, mayor riesgo de morir.

**GRÁFICO 40** Medellín: distribución de la mortalidad evitable en los menores de un año por causas, 2013-2016



**Nota:** Cifras preliminares para 2016, corte a 31 de diciembre de 2016 - publicadas 30 de marzo de 2017.

**Fuente:** elaboración propia, Subdirección de Información. DANE, Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Procesado por la Unidad de Gestión de la Información y el Conocimiento, Secretaría de Salud de Medellín.

- D3: Medidas Mixtas: Enfermedades propias de la primera infancia
- D1: Medidas Mixtas: Infecciones de las vías respiratorias
- A: Defunciones evitables por vacunación o tratamiento preventivo
- B: Defunciones Evitables por diagnóstico o tratamiento médico precoz
- C: Defunciones Evitables por medidas de saneamiento ambiental
- D7: Medidas Mixtas: Problemas hepáticos
- D6: Medidas Mixtas: Problemas carenciales

En cuanto al comportamiento observado por comunas, hay datos del período 2005-2015, para el que se determinó qué comunas superaron en cada año la tasa de mortalidad infantil de la ciudad. Al respecto, se encontró que las comunas/corregimientos de Manrique, La Candelaria, Popular, Villa Hermosa, Santa Cruz y Altavista presentaron seis años o más en los que su tasa de mortalidad infantil superó la tasa de la ciudad.

Como se ve en la Tabla 10, sin excepción, durante el período 2005-2015 en todas las comunas/corregimientos se presentaron valores de la

tasa de mortalidad que superaban el promedio de la ciudad<sup>46</sup>. Concretamente, Manrique, La Candelaria, Popular, Villa Hermosa, Santa Cruz y Altavista fueron las comunas/corregimientos en las que hubo más años con tasas de mortalidad por encima del promedio de Medellín. Mientras tanto, las comunas con menos años en esta situación fueron El Poblado, La América, San Antonio de Prado, San Cristóbal y Palmitas.

<sup>46</sup> Las celdas resaltadas corresponden a aquellos valores de la tasa de mortalidad infantil que superan el promedio de la ciudad para cada año.

**TABLA 10** Medellín, sus comunas y corregimientos: mortalidad infantil (menores de un año) por cada mil nacidos vivos, 2005-2015

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015p
1 Popular	14,0	8,8	12,3	11,4	10,1	8,8	8,7	10,8	9,9	9,7	11,3
2 Santa Cruz	12,8	15,9	11,0	13,8	13,7	8,3	12,4	10,9	8,5	2,5	7,1
3 Manrique	13,0	11,3	15,2	11,0	10,6	8,9	9,4	10,5	12,6	9,3	9,3
4 Aranjuez	8,5	8,7	7,4	10,9	7,8	6,0	10,2	11,6	11,2	6,0	7,1
5 Castilla	8,4	8,2	10,8	7,0	6,0	12,2	10,9	5,0	6,4	7,7	10,2
6 Doce de Octubre	5,6	11,4	12,1	9,9	12,7	22,4	8,9	8,0	9,3	5,4	5,8
7 Robledo	12,5	8,1	6,4	9,5	12,7	7,3	11,1	10,6	8,4	5,7	10,9
8 Villa Hermosa	15,4	12,3	13,4	14,8	10,9	14,8	5,9	7,2	8,8	6,3	9,7
9 Buenos Aires	10,9	6,6	9,8	12,0	11,8	7,8	10,0	5,0	6,3	8,2	7,9
10 La Candelaria	17,7	13,7	18,6	13,2	15,2	15,3	11,1	7,7	12,1	4,5	14,9
11 Laureles-Estadio	8,9	12,9	9,2	13,2	5,4	7,2	15,5	10,8	6,8	1,4	4,0
12 La América	6,3	11,6	7,9	7,7	1,0	4,6	5,8	9,9	2,4	2,5	4,7
13 San Javier	7,9	9,1	11,0	13,7	9,8	5,5	8,8	10,8	9,5	8,2	6,7
14 El Poblado	11,6	13,9	8,3	4,5	10,5	5,0	2,2	3,2	6,1	2,6	3,9
15 Guayabal	6,5	12,2	14,4	10,1	6,9	7,0	9,4	11,2	7,5	13,2	5,7
16 Belén	13,4	14,7	8,1	8,5	12,6	8,2	9,2	9,3	6,5	7,1	6,2
50 Palmitas	15,6	21,7	0,0	0,0	0,0	22,2	0,0	8,6	0,0	0,0	0,0
60 San Cristóbal	7,4	8,1	7,8	13,4	7,5	16,5	4,7	8,5	15,5	4,0	7,9
70 Altavista	4,6	17,6	18,6	9,3	13,6	9,2	12,3	3,3	10,5	14,7	6,4
80 San Antonio de Prado	14,7	7,8	12,9	10,2	6,8	3,7	6,2	10,4	8,0	5,7	5,5
90 Santa Elena	9,8	10,2	10,1	0,0	12,2	0,0	22,0	6,3	0,0	37,0	17,4
<b>MEDELLÍN</b>	<b>12,0</b>	<b>11,1</b>	<b>11,6</b>	<b>11,3</b>	<b>10,4</b>	<b>9,5</b>	<b>9,3</b>	<b>9,3</b>	<b>9,2</b>	<b>7,3</b>	<b>8,1</b>

Fuente: Subdirección de Información. Los datos correspondientes a 2015 son preliminares

Además, de manera análoga al análisis realizado para el bajo peso al nacer, se calculó para cada comuna la tasa promedio de mortalidad en menores de un año para el período en cuestión. Luego, se determinó cuáles fueron las cinco comunas/corregimientos con mayor promedio y

cuáles fueron las cinco con menor promedio. Seguidamente, se calculó la tasa media para cada grupo con el fin de mostrar diferencias entre uno y otro. Los resultados del ejercicio se presentan en el Gráfico 41.



**GRÁFICO 41** Medellín: tasa de mortalidad infantil para menores de 1 año, promedio de las 5 comunas y corregimientos con menor tasa promedio versus promedio de las 5 comunas y corregimientos con mayor tasa promedio, 2005-2015



**Nota:** se calculó la tasa promedio para el período 2005-2015 en cada comuna. Con base en esto se determinó que las 5 comunas con menor promedio fueron La América, Palmitas, El Poblado, San Antonio de Prado y Castilla, mientras que las 5 comunas con mayor promedio fueron Villa Hermosa, Altavista, Manrique, Santa Elena y La Candelaria. Posteriormente se calculó el promedio de la tasa para cada grupo, que es el que se presenta en la gráfica.

**Fuente:** elaboración propia con base en información provista por la Subdirección de Información. Los datos de 2015 son preliminares.

Las comunas con menor tasa de mortalidad infantil promedio fueron La América, Palmitas, El Poblado, San Antonio de Prado y Castilla, mientras que las de mayor promedio fueron Villa Hermosa, Altavista, Manrique, Santa Elena y La Candelaria. Como se aprecia en el gráfico, el grupo de mayor promedio presenta un comporta-

miento variable, no se evidencia una tendencia clara. Mientras que en el grupo de menor promedio, con excepción del 2010, parece haber una tendencia de descenso. En los últimos tres años analizados, en general, la brecha varió de 4,2 % en 2013, 10,7 % en 2014 a 6,7 % en 2015.

# MORTALIDAD EN MENORES DE CINCO AÑOS

En el mundo se ha evidenciado un descenso importante de la mortalidad en la niñez, al pasar de 12,7 millones en 1990 a 5,9 millones en 2015, lo que equivale a pasar de 35.000 muertes diarias de niños a 16.000.

En general, las principales causas de mortalidad en el mundo para este grupo etario están relacionadas con dos enfermedades: neumonía u otras infecciones respiratorias agudas, asociadas a factores de riesgo como el bajo peso

al nacer, la malnutrición, la no alimentación con leche materna y el hacinamiento en el hogar; y diarrea, derivada de la no alimentación con leche materna, la ingesta de agua y alimentos insalubres, la falta de higiene y la malnutrición. Todos estos son factores de riesgo prevenibles, por lo cual la OMS (2016) afirma que más de la mitad de estas muertes son evitables, prevenibles y tratables a través de la implementación de intervenciones simples.

## METAS RELACIONADAS CON MORTALIDAD DE MENORES DE CINCO AÑOS

### Objetivos de Desarrollo Sostenible:



ODS 3. Meta 3.2. Para 2030, poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de cinco años, logrando que todos los países intenten reducir la mortalidad neonatal al menos hasta 12 por cada 1000 nacidos vivos, y la mortalidad de niños menores de cinco años al menos hasta 25 por cada 1000 nacidos vivos.

### Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021:



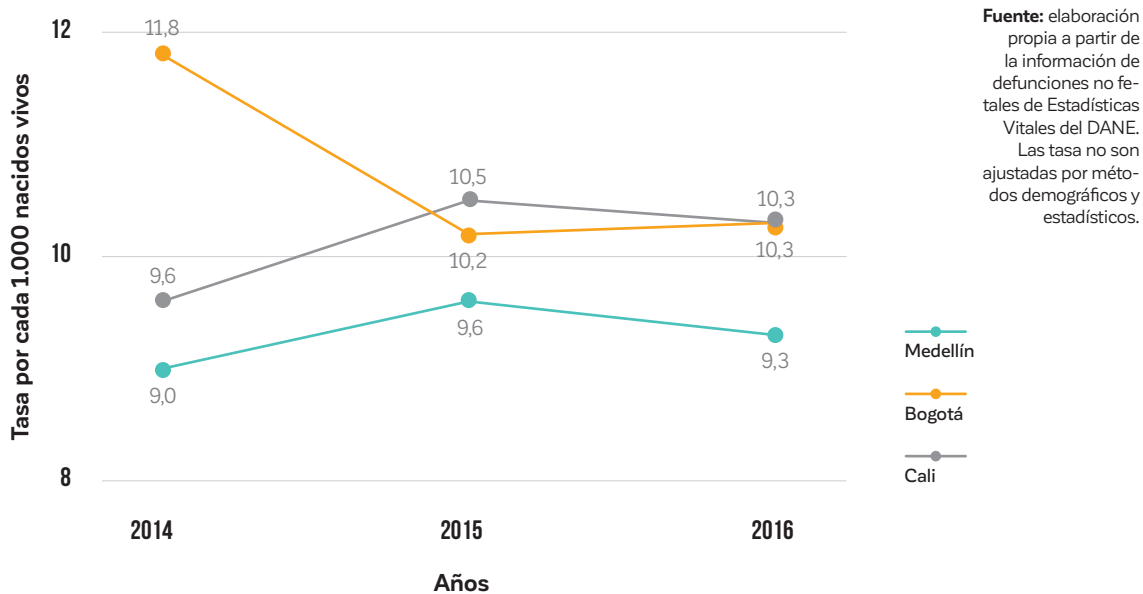
Meta 8.7.5.4.2.c. En 2021 se habrá disminuido la mortalidad nacional en la niñez a 15 por 1000 nacidos vivos o menos.

### Plan Municipal de Salud 2016-2019:



Reto trazador del Plan Territorial de Salud: no superar el 9,1 de mortalidad en menores de cinco años por cada 1000 nacidos vivos, lo que equivale a evitar 269 fallecimientos.

**GRÁFICO 42** Medellín, Bogotá y Cali: Mortalidad en la niñez (menores de cinco años) por cada mil nacidos vivos, 2014-2016



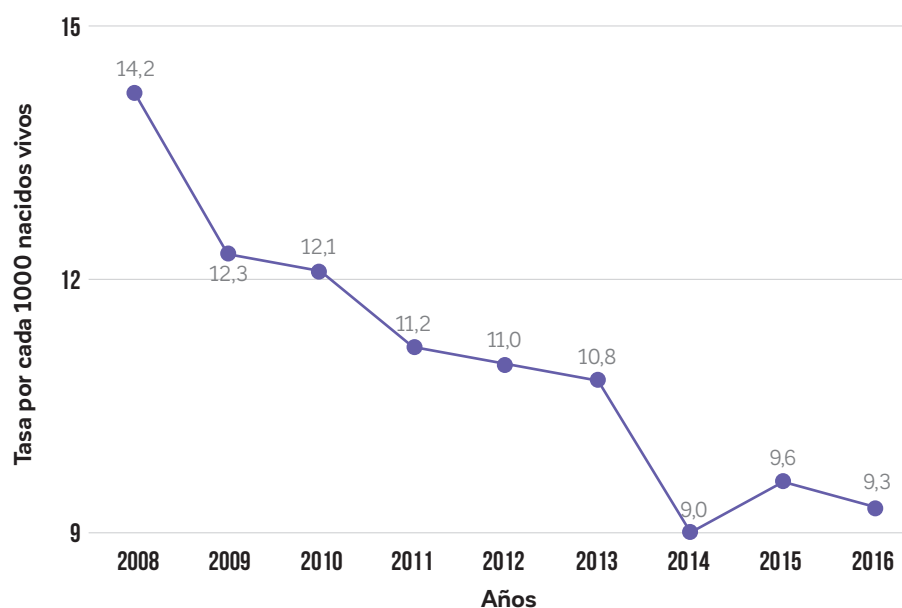
En Colombia, la tasa de mortalidad para los niños menores de cinco años pasó de 33 por cada 1000 nacidos vivos en 1990 a 16 en 2015, lo que equivale a una disminución del 48,5 %. En el ámbito rural, la reducción ha sido de 55 %, aunque no presenta un comportamiento regular durante el período 1990-2015, mientras que en el ámbito urbano la reducción ha sido de 48,1 %. Al igual que en la mortalidad infantil, la mortalidad para los niños menores de cinco años tiende a aumentar cuando aumenta el orden de nacimiento. Así, un niño nacido en el orden séptimo o superior tiene 4,46 veces más probabilidades de morir que uno cuyo orden de nacimiento fue el primero. Además, la tasa de mortalidad es mayor en los hijos de madres sin educación, 65 por cada 1000 nacidos vivos, mientras en las madres con educación superior es de 13. También hay diferenciales según el índice de riqueza: mientras el quintil aumenta, disminuye la tasa; el quintil más bajo es de 37 por cada 1000 nacidos vivos y el más alto es de siete por 1000 nacidos vivos (Ministerio de Salud, 2016).

En cuanto a lo sucedido con la mortalidad en la niñez para las tres principales ciudades del país, como se ve en el Gráfico 38, Cali y Medellín presentaron un ascenso entre 2014 y 2015, que fue más pronunciado en el caso de Cali; mientras tanto, en Bogotá la mortalidad descendió 1,6 %. Para 2016, no obstante, la tasa de mortalidad tuvo relativa estabilidad, con descensos leves en Cali y Medellín y un leve incremento en Bogotá.

En Medellín, como se aprecia en el Gráfico 43, la tasa de mortalidad para este grupo de niños ha descendido de manera sostenida, aunque con un leve revés en 2015; entre 2008 y 2016, la tasa pasó de 14,2 por cada 1000 nacidos vivos a 8,9, es decir, una reducción de 34,3 %, lo que equivalió a pasar de 471 a 263 fallecimientos de niños en este rango de edad. La meta propuesta en el Plan Municipal de Salud 2016-2019 propone mantener la mortalidad de este grupo etario por debajo de 9,1, es decir, evitar 269 muertes en un año.

Ahora, en referencia concreta a las causas de mortalidad en menores de seis años, para el período comprendido entre 2013 y 2016, la ma-

**GRÁFICO 43** Medellín: mortalidad en la niñez (menores de cinco años) por cada mil nacidos vivos, 2008-2016



**Fuente:** elaboración propia a partir de la información de defunciones no fatales de Estadísticas Vitales del DANE. Las tasas no están ajustadas por métodos demográficos ni estadísticos.

por carga está representada por afecciones en el período perinatal y malformaciones congénitas, con una participación promedio de 69,3 %, según manifiesta la Subdirección de Información,

tal y como puede verse en la Tabla 10.

El análisis por comunas muestra que La Candelaria, Buenos Aires, Manrique, Villa Hermosa, San Javier, Popular y Robledo tuvieron seis años

**TABLA 11** Principales causas de mortalidad en menores de seis años y participación en el total de fallecimientos, 2013-2016

	Primera causa	Segunda causa	Tercera causa	Cuarta causa	Quinta causa
2013	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	Resto de enfermedades del sistema nervioso	Neumonía	Otras enfermedades del corazón
	44,6 %	26,5 %	5,4 %	3,0 %	2,7 %
2014	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	Neumonía	Resto de enfermedades del sistema nervioso	Otras enfermedades del corazón
	45,7 %	23,3 %	3,9 %	3,9 %	3,1 %
2015	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	Resto de enfermedades del sistema nervioso	Neumonía	Resto de enfermedades del sistema digestivo
	41,3 %	28,1 %	4,2 %	2,8 %	2,1 %
2016	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	Resto de enfermedades del sistema nervioso	Neumonía	Resto de enfermedades del sistema digestivo
	37,8 %	30,0 %	3,3%	2,6 %	2,2 %

**Fuente:** DANE. Procesado por la Unidad de Gestión de la Información y el Conocimiento, Secretaría de Salud de Medellín.  
**Nota:** Las cifras de 2016 son preliminares, corte 31 de diciembre de 2016, publicadas el 30 de marzo de 2017.



**TABLA 12** Medellín, sus comunas y corregimientos: mortalidad en la niñez (menores de cinco años) por cada 1000 nacidos vivos, 2005-2015

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015p
1 Popular	17,7	11,3	14,6	16,4	12,9	12,7	10,6	13,1	11,3	10,1	12,2
2 Santa Cruz	15,5	17,4	13,2	16,6	15,5	13,4	15,7	13,4	10,4	4,4	7,8
3 Manrique	15,9	13,8	17,2	13,4	14,3	10,7	12,3	10,9	15,3	12,4	10,6
4 Aranjuez	10,2	10,9	9,4	12,8	9,8	7,9	11,3	13,7	11,7	9,1	7,1
5 Castilla	10,7	9,3	11,9	8,0	7,8	16,3	14,6	5,0	7,8	8,4	13,1
6 Doce de Octubre	7,5	16,6	14,4	12,9	14,5	24,6	10,0	8,5	10,3	5,9	7,2
7 Robledo	13,7	11,0	8,3	11,5	15,2	10,1	13,4	13,6	10,9	7,8	12,8
8 Villa Hermosa	18,0	15,8	15,7	17,0	13,3	15,9	8,0	7,8	10,9	7,3	11,2
9 Buenos Aires	12,3	9,1	11,5	15,6	14,0	9,9	12,2	5,5	8,6	8,7	7,9
10 La Candelaria	21,9	14,6	23,5	14,1	16,1	17,5	12,2	9,8	13,2	6,8	18,1
11 Laureles-Estadio	11,8	12,9	9,2	15,8	8,1	8,6	16,9	10,8	6,8	2,7	5,4
12 La América	7,3	11,6	7,9	7,7	3,1	5,8	7,0	11,0	4,8	2,5	7,0
13 San Javier	8,8	10,7	12,5	18,2	12,3	7,3	9,3	12,3	11,5	9,1	8,4
14 El Poblado	11,6	13,9	8,3	5,7	11,6	7,5	2,2	4,3	6,1	3,4	5,4
15 Guayabal	6,5	14,7	14,4	10,1	11,5	11,2	10,8	12,6	7,5	13,2	5,7
16 Belén	15,0	16,2	10,0	10,9	14,2	8,7	9,8	11,4	7,0	7,6	6,7
50 Palmitas	15,6	21,7	0,0	0,0	0,0	22,2	0,0	8,6	0,0	0,0	0,0
60 San Cristóbal	7,4	8,1	11,7	15,3	9,4	20,7	9,5	11,8	17,3	8,0	7,9
70 Altavista	4,6	17,6	24,8	14,0	13,6	13,8	12,3	3,3	10,5	18,4	6,4
80 San Antonio de Prado	17,6	13,5	15,9	13,5	7,9	3,7	7,7	11,7	9,2	6,8	6,6
90 Santa Elena	9,8	10,2	10,1	9,5	12,2	15,2	22,0	18,8	0,0	37,0	17,4
<b>MEDELLÍN</b>	<b>13,8</b>	<b>13,5</b>	<b>13,6</b>	<b>13,9</b>	<b>12,7</b>	<b>11,9</b>	<b>11,1</b>	<b>10,9</b>	<b>10,7</b>	<b>8,8</b>	<b>9,3</b>

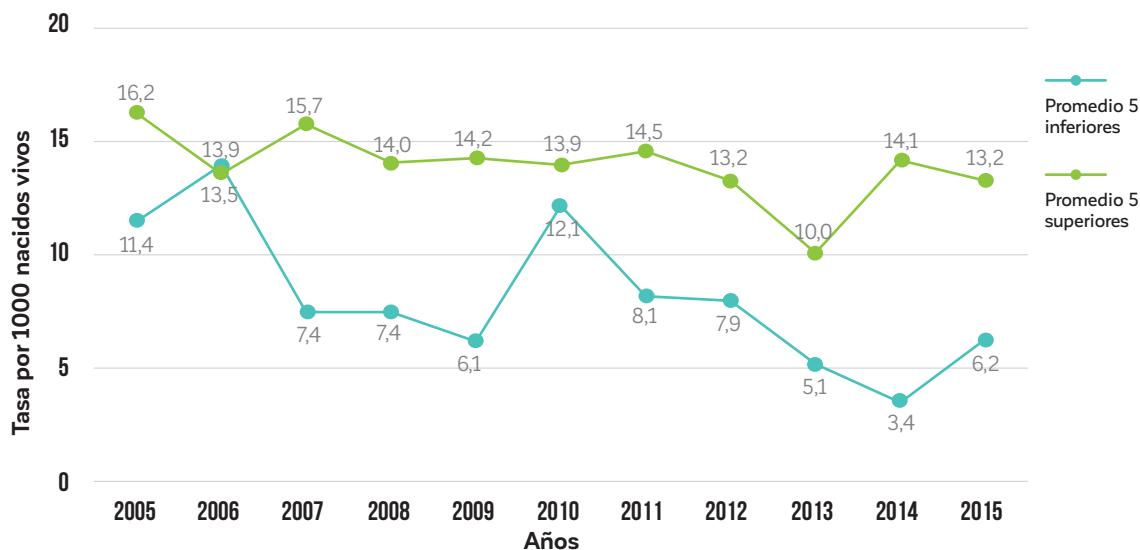
Fuente: Subdirección de Información. Los datos correspondientes a 2015 son preliminares

o más con tasas de mortalidad para menores de cinco años por encima de la tasa de Medellín. Cabe resaltar el caso de La Candelaria, donde en los 11 años analizados se supera la tasa sin excepción.

El grupo de comunas con menor promedio en su tasa de mortalidad para este grupo etario estuvo conformado por Palmitas, La América, El Poblado, Laureles-Estadio y Castilla. Mientras tanto, el de comunas con mayor promedio lo conformaron Popular, Santa Cruz, Manrique, Santa Elena y La Candelaria. En el Gráfico 44 se

muestra la comparación de la tasa de mortalidad promedio para cada año de ambos grupos. Aquí es evidente en el grupo de menor promedio un descenso sostenido a partir de 2009, que también podría estar relacionado con el efecto que tiene el programa Buen Comienzo en el mejoramiento de las condiciones de vida de la primera infancia en la ciudad. Mientras tanto, el otro grupo ha mostrado relativa estabilidad, con excepción de 2013. Teniendo en cuenta lo anterior, desde 2009 la brecha entre ambos grupos se ha mantenido por encima del 5%.

**GRÁFICO 44** Medellín: tasa de mortalidad infantil para menores de 5 años, promedio de las 5 comunas y corregimientos con menor tasa promedio versus promedio de las 5 comunas y corregimientos con mayor tasa promedio, 2005-2015



**Nota:** se calculó la tasa promedio para el período 2005-2015 en cada comuna y corregimiento. Con base en esto se determinó que las 5 comunas/corregimientos con menor promedio fueron Palmitas, La América, El Poblado, Laureles-Estadio y Castilla, mientras que las 5 comunas/corregimientos con mayor promedio Popular, Santa Cruz, Manrique, Santa Elena y La Candelaria. Posteriormente se calculó el promedio de la tasa para cada grupo, que es el que se presenta en la gráfica.

**Fuente:** elaboración propia con base en información provista por la Subdirección de Información. Los datos de 2015 son preliminares.

## MORTALIDAD POR ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA (EDA)

Después de la neumonía, las enfermedades diarreicas constituyen la segunda causa de muerte para los niños menores de cinco años: ocasionan cada año la muerte de 25.000 niños de ese rango de edad en el mundo. La enfermedad diarreica es un síntoma de infecciones en el tracto digestivo, consecuencia de bacterias, virus o parásitos. Su transmisión se produce en entornos donde el agua o los alimentos no se procesan bajo las condiciones adecuadas y son insalubres, o en entornos donde no hay buena higiene y se facilita la transmisión entre una y otra persona. Asimismo, la malnutrición puede hacer que los niños sean más vulnerables a sufrir diarrea y, a su vez, esta empeora su estado nutricional (Organización

Mundial de la Salud, 2017).

De ahí que las medidas sugeridas por la OMS para evitar los episodios de diarrea se concentren en el acceso a fuentes salubres de agua, la provisión de servicios de saneamiento adecuados, el lavado de las manos con jabón, la lactancia materna exclusiva al menos en los primeros seis meses de vida, prácticas adecuadas de higiene personal y de los alimentos, vacunación contra rotavirus<sup>47</sup> y educación en salud.

Ahora bien, una vez producido el episodio de diarrea en los niños, la misma organización reco-

<sup>47</sup> El rotavirus es el virus causante de la diarrea en los neonatos y niños pequeños.

mienda como medidas más efectivas la rehidratación a través de la ingesta de sales, la provisión de complementos de zinc, la alimentación nu-

tritiva y, en caso de que se presenten episodios agudos, fluidos intravenosos y consulta médica (Organización Mundial de la Salud, 2017).

## METAS RELACIONADAS CON MORTALIDAD POR EDA

### Objetivos de Desarrollo Sostenible:



ODS 3. Meta 3.2. Para 2030, poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de cinco años, logrando que todos los países intenten reducir la mortalidad neonatal al menos hasta 12 por cada 1000 nacidos vivos, y la mortalidad de niños menores de cinco años al menos hasta 25 por cada 1000 nacidos vivos.



ODS 6. Meta 6.1. De aquí a 2030, lograr el acceso universal y equitativo al agua potable a un precio asequible para todos.

ODS 6. Meta 6.2. De aquí a 2030, lograr el acceso a servicios de saneamiento e higiene adecuados y equitativos para todos y poner fin a la defecación al aire

libre, prestando especial atención a las necesidades de las mujeres y las niñas y las personas en situaciones de vulnerabilidad.

### Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021:



Meta 8.6.4.1.3.c. Diseño, implementación y desarrollo progresivo de planes y programas territoriales de promoción y prevención de las enfermedades transmitidas por agua, suelo y alimentos.

### Plan Municipal de Salud 2016-2019:



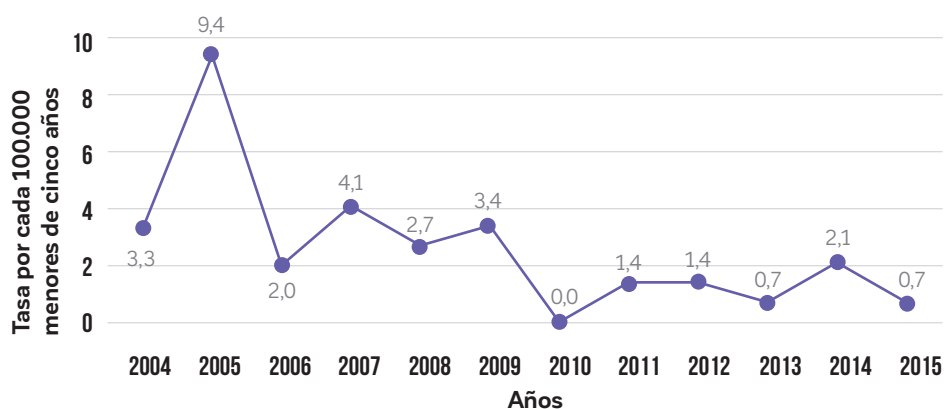
Disminuir la tasa de mortalidad en niños menores de cinco años por enfermedad diarreica aguda (EDA), pasando de 2,1 a 1,5 por 100.000 menores de cinco años.

En Colombia, durante el período 2009-2015, entre el 5,93 % y el 7,25 % de los niños les diagnosticaron EDA; los más afectados fueron aquellos con edades entre seis meses y dos años. En cuanto a la mortalidad en los niños menores de cinco años, se ha presentado un descenso importante entre 1998, cuando la tasa fue de 33,8 por cada 100.000 menores de cinco años, y 2014, cuando fue de 3,1. El descenso, según afirma el Ministerio de Salud, puede deberse a la disponibilidad, a partir de 2009, de la vacuna monovalente de virus vivos atenuados humanos

contra el rotavirus en el esquema de vacunación del país (2016).

De forma similar, en Medellín la mortalidad por EDA, después de alcanzar una tasa máxima de 9,4 muertes por cada 100.000 menores de cinco años, descendió de manera importante a partir de 2009, coincidiendo con el argumento esbozado por el Ministerio de Salud respecto a la disponibilidad de la vacuna contra el rotavirus. Así, en el 2010 incluso se logró llevar la tasa a cero. Posterior a esa fecha, los casos han oscilado entre uno y tres en la ciudad.

**GRÁFICO 45** Tasa de mortalidad por EDA en menores de cinco años (por cada cien mil menores de cinco años), 2004-2015



**Nota:** Siguiendo los lineamientos y protocolos del Instituto Nacional de Salud INS y el Ministerio de Salud y la Protección Social MSPSE, el indicador se calcula a partir de la identificación de la causa básica que origina el fallecimiento, luego de la aplicación de las reglas de codificación de CIE 10. Los datos para 2015 son preliminares  
**Fuente:** elaboración propia, Subdirección de Información

Asimismo, la información por comunas muestra hasta 2009 tasas de mortalidad superiores al valor observado en la ciudad para la mayoría de las comunas en alguno de los años. Sin em-

bargo, a partir de 2009 solo se han presentado casos esporádicos en Popular, San Cristóbal, Santa Cruz, Aranjuez, Villa Hermosa y San Javier.

**TABLA 13** Medellín, sus comunas y corregimientos: mortalidad por EDA (menores de cinco años) por cada 100.000 menores de cinco años, 2005-2015

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015p
1 Popular	0,0	0,0	0,0	8,3	0,0	0,0	8,4	0,0	0,0	0,0	0,0
2 Santa Cruz	0,0	10,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	11,1	0,0	0,0	0,0
3 Manrique	8,3	0,0	8,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
4 Aranjuez	17,8	0,0	0,0	0,0	9,3	0,0	0,0	9,5	0,0	9,7	0,0
5 Castilla	11,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
6 Doce de Octubre	6,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
7 Robledo	0,0	0,0	0,0	9,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
8 Villa Hermosa	19,1	0,0	9,7	0,0	19,5	0,0	0,0	0,0	9,8	9,9	0,0
9 Buenos Aires	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
10 La Candelaria	0,0	0,0	27,7	0,0	28,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
11 Laureles-Estadio	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
12 La América	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
13 San Javier	0,0	0,0	10,0	10,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	10,2
14 El Poblado	0,0	0,0	24,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
15 Guayabal	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
16 Belén	10,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
50 Palmitas	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
60 San Cristóbal	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	18,9	0,0	0,0	0,0	0,0
70 Altavista	0,0	36,7	37,5	38,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
80 San Antonio de Prado	17,3	17,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
90 Santa Elena	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>MEDELLÍN</b>	<b>9,4</b>	<b>2,0</b>	<b>4,1</b>	<b>2,7</b>	<b>3,4</b>	<b>0,0</b>	<b>1,4</b>	<b>1,4</b>	<b>0,7</b>	<b>2,1</b>	<b>0,7</b>

**Fuente:** Subdirección de Información. **Nota:** Los datos correspondientes a 2015 son preliminares.

# MORTALIDAD POR INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA (IRA)

La IRA se refiere al grupo de enfermedades que tienen lugar en el aparato respiratorio, causadas por microorganismos, virus y bacterias, con aparición repentina y duración inferior a dos semanas (Ministerio de Salud). La neumonía, un tipo de IRA, generó el 15 % de las muertes de menores de cinco años en 2015, equivalente a 930.136 (Organización Mundial de la Salud, 2016).

Los factores de riesgo asociados a la presentación de la neumonía están relacionados con la malnutrición o desnutrición, específicamente en

lactantes que no han sido alimentados de manera exclusiva con leche materna. Además, enfermedades como el sarampión y el VIH hacen a los niños más propensos; de lo contrario, en condiciones de salud adecuadas, los sistemas de defensa de los niños pueden combatir esta infección. Otros factores de riesgo, en este caso externos, que inciden en la presentación de la neumonía son la contaminación del aire, el hacinamiento en los hogares y la contaminación resultante del tabaquismo de los padres del niño (Organización Mundial de la Salud, 2016).

## METAS RELACIONADAS CON MORTALIDAD POR IRA

### Objetivos de Desarrollo Sostenible:



ODS 3. Meta 3.2.3.2. Para 2030, poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de cinco años, logrando que todos los países intenten reducir la mortalidad neonatal al menos hasta 12 por cada 1000 nacidos vivos, y la mortalidad de niños menores de cinco años al menos hasta 25 por cada 1000 nacidos vivos.

### Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021:



Meta 8.6.4.1.3.e. Reducción progresiva de la mortalidad por infección respiratoria aguda (incluida la neumonía), buscando llegar a una mortalidad por neumonía de menos de 8,9 casos por cada 100.000 menores de cinco años.

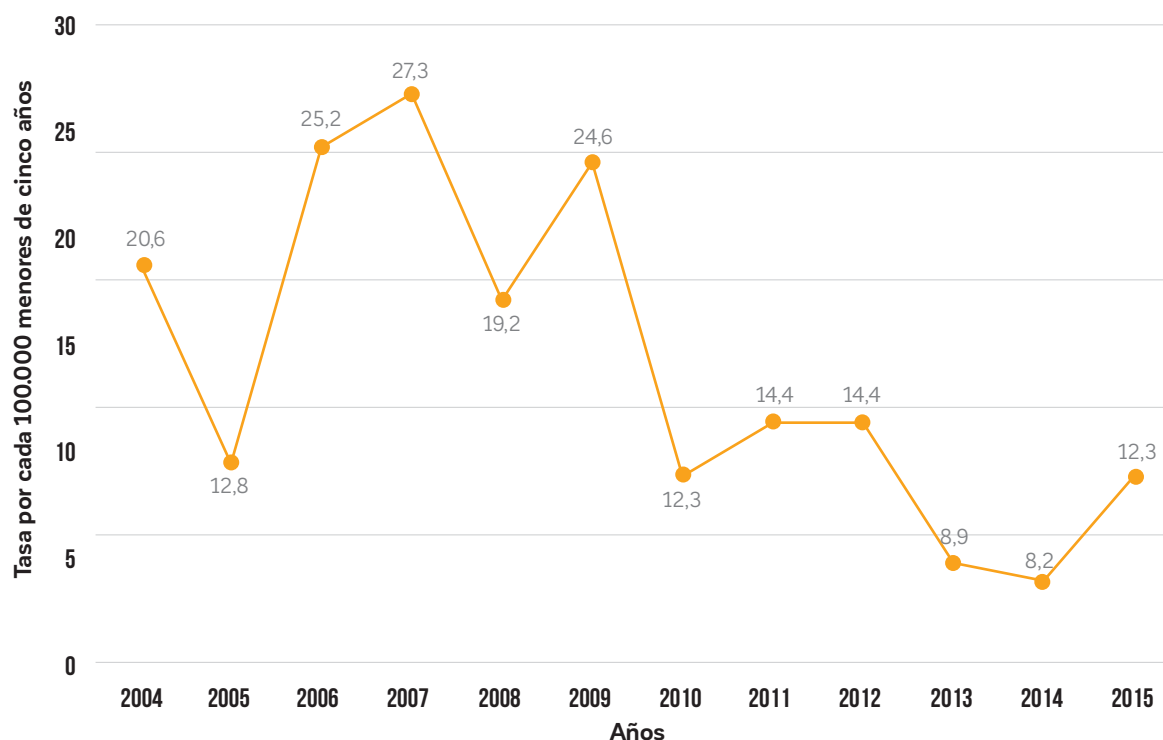
### Plan Municipal de Salud 2016-2019:

No hay metas asociadas.

En Colombia, para el período 2009-2015, la IRA causó cerca del 31 % de las hospitalizaciones de menores de cinco años. En cuanto a las tasas de mortalidad, en el período 1998-2014 pasaron de 36,3 muertes por cada 100.000 menores de cinco años a 12,5, lo que equivale a una reducción de 60,3 %. Según registra el Ministerio de Salud, la vacuna contra la Haemophilus influenzae, introducida en el PAI desde 1998, alcanzó en el período 2009-2012 coberturas del 85 % al 92 %. Asimismo, la vacuna contra el neumococo fue incluida en el esquema de menores a partir

de 2009, con un importante aumento de cobertura en los cuatro años siguientes. Probablemente, la disponibilidad de estas vacunas haya incidido en la reducción de la mortalidad por IRA que se observó en 2010 en Medellín, cuando la tasa descendió un 50 %. Posteriormente, hubo un leve incremento de 2,1 %, que llevó la tasa a 14,4 en 2011, porcentaje que se mantuvo en 2012. Sin embargo, la tasa volvió a mostrar un descenso importante en 2013 y 2014, para luego volver a crecer y ubicarse en 2015 en 12,3 muertes por cada 100.000 nacidos vivos.

**GRÁFICO 46 Medellín: tasa de mortalidad por IRA en menores de cinco años (por cada cien mil menores de cinco años), 2004-2015**



**Nota:** Siguiendo los lineamientos y protocolos del Instituto Nacional de Salud INS y el Ministerio de Salud y la Protección Social MSPSE, el indicador se calcula a partir de la identificación de la causa básica que origina el fallecimiento, luego de la aplicación de las reglas de codificación de CIE 10. Los datos para 2015 son preliminares

**Fuente:** elaboración propia, Subdirección de Información

En cuanto a la mortalidad por IRA en las comunas y corregimientos de Medellín, como se ve en la Tabla 14, las comunas Popular, Villa Hermosa,

Manrique, Robledo y La Candelaria han superado el promedio de la ciudad en este indicador por seis años o más.

**TABLA 14** Medellín, sus comunas y corregimientos: mortalidad por IRA (menores de cinco años) por cada 100.000 menores de cinco años, 2005-2015

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015p
1 Popular	8,2	41,1	33,1	25,0	16,7	25,0	16,7	8,4	16,7	16,7	16,7
2 Santa Cruz	0,0	10,7	43,2	10,9	43,7	22,0	22,1	11,1	0,0	0,0	11,2
3 Manrique	8,3	8,3	16,8	25,4	42,6	34,4	25,8	17,2	8,6	25,9	26,0
4 Aranjuez	8,9	18,0	18,2	18,4	18,6	0,0	9,5	9,5	19,2	19,4	0,0
5 Castilla	11,3	0,0	23,0	11,6	23,6	36,4	12,2	0,0	0,0	0,0	0,0
6 Doce de Octubre	0,0	42,4	21,6	21,9	14,8	15,0	7,5	15,1	7,6	0,0	15,4
7 Robledo	35,2	17,8	8,9	17,9	27,0	0,0	9,0	18,1	9,1	9,1	27,2
8 Villa Hermosa	19,1	57,8	48,6	19,5	0,0	9,8	19,6	19,6	9,8	9,9	9,9
9 Buenos Aires	25,5	13,1	53,4	27,0	40,7	0,0	0,0	13,7	0,0	0,0	14,0
10 La Candelaria	0,0	83,1	27,7	27,8	84,4	0,0	29,3	0,0	30,1	0,0	0,0
11 Laureles-Estadio	29,3	0,0	59,4	0,0	29,9	30,2	0,0	62,4	0,0	0,0	0,0
12 La América	0,0	0,0	35,3	0,0	35,8	0,0	36,2	73,8	0,0	0,0	0,0
13 San Javier	19,4	19,7	39,9	40,2	20,1	10,1	10,1	40,6	0,0	0,0	20,5
14 El Poblado	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	25,4	0,0	0,0
15 Guayabal	0,0	44,7	22,5	0,0	45,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	23,4
16 Belén	21,4	10,9	22,1	11,1	0,0	0,0	11,4	11,5	0,0	0,0	0,0
50 Palmitas	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
60 San Cristóbal	0,0	0,0	0,0	0,0	22,8	0,0	18,9	0,0	0,0	0,0	0,0
70 Altavista	0,0	0,0	0,0	0,0	37,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
80 San Antonio de Prado	17,3	17,3	17,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	13,7	0,0	12,5
90 Santa Elena	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>MEDELLÍN</b>	<b>12,8</b>	<b>25,2</b>	<b>27,3</b>	<b>19,2</b>	<b>24,6</b>	<b>12,3</b>	<b>14,4</b>	<b>14,4</b>	<b>8,9</b>	<b>8,2</b>	<b>12,3</b>

Fuente: Subdirección de Información.  
Nota: Los datos correspondientes a 2015 son preliminares.

Las cinco comunas con menor promedio en la tasa de mortalidad por IRA para el período analizado fueron Palmitas, Santa Elena, El Poblado, Altavista y Villa Hermosa. Las cinco con mayor promedio fueron San Javier, Villa Hermosa, Popular, Manrique y La Candelaria. En el Gráfico 47 se observa el comportamiento de ambas. En este se puede apreciar que la reducción generada a partir de 2009 se produjo principalmente en aquellas comunas que presentaban el mayor promedio

de mortalidad, mientras que el efecto en el otro grupo no fue visible. Así las cosas, la brecha, que antes era de 26,9 % en promedio, pasó a ser entre 2009 y 2015 de 13,8 %. Cabe resaltar que pese al descenso observado a partir de 2009, parece haber cierta rigidez en los factores que afectan a los niños que viven en las comunas con mayor tasa promedio de mortalidad por IRA, pues la brecha entre ambos grupos se ha mantenido relativamente estable desde entonces.



**GRÁFICO 47** Medellín: tasa de mortalidad por IRA para menores de 5 años, promedio de las 5 comunas y corregimientos con menor tasa promedio versus promedio de las 5 comunas y corregimientos con mayor tasa promedio, 2005-2015



**Nota:** se calculó la tasa promedio para el período 2005-2015 en cada comuna y corregimiento. Con base en esto se determinó que las 5 comunas/corregimientos con menor promedio Palmitas, Santa Elena, El Poblado, Alta Vista y San Cristóbal, mientras que las 5 comunas/corregimientos con mayor promedio fueron San Javier, Villa Hermosa, Popular, Manrique y La Candelaria. Posteriormente se calculó el promedio de la tasa para cada grupo, que es el que se presenta en la gráfica.

**Fuente:** elaboración propia con base en información provista por la Subdirección de Información. Los datos de 2015 son preliminares.

## MORTALIDAD POR DESNUTRICIÓN

En todo el mundo, cerca de la mitad de las muertes de los niños menores de cinco años son causadas por la desnutrición, lo que equivale a aproximadamente tres millones de muertes por año. La desnutrición incrementa el riesgo de que los niños sufran infecciones; además, una vez las han adquirido, dificulta su pronta recuperación e incrementa la probabilidad de recidivas y severidad (Unicef, 2017). Hay un período especialmente crítico para la vida de los niños

y, específicamente, para prevenir la desnutrición. Este comienza en el embarazo, incluye el nacimiento, el período de cero a seis meses y el de seis a 24, por lo que se le conoce como “los 1000 días críticos para la vida”. Durante este se produce el desarrollo básico del niño, por lo que es necesario brindarle una alimentación adecuada, ya que la carencia de la misma generará efectos irreversibles y crónicos para el resto de la vida (Unicef, 2011).

## METAS RELACIONADAS CON MORTALIDAD POR DESNUTRICIÓN

### Objetivos de Desarrollo Sostenible:



ODS 2. Meta 2.2. Para 2030, poner fin a todas las formas de malnutrición, incluso logrando, a más tardar en 2025, las metas convenidas internacionalmente sobre el retraso del crecimiento y la emaciación de los niños menores de cinco años, y abordar las necesidades de nutrición de las adolescentes, las mujeres embarazadas y lactantes y las personas de edad.

### Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021:



Meta 8.4.3.2.3.c. Reducir la mortalidad infantil evitable por desnutrición en forma progresiva 30 % en el 2013, 50 % en el 2015 y 100 % en 2020.

### Plan Municipal de Salud 2016-2019:



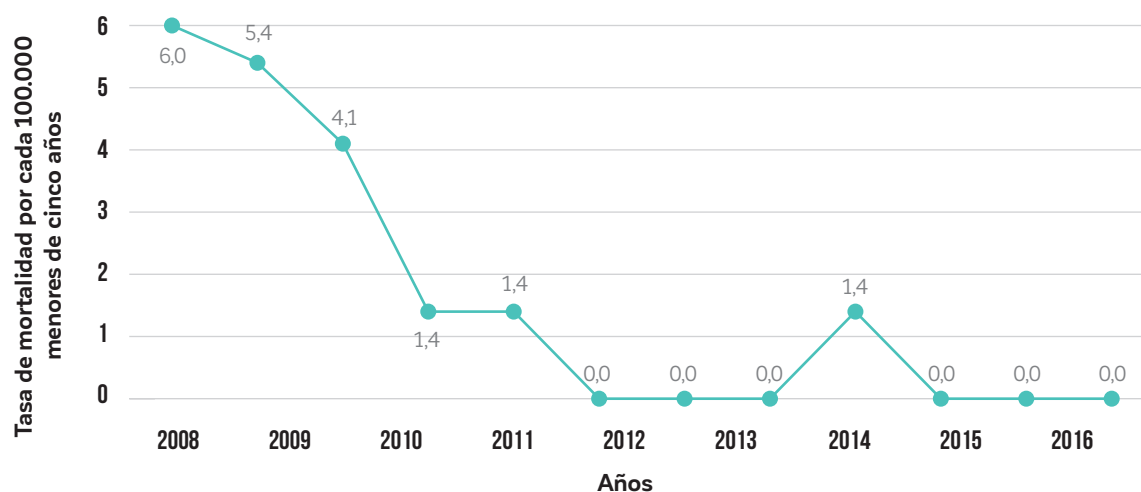
Mantener en cero las muertes por desnutrición en niños y niñas menores de seis años en la ciudad de Medellín (DANE).

En Colombia, en el período 2005-2014, la tasa de mortalidad infantil por desnutrición pasó de 14 a seis por cada 100.000 menores de cinco años. En términos absolutos, en ese período de tiempo se presentaron 405 muertes anuales por desnutrición en estos niños. Las principales víctimas son los más pobres, con necesidades básicas insatisfechas y acceso restringido a fuentes de agua potable; tanto es así que en 2014 la tasa de mortalidad fue 7,07 veces más alta en el primer quintil de pobreza que en el último. Además, hay una mayor mortalidad en zonas específicas del país como Vichada, Guainía, Amazonas, Putumayo, Sucre, Magdalena, La Guajira, Chocó, Cesar y Bolívar (Ministerio de Salud, 2016).

En Medellín, la tasa de mortalidad por desnutrición comenzó en seis por cada 100.000 menores de cinco años en 2004. De ahí hasta 2009 tuvo un descenso vertiginoso y, luego, salvo el año 2012, cuando se produjeron dos muertes, la tasa se ha mantenido en cero. Por comunas, hasta 2009 se observaban tasas de mortalidad por esta causa superiores a las de Medellín en Popular, Santa Cruz, Villa Hermosa y Buenos Aires.



**GRÁFICO 48** Medellín: tasa de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años (por cada cien mil menores de cinco años), 2005-2015



Fuente: elaboración propia, Subdirección de Información.

Por comunas, antes del 2009 la mortalidad por desnutrición excedió el promedio de la ciudad en Popular, Santa Cruz, Villa Hermosa y Buenos Aires

por más de dos años. En 2012 se presentaron dos casos de mortalidad por desnutrición: uno en Popular y el otro en Villa Hermosa.

**TABLA 15** Medellín, sus comunas y corregimientos: mortalidad por desnutrición (menores de cinco años) por cada 100.000 menores de cinco años, 2005-2015

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015p
1 Popular	8,2	8,2	0,0	8,3	0,0	0,0	0,0	8,4	0,0	0,0	0,0
2 Santa Cruz	10,6	10,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
3 Manrique	24,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
4 Aranjuez	0,0	0,0	9,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
5 Castilla	0,0	22,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
6 Doce de Octubre	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
7 Robledo	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	9,0	0,0	0,0	0,0
8 Villa Hermosa	9,6	0,0	9,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
9 Buenos Aires	12,8	13,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
10 La Candelaria	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
11 Laureles Estadio	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
12 La América	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
13 San Javier	0,0	9,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
14 El Poblado	0,0	0,0	0,0	24,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
15 Guayabal	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
16 Belén	10,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
50 Palmitas	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
60 San Cristóbal	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
70 Altavista	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
80 San Ant de Prado	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
90 Santa Elena	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>MEDELLÍN</b>	<b>5,4</b>	<b>4,1</b>	<b>1,4</b>	<b>1,4</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>1,4</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>

Fuente: Subdirección de Información.

Nota: Los datos correspondientes a 2015 son preliminares.

# EDUCACIÓN inicial



El artículo 5 de la Ley 1084 de 2016, política de Estado para el desarrollo integral de la primera infancia, establece que la educación inicial es un derecho de los niños y las niñas menores de seis años. Esta “se concibe como un proceso educativo y pedagógico intencional, permanente y estructurado, a través del cual los niños y las niñas desarrollan su potencial, capacidades y habilidades en el juego, el arte, la literatura y la exploración del medio, contando con la familia como actor central de dicho proceso”<sup>48</sup>.

Para los niños de tres y cuatro años se cuenta con información sobre la cobertura en educación, tanto neta como bruta, a la cual se le denomina inicial. En Medellín, en el periodo 2008-2016, se observa un comportamiento ascendente de la cobertura neta<sup>49</sup> entre 2008

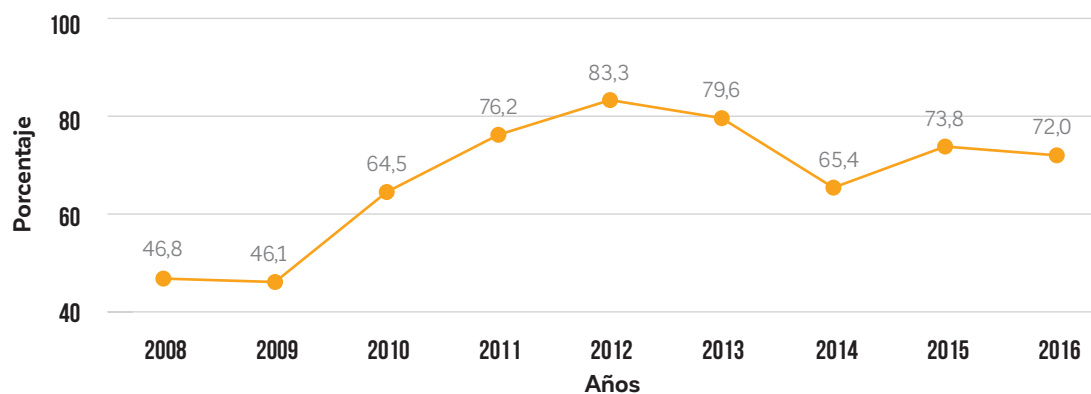
y 2012, justo cuando se da el salto cuantitativo gracias a Buen Comienzo. Así, en 2008 se ubicó en 46,8 %, nivel muy similar al del año 2009, cuando alcanzó un 46,1 %; a partir de allí, ascendió hasta ubicarse en 83,3 % en 2012. Lo anterior significa que, en ese año, de 100 niños entre los tres y cuatro años, 83 estaban matriculados en instituciones que ofrecían educación inicial en la ciudad.

Ahora bien, a partir de 2013 la cobertura neta empieza a descender hasta llegar en 2014 a un nivel similar al de 2010: 65,4 %; en 2015 y 2016 se recuperaron algunos puntos de cobertura, pero sin llegar al nivel máximo de 2012, para terminar en 72 % en 2016 (Gráfico 49). En resumen, si se analiza el periodo completo, la cobertura neta en educación inicial creció un 53,8 %, pero en 2016, frente al máximo alcanzado en 2012, estuvo por debajo en 11,3 puntos porcentuales.

<sup>48</sup> Congreso de la República (2016). Ley 1804.

<sup>49</sup> La cobertura neta alude al número total de niños matriculados en oferta de educación inicial que tienen entre tres y cuatro años, es decir, la edad adecuada para ese nivel, sobre el total de niños de la ciudad en ese rango de edad.

**GRÁFICO 49** Medellín: cobertura neta en educación inicial, 2008-2016



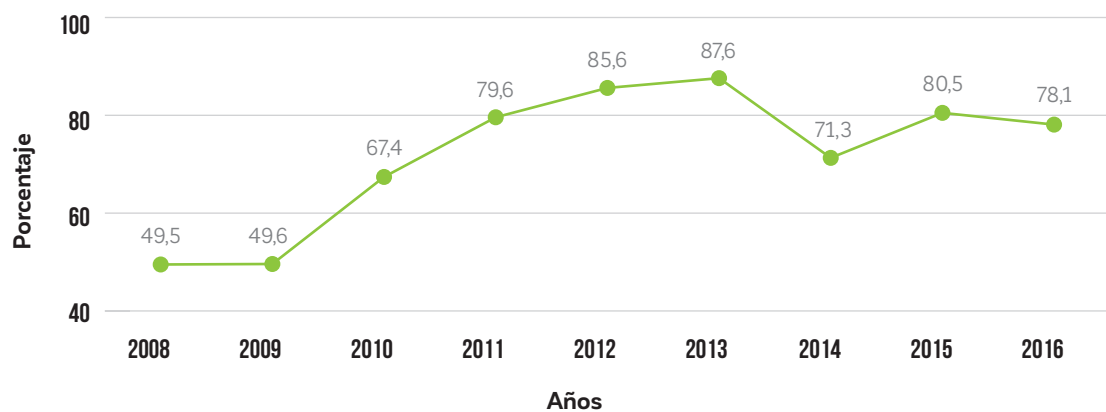
Fuente: elaboración propia, Subdirección de Información. DAPM

La cobertura bruta<sup>50</sup> muestra un comportamiento en el periodo 2008-2016 muy similar al de la cobertura neta. Así, entre 2008 y 2013 el comportamiento fue creciente, y pasó entre ambos años de 49,5 % a 87,6 %; en 2014 bajó ostensiblemente y se ubicó en 71,3 %, y en 2015 y 2016 volvió a ascender, aunque sin alcanzar el nivel del año 2013. En 2016 había 78 niños asistiendo a oferta institucional de educación inicial en la ciudad por cada 100 niños entre los tres y cuatro años (Gráfico 50). En resumen, para el periodo 2008-2016, la cobertura bruta en educación inicial creció un 57,8 %, pero frente al máximo alcanzado en 2013,

se ubicó casi 10 puntos porcentuales por debajo. El aumento en las coberturas entre 2008 y 2013, tanto de la bruta como de la neta, obedeció casi en su totalidad a un incremento de la matrícula y, en menor medida, a una reducción muy leve de la población en las edades de tres y cuatro años en Medellín, que en dicho periodo fue de 0,8 %. Ahora bien, lo acontecido en cuanto a la reducción sustancial de las coberturas en 2014 parece obedecer más a un problema técnico de medición que a un hecho real. Al respecto, al momento de entregar la información para ese año, la Subdirección de Información afirmó que los cálculos eran preliminares con base en matrícula acumulada de abril a noviembre, que aún no era definitiva; no obstante, las cifras nunca se modificaron.

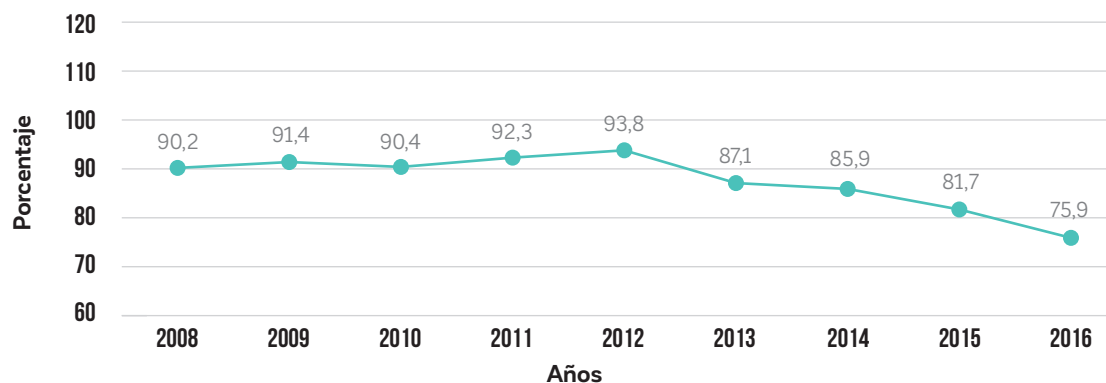
**50** La cobertura bruta en educación inicial alude a todos los niños matriculados en dicho nivel, sin importar su edad, sobre el total de niños en la ciudad que tienen tres y cuatro años.

**GRÁFICO 50** Medellín: Cobertura bruta educación inicial, 2008-2016



Fuente: elaboración propia, Subdirección de Información. DAPM

**GRÁFICO 51** Medellín: Cobertura neta en transición, 2008-2016

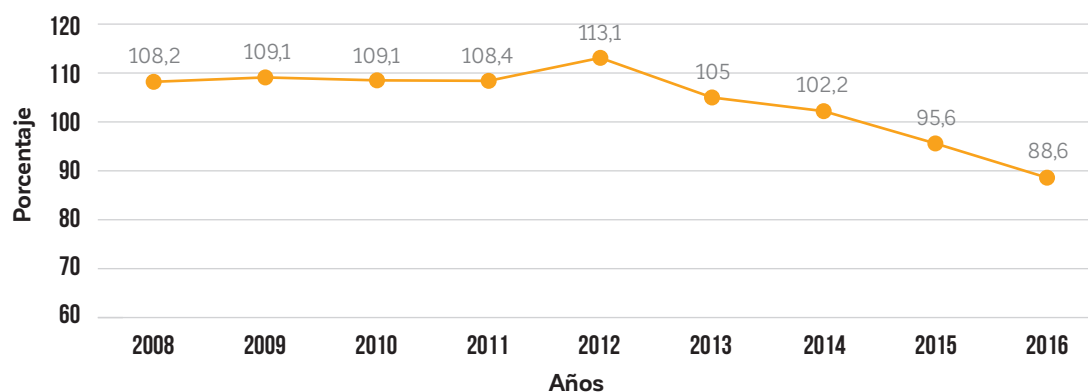


Fuente: elaboración propia, Subdirección de Información. DAPM

La cobertura neta del nivel de transición, esto es, el porcentaje de niños y niñas de cinco años de edad que están cursando dicho nivel sobre el total de niños y niñas en la ciudad que tienen esa edad, en el periodo 2008-2016 muestra dos tendencias en sus comportamientos; así, entre 2008 y 2012, en general, muestra una tendencia

de ascenso, alcanzando el nivel máximo en ese último año con un 93,8 %, mientras que entre 2013 y 2016 muestra una reducción sostenida en la cobertura, llegando a su nivel mínimo en 2016 con un 75,9 % (Gráfico 51). En todo el periodo, la tasa de cobertura neta mostró una reducción de 15,9 %.

**GRÁFICO 52** Medellín: cobertura bruta en transición. 2008-2016



Fuente: elaboración propia, Subdirección de Información. DAPM

La cobertura bruta<sup>51</sup> en transición, esto es, el porcentaje de niños y niñas matriculados en dicho nivel sobre el total de niños y niñas de cinco años en la ciudad, en el periodo 2008-2011 mostró un comportamiento relativamente estable, ubicándose entre 108 % y 109 %. En el año 2012 se presentó la más alta cobertura con un 113,1 %; a partir de ese año, ha descendido hasta alcanzar el menor nivel en el año 2016 con un 88,6 % (Gráfico 52). En total, en el periodo 2008-2016 la tasa de cobertura bruta presentó una reducción del 18,1 %.

Ahora bien, la reducción en ambas coberturas en transición obedece principalmente a una

reducción en la población matriculada, tanto en aquella con edad escolar adecuada como en aquella matriculada sin tomar en cuenta su edad. Mientras la población proyectada de cinco años en la ciudad para el periodo 2008-2016 aumentó 0,9 %, la población matriculada total bajó un 19,1 %; y, por su parte, la población matriculada en edad escolar se redujo en un 15,1 %.

En general, las coberturas en los distintos niveles educativos en la ciudad han experimentado en los últimos años reducciones; no obstante, la mayor magnitud se ha dado en los niveles de educación inicial y transición.

Ahora bien, una posible hipótesis explicativa de las reducciones generalizadas en las tasas de cobertura y su mayor incidencia en los niveles relacionados directamente con la primera infancia se centra en las proyecciones poblacionales que realiza el DANE con base en el censo 2005. Ya son 12 años en los que se está construyendo

<sup>51</sup> La cobertura bruta puede ser mayor que el 100 % porque incluye a todos los niños matriculados en un grado o nivel escolar, lo cual, por definición, toma en cuenta para el cálculo a los niños y niñas en extraedad (edad superior a la recomendada por el Ministerio de Educación Nacional) para calcular las tasas; estos no son tomados en cuenta cuando se miden las coberturas netas.



y analizando la información con base en proyecciones que cada vez resultan menos confiables.

Al respecto opinó el año pasado Álvaro Pachón, estudioso de la demografía: “En este momento no sabemos ni tenemos una idea clara de cuántos habitantes hay en Colombia debido a las deficiencias de las proyecciones y estimaciones de población realizadas por el DANE”. Principalmente por los supuestos de proyección utilizados por la entidad, que resultan en trayectorias de nacimientos y defunciones muy diferentes a las mostradas por las propias estadísticas vitales del mismo DANE. El análisis realizado por Pachón muestra que la población total estaría sobreestimada en 4,73 %, y que habría dis-

crepancias en la distribución por edad y sexo. Así, los grupos de edad de cero a cuatro años y de cinco a nueve años resultan con menor participación en el total de la población (también menor en términos absolutos<sup>52</sup>).

Lo anterior podría ser una explicación válida, pero será necesario contrastarlo cuando el país cuente con un nuevo censo. Por el momento, solo queda advertir que las alertas en cuanto a las preocupantes reducciones en las coberturas quedan supeditadas a que efectivamente las proyecciones tengan un margen de error pequeño.

<sup>52</sup> Tomado de Piedad Patricia Restrepo, columna de opinión. Urge censo poblacional. Recuperado de en <http://www.elcolombiano.com/opinion/columnistas/urge-un-nuevo-censo-poblacional-XA6750312>.

## COMPARACIÓN CON BOGOTÁ Y CALI DE LAS TASAS DE COBERTURA BRUTA EN EDUCACIÓN INICIAL Y TRANSICIÓN

97

**TABLA 16** Medellín, Bogotá y Cali: tasa de cobertura bruta en educación inicial, 2014- 2016

	2014	2015	2016
Medellín	71,3 %	80,5 %	78,1 %
Bogotá	ND	29,7 %	ND
Cali	ND	12,3 %	13,2 %

**Fuente:** Para Medellín, Secretaría de Educación; para Bogotá, Bogotá Cómo Vamos con base en DANE-investigación de educación formal/proyección de población; para Cali, Cali Cómo Vamos con base en SEM Cali.

Medellín se destaca en el conjunto de las tres ciudades más importantes del país como la de mayor cobertura bruta en educación inicial, muy por encima de las otras dos. La tasa de cobertura bruta en educación inicial en Medellín superaba

2,7 veces la de Bogotá y 6,5 veces la de Cali en 2015. En 2016, con solo información para Medellín y Cali, la diferencia seguía siendo alta, aunque se redujo en magnitud (pasó a 5,9 veces, lo que significó un 78 % de cobertura bruta en Medellín





frente a un 13 % en Cali) (Tabla 16). El impacto de un programa como Buen Comienzo en Medellín en cuanto a tasas de cobertura en educación inicial frente a Bogotá y Cali es muy notorio. En el 2006 Medellín tenía una tasa de cobertura bruta

en ese nivel muy parecida a la que se reportó para Bogotá en el año 2015. En ese año el programa era un piloto que apenas empezaba a escalarse, que se consolidó en forma definitiva a partir del periodo de gobierno 2008-2011.

**TABLA 17** Medellín, Bogotá y Cali: tasa de cobertura bruta en transición, 2014- 2016

Transición	2014	2015	2016
Medellín	102,2 %	95,6 %	88,6 %
Bogotá	81,9 %	82 %	78 %
Cali	88,1 %	69,1 %	66,4 %

**Fuentes:** Para Medellín, Secretaría de Educación; para Bogotá, Bogotá Cómo Vamos con base en Secretaría Distrital de Educación, Censo C600 (cifras preliminares: el cambio de fuente y metodología de recolección de información, censo C600 vs. Reg. Inf. Est. SED, puede afectar la comparabilidad de la información del año 2016 con su histórico); para Cali, Cali Cómo Vamos con base en SEM Cali.

En el caso de las coberturas brutas en transición, Medellín también presenta las mayores tasas del periodo 2014-2016, pero las distancias en relación con Bogotá y Cali son mucho menores frente a las tasas de educación inicial. En 2016, Medellín superaba en 10 puntos porcentuales la cobertura de Bogotá y en 22 puntos porcentuales la de Cali (Tabla 17).

Es posible también que Buen Comienzo esté influenciando el resultado más positivo en materia de cobertura en transición; aunque este nivel

es obligatorio en Colombia, el hecho de contar con un nivel previo consolidado, como ocurre en Medellín, puede facilitar el tránsito de un mayor porcentaje de niños y niñas al siguiente nivel.

En las tres ciudades se evidencia una reducción sostenida durante el periodo de las tasas de cobertura, tanto en educación inicial como en transición, que podría obedecer a lo esbozado anteriormente para Medellín, esto es, un problema asociado a las proyecciones poblacionales en general.





# IDENTIDAD

La política pública de atención integral a la primera infancia en Colombia establece como una de las realizaciones que los niños y niñas construyan su identidad en un marco de diversidad. Un componente fundamental para la construcción de la identidad es la inscripción en el registro civil.

*El registro civil de nacimiento hace visible al individuo frente al Estado y es el primer paso para el reconocimiento y la garantía de sus derechos. Si bien es cierto que el registro civil por sí solo no es garantía de que un niño pueda acceder a lo que el Estado social de derecho en Colombia se ha comprometido a garantizarle, la invisibilidad jurídica implica importantes riesgos de caer en procesos de marginamiento y exclusión. Además, este indicador es de suma importancia, **pues mide una de las principales barreras**<sup>53</sup> que tienen las familias a la hora de vincular a niños y niñas a programas de los diversos niveles gubernamentales (Fundación Corona et al., 2015, p. 42).*

Según la información disponible para la primera infancia vulnerable en la ciudad, se tiene que entre 2013 y 2016 en todas las comunas el porcentaje de niños y niñas menores de seis años que tenían registro civil de nacimiento estaba por encima del 99 %. En 2013, el 99,5 % de la primera infancia vulnerable de la ciudad tenía registro civil de nacimiento, por lo que 579 niños y niñas menores de seis años no contaban con este. En el 2014, el 99,6 % de la primera infancia vulnerable tenía registro civil, lo que implicó una reducción en el número de niños y niñas que no lo tenían (419). En 2015 y 2016 los porcentajes ascendieron al 99,8 % y al 99,7 %, representando 241 y 264 niños y niñas menores de seis años en condiciones de vulnerabilidad sin registro civil, respectivamente (Tabla 18).

De acuerdo con lo anterior, puede decirse que asumiendo que los niños y niñas en condiciones de vulnerabilidad pueden ser los más expuestos a la violación del derecho básico a la identidad, medido a través del registro civil de nacimiento, las cifras del periodo 2013-2016 muestran que la primera infancia en la ciudad que no goza de este derecho representa una minoría.

<sup>53</sup> Lo resaltado en negrilla no está en la cita original.



**TABLA 18** Medellín: porcentaje de niños y niñas menores de seis años vulnerables con registro civil de nacimiento. 2013-2016

	2013	2014	2015	2016
1 Popular	99,4%	99,6%	99,8%	99,8%
2 Santa Cruz	99,5%	99,7%	99,8%	99,8%
3 Manrique	99,5%	99,7%	99,8%	99,9%
4 Aranjuez	99,5%	99,6%	99,7%	99,7%
5 Castilla	99,6%	99,5%	99,7%	99,6%
6 Doce de Octubre	99,7%	99,8%	99,8%	99,7%
7 Robledo	99,4%	99,5%	99,7%	99,7%
8 Villa Hermosa	99,5%	99,5%	99,7%	99,7%
9 Buenos Aires	99,5%	99,7%	99,8%	99,8%
10 La Candelaria	98,9%	99,2%	99,5%	98,9%
11 Laureles-Estadio	98,6%	99,6%	99,6%	99,6%
12 La América	99,6%	99,6%	99,6%	99,7%
13 San Javier	99,6%	99,6%	99,8%	99,7%
14 El Poblado	99,2%	99,1%	99,5%	99,5%
15 Guayabal	99,2%	99,3%	99,6%	99,5%
16 Belén	99,4%	99,6%	99,8%	99,7%
50 Palmitas	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
60 San Cristóbal	99,7%	99,7%	99,8%	99,8%
70 Altavista	99,6%	99,7%	99,7%	99,8%
80 San Antonio de Prado	99,6%	99,8%	99,9%	99,9%
90 Santa Elena	100,0%	100,0%	100,0%	99,8%
<b>MEDELLÍN</b>	<b>99,5%</b>	<b>99,6%</b>	<b>99,8%</b>	<b>99,7%</b>

Fuente: Subdirección de Información, DAPM, con base en SISBEN certificada 2013-2016

# Ambientes seguros y **PROTEGIDOS**



Los estudios sobre el funcionamiento y desarrollo del cerebro en los primeros años de vida muestran que el abandono, el abuso físico o sexual y la violencia familiar cambian la estructura del mismo y producen secuelas en la edad adulta, como depresión, ansiedad, estrés postraumático, agresión, impulsividad, delincuencia, hiperactividad o abuso de sustancias (Mustard, p. 47).

La política pública nacional de atención integral a la primera infancia De Cero a Siempre establece dentro de las realizaciones que los niños y las niñas crezcan en entornos que promuevan y garanticen sus derechos y actúen ante la exposición a situaciones de riesgo o vulneración.

## PAUTAS DE CUIDADO Y CRIANZA

101

De acuerdo con el DNP (2007, p. 25) en su documento Conpes sobre política pública de primera infancia...

*... la familia es el contexto natural para el desarrollo integral de los niños y las niñas de 0 a 6 años, que está orientado por los parámetros del amor, la ternura y el reconocimiento de la dignidad y los derechos de todos sus miembros. Es el espacio de formación de la vivencia de la democracia, del desarrollo de los niños, las niñas y los adolescentes como seres dignos, libres, responsables, iguales y autónomos, conscientes de la perspectiva de género y sujetos titulares de sus derechos. Durante esta etapa, la familia es el principal entorno en el desarrollo del individuo.*

Y añade el DNP (2007, p. 26) que el acceso al cuidado y atención de la primera infancia debe respetar las pautas y prácticas de crianza de cada población, pero ninguna de ellas puede vulnerar los derechos de los niños y niñas ni generarles ningún tipo de riesgo.

De acuerdo con el grupo de Puericultura de la Universidad de Antioquia<sup>54</sup>, que aboga por una crianza humanizada, aprender a vivir juntos en la familia tiene su mayor obstáculo en el adultocentrismo, que es una crianza en la cual el adulto no reconoce a cabalidad los derechos de los niños y las niñas. En ese sentido, el grupo propone que los adultos sigan las siguientes pautas: 1) los

<sup>54</sup> Universidad de Antioquia. Grupo de Puericultura (2017). Boletín del grupo de Puericultura. Año 21, n.º 164.

niños<sup>55</sup> son los gestores de su propio desarrollo; 2) los niños son titulares activos de derechos, los cuales deben ser garantizados por sus cuidadores adultos; 3) hay que tener funciones claras en el acompañamiento de los adultos y 4) el acompañamiento se debe hacer con buen trato.

Es escasa la información en torno a las pautas de crianza y cuidado de la primera infancia en el país; además, no existen indicadores que tengan un seguimiento sistemático con el cual se pueda evidenciar qué tanto se cumplen los preceptos de la política pública en relación con los derechos de los niños y niñas.

Para este informe se incluyó en la Encuesta de Percepción Ciudadana que realiza Medellín Cómo Vamos desde 2006 una pregunta relacionada con pautas de crianza en hogares con niños y niñas menores de 13 años, esto es, hogares con niños en la primera infancia y en la infancia.

En total, para una muestra de 1503 hogares<sup>56</sup>, en 545 se reportaron niños y niñas menores de 13 años, es decir, un 36,3 % del total de la muestra.

<sup>55</sup> Estas pautas se dan no solo para la primera infancia, también para la infancia y la adolescencia.

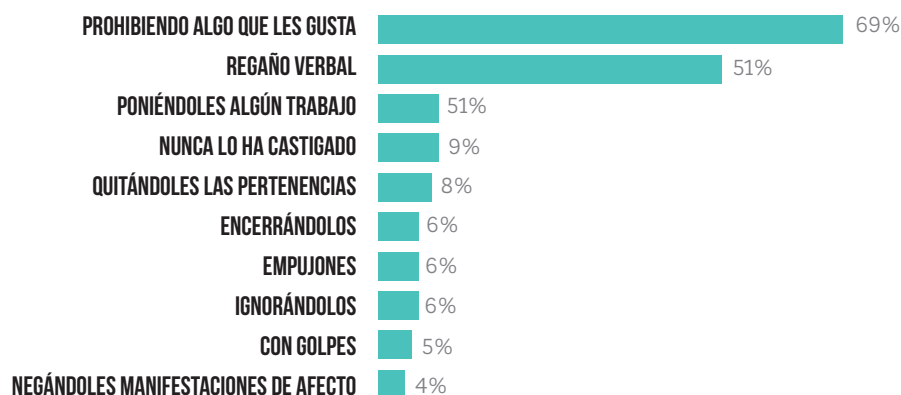
<sup>56</sup> En el anexo 1 de este informe está la ficha técnica completa de la Encuesta de Percepción Ciudadana, Medellín 2017.

La pregunta formulada a los hogares fue esta: en el hogar se utilizan algunas formas específicas para castigar al niño(a) cuando hace algo que se considera indebido, ¿cuáles de las siguientes formas ha utilizado usted o algún otro miembro del hogar para castigar el niño(a) de \_\_\_\_\_ años/meses? Había 14 opciones de respuesta y era posible dar otras no incluidas en la lista: empujones; regaño verbal; prohibiendo algo que les gusta; restringiéndoles la alimentación; con golpes; encerrándolos; ignorándolos; poniéndoles algún trabajo; dejándolos fuera de la casa; echándoles agua; quitándoles las pertenencias; quitándoles el apoyo económico; negándoles manifestaciones de afecto; nunca lo ha castigado.

Como se puede observar en el Gráfico 53, en la mayoría de los hogares se reportó que los castigos más usados fueron prohibir algo que les gusta (69 %) y el regaño verbal (51 %). Llama la atención que un 9 % afirmó nunca haber castigado a los niños, lo que podría estar asociado con un estilo de crianza denominado como permisivo<sup>57</sup>.

<sup>57</sup> En ese estilo de crianza se le consultan las decisiones al niño, no se exigen responsabilidades ni orden, se le permite autorganizarse, y no existen normas que estructuren su vida cotidiana; se utiliza el razonamiento, se rechaza el poder y el control sobre el niño (Ramírez, 2005).

### GRÁFICO 53 Medellín: formas de castigo a los menores de 13 años, 2017.



Fuente: elaboración propia, Encuesta de Percepción Ciudadana, Medellín Cómo Vamos.



Por su parte, el 6 % afirmó que el castigo era ignorar a los niños y el 4 % afirmó que les negaban manifestaciones de afecto. Estas respuestas de los padres o cuidadores pueden estar asociadas a un estilo de crianza indiferente o de rechazo-abandono, que se caracteriza porque los adultos parecen actuar bajo el principio de no tener problemas o de minimizar los que se presentan, con escasa implicación y esfuerzo; además, tienen unos niveles muy bajos en las dimensiones de afecto, comunicación, control y exigencias de madurez (García, 2015).

Ahora bien, un 6 % manifestó que castiga a los niños con golpes y el mismo porcentaje dijo que lo hace con empujones. Esto equivale a que un 12 % usa la violencia física como pauta de crianza, lo que irrespeta los derechos de los niños. Otras conductas expresadas para castigar que aunque no implican violencia física sí pueden considerarse como vulneradoras de los derechos de los niños son encerrarlos (6 %) y quitarles las pertenencias (8 %).

**TABLA 19** Medellín: porcentaje de formas de castigo a los menores de 13 años por niveles socioeconómicos (NSE) y por número de niños en el hogar, 2017

	NSE bajo	NSE medio	NSE alto	1 niño	2 niños	3 niños
Prohibiendo algo que les gusta	66	74	65	61	77	74
Regaño verbal	56	44	34	43	56	62
Poniéndoles algún trabajo	11	7	9	7	11	13
Nunca lo ha castigado	7	11	23	14	5	4
Quitándoles las pertenencias	6	10	7	7	8	9
Encerrándolos	8	4		4	8	9
Empujones	9	2		4	8	7
Ignorándolos	7	5		6	6	6
Con golpes	6	3		4	5	8
Negándoles manifestaciones de afecto	6	2	1	3	7	3

**Fuente:** Encuesta de Percepción Ciudadana 2017, Medellín Cómo Vamos. El nivel socioeconómico (NSE) bajo corresponde a los estratos 1 y 2, el NSE medio corresponde a los estratos 3 y 4 y el NSE alto corresponde a los estratos 5 y 6.

Cuando se obtienen los resultados desagregados por nivel socioeconómico del hogar y por número de niños por hogar se encuentran diferencias en algunos ítems de respuesta. Así, entre quienes afirmaron que nunca han castigado a los menores, el NSE alto tiene una mayor proporción, con un 23 %, frente al 11 % en el medio y al 7 % en el bajo. Se observa también que en el NSE alto, de forma positiva, no se reportaron castigos vinculados con agresión física (empujones, golpes) y tampoco conductas como ignorarlos o encerrar-

los. Por su parte, los regaños verbales son más usados por el NSE bajo, mientras prohibir algo que les gusta es más usado por el NSE medio. En el resto de castigos no se observan diferencias muy apreciables por NSE (Tabla 19).

Parece haber una relación entre un mayor uso de castigos y el aumento del número de niños en el hogar; mientras que es más alta la proporción de quienes afirmaron que nunca han castigado a los niños cuando en el hogar solo hay un menor de 13 años (Tabla 19).

# AMENAZA Y VULNERACIÓN DE DERECHOS

Según la Ley de Infancia y Adolescencia<sup>58</sup>:

*Con el fin de restablecer los derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes, la Autoridad Administrativa competente puede adoptar cualquier medida que considere idónea para eliminar la amenaza o hacer cesar la vulneración de las garantías constitucionales de los menores de edad... Algunas de las medidas de restablecimiento de derechos son la amonestación con asistencia obligatoria a curso pedagógico, el retiro inmediato del niño, niña o adolescente de la actividad que amenace o vulnere sus derechos o de las actividades ilícitas en que se pueda encontrar y ubicación en un programa de atención especializada para el restablecimiento del derecho vulnerado, la ubicación inmediata en medio familiar, la ubicación en centros de emergencia para los casos en que no procede la ubicación en los hogares de paso, la adopción, etc.<sup>59</sup>*

y en 2016 se alcanzó la cifra más alta: 475. En comparación con Bogotá, esta ciudad presentó un mayor número de casos en el periodo en mención, con un total de 5869, mientras en Cali se presentaron 3280 casos. En las tres ciudades se observa un crecimiento sostenido en el periodo 2014-2016 en el número de casos de restablecimiento de derechos.

Ahora bien, tomando en cuenta la población en primera infancia en las tres ciudades se tiene que la tasa de restablecimiento de derechos por cada 100.000 menores de seis años muestra a Medellín como la ciudad con menor cifra frente a Bogotá y Cali; esta última muestra la mayor cifra. Como era de esperarse, dado el aumento sostenido del número de casos en las tres ciudades, asimismo, las tasas presentaron una tendencia creciente. En 2016, Medellín presentó la menor tasa con 270 casos por 100.000 menores en primera infancia, Bogotá la siguió con 403 casos, mientras Cali presentó la tasa más alta: 664 (Tabla 20).

De acuerdo con un reporte del ICBF, entidad encargada de reestablecer los derechos de los niños y niñas en el país, en el periodo 2014-2016 en Medellín se registraron 1094 casos de menores de seis años a quienes se les inició proceso de restablecimiento de derechos; de estos casos, 260 se registraron en 2014, 359 en 2015

<sup>58</sup> Ley 1098 de 2006.

<sup>59</sup> Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (2017). Recuperado de <http://www.icbf.gov.co/portal/page/portal/PortalICBF/bienestar/proteccion/restablecimiento>.





**TABLA 20** Medellín, Bogotá y Cali: casos de niños y niñas menores de seis años en Proceso Administrativo de Restablecimiento de Derechos, 2014-2016

Ciudad	2014		2015		2016	
	Número de casos	Tasa por 100.000 menores de seis años	Número de casos	Tasa por 100.000 menores de seis años	Número de casos	Tasa por 100.000 menores de seis años
Medellín	260	148,0	359	204,1	475	270,0
Bogotá	1067	147,9	1872	258,9	2930	403,6
Cali	566	266,9	1307	617,0	1407	664,6

Fuente: elaboración propia con base en Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, 2017.

## VIOLENCIA EJERCIDA CONTRA LA PRIMERA INFANCIA

En cuanto a la violencia ejercida contra los niños menores de seis años en Medellín, se pudo allegar información para cinco indicadores. El primero de ellos es el de violencia homicida; se encuentra que, aunque los homicidios sobre esta población tienen una participación mínima en el total (menos del 1 %), el ideal es que ningún infante sea víctima de este delito, pues la preser-

vación de la vida, y en especial de la de los menores, debe ser un imperativo como sociedad. No obstante, en todo el periodo 2011-2016 se presentaron casos de homicidios a menores de seis años en la ciudad con un promedio cercano a tres por año, siendo 2016 el más crítico con cinco casos registrados (Tabla 21).

**TABLA 21** Medellín: número de casos de algunos delitos que atentan contra la seguridad e integridad de los menores de seis años

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Homicidios	3	2	2	3	1	5
Delitos sexuales	231	206	232	238	288	220
Maltrato	789	686	622	551	531	587

Fuente: para homicidios INML, SUJIN, CTI, SISC - Secretaría de Seguridad de Medellín como observador técnico, para delitos sexuales CAIVAS, y para maltrato Theta



El segundo indicador reportado por la Alcaldía de Medellín es el de denuncias<sup>60</sup> por delitos sexuales. Entre 2011 y 2016 el promedio anual de casos reportados fue de 236.

El tercer indicador es el de denuncia por maltrato a menores de seis años. Este es el delito con mayor número de casos reportados ante las autoridades. En promedio, anualmente se denunciaron 627. Es posible apreciar que a partir de 2014 ha bajado el número de denuncias por maltrato a menores, lo que, en principio<sup>61</sup>, parece un avance para la ciudad en cuanto al buen trato a la primera infancia (Tabla 21).

El cuarto indicador es el de mortalidad por causas externas, esto es, asociadas a homicidios, accidentes de tránsito, traumatismos accidentales, eventos de intención no determinada, entre otros. Como se puede observar en la Tabla 19, para el periodo 2013-2016 el número total de casos en la ciudad no mostró una tendencia clara. Mientras entre 2013 y 2015 los casos se redujeron, en 2016 se presentó el mayor número.

Mientras en 2013 se presentaron 10 muertes por causas externas, dos de ellas por homicidio, en 2014 se redujeron a ocho, tres de ellas por homicidio; en 2015 las muertes bajaron a siete casos, uno de ellos a causa del conflicto armado (Tabla 20); en 2016 los casos se incrementaron en cuatro, para un total de 10 muertes por causas externas, cinco de ellas por homicidio (Tablas 21 y 22).

Lo anterior derivó en una tasa de mortalidad por causas externas por 100.000 menores de seis años que alcanzó un máximo de 6,3 en 2016 (11 casos) y un mínimo de 4 en 2015 (7 casos).

Ahora bien, por comunas y corregimientos, dado el bajo número total de casos, con solo presentarse uno la tasa de mortalidad por causa externa excede el valor promedio de la ciudad, como se puede observar en la Tabla 22 para el periodo 2013-2016 (resaltado en rosado en la tabla).

En el periodo 2013-2016 la peor situación la vivió la comuna Villa Hermosa, la cual reportó anualmente casos de muerte por causas externas; la siguió Popular con muertes en tres de los cuatro años; con reporte de muertes por causas externas en dos de los cuatro años estuvieron Manrique, Castilla, Doce de Octubre, Robledo, Buenos Aires, La Candelaria, El Poblado y los corregimientos de San Antonio y San Cristóbal.

<sup>60</sup> Debe tenerse en cuenta que usualmente los delitos quedan subregistrados; con lo cual, este panorama expuesto con el número de denuncias no es fiel a la realidad, por cuanto muchos de los delitos que se cometen no son conocidos por las autoridades mediante el registro de la denuncia.

<sup>61</sup> Teniendo en cuenta, de nuevo, que hay subregistro, y que la denuncia permite observar solo una parte del problema.



**TABLA 22** Medellín: mortalidad por causa externa en menores de 6 años, según comuna de ocurrencia del hecho. Medellín 2013-2016p

	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa
	2013		2014		2015		2016p	
Popular	2	13,9	1	7,0	1	7,0	0	0,0
Santa Cruz	0	0,0	0	0,0	1	9,3	0	0,0
Manrique	2	14,3	1	7,2	0	0,0	0	0,0
Aranjuez	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Castilla	1	10,2	0	0,0	1	10,4	0	0,0
Doce de Octubre	1	6,3	0	0,0	0	0,0	1	6,5
Robledo	0	0,0	2	15,0	1	7,5	0	0,0
Villa Hermosa	1	8,2	1	8,2	1	8,2	3	24,7
Buenos Aires	0	0,0	1	11,6	0	0,0	1	11,7
La Candelaria	0	0,0	1	25,0	0	0,0	1	26,0
Laureles-Estadio	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
La América	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
San Javier	1	8,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0
El Poblado	1	20,9	0	0,0	1	21,4	0	0,0
Guayabal	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	19,5
Belén	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Palmitas	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
San Cristóbal	0	0,0	1	14,7	0	0,0	1	13,0
Altavista	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
San Antonio	1	11,7	0	0,0	0	0,0	2	20,4
Santa Elena	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sin información	0	-	0	-	1	-	1	-
<b>MEDELLÍN</b>	<b>10</b>	<b>5,7</b>	<b>8</b>	<b>4,6</b>	<b>7</b>	<b>4,0</b>	<b>11</b>	<b>6,3</b>

**Fuente:** Subdirección de Información con base en DANE, Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Procesado por la Unidad de Gestión de la Información y el Conocimiento, Secretaría de Salud de Medellín. P: Cifras preliminares, corte a 31 de diciembre de 2016 - publicadas 30 de marzo de 2017.

El quinto indicador es el de tasa de victimización en la primera infancia por causa del conflicto armado en el país.

En un contexto como el colombiano, en el que los conflictos armados son de tan larga data, es preciso conocer el impacto de esta realidad en la primera infancia. La situación, reconocida por las instancias gubernamentales daban cuenta en 2011 de casi 400.000 niños y niñas menores

de seis años víctimas de desplazamiento forzado, que para entonces representaban casi el 8% de la población en estas edades (Fundación Corona et al., 2015, p. 67).

Esta tasa incluye victimización por delitos como actos terroristas, atentados, combates u hostigamientos, amenazas, delitos contra la libertad y la integridad sexual, desaparición forzada, desplazamiento, homicidio, secuestro y tortura.

**TABLA 23** Medellín, Bogotá y Cali: número de casos y tasa de victimización en la primera infancia por conflicto armado, 2014-2016

	2014	2015	2016	2014	2015	2016	2014	2015	2016
	Medellín			Bogotá			Cali		
Acto terrorista/atentados/ combates/hostigamientos	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Amenaza	139	77	54	18	13	10	40	22	54
Delitos contra la libertad y la integridad sexual	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Desaparición forzada	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Desplazamiento	730	408	222	63	55	28	244	156	139
Homicidio	0	1	0	3	0	0	3	0	1
Pérdidas de bienes muebles o inmuebles	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Secuestro	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tortura	0	0	0	2	0	0	0	0	0
Total casos	870	486	276	86	69	38	287	178	194
Tasa de victimización por 100.000 niños menores de seis años	495,3	276,4	156,9	11,9	9,5	5,2	135,3	84,0	91,6

Fuente: UARIV con corte a 1 de julio de 2017. Los hechos corresponden al lugar de ocurrencia. Cálculos propios para tasa de victimización con base en proyecciones poblacionales del DANE y número de casos de la UARIV.

Entre 2014 y 2016, el número de casos registrados de victimización por el conflicto armado en Medellín se redujo año a año. Mientras en 2014 hubo 870 casos de victimización en niños y niñas menores de seis años, esto es, un poco más de dos casos diarios, en 2015 bajaron casi a la mitad y en total fueron 486 (Tabla 23). En 2016 se redujeron aún más, para un total de 276 casos.

Conforme se redujeron los números de casos de victimización y la población menor de seis años se mantuvo relativamente estable entre 2014 y 2016, la tasa de victimización por 100.000 menores de seis años también mostró una reducción muy apreciable; así, para 2014 se ubicó en 495, en 2015 bajó a 276 y en 2016 cerró en 157 (Tabla 23).

Aunque esta reducción es muy positiva, en términos de los derechos de los niños y niñas a

vivir en entornos seguros y protegidos, la comparación con Bogotá y Cali muestra a Medellín con el mayor nivel de victimización por conflicto armado para todo el periodo, seguida por Cali, que en 2016 se ubicó en 91,6 casos por 100.000 menores de seis años, mientras Bogotá presentó la menor tasa del periodo llegando en 2016 a 5,2. En las tres ciudades se observa una reducción, aunque esta fue más significativa para Medellín, tanto en términos absolutos como relativos (Tabla 23).

De acuerdo con el informe sobre el estado de la primera infancia para el año 2013<sup>62</sup>, donde se incluía, además de Bogotá y Cali, a Bucaramanga, Barranquilla, Cartagena y Manizales, Medellín también presentó el más alto nivel de victi-

<sup>62</sup> Fundación Corona, et al. (2015). Informe primera infancia cómo vamos. Identificando desigualdades para promover la equidad en la infancia colombiana.

mización por conflicto armado y se ubicó en un nivel similar al del país en su conjunto.

En las tres ciudades el delito derivado del conflicto armado del cual fueron en mayor medida víctimas los menores de seis años fue del desplazamiento forzado; entre siete y ocho casos de

victimización por cada 10 fueron fruto del desplazamiento forzado en el periodo 2014-2016. Le siguió la amenaza y, con una mínima participación, el homicidio (un caso en Medellín, tres en Bogotá y cuatro en Cali) y la tortura (se presentaron dos casos en Bogotá en 2014) (Tabla 23).

## VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES

Como se decía con anterioridad, la familia es el eje fundamental en el desarrollo integral de la primera infancia. El estado de cada uno de los miembros de la familia es importante en ese desarrollo. Las mujeres, sean ellas madres o cuidadoras, son las principales víctimas de violencia<sup>63</sup>.

La violencia ejercida contra las mujeres en los hogares no solo vulnera sus derechos, sino que termina afectando a los niños y niñas en su desarrollo, vía cambios en las pautas de crianza por situaciones como el estrés y la depresión (Cuervo, 2009).

Pese a que existen registros administrativos frente a la violencia intrafamiliar en contra de las mujeres, usualmente estos están basados en denuncia, con lo cual los datos subestiman la situación real.

En ese sentido, en la Encuesta de Percepción Ciudadana de Medellín Cómo Vamos para el año 2017 se incluyó una pregunta en torno a la violencia ejercida contra las mujeres en los hogares. La cuestión específica fue esta: “En algunos hogares las mujeres pueden sufrir de violencia intrafamiliar, queremos que nos cuente si usted o alguna mujer en su hogar ha estado expuesta a alguno de los siguientes eventos”. Los ítems de

respuesta fueron 14 y se abrió la posibilidad de que las mujeres encuestadas añadieran eventos que no se encontraban enunciados.

De un total de 1503 encuestados, 811 fueron mujeres, es decir, el 54 %. De ese total de mujeres encuestadas, un 2 0% respondió afirmativamente. En promedio, una mujer agredida dijo haber sido víctima de cuatro tipos de agresiones.

**TABLA 24 Medellín: violencia intrafamiliar contra la mujer, 2017**

Gritos	26%
Uso de palabras groseras	22%
Empujones	17%
Golpes con la mano	13%
Amenaza quitar apoyo económico	13%
Amenaza abandono	10%
Patadas	8%
Golpes con algún objeto	7%
Amenaza daño con arma	7%
Amenaza atentar vida	6%
Arrastrar por el piso	5%
Amenaza quitarle hijos	5%
Ataque con algún tipo de arma	4%
Intento de estrangulamiento	4%
Abuso sexual	3%

Fuente: Encuesta de Percepción Ciudadana Medellín, 2017. Medellín Cómo Vamos.

<sup>63</sup> De acuerdo con el INML, en la violencia de pareja, en el 86,7 % de los casos, las víctimas son mujeres (Acosta, 2015).

De acuerdo con Acosta (2015, p. 294), las manifestaciones de violencia contra la mujer pueden ser variadas.

*La violencia física, representada en cualquier acto que provoque o pueda provocar daño en el cuerpo de las mujeres; la psicológica, produciendo desvalorizaciones y humillaciones a través de amenazas, insultos, coacciones, control, ridiculización y menosprecio. Violencia económica, donde se da un control de los recursos económicos y las decisiones sobre éstos; violencia hacia los derechos sexuales y reproductivos, donde las mujeres se ven forzadas a tener relaciones sexuales no consentidas...*

Como se puede observar en la Tabla 24, casi tres de cada 10 mujeres agredidas dijeron que habían sido gritadas y dos de cada 10 dijeron haber sido insultadas (uso de palabras groseras). Casi dos de cada 10 fueron víctimas de empujones, mientras que un 13 % recibió golpes con la mano, otro 13 % amenazas de quitar apoyo económico y una de cada 10 recibió amenaza de abandono.

Con porcentajes inferiores al 10 % se reportaron patadas (8 %), golpes con algún objeto (7 %), amenaza con arma (7 %), amenaza de atacar contra la vida (6 %), amenaza de arrastrar por el piso (5 %), amenaza de quitar hijos (5 %), ataque con algún tipo de arma (4 %), intento de estrangulamiento (4 %) y abuso sexual (3 %).

En resumen, el 20 % de las mujeres fueron víctimas de violencia intrafamiliar en el último año: se reportó violencia física, psicológica, económica y, en menor medida, violencia sexual.

**TABLA 25** Medellín: porcentaje de violencia intrafamiliar contra la mujer por niveles socioeconómicos (NSE), 2017.

	NSE bajo	NSE medio	NSE alto
Gritos	29	24	24
Uso de palabras groseras	25	20	16
Empujones	23	13	5
Golpes con la mano	17	12	2
Amenaza de quitar apoyo económico	16	11	6
Amenaza de abandono	14	8	2

La violencia contra las mujeres no es exclusiva de ciertas clases sociales: es transversal a distintos contextos (Acosta, 2015, p. 294). Esto se corroboró, según la encuesta, en las seis agresiones más importantes reportadas por las mujeres que sufrieron violencia. Para el caso de los gritos se obtuvo que no hubo diferencias apreciables por niveles socioeconómicos. Para el resto de agresiones, a saber: uso de palabras

groseras, empujones, golpes con la mano, amenaza de quitar apoyo económico y amenaza de abandono, aunque se presentaron en todos los NSE, se evidenció una correlación negativa entre proporción de agredidas y NSE. Así, estos cinco tipos de agresiones se presentaron con mayor frecuencia en el NSE bajo, se redujeron para las mujeres en el NSE medio y fueron aún menores para las mujeres en el NSE alto (Tabla 25).



# Condiciones materiales de **HABITABILIDAD**



La política pública nacional de atención integral a la primera infancia De Cero a Siempre establece dentro de las realizaciones de los niños y niñas menores de seis años crecer en entornos que favorezcan su desarrollo. Esos entornos son definidos como...

... espacios físicos, sociales y culturales diversos en los que los niños y las niñas se desenvuelven, con los cuales interactúan, en los que se materializan las acciones de política pública. Estos son determinantes para su desarrollo integral. Como entornos están el hogar, el entorno de salud, el educativo, el espacio público y otros propios de cada contexto cultural y étnico<sup>64</sup>.

Otras iniciativas en el mundo dan cuenta de esta importante relación entre condiciones de los entornos y desarrollo infantil.

*Desde Unicef se insiste en el “derecho a entornos saludables para la infancia y la adolescencia” en la medida que una*

*inadecuada infraestructura física de la vivienda (materiales de pisos y paredes de mala calidad y/o sin acceso a agua potable y saneamiento básico o situadas en terrenos con riesgos ambientales) se puede reflejar en “una mayor probabilidad de mortalidad y desnutrición infantiles debido a una más alta incidencia de infecciones y diarreas, hasta el consiguiente deterioro en las capacidades cognitivas... Igualmente, la iniciativa Vivienda Saludable de la Organización Mundial de la Salud presenta claramente la relación entre vivienda y salud, a través de los vínculos de la vivienda con los riesgos ambientales, por ejemplo: enfermedades transmisibles, enfermedades crónicas, accidentes, tensiones psicológicas y sociales, entre otros” (Fundación Corona et al., 2015, p. 46).*

Asimismo, de acuerdo con un estudio de la Universidad de Antioquia<sup>65</sup>, con base en la Encuesta de Calidad de Vida de Medellín, la violen-

<sup>64</sup> Ley 1804 de 2016, p. 2.

<sup>65</sup> Barrientos et al. (2013).



cia intrafamiliar está asociada con variables de habitabilidad como el hacinamiento<sup>66</sup>.

En ese orden de ideas, las condiciones de las viviendas donde los niños y las niñas habitan forman parte fundamental de su bienestar. En este informe se incluyen tres indicadores sobre las condiciones de habitabilidad de los menores de seis años en situación de vulnerabilidad en la ciudad: 1) la conexión a servicios públicos domiciliarios de la vivienda, a saber, acceso a energía, acueducto, alcantarillado y recolección de basuras; paredes y pisos adecuados y 3) condiciones de hacinamiento no mitigable (cinco o más de cinco personas por cuarto).

Para el periodo 2013-2016 se evidencian unas características de habitabilidad para la primera infancia en Medellín en condiciones de vulnerabilidad con pocos cambios en relación con la conexión a los servicios públicos domiciliarios, lo que refleja a su vez condiciones estructurales difíciles de cambiar en cortos periodos de tiempo. En dicho periodo, un 8 % de los niños y las niñas menores de seis años y en condición de vulnerabilidad no tenía acceso a todos los servicios públicos básicos en sus hogares.

Los corregimientos presentaron la peor situación, pues en todo el periodo tuvieron porcentajes de no acceso por encima del promedio de la ciudad; la situación más crítica se presentó en Palmitas y Santa Elena, donde entre ocho y nueve

niños y niñas menores de seis años de cada 10 no contaban con acceso simultáneo a los cuatro servicios públicos en sus hogares (Tabla 26).

No obstante, es necesario precisar que en los entornos de mayor ruralidad el acceso a los servicios públicos no necesariamente debe darse bajo los esquemas típicos de los entornos urbanos. Así, de acuerdo con el DANE (2009), para estos últimos hay déficit cualitativo en cuanto a la disponibilidad de servicios públicos si la vivienda no dispone de uno o más de los siguientes: acceso a agua potable, sistema adecuado de eliminación de excretas, energía eléctrica y eliminación de forma adecuada de las basuras. En contraste, para la zona rural no se considera la recolección de basuras ni que el sanitario esté conectado al alcantarillado; incluso admite que el suministro de agua sea de pozo con bomba o sin bomba, pila pública, jagüey o aljibe (DANE, 2009, p. 16). En ese orden de ideas, en corregimientos como Palmitas y Santa Elena, con un gran componente de territorio rural, el resultado del indicador presentado en la Tabla 23 corresponde a si el hogar está en una vivienda con servicios públicos de energía, acueducto, alcantarillado y aseo (recolección); por tanto, el indicador da cuenta de unas condiciones que no necesariamente reflejan precariedad en la habitabilidad en relación con los servicios públicos, de acuerdo con los criterios establecidos por el DANE.

Es muy probable que el acceso a la recolección de basuras implique en muchos hogares de los corregimientos el desplazamiento a contenedores públicos. Sin embargo, el caso de mayor precariedad en los corregimientos, de acuerdo con los resultados de la Encuesta de Calidad de Vida, es el acceso al alcantarillado, que puede ser sustituido por conexión a pozo séptico sin demeritar las condiciones de habitabilidad.

<sup>66</sup> El hacinamiento constituye una carencia en las condiciones de habitabilidad, tanto de orden cuantitativo como cualitativo. De acuerdo con la definición del DANE (2009), el déficit por hacinamiento puede ser mitigable o no mitigable en áreas urbanas. El primero se da cuando los hogares habitan viviendas con más de tres y menos de cinco personas por cuarto. En dicho caso, se esperaría poder hacer ampliación de la vivienda para superar dicha condición. El hacinamiento es no mitigable en áreas urbanas cuando habitan en viviendas con cinco o más personas por cuarto, en cuyo caso se entiende que no hay posibilidad de mejorar dicha situación. Para las áreas rurales no existe esa división, y se considera que hay hacinamiento mitigable si se habitan viviendas donde haya más de tres personas por cuarto.

Así las cosas, el mayor desafío en cuanto a las desventajas de los corregimientos, especialmente Palmitas y Santa Elena, tiene que ver con una revisión más precisa del indicador, que dé cuenta de las diferencias en medición que deben darse entre los entornos rurales y urbanos. Por su parte, tres comunas presentaron porcentajes

más altos de no acceso simultáneo a los cuatros servicios públicos básicos: Santa Cruz, Manrique y Villa Hermosa. Esta última presentó la peor situación en todo el periodo con entre un 13 % y un 14 % de los niños y las niñas menores de seis años en situación de vulnerabilidad sin acceso a los servicios públicos en forma simultánea.

**TABLA 26** Medellín: porcentaje de niños menores de seis años vulnerables con conexión a servicios públicos en los hogares donde viven , 2013-2016

Comuna y corregimiento	2013	2014	2015	2016
Popular	93,3	93,4	93,3	92,8
Santa Cruz	90,4	90,6	90,5	90,5
Manrique	88,0	87,9	87,8	88,2
Aranjuez	94,6	95,0	95,2	94,8
Castilla	94,6	94,8	94,7	94,3
Doce de Octubre	98,8	98,7	98,7	98,8
Robledo	93,1	92,9	92,9	92,9
Villa Hermosa	86,1	86,9	87,0	86,8
Buenos Aires	97,9	98,1	98,0	98,1
La Candelaria	99,7	99,8	99,8	99,8
Laureles-Estadio	100,0	100,0	100,0	100,0
La América	97,9	98,5	99,1	99,6
San Javier	95,6	95,5	95,3	95,2
El Poblado	99,2	99,1	98,0	97,9
Guayabal	99,9	99,9	99,9	100,0
Belén	98,2	98,2	98,4	98,3
Palmitas	10,0	10,1	10,4	10,1
San Cristóbal	83,7	84,2	83,8	83,4
Altavista	74,8	76,1	76,9	77,9
San Antonio Prado	91,3	91,3	91,2	90,8
Santa Elena	19,5	19,2	17,3	16,6
<b>MEDELLÍN</b>	<b>92,0</b>	<b>92,2</b>	<b>92,2</b>	<b>92,0</b>

Fuente: Subdirección de Información, DAPM con base en SISBEN certificada 2013-2016

En el caso de las condiciones de pisos y paredes en la vivienda que habitan los menores de seis años en la ciudad, se tiene que casi tres de cada 100 habitaban viviendas con condiciones inadecuadas de paredes y pisos para el periodo 2013-2016, sin mayores cambios durante esos cuatro años (Tabla 27).

También se evidencian condiciones distintas dependiendo de la comuna o el corregimiento. El mayor porcentaje de menores de seis años vulnerables que habitan viviendas con condiciones inadecuadas en pisos y paredes se presentó en

San Elena, donde un mínimo de 11,4 % en 2013 y un máximo de 13,3 % en 2016 padecían dicha situación (Tabla 27).

Las otras comunas y corregimientos que durante todo el periodo 2013-2016 estuvieron por encima del promedio de la ciudad en el porcentaje de niños y niñas menores de seis años vulnerables con condiciones de habitabilidad precarias en cuanto a pisos y paredes fueron Popular, Manrique, Robledo, Villa Hermosa, Palmitas y San Cristóbal (Tabla 27).

**TABLA 27** Medellín: porcentaje de niños menores de seis años vulnerables que viven en hogares con pisos y paredes adecuadas, 2013-2016

Comuna y corregimiento	2013	2014	2015	2016
Popular	95,7	95,8	95,9	96,1
Santa Cruz	97,4	97,4	97,8	97,8
Manrique	94,1	94,1	94,1	94,2
Aranjuez	97,7	97,8	98,0	97,6
Castilla	99,7	99,7	99,5	99,6
Doce de Octubre	99,4	99,4	99,4	99,4
Robledo	96,2	96,3	96,4	96,5
Villa Hermosa	94,4	94,5	94,5	94,8
Buenos Aires	99,1	99,2	99,1	99,2
La Candelaria	98,5	98,7	98,6	98,5
Laureles-Estadio	100,0	99,6	99,6	98,9
La América	99,9	99,9	99,9	100,0
San Javier	97,7	97,7	97,6	97,6
El Poblado	99,6	99,5	99,5	100,0
Guayabal	99,8	99,8	100,0	100,0
Belén	99,4	99,5	99,4	99,4
Palmitas	95,0	95,1	97,0	94,3
San Cristóbal	97,5	97,5	97,3	96,9
Altavista	96,6	96,9	96,6	97,0
San Antonio de Prado	99,3	99,4	99,4	99,4
Santa Elena	89,6	87,9	87,2	86,7
<b>MEDELLÍN</b>	<b>97,1</b>	<b>97,2</b>	<b>97,2</b>	<b>97,2</b>

Fuente: Subdirección de Información, DAPM con base en SISBEN certificada 2013-2016

En el caso de los niños y niñas menores de seis años en situación de vulnerabilidad que habitan en condiciones de hacinamiento no mitigable, esto es, en hogares que habitan en viviendas con cinco o más personas por cuarto (excluye cocina, baños y garajes)<sup>67</sup>, se tiene que en el periodo 2013-2016 dicho indicador tuvo un ascenso: 8,5 % en 2013 a 9,1 % en 2016. Esto es, casi uno de cada 10 niños en situación de vulnerabilidad en la ciudad vivía hacinamiento no mitigable.

Como en la mayoría de indicadores analizados en este informe, se presentan diferencias en comunas y corregimientos. Cinco de las seis comunas que durante todo el periodo 2013-2016 presentaron un porcentaje de hacinamiento no

mitigable por encima del promedio de la ciudad, también presentaron las menores condiciones de vida, de acuerdo con el IMCV: Popular, Santa Cruz, Manrique, Villa Hermosa y San Javier. Llama la atención que la comuna de La Candelaria, que en el resto de indicadores analizados no presentaba desventajas relativas frente al promedio de la ciudad, en este indicador de hacinamiento no mitigable sí las presente al evidenciar durante todo el periodo un porcentaje de niños y niñas menores de seis años en situación de vulnerabilidad y hacinamiento no mitigable por encima del promedio de la ciudad. Esa diferencia tuvo un mínimo de 2,4 puntos porcentuales en 2013 y un máximo de 3,5 puntos porcentuales en 2015. En 2016 la diferencia entre La Candelaria y el promedio de la ciudad fue de 3,1 puntos porcentuales (Tabla 28).

<sup>67</sup> De acuerdo con DANE (2008). Ficha metodológica déficit de vivienda.



**TABLA 28 Medellín: porcentaje de menores de seis años vulnerables que viven en hogares donde duermen más de cinco personas por cuarto, 2013-2016**

Comuna y corregimiento	2013	2014	2015	2016
Popular	12,7	12,4	12,8	13,1
Santa Cruz	12,2	12,2	12,8	12,3
Manrique	9,9	10,0	10,7	10,6
Aranjuez	8,1	8,3	8,8	8,9
Castilla	3,6	4,2	5,2	5,3
Doce de Octubre	6,8	6,9	7,1	7,3
Robledo	6,4	6,4	6,7	6,5
Villa Hermosa	11,0	10,7	10,9	11,0
Buenos Aires	5,3	5,6	6,8	6,7
La Candelaria	10,8	11,3	12,6	12,2
Laureles-Estadio	3,2	2,7	2,9	3,6
La América	2,5	2,4	3,2	2,7
San Javier	8,9	9,1	9,7	10,1
El Poblado	2,8	1,9	3,5	5,7
Guayabal	3,7	4,2	4,8	5,5
Belén	5,1	5,5	6,1	5,9
Palmitas	7,8	8,2	7,4	7,5
San Cristóbal	6,9	6,5	7,5	8,0
Altavista	8,8	8,4	8,8	7,7
San Antonio de Prado	4,8	4,9	4,6	3,9
Santa Elena	6,9	6,0	7,0	8,1
<b>MEDELLÍN</b>	<b>8,5</b>	<b>8,5</b>	<b>9,0</b>	<b>9,1</b>

Fuente: Subdirección de Información, DAPM con base en SISBEN certificada 2013-2016

# CONCLUSIONES

La población menor de seis años en la ciudad se ha mantenido relativamente estable en 176.000 entre 2009 y 2016; en contraste, la población vulnerable menor de seis años ha venido descendiendo a partir de 2013. Así, mientras en 2009 la primera infancia vulnerable representaba el 70 % del total de la población, en 2013 había bajado al 66 %; a partir de allí, año a año, se redujo hasta alcanzar 59 % en 2016.

Siete comunas y un corregimiento presentaron en los últimos años consistentemente porcentajes más altos de vulnerabilidad frente al promedio de la ciudad. En el caso de las comunas, seis de ellas coinciden con aquellas de menores niveles de vida, medidos a través del Índice Multidimensional de Condiciones de Vida: Popular, Manrique, Santa Cruz, Villa Hermosa, Doce de Octubre y San Javier. Por su parte, mientras los cinco corregimientos de la ciudad presentan condiciones de vida por debajo del promedio, solo uno de ellos, San Cristóbal, presenta un porcentaje mayor de población menor de seis años vulnerable.

Aunque Medellín presenta la menor proporción de población en primera infancia frente a Bogotá y Cali (7,1 % frente a 9,1 % y 8,8 %, respectivamente, en 2016), la ciudad muestra un nivel de vulnerabilidad en su primera infancia mucho mayor y dobló la cifra de las otras dos ciudades en 2016. Así, mientras en Medellín el 58,6 % de la población menor de seis años esta-

ba registrada en el Sisbén, en Bogotá era el 25 % y en Cali el 25,6 %.

Esto refleja que la ciudad requiere mayores esfuerzos institucionales y financieros para brindar una atención integral a su primera infancia, principalmente la que enfrenta condiciones de vulnerabilidad y pobreza.

Precisamente, Medellín entendió de tiempo atrás el enorme reto que enfrentaba y decidió, de forma pionera en el país, idear un programa que, bajo un enfoque de atención integral, se focalizara en la población más vulnerable. El programa Buen Comienzo, que arrancó en 2004 con un alcance limitado, en 2008 se planteó un avance significativo en términos tanto cuantitativos como cualitativos. Así, entre 2009 y 2011 mostró un crecimiento importante: pasó de atender 31.981 niños menores de seis años a 91.543, y se mantuvo constante en 2012 con 91.394; a partir de 2013, justo en el año en que se evidencia la caída en el porcentaje de niños menores de seis años vulnerables sobre el total de menores de la ciudad, empieza a caer el número de niños atendidos en el programa: 71.228 en 2016.

Lo anterior terminó repercutiendo en la cobertura de Buen Comienzo dada su población objetivo. Así, alcanzó su pico en 2011 con 76,6 % de cobertura de la población vulnerable, mientras entre 2012 y 2015 osciló entre un mínimo de 73,2 % y un máximo de 74,5 %; en 2016, por su parte, terminó en 69,2 %.





Más allá del indicador de cobertura, en los últimos cuatro años se observa una reducción de los días efectivos de atención en las modalidades en las que se presta el servicio de atención integral a la población vulnerable que llama a la reflexión en torno a que los procesos contractuales no pueden repercutir de ninguna manera en la atención brindada y, más importante aún, en el bienestar de la primera infancia más vulnerable. Especialmente críticos son los aspectos relacionados con la nutrición de los niños y las niñas en situación de riesgo y, en general, la no prestación del servicio integral para la población que enfrenta mayores riesgos o amenazas frente al cumplimiento cabal de sus derechos.

La evidencia científica es clara en llamar la atención sobre el hecho de que la ausencia o no continuidad en la atención puede conducir a resultados irreversibles en el desarrollo de los niños y niñas, con impactos negativos no solo individuales, sino sociales.

El anterior mensaje se refuerza con los resultados del Índice Multidimensional de Pobreza para Medellín, que en el indicador de acceso a la primera infancia mostró entre 2012-2014 una reducción del porcentaje de hogares en privación por barreras de acceso; así, se pasó de un 10,5 % a un 8,9 % en 2013, y un punto porcentual menos en 2014. No obstante, en el año 2015 aumentó en un valor superior al 100 %, cuando el porcentaje de hogares con privación en barreras a la primera infancia aumentó al 16,9 %. En 2016 bajó un punto porcentual para ubicarse en un 15,8 %. Estos dos últimos años coinciden con los años de menor cobertura del programa Buen Comienzo, lo que merecería especial atención en materia de política pública.

Los corregimientos presentaron un mayor nivel de privación, especialmente evidente en 2016. En general, se observa que hay una alta correla-

ción con el IMCV; así, las comunas con mayor nivel de privación en el periodo 2012-2016 son las siete que presentan menores niveles de condiciones de vida, medidas a través del IMCV. Estas son Popular, Santa Cruz, Manrique, Doce de Octubre, Villa Hermosa, San Javier y Aranjuez.

Ahora bien, al detallar los tres componentes de la privación fruto de las barreras en el acceso a la primera infancia se tiene que son las condiciones nutricionales reportadas en los hogares las que están influenciando casi en su totalidad dicho indicador. Para el periodo 2013-2016 se presenta un deterioro en esas condiciones percibidas y aumentó el porcentaje de niños y niñas que enfrentarían carencias alimenticias. Así, mientras en 2013 el 8,5 % de los menores de seis años las enfrentaban, en 2016 fue el 15,8 %.


Aunque la pregunta formulada en la encuesta no se refiere a la intensidad de la carencia alimenticia y, de hecho, cuestiona si alguna vez estas se presentaron, las respuestas son dicentes en cuanto a que las restricciones de tipo económico están impidiendo un acceso pleno a una alimentación adecuada a 15 niños y niñas menores de seis años por cada 100 en ese rango de edad en la ciudad.

En cuanto al acceso a la educación inicial, se tiene que en el periodo 2008-2016 las coberturas tanto neta como bruta aumentaron de forma importante. No obstante, es posible identificar dos comportamientos del indicador en dicho periodo: un aumento progresivo entre 2008 y 2013, consecuente con el crecimiento de la cobertura del programa Buen Comienzo, y una reducción a partir de 2014, aunque no continua, que llevó a que las coberturas neta y bruta en el último año fueran inferiores a los máximos alcanzados en 2012 y 2013. Así, la cobertura neta llegó a 72 % en 2016 y la bruta alcanzó un 78 %.

Las coberturas neta y bruta en transición mostraron descensos sostenidos desde el año







2013, fruto de una reducción en el número de niños y niñas matriculados en este nivel. En 2016 la cobertura neta alcanzó un 75,9 % y la cobertura bruta alcanzó un 88,6 %.

En general, las coberturas en los distintos niveles educativos en la ciudad han experimentado reducciones en los últimos años; no obstante, la mayor reducción se ha dado en los niveles de educación inicial y transición. Una hipótesis para este comportamiento en las coberturas educativas, especialmente para lo que corresponde con la primera infancia, tiene que ver con la posibilidad de que las proyecciones poblacionales del DANE, basadas en el último censo, que data del año 2005, tengan un margen de error alto, lo que significa que posiblemente, dada la caída en las tasas de natalidad, los niños y las niñas en la ciudad sean realmente menos.

Será necesario esperar un nuevo censo para contrastar esta hipótesis y evidenciar con mayor certeza las brechas que no permiten alcanzar cobertura plena en los niveles de educación inicial y preescolar.

No obstante, es importante resaltar que, en relación con las ciudades de Bogotá y Cali, Medellín presenta ventajas en las coberturas, principalmente en la de educación inicial. En 2015, la cobertura bruta en educación inicial en Medellín superó 2,7 veces la de Bogotá y 6,5 veces la de Cali. En 2016, con solo información para Medellín y Cali, la diferencia siguió siendo alta. En el caso de la cobertura bruta en transición, Medellín también sobresalió, aunque las diferencias con Bogotá y Cali son mucho menores; en 2016 Medellín, con una tasa bruta de 88,6 %, superaba en 10 puntos porcentuales la cobertura de Bogotá y en 22 puntos porcentuales la de Cali.

En lo que respecta a la salud de la primera infancia, es de destacar la cobertura universal que presenta la ciudad en materia de controles

prenatales y atención institucional del parto, lo que ha permitido que en 2016 Medellín haya cumplido con las metas respectivas propuestas para 2021 en el Plan Decenal de Salud.

En cuanto a vacunación, cabe resaltar que las coberturas de los cuatro trazadores (anti-polio, BCG, SRP y DPT) son altas en el caso de las primeras dosis, que deben aplicarse, por lo general, hasta los 12 meses de edad. Sin embargo, de ahí en adelante, la cobertura de aquellas vacunas que contemplan refuerzos posteriores a los 12 meses es inferior a la de las primeras dosis. Lo anterior puede deberse a la mayor adherencia que tiene el programa de crecimiento y desarrollo entre los cero y dos años y el posterior descenso en la asistencia al mismo, de manera que las vacunas que deben aplicarse entre los tres y los cinco años obtienen menor cobertura, lo que incide en el cumplimiento del Programa Ampliado de Inmunización.

En términos de nutrición, se observa una tendencia descendente en los tres tipos : aguda, global y crónica. Sin embargo, la mayor prevalencia sigue estando en la crónica (estatura baja para la edad), que implica la carencia de nutrientes necesarios por un período de tiempo prolongado y, por ende, mayores riesgos para los niños que la sufren de contraer enfermedades, lo que afecta su desarrollo físico e intelectual. En ese contexto, es de resaltar que el Plan Municipal de Salud 2016-2019 solo contempla metas para la desnutrición aguda, mientras que no hay ninguna para desnutrición crónica ni para global. En cuanto a los niños en riesgo de sufrir desnutrición, también se evidencian tendencias de descenso en los tres tipos; no obstante, el más alto vuelve a ser el riesgo de sufrir desnutrición crónica, que, dicho sea de paso, fue el único tipo que presentó aumentos en la proporción de niños en riesgo para 2016. De manera positiva,



también se evidenció un descenso sostenido desde 2011 en la prevalencia de anemia para los niños entre uno y cuatro años.

En este contexto, mientras que la razón de mortalidad materna ha presentado un comportamiento errático en materia de mortalidad infantil y de la niñez, se observan descensos sostenidos desde 2008 que a partir de 2014 se han acentuado. En cuanto a la mortalidad por EDA, luego de haber alcanzado un máximo en 2005, vio su descenso más importante a partir de 2009 con la disponibilidad de la vacuna monovalente de virus vivos atenuados humanos contra el rotavirus; de manera que desde entonces la mortalidad de niños y niñas por este concepto ha oscilado entre uno y tres casos por año en Medellín. En lo que respecta a la mortalidad por IRA, de manera análoga, las mayores coberturas de vacunas contra enfermedades relacionadas generaron un descenso importante de la mortalidad en 2010, que desde entonces se ha mantenido estable entre 12 y 21 casos por año en Medellín. En contraste, y como logro importante, desde 2013 en Medellín no se ha producido ninguna muerte por desnutrición de niños menores de cinco años.

Por su parte, las condiciones de habitabilidad de los menores de seis años en situación de vulnerabilidad en la ciudad muestran que casi uno de cada 10 niños en Medellín habita viviendas con precariedades. El hacinamiento no mitigable presenta el mayor registro (9,1 % en 2016), seguido de cerca por la carencia simultánea de acceso a los servicios públicos domiciliarios básicos (8 % en 2016); mientras tanto, la calidad de los pisos y paredes no mostró mayor registro (2,8 % a 2016).

En los corregimientos se presenta la mayor carencia por conexión a los servicios públicos; esto ocurre especialmente en Santa Elena y Pal-

mitas, lo que podría ser reflejo de condiciones especiales de acceso a ciertos servicios como el alcantarillado y el aseo, los cuales podrían estar siendo sustituidos por otras alternativas que no necesariamente van en contra de las condiciones aceptables de habitabilidad y exigirán afinar los instrumentos de medición actuales.


Mientras que las comunas de Manrique y Villa Hermosa presentaron durante todo el periodo 2013-2016 promedios más altos de precariedad en los tres indicadores analizados frente al promedio de la ciudad, Santa Cruz y Popular tuvieron dos de los tres indicadores superiores al promedio de la ciudad. En general, se observa que las condiciones de habitabilidad se mantienen en el tiempo y que es necesario crear programas muy focalizados para dar cuenta de las precariedades identificadas.

En cuanto a los ambientes seguros y protegidos, se tiene que en el caso del proceso de restablecimiento de derechos para el periodo 2014-2016 se presentó un aumento sostenido en el número de casos y en la tasa por 100 menores de seis años correspondiente. Este mismo comportamiento se observó en Cali y Bogotá, pero Medellín presentó la menor tasa.

Por contraste, en el caso de la victimización por conflicto armado, la tendencia en el periodo en mención fue de reducción en el número de casos tanto en Medellín como en Bogotá y Cali. Medellín sobresalió con la mayor reducción en el periodo, pero mostró, frente a las otras dos ciudades, los indicadores más altos. En 2016, la tasa de victimización fue de 270 casos por 100.000 menores de seis años. En todas las ciudades, el desplazamiento fue el delito que más afectó a los menores de seis años, seguido de la amenaza.

En el caso de la violencia homicida, aunque los homicidios sobre esta población tienen una participación mínima en el total de la ciudad





(menos del 1 %), la situación ideal es que ningún infante sea víctima de este delito, pues la preservación de la vida debe ser un imperativo como sociedad. No obstante, en todo el periodo 2011-2016 se presentaron casos de homicidios contra menores de seis años en la ciudad, con un promedio cercano a tres por año; el año más crítico fue el año 2016 con cinco casos registrados.

Por su parte, la tasa de mortalidad por causas externas, que incluye homicidio, accidentes de tránsito, entre otros, mostró un máximo de 6,3 casos por cada 100 menores de seis años en 2016 (11 casos) y un mínimo de 4,0 en 2015 (siete casos) en el periodo 2013-2016.

Ahora bien, por comunas y corregimientos, la peor situación la vivió Villa Hermosa, la cual reportó anualmente casos de muerte por causas externas, seguida de Popular con muertes en tres de los cuatro años.

Así las cosas, en materia de ambientes protegidos y seguros, la ciudad mejoró en cuanto a la victimización de la primera infancia por causa del conflicto armado, con una reducción sostenida en los últimos tres años, aunque siguió siendo, frente a Bogotá y Cali, la de mayor nivel en este aspecto. En contraste, la situación empeoró en cuanto a la violencia homicida ejercida contra la primera infancia: en 2016 cinco niños fueron víctimas. También empeoró la situación en cuanto al número de casos reportados de restablecimiento de derechos, aunque en relación con Bogotá y Cali, Medellín presentó el menor número y tasa por 100.000 menores.

Finalmente, en Medellín no es posible obtener un dato confiable acerca de la proporción de niños menores de seis años atendidos integralmente en diferentes modalidades, sean o no vulnerables. Lo que sí se puede afirmar es que en el 2016 115.709 niños, de un universo de 175.897, fueron atendidos; estos se reportan a través de tres sistemas de información diferentes, que excluyen a menores de tres años que pueden estar siendo atendidos en establecimientos privados. Es necesario reiterar la recomendación de consolidar un único sistema de información en el país que nos permita poner en el centro a los niños y las niñas, en una perspectiva de desarrollo integral; lo que significa que todos los grupos de interés puedan acceder a información de la primera infancia en perspectiva de derechos y realizaciones consagrados en la política pública nacional De Cero a Siempre y acogidos por la política pública local. Aunque ya se cuenta con un sistema único de información, hasta el momento este solo reporta información para niños y niñas atendidos por el ICBF, y aún no se convierte en un generador de alertas oportuno frente a la vulneración de los derechos de los niños y las niñas<sup>68</sup>. Si este sistema se fortalece, seguramente se conseguirá una acción pública y colectiva más eficaz para garantizar el desarrollo integral de la primera infancia no solo en Medellín, sino en todo el país.

<sup>68</sup> Medellín Cómo Vamos (2017, a).

# REFERENCIAS

## bibliográficas



Acosta Vélez, María. Comportamiento de la violencia de pareja, Colombia, 2015. Disponible en: <http://www.medicinalegal.gov.co/documents/88730/3418907/5.+VIOLENCIA+DE+PAREJA.pdf/03de1fd1-092d-495f-99d3-1aacee2991c6>

Alcaldía de Medellín. (2016). Plan Municipal de Salud “Para Vivir más y mejor” 2016-2019.

Así Vamos en Salud. (2016). *Prevalencia de desnutrición global y crónica en menores de 5 años*. Disponible en Indicadores sobre el estado de salud: <http://www.asivamosensalud.org/indicadores/estado-de-salud/prevalencia-de-desnutricion-global-y-cronica-en-menores-de-5-anos>

Barrientos, Jorge; Molina Carlos y Daniel Salinas. (2013). Las causas de la violencia intrafamiliar en Medellín. Perfil de Coyuntura Económica. No. 22. Universidad de Antioquia.

Bertrand, Jane (2007) “*Canadá: Longitudinal Monitoring of ECD Outcomes*” En: Early Child Development from Measuring to Action. A Priority for Growth and Equity. The World Bank, Washington D.C. Editor: Mary Eming Young with Linda M. Richardson.

Bogotá Cómo Vamos. Fundación Corona. Equidad para la Infancia, América Latina. Bogotá, cómo vamos en infancia. Monitoreo local del bienestar y las inequidades en la infancia urbana.

Bogotá Cómo Vamos. Informe de Calidad de Vida de Bogotá, 2016.

Cali Cómo Vamos, Universidad Javeriana y Equidad para la Infancia. Presentación de resultados. Cali ¿cómo vamos en niñez? Una mirada por comunas. 2016

Concejo de Medellín. Acuerdo 58 de 2011.

Concejo de Medellín, Acuerdo 54 de 2015.

Congreso de la República de Colombia. Ley 1098 de 2006.

Congreso de la República de Colombia. Ley 1804 de 2016. 2 de agosto de 2016.

Cuervo Martínez, Ángela, Pautas de crianza y desarrollo socioafectivo en la infancia. Diversitas: Perspectivas en Psicología [en línea] 2010, 6 (Enero-Junio): [Fecha de consulta: 27 de octubre de 2017] Disponible en: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67916261009>> ISSN 1794-9998

DANE. Estimaciones de población 1985-2005 y proyecciones de población 2005-2020 nacional, departamental y municipal por sexo y edades simples de 0 a 26 años.

DANE (2008). Ficha metodológica déficit de Vivienda.

DANE (2009). Metodología Déficit de Vivienda. Colección Documentos. Actualización 2009. No. 79.

DANE (2012). Boletín de prensa. “Pobreza monetaria y multidimensional en Colombia, 2011”. 17 de mayo de 2012.

Departamento Nacional de Planeación (2014). Bases del Plan Nacional de Desarrollo. Versión para el Congreso. Bogotá. 825 págs.

Departamento Administrativo de Planeación Municipal. Observatorio de Políticas Públicas. (2014) “Pobreza en la ciudad de Medellín, 2002-2013”. 42p.

Departamento de Prosperidad Social. Subdirección General para la Superación de la Pobreza Dirección de Gestión y Articulación de la Oferta Social. Ficha Reporte de Identificación de 14 privaciones de IPM para Hogares SISBEN. Municipios de Medellín, Cali y Bogotá. Fecha de corte:

30 de octubre de 2016.

Departamento Nacional de Planeación, Subdirección de Promoción Social y Calidad de Vida y Cede, Universidad de los Andes (2008). "Índice Sisbén, tercera versión, Diseño e implementación". Disponible en: <https://www.sisben.gov.co/Documents/Resumen%20Ejecutivo/Presentaci%C3%B3n%20Sisb%C3%A9n%20III.pdf>.

Departamento Nacional de Planeación (2007). "Documento Conpes Social 109. Política Pública Nacional de Primera Infancia. Colombia por la primera infancia".

Fundación Corona, Equidad para la Infancia, Universidad Pontificia Javeriana, Red de Ciudades Cómo Vamos (2015). Informe Primera Infancia Cómo Vamos. Identificando desigualdades para promover la equidad en la infancia colombiana.

Fundación Éxito. (2014). *Los determinantes sociales de la desnutrición crónica en Colombia. Medellín.*

Heckman, J. (2006). Skill formation and the economics of investing in disadvantaged children. *Science*, 312, 1900-1902.

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (2016). "Lineamiento técnico para la atención a la primera infancia".

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (2017). <http://www.icbf.gov.co/portal/page/portal/PrimerInfanciaCBF/Servicios/Familiar>

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (2017). Respuesta a solicitud de información de la Red de Ciudades Cómo Vamos. Junio de 2017.

Medellín Cómo Vamos. (21 de Julio de 2014). *El alcalde respondió al Informe de Calidad de Vida de Medellín Cómo Vamos.* Disponible en: Obtenido de <http://www.medellincomovamos.org/el-alcalde-respondi-al-informe-de-calidad-de-vida-de-medell-n-c-mo-vamos/>

Medellín Cómo Vamos. (2016). Informe de Calidad de Vida de Medellín 2012-2015. Disponible en: [http://www.medellincomovamos.org/download/informe-de-indicadores-objetivos-sobre-la-calidad-de-vida-en-medellin-2012-2015/?utm\\_source=Documentos%20Home&utm\\_campaign=Encuesta%202016&utm\\_medium=Botones%20Sidebar&utm\\_term=Informe](http://www.medellincomovamos.org/download/informe-de-indicadores-objetivos-sobre-la-calidad-de-vida-en-medellin-2012-2015/?utm_source=Documentos%20Home&utm_campaign=Encuesta%202016&utm_medium=Botones%20Sidebar&utm_term=Informe)

Medellín Cómo Vamos (2017). Informe de Calidad de vida de Medellín, 2016. Disponible en: [http://www.medellincomovamos.org/download/informe-de-indicadores-objetivos-sobre-la-calidad-de-vida-en-medellin-2016/?utm\\_source=Documentos%20Home&utm\\_campaign=Encuesta%202016&utm\\_medium=Botones%20Sidebar&utm\\_term=Informe](http://www.medellincomovamos.org/download/informe-de-indicadores-objetivos-sobre-la-calidad-de-vida-en-medellin-2016/?utm_source=Documentos%20Home&utm_campaign=Encuesta%202016&utm_medium=Botones%20Sidebar&utm_term=Informe).

Medellín Cómo Vamos (2017, a). 5 de octubre de 2017. "Un análisis a la primera infancia en Medellín y el país. Disponible en: <http://www.medellincomovamos.org/un-analisis-a-la-atencion-a-primera-infancia-del-pais-y-medellin/>.

Medina, Carlos y Lina Cardona (2016) "The Effects of In utero Programs on Birth Outcomes: The Case of "Buen Comienzo" En Borradores de Economía. Número 155. 2016.

Mesa Salamanca, Camilo Andrés y Gustavo Adolfo Junca Ramírez (2011) "Análisis de reducción de fecundidad en Colombia: modelo de determinantes próximos". Cuadernos de Economía. Volumen 30, Número 54, p. 127-150, 2011. ISSN electrónico 2248-4337. ISSN impreso 0121-4772.

Metrosalud. (s.f.). *Buen Comienzo - Entorno familiar.* Obtenido de <http://www.metrosalud.gov.co/metrosalud/pyp/71-buen-comienzo>

Ministerio de Salud. (2013). *Plan Decenal de Salud Pública, 2012-2021.* Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/Documents%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20-%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobaci%C3%B3n.pdf>

Ministerio de Salud. (noviembre de 2016). *Análisis de Situación de Salud (ASIS) Colombia, 2016.* Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-2015.pdf>

Ministerio de Salud. (2016). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud.* Obtenido de <http://profamilia.org.co/docs/ENDS%20TOMO%20II.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (s.f.). *Infecciones Respiratorias Agudas (IRA).* Obtenido de [https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/Infecciones-Respiratorias-Agudas-\(IRA\).aspx](https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/Infecciones-Respiratorias-Agudas-(IRA).aspx)



Mustard, J. Fraser (2007) "Experience-based Brain Development: Scientific Underpinnings of the Importance of Early Child Development in a Global World" En: *Early Child Development from Measuring to Action. A Priority for Growth and Equity*. The World Bank, Washington D.C. Editor: Mary Eming Young with Linda M. Richardson.

Organización Mundial de la Salud. (2003). *Nuevo modelo de control prenatal de la OMS. Las mejores prácticas en salud reproductiva*. Obtenido de [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42692/1/WHO\\_RHR\\_01.30\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42692/1/WHO_RHR_01.30_spa.pdf)

Organización Mundial de la Salud. (2011). *Guidelines on Optimal feeding of low birthweight infants in low-and middle-income countries*. Obtenido de [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/9789241548366.pdf?ua=1](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9789241548366.pdf?ua=1)

Organización Mundial de la Salud. (noviembre de 2016). *La OMS señala que las embarazadas deben poder tener acceso a una atención adecuada en el momento adecuado*. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/antenatal-care-guidelines/es/>

Organización Mundial de la Salud. (noviembre de 2016). *Neumonía*. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs331/es/>

Organización Mundial de la Salud. (mayo de 2017). *Enfermedades diarreicas*. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs330/es/>

Organización Mundial de la Salud. (2008). *Worldwide prevalence of anaemia 1993-2005*. Obtenido de [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43894/1/9789241596657\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43894/1/9789241596657_eng.pdf)

Organización Mundial de la Salud. (2011). *Guidelines on Optimal feeding on low birth-weight infants in low-and middle-income countries*. Obtenido de [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/9789241548366.pdf?ua=1](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9789241548366.pdf?ua=1)

Organización Mundial de la Salud. (2014). *WHA Global Nutrition Targets 2025: Low Birth Weight Policy Brief*. Obtenido de [http://www.who.int/nutrition/topics/globaltargets\\_lowbirthweight\\_policybrief.pdf](http://www.who.int/nutrition/topics/globaltargets_lowbirthweight_policybrief.pdf)

Organización Mundial de la Salud. (2015). *Prevalencia mundial de anemia y número de personas afectadas*. Obtenido de Sistema de Información Nutricional sobre Vitaminas y Minerales (VMNIS): [http://www.who.int/vmnis/database/anaemia/anaemia\\_data\\_status\\_t2/es/](http://www.who.int/vmnis/database/anaemia/anaemia_data_status_t2/es/)

Organización Mundial de la Salud. (2015). *The Global Prevalence of Anaemia in 2011*. Obtenido de [http://www.who.int/nutrition/publications/micronutrients/global\\_prevalence\\_anaemia\\_2011/en/](http://www.who.int/nutrition/publications/micronutrients/global_prevalence_anaemia_2011/en/)

Organización Mundial de la Salud. (septiembre de 2016). *Mortalidad materna*. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>

Organización Mundial de la Salud. (septiembre de 2016). *Mortalidad materna. Nota descriptiva*. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>

Organización Mundial de la Salud. (septiembre de 2016). *Reducción de la mortalidad en la niñez*. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs178/es/>

Organización Mundial de la Salud. (enero de 2016). *Reducción de la mortalidad en recién nacidos*. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs333/es/>

Organización Mundial de la Salud. (2001). *Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño*. Documento A54/INF.DOC./4. Obtenido de [http://apps.who.int/gb/archive/pdf\\_files/WHA54/sa54id4.pdf](http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA54/sa54id4.pdf)

Organización Mundial de la Salud. (2010). *La alimentación del lactante y del niño pequeño. Capítulo Modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud*. Obtenido de [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44310/1/9789275330944\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44310/1/9789275330944_spa.pdf)

Organización Mundial de la Salud. (2015). *Inicio temprano de la lactancia materna*. Obtenido de Biblioteca electrónica de documentación científica sobre medidas nutricionales (eLENA): [http://www.who.int/elena/titles/early\\_breastfeeding/es/](http://www.who.int/elena/titles/early_breastfeeding/es/)

Organización Mundial de la Salud. (2017). *Alimentación del lactante y del niño pequeño. Nota descriptiva*. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs342/es/>

Organización Mundial de la Salud. (s.f.). *Lactancia materna exclusiva*. Obtenido de <http://www.who.int/>





who.int/nutrition/topics/exclusive\_breastfeeding/es/

Organización Panamericana de la Salud. (2006). *Situación de deficiencia de hierro y anemia*. Obtenido de <https://www.unicef.org/panama/spanish/Hierro.pdf>

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. (septiembre de 2015). *Objetivos de Desarrollo del Milenio*. Informe 2015. Obtenido de <http://www.co.undp.org/content/dam/colombia/docs/ODM/undp-co-odsinformedoc-2015.pdf>

Ramírez, María Aurelia. Padres y desarrollo de los hijos: pautas de crianza. *Estudios Pedagógicos XXXI*, N 2: 167-177, 2005. Obtenido de: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-07052005000200011&script=sci\\_arttext&tIng=pt](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-07052005000200011&script=sci_arttext&tIng=pt).

Restrepo, Piedad Patricia "Urge un censo poblacional" .19 de junio de 2017. *El Colombiano*. Disponible en: <http://www.elcolombiano.com/opinion/columnistas/urge-un-nuevo-censo-poblacional-XA6750312>.

Shonkoff, J.; Richert, L.; Van der Gaag, J. y Bhutta, Z.A. (2012). An integrated scientific frameworks for child survival an early childhood development. *Pediatrics* 129, 460 - 472.

Turriago Carolina (2015). Presentación "De cero a siempre. Atención integral a la primera infancia, Colombia" Disponible en: <http://www.medellincomovamos.org/download/presentacion-de-cero-a-siempre-atencion-integral-a-la-primera-infancia-2015/>. Medellín, 21 de abril de 2015.

Unicef. (2006). *Un balance sobre la nutrición*. Obtenido de [https://www.unicef.org/spanish/progressforchildren/2006n4/index\\_lowbirthweight.html](https://www.unicef.org/spanish/progressforchildren/2006n4/index_lowbirthweight.html)

Unicef. (2011). *La desnutrición infantil. Causas, consecuencias y estrategias para su prevención y tratamiento*. Obtenido de <https://old.unicef.es/sites/www.unicef.es/files/Dossierdesnutricion.pdf>

Unicef. (2013). *Improving child nutrition. The achievable imperative for global progress*. Obtenido de [https://data.unicef.org/wp-content/uploads/2015/12/NutritionReport\\_April2013\\_Final\\_29.pdf](https://data.unicef.org/wp-content/uploads/2015/12/NutritionReport_April2013_Final_29.pdf)

Unicef. (Octubre de 2016). *Despite major progress, the full potential of immunization continues to elude many of the world's children*. Obtenido de <https://data.unicef.org/topic/child-health/immunization/#>

Unicef. (Junio de 2016). *Estado Mundial de la Infancia. Una oportunidad para cada niño*. Obtenido de [https://www.unicef.org/spanish/publications/files/UNICEF\\_SOWC\\_2016\\_Spanish.pdf](https://www.unicef.org/spanish/publications/files/UNICEF_SOWC_2016_Spanish.pdf)

Unicef. (Julio de 2016). *Immunization saves up to 3 million children each year*. Obtenido de <https://www.unicef.org/immunization/>

Unicef. (Enero de 2016). *Undernourishment in the womb can lead to diminished potential and predispose infants to early death*. Obtenido de <https://data.unicef.org/topic/nutrition/low-birthweight/#>

Unicef. (2017). *Despite accelerated recent progress, millions of births occur annually without any assistance from a skilled attendant at birth*. Obtenido de <https://data.unicef.org/topic/maternal-health/delivery-care/>

Unicef. (Mayo de 2017). *Undernutrition contributes to nearly half of all deaths in children under five and is widespread in Asia and Africa*. Obtenido de <http://data.unicef.org/topic/nutrition/malnutrition/#>

Unicef. (s.f.). *Bajo peso al nacer*. Obtenido de [https://www.unicef.org/spanish/specialsession/about/sgreport-pdf/15\\_LowBirthweight\\_D7341Insert\\_Spanish.pdf](https://www.unicef.org/spanish/specialsession/about/sgreport-pdf/15_LowBirthweight_D7341Insert_Spanish.pdf)

UNICEF . (2011). *La desnutrición infantil. Causas, consecuencias y estrategias para su prevención y tratamiento*. Obtenido de <https://www.unicef.es/publicacion/la-desnutricion-infantil-causas-consecuencias-y-estrategias-para-su-prevencion-y>

UNICEF. (s.f.). *The first 1.000 days of life: the brain's window of opportunity*. Obtenido de <https://www.unicef-irc.org/article/958/>

Universidad de Antioquia. Grupo de Puericultura. *Boletín del Grupo de Puericultura*. Año XXI (2017). No. 164.

Walker, S.; Wachs, T. y Grantham McGregor, S. (2011). Inequality in early childhood: risk and protective factors for early child development. *Lancet* 369, 60 - 70



# ANEXO 1.

## FICHA TÉCNICA DE LA ENCUESTA DE PERCEPCIÓN CIUDADANA, MEDELLÍN 2017

**Persona natural o jurídica que la realizó:** Ipsos Napoleón Franco, inscrito ante el Consejo Nacional Electoral.

**Encomendada y financiado por:** Medellín Cómo Vamos.

**Grupo objetivo:** Población general, hombres y mujeres, mayores de 18, de estratos sociales 1 al 6, residentes habituales del área urbana de Medellín en todas sus comunas.

**Tamaño de la muestra:** 1.502 encuestas.

**Técnica de recolección de datos:** Entrevista personal en hogares.

**Margen de error:** Para el total de la muestra, 2,5% con 95% de confianza para fenómenos de ocurrencia del 50%.

**Entidades y personajes por los que se indagó:** el Alcalde Federico Gutiérrez, el Concejo de Medellín, Secretaría de Educación, Empresas Públicas de Medellín, Terminales de Transporte, Metrosalud, Instituto de Recreación y Deporte INDER, Metro de Medellín, Telemedellín, Policía Metropolitana del Valle de Aburrá, Comisarías de Familia, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Sena e Inspecciones de Policía.

**Fecha de realización del trabajo de campo:** Del 10 de agosto al 18 de septiembre de 2017, con un equipo de 37 encuestadores y 5 supervisores.

**Tema o temas a los que se refiere:** Seguimiento a la calidad de vida en Medellín.

**Preguntas que se realizaron:** Ver cuestionario anexo.

**Tipo de la muestra:** Muestreo multietápico, estratificado en su primera etapa y por cuotas en las siguientes. Primera etapa selección aleatoria de conglomerados de manzanas, segunda etapa selección de manzanas a visitar en cada conglomerado. El método de selección del entrevistado en el hogar es la persona presente en el hogar y residente habitual del mismo, mayor de 18 años, próxima a cumplir años

**Área / Cubrimiento:** Medellín,

**Ponderación:** Muestra ponderada por zona de la ciudad, NSE, edad y género con las proyecciones del DANE al 2017.