



¿CÓMO VA LA PRIMERA INFANCIA EN MEDELLÍN?

2016 - 2019

TEXTOS Y EDICIÓN*:

Medellín Cómo Vamos

Camila Gaviria Barreneche
Consultora

Natalia Garay Molina
Profesional senior

Fundación Éxito

Juan Sebastián Holguín
Analista de inversión social y generación de conocimiento

Diagramación: Pregón S.A.S.

*Los autores agradecen por el acompañamiento técnico de Diana María Pineda Ruiz, Líder de inversión social y generación de conocimiento y Natalia Ledesma Ríos, nutricionista de la Fundación Éxito. Este acompañamiento no compromete en nada el contenido del informe. También agradecen a la Subdirección de Información y Evaluación Estratégica del Departamento Administrativo de Planeación Municipal por la entrega de gran parte de la información usada en este informe, y a los programas Cali Cómo Vamos y Bogotá Cómo Vamos por la información compartida.

Contenido

Introducción	4
Población	7
Vulnerabilidad	10
Programa buen comienzo: atención integral, diversa e incluyente	14
Salud	19
Nutrición de la primera infancia	38
Educación inicial	50
Conclusiones	55



Introducción

En el transcurso de los primeros años de vida, y específicamente desde la gestación hasta los 3 años, las niñas y los niños necesitan nutrición, acceso al sistema de salud, protección y estimulación para que su cerebro se desarrolle correctamente. La neurociencia ha demostrado nuevos aportes sobre el desarrollo cerebral durante esta etapa de la vida. Gracias a ellos, sabemos que, en los primeros años, el cerebro de los bebés forma nuevas conexiones a una velocidad asombrosa, según el Centro para el Niño en Desarrollo de la Universidad de Harvard, más de un millón cada segundo, un ritmo que nunca más se repite (UNICEF, 2018).

De los 3 a los 5 años su aprendizaje se fortalece y forma los cimientos de su vida adulta, por lo tanto, la premisa de los líderes gubernamentales debe estar encaminada a promover el desarrollo integral, la protección de los derechos y el fortalecimiento del vínculo afectivo de todos los niños y niñas de cualquier lugar del mundo. Como afirma el economista estadounidense, James Heckman, quien recibió el Premio Nobel de Economía en el año 2000: la inversión en la primera infancia resulta ser preventiva y genera las más altas tasas de retorno frente a cualquier otra inversión social;

adicionalmente, sus investigaciones indican que es la mejor estrategia contra el crimen, puesto que los niños y niñas expuestos a procesos de desarrollo a temprana edad generan habilidades sociales y culturales que les permiten tomar mejores decisiones de vida a largo plazo (Unicef, 2017).

En el año 2016 se estableció en Colombia la Política Pública de Primera Infancia De Cero a Siempre consignada 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 de los niños y niñas existan las condiciones humanas, sociales y materiales para garantizar la promoción y potenciación de su desarrollo.

La política mencionada anteriormente denomina realizaciones a la perspectiva de derechos que se manifiesta en la vida cotidiana de la primera infancia y serán el eje central de este informe. 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 promuevan sus derechos y actúan ante la exposición a situaciones de riesgo o vulneración. (Medellín Cómo Vamos, 2018)

En 2017, la Fundación Éxito, la Fundación Sofía Pérez de Soto y la Fundación Proantioquia se aliaron con Medellín Cómo Vamos para hacerle seguimiento a las condiciones que dan cuenta del bienestar integral de los niños y niñas en la primera infancia en Medellín. Ese ejercicio de seguimiento quedó plasmado en el informe ¿Cómo va la primera infancia en Medellín? en el cual se retomaron las bases de la investigación de la Red de Ciudades Cómo Vamos en alianza con la Fundación Corona, Equidad para la Infancia y la Universidad Javeriana, en la cual se dio seguimiento a las condiciones de vida y las inequidades que afectan a la primera infancia en las principales ciudades de Colombia para el año 2013.

En 2018, la alianza se renovó entre Medellín Cómo Vamos, la Fundación Éxito y la Fundación Proantioquia, con el objetivo de dar continuidad al seguimiento de las condiciones de la primera infancia en Medellín, bajo la perspectiva de derechos y sus realizaciones asociadas, de acuerdo con la Política Pública nacional.

Para el 2020, nuevamente se unen la Fundación Éxito y Medellín Cómo Vamos para hacerle seguimiento a las condiciones que dan cuenta del bienestar integral de los niños y niñas en la primera infancia en Medellín, analizando detalladamente el acceso a la salud, nutrición adecuada, educación inicial de calidad y la protección de los niños y niñas en sus primeros años de vida. Este ejercicio proporciona como resultado el informe ¿Cómo va la

primera infancia en Medellín? 2016-2019 que incluye también los retos estructurales que afectan la calidad de vida de los más pequeños de la ciudad.

Para este informe se conserva la línea base del año 2016 para todos los indicadores y se incluyen comparaciones en algunos indicadores con las ciudades de Bogotá y Cali, sujeta a la disponibilidad de la información comparable. Estas ciudades fueron seleccionadas debido a su similitud con Medellín en nivel de desarrollo socio económico y capacidades institucionales.

De otro lado, recientemente en Colombia se han priorizado los Objetivos de Desarrollo Sostenible como metas nacionales con sus respectivos indicadores, apuntando a cumplir con esta agenda mundial. Estas metas quedaron plasmadas en el CONPES 3918 de 2018, denominado “Estrategia para la implementación de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) en Colombia”. Asimismo, la Alcaldía de Medellín, bajo el liderazgo del Departamento Administrativo de Planeación Municipal, ha trazado sus propias metas en el marco de los ODS, consignadas en el COMPES 1 DE 2019. Por otra parte, cada objetivo, cuenta con una serie de indicadores adicionales que permiten hacerles seguimiento puntual a las metas propuestas. Así, para el caso del segundo ODS en lo concerniente a la primera infancia se fijaron metas para los menores de 6 meses con lactancia materna exclusiva y la desnutrición crónica y aguda. En cuanto al tercer ODS, las metas se fijaron para la atención de partos por personal calificado, los controles prenatales y las tasas de mortalidad neonatal, infantil y de la niñez. También se incluyeron metas asociadas al Objetivo de Desarrollo Sostenible 4 denominado Educación de Calidad. Dentro de sus indicadores asociados, el país se planteó como meta a 2030 obtener una tasa de cobertura bruta universal para el grado de transición y una cobertura de la atención integral de la primera infancia del 95% que garantice

al menos seis de las siete realizaciones. Si bien las metas están estipuladas para el año 2030, existen unas metas parciales para el año 2020 en la agenda local, por lo tanto, a lo largo del informe se analizarán algunos indicadores para conocer su estado y tendencia en relación con estas metas parciales.

Por otro lado, el mundo enfrenta una situación histórica con la pandemia declarada por causa del COVID-19; esta situación tiene una relación directa con la salud y bienestar de los niños, además de las pérdidas contabilizadas en vidas, también se identifican consecuencias negativas a mediano y largo plazo por otro tipo de factores. Por ejemplo, según la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), se tiene previsto que la pandemia cause disrupciones en los sistemas alimentarios. Las caídas en los ingresos de los hogares limitarán su posibilidad a acceder a alimentos con la frecuencia y la calidad adecuada, esto tendrá influencia directa sobre el bienestar nutricional de la primera infancia, en tanto la desnutrición crónica es una consecuencia de la inseguridad alimentaria.

Dado lo anterior, es probable esperar que, en Colombia en el mediano y largo plazo, existan incrementos en las prevalencias de desnutrición crónica, especialmente en los niños nacidos durante los periodos más críticos de la pandemia donde el aislamiento alcanzó sus picos más altos, y en las regiones más golpeadas económicamente por la crisis. Esto profundizará las brechas de desarrollo infantil, retrasando la acumulación de capital humano en los territorios más golpeados, lo que tendrá repercusiones en su desarrollo económico a largo plazo (Fundación Éxito, 2020).

A pesar de que, en Colombia, según datos del Instituto Nacional de Salud –INS– el 2% de los casos identificados de COVID-19 han sido en niños menores de 5 años (Fundación Éxito, 2020), sí es posible que a mediano y largo plazo sean una población afectada debido a consecuencias colaterales. Por lo tanto, es razón de este informe analizar esta situación según la incidencia en ciertos indicadores, previendo los posibles efectos del COVID-19 en la calidad de vida de la primera infancia de la ciudad.

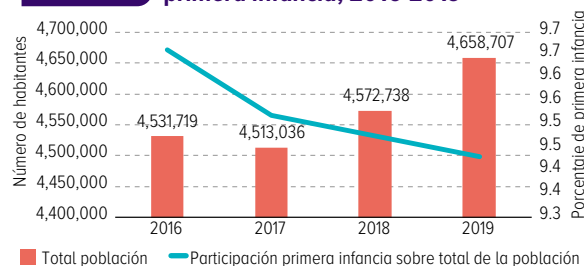


Durante el periodo 2016-2019 la población en primera infancia en Colombia ha presentado una tendencia creciente, para el año 2016 el país contaba con 4.531.719 niños y niñas menores de seis años y para el año 2019 contó con 4.658.707, quienes representaban un 9,4% del total de la población a ese año en el país¹.

Asimismo, entre 2016 y 2017 la primera infancia en Colombia presentó una variación porcentual negativa de -0,41%, mientras que, entre 2017 y 2018 se dio un incremento del 1,3%. Finalmente, entre el 2018 y 2019 el crecimiento fue de 2%, en total entre el periodo comprendido entre el 2016 y 2019 se observa un incremento 2,8% representando en términos absolutos 126.988 niños y niñas.

Al analizar el gráfico 1 en el periodo mencionado, se identifica que, su participación en el total de población ha disminuido 0,2 puntos porcentuales; este comportamiento es el resultado de un aumento del 5,3% en la población total del país.

Gráfico 1. Colombia: población en primera infancia, 2016-2019

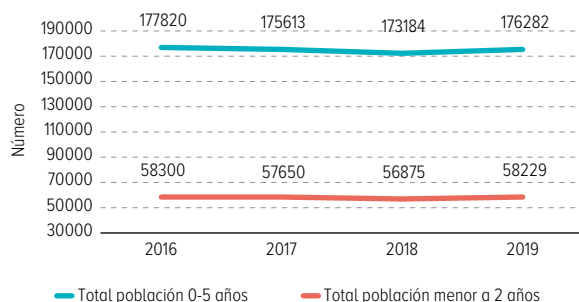


Fuente: cálculos propios a partir de retroproyecciones (2005-2017) y proyecciones (2018-2020) de población del Censo Nacional de Población y Vivienda 2018 - DANE.

1 Para este informe se utiliza la información del Censo Nacional de Población y Vivienda del año 2018 con sus proyecciones y retroproyecciones.

Al observar la población de la ciudad de Medellín en el periodo 2016-2019, la proporción de población en primera infancia ha tenido un comportamiento estable; a 2016 específicamente, había en la ciudad 177.820 niños y niñas menores de seis años (ver gráfico 2). Durante el cuatrienio la situación no varió sustancialmente, ya que al finalizar el año la ciudad contaba con 176.282 niñas y niños menores de seis años. Para el grupo etario de los niños y niñas menores de 2 años la situación es similar, entre el año 2016 y 2019 esta población pasa de tener 58.300 niños y niñas, a tener 58.229 respectivamente.

Gráfico 2. Medellín: población menor a seis años y menor a dos años, 2016-2019



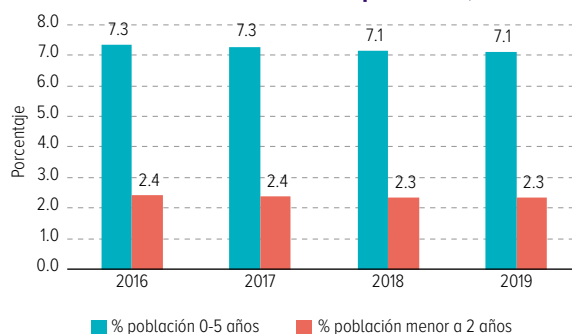
Fuente: cálculos propios a partir de retroproyecciones (2005-2017) y proyecciones (2018-2020) de población del Censo Nacional de Población y Vivienda 2018 - DANE.

Por otro lado, en el gráfico 3 se evidencia que, durante el año 2016 y el año 2019 el porcentaje de participación de la primera infancia sobre el total de la población disminuyó solo en 0,2 puntos porcentuales pasando de 7,3% a 7,1%. La situación es similar para la población de niñas y niños menores de 2 años, ya que comenzando el cuatrienio se contaba con 2,4% de la representatividad de este grupo etario en el total de la población y finaliza el periodo en el año 2019 con 2,3%, representando en términos absolutos 58.300 y 58.229, respectivamente.

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 tercer y última fase de la transición, en la cual la tasa de natalidad descende 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. (Medellín Cómo Vamos, 2018)

Gráfico 3. Representatividad de la población menor a seis años y menor a dos años sobre el total de la población, 2016-2019



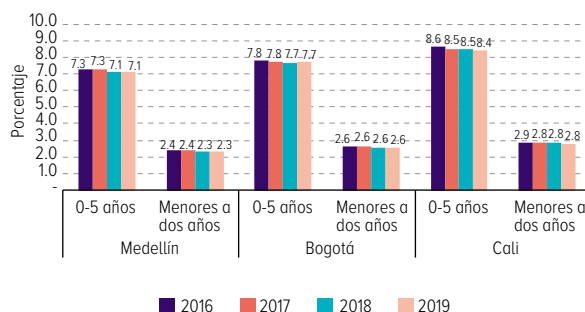
Fuente: cálculos propios a partir de retroproyecciones (2005-2017) y proyecciones (2018-2020) de población del Censo Nacional de Población y Vivienda 2018 - DANE.

Contrastando la población de primera infancia de Medellín, Bogotá y Cali, para el año 2019, Medellín tiene tanto en términos absolutos como porcentuales la menor población en primera infancia en comparación con Bogotá y Cali. Como se observa en el gráfico 4 en el año 2019, Cali cuenta con mayor participación de niños y niñas menores de 5 años

Para el análisis del cuatrienio 2016-2019, las tres ciudades presentan similar tendencia de reducción de la participación de niños y niñas menores de 6 años en el total de la población, en el gráfico 4 se puede apreciar que para el año 2019, mientras en Bogotá y Cali, ocho de cada cien personas eran menores de seis años, en Medellín son siete de cada cien personas. Con relación a los menores de dos años, se evidencia que en Bogotá y Cali esta población ha permanecido estable los últimos tres años. Por otro lado, Medellín presentó una variación negativa de 0,1% en el año 2018 representando así 2,3% en el total de la población en los menores de dos años.

En lo que se refiere a términos absolutos, Bogotá cuenta con la mayor población en primera infancia, con 586.601 niños y niñas en este grupo etario para el año 2019, entre ellos 196.226 menores de dos años; le sigue Cali con 188.280 niños y niñas en primera infancia, de los cuales 63.060 eran menores de dos años en 2019.

Gráfico 4. Medellín, Bogotá y Cali: participación de la población menor a seis años y menor a dos años sobre el total de la población, 2016-2019



Fuente: cálculos propios a partir de retroproyecciones (2005-2017) y proyecciones (2018-2020) de población del Censo Nacional de Población y Vivienda 2018 - DANE.



VULNERABILIDAD

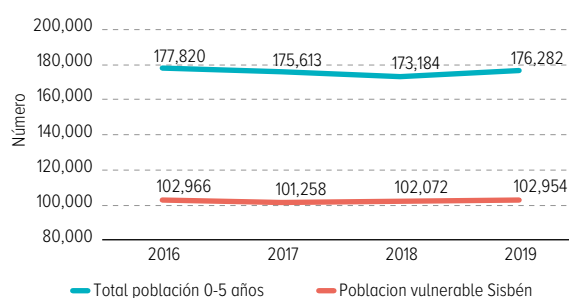
Mientras menores sean las condiciones de vida en los territorios y haya mayor proporción de población en primera infancia exista, esto puede ser indicar mayor vulnerabilidad de los niños y niñas que viven allí. De hecho, el enfoque inicial de la atención a la primera infancia ha sido el de focalizar esfuerzos en la población más vulnerable. “La Estrategia de atención de “Cero a Siempre” hoy política de Estado se planteó en su origen como una estrategia para la reducción de brechas de inequidad y pobreza, hacia un acceso universal y con calidad”².

En Colombia, 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 -SISBEN-. El SISBEN en su tercera versión, vigente desde 2011, y próxima a actualizarse, es un índice de estándar de vida, basado en el enfoque de capacidades de Amartya Sen. Este sistema se traduce en un índice que incluye

cuatro dimensiones: educación, salud, vivienda y vulnerabilidad, tanto individual como contextual (Medellín Cómo Vamos, 2018).

Como se puede observar en el gráfico 5, en Medellín tanto la población total en primera infancia como la población vulnerable, medida como toda la población registrada en el SISBÉN, se ha mantenido casi constante durante el periodo 2016-2019.

Gráfico 5. Medellín: población total y vulnerable menor a seis años, 2016-2019



Fuente: DANE para población y Subdirección de Información de Medellín para población vulnerable tomando SISBEN. Puntos de corte entre 2017 bases certificadas a diciembre de cada año.

2 Presidencia de la República de Colombia. (2020, p. 5)

No obstante, el escenario que evalúa este informe está exento de la realidad en 2020: es importante tener en cuenta que las consecuencias de la pandemia por COVID-19 del orden económico, en tanto exista disminución de ingresos en los hogares, esto afecta las familias y por ende la primera infancia, en aspectos tan básicos como la seguridad alimentaria. Según estimaciones de la Universidad de los Andes (2020), los efectos por el COVID-19 llevarían a un retroceso histórico en lo ganado en pobreza y pobreza extrema en Colombia: el aumento de la pobreza monetaria podría llegar a ser de 15 puntos porcentuales por encima de lo registrado en 2019, que fue de 35,7%³.

Así las cosas, con la pandemia es de esperar que haya aún mayores retrocesos en materia de pobreza y desigualdad. Según la Encuesta Virtual #MiVozMiCiudad, el 32,4% de los encuestados de Medellín se consideró pobre y el 45,7% consideró que los ingresos no alcanzaban para cubrir los gastos mínimos. Esto se corresponde a una realidad en materia de empleo que reconoce el DANE para el Valle de Aburrá: en Medellín y la región metropolitana durante el trimestre junio – agosto de 2020 se registraron 452.150 desempleados, 191.430 más que en el mismo trimestre de 2019. Asimismo, de acuerdo con el primer sondeo de la Encuesta Virtual #MiVozMiCiudad, realizada por la Red de Ciudades Cómo Vamos entre el 21 de julio y el 18 de agosto de 2020, en Medellín 64,6% de los encuestados reportó que alguien de su hogar perdió el empleo por causa de la cuarentena, presentándose la mayor proporción en la zona nororiental y el nivel socioeconómico bajo.

Adicionalmente, según la misma encuesta, se tiene que el 32% de los encuestados que tienen niños o niñas menores de cinco años en el hogar, afirmó que la semana anterior algún miembro de su hogar pasó hambre. De otro lado, uno de cada cuatro encuestados que afirmó que en su hogar había un menor de seis años, recibió mercados o ayudas económicas.

Concibiendo que Medellín es una ciudad con brechas socioeconómicas que se expresan claramente en el territorio, es relevante mostrar la fragilidad de la primera infancia ya que la situación actual causada por la pandemia podría aumentar las posibilidades de crecer en territorios con mayor vulnerabilidad económica y social. Igualmente, las condiciones de tener un desarrollo físico, cognitivo y emocional normal se ven afectadas por las condiciones de confinamiento a las que han sido sometidos durante los últimos meses, generando nuevas barreras de progreso.

Privación en barreras de acceso a la primera infancia

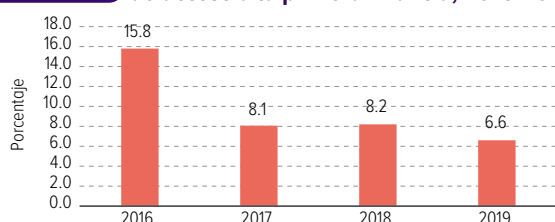
En Colombia el Índice de Pobreza Multidimensional (IPM) evalúa cinco dimensiones donde los hogares colombianos podrían estar en privación, estas son: condiciones educativas del hogar, condiciones de la niñez y la juventud, salud, trabajo, y acceso a los servicios públicos domiciliarios y las condiciones de la vivienda. Se incluyen para su cálculo quince 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 como pobres (Medellín Cómo Vamos, 2018).

3 Citado en Cárdenas y Martínez (2020). Evolución del Covid-19 y respuesta de política en Colombia.

Para dar cuenta del bienestar de la primera infancia, la dimensión de niñez y juventud y, específicamente, el indicador de acceso a servicios para el cuidado de la primera infancia presente en el IPM es útil. En el caso del indicador, se considera que una persona tiene privación en barreras si pertenece a un hogar que tiene al menos un niño de 0 a 5 años sin acceso a todos los servicios de cuidado integral (salud, nutrición y cuidado).

Como se puede observar en el gráfico 6, en el periodo 2016-2019 se observa una disminución del porcentaje de hogares en privación por barreras de acceso a primera infancia; comenzando el periodo con 15,8% y terminando con 6,6%, alcanzando así una disminución de 9,2pp, lo cual es positivo para la ciudad.

Gráfico 6. Porcentaje de privaciones en barreras de acceso a la primera infancia, 2016-2019



Fuente: Subdirección de Información, DAPM con base en Encuesta de Calidad de Vida de Medellín

Por otra parte, el comportamiento de la privación por barreras de acceso a la primera infancia para las comunas y corregimientos muestra una similitud con lo acontecido para el conjunto de la ciudad. Ahora bien, pese a esta reducción, se evidencian diferencias marcadas entre territorios. Como se observa en la Tabla 1 cinco comunas y dos corregimientos han permanecido por encima del porcentaje de privación de la ciudad durante el periodo 2016-2019, estos son: Popular, Santa Cruz, Manrique, Villa Hermosa, San Javier, San Sebastián de Palmitas y Santa Elena.

Este resultado se relaciona directamente con las menores condiciones de vida de estos territorios, medidas a través del Índice Multidimensional de Condiciones de Vida. Esto es, aquellos territorios con mayores privaciones en el acceso a servicios en primera infancia son también los de menores condiciones de vida.

En contraste, cinco comunas permanecieron durante todo el periodo por debajo del valor promedio, estas fueron: Buenos Aires, La Candelaria, Laureles Estadio, La América y El Poblado (véase Tabla 1).

Tabla 1. 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, 2016-2019

	2016			2017			2018			2019		
Comunas/ corregimientos	Edu- cación	Sa- lud	Nutri- ción	Edu- cación	Sa- lud	Nutri- ción	Edu- cación	Sa- lud	Nutri- ción	Edu- cación	Sa- lud	Nutri- ción
Popular	0,6	0,0	17,5	3,7	0,0	14,9	2,79	0,0	3,56	1,74	0,0	4,82
Santa Cruz	1,9	0,0	18,2	1,3	0,0	12,3	1,15	0,0	10,79	1,41	0,0	11,69
Manrique	0,3	0,0	15,3	1,3	0,0	11,7	2,38	0,0	15,16	2,96	0,0	11,09
Aranjuez	0,5	0,0	15,9	0,7	0,0	8,7	0,91	0,0	9,11	1,14	0,0	0,48
Castilla	0,5	0,0	12,2	1,3	0,0	6,9	1,67	0,0	7,96	0,23	0,0	3,41
Doce de Octubre	0,8	0,0	17,8	1,5	0,0	9,3	2,59	0,0	11,14	1,70	0,0	5,79
Robledo	0,6	0,0	17,9	3,0	0,0	10,3	2,09	0,0	8,42	1,70	0,0	5,82
Villa Hermosa	0,3	0,0	18,8	2,9	0,0	8,6	1,50	0,0	8,75	1,57	0,0	9,81

Tabla 1. 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, 2016-2019

	2016			2017			2018			2019		
Comunas/ corregimientos	Edu- cación	Sa- lud	Nutri- ción	Edu- cación	Sa- lud	Nutri- ción	Edu- cación	Sa- lud	Nutri- ción	Edu- cación	Sa- lud	Nutri- ción
Buenos Aires	0,0	0,0	15,3	1,5	0,0	3,3	1,26	0,0	2,75	0,71	0,0	3,39
La Candelaria	0,5	0,0	13,1	1,6	0,0	1,3	0,35	0,0	3,80	0,76	0,0	3,47
Laureles Estadio	0,0	0,0	8,0	0,9	0,0	1,9	0,19	0,0	2,24	1,05	0,0	0,23
La América	0,4	0,0	9,1	0,1	0,0	1,7	1,32	0,0	2,54	0,71	0,0	0,44
San Javier	0,6	0,0	20,6	2,1	0,0	8,9	2,02	0,0	10,65	2,84	0,0	9,38
El Poblado	0,0	0,0	9,7	0,5	0,0	0,9	0,40	0,0	0,0	0,45	0,0	0,68
Guayabal	1,8	0,0	13,6	1,1	0,0	2,9	0,31	0,0	2,96	1,24	0,0	1,75
Belén	0,4	0,0	11,5	2,5	0,0	3,6	0,76	0,0	3,13	1,26	0,0	4,21
San Sebastián de Palmitas	2,9	0,0	27,7	0,0	0,0	21,6	8,16	0,0	23,50	4,15	0,0	9,20
San Cristóbal	1,2	0,0	26,2	0,8	0,0	13,3	1,42	0,0	12,19	1,84	0,0	6,82
Altavista	0,0	0,0	27,3	0,0	0,0	3,0	1,94	0,0	12,51	0,0	0,0	0,60
San Antonio de Prado	0,0	0,0	21,0	3,4	0,0	12,0	3,02	0,0	7,12	0,0	0,0	3,94
Santa Elena	1,1	0,0	21,3	3,3	0,0	13,1	6,82	0,0	13,76	3,48	0,0	0,88
Medellín	0,5	0,0	15,8	1,7	0,0	7,6	1,7	0,0	7,6	1,35	-	6,30

Fuente: "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"

Si bien se evidencian disminuciones en los porcentajes de niños y niñas en condición de privación de barreras, se resaltan comunas en las que estos aumentaron; por ejemplo, para educación, resaltan casos pertenecientes a la zona nororiental como Popular, Manrique y Aranjuez. Para el caso de nutrición, pese a las disminuciones entre 2016 y 2019, los desafíos continúan siendo grandes en la zona

nororiental, pues en las cuatro comunas que componen esta zona más del diez por ciento de los niños se encuentran en esta condición; con menor porcentaje, pero no menor importancia, las comunas de Villa Hermosa y San Javier se ubican cerca a los porcentajes registrados para la zona nororiental, al igual que San Sebastián de Palmitas, Altavista y Santa Elena en la ruralidad.



PROGRAMA BUEN COMIENZO: ATENCIÓN INTEGRAL, DIVERSA E INCLUYENTE

En el marco de la agenda global de Objetivos de Desarrollo Sostenible, la meta dos del objetivo 4 “Educación de Calidad” establece que “De aquí a 2030, asegurar que todas las niñas y todos los niños tengan acceso a servicios de atención y desarrollo en la primera infancia y educación preescolar de calidad, a fin de que estén preparados para la enseñanza primaria” (Naciones Unidas, 2020). Para dar cuenta de esta meta el CONPES 3918 definió como meta el porcentaje de niñas y niños en primera infancia que cuentan con las atenciones priorizadas en el marco de la atención integral, lo que significa el porcentaje de niños y niñas activos en el Sistema de Seguimiento Niño a Niño (SSNN) que reciben seis o más atenciones de las priorizadas por la Comisión Intersectorial para la Atención Integral a la Primera Infancia -CIPI- (registro civil, seguimiento nutricional, vacunación, afiliación a salud, controles de crecimiento y desarrollo, formación

a familias, acceso a material cultural con contenidos especializados, talento humano cualificado y acceso a educación inicial) (Medellín Cómo Vamos, 2018). La línea de base para el indicador seleccionado es del 34,2% de los niños y niñas que reciben por lo menos seis atenciones priorizadas en el marco de la atención integral a diciembre de 2015, mientras la meta al año 2030 es del 95%.

En 2004 se creó esta iniciativa, partiendo del diagnóstico de que el 71% de la población de primera infancia de Medellín vivía en condiciones de vulnerabilidad, esto es, aproximadamente 150.000 niños y niñas entre los cero y cinco años. Los esfuerzos se plasmaron 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 niñas menores de 6 años, de los niveles I, II y III del Sisbén y no afiliados

al régimen de seguridad social en salud (Medellín Cómo Vamos, 2018, p. 17).

En 2019 la atención integral a la primera infancia en Medellín alcanza sus primeros 15 años de operación. Durante el periodo comprendido entre 2016 y 2019, la Alcaldía de Medellín entregó a la comunidad la investigación que evidencia los resultados de los efectos del programa Buen Comienzo para sus modalidades institucional, jardines y centros infantiles, de las cuales se ampliará en cobertura más adelante (Unicef, 2017). Esta investigación abarcó criterios indispensables para el desarrollo de la niñez y dejó evidente el camino para el fortalecimiento de la integralidad en la atención, en términos de desarrollo, calidad y nutrición. Por otro lado, el Banco de la República en alianza con el Programa, realizó un análisis de los niños y niñas que fueron beneficiarios de Buen Comienzo durante los primeros años de su funcionamiento, arrojando también resultados significativos en términos de participación en educación regular y conductas relacionadas con embarazo adolescente. Esta información se ampliará con mayor detalle en los apartados siguientes.

De otro lado, durante el año 2011 el Programa Buen Comienzo de la mano de la Fundación Éxito, implementó por primera vez el Sistema de Información, permitiéndole al Programa monitorear y analizar aspectos de la atención integral de participantes registrados, como estado nutricional y caracterización. Teniendo en cuenta los avances en la ejecución de estrategias que permitieron potenciar el desarrollo de los niños y las niñas en los diferentes componentes de la atención integral, en el 2018 se promovió la actualización de dicho Sistema para cubrir la información

concerniente a las 11 atenciones⁴ priorizadas por Medellín, esto se logró con el apoyo financiero de Proantioquia, Fundación Éxito y Fundación Celsia. Durante el 2019 el Programa lideró diferentes mesas de trabajo técnico y operativo para el desarrollo y actualización del Sistema de Información, permitiendo a Buen Comienzo contar con información detallada por cada participante en todos los componentes de la atención integral. Se espera que para el año 2020 el funcionamiento de este sistema sea óptimo y permita hacer seguimiento a la primera infancia de la ciudad, con el fin de brindar la mejor información a los procesos de toma de decisiones relacionados con la calidad de vida de los más pequeños.

Cobertura del programa Buen Comienzo

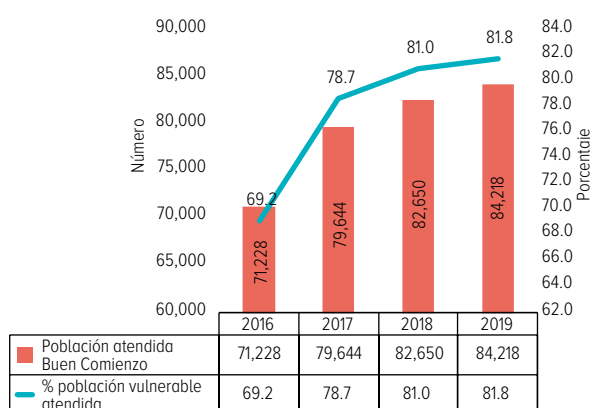
En el marco del Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022 Pacto por Colombia, pacto por la equidad, la atención integral de la primera infancia plantea llegar a 2 millones de niños y niñas con educación inicial en el marco de la atención integral. Esto significa un aumento del 67% frente a la línea base nacional representada en 4.531.719 niños y niñas menores de 6 años, lo que implica a los territorios mejorar las condiciones de infraestructura y capacidad instalada para lograr alcanzar la meta planteada por el Gobierno Nacional.

Adicionalmente, en el marco de la localización de la agenda ODS en el municipio de Medellín, se ha incluido en la meta dos del Objetivo de Desarrollo Sostenible 4, alcanzar una cobertura del programa Buen Comienzo del 90% al año 2030. Ahora bien, en relación

4 Las 3 atenciones priorizadas de más priorizadas por Medellín son: ambiente democrático y participativo, prevención o restablecimiento oportuno de derechos y experiencia de juego, recreación y actividad física.

con el periodo 2012-2015 la cobertura alcanzó para 2015 un 72.5% en cobertura, mientras que en el periodo 2016-2019 la cobertura del programa Buen Comienzo aumentó, pasando de atender 69,2% niños y niñas de primera infancia en el 2016 a 81,8% en el 2019. Entre 2016 y 2019 se experimentó un crecimiento de 12,6pp en el número de niños y niñas atendidos, pasando de 71.228 a 84.218 beneficiarios, respectivamente (véase gráfico 7). En lo que respecta a población migrante, del total de niños y niñas participantes del Programa en el año 2019 el 9% tenían nacionalidad venezolana, lo que representa en términos absolutos un total de 7.243 niños y niñas. Para la modalidad entorno familiar en el año 2019 se atendieron en el Programa un total de 12.954 madres gestantes y lactantes.

Gráfico 7. Medellín: cobertura y número de niños de 0-5 años vulnerables atendidos en Buen Comienzo, 2016-2019



Fuente: Subdirección de Información.DAPM

Como se puede observar en el gráfico 7, la eliminación del puntaje SISBÉN como requisito para hacer parte del Programa en el año 2017 permitió derribar las barreras territoriales y dio acceso al Programa a más niños y niñas. Por otro lado, la apertura de nuevas sedes para las modalidades institucionales generó la posibilidad de aumentar la capacidad y así mismo aumentar la cobertura, pues el Programa pasó de tener 211 centros infantiles en el 2016 a tener 218 en el 2019, igualmente en el 2019 se dio apertura a tres Jardines Infantiles

lo que representó un aumento aproximado de 1.600 cupos.

Ante la ausencia de un sistema de información único que recoja la información de toda la población en primera infancia es complejo responder con certeza cuántos niños y niñas menores de seis años no están siendo atendidos integralmente en la ciudad, no obstante, el sector social implementó en una fase inicial el Sistema de Información que permite visualizar de manera integral al atención de cada participante en todos los componentes de la prestación del servicio, situando un reto para la administración municipal actual, pues cabe resaltar que ya está financiado y entregado al Programa, además de continuar con las actualizaciones pertinentes para garantizar la trazabilidad de la población de primera infancia en todo el territorio tanto a nivel local como nacional.

Por otra parte, teniendo en cuenta el panorama a raíz de la pandemia por COVID-19, se ha demostrado que no asistir a los centros de atención genera efectos negativos en los procesos de aprendizaje (Fundación Éxito, 2020), lo que determina un reto aun mayor, no solo en términos de cobertura sino de calidad en la prestación del servicio. Los efectos del COVID-19 podrían ocasionar un incremento del 5% en la proporción de niños que se encuentran por debajo del nivel mínimo de proficiencia en cuanto a desarrollo cognitivo. En hogares pobres esto podría reforzar el ciclo intergeneracional de pobreza y bajo capital humano (Fundación Éxito, 2020).

Además, preocupa que, dada la naturaleza de los jardines infantiles y la dificultad para mantener normas de distanciamiento en ellos, estén listados entre los últimos lugares que volverán a la presencialidad en Colombia (Fundación Éxito, 2020). Esto intensificaría episodios de estrés en la primera infancia, como ya lo registró Save the Children (2020), en su encuesta realizada en Estados Unidos según la cual el 52% de los niños se sienten aburridos en casa, 34% de los menores se sentían asustado y 22% infelices.

A nivel local, según lo mencionado por la directora del Programa Buen Comienzo en la mesa de trabajo denominada Primera Infancia: ¿Cuáles son los retos para los próximos cuatro años en Medellín?, convocada en el marco del convenio que da lugar a este informe entre Fundación Éxito y Medellín Cómo Vamos, los niños y niñas que pertenecen al Programa han recibido atención virtual y telefónica durante el

periodo de pandemia; no obstante, es importante mencionar que este tipo de atenciones están determinadas por el acceso a conectividad, computador y teléfono fijo o celular. En cuanto a la brecha digital en los territorios de mayor vulnerabilidad, por ejemplo, la zona nororiental de la ciudad registró las mayores proporciones de hogares sin computador y sin acceso a internet (Medellín Cómo Vamos, 2020).

Resultados del Programa Buen Comienzo 15 años acompañando a la primera infancia de Medellín

En el año 2018 la administración municipal a través de la Secretaría de Educación realizó un proceso investigativo para evaluar los efectos del Programa. Se llevó a cabo esta investigación para construir un referente metodológico ofreciendo herramientas para tomar decisiones fundamentadas con relación a la calidad de la educación inicial, el estado nutricional y desarrollo infantil. Al mismo tiempo surgió una articulación con el Banco de la República para analizar las bases de datos de los beneficiarios participantes del Programa Buen Comienzo donde los resultados de los estudios muestran evidencias importantes en el accionar del Programa.

Dos de los resultados más relevantes fueron:

- El área personal social, adaptativa y motora tuvieron un adecuado desarrollo en todos los grupos etarios al contrario del área comunicativa y cognitiva, lo que demuestra que el fortalecimiento pedagógico es en definitiva una realidad para el Programa.
- Los niños y niñas que presentaron mayor exposición en días a la atención integral, mayor fue su desempeño en áreas comunicativas y cognitivas.

Días y semanas de atención en las modalidades de atención del Programa

En Colombia el ente gubernamental encargado de dar lineamientos a la primera infancia es, en gran medida, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, el cual indica que la atención al año va desde 200 hasta 220 días, dependiendo de la modalidad. Como se puede observar en la Tabla 4 en 2017 se dio un

aumento en los días efectivos de atención en todas las modalidades de atención. El cambio más significativo se evidencia para las modalidades institucional 8 horas y jardines infantiles, con 21 y 19 días más en 2019 en relación con el año 2016, respectivamente. De otro lado, la atención en ludotecas, aumentó el número de días frente al año 2016, superando el nivel máximo de atención en el 2018 pasando de 188 días a 206 días para el año 2019, como se puede ver en la Tabla 2.

Tabla 2. Días de atención efectivos en las modalidades de atención del programa Buen Comienzo, 2016-2019

Modalidad	2016	2017	2018	2019
Institucional 8 Horas	198	219	219	219
Jardines Infantiles	200	219	219	219
Ludotecas (5 horas)	188	191	212	206
Gestación y Primer año	-	-	-	-
Entorno Familiar	42	44	40	43
Entorno Comunitario	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 de acuerdo con las firmas del acta de inicio de cada uno de los contratistas.

El año 2018 se consagra como el año, en términos de atención integral, con el máximo nivel de cobertura en días de atención para las modalidades institucionales, a saber: 8 horas, 5 horas y jardines infantiles, traduciéndose en un factor protector de la primera infancia enfocado en el desarrollo, la nutrición y la protección de la niñez (Unicef, 2017).

En contraste la modalidad entorno familiar alcanzó en el 2018 el número de semanas de atención más bajo de la historia del programa Buen Comienzo. Como se evidencia en la tabla 1, la atención a familias gestantes y lactantes tiene en promedio una duración de 43 semanas, aunque en el año 2014 logró su mayor récord de atención con 47 semanas. Es necesario resaltar que las semanas en las modalidades de atención comunitaria y familiar implican la atención de un día de

cada semana, con lo cual, de acuerdo con la Alcaldía de Medellín, los días de atención efectivos por beneficiario se calculan de acuerdo con el número de semanas hábiles dentro de cada contrato.

Es importante resaltar la necesidad de priorizar cambios significativos para esta modalidad, aumentando las semanas de atención y brindando acompañamiento oportuno y de calidad durante todo el periodo de gestación y los dos primeros años, sin interrumpir la prestación del servicio por situaciones contractuales, ya que los primeros 1000 días de vida no dan espera. En este sentido, se recomienda analizar detalladamente el funcionamiento técnico y operación de la modalidad familiar en búsqueda del mejoramiento permanente de la estrategia instalada.

En conclusión, la evaluación de resultados del Programa realizada en el año 2018⁵ evidencia que los niños y niñas que tenían mayor exposición en días a la atención integral, presentaban menores alerta en el desarrollo; según este estudio, es indispensable continuar trabajando en la permanencia de las niñas y los niños en Buen Comienzo, especialmente aquellos de estratos socioeconómicos más bajos, con el fin de disminuir de manera más decidida las brechas de desigualdad existentes en la primera infancia de la ciudad. Lo anterior contrasta con la atención recibida por los niños y niñas que hacen parte del Programa en el marco de la pandemia por COVID-19, pues además de los sesgos en el acceso explicados por las brechas -conectividad y acceso a herramientas tecnológicas-, las limitaciones de la socialización a causa del confinamiento configuran un desafío importante en función del desarrollo de los niños y niñas más vulnerables de la ciudad.

5 (Unicef, 2017)



SALUD

“Unos niños y niñas sanos serán adultos sanos: personas capaces de labrar un futuro mejor para ellos mismos, su comunidad y su país.”

UNICEF, 2020

Según la Organización Mundial de la Salud -OMS-, “la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (Organización Mundial de la Salud, 1946). En la Ley 1804 de 2016 se presenta el vivir y disfrutar del nivel más alto de salud como una de las siete realizaciones expuestas para garantizar el desarrollo integral de las niñas y niños que conforman la primera infancia.

Asimismo, el tercer Objetivo de Desarrollo Sostenible propone garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos durante el ciclo de vida. En relación con la primera infancia, las metas propuestas en este objetivo se concentran en reducir la tasa de

mortalidad materna y poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de cinco años, logrando también reducir la mortalidad neonatal y la de los niños menores de cinco años.

En el CONPES 3918, que contiene la estrategia de implementación de los Objetivos de Desarrollo Sostenible en Colombia, el Gobierno Nacional definió como indicador trazador para el ODS 3 la reducción de la mortalidad materna por cada 100.000 nacidos vivos, desde 53,7 en 2015 hasta 32,0 en 2030. Lo anterior con el fin de focalizar la atención en una meta para propiciar el desarrollo de acciones que permitan el cumplimiento del objetivo. Adicionalmente, se definieron las siguientes metas:

Tabla 3. Colombia: indicadores relacionados con la primera infancia, priorizados en el Conpes 3918 para monitorizar el avance en el cumplimiento del ODS 3

ODS 3. Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades				
Meta	Indicador	Línea base	Meta intermedia	Meta proyectada a 2030
Indicador trazador	Tasa de mortalidad materna por cada 100.000 nacidos vivos	53,7	51,0	32,0
3.1 De aquí a 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos	Porcentaje de partos atendidos por personal calificado	99,0%	99,0%	99,0%
	Porcentaje de nacidos vivos con 4 o más controles prenatales	88,4%	89,0%	93,0%
3.2 De aquí a 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 a 12 por cada 1.000 nacidos vivos y la mortalidad de los niños menores de 5 años al menos a 25 por cada 1.000 nacidos vivos	Tasa de mortalidad neonatal por cada 1.000 nacidos vivos	7,0	6,9	6,0
	Tasa de mortalidad infantil en menores de 1 año (ajustada) por cada 1.000 nacidos vivos	17,1	17,0	14,0
	Tasa de mortalidad en menores de 5 años (ajustada) por cada 1.000 nacidos vivos	18,7	18,0	15,0
3.3 De aquí a 2030, poner fin a las epidemias del SIDA, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades tropicales desatendidas y combatir la hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles	Porcentaje de transmisión materno-infantil de la hepatitis B	n.d.	<10%	<5%
	Porcentaje de transmisión materno-infantil de VIH/SIDA	2,7%	2,7%	2,0%
3.8 Lograr la cobertura sanitaria universal, incluida la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas inocuos, eficaces, asequibles y de calidad para todos	Porcentaje de menores de 1 año con tercera dosis de pentavalente	91,4%	93,0%	95,0%
	Porcentaje niños y niñas de 1 año con vacunación de triple viral	94,0%	94,5%	95,0%

Fuente: elaboración propia con base en documento de anexos del Conpes 3918

Medellín en la construcción de la agenda local para los ODS, incluyó en su batería de indicadores metas asociadas a cada objetivo teniendo en cuenta el contexto específico de

la ciudad. De esta manera, se plantean las siguientes metas relacionadas con la salud de la primera infancia:

Tabla 4. Medellín: indicadores relacionados con la primera infancia, priorizados por Medellín para monitorizar el avance en el cumplimiento del ODS 2

ODS 3. Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades					
Meta	Indicador	Línea base	Meta 2020	Meta 2025	Meta 2030
3.1 De aquí a 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos	Razón de mortalidad materna (por cada 100.000 nacidos vivos)	24,0	20,0	19,0	17,0
	Porcentaje de mujeres gestantes que tienen 4 o más controles pre-natales	93,80%	95,0%	96,0%	98,0%
	Porcentaje de partos con asistencia de personal sanitario	99,8%	99,7%	99,7%	99,9%
3.2 De aquí a 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 a 12 por cada 1.000 nacidos vivos y la mortalidad de los niños menores de 5 años al menos a 25 por cada 1.000 nacidos vivos	Tasa de mortalidad infantil en menores de 1 año por cada 1.000 nacidos vivos	8,3	7,4	7,0	6,8
	Tasa de mortalidad en menores de 5 años por cada 1.000 nacidos vivos	9,6	8,9	8,5	8,3
	Tasa de mortalidad evitable en menores de 5 años	21,2	11,0	10,8	10,0
	Tasa de mortalidad neonatal por cada 1.000 nacidos vivos	5,3	4,5	4,2	3,8
3.3 De aquí a 2030, poner fin a las epidemias del SIDA, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades tropicales desatendidas y combatir la hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles	Razón de transmisión materno-infantil de VIH	2,7	0,1	0	0
3.8 Lograr la cobertura sanitaria universal, incluida la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas inocuos, eficaces, asequibles y de calidad para todos	Coberturas de vacunación en menores de 1 año para el biológico trazador Pentavalente (tercera dosis en menores de un año)	99,3%	95,0%	97,0%	98,0%
	Coberturas de vacunación en niños de 1 año para el biológico trazador SRP	99,10%	95,0%	97,0%	98,0%
Fuente: elaboración propia con base en información de la Subdirección de Información					

Medellín Cómo Vamos analiza el estado de salud de la primera infancia enfocándose en tres aspectos fundamentales para esta

población: la cobertura en salud, la morbilidad y la mortalidad. La primera de ellas se analiza a través del aseguramiento en salud y el

acceso, medido a través de controles prenatales, atención institucional del parto y vacunación. La segunda expone las primeras causas de atención en consulta externa y también en urgencias. La tercera se refiere a la mortalidad materna, perinatal, neonatal, infantil, en la niñez y la causada por EDA e IRA⁶.

Cobertura de los servicios de salud

Para que los niños y niñas puedan disfrutar del nivel más alto de salud es necesario que el Estado garantice la prestación de los servicios de salud, con énfasis en la atención primaria. Entre los elementos esenciales del servicio de salud, contemplados en el Lineamiento Técnico de Salud de la Primera Infancia se incluyen: (1) la disponibilidad, es decir el número suficiente de servicios y programas de salud; (2) la accesibilidad, que se refiere a la capacidad de acceder física y económicamente a los servicios y a la información sobre estos sin ningún tipo de discriminación; (3) la aceptabilidad, entendida como el respeto por la ética médica y la adecuación cultural que deben tener las instituciones y servicios de salud y (4) la calidad, es decir que las instituciones, bienes y servicios de salud sean apropiados médica y científicamente (Comisión Intersectorial para la Atención de la Primera Infancia, 2012).

El ingreso a los servicios de salud parte del hecho de que el niño o niña esté asegurado al Sistema de Salud, ya sea a través del régimen subsidiado o contributivo. Asimismo, el sistema debe garantizar la oferta de programas de promoción de salud, prevención de la

enfermedad y servicios y atención en salud, que deben estar incluidos en el plan de beneficios. Además, sin excepción, el personal de salud tiene el deber de explicar a los menores qué procedimientos les van a hacer de manera amable y sencilla (Comisión Intersectorial para la Atención de la Primera Infancia, 2012, pág. 15).

Aseguramiento en salud

El aseguramiento en salud “es el mecanismo por el cual el niño y niña, incluida su familia, son protegidos o amparados de unos riesgos en salud a través del Plan de Beneficios”, ya sea al régimen subsidiado o contributivo, según la capacidad de pago de sus padres o de quien lo afilia. Ese plan de beneficios está conformado por las actividades y procedimientos que se les brindan a los usuarios con el fin de recuperar o mantener su salud (Comisión Intersectorial para la Atención de la Primera Infancia, 2012, pág. 15 y 16). El plan, para el caso de la primera infancia, contiene a su vez varios planes⁷.

En materia de cobertura del sistema de salud para la primera infancia en Medellín, la ciudad cuenta con la información desagregada en dos grupos: 0 a 2 años y 3 a 5 años. Los datos corresponden a los afiliados a los regímenes contributivo, subsidiado y a la población pobre no asegurada (PPNA). La Secretaría de Salud de Medellín, fuente de los datos, no cuenta con información referente al número de niños y niñas afiliados a regímenes especiales. Como puede observarse en el gráfico 8, a lo largo del período 2016-2019 para los niños de 0 a 2 años el porcentaje de afiliación al régimen subsidiado ha incrementado, no

6 La mortalidad por desnutrición se analiza en el capítulo referente a nutrición infantil y por eso no se incluye en este capítulo.

7 Los planes y su descripción están también basados en lo estipulado en el Lineamiento Técnico en salud para la primera infancia de la Comisión Intersectorial para la Atención de la Primera Infancia.

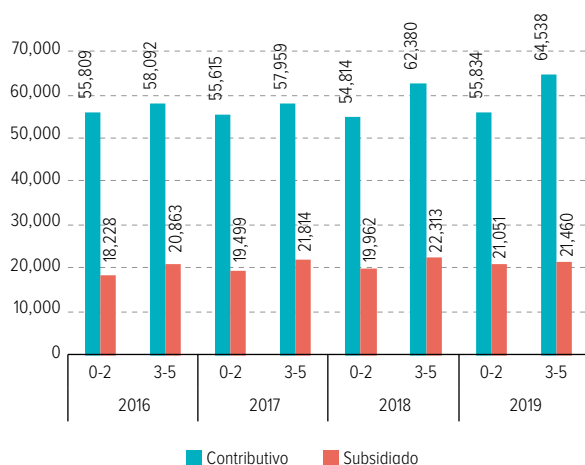
obstante, para el régimen contributivo se ha mantenido. Para los de 3 a 5 años, la afiliación tanto del régimen contributivo o subsidiado ha aumentado. En términos porcentuales el régimen contributivo aumentó entre el 2016 y 2019 8,2pp pasando de 64,6% a 72,7% para los niños de 3 a 5 años y para los niños de 0 a 2 años incrementó 3,3pp pasando de 20,7% a 24,0%.

En efecto, considerando únicamente como universo cubierto a la población con régimen subsidiado y a la que tiene régimen contributivo, ya que no se cuenta con el dato de la población cubierta por regímenes especiales, se observa que la cobertura del sistema de salud para la primera infancia ha aumentado. El incremento en la cobertura del sistema de salud para la primera infancia es positivo, en la medida que implica que hay una mayor proporción de menores amparados frente a los riesgos en salud contemplados en el plan de beneficios.

La agenda 2030 a nivel nacional y local contempla, para el tercer ODS, metas asociadas al incremento de la cobertura del sistema de salud para la totalidad de la población, no específicamente para la primera infancia. En el caso de Medellín se le apunta a una cobertura de 98,5% a 2030 y en Colombia a 99%.

Gráfico 8.

Medellín: afiliación al Sistema de salud por tipo de régimen para los rangos etarios 0-2 años y 3-5 años, 2016-2019



Fuente: elaboración propia con base en información provista por la Subdirección de Información

Acceso a los servicios de salud

Controles prenatales

«Necesitamos enfoques de atención prenatal innovadores, basados en la evidencia, cuyo objetivo es situar las mujeres al centro de la atención, mejorar la experiencia que tienen del embarazo y garantizar que los bebés tengan el mejor comienzo posible en la vida»

Ban Ki-moon, Secretario General de las Naciones Unidas

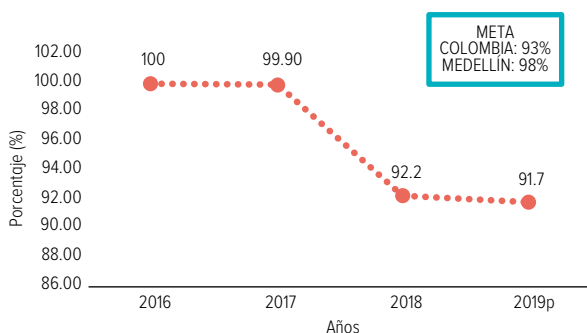
La Organización Mundial de la Salud (OMS) cataloga a las mujeres en gestación en dos grupos: las que no presentan patologías médicas, complicaciones o factores de riesgo y las que tienen alguna condición especial que debe monitorearse particularmente. Para el primer grupo de ellas se propone un esquema básico integrado por cuatro visitas al sistema de salud. Para las gestantes el acompañamiento médico les permite acceder a cuidados, servicios e información que son vitales para su salud y la del bebé que viene en camino. Estas visitas son denominadas controles prenatales, y es allí donde la familia recibe orientación frente al proceso de gestación, síntomas y signos de alarma que deben tener presentes durante este periodo y en el momento del nacimiento, de igual manera en estos espacios el profesional evalúa e identifica posibles problemas nutricionales (OMS, 2020).

En Colombia, la adherencia a estas visitas se mide como el porcentaje de nacimientos que contaron con 4 o más asistencias a controles prenatales. A 2015, el 88,4% de los nacimientos asistieron a 4 o más controles prenatales. La meta planteada en los ODS para este indicador es que a 2030 se ubique en 93%. Por su parte, la ciudad de Medellín trazó en los ODS conseguir la meta de 98% en 2030.

No obstante, entre 2016 y 2019, este porcentaje disminuyó considerablemente, pasando de 99,9% a 91,7%, lo que significó en términos absolutos pasar de 28.208 nacidos vivos con cuatro o más controles prenatales, a 24.872 (ver gráfico 9).

Esta reducción es preocupante, en cuanto como se mencionó previamente, las consultas prenatales juegan un papel preponderante tanto en la salud de la madre como en la salud de su hijo. En este sentido, esta variable es transversal a otras variables de resultado asociadas a la salud de los niños y la madre al momento del nacimiento. El bajo peso al nacer y la mortalidad materna y perinatal pueden estar influenciadas por la adherencia que tienen las madres a la asistencia a los controles prenatales. Por ende, es importante identificar las causas de esta reducción, en tanto puede detonar comportamientos negativos de otros indicadores clave en el desarrollo de la primera infancia. Otro aspecto para tener en cuenta es que, durante la pandemia, las madres podrían también interrumpir la asistencia a controles prenatales por temor a contagio. Esto posiblemente tendrá implicaciones negativas tanto en el comportamiento de la variable en cuestión, como de asociadas a la salud niño al momento del nacimiento, como el bajo peso al nacer, talla al nacer, entre otras.

Gráfico 9. Medellín: porcentaje de nacidos vivos con cuatro controles prenatales o más, 2016-2019



Nota: cifras preliminares para 2019 con corte a 31 de diciembre de ese año
Fuente: elaboración propia con base en datos de la 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.

Respecto a este tema, Medellín Cómo Vamos consultó a la administración municipal la causa del decrecimiento de este indicador en el periodo mencionado. La Alcaldía de Medellín señala que han sido varios factores los que han determinado este comportamiento, a saber: (i) incremento de la población migrante venezolana, que no asiste a los centros asistenciales al control prenatal sino en el momento del parto o nacimiento, esto ocurre por desconocimiento o porque se cree que hay que pagar los controles, adicionalmente, de estas madres gestantes se desconoce con exactitud la evolución de controles prenatales realizados en su país de origen; (ii) el incremento de personas migrantes eleva la demanda de los servicios de salud, que en muchas ocasiones no está preparada desde la oferta de los servicios; y (iii) los cambios en las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios -EAPB, que pudieron dejar población gestante descubierta mientras otra EPS o la nueva red de servicios las acogía.

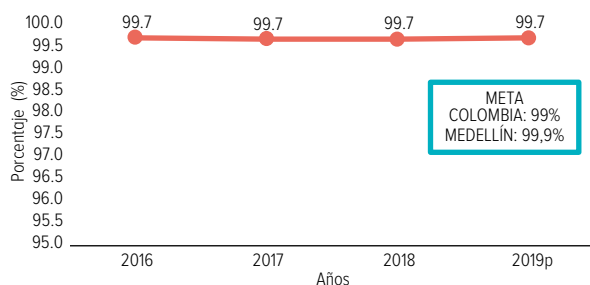
Atención institucional del parto

Para disminuir los riesgos para la gestante y el bebé es fundamental que el parto cuente con la atención de personal calificado, que incluye médicos y enfermeras, esto influye y conduce a reducir los riesgos de enfermedad y muerte, tanto de ella como del bebé y, en caso de que ocurra una complicación, atenderla oportuna y adecuadamente (Medellín Cómo Vamos, 2018).

En Colombia, los datos más de estadísticas vitales del DANE a 2018, muestran que el 88,3% de los nacimientos en el país son atendidos por personal calificado (Medellín Cómo Vamos, 2018). Para Medellín, se evidencia en el gráfico 10 que durante los últimos cuatro años la atención institucional del parto se ha mantenido en 99,7% garantizando que el acceso a la cobertura de este servicio prioritario para las gestantes sea oportuno. El comportamiento de este dato en Medellín es clave, pues

garantiza que las madres están recibiendo al momento del parto, atención especializada, lo que reduce la probabilidad de muerte tanto materna como infantil.

Gráfico 10. Medellín: atención institucional del parto, 2016-2019



Nota: cifras preliminares para 2019 con corte a 31 de diciembre de ese año.
Fuente: elaboración propia con base en datos de la 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.

Vacunación

La vacunación es la intervención más eficiente en términos de costo y beneficios en la salud de los niños de primera infancia, este procedimiento es fundamental para la prevención de las muertes de esta población, de

acuerdo con Unicef, por cada dólar invertido en la vacunación de la infancia se obtiene un beneficio económico de \$44 dólares referido a ahorros en costos médicos y pérdidas de productividad (Medellín Cómo Vamos, 2018).

En el mundo mueren aproximadamente 1,5 millones de niños que no logran ser vacunados, sin embargo, las vacunas impiden la muerte de 2 a 3 millones de niño por año. El sistema inmunológico de los niños en primera infancia está en desarrollo por lo tanto retrasar o no aplicar las vacunas correspondientes para la edad de cada niño o niña lo hace más vulnerable.

Para ampliar las coberturas de vacunación, existe una estrategia desarrollada por organismos multilaterales y las naciones del mundo llamada Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), su objetivo es reducir las tasas de morbilidad y mortalidad ocasionadas por enfermedades inmunoprevenibles y erradicar esas enfermedades (Ministerio de Salud y Protección Social). A continuación, se muestra el esquema obligatorio para la primera infancia en el país:

Tabla 5. Colombia: esquema de vacunación para la primera infancia

Edad	Vacuna		Enfermedad que previene	Dosis
Recién nacido	Antituberculosa - BCG		Meningitis tuberculosa	Única
	Hepatitis B		Hepatitis B	De recién nacido
A los 2 meses	PENTAVA-LENTE	Difteria - tos ferina - tétanos (DPT)	Difteria - tos ferina - tétanos	Primera
		<i>Haemophilus influenzae</i> tipo b (Hib)	Meningitis y otras enfermedades causadas por <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b	
		Hepatitis B	Hepatitis B	
	Polio		Poliomielitis	Primera
	Rotavirus		Diarrea por rotavirus	Primera
	Neumococo		Neumonía, otitis, meningitis y bacteremia	Primera

Tabla 5. Colombia: esquema de vacunación para la primera infancia

Edad	Vacuna		Enfermedad que previene	Dosis
A los 4 meses	PENTAVA-LENTE	Difteria - tos ferina - tétanos (DPT)	Difteria - tos ferina - tétanos	Segunda
		<i>Haemophilus influenzae</i> tipo b (Hib)	Meningitis y otras enfermedades causadas por <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b	
		Hepatitis B	Hepatitis B	
	Polio		Poliomielitis	Segunda
	Rotavirus		Diarrea por rotavirus	Segunda
	Neumococo		Neumonía, otitis, meningitis y bacteremia	Segunda
A los 6 meses	PENTAVA-LENTE	Difteria - tos ferina - tétanos (DPT)	Difteria - tos ferina - tétanos	Tercera
		<i>Haemophilus influenzae</i> tipo b (Hib)	Meningitis y otras enfermedades causadas por <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b	
		Hepatitis B	Hepatitis B	
	Polio		Poliomielitis	Tercera
	Influenza estacional		Enfermedad respiratoria causada por el virus de la influenza	Primera
A los 7 meses	Influenza estacional*		Enfermedad respiratoria causada por el virus de la influenza	Segunda
A los 12 meses	Sarampión - Rubeola - Paperas (SRP)		Sarampión - Rubeola - Paperas	Única
	Varicela		Varicela	Única
	Neumococo		Neumonía, otitis, meningitis y bacteremia	Refuerzo
	Hepatitis A		Hepatitis A	Única
A los 18 meses	Difteria - tos ferina - tétanos (DPT)		Difteria - tos ferina - tétanos	Primer refuerzo
	Polio		Poliomielitis	Primer refuerzo
	Fiebre Amarilla (FA)		Fiebre amarilla	Única
A los 5 años	Difteria - tos ferina - tétanos (DPT)		Difteria - tos ferina - tétanos	Segundo refuerzo
	Polio		Poliomielitis	Segundo refuerzo
	Sarampión - Rubeola - Paperas (SRP)		Sarampión - Rubeola - Paperas	Refuerzo
* Aplicar una dosis de refuerzo de influenza estacional entre los 12 y los 23 meses de edad				
Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social				

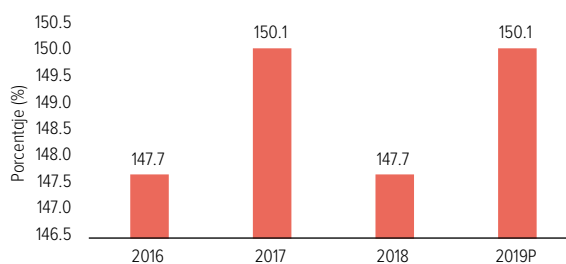
A continuación, se presentan los datos de cobertura para los cuatro biológicos trazadores⁸, en el monitoreo de las coberturas de vacunación, que son las vacunas, antituberculosa (BCG), pentavalente (DTP), antipolio y triple viral (SRP).

Vacuna antituberculosa (BCG)

La vacuna antituberculosa debe aplicarse, idealmente, al momento del nacimiento. Su eficacia depende de factores como métodos y rutas de administración junto con las características demográficas de la población vacunada. En general, se estima que tiene una efectividad en el rango de 60% a 80% para las formas más graves de tuberculosis y una efectividad global de 50% para la tuberculosis pulmonar.

Según el Ministerio de Salud, en Colombia la cobertura para este biológico entre 2016 y 2019 pasó de 88,3 % a 89,9%. En cuanto a Medellín, como puede verse en el gráfico 11, la cobertura para esta vacuna supera el 100% en la ciudad, lo que puede explicarse por el hecho de que la vacuna debe aplicarse antes del egreso hospitalario del recién nacido, de manera que es probable que en la ciudad se estén atendiendo partos de mujeres que residen en otros municipios del Área Metropolitana del valle de Aburrá, por lo que la población vacunada resulta siendo superior a la población en el rango etario de interés. Ni en la agenda nacional ni en la local para 2030 hay metas relacionadas con la tasa de cobertura para esta vacuna.

Gráfico 11. Medellín: cobertura de vacuna BCG (antituberculosa), 2016-2019



Nota: cifras preliminares para 2019 con corte a 31 de diciembre de ese año.
Fuente: elaboración propia con base en datos de la 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.

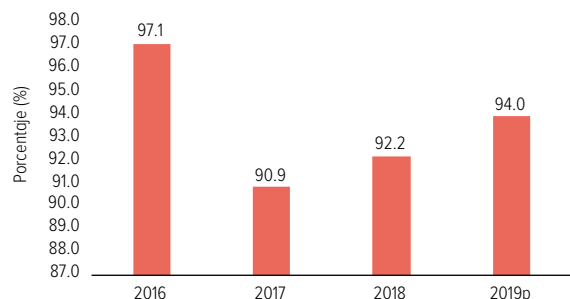
Vacuna pentavalente

La vacuna pentavalente se utiliza en Colombia desde el año 2001, este biológico incluye las vacunas contra difteria, tos ferina, tétanos, hepatitis B y Haemophilus influenzae. La pentavalente debe aplicarse a los dos, a los cuatro y a los seis meses y no tiene refuerzo. De los seis meses en adelante, los refuerzos que se aplican son los correspondientes a la vacuna DPT – incluida en la pentavalente – que, idealmente deben suministrarse a los 18 meses y a los cinco años.

La meta fijada al 2030 es de 98%, como se refleja en el gráfico 12 la cobertura de este biológico ha disminuido entre el 2016 y el 2019, no obstante, la tendencia muestra que no se está avanzando para alcanzar dicha meta.

8 Un indicador trazador es aquel que se selecciona para evaluar un grupo mayor de variables, de las cuales se consideran representativos porque permiten tener una idea de un conjunto mayor de procesos y hechos **Fuente especificada no válida**. Para el caso de la agenda ODS en Colombia, la idea es enfocar la atención en el indicador trazador de cada objetivo, monitorizando su avance y movilizando acciones que permitan dar cumplimiento al ODS correspondiente.

Gráfico 12. Medellín: cobertura de vacuna DPT en menores de un año, 2016-2019



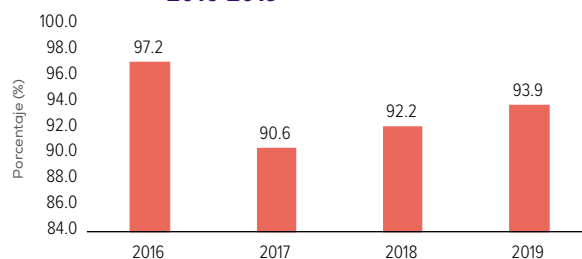
Nota: cifras preliminares para 2019 con corte a 31 de diciembre de ese año.
Fuente: elaboración propia con base en datos de la Subdirección de Información, DANE, Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Procesado por la Unidad de Gestión de la Información y el Conocimiento, Secretaría de Salud de Medellín.

Vacuna antipolio

Existen en Colombia dos tipos de vacunas contra la poliomielitis: una para administración oral, llamada VOP (tipo Sabin), y otra parenteral, es decir que se administra por vía distinta a la digestiva, como la intravenosa, la subcutánea o la intramuscular, llamada VPI (tipo Salk). La vacuna oral confiere inmunidad de por vida al 95% de los niños que han recibido las tres dosis (Ministerio de Salud y Protección Social). La primera dosis debe aplicarse idealmente a los dos meses, la segunda a los cuatro, la tercera a los seis y se debe complementar con dos refuerzos: uno a los 18 meses y otro a los 5 años (Medellín Cómo Vamos, 2018).

El ideal con este biológico es que mantenga una cobertura mayor al 95%, con al menos tres dosis en niños menores de un año. En Medellín para esta población se presentó una disminución en el periodo 2016 – 2019, presentando una cobertura del biológico en el 2016 de 97,2% y finalizando el cuatrienio con una cobertura total de 93,9%. De esta manera, hubo una diferencia en la cobertura de 3,3 pp como se aprecia en el gráfico 13. Ni en la estrategia nacional ni en la local para el cumplimiento de los ODS hay metas relacionadas con la cobertura de vacunación contra el polio.

Gráfico 13. Medellín: Cobertura de vacunación Antipolio - en menores de un año. 2016-2019



Fuente: elaboración propia con base en datos del Ministerio de Salud y Protección Social, Dirección de Promoción y Prevención / Inmunoprevenibles - Programa PAI

Medellín Cómo Vamos consultó a la administración municipal acerca de la disminución en la cobertura de la vacunación antipolio en menores de un año. Ante esto, la Alcaldía de Medellín afirma que existen brechas en el seguimiento a las cohortes por parte de las EAPB, de otro lado, el PAI municipal en 2017 de concentró en los esfuerzos en la alerta por sarampión y por último, los esquemas de vacunación de los niños que tienen más de un año, no suman a coberturas como la que se mide a través de este indicador.

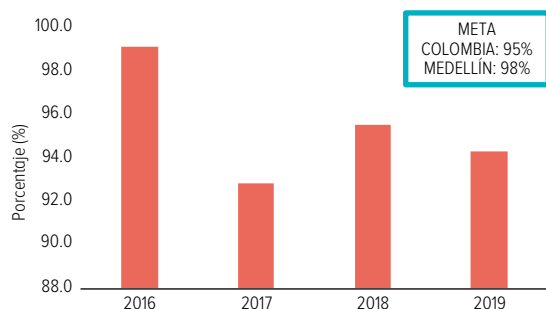
Vacuna triple viral (SRP)

La vacuna triple viral (SRP) protege contra el sarampión, la rubeola y la parotiditis. Según el esquema del PAI, se debe aplicar una dosis única a los 12 meses y un refuerzo a los cinco años. La eficacia reportada de la vacuna es de 95% contra el sarampión y la parotiditis y de 98% contra la rubeola, si es aplicada a los 12 meses de edad.

La cobertura para la vacuna SRP correspondiente a la dosis única en Colombia fue de 92,6% en 2016 y luego ascendió a 94,5% en 2019. Por otro lado, en Medellín, para 2016 la cobertura de la dosis única se ubicó en 99,2%, es decir, la cobertura más alta de todo el cuatrienio. De ahí en adelante existe una variación apreciable. En el 2017 cayó a 92% y luego aumentó hasta llegar a 94,4% para el año 2019. En cuanto a las metas formuladas para el 2030, en el país se pretende lograr una cobertura de 95% para la dosis única que se debe suministrar

a los niños y niñas de 12 meses. Por su parte, Medellín le apunta a una cobertura de 98% para la misma dosis, (véase gráfico 14).

Gráfico 14. Medellín: Cobertura de vacunación Triple Viral -SRP- en niños con un año de edad. 2016-2019



Fuente: elaboración propia con base en datos del Ministerio de Salud y Protección Social, Dirección de Promoción y Prevención / Inmunoprevenibles - Programa PAI

La cobertura de vacunación en Medellín en términos generales disminuyó en el periodo 2016 - 2019, con una reducción de aproximadamente 5pp en la cobertura de estos biológicos, no obstante, en el 2016 se había logrado la meta planteada en la agenda ODS en para el 2016. En este sentido las acciones del gobierno local deben estar enmarcadas en estrategias y planes operacionales para colmar brechas de inmunización y hacer llegar a todos los niños y niñas las vacunas que los protegen contra enfermedades.

MORBILIDAD

En Medellín se cuenta con información sobre las principales causas de atención en consulta externa y urgencias para la primera infancia, desagregada en los grupos de edad de 0 a 2 años y de 3 a 5 años.

En 2019, para el grupo de los niños y niñas entre 0 y 2 años, la primera y segunda causa de atención en consulta estaban relacionadas con problemas respiratorios, como puede verse en el gráfico 15. En general, de las diez causas consideradas, vale la pena resaltar que cuatro corresponden a enfermedades del sistema respiratorio, sumando el 20% de

las consultas registradas: rinofaringitis aguda, con 12,6% de los casos, ubicándose en primer lugar y registrando para 2019 una participación en valores absolutos de 32.400 niños y niñas. Las otras enfermedades de este tipo en el listado fueron la bronquiolitis aguda, con 4,8% de los casos, ubicándose en segundo lugar; infecciones agudas de las vías respiratorias, con 1,9 % de los casos, ocupando el octavo lugar, seguida por el asma, con 1,6% de los casos, en noveno lugar. En cuanto a las otras causas reportadas se refieren problemas del sistema digestivo de origen infeccioso, fiebres y crecimiento fetal lento. En términos generales, las diez primeras causas de atención en consulta externa se han mantenido invariables entre 2016 y 2019, (ver gráfico 15).

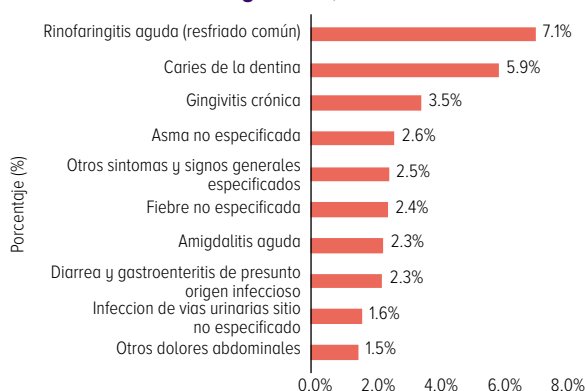
Gráfico 15. Medellín: principales causas de atención en consulta externa para los niños y niñas entre 0 y 2 años, 2019



Fuente: elaboración propia con base en datos provistos por la Subdirección de Información - Alcaldía de Medellín. Fuente: Sismaster RIPS 2015-2019

Con respecto a las causas de atención en urgencias para ese mismo grupo de edad, se observan en el gráfico 16 similitudes con las reportadas para consulta externa. nuevamente, resaltan las afecciones al sistema respiratorio, que justificaron cerca de 12% de las consultas por urgencias para los niños y niñas de 0 a 2 años. Otras de las enfermedades que aparecen, como puede verse en el gráfico 16, fueron: fiebre, afecciones del sistema digestivo de presunto origen infeccioso y enfermedades virales.

Gráfico 16. Medellín: principales causas de atención en urgencias para los niños y niñas entre 0 y 2 años, 2019



Fuente: elaboración propia con base en datos provistos por la Subdirección de Información - Alcaldía de Medellín. Fuente: Sismaster RIPS 2015-2019

Por su parte, para el grupo de 3 a 5 años, las causas de atención en consulta externa presentan algunas semejanzas con el grupo de 0 a 2 años, como es el caso de las enfermedades del sistema respiratorio que, para este caso, representaron 24,5%. Adicionalmente, se reportaron afecciones del sistema digestivo, fiebres y vomito como puede verse en el gráfico 17.

Gráfico 17. Medellín: principales causas de atención en consulta externa para los niños y niñas entre 3 y 5 años, 2019



Fuente: elaboración propia con base en datos provistos por la Subdirección de Información - Alcaldía de Medellín. Fuente: Sismaster RIPS 2015-2019

En cuanto a las causas de atención en urgencias, de nuevo las enfermedades de tipo respiratorio respondieron aproximadamente por dos de cada diez consultas, acompañadas de fiebre, diarrea y gastroenteritis y dolor abdominal como se aprecia en el gráfico 18.

Gráfico 18. Medellín: principales causas de atención en urgencias para los niños y niñas entre 3 y 5 años, 2017



Fuente: elaboración propia con base en datos provistos por la Subdirección de Información - Alcaldía de Medellín. Fuente: Sismaster RIPS 2015-2019

El factor común de la morbilidad en los anteriores indicadores apunta a las enfermedades de tipo respiratorio como preponderantes sobre las demás patologías. En este sentido, vale la pena recalcar que en Medellín y la región metropolitana, la calidad del aire es un asunto que afecta la calidad de vida de la ciudadanía por tener consecuencias sociales, ambientales y especialmente, tener efectos sobre la salud. Según estudios realizados por el Área Metropolitana del Valle de Aburrá⁹, en alianza con la Facultad de Salud Pública de la Universidad de Antioquia que buscan establecer relaciones entre la contaminación atmosférica y la salud de los

9 Los estudios completos en materia de calidad del aire realizados por el AMVA se pueden encontrar en: <https://www.metropol.gov.co/ambiental/calidad-del-aire/Paginas/Biblioteca-aire.aspx>

ciudadanos del Valle de Aburrá, se ha encontrado que, en el corto plazo, un incremento de 10 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ de agentes contaminantes del aire como PM10 y PM2.5 incrementa el riesgo de enfermedad respiratoria en niños y niñas menores de 5 años.

De otro lado, En cuanto al análisis global para el Valle de Aburrá, de acuerdo con la respuesta del AMVA a Medellín Cómo Vamos, es sólida la evidencia de los efectos de los tres contaminantes (PM10, PM2.5 y O3) sobre enfermedades respiratorias en menores de 5 años. Para el agregado de los 9 municipios con resultados válidos (sólo en Barbosa no los hay), en este grupo de edad los incrementos de 10 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ en PM10 aumentan significativamente en 6 % los casos de dicha enfermedad el mismo día de la exposición; estos casos también se incrementan significativamente en 12,8 % con una exposición acumulada de 15 días. En el caso de la exposición a PM2.5 el mismo día, se evidenciaron aumentos de 9 % y 25 % para el rezago de 15 días en los casos de enfermedad respiratoria por incrementos de 10 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ en el contaminante.

MORTALIDAD

Mortalidad materna

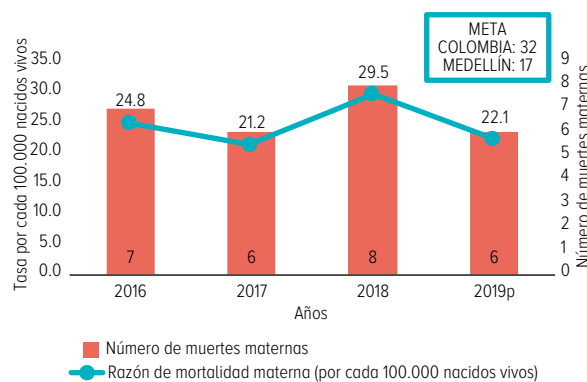
La Organización Mundial de la Salud define la defunción materna como «la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independiente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales».

La mortalidad materna acarrea múltiples consecuencias tanto para las madres como para sus hijos, por lo que se constituye en un problema fundamental para la primera infancia. Por ejemplo, autores como Finlay et

al (2015) identifican que la probabilidad de supervivencia en los niños se reduce cuando la madre muere en los primeros días después del parto. Además, se corta el ciclo de lactancia materna, lo que podría tener consecuencias negativas a largo plazo en el desarrollo físico y psicológico de los niños.

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), cada día mueren en todo el mundo unas 830 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto; en 2015 se estimaron 303.000 muertes maternas en todo el mundo. En Colombia, Según la información reportada por el DANE en el año 2016, la Razón de Mortalidad Materna en Colombia fue de 73,5 por cada 100.000 nacidos vivos. En cuanto a Medellín, el indicador ha mostrado un comportamiento poco estable en el período 2016-2019, con un aspecto positivo relacionado con la reducción entre 2010 y 2019 de una tasa de 29.5 muertes a una de 22.1. (Ver gráfico 19).

Gráfico 19. Medellín: razón de mortalidad materna por cada cien mil nacidos vivos, 2016-2019

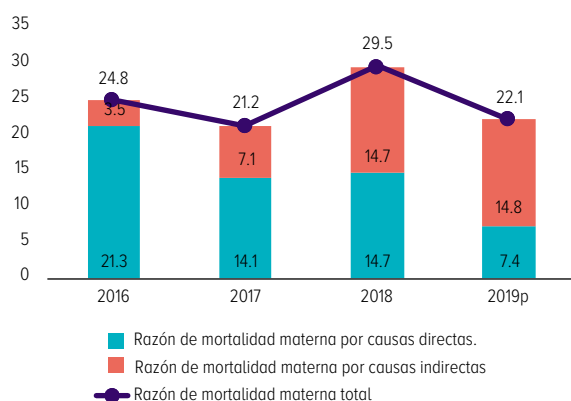


Nota: cifras preliminares para 2019 con corte a 31 de diciembre de ese año.
Fuente: elaboración propia con base en datos de la Subdirección de Información, DANE, Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Procesado por la Unidad de Gestión de la Información y el Conocimiento, Secretaría de Salud de Medellín.

Medellín Cómo Vamos le preguntó a la administración municipal por las causas de las muertes maternas en los dos últimos años del periodo 2016-2019. Según la Alcaldía de Medellín, en 2018, en total ocho madres gestantes perdieron la vida, de estas, cuatro por

causas indirectas (complicaciones no obstétricas), una por causa desconocida y tres por causas directas (relacionadas con el embarazo): hemorragia obstétrica, trastornos hipertensivos del embarazo, parto y puerperio y una sepsis relacionada con el embarazo. En 2019, disminuyó la cantidad de madres gestantes que perdieron la vida, con 7 casos. De estos, 2 fueron por causas indirectas y 5 por causas directas: uno por hemorragia obstétrica, dos por trastornos hipertensivos del embarazo, parto y puerperio, y un embarazo terminado en aborto.

Gráfico 20. Medellín: razón de mortalidad materna total, por causas directas y por causas indirectas, 2016-2019



Nota: cifras preliminares para 2019 con corte a 31 de diciembre de ese año.
Fuente: elaboración propia con base en datos de la 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.

Entre las gestiones que adelanta la Secretaría de Salud para prevenir estas muertes se destacan la capacitación a profesionales de la salud en atención integral materno infantil para mejorar la calidad en la atención de las gestantes en el control prenatal y el parto, seguimiento de los casos de enfermedad severa y complicaciones de las mujeres embarazadas, desarrollando planes de mejora con los prestadores y los aseguradores.

La contingencia actual puede impedir que la tendencia decreciente se sostenga en el corto plazo. Esto a razón de que, en el contexto de la pandemia, los servicios de

atención prenatal pueden estar siendo afectados, impidiendo que las madres gestantes acudan a los servicios de salud ya sea por decisión propia (por temor a contagio) o por restricciones en la atención. Si la asistencia a controles prenatales efectivamente se reduce por alguna de estas razones, es factible intuir que las muertes maternas podrían incrementarse. No obstante, vale la pena resaltar que la tasa de mortalidad materna por causas directa entre 2016 y 2019 pasó de 21.3 muertes por cada 100.000 nacidos vivos a 7.4 muertes por cada 100.000 nacidos vivos. Esta reducción es mucho más pronunciada si se compara con la que se dio en la tasa de mortalidad general (gráfico 20). Esto es importante, dado que las muertes por mortalidad materna por causas directas son más sensibles a ser evitadas por medio de los controles prenatales.

Colombia, en la agenda de los ODS 2030 plantea reducir la razón de mortalidad materna por cada 100.000 nacidos vivos a 32, por su parte Medellín ha fijado una meta al 2030 de 17, por lo tanto, si la tendencia se revierte a razón del COVID-19, por ejemplo, será más difícil para la ciudad cumplir la meta fijada para el 2030.

Mortalidad perinatal y neonatal tardía

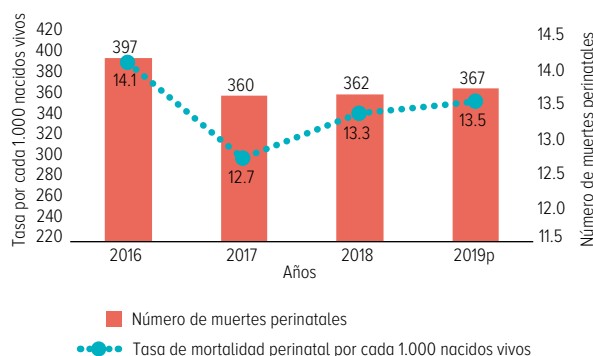
Según la Organización Mundial de la Salud y la Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima versión (CIE 10) la mortalidad perinatal se refiere a las mortalidades que ocurren desde las 22 semanas completas (154 días después de la gestación) y termina a los siete días después del nacimiento. La mortalidad neonatal hace referencia a los recién nacidos que fallecen antes de alcanzar los 28 días de vida. Estas muertes son consideradas indicadores universales tanto de condiciones de vida y desarrollo humano, como de la calidad y acceso a los servicios de salud. (Instituto Nacional de Salud, 2017, pág. 4).

En el mundo durante el 2017, unos 2,5 millones de niños murieron en su primer mes de vida; aproximadamente 7000 recién nacidos cada día, 1 millón en el primer día de vida y cerca de 1 millón en los 6 días siguientes. Estas cifras dan cuenta de la vulnerabilidad de los niños y niñas durante el período de gestación y los primeros días de vida. Para lograr progresos rápidos en lo concerniente a la supervivencia, la salud y el bienestar de los recién nacidos es preciso mejorar la calidad de la atención y asegurar la disponibilidad de servicios de salud de calidad para los recién nacidos pequeños y enfermos. Lo incomprensible es que dos de tres casos de este tipo de mortalidad son evitables a través de la implementación de medidas simples como es el caso de controles por parte de profesionales de salud especializados a través de visitas domiciliarias el primer y tercer día de la primera semana de nacimiento para fomentar la lactancia materna, informar sobre la temperatura ideal a la que se debe mantener al bebé, educar sobre la higiene que debe recibir el recién nacido, fomentar el registro y la vacunación oportunos y examinar al bebé para ver si tiene alguna condición especial que requiera cuidados profesionales (Organización Mundial de la Salud, 2019) (Medellín Cómo Vamos, 2018).

En Colombia, para el año 2019 la razón de mortalidad perinatal y neonatal tardía fue de 15,1 muertes por 1.000 nacidos vivos (Instituto Nacional de Salud, 2020). Para Medellín la mortalidad por afecciones en el período perinatal se ha mantenido baja y constante. Sin embargo, entre 2016 y 2019, se produjeron cerca de 372 muertes en promedio anual. Como se observa en el gráfico 21, la tasa de mortalidad perinatal presentó un leve aumento entre en el período 2017-2019, pasando de 12,7 por cada 1.000 nacidos vivos, asociada a 360 casos, hasta 13,5, es decir 367 casos. Durante todo el periodo del 2016 al 2019 la reducción

de las muertes fue de un 4%. Ni en el plano nacional ni en el local se fijaron metas con horizonte 2030 para este indicador.

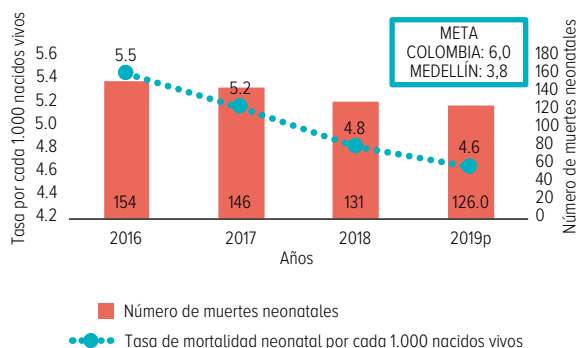
Gráfico 21. Medellín: tasa de mortalidad perinatal por mil nacidos vivos, 2016-2019



Nota: cifras preliminares para 2019 con corte a 31 de diciembre de ese año. Fuente: elaboración propia con base en datos provistos por la Subdirección de Información. Para el período 2012-2017 la fuente es el DANE, Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Procesado por la Unidad de Gestión de la Información y el Conocimiento, Secretaría de Salud de Medellín.

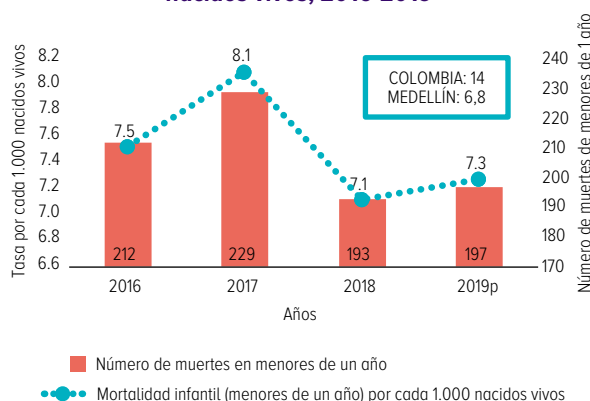
En lo que concierne a la mortalidad neonatal tardía, la ciudad ha presentado una tendencia descendente desde 2016, pasando de 5,5 por cada 1.000 nacidos vivos en ese año, con 154 casos asociados, a 4,6 casos por cada 1.000 nacidos vivos, es decir, 126 casos asociados para el año 2019, (ver gráfico 22). En el caso de este tipo de mortalidad, tanto el país como la ciudad priorizaron metas para cumplir a 2030. En el caso de Colombia, la meta es llevar el indicador a 6,0 casos por cada 1.000 nacidos vivos en 2030, lo que implicaría una reducción del 14% partiendo de la tasa registrada para 2019 que fue 7,0 casos por cada 1.000 nacidos vivos. Por su parte, la ciudad de Medellín le apunta a disminuir el indicador hasta 3,8 casos por cada 1.000 nacidos vivos en 2030. La reducción sistemática en este indicador es una noticia positiva para la ciudad e indica buenas prácticas en la atención prenatal y durante el parto. No obstante, es necesario establecer mecanismos de prevención durante la pandemia, especialmente en torno a la atención prenatal.

Gráfico 22. Medellín: tasa de mortalidad neonatal por mil nacidos vivos, 2016-2019



Nota: cifras preliminares para 2019 con corte a 31 de diciembre de ese año. Fuente: elaboración propia con base en datos provistos por la Subdirección de Información. Para el período 2012-2017 la fuente es el DANE, Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Procesado por la Unidad de Gestión de la Información y el Conocimiento, Secretaría de Salud de Medellín.

Gráfico 23. Medellín: tasa de mortalidad infantil (menores de un año) por cada mil nacidos vivos, 2016-2019



Nota: cifras preliminares para 2017 con corte a 31 de diciembre de ese año. Fuente: elaboración propia con base en datos de la 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 infantil (menores de un año)

La mortalidad en menores de un año, denominada mortalidad infantil, es la cantidad de fallecimientos de menores de un año por cada 1.000 nacidos vivos. Semejante a las muertes maternas, perinatales y neonatales, la mortalidad en los menores de un año es, en general, evitable, pues el indicador está asociado a condiciones de salud y desarrollo. En los últimos 20 años este tipo de mortalidad ha presentado una tendencia descendente a nivel global, aunque no logró disminuir al ritmo propuesto en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) ODM a 2015, lo cual hizo necesaria su renovación en el ODS número tres. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019).

La mortalidad para este grupo de edad ha descendido en Colombia en los últimos años, según Así Vamos en Salud para el 2016 la tasa se ubicó en 11,2 por cada 1.000 nacidos vivos, hasta llegar a 8,4 en 2019. En Medellín, se ha observado una tendencia poco estable, en el 2016 la tasa se ubicó en 7,5 por cada 1.000 nacidos vivos, hasta llegar a 7,3 en 2019, con 197 casos de muertes de menores de un año asociados. Para 2017 el indicador había aumentado hasta 8,1, con 229 casos asociados, (ver gráfico 23).

Para este tipo de mortalidad, el país y la ciudad han priorizado metas en la agenda 2030. En el caso de Colombia, el objetivo era reducir el indicador hasta 14 por cada 1.000 nacidos vivos, no obstante, en el 2019 ya se había cumplido la meta proyectada para el 2030. Por su parte Medellín, contempla una meta en la tasa de cada 1.000 nacidos vivos de 6,8 en 2030. Según el informe de Calidad de Vida de Medellín, 2016 – 2019 de mantenerse la tendencia de los últimos 5 años no se cumpliría la meta que fijó la ciudad mediante su agenda ODS local, aunque este disminuyendo, la tasa a la que lo está haciendo no es la mitad de la variación necesaria para alcanzar el objetivo planteado.

Mortalidad en la niñez (menores de cinco años)

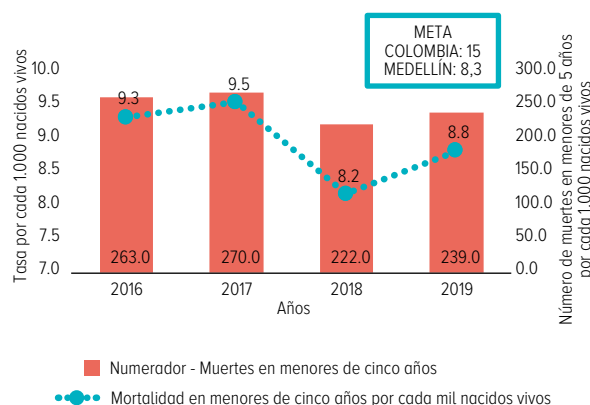
La mortalidad en la niñez se define como la tasa por cada 1000 nacidos vivos, de defunciones de menores de cinco años. Este indicador evidencia las situaciones de salud de la población, los patrones de uso de los servicios de salud, los avances tecnológicos, el nivel educativo y el urbanismo planificado (Instituto Nacional de Salud, 2020). El progreso

en la reducción de la mortalidad infantil se ha acelerado en el período 2000-2018 en comparación con el decenio de 1990. Sin embargo, a pesar del progreso mundial en la reducción de la mortalidad infantil durante las últimas décadas, se estima que 5,3 millones de niños menores de cinco años murieron en 2018 (Unicef, 2020). En Colombia el contexto ha sido similar, con una tendencia de descenso en la mortalidad de la niñez entre 2000 y 2018, pasando de 24,6 por cada 1.000 nacidos vivos a 13,9 respectivamente.

En Medellín, la mortalidad en la niñez ha mostrado una variación en los últimos cuatro años como se evidencia en el gráfico 24, pasando de 9,3 por cada 1.000 nacidos para el año 2016, con 263 casos asociados, a 8,8 en 2019 con 239 casos asociados, es decir una reducción de 5 puntos porcentuales. El 2018 fue el año en el que se presentó la menor cantidad de defunciones con 222 casos. Tanto el país como la ciudad fijaron meta de reducción para este indicador en el marco de la estrategia de cumplimiento de los ODS. Adicionalmente para Colombia, este indicador en el 2019 fue de 13,4 por cada 1.000 nacidos vivos sobrepasando la meta planteada al 2030 en los ODS. Por su parte, Medellín propone llevarlo desde 8,8 en 2019 hasta 8,3 en 2030, lo que equivale a reducir el indicador en 5,7%.

Gráfico 24.

Medellín: tasa de mortalidad en menores de cinco años por cada mil nacidos vivos, 2016-2019



Nota: cifras preliminares para 2019 con corte a 31 de diciembre de ese año.
 Fuente: elaboración propia con base en datos de la 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.

Según el Informe de Gestión de la Alcaldía de Medellín¹⁰ las acciones orientadas a favorecer las condiciones de la salud de los menores de cinco años fueron: la gestión del programa de vacunación y la implementación del MIAS, la capacitación a profesionales de la salud de la ciudad y a agentes comunitarios en la estrategia AIEPI evitando complicaciones y muertes por causas como diarrea, enfermedades respiratorias y desnutrición; además de las acciones realizadas para favorecer la seguridad alimentaria y nutricional de los menores de cinco años, especialmente con la

10 (Alcaldía de Medellín, 2019)

promoción de la alimentación saludable, donde las familias de 5.670 niños con problemas de malnutrición fueron priorizadas para la atención a través del programa Nutriéndote con amor.

Mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA)

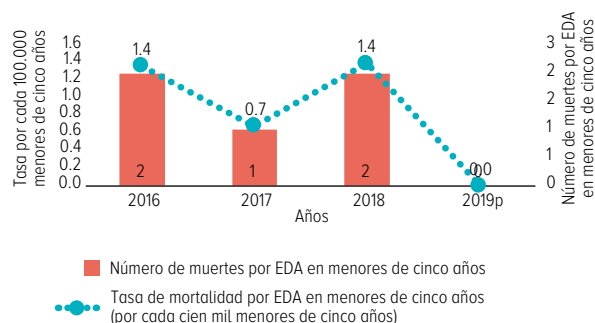
La mortalidad por enfermedad diarreica aguda -EDA- corresponde al número de muertes en menores de cinco años cuya causa básica de muerte se debió a una Enfermedad Infecciosa Intestinal como razón de cada 100.000 personas de la población menor de cinco años (Así vamos en salud, 2020). Cada año mueren en el mundo millones de niños menores de cinco años a causa de unas pocas enfermedades prevenibles. Cerca de dos millones de estas muertes (aproximadamente el 20%) se deben directa o indirectamente a la enfermedad diarreica. La enfermedad diarreica aguda (EDA) “representa una de las enfermedades más comunes en niños menores de cinco años y es la segunda causa de morbilidad y mortalidad a escala mundial. La mortalidad es casi totalmente a expensas de países en desarrollo. En los países industrializados, a pesar de unas mejores condiciones sanitarias, la gastroenteritis aguda sigue siendo una de las primeras causas de morbilidad infantil y de demanda de atención sanitaria (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020).

En Colombia la mayor velocidad de descenso en el indicador de la mortalidad por EDA para los menores de cinco años, según el Ministerio de Salud, se produjo a partir de 2009, año en el que el país introdujo en el esquema

de vacunación la vacuna monovalente de virus atenuados humanos contra el rotavirus¹¹.

En la ciudad de Medellín la tasa de mortalidad por EDA presenta una tendencia variable en el período 2016-2019. Inicialmente, en el 2016, se presentaron dos muertes por esta causa, en el año 2017, un caso y en el 2018 nuevamente se presenta una defunción por EDA, para culminar el cuatrienio en el 2019 con cero muertes por EDA, (ver gráfico 25). Este indicador no tiene metas asociadas en la agenda ODS para Colombia o para Medellín.

Gráfico 25. Medellín: tasa de mortalidad por EDA en menores de cinco años por cada cien mil menores de cinco años, 2016-2019



Nota: cifras preliminares para 2019 con corte a 31 de diciembre de ese año.
Fuente: elaboración propia con base en datos de la 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.

La administración municipal indicó en el informe de cierre del periodo 2016 – 2019 que se realizaron monitoreo a las condiciones sanitarias y ambientales, propiciando el acceso y calidad en el diagnóstico temprano y la atención en salud, igualmente plantea que se analizó cada caso notificado para detectar los factores de riesgo y los planes de acción para el control.

11 Tipo de virus que es el principal causante de las enfermedades diarreicas graves en niños pequeños de todo el mundo (Organización Mundial de la Salud, 2020)

Mortalidad por Infección Respiratoria Aguda (IRA)

La mortalidad por Infección Respiratoria Aguda (IRA) corresponde al número de muertes de niños y niñas menores de cinco años que tienen como causa básica de muerte una IRA como razón del total de la población menor de cinco años por cada 100.000 personas en ese grupo de edad (Así vamos en salud, 2020). La IRA agrupa un conjunto de enfermedades que tienen lugar en el aparato respiratorio como causa de la acción de diferentes microorganismos y bacterias. Este tipo de infecciones comienzan repentinamente y tienen una duración inferior a dos semanas. Para 2010, aproximadamente 18% de las muertes de los menores de cinco años se debían a la neumonía que es, del grupo de infecciones, la que más muertes genera. Al igual que las enfermedades diarreicas, las infecciones respiratorias tienen un ambiente propicio para aparecer en entornos donde hay malnutrición, pobreza y acceso inadecuado a los servicios de salud. (Medellín Cómo Vamos, 2018)

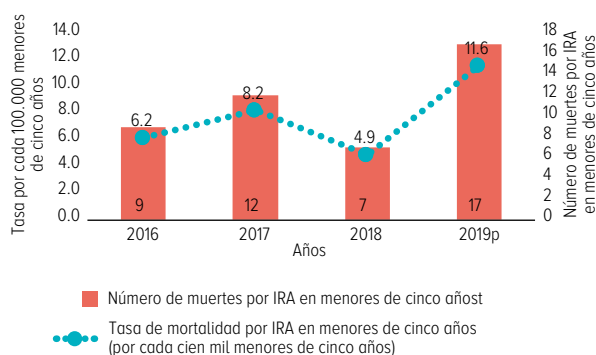
La tasa de mortalidad por IRA en menores de cinco años en Colombia descendió 40%, al pasar de 13,8 muertes por cada 100.000 menores de cinco años para 2016 a 8,31 para 2019. La reducción, según señala el Ministerio de Salud y Protección Social (2020) se debió a la introducción en el PAI de la vacuna *Haemophilus influenzae* en 1998 y la vacuna contra el neumococo en 2009.

Para el caso de Medellín, en términos de tasa de mortalidad se evidencia en el gráfico 26 un aumento súbito para el año 2019 presentando un aumento de 17 fallecimientos por cada 100.000 menores de cinco años con relación al año 2016. Para este indicador no hay metas definidas para 2030 ni en el nivel nacional, ni en el local.

Retomando los estudios hechos por el Área Metropolitana del Valle de Aburrá, abordados en el apartado de morbilidad de este

informe, las investigaciones indagaron también sobre las consecuencias de corto plazo de la ocurrencia de episodios de contaminación atmosférica en la región metropolitana, en especial los ocurridos en la ciudad en marzo de 2015. Se encontró que, durante dichos episodios, los incrementos diarios de 10 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ de PM_{2.5} se asociaron a aumentos en los riesgos de urgencias, morbilidad y mortalidad por causas específicas en población vulnerable (menores de 5 años y mayores de 65 años). En menores de 5 años el riesgo de urgencias por asma se incrementó en 2,8% y el de infección respiratoria aguda en se aumentó en 3,6%. En la población mayor de 65 años, al tercer día de exposición se registró el mayor riesgo de morir, asociado a la enfermedad isquémica del corazón (13,1%).

Gráfico 26. Medellín: tasa de mortalidad por IRA en menores de cinco años por cada cien mil menores de cinco años, 2016-2019



Nota: cifras preliminares para 2019 con corte a 31 de diciembre de ese año.
Fuente: elaboración propia con base en datos de la 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.

Teniendo en cuenta lo anterior, es importante reconocer la relación entre el aumento de la contaminación (agentes contaminantes) y la posibilidad de desarrollar enfermedades respiratorias graves o que los menores de cinco años fallezcan; en este sentido, es importante que la política pública de calidad del aire repense estrategias que tengan en cuenta el enfoque de ciclo vital, en tanto los más pequeños, así como los adultos mayores, son los más vulnerables ante esta problemática ambiental.



NUTRICIÓN DE LA PRIMERA INFANCIA

“Una buena nutrición mejora la posibilidad de que se presenten oportunidades justas en la vida”.

Henrietta H. Fore

Directora Ejecutiva de Unicef 2019

Uno de los principios rectores que se debe garantizar para que el desarrollo integral de los niños y niñas sea óptimo es que estos gocen de un estado nutricional adecuado, especialmente en sus primeros días de vida. Lo anterior implica que los niños y niñas deben tener suplidas sus necesidades nutricionales, y no presentar alteraciones, bien sea por déficit o por exceso. Se ha demostrado que, por ejemplo, los niños que en sus primeros días de vida sufren de desnutrición crónica (un tipo de desnutrición por déficit que se manifiesta en la talla de los niños), tienen en la adultez menor coeficiente intelectual, menores años de educación y menores salarios. Lo anterior a razón de que las principales conexiones neuronales se generan en los primeros días de vida, por lo que una adecuada nutrición contribuye a que este proceso se dé de una manera óptima.

Poner fin al hambre es precisamente el segundo objetivo en la agenda de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, concretamente para la primera infancia, hay dos metas relacionadas en este objetivo: (1) 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. (2) 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 desnutrición aguda de los niños menores de 5 años, y abordar las necesidades de nutrición de las adolescentes, las mujeres embarazadas y lactantes y las personas de edad. Las metas convenidas para 2025 son las siguientes:

1. Reducir 40% el retraso en el crecimiento (talla baja para la edad) en los niños menores de cinco años
2. Reducir 50% la anemia en mujeres en edad reproductiva
3. Reducir 30% el bajo peso al nacer
4. No aumentar el sobrepeso en niños
5. Aumentar la lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses hasta al menos 50%

6. Reducir y mantener por debajo de 5% la emaciación en niños

En Colombia, el CONPES 3918, que define la estrategia de implementación de los ODS en el país, establece para el ODS 2 a la tasa de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años como indicador trazador. Adicionalmente, se definieron indicadores para dar cuenta del cumplimiento de cada meta del ODS en un período intermedio (2020) y al cierre de la vigencia de los ODS (2030), que se presentan a continuación:

Tabla 6. Colombia: indicadores priorizados en el Conpes 3918 para monitorizar el avance en el cumplimiento del ODS 2

ODS 2. Poner fin al hambre, lograr la seguridad alimentaria y la mejora de la nutrición y promover la agricultura sostenible				
Meta	Indicador	Línea base	Meta intermedia	Meta proyectada a 2030
Indicador trazador	Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de 5 años por cada 100.000 niños y niñas menores de 5 años	6,8	6,5	5
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	Prevalencia de inseguridad alimentaria en el hogar (moderada o severa)	23,5% (2016)	20,3% (2020)	13,9%
	Porcentaje de menores de 6 meses con lactancia materna exclusiva	36,1%	40% (2020)	51%
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 5 años, y abordar las necesidades de nutrición de las adolescentes, las mujeres embarazadas y lactantes y las personas de edad	Prevalencia de desnutrición crónica en menores de 5 años	10,8%	8% (2020)	5%
	Prevalencia de desnutrición aguda en menores de 5 años	2,3%	2% (2020)	0,9%
Fuente: elaboración propia con base en documento de anexos del Conpes 3918				

Con relación a la ciudad de Medellín se ha realizado un ejercicio estableciendo metas locales para monitorear el cumplimiento de los ODS. En el caso del ODS 2, se definieron las siguientes:

Tabla 7. Medellín: indicadores prioritizados por Medellín para monitorizar el avance en el cumplimiento del ODS 2 relacionados con la primera infancia					
ODS 2. Poner fin al hambre, lograr la seguridad alimentaria y la mejora de la nutrición y promover la agricultura sostenible					
Meta	Indicador	Línea base	Meta 2020	Meta 2025	Meta 2030
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	Porcentaje de hogares con inseguridad alimentaria moderada y severa	9%	11%	9,6%	8%
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 5 años, y abordar las necesidades de nutrición de las adolescentes, las mujeres embarazadas y lactantes y las personas de edad	Tasa de mortalidad por desnutrición en niños menores de 5 años por cada 100.000 menores de 5 años	0	0	0	0
	Prevalencia de desnutrición crónica (estatura baja para la edad) en menores de 5 años	7,5%	7,0%	6,6%	6,4%
	Prevalencia de desnutrición aguda (peso bajo y muy bajo para la estatura) en menores de 6 años	2%	1%	0,9%	0,8%
Fuente: elaboración propia con base en información de la Subdirección de Información					

La situación nutricional de los niños y niñas de la ciudad se analiza en este informe a través de los indicadores de bajo peso al nacer y los relacionados con malnutrición por déficit y por exceso. En particular, se incluyen las prevalencias de la desnutrición aguda y crónica, la proporción de niños en riesgo de sufrir desnutrición aguda y crónica, las prevalencias de obesidad y sobrepeso y la doble carga de malnutrición. Además, se analiza la tasa de mortalidad por desnutrición.

Para obtener la información y monitoreo de la situación nutricional de la primera infancia en Medellín la Alcaldía cuenta con un Sistema de Vigilancia Nutricional para la

población menor de seis años (SISVIN). La administración municipal afirma que para el 2019 el SISVIN logró cubrir 115.464 niños y niñas, es decir 65.5% del total de la población de primera infancia para ese año. Esta cobertura tuvo un incremento considerable de 18,3pp entre 2016 y 2019, de manera que – según afirma la Subdirección de Información- los resultados obtenidos son estadísticamente significativos.

Bajo peso al nacer

La Organización Mundial de la Salud define «bajo peso al nacer» como un peso al nacer inferior a 2500 g. esta condición sigue

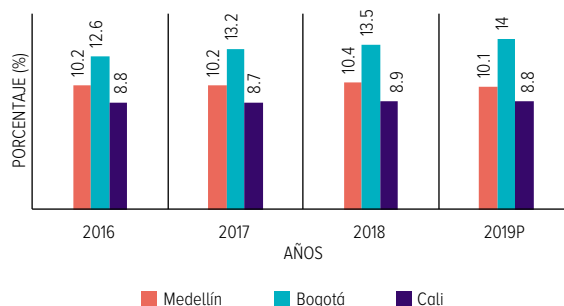
siendo un problema significativo de salud pública en todo el mundo y está asociado a una serie de consecuencias a corto y largo plazo. En total, se estima que entre un 15% y un 20% de los niños nacidos en todo el mundo presentan bajo peso al nacer, lo que supone más de 20 millones de neonatos cada año. (Organización Mundial de la Salud, 2020). (Medellín Cómo Vamos, 2018).

Existen factores particulares que favorecen a que los niños presenten bajo peso al nacer. Por ejemplo, la inducción temprana del trabajo de parto (ya sea por razones médicas o no), embarazos múltiples, infecciones y enfermedades crónicas y la hipertensión. En cuanto a las consecuencias, los recién nacidos con bajo peso pueden sufrir los efectos a lo largo de su vida con bajo crecimiento mientras son niños y una mayor incidencia de enfermedades en la edad adulta, como es el caso de la diabetes tipo 2, hipertensión y enfermedades cardiovasculares (Medellín Cómo Vamos, 2018). Además, se ha demostrado que el bajo peso al nacer es uno de los predictores más importantes de la desnutrición crónica (Aryastami et al, 2017).

Para el año 2018 el porcentaje de recién nacidos con bajo peso al nacer entre el total de nacidos vivos en Colombia ha sido de 9,21% (gráfico 27). En el caso de Medellín, el porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer en 2019 fue de 10.1%. Si bien el comportamiento de esta variable se ha mantenido estable en la ciudad en los últimos 5 años, es preocupante que consistentemente, la cifra para Medellín se encuentra por encima de la cifra nacional. Es importante determinar los factores que, en el caso particular de la ciudad, están afectando este indicador. En este sentido, por ejemplo, algunos estudios han determinado que la polución tiene efectos negativos sobre esta variable (Bekkar et al, 2020). Además, la atención prenatal juega un papel preponderante para evitar que los menores presenten esta condición. Valdría la pena profundizar en este último

punto, aún más teniendo en cuenta que entre 2016 y 2019 el porcentaje de nacidos vivos con 4 o más controles prenatales ha caído en aproximadamente 9 puntos porcentuales en los últimos cinco años.

Gráfico 27. Medellín, Bogotá y Cali: proporción de bajo peso al nacer, 2016-2019



Nota: los datos de 2019 son preliminares, sujetos a revisión y ajustes.
Fuente: cálculos propios con base en estadísticas vitales del Dane. El indicador se calculó como el cociente entre el número de nacimientos en los que el peso al nacer fue inferior a 2.500 gramos y el total de nacimientos según municipio de residencia de la madre.

La disminución de esta proporción es relevante como asunto de política pública, pues se ha mantenido constante durante los últimos cuatro años. Medellín Cómo Vamos consultó a la administración municipal acerca de las acciones realizadas con miras a disminuir la proporción de bajo peso al nacer. En este sentido, la Alcaldía de Medellín afirma que las acciones ejecutadas han sido varias, algunas para destacar son: (i) acciones de prevención del embarazo adolescente, así como de la desnutrición durante la gestación; (ii) entrenamiento a los profesionales de las IPS y EAPB, cualificando personal en brindar mejor información para la maternidad y paternidad; (iii) evaluación de la implementación de la Ruta de Atención Materno Perinatal en prestadores primarios, específicamente en las intervenciones individuales de atención para el cuidado prenatal y curso de preparación para la maternidad y paternidad.

Lactancia materna exclusiva

La leche materna es el mejor alimento para la salud y el desarrollo infantil durante

los primeros 6 meses de vida. Proporciona todas las vitaminas, minerales, enzimas y anticuerpos que los niños necesitan para crecer y prosperar. La lactancia materna es una inversión milagrosa. Es una solución universal, de baja tecnología, de gran impacto y muy rentable para salvar las vidas de los bebés; sin embargo, no ha recibido la atención que debería a nivel mundial. En los países en desarrollo, la lactancia materna óptima —que se inicia durante la primera hora después del nacimiento—, se mantiene como lactancia materna exclusiva (ningún alimento ni líquido adicionales, incluyendo el agua) por 6 meses y posteriormente se aplica como lactancia materna continua hasta la edad de 2 o más— tiene el potencial de evitar el 12% de las muertes entre los niños menores de 5 años. Los niños que reciben leche materna de manera exclusiva tienen menos posibilidades de contraer diarrea y neumonía, y catorce veces más probabilidades de sobrevivir que los niños que no reciben leche materna. (UNICEF, 2020)

Mejorar las prácticas de lactancia podría salvar todos los años las vidas de más de 800.000 niños menores de 5 años, la mayoría de ellos menores de 6 meses. Más allá de la supervivencia, cada vez hay más pruebas de que la lactancia materna estimula el desarrollo cerebral de los niños y los protege contra el sobrepeso y la obesidad (UNICEF, 2018). Amamantar a los niños también contribuye de forma importante a la salud de las madres previniendo la diabetes tipo II y el cáncer de seno y ovario. La capacidad de la lactancia materna para salvar vidas reviste una particular importancia en contextos humanitarios, donde el acceso a agua salubre, saneamiento adecuado y servicios básicos suele ser limitado (UNICEF, 2018).

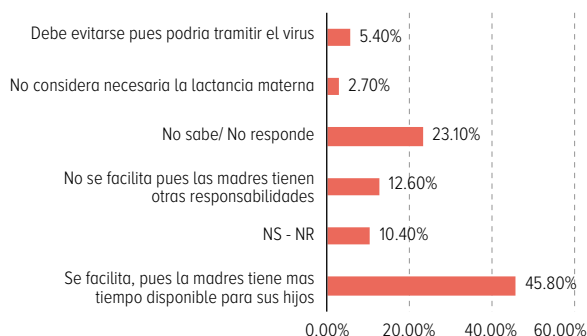
En los países en desarrollo solo 38% de los niños entre 0 y 6 meses reciben lactancia materna exclusiva. En Colombia, según los resultados de la Encuesta Nacional de

la Situación Nutricional ENSIN, entre 1990 y 2015 la proporción de hogares que reportan alimentar exclusivamente con leche materna a los menores de seis años ascendió desde 10,7% a 36,1%, respectivamente. Sin embargo, la mayor proporción reportada se presentó en 2005, con 46,9%. De ahí en adelante, tanto en 2010 como en 2015 ha decrecido.

En el caso particular de Medellín, un aspecto importante para resaltar es que la ciudad no cuenta con datos objetivos sobre lactancia materna exclusiva. Si bien en los controles de crecimiento y desarrollo se les pregunta a las madres si lactan exclusivamente y en el Programa Buen Comienzo existen acciones puntuales para promoverla, la Subdirección de Información aclara que la inclusión en los sistemas de información de siete variables relacionadas con lactancia materna para los menores de dos años solo comenzó a hacerse desde 2017 y a la fecha no ha habido ningún reporte oficial.

Ante la ausencia de información sobre lactancia materna, La Red de Ciudades Cómo Vamos incluyó dentro de la Encuesta Virtual para Medellín 2020 una pregunta relacionada con la percepción que tiene la ciudadanía respecto a la práctica de lactancia materna en tiempos de COVID-19. Se encuentra que el 45.8% de las personas encuestadas que tienen niños menores de 6 años en su hogar consideran que durante la pandemia, la práctica de lactancia materna se facilita debido a la mayor disponibilidad de tiempo que tienen las madres. Sin embargo, sigue preocupando que alrededor de un 8.1% de las personas que respondieron no consideran la lactancia materna necesaria, o consideran que esta debería evitarse debido a que podría transmitir el virus. Respecto a este último punto, es importante recalcar que hasta el momento no existe evidencia que muestre que existe transmisión del virus de madre a hijo cuando se está practicando la lactancia materna, (véase gráfico 28).

Gráfico 28. Con cuál de las siguientes afirmaciones se identifica más “Durante la cuarentena, la práctica de la lactancia materna...”



Fuente: encuesta virtual mi voz mi ciudad, Medellín primer sondeo
Red de Ciudades Cómo Vamos. 2020

En cuanto a la atención, la Organización Mundial de la Salud prevé que las restricciones actuales relacionadas con el confinamiento causado por la pandemia pueden dificultar el trabajo de consejería en lactancia y el apoyo de asesoría comunitaria. Igualmente existe el riesgo de disminución de profesionales sanitarios antes asignados al apoyo de la lactancia materna, y ahora reubicados para atender la emergencia, dejando sin apoyo a las madres primerizas. Esta circunstancia puede ser aprovechada por la industria de sucedáneos de la leche materna para incidir en públicos donde antes de la pandemia no llegaban, por lo que se debe extremar las acciones en favor de la promoción y movilización de lactancia materna. Esto podría, en el mediano plazo, reducir los indicadores relacionados con esta práctica, generando consecuencias negativas en la salud de los niños a largo plazo (Fundación Éxito, 2020). Es de vital importancia que la administración tome en consideración esto con el fin de evitar que se generen interrupciones considerables en la prestación del servicio de consejería en lactancia.

Malnutrición infantil

Por malnutrición se entienden las carencias, los excesos o los desequilibrios de la ingesta de energía y/o nutrientes de una

persona. El término malnutrición abarca dos grupos amplios de afecciones. Uno es la «desnutrición» —que comprende el retraso del crecimiento (estatura inferior a la que corresponde a la edad), la emaciación (peso inferior al que corresponde a la estatura), la insuficiencia ponderal (peso inferior al que corresponde a la edad) y las carencias o insuficiencias de micronutrientes (falta de vitaminas y minerales importantes). El otro es el del sobrepeso, la obesidad y las enfermedades no transmisibles relacionadas con el régimen alimentario (cardiopatías, accidentes cerebrovasculares, diabetes y cánceres). (Organización Mundial de la Salud, 2016). Este informe se concentra en la prevalencia de los tres tipos de desnutrición (aguda, global y crónica), y la malnutrición por exceso, asociada al sobrepeso y la obesidad. Adicionalmente, incluirá la doble carga de malnutrición. Todos ellos serán definidos en el desarrollo de este apartado.

Desnutrición crónica

La desnutrición crónica o retraso en talla es una condición multicausal que altera el desarrollo físico y cognitivo de los niños en sus primeros 5 años de vida. Algunos de los determinantes sociales de la desnutrición crónica son el hambre prolongada, falta de agua potable, escaso saneamiento básico, falta de acceso a servicios de salud, bajo nivel educativo de la madre y el nivel socioeconómico del hogar. Cuando esta condición se presenta, especialmente durante los 1.000 primeros días de vida, se genera un bajo desarrollo neuronal cuyo efecto puede ser irreversible. Ni el cuerpo, ni el cerebro crecen adecuadamente y esto obstruye la posibilidad de que el niño logre el máximo de su potencial. Los niños que pasan el umbral de los 2 años con desnutrición crónica crecen rezagados con respecto a quienes se desarrollaron en condiciones normales en términos de capacidades cognitivas, lo cual amplía las brechas socioeconómicas a largo plazo.

Según datos de la ENSIN 2015, 1 de cada 9 niños (10,8%) en Colombia padece desnutrición crónica. Adicionalmente, según esta misma encuesta, la prevalencia de desnutrición crónica viene descendiendo desde 1990, cuando 26,1% de los menores de cinco años la padecían, hasta 2015, año en el que la prevalencia se ubicó en 10,8%. Las mayores prevalencias se observaron en el retraso en talla en los hombres (12,1%) superando a las mujeres en 2,6 pp, los indígenas (29,6%) y aquellos con un índice de riqueza más bajo (14,1%). Según lo dispuesto en el Conpes 3918, el país tiene una meta intermedia de reducir la prevalencia a 8% en 2020 y luego llevarla a 5% para 2030.

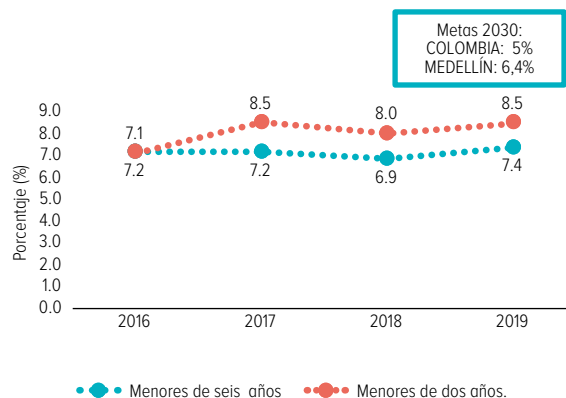
En Medellín, según el Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional SISVAN, la prevalencia de desnutrición crónica en menores de 6 años a 2019 fue de 7.4%. Si bien se encuentra por debajo del promedio nacional calculado por la ENSIN, es preocupante el incremento presentado de 2018 a 2019, del orden de 0.5 puntos porcentuales. Esto es especialmente relevante en el contexto actual, pues empezar la pandemia con una tendencia negativa en este indicador puede reflejar también que los hogares estaban menos preparados para afrontar los retos asociados a este choque negativo. En particular, la reducción en los ingresos de los hogares causada por la pandemia tiene incidencia sobre la posibilidad de estos para acceder a alimentos variados y de calidad, lo que podría incrementar las prevalencias de inseguridad alimentaria y consecuentemente, la prevalencia de desnutrición crónica. Es posible pensar que dado lo anterior, este indicador en los próximos años tienda a aumentar, lo que pone en duda el cumplimiento de la meta trazada en la ciudad de 6.4% a 2030.

Ahora, si se analiza la prevalencia de desnutrición crónica en menores de dos años, la situación se torna un poco más preocupante en cuanto esta se ha mantenido por encima

de la relacionada con el grupo de menores de 6 años desde 2017, pasando de una prevalencia de 7.1% en 2016 a una de 8.5% en 2019. En contraste, en menores de 6 años en este mismo periodo, el incremento fue de 7.2% a 7.4%. Esto deja en evidencia la necesidad de fortalecer la modalidad Entorno Familiar del programa Buen Comienzo. En este sentido, según lo discutido previamente, se debe trabajar por incrementar las semanas de atención en cada año, pues a 2019 los beneficiarios de esta modalidad pasaban alrededor de dos meses sin accesos al programa, (Ver gráfico 29).

También llama la atención que, al momento de plantearse las metas, Medellín se propuso una meta superior a la planteada a nivel nacional, aunque la prevalencia de desnutrición crónica en Medellín fuera significativamente más baja a 2015 por ejemplo, si se compara con la que registraba el país (10.8%). Es importante replantear las metas en cuanto se conozca el estado real de los niños menores de seis años en términos nutricionales, después de la pandemia, y proyectar metas más ambiciosas a 2030.

Gráfico 29. Medellín: prevalencia de desnutrición crónica (estatura baja para la edad) en menores de seis años y menores de dos años, 2016-2019



Nota: los datos de 2019 son preliminares, sujetos a revisión y ajustes.
Fuente: Subdirección de Información - Alcaldía de Medellín. SENIN.
Base de datos de seguimiento Nutricional Infantil. Procesado por la Unidad de Gestión de la Información y el Conocimiento, Secretaría de Salud de Medellín.

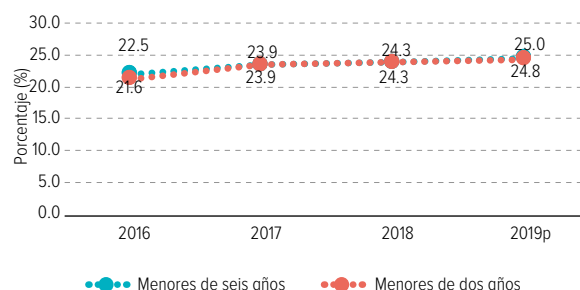
La ciudad de Medellín también cuenta con información referente a los niños y niñas que están en riesgo de sufrir desnutrición crónica. En el gráfico 30 se observa que, para el caso de los menores de seis años, el indicador ha aumentado año a año, en el 2016 presentó un porcentaje de 22,5% y para el 2019 alcanza un 25%. Por su parte, las cifras para el grupo de los menores de dos años evidencian también una tendencia ascendente para el periodo del 2016 - 2019, comenzando con 21,6% y cerrándolo con un aumento significativo de 3,2pp en 24,8%.

Este grupo de niños precisamente son los que, después de la pandemia y a causa de la caída en los ingresos de los hogares, pueden pasar a sufrir de desnutrición crónica con mayor probabilidad. Es importante que esta población junto con la que efectivamente sufre de desnutrición crónica sea focalizada para recibir atención nutricional y ayudas públicas, con el fin de que los efectos negativos sean de la menor magnitud posible. Es importante recalcar que la desnutrición crónica además de ser un problema de salud pública también es un problema de desarrollo económico, pues los niños que sufren de esta condición tienen mermas en su productividad laboral, en sus salarios y por ende en la capacidad de consumo en su adultez. En este sentido, es de suma importancia atender a esta población vulnerable en vías de sostener el desarrollo regional a largo plazo.

Finalmente, para poder contrastar lo que en los párrafos previos se ha planteado como posibles hipótesis respecto al comportamiento de esta variable, es importante que la administración retome la medición antropométrica, con el fin de contar con datos actualizados tanto durante, como después de la pandemia. Los datos son el único medio con el que podemos confirmar estas hipótesis, y además posibilitan focalizar de forma efectiva los servicios en las distintas comunas de la ciudad, según sea su nivel de afectación en esta variable y en otras relacionadas.

Gráfico 30.

Medellín: porcentaje de niños y niñas menores de seis años y menores de dos años en riesgo de desnutrición crónica (estatura baja para la edad), 2016-2019



Nota: los datos de 2019 son preliminares, sujetos a revisión y ajustes.
 Fuente: Subdirección de Información - Alcaldía de Medellín. SENIN. Base de datos de seguimiento Nutricional Infantil. Procesado por la Unidad de Gestión de la Información y el Conocimiento, Secretaría de Salud de Medellín.

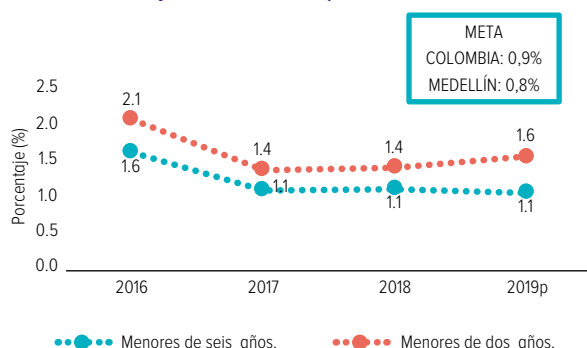
Desnutrición aguda

La desnutrición aguda, a diferencia de la desnutrición crónica, es una condición que afecta la salud de los niños a corto plazo. Esta condición se presenta cuando los niños presentan bajo peso para la talla que tienen (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016). Las deficiencias en el peso suelen ser problemas de corto plazo que se aceleran rápidamente y son consecuencia regularmente de un consumo insuficiente de alimentos o de enfermedades infecciosas. Según la severidad, la desnutrición aguda se clasifica en moderada y severa: la moderada puede estar acompañada de delgadez o emaciación y demanda tratamiento inmediato para evitar que avance y empeore. La severa se presenta cuando el peso es muy inferior al estándar de referencia para la altura del menor, generando efectos en todos los procesos vitales y riesgos para la vida del menor. Los niños y niñas con este tipo de desnutrición presentan atrofia severa de la masa muscular. (Medellín Cómo Vamos, 2018)

En Colombia, el último dato disponible asociado a este indicador es el que registra la ENSIN 2015, y que muestra que la prevalencia de desnutrición aguda fue de 1.6% en menores de 5 años. Para el caso de Medellín en el periodo 2016-2019 la desnutrición aguda

ha mostrado una tendencia decreciente para todos los rangos etarios analizados, lo que es positivo para la ciudad. En el caso de los menores de seis años, la prevalencia pasó de 1,6% en 2016, a 1,1% en 2019 y en términos absolutos hubo 127 casos menos entre el inicio y el cierre del período mencionado. En cuanto a los menores de dos años, pasó de 2,1% en 2016, a 1,6% en 2019. (Ver gráfico 31). En la agenda ODS, la meta definida para Medellín es que a 2030 se reduzca la prevalencia de desnutrición aguda para los menores de seis años a 0,8% en 2030. En este indicador también se identifica la necesidad de priorizar la atención en los primeros dos años mediante una atención más robusta del programa Buen Comienzo en su modalidad de Entorno Familiar.

Gráfico 31. Medellín: prevalencia de desnutrición aguda (peso bajo y muy bajo para la estatura), 2016

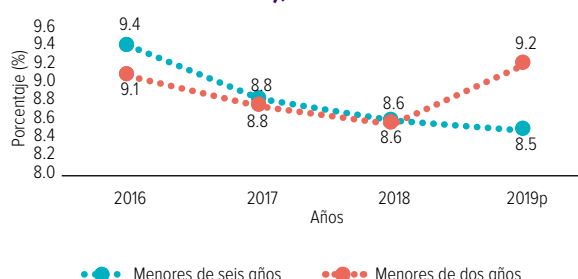


Nota: los datos de 2019 son preliminares, sujetos a revisión y ajustes.
Fuente: Subdirección de Información - Alcaldía de Medellín. SENIN. Base de datos de seguimiento Nutricional Infantil. Procesado por la Unidad de Gestión de la Información y el Conocimiento, Secretaría de Salud de Medellín.

En cuanto al riesgo de desnutrición aguda, se observa un incremento muy pronunciado entre 2018 y 2019 para los niños menores de 2 años, pasando de 8,6% a 9,2% (Gráfico 32). Igual que en el apartado anterior, es importante contextualizar este resultado en la situación actual, más aún, teniendo en cuenta que muchos de los niños en riesgo pueden pasar a padecer desnutrición aguda debido a la reducción en los ingresos de los hogares a causa del confinamiento. Lo preocupante es que, a diferencia de la desnutrición crónica, la

desnutrición aguda puede llevar en un corto espacio de tiempo a problemas severos que pueden generar la muerte de los niños que la padecen, por lo que este indicador guarda estrecha relación con la mortalidad por desnutrición. Nuevamente, es importante focalizar a la población que se encuentra en riesgo y evitar que efectivamente padezcan de desnutrición aguda.

Gráfico 32. Medellín: porcentaje de niños y niñas menores de seis años y menores de dos años en riesgo de desnutrición aguda (peso bajo y muy bajo para la estatura), 2016-2019



Nota: los datos de 2019 son preliminares, sujetos a revisión y ajustes.
Fuente: elaboración propia con base en datos de la Subdirección de Información - Alcaldía de Medellín. SENIN. Base de datos de seguimiento Nutricional Infantil. Procesado por la Unidad de Gestión de la Información y el Conocimiento, Secretaría de Salud de Medellín.

Sobrepeso y obesidad

El sobrepeso y la obesidad se define según la OMS como “una acumulación anormal o excesiva de grasa que supone un riesgo para la salud”. En lo que difieren la una de la otra es la capacidad de la acumulación de grasa. Para las niñas y niños entre cero y cinco años, existe sobrepeso cuando la relación peso para la estatura supera en más de dos desviaciones estándar la mediana establecida en los patrones de crecimiento infantil de la OMS. Por su parte, existe obesidad cuando la misma relación supera por más de tres desviaciones estándar la mediana establecida en los patrones mencionados. (Medellín Cómo Vamos, 2018)

La causa fundamental del sobrepeso y la obesidad es un desequilibrio energético

entre calorías consumidas y gastadas. A nivel mundial ha ocurrido un aumento en la ingesta de alimentos de alto contenido calórico que son ricos en grasa y un descenso en la actividad física debido a la naturaleza cada vez más sedentaria de muchas formas de trabajo, los nuevos modos de transporte y la creciente urbanización. A menudo los cambios en los hábitos alimentarios y de actividad física son consecuencia de situaciones ambientales y sociales asociados al desarrollo y de la falta de políticas de apoyo en sectores como la salud; la agricultura; el transporte; la planificación urbana; el medio ambiente; el procesamiento, distribución y comercialización de alimentos, y la educación. (Organización Mundial de la salud, 2020)

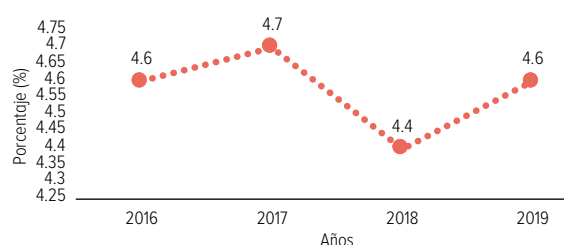
Las consecuencias más comunes relacionadas al sobrepeso y la obesidad incluyen un factor de riesgo de enfermedades no transmisibles, como enfermedades cardiovasculares (principalmente las cardiopatías y los accidentes cerebrovasculares), que fueron la principal causa de muertes en 2012; la diabetes; los trastornos del aparato locomotor y algunos cánceres (endometrio, mama, ovarios, próstata, hígado, vesícula biliar, riñones y colon). La obesidad infantil se asocia con una mayor probabilidad de obesidad, muerte prematura y discapacidad en la edad adulta. Sin embargo, además de estos mayores riesgos futuros, los niños obesos sufren dificultades respiratorias, mayor riesgo de fracturas e hipertensión, y presentan marcadores tempranos de enfermedades cardiovasculares, resistencia a la insulina y efectos psicológicos. (Organización Mundial de la salud, 2020)

A nivel global, el sobrepeso y la obesidad se han convertido en una preocupación debido a su rápido crecimiento, que ha llevado a 41 millones de niñas y niños a padecerlas para 2016, el equivalente al 6% de esa población, siendo mayor la prevalencia en América Latina y el Caribe (7,0% para ese mismo año) frente a la de África (5,2%) y Asia (5,5%), según señala

la FAO (2017, p. 15). Colombia no ha sido ajena a esta tendencia creciente de la malnutrición por sobrealimentación: según los resultados de la ENSIN 2015, 6,3% de los menores de cinco años tenían exceso de peso en 2015. Este porcentaje superó en 1,1 pp al registrado en la versión 2010 de la misma encuesta que, a su vez, había superado al de la ENSIN 2005 en 0,3 pp.

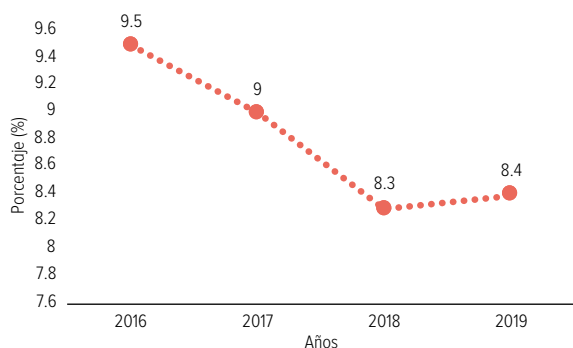
Los datos de prevalencia de sobrepeso y obesidad de la primera infancia en Medellín, están desagregados por dos grupos de edad: 0 a 2 años y 3 a 5 años, pueden evidenciarse los resultados para el periodo 2016-2019 en los gráficos 33 y 34. Para ambos grupos de edad, la prevalencia de sobrepeso y obesidad tuvo leves incrementos en el periodo analizado. Sin embargo, el hecho de que la pandemia tuvo como consecuencia un encierro generalizado, y los niños tampoco han vuelto a asistir a jardines y centros educativos, es posible prever que el indicador de sobrepeso y obesidad también tendrá un incremento en las próximas mediciones. En Medellín, el indicador para niños entre 3 y 5 años es mayor al promedio nacional, por lo que se debe priorizar también la atención a los niños que durante este año no han podido asistir a instituciones educativas, donde posiblemente pueden disfrutar de mejores espacios para ejercitarse.

Gráfico 33. Medellín: prevalencia de sobrepeso y obesidad (por IMC) para los niños y niñas entre 0 y 2 años, 2016-2019



Nota: Clasificación nutricional según resolución 2465 de 2016, emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social.
 Fuente: elaboración propia con base en datos de la Subdirección de Información - Alcaldía de Medellín. Fuente: SENIN. Base de datos de seguimiento Nutricional Infantil. Procesado por la Unidad de Gestión de la Información y el Conocimiento, Secretaría de Salud de Medellín.

Gráfico 34. Medellín: prevalencia de obesidad y sobrepeso en los niños y niñas entre 3 y 5 años, 2016-2019



Nota: Clasificación nutricional según resolución 2465 de 2016, emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social.
Fuente: elaboración propia con base en datos de la Subdirección de Información - Alcaldía de Medellín. Fuente: SENIN. Base de datos de seguimiento Nutricional Infantil. Procesado por la Unidad de Gestión de la Información y el Conocimiento, Secretaría de Salud de Medellín.

Doble carga de malnutrición

La doble carga de la malnutrición (DCM), es la coexistencia de la desnutrición (ej. deficiencias de micronutrientes, bajo peso, desnutrición aguda y retraso del crecimiento en los niños) y el sobrepeso, obesidad y enfermedades no transmisibles relacionadas con la dieta. (UNICEF, 2019). ¿Cómo puede suceder esto? En contextos socioeconómicos frágiles puede presentarse inseguridad alimentaria, seguida de episodios de hambre y malnutrición por déficit de alimentos. Con ese panorama, las elecciones alimentarias pueden dirigirse hacia los alimentos con poco valor nutricional y muchas calorías porque, usualmente, están disponibles a un menor precio que los vegetales, los lácteos y los cárnicos, lo que propicia el sobrepeso y la obesidad (Medellín Cómo Vamos, 2018)

Se estima que 2.28 miles de millones o más de niños y adultos en el mundo tienen sobrepeso y más de 150 millones de niños tienen retraso del crecimiento. Muchos estudios describen que la doble carga por deficiencias nutricionales (deficiencias de micronutrientes y retraso del crecimiento y emaciación en los niños) y sobrepeso y obesidad afecta a los países, hogares e individuos. Se incluyen los primeros estudios que midieron la DCM a nivel

de hogares; ahora esto es representado por una creciente literatura que se ha enfocado en entender las dimensiones del problema, sus causas, consecuencias y posibles soluciones. (UNICEF, 2019)

Se refieren tres factores que determinan la aparición de la doble carga de malnutrición: (1) la transición nutricional, asociada a la globalización y la urbanización, comprende los cambios en los patrones nutricionales, consumo de alimentos y gasto energético producto del cambio en el modelo de desarrollo; (2) la transición epidemiológica, que comprende los cambios en la carga de enfermedad de la población debido al crecimiento económico, pasando de enfermedades infecciosas a enfermedades no transmisibles (ENT) y (3) la transición demográfica, referida al cambio en la estructura poblacional y el incremento de la esperanza de vida, que ha implicado una mayor proporción de población de mayor edad y, por ende, más propensa a sufrir ENT (Organización Mundial de la Salud, 2016, pág. 4).

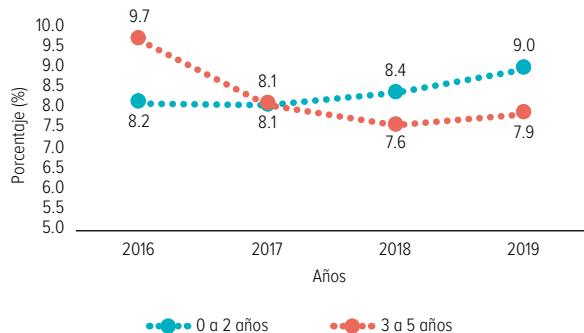
En Medellín se cuenta con información correspondiente a los rangos de edad de 0 a 2 años y de 3 a 5 años para la prevalencia de doble carga de malnutrición, como puede apreciarse en el gráfico 35. En general, existen diferencias amplias en el período observado entre las prevalencias de ambos grupos etarios y puede decirse que hay una tendencia al descenso en para el caso de los niños y niñas entre los 3 y 5 años, no obstante, para las niñas y niños de 0 a 2 años existe un leve aumento. Al igual que sucede con el sobrepeso y la obesidad, entre las metas nacionales y locales para el 2030 no se priorizaron metas relacionadas con la reducción de la doble carga de malnutrición.

Este indicador, siguiendo la línea lógica planteada en el análisis de las variables individuales, puede tener una tendencia al alza en el próximo año especialmente por los dos factores mencionados previamente. El primero está relacionado con la caída en los ingresos de los hogares y la desmejora en la seguridad alimentaria que se da como consecuencia de esto, conduciendo a los hogares al consumo

de alimentos de bajo contenido nutricional. El segundo factor está asociado a la reducción de los espacios físicos con los que cuentan los niños para ejercitarse, dado que durante la mayor parte de 2020 estuvieron en cuarentena.

Gráfico 35.

Medellín: doble carga de malnutrición, tasa de prevalencia de niños y niñas que tienen desnutrición crónica y obesidad. Rangos de edad de 0 a 2 años y de 3 a 5 años, 2016-2018



Nota: Clasificación nutricional según resolución 2465 de 2016, emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social.
Fuente: elaboración propia con base en datos de la Subdirección de Información - Alcaldía de Medellín. Fuente: SENIN. Base de datos de seguimiento Nutricional Infantil. Procesado por la Unidad de Gestión de la Información y el Conocimiento, Secretaría de Salud de Medellín.

Mortalidad por desnutrición

Casi la mitad de todas las muertes de niños menores de 5 años en el mundo se deben a la desnutrición; la desnutrición aumenta el riesgo de que las niñas y niños mueran a causa de infecciones comunes, aumenta la frecuencia y gravedad de dichas infecciones y retrasa la recuperación. (Unicef, 2020).

En Colombia para el 2019 el Gobierno Nacional indica haber disminuido en 16% las notificaciones de muertes de niñas y niños asociadas a la desnutrición, en comparación a lo registrado en el mismo periodo en 2018, a pesar del fenómeno migratorio. Con esta cifra, el país registra en la semana 47 un total de 259 niñas y niños menores de 5 años muertos por causas asociadas a la desnutrición, mientras que en esa misma semana en el 2018 las notificaciones fueron 309. (ICBF, 2019)

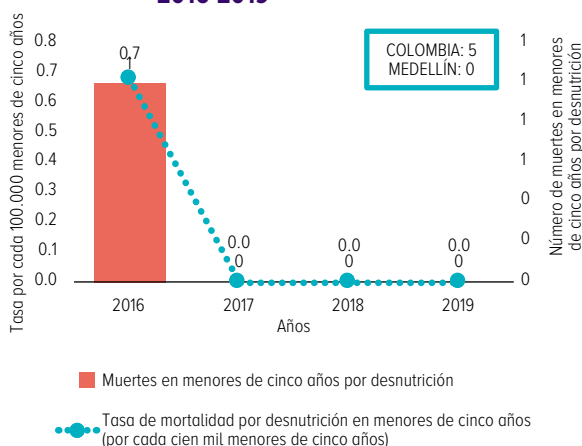
En el caso de Medellín, en el periodo 2016-2019 se ha presentado un solo caso de

muerte por desnutrición (gráfico 36), y desde 2017 no se ha dado ningún caso. Para este indicador, tanto en el nivel nacional como en el local, se priorizaron metas con horizonte 2030. Para Colombia, la meta es llevar el indicador desde 6,8 muertes por cada 100.000 menores a 5,0 para 2030. Por su parte, Medellín apunta mantener la meta en cero.

No obstante, y a pesar de los resultados positivos que ha tenido la ciudad en este indicador, dada la coyuntura actual es necesario priorizarlo para hacer seguimiento a los casos que se pueden generar en el contexto de la pandemia. En este sentido, un estudio publicado en *The Lancet*, predice que, a causa de la pandemia, habrá alrededor de 255.000 muertes adicionales en la niñez, a razón de interrupciones en los servicios de salud y a incrementos en la desnutrición aguda, aspecto que ya se discutió previamente. En este sentido, es importante realizar un monitoreo continuo de los niños con desnutrición aguda o con riesgo de esta, en tanto si sus condiciones se agravan y los servicios de salud están saturados por la pandemia, el indicador de mortalidad por desnutrición puede empezar a tener comportamientos negativos.

Gráfico 36.

Medellín: tasa de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años por cada cien mil menores de cinco años, 2016-2019



Nota: cifras preliminares para 2019 con corte a 31 de diciembre de ese año.
Fuente: elaboración propia con base en datos de la 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.



EDUCACIÓN INICIAL

En Colombia la educación inicial es un derecho de los niños y niñas menores de seis años. Según la Ley 1804 de 2016 - Política de Estado para el Desarrollo Integral de la Primera Infancia- la educación inicial 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.

Igualmente, el Ministerio de Educación Nacional indica que la educación inicial es un derecho impostergable de la primera infancia y se constituye en un estructurante de la atención integral cuyo objetivo es potenciar de manera intencionada el desarrollo integral de las niñas y los niños desde su nacimiento hasta cumplir los seis años, partiendo del reconocimiento de sus características y de las particularidades de los contextos en que viven,

favoreciendo interacciones que se generan en ambientes enriquecidos a través de experiencias pedagógicas y prácticas de cuidado. (Ministerio de Educación , 2020)

Asimismo, el sistema educativo colombiano está conformado por: la educación inicial, la educación preescolar, la educación básica (primaria cinco grados y secundaria cuatro grados), la educación media (dos grados y culmina con el título de bachiller), y la educación superior. Según lo anterior, tanto la educación inicial como la educación preescolar representan los cimientos sobre los cuales se funda todo el sistema educativo colombiano y, por ende, tienen gran importancia como potenciadores del desarrollo integral de los niños y niñas.

Por su parte las modalidades de atención inicial que ha definido el país son dos, a saber: Familiar e Institucional y Centros de Desarrollo Infantil. Ambas modalidades tienen el objetivo de garantizar el derecho de una atención

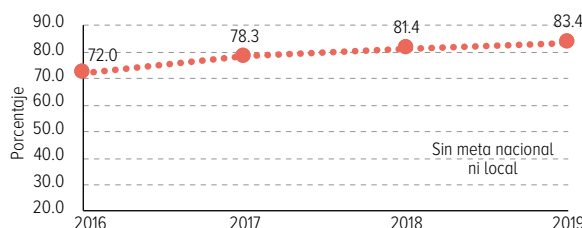
integral y una educación inicial de calidad de los niños y las niñas desde la gestación hasta su ingreso al sistema educativo en el grado de preescolar (Medellín Cómo Vamos, 2018).

Como se puede observar en el gráfico 37, en Medellín entre 2016 y 2019 se presentó un comportamiento ascendente de la cobertura neta en educación inicial, pasando de 72,0% a 83,4% respectivamente para los grados pre-jardín y jardín. Es importante resaltar que ni el gobierno nacional ni la Alcaldía de Medellín han fijado metas ODS asociadas. No obstante, es importante tener en cuenta, que tanto el país como Medellín sí fijaron metas para la atención integral a la población vulnerable. Respecto a atención integral, el compromiso es garantizar al menos seis atenciones priorizadas al 95% de los niños y niñas¹². En relación con la población vulnerable, el compromiso es garantizar la atención integral de al menos el 90% de la población menor de seis años registrada en el SISBÉN, que corresponde a la atención del programa Buen Comienzo. En el orden nacional, el actual gobierno nacional se ha comprometido públicamente con la atención integral de 2.200.000 niños y niñas en primera infancia al año 2022, lo que implica llegar a algo más de un 56,4% de la población en primera infancia en el país.

Aunque los datos anteriores son positivos, es importante en el contexto actual promover estrategias para brindar atención integral de calidad a la población vulnerable en el marco de la pandemia, pues es un segmento poblacional que requiere de estos programas para sortear de mejor manera la crisis actual. En el caso particular de Medellín, el programa Buen Comienzo presta servicios esenciales

para la población vulnerable de la ciudad que son transversales y afectan los distintos ejes discutidos en este documento.

Gráfico 37. Medellín: Cobertura neta en educación inicial, 2016-2019



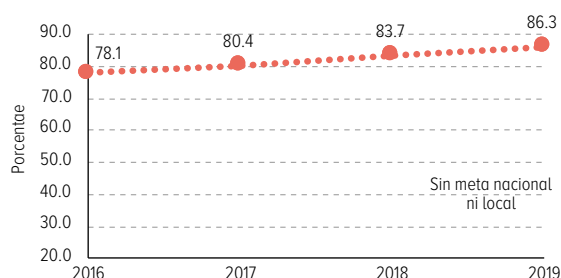
Fuente: Subdirección de Información. DAPM

Para el periodo del 2016 – 2019 la cobertura bruta en los grados pre-jardín y jardín presenta un comportamiento muy similar al de la cobertura neta como se observa en el gráfico 38. Durante los últimos años la cobertura bruta en estos grados ha estado por encima de la cobertura neta, presentando diferencias no muy relevantes. Como en el caso de la cobertura neta en los grados pre-jardín y jardín, para la cobertura bruta tampoco se establecieron metas nacionales ni locales en la agenda ODS al 2030.

Para el periodo 2016-2019 es positivo el balance de la evolución de las coberturas neta y bruta en la educación inicial para los grados pre-jardín y jardín, puesto que presentaron crecimientos del 15,8% y 10,5%, respectivamente. Medellín registra una información de coberturas, tanto bruta como neta, para su población entre 3 y 4 años, el MEN no reporta dicha información para las ciudades, por tanto, no es posible hacer comparaciones.

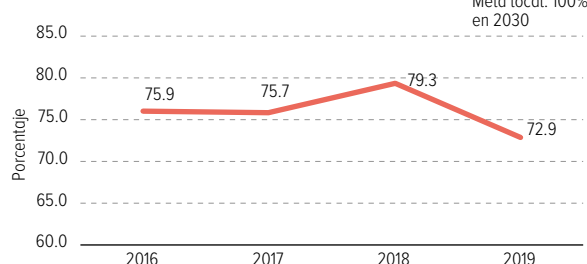
12 El indicador está definido específicamente como: "Mide el porcentaje de niños y niñas activos en el Sistema de Seguimiento Niño a Niño (SSNN) que reciben seis o más atenciones de las priorizadas por la Comisión Intersectorial para la Atención Integral a la Primera Infancia (CIPI) (registro civil, seguimiento nutricional, vacunación, afiliación a salud, controles de crecimiento y desarrollo, formación a familias, acceso a material cultural con contenidos especializados, talento humano cualificado y acceso a educación inicial). (DNP, 2020).

Gráfico 38. Medellín: Cobertura bruta educación inicial, 2016-2019



Fuente: Subdirección de Información. DAPM

Gráfico 39. Medellín: Cobertura neta en transición, 2016-2019



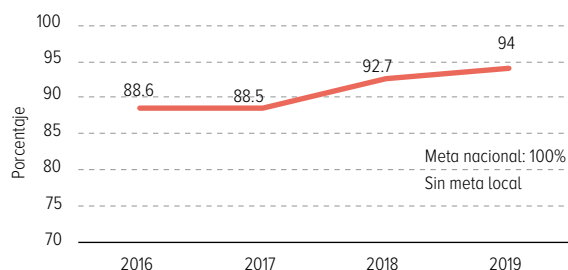
Fuente: Subdirección de Información. DAPM

Transición

En Colombia luego de terminar el proceso de educación inicial continua en el sistema una educación preescolar que como mínimo debe tener un grado obligatorio, que en este caso es la transición, como paso previo a la educación básica primaria. El grado de transición por tanto está orientado, idealmente, para niños y niñas de cinco años. Como se puede observar en el gráfico 39, la tasa de cobertura neta en transición en Medellín durante el periodo 2016- 2019 ha variado durante los cuatro años, para el 2018 se observa un descenso del 6,4%. La administración municipal se ha comprometido con una meta ODS al año 2030 del 100% de tasa de cobertura neta en transición. En contraste, la agenda nacional no definió meta asociada a la cobertura neta en transición.

Por otro lado, la cobertura bruta demostró un ascenso, alcanzando el máximo porcentaje del periodo 2016-2019 en el último año con 94% (ver gráfico 40). En relación con la agenda ODS al año 2030, se presenta un contraste entre las tasas de cobertura neta y bruta, pues mientras con la primera Medellín sí fijó meta y el país no, con la segunda ocurrió lo contrario: el país plantea como meta alcanzar un 100% de cobertura en el grado de transición para el 2030, mientras Medellín no fijó ninguna meta asociada.

Gráfico 40. Medellín: Cobertura bruta en transición, 2016-2019



Fuente: Subdirección de Información. DAPM

Finalmente, en el marco de las cuarentenas generalizadas es importante discutir los posibles efectos que tiene el hecho de no asistir a los centros de educación de forma presencial. Estimaciones realizadas por Azevedo *et al* (2020) por ejemplo, evidencian que el COVID-19 podría ocasionar un incremento del 5% en la proporción de niños que se encuentran por debajo del nivel mínimo de proficiencia en cuanto a desarrollo cognitivo. En hogares pobres esto podría reforzar el ciclo intergeneracional de pobreza y bajo capital humano. Por tal motivo, es importante desarrollar estrategias para que en términos educativos, los niños, especialmente los más vulnerables, cuenten con la infraestructura y las herramientas adecuadas para llevar a cabo sus procesos de formación de la forma más eficiente posible.

Identidad

La Política Pública de Atención Integral a la Primera Infancia en Colombia establece como una de las realizaciones el 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 (Medellín Cómo Vamos, 2018)

Como resultado, el no contar con el registro civil de nacimiento se convierte en una barrera importante para acceder a los derechos que el estado colombiano reconoce y, por tanto, impediría el desarrollo a plenitud de los niños y niñas que no cuentan con él.

Para Medellín no se cuenta con información sobre la tenencia de registro civil para toda la población en primera infancia, pero sí se cuenta para la población que enfrenta situaciones de vulnerabilidad y, por tanto, están registrados en el Sisbén.

Para el periodo 2016-2019 se encuentra que el indicador de porcentaje de niños registrados en el SISBÉN vulnerables con registro civil, el cual aumentó entre el 2016 y el 2019, representando en términos absolutos 3.467 y 4.843 respectivamente.

Pautas de cuidado y crianza

*“Convencidos de que la familia, como grupo fundamental de la sociedad y medio natural para el crecimiento y el bienestar de todos sus miembros, y en particular de los niños, debe recibir la protección y asistencia necesarias para poder asumir plenamente sus responsabilidades dentro de la comunidad, pleno y armonioso desarrollo de su personalidad, debe crecer en el seno de la familia, en un ambiente de felicidad, amor y comprensión”.
Convención sobre los derechos del niño, UNICEF.*

Según el ICBF, los estilos de crianza dependen, significativamente, del contexto social y cultural en el cual se practican las labores de cuidado, protección y socialización que desarrollan los padres y madres. De acuerdo con estas prácticas, se han nombrado de la siguiente manera: estilo autoritario, estilo permisivo y estilo democrático. Los estilos de crianza no suelen encontrarse de manera pura en ninguna familia. Esto significa que es posible encontrar diferentes combinaciones en las que puede predominar un estilo o dos de los estilos, de acuerdo con las interacciones entre los integrantes de las familias, las dinámicas sociales a las que se enfrenten y la influencia de sus seres cercanos. (ICBF, 2020)

Por su parte en Colombia es insuficiente la información relacionada con el tema, pero se conoce que los programas de primera infancia del país motivan y trabajan para que en las familias predomine el estilo de crianza democrático, en tanto que favorece los aprendizajes de todos los integrantes de la familia, la armonía en el hogar y el bienestar general de todos. (ICBF, 2020)

Asimismo, 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 las pautas de crianza y cuidado que favorecen el reconocimiento y respeto de los derechos de los niños y niñas. Esto se evidencia directamente en el balance realizado de la Política Pública De Cero a Siempre a corte del año 2017, donde no se incluye ningún indicador de resultado asociado a las pautas de crianza y sus posibles efectos sobre la vulneración derechos de los niños y niñas en primera infancia. (Medellín Cómo Vamos, 2018)

La Red de Ciudades Cómo Vamos incluyó dentro de su Encuesta Virtual para Medellín 2020 una pregunta relacionada con pautas de crianza en hogares con niños, la pregunta formulada a los hogares fue: niñas la cuarentena

¿cuál de las siguientes formas de disciplina es la que más se ha usado con los menores de 6 años en su hogar?

El resultado concerniente con las formas de disciplina más usadas por los hogares que cuentan con niños menores de 13 años, no fue necesario castigarlos con 11,1% de los encuestados. Seguido por prohibiendo algo que les gusta con 6,2% y regaño verbal con 4,3%. Poner a los niños algún trabajo se indicó como forma de disciplinarlos en dos de cada diez hogares, por otra parte, el 1% de los encuestados reportó que, las formas más utilizadas fueron negándoles manifestaciones de afecto, ignorándolos y regaño físico (Empujones, golpes).

Contrastando esta información con las Encuestas de Calidad de Vida realizadas en el 2017 y 2018 por Medellín Como Vamos, se evidencia que las formas de castigo que involucran violencia física como los empujones y golpes disminuyeron, el reporte de empujones pasó del 6% en 2017, 3% en 2018 y 0,1% en 2019.

Violencia ejercida contra la primera infancia

Según la Convención sobre los Derechos del Niño la violencia abarca toda forma de prejuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual. La violencia en la vida de los niños y niñas puede manifestarse de una forma directa e indirecta, pero en todos los casos tiene consecuencias devastadoras, de igual manera diversas investigaciones demuestran que la violencia puede tener efectos negativos para el desempeño y logros académicos, la violencia conduce a problemas en el desarrollo cerebral y la salud mental de quien la padece (Unicef, 2014)

Con los sistemas de información disponible en la ciudad de Medellín fue posible obtener indicadores que dan cuenta de varios tipos de violencia y diferentes fuentes de proveniencia

de ésta. Así, en cuanto a la violencia física se tiene que las denuncias de maltrato a los niños y niñas en primera infancia para el periodo 2016-2019 muestra una tendencia de aumento, según el ICBF se debe al incremento en las denuncias y supone un subregistro (véase Tabla 15). Igualmente, esta situación se presenta para los casos de delitos sexuales que en el cuatrienio tuvo un incremento de 83,6 %.

La violencia homicida puede ser la peor forma de violencia contra los menores de seis años. El referente como sociedad debe ser que ningún niño y niña en su primera infancia sea víctima de la violencia homicida. Lamentablemente, en todo el periodo 2016-2017 este referente no se pudo cumplir. El promedio de casos de homicidios en niños y niñas menores de seis años fue de tres casos durante el periodo, siendo los años 2016 y 2018 los que presentaron un número de casos por encima del promedio con cinco casos. Lo anterior indica que antes que mejorar en cuando a una reducción sostenida de la violencia homicida en contra de los niños y niñas en su primera infancia, la situación muestra una mejor situación en el último año (véase Tabla 8).

Tabla 8. Medellín: número de casos de algunos delitos que atentan contra la seguridad e integridad de los menores de seis años

	2016	2017	2018	2019
Violencia Intrafamiliar	587	599	916	1.008
Lesiones Personales	14	22	21	25
Delitos sexuales	220	345	367	404
Homicidios	5	4	5	1

Fuente: Fuente homicidios: INML, SIJIN, CTI, Secretaría de Seguridad como observador técnico. Consultado el 13 de septiembre de 2020 Fuente lesiones personales: SIJIN de la Policía Nacional. Sistema SIEDCO Consultado el 13 de septiembre de 2020 Fuente violencia intrafamiliar: Sistema THETA, Consultado el 13 de septiembre de 2020 Fuente delitos sexuales: CAIVAS de la Fiscalía General de la Nación. Consultado el 13 de septiembre de 2020 Construcción: Sistema de Información para la Seguridad y la Convivencia –SISC

Conclusiones

Después de realizar el análisis de las condiciones de vida de la primera infancia en Medellín, el programa Medellín Cómo Vamos encontró avances en las condiciones que le ofreció la ciudad a los más pequeños en el periodo 2016-2019, así como desafíos estructurales que tiene la ciudad a largo plazo; el programa condensó estos en cuatro grandes necesidades urgentes. De igual forma, es imposible no reconocer, aunque este informe se ocupe de analizar hasta el año 2019, las consecuencias que el escenario que la pandemia por COVID-19 tendrá sobre las vidas de los niños y niñas del país, y en este caso, de los infantes de Medellín.

Como grandes avances, en primer lugar, se tiene la atención en el Programa Buen Comienzo que aumentó en términos de cobertura y se ocupó de estudiar el impacto de este esfuerzo del municipio sobre la población objetivo, lo que permitió conocer los efectos positivos y los aspectos a mejorar en el accionar de este programa. La eliminación del puntaje SISBÉN como requisito para hacer parte del Programa en el año 2017 permitió derribar las barreras territoriales y dio acceso al Programa a más niños y niñas. Por otro lado, la apertura de nuevas sedes para las modalidades

institucionales generó la posibilidad de aumentar la capacidad y así mismo aumentar la cobertura, pues el Programa pasó de tener 211 centros infantiles en el 2016 a tener 218 en el 2019, igualmente en el 2019 se dio apertura a tres Jardines Infantiles lo que representó un aumento aproximado de 1.600 cupos.

En contraste, la modalidad entorno familiar alcanzó en el 2018 el número de semanas de atención más bajo de la historia del programa Buen Comienzo; la atención a familias gestantes y lactantes tiene en promedio una duración de 43 semanas, aunque en el año 2014 logró su mayor récord de atención con 47 semanas. Es necesario resaltar que las semanas en las modalidades de atención comunitaria y familiar implican la atención de un día de cada semana, con lo cual, de acuerdo con la Alcaldía de Medellín, los días de atención efectivos por beneficiario se calculan de acuerdo con el número de semanas hábiles dentro de cada contrato. En este punto, se identificó que es necesario **garantizar la prestación ininterrumpida del programa Buen Comienzo, asegurando la cantidad de días/semanas de atención, en especial en la modalidad familiar, así como el acompañamiento técnico necesario para ofrecer un servicio de calidad.**

En cuanto a la evaluación de resultados del Programa, realizada en el año 2018, esta evidencia que los niños y niñas que tenían mayor exposición en días a la atención integral, presentaban menores alerta en el desarrollo; según este estudio, es indispensable continuar trabajando en la permanencia de las niñas y los niños en Buen Comienzo, especialmente aquellos de estratos socioeconómicos más bajos, con el fin de disminuir de manera más decidida las brechas de desigualdad existentes en la primera infancia de la ciudad. Lo anterior contrasta con la atención recibida por los niños y niñas que hacen parte del Programa en el marco de la pandemia por COVID-19, pues además de los sesgos en el acceso explicados por las brechas -conectividad y acceso a herramientas tecnológicas-, las limitaciones de la socialización a causa del confinamiento configuran un desafío importante en función del desarrollo de los niños y niñas más vulnerables de la ciudad.

En materia de cobertura del sistema de salud para la primera infancia en Medellín, la ciudad cuenta con la información desagregada en dos grupos: 0 a 2 años y 3 a 5 años. En ambos casos, el reporte es bueno hasta el año 2019, hasta cuando aumentó la cobertura registrada. La cobertura de vacunación en Medellín en términos generales disminuyó en el periodo 2016 - 2019. En este sentido, las acciones del gobierno local deben estar enmarcadas en estrategias y planes operacionales para colmar brechas de inmunización y hacer llegar a todos los niños y niñas las vacunas que los protegen contra enfermedades.

El reporte respecto a la mortalidad materna es positivo, en tanto se ha mantenido una tendencia negativa. No obstante, la contingencia actual puede impedir que la tendencia decreciente se sostenga en el corto plazo. Esto a razón de que, en el contexto de la pandemia, los servicios de atención prenatal pueden estar siendo afectados, impidiendo que las madres gestantes acudan a los servicios de salud ya sea por decisión propia (por temor a contagio)

o por restricciones en la atención. Si la asistencia a controles prenatales efectivamente se reduce por alguna de estas razones, es factible intuir que las muertes maternas podrían incrementarse.

Un aspecto importante para resaltar es que Medellín no cuenta con datos objetivos sobre lactancia materna exclusiva. Si bien en los controles de crecimiento y desarrollo se les pregunta a las madres si lactan exclusivamente y en el Programa Buen Comienzo existen acciones puntuales para promoverla, la Subdirección de Información aclara que la inclusión en los sistemas de información de siete variables relacionadas con lactancia materna para los menores de dos años solo comenzó a hacerse desde 2017 y a la fecha no ha habido ningún reporte oficial. Por lo tanto, un desafío es **consolidar información de ciudad correspondiente a lactancia materna exclusiva que permita formular políticas de manera focalizada que promuevan esta práctica para las madres gestantes y lactantes.**

En cuanto a nutrición, según el Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional SISVAN, la prevalencia de desnutrición crónica en menores de 6 años a 2019 fue de 7.4%. Si bien se encuentra por debajo del promedio nacional calculado por la ENSIN, es preocupante el incremento presentado de 2018 a 2019, del orden de 0.5 puntos porcentuales. Esto es especialmente relevante en el contexto actual, pues empezar la pandemia con una tendencia negativa en este indicador puede reflejar también que los hogares estaban menos preparados para afrontar los retos asociados a este choque negativo. En particular, la reducción en los ingresos de los hogares causada por la pandemia tiene incidencia sobre la posibilidad de estos para acceder a alimentos variados y de calidad, lo que podría incrementar las prevalencias de inseguridad alimentaria y consecuentemente, la prevalencia de desnutrición crónica. Es posible pensar que dado lo

anterior, este indicador en los próximos años tiende a aumentar, lo que pone en duda el cumplimiento de la meta trazada en la ciudad de 6.4% a 2030.

Ahora, si se analiza la prevalencia de desnutrición crónica en menores de dos años, la situación se torna un poco más preocupante en cuanto esta se ha mantenido por encima de la relacionada con el grupo de menores de 6 años desde 2017, pasando de una prevalencia de 7.1% en 2016 a una de 8.5% en 2019. En contraste, en menores de 6 años en este mismo periodo, el incremento fue de 7.2% a 7.4%. Esto deja en evidencia la necesidad de fortalecer la modalidad Entorno Familiar del programa Buen Comienzo. En este sentido, según lo discutido previamente, se debe trabajar por incrementar las semanas de atención en cada año, pues a 2019 los beneficiarios de esta modalidad pasaban alrededor de dos meses sin accesos al programa.

En este sentido, la importancia de la toma de tamizajes nutricionales en los niños en estas condiciones, o en riesgo de padecerlas, es supremamente importante con el fin de monitorear el estado que tienen con ocasión de la pandemia, por lo que la recomendación es **asegurar la captura de información relacionada con tamizajes nutricionales con el objetivo de realizar seguimiento y control oportuno a los niños y niñas que así lo requieran.**

Por último, en cuanto a educación, Medellín entre 2016 y 2019 presentó un comportamiento ascendente de la cobertura neta en educación inicial, pasando de 72,0% a 83,4%

respectivamente para los grados pre jardín y jardín. Es importante resaltar que ni el gobierno nacional ni la Alcaldía de Medellín han fijado metas ODS asociadas. No obstante, es importante tener en cuenta, que tanto el país como Medellín sí fijaron metas para la atención integral a la población vulnerable. Respecto a atención integral, el compromiso es garantizar al menos seis atenciones priorizadas al 95% de los niños y niñas.

Por otro lado, la cobertura bruta demostró un ascenso, alcanzando el máximo porcentaje del periodo 2016-2019 en el último año con 94%. En relación con la agenda ODS al año 2030, se presenta un contraste entre las tasas de cobertura neta y bruta, pues mientras con la primera Medellín sí fijó meta y el país no, con la segunda ocurrió lo contrario: el país plantea como meta alcanzar un 100% de cobertura en el grado de transición para el 2030, mientras Medellín no fijó ninguna meta asociada.

No obstante, los efectos del COVID-19 pueden impactar no solo en términos de cobertura para el año 2020, sino en términos de calidad del proceso escolar de los niños y niñas. Por lo tanto, es importante repensar la forma de educar a los más pequeños en el marco de confinamientos futuros. En este sentido, es necesario **generar estrategias que mitiguen los efectos de la interrupción del proceso educativo de los niños y niñas en mayores condiciones de vulnerabilidad a causa de la pandemia, que de manera paralela controlen los casos de abuso y violencia intrafamiliar por el aislamiento social.**

Bibliografía

- ACNUR. (2020). ACNUR. Obtenido de https://www.acnur.org/op/rep_am/5e4720df4/acnur-informe-mensual-de-las-americas-diciembre-de-2019.html?query=VENEZOLANOS%20DICIEMBRE%202019
- Alcaldía de Medellín - Universidad CES. (2020). VALORACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES DE 0 A 17 AÑOS DE EDAD, RESIDENTES EN EL MUNICIPIO DE MEDELLÍN 2018. Medellín.
- Alcaldía de Medellín. (2016). *Plan Municipal de Salud "Para Vivir más y mejor" 2016-2019*.
- Alcaldía de Medellín. (2019). *Informe de Gestión de la Alcaldía de Medellín 2016 - 2019*.
- Así Vamos en Salud. (2016). *Prevalencia de desnutrición global y crónica en menores de 5 años*. Obtenido de 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>
- Así vamos en salud. (2020). *Enfermedades transmisibles. Tasa de Mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) en menores de 5 años*. Obtenido de <https://www.asivamosensalud.org/indicadores/enfermedades-transmisibles/tasa-de-mortalidad-por-enfermedad-diarreica-aguda-eda-en>
- Así vamos en salud. (2020). *Enfermedades transmisibles. Tasa de Mortalidad por Infección Respiratoria Aguda (IRA) en Menores de 5 años*. Obtenido de <https://www.asivamosensalud.org/indicadores/enfermedades-transmisibles/tasa-de-mortalidad-por-infeccion-respiratoria-aguda-ira-en>
- Comisión Intersectorial para la Atención de la Primera Infancia. (2012). *Lineamiento técnico de salud en la Primera Infancia*. Obtenido de <http://www.deceroasiempre.gov.co/QuienesSomos/Documents/7.De-Salud-en-la-Primera-Infancia.pdf>
- Efectos del Programa Buen Comienzo en el desarrollo integral de niños y niñas que participan de la modalidad institucional 8 horas en centros y jardines infantiles de la ciudad de Medellín, 2018. (8 de Junio de 2020). *Alcaldía de Medellín*. Obtenido de <https://medellin.edu.co/programa-buen-comienzo/documentos/>
- Fundación Éxito. (2014). *Los determinantes sociales de la desnutrición crónica en Colombia*. Medellín.
- Fundación Éxito. (2020). *Cero desnutrición*. Obtenido de <https://www.fundacionexito.org/gen-cero>
- Fundación Éxito. (2020). *Efectos del COVID-19 en la primera infancia de Colombia. No es solo una emergencia*.
- ICBF. (2019). *Desnutrición*. Obtenido de <https://www.icbf.gov.co/noticias/gobierno-nacional-disminuyo-en-16-notificaciones-de-muertes-de-ninas-y-ninos-asociadas-la>
- Instituto Nacional de Salud. (2017). *Protocolo de vigilancia en salud pública. Mortalidad materna*. Obtenido de <http://www.ins.gov.co/buscador-eventos/ZIKA%20Lineamientos/PRO%20Mortalidad%20materna.pdf>
- Instituto Nacional de Salud. (2017). *Protocolo de vigilancia en salud. Mortalidad perinatal y neonatal tardía*. Obtenido de <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/PRO%20Mortalidad%20perinatal%20neonatal.pdf>

- Instituto Nacional de Salud. (2020). *Boletín Epidemiológico Semanal*. Obtenido de https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2020_Boletin_epidemiologico_semana_9.pdf
- Instituto Nacional de Salud. (2020). *Protocolo de vigilancia en salud pública. Vigilancia integrada de muertes en menores de cinco años por infección respiratoria aguda, enfermedad diarreica aguda o desnutrición*. Obtenido de https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/PRO%20Mortalidad%20en%20menores_.pdf#search=lineamientos%20mortalidad%20en%20la%20ni%C3%B1ez
- Instituto Nacional de Salud. (2020). *Protocolo de vigilancia en salud. Mortalidad perinatal y neonatal tardía*. Obtenido de <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/PRO%20Mortalidad%20perinatal%20neonatal.pdf>
- Kramer, M., & Kakuma, R. (2012). *Optimal duration of exclusive breastfeeding*. Obtenido de <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003517.pub2/epdf/full>
- Medellín Cómo Vamos. (21 de Julio de 2014). *El alcalde respondió al Informe de Calidad de Vida de Medellín Cómo Vamos*. 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*. Obtenido de 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). *¿Cómo va la primera infancia en Medellín?* Medellín: Taller de Edición.
- Medellín Cómo Vamos. (2017). *¿Cómo va la Primera Infancia en Medellín? 2017*. Obtenido de file:///C:/Users/gavir/Documents/Medellín%20Cómo%20Vamos/Documento%20-%20Informe%20Cómo%20va%20la%20primera%20infancia%20en%20Medellín,%202017.pdf
- Medellín Cómo Vamos. (2018). *¿Cómo va la primera infancia en Medellín? 2017*. Medellín: Taller de Edición.
- Medellín Cómo Vamos. (2018). *¿Cómo va la Primera Infancia en Medellín? 2017*. Obtenido de <https://www.medellincomovamos.org/system/files/2020-05/docuprivados/Documento%20-%20Informe%20C%C3%B3mo%20va%20la%20primera%20infancia%20en%20Medell%C3%ADn%2C%202017.pdf>
- Medellín Cómo Vamos. (2020). *Informe de Calidad de Vida de Medellín 2016 - 2019*.
- Medellín Cómo Vamos. (2020). *Propuestas de gestión pública para enfrentar las consecuencias sociales y económicas del COVID-19*.
- Metrosalud. (s.f.). *Buen Comienzo - Entorno familiar*. Obtenido de <http://www.metrosalud.gov.co/metrosalud/pyp/71-buen-comienzo>
- Migración Colombia. (19 de agosto de 2020). *Migración, ministerio de relaciones exteriores*. Obtenido de <https://www.migracioncolombia.gov.co/component/k2/total-de-venezolanos-en-colombia-corte-a-31-de-diciembre-de-2019?highlight=WyJ2ZW5lem9sYW5vcylslmVuliwiY29s-b21iaWEiLCJjb2xvbWJpYScsliwidmVuZX-pvbGFub3MgZW4iLCJ2ZW5lem9sYW5vcyBlbiBjb2xvbWJpYSIsImVulGNvbG9tYm>
- Ministerio de Educación. (2020). Obtenido de <https://www.mineducacion.gov.co/portal/Educacion-inicial/>
- Ministerio de Salud. (2013). *Plan Decenal de Salud Pública, 2012-2021*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%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. (2014). *Aproximación a los determinantes de la doble carga nutricional en Colombia*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SNA/Boletin-04-2014-Aproximacion-Determinantes-doble-carga-nutricional-colombia.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (Febrero de 2016). *ABECÉ de la Atención Integral a la Desnutrición Aguda*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SNA/abc-desnutricion-aguda.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (21 de Noviembre de 2017). *Lanzamiento de la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional*. Obtenido de <https://www.youtube.com/watch?v=ClxXko4w8Sc>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (07 de Septiembre de 2018). Respuesta a solicitud de información. *Radicado No. 201822001091921*. Bogotá.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2019). *Análisis de situación de salud. Colombia, 2019*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-2019-colombia.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2020). *Análisis de situación de salud. Colombia, 2019*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-2019-colombia.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (19 de Agosto de 2020). *Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)*. Obtenido de [https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/ProgramaAmpliadodelInmunizaciones\(PAI\).aspx](https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/ProgramaAmpliadodelInmunizaciones(PAI).aspx)
- 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)
- 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)
- Ministerio de Salud y Protección Social. (s.f.). *Norma técnica para la atención del parto*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/3Atencion%20del%20Parto.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (s.f.). *Vacuna contra la poliomielitis*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/POLIO.pdf>
- Naciones Unidas . (2020). <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>.
- OMS. (08 de 08 de 2020). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49550/9789275320334_spa.pdf?ua=1
- Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura - FAO. (2014). *Por qué la nutrición es importante. Segunda Conferencia Internacional sobre Nutrición*.
- 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

- Organización Mundial de la Salud . (2011). *Guidelines on Optimal feeding of low birth-weight infants in low-and middle-income countries*. Obtenido de 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 . (2020). *OMS*. Obtenido de http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255733/WHO_NMH_NHD_14.5_spa.pdf?ua=1
- Organización Mundial de la Salud. (1946). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf
- 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
- 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
- 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
- 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
- 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
- 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/
- 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/
- 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/
- Organización Mundial de la Salud. (julio de 2016). *¿Qué es la malnutrición?* Obtenido de <http://www.who.int/features/qa/malnutrition/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2016). *Informe de la Comisión para acabar con la obesidad infantil*. Obtenido de http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/206450/9789243510064_spa.pdf?jsessionid=C929C34989B91A5437D-07363213F3736?sequence=1
- 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. (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. (2016). *The double burden of malnutrition. Policy brief*. Obtenido de <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255413/WHO-NMH-NHD-17.3-eng.pdf?ua=1>
- 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. (16 de Febrero de 2018). *Obesidad y sobrepeso*. Obtenido de <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- Organización Mundial de la Salud. (2019). *Reducir la mortalidad en recién nacidos*. Obtenido de <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/newborns-reducing-mortality>
- Organización Mundial de la Salud. (2020). *Enfermedades diarreicas*. Obtenido de <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diarrhoeal-disease>
- Organización Mundial de la Salud. (2020). *Reducir la mortalidad en recién nacidos*. Obtenido de <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/newborns-reducing-mortality>
- Organización Mundial de la salud. (abril de 2020). *Sobrepeso y Obesidad*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- Organización Mundial de la Salud. (s.f.). *Double burden of malnutrition*. Obtenido de <https://www.who.int/nutrition/double-burden-malnutrition/en/>
- Organización Mundial de la Salud. (s.f.). *Lactancia materna exclusiva*. Obtenido de <http://www.who.int/nutrition/topics/exclusive-breastfeeding/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (s.f.). *Salud de la madre, del recién nacido, del niño y del adolescente. La atención integrada del embarazo y el parto (IMPAC)*. Obtenido de https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/impac/es/
- Organización Panamericana de la Salud. (2006). *Situación de deficiencia de hierro y anemia*. Obtenido de <https://www.unicef.org/panama/spanish/Hierro.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud. (2009). *Herramientas para el monitoreo de niños vacunados e indicadores del PAI*. Obtenido de https://www.paho.org/per/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=documentos-trabajo-872&alias=100-herramientas-para-monitoreo-ninos-vacunados-e-indicadores-pai-0&Itemid=1031
- Paraje, G. (2008). *Evolución de la desnutrición crónica infantil y su distribución socioeconómica en siete países de América Latina y el Caribe*. Obtenido de https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/6145/1/S0800165_es.pdf
- Presentacion Comité Consultivo Junio . (2018)., (pág. 33). Medellín.
- 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>

- Subdirección de Información y evaluación estratégica del Departamento Administrativo de Planeación de Medellín. (16 de Octubre de 2018). Respuesta realimentación de información Informe Primera Infancia Medellín 2017.
- 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. (2004). *Low birth weight. Country, regional and global estimates*. Obtenido de https://www.unicef.org/publications/files/low_birthweight_from_EY.pdf
- Unicef. (2006). *Un balance sobre la nutrición*. Obtenido de https://www.unicef.org/spanish/progressforchildren/2006n4/index_lowbirthweight.html
- Unicef. (2009). *Global Action Plan for Prevention and Control of Pneumonia (GAPP)*. Obtenido de http://apps.who.int/iris/bits-tream/handle/10665/70101/WHO_FCH_CAH_NCH_09.04_eng.pdf?sequence=1
- 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. (2011). *La desnutrición infantil. Causas, consecuencias y estrategias para su prevención y tratamiento*. Obtenido de <https://www.unicef.es/sites/unicef.es/files/Dossierdesnutricion.pdf>
- Unicef. (2013). *Ending preventable child deaths from Pneumonia and Diarrhoea by 2025*. Obtenido de http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/79200/9789241505239_eng.pdf?sequence=1
- 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
- Unicef. (2014). *Eliminar la Violencia*. Obtenido de https://www.unicef.org/spanish/publications/files/UNICEF_Ending_Violence_Spanish_WEB_240215.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
- 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. (2017). *La primera infancia importa para cada niño*. Obtenido de https://www.unicef.org/spanish/publications/index_100862.html
- 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. (2018). *Capturar el momento – Inicio temprano de la lactancia materna: El mejor comienzo para cada recién nacido*. Obtenido de https://www.unicef.org/spanish/publications/index_102949.html
- Unicef. (2018). *Lactancia materna*. Obtenido de https://www.unicef.org/spanish/nutrition/index_24824.html

- UNICEF. (2019). *ESTADO MUNDIAL DE LA INFANCIA 2019*. Obtenido de <https://www.unicef.org/media/62486/file/Estado-mundial-de-la-infancia-2019.pdf>
- UNICEF. (2019). *La Doble Carga de la Malnutrición*. Obtenido de <https://www.unicef.org/guatemala/media/2771/file/La%20Doble%20Carga%20de%20la%20Malnutrici%C3%B3n.pdf>
- UNICEF. (2020). *Lactancia materna y alimentación complementaria*. Obtenido de https://www.unicef.org/spanish/nutrition/index_breastfeeding.html
- Unicef. (2020). *Malnutrition*. Obtenido de <https://data.unicef.org/topic/nutrition/malnutrition/>
- Unicef. (Agosto de 2020). *Under-five mortality*. Obtenido de <https://data.unicef.org/topic/child-survival/under-five-mortality/>
- Unicef. (s.f.). *Bajo peso al nacer*. Obtenido de https://www.unicef.org/spanish/special-session/about/sgreport-pdf/15_LowBirthweight_D7341Insert_Spanish.pdf
- Unicef. (s.f.). *Bajo peso al nacer*. Obtenido de https://www.unicef.org/spanish/special-session/about/sgreport-pdf/15_LowBirthweight_D7341Insert_Spanish.pdf
- Unicef. (s.f.). *Lo que viven en sus primeros mil días es la base del resto de su vida*. Obtenido de https://www.unicef.org/uruguay/spanish/pdf_digital_final-interactivo.pdf
- 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 . (2018). *Efectos del Programa Buen Comienzo en el desarrollo integral de niños y niñas que participan de la modalidad institucional 8 horas en centros y jardines infantiles de la ciudad de Medellín*. Obtenido de <https://medellin.edu.co/programa-buen-comienzo/documentos/>



Impactos de la pandemia por COVID-19 en la calidad de vida de la primera infancia

El mundo enfrenta una situación histórica con la pandemia por el COVID-19 que tiene una relación directa con la salud y bienestar de los niños. Además de las pérdidas contabilizadas en vidas, también se identifican consecuencias negativas a mediano y largo plazo por otro tipo de factores; según la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura -FAO- (2020), se tiene previsto que la pandemia cause disrupciones en los sistemas alimentarios. Las caídas en los ingresos de los hogares limitarán su posibilidad a acceder a alimentos con la frecuencia y la calidad adecuada, lo que tendrá influencia directa sobre el bienestar nutricional de la primera infancia, en tanto la desnutrición crónica es una consecuencia de la inseguridad alimentaria. Adicionalmente, la OMS (2020) expresa al respecto que la pandemia ha ocasionado importantes interrupciones en los servicios de salud, educación y nutrición, que podrían generar retrocesos considerables en los avances conseguidos con mucho esfuerzo.

Así las cosas, los retos identificados a partir del análisis que inciden en la calidad de vida de la primera infancia **nos convocan a todos como sociedad** y aún con mayor énfasis bajo los nuevos desafíos que plantea la pandemia por el COVID-19.

.....
Conoce más de este informe en:
www.medellincomovamos.org
www.fundacionexito.org
.....

NUESTRAS REDES SOCIALES:

-  MedellinComoVamos
-  @MedComoVamos
-  Medellincomovamos
-  /Medellín Cómo Vamos
-  Medellín Cómo Vamos