



¿Cómo va la PRIMERA INFANCIA en Medellín?, 2017

ALIADOS



Resumen Ejecutivo

¿Cómo va la Primera Infancia en Medellín?, 2017

Medellín, diciembre de 2018

Textos*:

Piedad Patricia Restrepo

Directora de Medellín Cómo Vamos

Paula Andrea Hernández

Profesional senior de Medellín Cómo Vamos

Diagramación: Pregón S.A.S.

Fotografías: Banco de fotos de la Fundación Éxito

ISBN: 978-958-98307-2-7

* Las autoras quieren agradecer el acompañamiento en la elaboración de este informe de Diana María Pineda Ruiz, Líder de Inversión Social y Generación de Conocimiento y Juan Carlos Burgos, Nutricionista de la Fundación Éxito. Este acompañamiento no compromete en nada el contenido del informe. También agradecen a la Subdirección de Información del Departamento Administrativo de Planeación Municipal por la entrega de gran parte de la información usada en este informe, y a los programas Cali Cómo Vamos y Bogotá Cómo Vamos por la información compartida.

ENTIDADES SOCIAS DE MEDELLÍN CÓMO VAMOS



Vigilada Mineducación

Fundación corona

comfama



CONTENIDO

pág. 4 **Introducción**

pág. 7 **¿Cómo va la primera infancia en Medellín?**

- Población
- Vulnerabilidad

pág. 17 **Programa de atención integral a población vulnerable "Buen Comienzo"**

- Cobertura del programa Buen Comienzo
- Modalidades de atención del Programa Buen Comienzo
- Días de atención en las diferentes modalidades de atención de Buen Comienzo

pág. 24 **Privación en barreras de acceso a la primera infancia**

pág. 30 **Salud**

- Cobertura de los servicios de salud
- Aseguramiento en salud
- Acceso a los servicios de salud
- Morbilidad
- Mortalidad

pág. 54 **Nutrición**

- Bajo peso al nacer
- Lactancia materna exclusiva
- Malnutrición infantil
- Mortalidad por desnutrición

pág. 72 **Educación inicial**

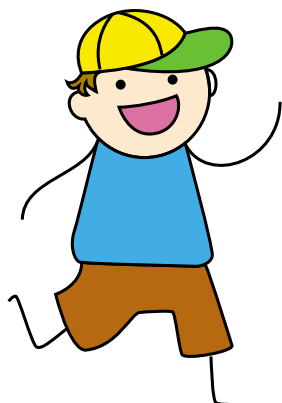
pág. 78 **Identidad**

pág. 80 **Ambientes seguros y protectores y crianza que favorece el desarrollo**

pág. 93 **Condiciones materiales de habitabilidad**

pág. 100 **Conclusiones**

pág. 109 **Referencias bibliográficas**



INTRODUCCIÓN

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 Javeriana¹, 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.

El informe ¿Cómo va la primera infancia en Medellín? se complementó bajo la perspectiva que establece la Política Pública de Primera Infancia del país, “De Cero a Siempre” promulgada en la Ley 1804 de 2016². 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 (MCV y otros, 2017, p. 9).

La perspectiva de derechos se manifiesta en la vida cotidiana de la primera infancia en lo que la Política denomina realizaciones. Su buen logro permite afirmar que como resultado de la atención integral se asegura que cada niña y cada niño: 1) Cuenta con padre, madre, familiares o cuidadores principales que lo acogen y ponen en práctica pautas de crianza que favorecen su desarrollo integral; 2) Vive y disfruta del nivel más alto posible de salud; 3) Goza y mantiene un estado nutricional adecuado; 4) Crece en entornos que favorecen su desarrollo; 5) Construye su identidad en un marco de diversidad; 6) Expresa sentimientos, ideas y opiniones en sus entornos cotidianos y estos son tenidos en cuenta y 7) Crece en entornos que promocionan sus derechos y actúan ante la exposición a situaciones de riesgo o vulneración. (MCV y otros, 2017, p. 9).

1 Fundación Corona y otros (2015).

2 Para mayor detalle sobre la política pública nacional y la local véase MCV y otros (2017).

En 2018, la alianza se renueva 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 dar cuenta de las siete realizaciones incluidas en la Política, el Programa incluye en este informe indicadores de resultado, acordes con la metodología de seguimiento a la calidad de vida, con base, primordialmente, en fuentes oficiales, pero también se complementa con información proveniente de la Encuesta de Percepción Ciudadana -EPC- que realiza el programa anualmente. Como en el año 2017, se cuenta con información comprensiva para las realizaciones uno, dos, tres, cuatro y siete; se tiene información parcial de la realización cinco, pues sólo se cuenta con el indicador básico de identidad (si cuenta con registro civil de nacimiento) y no se cuenta con información de la realización seis. En esta ocasión, se incluyó una pregunta adicional en la EPC sobre actividades de tiempo libre realizadas por los niños y niñas en su primera infancia, que complementan la información de la realización uno. Además, se incluyen indicadores adicionales en torno a las condiciones nutricionales y de salud, tanto de los niños como de las maternas, como, por ejemplo, la tasa de mortalidad clasificada por causas directas e indirectas, la prevalencias de sobrepeso, obesidad y la doble carga de malnutrición, entre otros.

Se mantiene la línea de base del año 2009³ para la mayoría de los indicadores y también la comparación con las ciudades de Bogotá y Cali, sujeta a la disponibilidad de la información comparable, escogidas por ser ciudades con características en nivel de desarrollo socio económico y capacidades institucionales más similares a Medellín.

También se incluye, como en el informe de 2017, la información de comunas y corregimientos para algunos de los indicadores disponibles para la ciudad en su conjunto, dando cuenta de las diferencias en los resultados del desarrollo de niños y niñas dependiendo del lugar donde viven; la línea de base más recurrente para esta información es el año 2013.

En este año en particular, se buscó hacer énfasis a la agenda mundial de Objetivos de Desarrollo Sostenible en lo concerniente con la primera infancia. Los Objetivos de Desarrollo Sostenible son un conjunto de propósitos globales que buscan erradicar la pobreza, proteger el planeta y asegurar la prosperidad de todos en el marco de una nueva agenda de desarrollo sostenible, que amplía el enfoque planteado en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) para considerar las tres dimensiones del desarrollo: ambiental, social y económica.

El balance de los ODM para Colombia en materia de salud y nutrición fue agri dulce al cierre de 2015. De diez metas relacionadas con la primera infancia, solo dos se cumplieron a cabalidad, que fueron los referentes a la tasa de mortalidad en menores de un año y la atención institucional del parto por personal calificado. Mientras tanto, en las metas referentes a desnutrición global, desnutrición crónica, bajo peso al nacer, mortalidad en menores de 5 años, coberturas de vacunación para DPT y triple viral, razón de mortalidad materna y nacidos vivos con cuatro controles prenatales o más el país avanzó de manera importante, pero se quedó corto frente a las metas propuestas para 2015.

A nivel global, el balance de los ODM también mostró que, si bien se avanzó en materia de reducción de pobreza, quedaron retos pendientes por abordar como el hecho de que para 2015 aún 800 millones de personas vivían en condiciones de pobreza y pobreza extrema, siendo los niños una de las poblaciones más afectadas; entre otros, en términos nutricionales y en

³ 2009 es un año significativo para la primera infancia en Medellín, en tanto, se empieza a gestar un sistema de información para los niños y niñas menores de seis años vulnerables atendidos por el Programa Buen Comienzo.

la capacidad de disfrutar del grado máximo de salud al que tienen derecho. Con ese panorama, se incluyeron entonces en los Objetivos de Desarrollo Sostenible número 2 y 3 metas que apuntan a poner fin al hambre, mejorar la nutrición y garantizar una vida sana para todos.

Colombia adhirió a esa agenda, y trabajó durante tres años largos para definir unas metas nacionales con sus respectivos indicadores. Estos quedaron plasmados en el Conpes 3918 de marzo 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, viene trabajando desde 2017 en la localización de las metas de la agenda ODS para Medellín, en un ejercicio pionero para los municipios capitales en Colombia, que aún está en construcción, y que se espera que esté listo antes de finalizar el año 2018.

Como punto de partida para Colombia, se priorizaron indicadores trazadores asociados a cada meta, de manera que se facilitara la movilización de acciones que propendan por el logro de cada objetivo. Específicamente, para el caso de los ODS 2 y 3, se priorizaron los indicadores de tasa de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años (por cada 100.000 niños y niñas menores de 5 años) y la tasa de mortalidad materna (por cada 100.000 nacidos vivos). Adicionalmente, 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 4 “Educación de Calidad”. Así, el país se plantea 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.

En esa misma línea en el escenario local, Medellín en el desarrollo de su ejercicio pionero de fijación de metas en cumplimiento de los ODS con enfoque territorial, también ha priorizado varios indicadores que permitan hacerle seguimiento al cumplimiento de los ODS 2, 3 y 4. Particularmente, en lo concerniente a la erradicación del hambre, la ciudad se concentró en mantener la mortalidad de desnutrición en cero y disminuir la desnutrición aguda y crónica. En cuanto a garantizar una vida sana, la ciudad busca reducir la mortalidad materna, incrementar la proporción de gestantes que reciben controles prenatales y la proporción de partos con asistencia sanitaria y reducir la mortalidad neonatal, infantil, de la niñez y la evitable en menores de cinco años. En el caso del objetivo 4, Medellín se ha propuesto alcanzar una cobertura neta en el grado de transición del 100% y una cobertura del programa Buen Comienzo del 90%.

Con este segundo informe de seguimiento al desarrollo integral de la primera infancia en Medellín queremos evidenciar los avances logrados en todas las dimensiones de ese desarrollo, y los desafíos que aún permanecen y otros que van emergiendo conforme se cuenta con información más precisa y detallada. Asimismo, poner en relieve los compromisos asumidos por el país y la ciudad en el marco de la agenda de Objetivos de Desarrollo Sostenible, entendiendo que la apropiación, seguimiento y evaluación puntual a la Agenda, desde la sociedad civil es un requerimiento indispensable, aunque no el único, para su efectivo cumplimiento.

En el marco de la alianza entre Medellín Cómo Vamos, Fundación Éxito y Fundación Proantioquia, esperamos poder continuar realizando este seguimiento con una periodicidad no mayor a dos años, enfatizando en cada informe en los aspectos donde mayores retos enfrenta la primera infancia de la ciudad. El objetivo es aportar un diagnóstico comprensivo del bienestar de la primera infancia y propiciar cambios en la política que propendan por mejorar ese bienestar para todos los niños y niñas en la etapa más crucial de su desarrollo.

¿Cómo va la PRIMERA INFANCIA en Medellín?

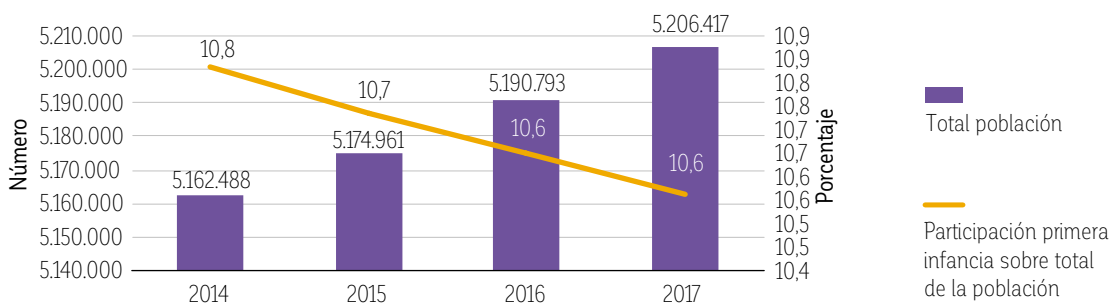


Población

A 2017 había en Colombia 5.206.417 niños y niñas menores de seis años, quienes representaban un 10,6% del total de la población a ese año. Como se observa en el gráfico 1, en el periodo 2014-2017 se evidencia que, aunque ha crecido la población en primera infancia en el país, se ha reducido su participación en el total de población; este comportamiento

es el resultado de un menor crecimiento para la población en primera infancia, que en el periodo llegó a 0,9%, mientras el total de la población lo hizo en un 3,4%. En consecuencia, este comportamiento muestra el acortamiento de la base de la pirámide poblacional, típico de menores tasas de natalidad y una mayor esperanza de vida.

GRÁFICO 1. Colombia: población en primera infancia, 2014-2017

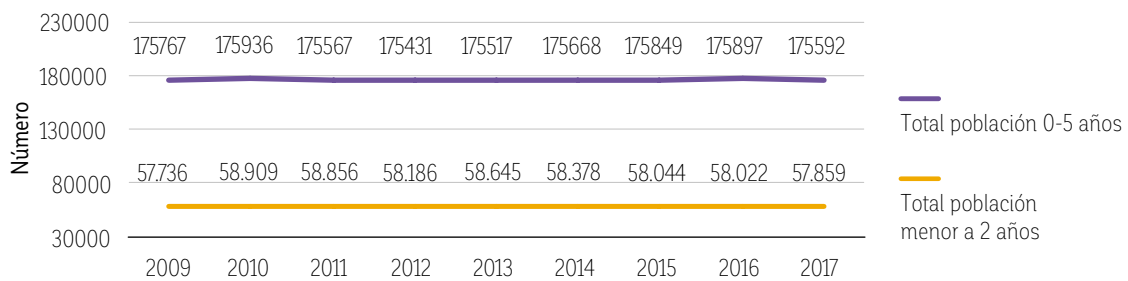


Fuente: proyecciones poblacionales del DANE

Para Medellín, en un periodo de tiempo más largo, se tiene que la población en primera infancia ha estado relativamente estable en los casi 176.000 niños y niñas. A 2017, específicamente, había en la ciudad 175.592 niños y niñas menores de seis años, esto representó una

reducción de 0.1% en relación con el año 2009. Por su parte, la población menor a dos años se ubicó en 57.859, levemente por encima de la población en estas edades en 2009, para un crecimiento del 0.2% en el periodo 2009-2017 (véase gráfico 2).

GRÁFICO 2. Medellín: población menor a seis años y menor a dos años, 2009-2017

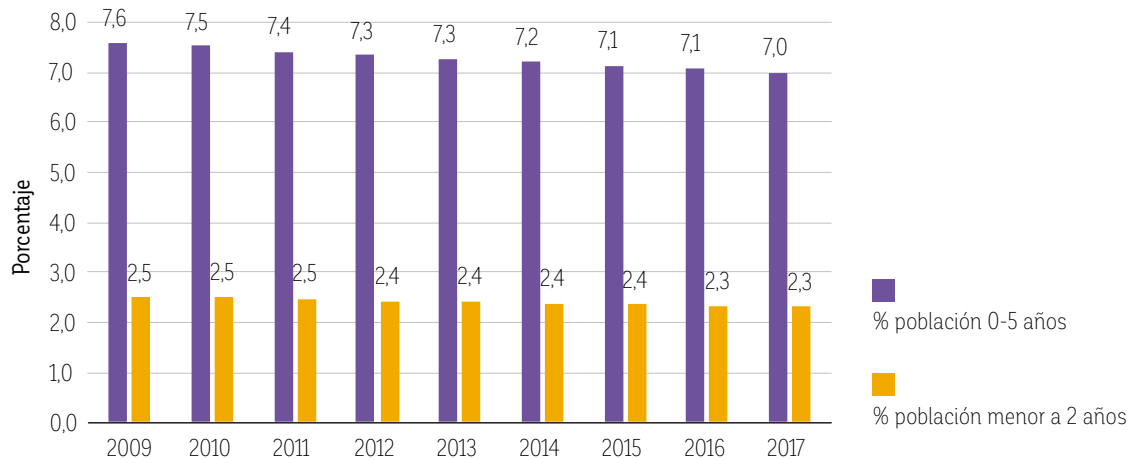


Fuente: proyecciones DANE

Como en el país, en Medellín la representación de la población en primera infancia sobre el total de la población ha venido reduciéndose; así, mientras en 2009 la primera infancia representaba un 7,6% del total de la población, a 2017 bajó 0,6 puntos porcentuales, ubicándose en 7,0%. En el caso de los menores de dos años, aunque también se ha

reducido su participación, esta reducción fue menor, pasando de 2,5% en 2009 a 2,3% en 2017. Frente al año inmediatamente anterior, la participación en el total de la población bajó en 0,1 puntos porcentuales para los menores de seis años, mientras se mantuvo estable la participación de los menores de dos años (véase gráfico 3).

GRÁFICO 3. Medellín: representatividad de la población menor a seis años y menor a dos años sobre el total de la población, 2009-2017



Fuente: Cálculos propios con base en proyecciones de población de DANE



“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”⁴. En Medellín, en el periodo 2005-2017 la tasa de crecimiento poblacional fue de 1,04% y, específicamente, desde 2007 viene reduciéndose año a año, alcanzando un mínimo de 0,87% entre 2016 y 2017 (Medellín Cómo Vamos, 2018, p. 30).

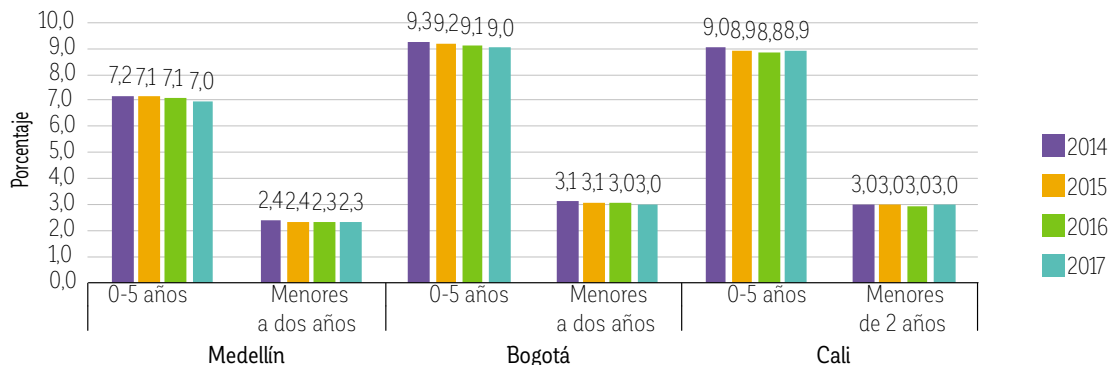
En relación con Bogotá y Cali, aunque ambas presentan similar tendencia de reducción de la participación de la primera infancia y los menores de dos años, en el total de la población, a excepción de los menores de dos años

en Cali, Medellín muestra una menor participación de su primera infancia en el total de la población. Así, como se puede observar en el gráfico 4, mientras en Bogotá y Cali, nueve de cada cien personas son menores de seis años, en Medellín son siete de cada cien personas. En el caso de los menores de dos años, mientras en Medellín la participación es de 2,3%, en Cali y Bogotá es del 3%, para ambas ciudades.

En términos absolutos, Bogotá cuenta con la mayor población en primera infancia, como era de esperarse dado su tamaño poblacional, con 728.315 niños y niñas en primera infancia en 2017, de los cuales 253.849 eran menores de dos años. Por su parte, Cali le sigue con 212.422 niños y niñas en primera infancia, de los cuales 70.974 eran menores de dos años en 2017. Así, Medellín tiene tanto en términos absolutos como porcentuales la menor población en primera infancia entre las tres más importantes ciudades del país.

4 Medellín Cómo Vamos y otros (2017).

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, 2014-2017



Fuente: cálculos propios con base en proyecciones de población del DANE

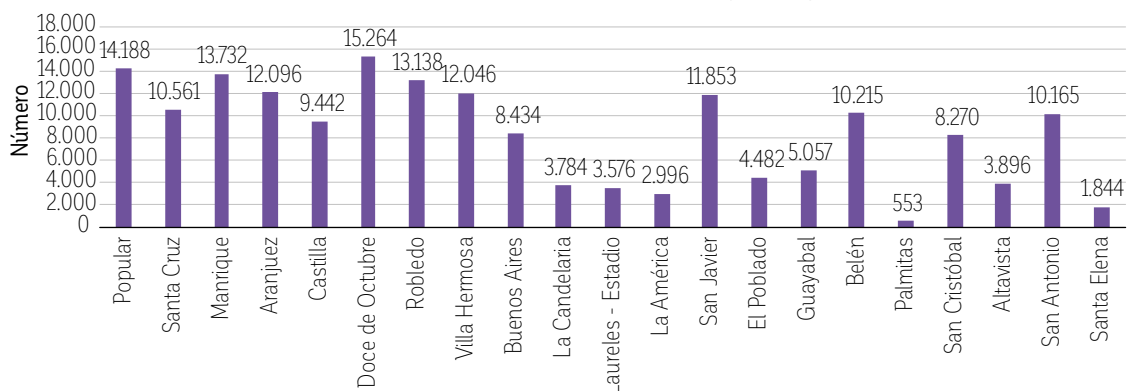
Población en primera infancia en comunas y corregimientos de Medellín

La población en primera infancia en Medellín no se distribuye de forma uniforme en los distintos territorios. Como se puede observar en el gráfico 5 hay una gran diversidad en el número absoluto de niños y niñas en primera infancia, dependiendo del territorio. Así, en la zona nororiental, comunas Popular, Santa Cruz, Manrique y Aranjuez, se destaca un número superior a los 10.000 niños en primera infancia, estando en cada caso por encima del promedio de la ciudad, que es de 8.362 por territorio⁵. Esto mismo ocurre en la zona noroccidental, donde las tres comunas, Castilla, Doce De Octubre y Robledo, muestran una población en primera infancia por encima del promedio de la ciudad.

En la zona centroriental sólo una comuna está por encima del valor promedio, esta es Villa Hermosa con 12.046 niños y niñas en primera infancia, mientras que Buenos Aires mostró en 2017 una población muy similar al valor promedio para la ciudad. En el costado occidental, la población en primera infancia en mucho menor al costado oriental. Allí se destacan por tener poblaciones por encima del promedio de ciudad, las comunas de San Javier, zona centroccidental y Belén, zona suroccidental (véase gráfico 5).

En el caso de los corregimientos, San Antonio de Prado presenta la mayor población en primera infancia con 10.165, mientras San Cristóbal mostró una población muy cercana al valor promedio de la ciudad, con 8.270 (véase gráfico 5).

GRÁFICO 5: Medellín: población menor a seis años en comunas y corregimientos, 2017



Fuente: Subdirección de Información. DAPM. Con base en proyecciones del DANE

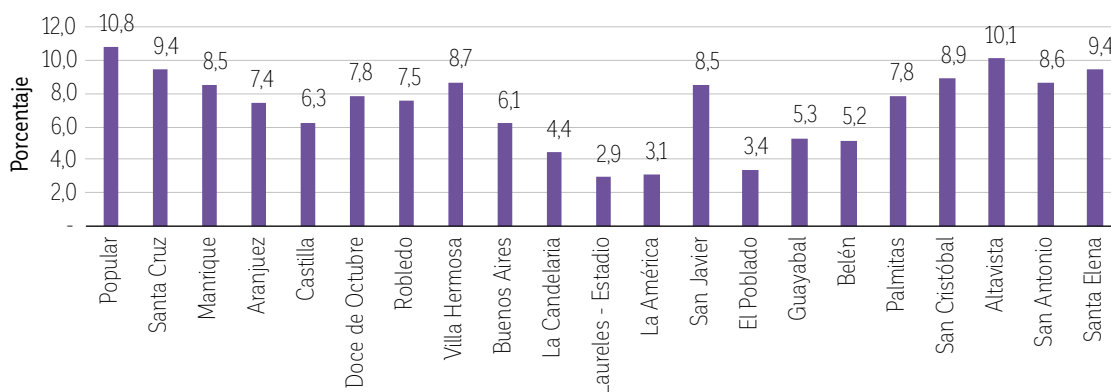
5 Incluyendo las 16 comunas y los cinco corregimientos.

Ahora bien, el número absoluto de niños y niñas en primera infancia en las comunas y corregimientos no da una información completa en torno a la participación específica de esta población en cada territorio. Es necesario relativizar el número absoluto en relación con la población en cada territorio. Como se observa en el gráfico 6, en el caso de las comunas, Popular (10,8%), Santa Cruz (9,4%) y Manrique (8,5%) en el nororiente, Villa Hermosa (8,7%) en el centro oriente y San Javier (8,5%) en el centroccidente, son las de mayor participación de la primera infancia en el total de su población, ubicándose por encima del promedio de la ciudad de 7,2%.

En el caso de los corregimientos, todos presentaron una participación más alta de su primera infancia frente al promedio de la ciudad, destacándose Altavista como la de mayor participación con 10,1% (véase gráfico 6).



GRÁFICO 6. Medellín: participación de la población en primera infancia sobre el total de la población en comunas y corregimientos, 2017



Fuente: cálculos propios con base en Subdirección de Información. DAPM.

Al cruzar con la información de las condiciones de vida en las comunas y corregimientos, resumidos en el Índice Multidimensional de Condiciones de Vida -IMCV- se evidencia una correlación inversa. En el caso de las comunas, las de menores condiciones de vida en 2017 fueron en su orden: Popular, Santa Cruz, Manrique, Villa Hermosa, Doce de Octubre y San Javier (Medellín Cómo Vamos, 2018, p.

17), coincidiendo, aunque no en el mismo orden, con las de mayor proporción de población en primera infancia. En el caso de los corregimientos, coincide que dos de los tres que tienen condiciones de vida por debajo del promedio de los corregimientos, también tienen la segunda y la tercera mayor proporción de población en primera infancia entre dichos territorios.

Vulnerabilidad

La correlación inversa encontrada entre menores condiciones de vida en los territorios y mayor proporción de población en primera infancia puede ser indicativa de una 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”⁶.

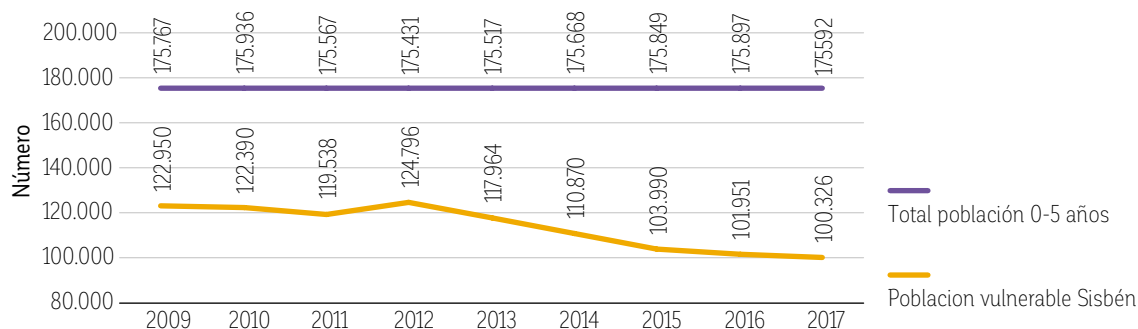
En Colombia, la identificación de la población en condición de pobreza y vulnerabilidad que debe ser objeto de políticas que garanticen la superación de esas condiciones se realiza a través del Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales -SISBEN-. El SISBEN en su tercera versión, vigente desde 2011, 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 y otros, 2017, p.21).

En Medellín, desde que inició el programa piloto de atención integral a la primera infancia “Buen Comienzo” la intención fue focalizar los esfuerzos en la población más vulnerable, proponiendo alcanzar una meta superior al 70% de atención. En ese orden de ideas, la medición de la cobertura del programa siempre ha tenido como base poblacional la registrada en el Sisbén.

Como se puede observar en el gráfico 7, mientras la población en primera infancia en Medellín se ha mantenido casi constante, con una reducción del 0.1%, la población vulnerable, medida como toda la población registrada en el Sisbén, ha venido descendiendo entre 2009 y 2017, para alcanzar una reducción del 18,4%. Esta reducción significó pasar de un 70% de la población en vulnerabilidad en 2009 a un 57% de población en primera infancia en situación de vulnerabilidad.

El Sisbén III otorga discrecionalidad a los programas sociales para definir los puntos de corte, a diferencia de las dos versiones anteriores. Así las cosas, el programa Buen Comienzo a lo largo del tiempo ha venido modificando los puntos de corte, para dar cuenta de una mayor capacidad de atención, dada la reducción de la población en situación de vulnerabilidad.

GRÁFICO 7. Medellín: población total y vulnerable menor a seis años, 2009-2017



Fuente: DANE para población y Subdirección de Información de Medellín para población vulnerable tomando SISBEN. Puntos de corte entre 2009-2011 y 2013 y 2017 bases certificadas a diciembre de cada año. Para 2012 el punto de corte es agosto de ese año.

⁶ Presidencia de la República de Colombia. (2018, p. 5)

Cuando se ha mantenido en más de un año el punto de corte, se evidencia que sin importar cual sea éste, la población en vulnerabilidad se reduce. Por ejemplo, entre 2014 y 2016 se mantuvo un punto de corte de 60 puntos, y la población elegible pasó de 105.955 en el primer año, a 98.496 en el segundo año y a 97.142 en el tercer año.⁷

Entendiendo que Medellín es una ciudad con grandes diferencias socioeconómicas que

se expresan claramente en el territorio, es relevante mostrar la vulnerabilidad de la primera infancia por comunas y corregimientos y su evolución en los últimos años. Como se observa en la Tabla 2 existen diferencias notables en el porcentaje de población en primera infancia en situación de vulnerabilidad, medido como la población registrada en el Sisbén. Los datos resaltados con sombra de color rosado muestran aquellos territorios que tienen porcentajes por encima del promedio de la ciudad.

TABLA 1. Medellín: porcentaje de niños y niñas menores de seis años registrados en el Sisbén por comunas y corregimientos, 2013-2017

Comunas/corregimientos	2013	2014	2015	2016	2017
Popular	84,9	80,5	76,3	74,8	73,9
Santa Cruz	86,0	79,6	74,8	72,8	71,6
Manrique	87,9	82,7	77,3	76,2	76,3
Aranjuez	63,8	57,7	53,1	52,5	52,7
Castilla	52,2	48,5	44,2	43,9	43,6
Doce de Octubre	69,9	65,0	61,1	60,8	59,3
Robledo	64,4	61,9	59,4	59,8	60,4
Villa Hermosa	96,1	89,4	84,6	84,2	82,9
Buenos Aires	73,5	69,8	64,4	61,5	60,5
La Candelaria	45,0	44,5	43,7	43,8	44,2
Laureles - Estadio	5,8	6,8	7,8	7,5	7,6
La América	22,3	23,9	24,7	25,3	27,3
San Javier	93,5	91,5	87,6	85,5	82,5
El Poblado	5,2	4,5	4,3	4,2	4,9
Guayabal	40,2	37,4	33,5	31,7	30,5
Belén	42,4	38,6	35,8	34,4	35,5
Palmitas	63,4	57,2	47,2	43,6	41,0
San Cristóbal	77,9	72,7	67,1	63,2	58,1
Altavista	56,6	52,9	47,8	44,8	42,1
San Antonio	55,9	50,9	44,7	42,6	40,9
Santa Elena	29,7	27,0	25,3	23,7	25,2
Medellín	67,2	63,1	59,1	58,0	57,1

Fuente: cálculos propios con base en Subdirección de Información-DAPM.

⁷ Datos tomados de Alcaldía de Medellín. Respuesta solicitud de información, 17 de octubre de 2017.

Es de destacar que en todo el periodo 2013-2017, ocho de nueve territorios han permanecido por encima del promedio de vulnerabilidad de la ciudad, y uno lo ha estado en los tres últimos años. Para 2017 se tiene que Villa Hermosa y San Javier presentaron los más altos porcentajes de niños y niñas en primera infancia vulnerables, alcanzando a ocho de cada diez niños. Le siguieron en su orden, Manrique con un 76%, Popular con 74%, Santa Cruz con casi 72%. Con seis de cada diez niños en primera infancia en situación de vulnerabilidad se ubicaron las comunas de Robledo, Buenos Aires y Doce de Octubre. San Cristóbal es el único corregimiento que se ha ubicado en todo el periodo con una vulnerabilidad por encima del promedio de la ciudad y a 2017 alcanzó un 58% (véase Tabla 1).

La reducción de la proporción de la población en primera infancia en situación de vulnerabilidad para el conjunto de la ciudad es el resultado de un comportamiento similar en los territorios, a excepción de dos comunas donde se presentó un comportamiento opuesto; estas fueron Laureles Estadio, donde creció 1,8 puntos porcentuales la vulnerabilidad pasando de 5,8% a 7,6% en el periodo en cuestión, y La América donde aumento 4,9 puntos porcentuales para dicho periodo, pasando de 22,3% a 27,3% (véase Tabla 1).

Ahora bien, las magnitudes de la reducción de la vulnerabilidad en el resto de las comunas no fueron similares. Sobresalieron los corregimientos con las mayores reducciones, estando entre 14 puntos porcentuales y 22 puntos porcentuales. Por su parte, la comuna de mayor reducción para el periodo 2013-2017 fue Santa Cruz con catorce puntos porcentuales, seguida de cerca por Villa Hermosa y Buenos Aires con trece puntos porcentuales.

Es de destacar que los territorios con la población en primera infancia con mayor vulnerabilidad, en general, también presentaron las reducciones más relevantes del periodo; la excepción fue Robledo, comuna que tuvo una reducción de cuatro puntos porcentuales, pasando de 64,4% en 2013 a 60,4% en 2017.

La brecha en vulnerabilidad entre las comunas de mayor y menor vulnerabilidad aumentó entre 2013 y 2014, se mantuvo estable entre ese último año y el 2016, y en 2017 se redujo mostrando la menor brecha. Así, a 2013 la comuna de Villa Hermosa tuvo 18,4 veces más nivel de vulnerabilidad frente a la comuna de El Poblado. Entre 2014 y 2017 la comuna de mayor nivel de vulnerabilidad ha sido San Javier, que superó en 20,3 veces el nivel de vulnerabilidad de El Poblado en 2015 y 2016 y 17 veces la vulnerabilidad de esta comuna en 2017 (véase Tabla 1).

Vulnerabilidad medida por nivel de ingresos en los hogares

La vulnerabilidad puede ser medida a través de diversos indicadores. Como se veía anteriormente, la aproximación de la vulnerabilidad a través de Sisbén es en esencia multifactorial. Otra forma de abordaje es a través de una medida exclusiva basada en ingresos. El Banco Mundial (2013) propone una clasificación de la población en cuatro clases sociales, que incluye la vulnerable, definidas a partir de los ingresos de los hogares expresados en dólares al tipo de cambio de la paridad del poder adquisitivo⁸. Estas clases son: pobres, vulnerables, clase media y clase alta. Los pobres están agrupados en los hogares cuyos ingresos se encuentran en el rango de US\$0 — US\$4 diarios por miembro del hogar. Los vulnerables están agrupados por los hogares cuyo ingreso diario por miembro está en el rango de US\$4 — US\$10. Por su parte, la clase media está conformada por los hogares cuyo ingreso diario por miembro pertenece al rango de US\$10 — US\$50 y, por último, la clase alta está conformada por los hogares con ingresos superiores a los US\$50 diarios por persona (MCV, 2018, p. 28).

Ahora bien, la importancia de esta clasificación reside en que como bien lo define el Banco Mundial, la clase vulnerable tiene una probabilidad superior al 10%, relativamente alta, de vivir episodios de pobreza en el futuro. En este orden

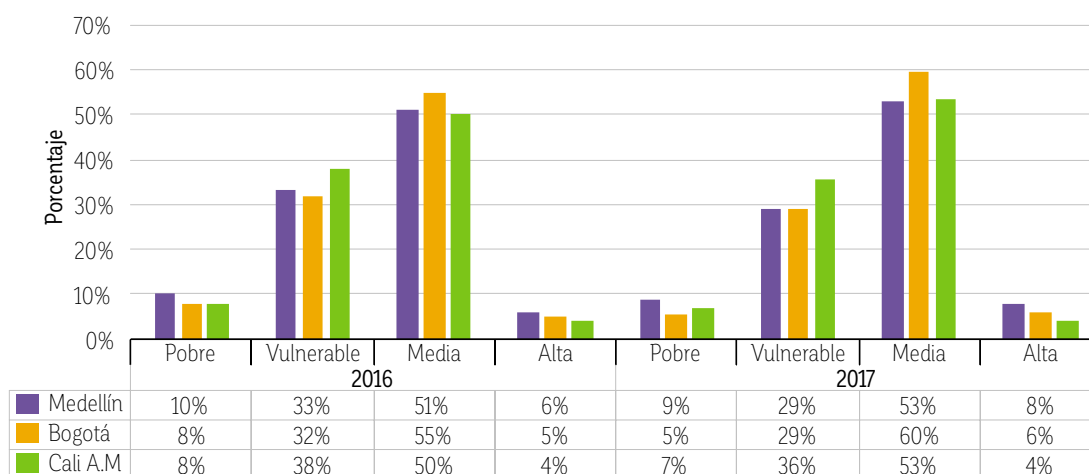
⁸ La paridad del poder adquisitivo es un indicador económico que permite comparar el nivel de vida de diferentes países y toma en cuenta el Producto Interno Bruto per cápita en términos del coste de vida.

de ideas, no es sólo importante en términos de focalización, destinar recursos a poblaciones pobres, sino incluir también a la población que está en mayor riesgo de caer en situaciones de pobreza, esto es justamente como lo define el Banco Mundial.

Así las cosas, con base en la Gran Encuesta Integrada de Hogares para las áreas metropolitanas y la que se realiza desde el año 2010 para Medellín se clasificó la población en primera infancia en esas cuatro clases sociales, entendiendo que un niño o niña menor de seis años estaría ubicado en una determinada clase

social si en el hogar en el que vive, es clasificado en esa clase social, dados los ingresos del hogar. Así, para 2017 se tiene que una persona se clasificaba como pobre con ingresos mensuales menores a \$145.205; una persona se clasificaba como vulnerable si sus ingresos mensuales estaban entre \$145.205 y eran menores a \$363.012; por su parte, una persona se clasificaba en la clase media si sus ingresos mensuales estaban entre \$363.012 y menos de \$1.815.062, por último, una persona se clasificaba en clase alta si su ingreso mensual era mayor a \$1.815.062 (MCV, 2018, p. 28).

GRÁFICO 8. Ciudades colombianas. Distribución de la población en primera infancia por clase social, 2016 y 2017



Fuente: cálculos propios con base en GEIH y metodología del Banco Mundial para las clases sociales.

Como se puede observar en el gráfico 8, cuando se mide la vulnerabilidad y pobreza en términos de ingresos exclusivamente, se tienen resultados muy similares entre Medellín, Cali y Bogotá, a diferencia de lo encontrado en el informe ¿Cómo va la primera infancia en Medellín? (2017) donde al medirse los niveles de vulnerabilidad mediante el registro del Sisbén, las diferencias eran muy significativas y mostraban a Medellín con gran desventaja frente a las otras ciudades. Así, “En relación con Bogotá y Cali,

Medellín presenta un nivel de vulnerabilidad en su primera infancia mucho mayor, más que doblando la cifra de ambas ciudades a 2016”⁹. Por su parte, la medición por clases sociales muestra que en 2016 Medellín tenía un 43% de su población en situación de pobreza y vulnerabilidad, mientras Bogotá alcanzaba un 40% y Cali y su área metropolitana un 46%, incluso superando el nivel de vulnerabilidad de Medellín. En 2017, para las tres ciudades el nivel de pobreza y vulnerabilidad descende: en Medellín, pasando

⁹ Medellín Cómo Vamos y otros (2017, p. 24).

del 43% al 37%, en Bogotá pasando del 40% al 34%, y en Cali pasando del 46% al 43%, constituyendo la menor reducción.

Las dos formas de medición de la vulnerabilidad muestran resultados muy distintos para Medellín en ambos años. Así, en 2016 mientras la medición por ingresos muestra que un 43% de la población en primera infancia está en condiciones de pobreza y vulnerabilidad, un 58,6% estaba en dichas condiciones si se mide de forma multifactorial. Esto es, 15,6 puntos porcentuales más en la segunda forma de medición. Para el año 2017, crecen las diferencias entre ambas mediciones, así: un 37% de la población en primera infancia estaba en situación de vulnerabilidad y pobreza si se mide por ingresos, mientras que un 57% lo estaba si se mide por condiciones multifactoriales. Esto significa una diferencia de 20 puntos porcentuales por encima si se usa la medición del Sisbén.

En el caso de Bogotá¹⁰, se encuentran para el año 2016 diferencias importantes también, de quince puntos porcentuales por encima, no obstante, en el caso de la capital esta diferencia muestra un mayor porcentaje de vulnerabilidad para la medición por ingresos, a diferencia de lo ocurrido para Medellín.

Las razones para estas diferencias no son obvias y sería necesario explorar más el porqué de ellas. No obstante, lo que queda en evidencia es que la elección del mecanismo para la focalización es muy relevante, pues es sumamente sensible a la aproximación que se haga de él.

De ambos resultados, también es posible inferir que en Medellín la primera infancia, en relación con Cali y Bogotá tiene unas condiciones estructurales de vulnerabilidad, medidas justamente por el Sisbén, que abarcan a un porcentaje mucho mayor de esta población.

TABLA 2. Medellín: participación de la primera infancia en clases sociales frente al total de la población, 2016-2017

	2016		2017	
	Primera infancia	Población total	Primera infancia	Población total
Pobre	10%	5%	9%	3%
Vulnerable	33%	23%	29%	18%
Media	51%	63%	53%	67%
Alta	6%	9%	8%	11%

Fuente: Cálculos propios con base en GEIH del DANE y metodología del Banco Mundial para definición de clases sociales.

Ahora bien, comparando el nivel de pobreza y vulnerabilidad de la primera infancia en relación con el total de la población en Medellín se tiene que los niños y niñas menores de seis años están en desventaja. Como se puede observar en la Tabla 2, en el año 2016, la población en primera infancia que enfrentaba situación de pobreza alcanzó un 10%, esto significó cinco puntos porcentuales más en relación con toda la población en Medellín. Por su parte, para ese mismo año, la población en primera infancia en

situación de vulnerabilidad llegó a 33%, esto fue diez puntos porcentuales por encima de lo evidenciado para la población total. Para 2017, las diferencias se amplían levemente en detrimento de la primera infancia; así, la población en primera infancia en situación de pobreza excedió en seis puntos porcentuales al total de la población en esa situación, mientras la población en primera infancia en situación de vulnerabilidad excedió en once puntos porcentuales a la total de la población en dicha situación.

10 En el caso de Cali no se realiza la comparación en tanto la medición del Sisbén es exclusiva para la ciudad, pero la proveniente de los ingresos es para Cali y su región metropolitana.

PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL A POBLACIÓN "VULNERABLE" "BUEN COMIENZO"

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”. Para dar cuenta de esta meta, el Conpes 3918 definió como indicador el porcentaje de niñas y niños en primera infancia que cuentan con las atenciones priorizadas en el marco de la atención integral, lo anterior significa el porcentaje de niños y niñas activos en el Sistema de Seguimiento Niño a Niño (SSNN) que reciben 6 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 inicial¹¹.

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. La meta parcial fijada para el año 2018 es de 85%, mientras la meta al año 2030 es del 95%.

Por su parte, en Medellín la atención integral a la primera infancia se empieza a gestar en 2004 con el Plan de Desarrollo del entonces mandatario local Sergio Fajardo, partiendo del diagnóstico de que el 71% de la población de primera infancia de Medellín vivía en condiciones de vulnerabilidad (aproximadamente 150.000 niños y niñas entre los cero y cinco años). Los esfuerzos se materializaron en el Acuerdo 14 de ese mismo año por medio del cual se creó el programa Buen Comienzo con el propósito de promover el desarrollo integral de los niños y niñas menores de 6 años, de los niveles I, II y III del Sisbén y no afiliados al régimen de seguridad social en salud (MCV, 2017, p. 25).

En el periodo 2008-2011 se dio la consolidación del Programa Buen Comienzo, a través, principalmente, de una ampliación significativa de la cobertura, lo que demandó un crecimiento en los recursos de inversión destinados al programa, además de la creación de un sistema de información.

La experiencia lograda en esos ocho años llevó a la formulación de la primera Política Pública de Atención a la Primera Infancia” con el Acuerdo 58 de 2011¹². Esta Política es modificada cuatro años después mediante el Acuerdo 54 de 2015. Dicha Política busca el desarrollo integral, diverso e incluyente de los niños y niñas hasta cumplidos los seis años, para satisfacer

¹¹ DNP, (2018, p. 50).

¹² Para mayor detalle véase Medellín Cómo Vamos y otros (2017).

sus necesidades afectivas, biológicas y sociales, y potenciar sus capacidades, competencias y habilidades (MCV, 2017, p. 17).

De acuerdo con la política pública vigente a la fecha, el objeto del programa Buen Comienzo es “garantizar la atención integral, diversa e incluyente a los niños y las niñas desde la gestación hasta cumplidos los seis (6) años inscritos en el SISBÉN, promoviendo su desarrollo integral, mediante diversas modalidades de atención que responderán a las necesidades y el contexto, bajo criterios de calidad”¹³. El Programa es concebido como una estrategia para promover articulación intersectorial e interinstitucional, garantizando así la atención integral a la primera infancia en la ciudad incluida en el Sisbén.

La Secretaría de Educación tiene la función de coordinación del Programa, así como la prestación del servicio de atención integral a la primera infancia. También es la encargada de hacer seguimiento, evaluar resultados, valorar el desarrollo infantil, y para ello debe construir los lineamientos y la priorización, tomando para ello los parámetros nacionales (MCV, 2017, p. 17).

En la actualidad, la Alcaldía de Medellín busca reestructurar la Política Pública de Atención Integral a la Primera Infancia, con el ánimo de armonizarla a la Política Pública nacional “De Cero a Siempre”. En esencia, lo que se ha pretendido para el programa Buen Comienzo, en términos de articulación intersectorial e interinstitucional, se busca que sea un propósito de la política pública para toda la primera infancia en la ciudad, potenciando para ello una Comisión Intersectorial de la Primera Infancia -CIPI-local, donde cada una de las entidades tenga definido un rol específico, como ocurre con la Política nacional.

Se está propiciando un fortalecimiento de la intersectorialidad por la primera infancia en Medellín. Para ello se ha incluido a once instancias de la administración municipal, ellas son: Secretaría de Educación, Secretaría de Inclusión Social y Familia, Secretaría de Salud, Inder, Secretaría de Participación, Secretaría de Cultura, Secretaría

de Mujeres, Secretaría de Seguridad, Secretaría de Hacienda, Departamento Administrativo de Planeación y el Despacho de la Primera Dama. El objetivo es fortalecer la atención integral para la primera infancia en la ciudad, específicamente para garantizar once atenciones, tres más que en el marco de la política nacional. Los primeros pasos para avanzar en este propósito son: 1) disponer de un profesional enlace desde cada secretaría, b) planeación de experiencias con perspectiva pedagógica de Buen Comienzo y c) consolidar un Sistema de información único de atenciones en primera infancia¹⁴.

Asimismo, en el marco de la localización de la agenda ODS en el municipio de Medellín, se ha incluido en la meta dos del objetivo 4, alcanzar una cobertura del programa Buen Comienzo del 90% al año 2030.

Cobertura del programa Buen Comienzo

La cobertura del programa Buen Comienzo ha mostrado dos tendencias y un posible cambio de tendencia en el periodo 2009-2017. Así, entre 2009 y 2011 experimentó un crecimiento de 186% en el número de niños y niñas atendidos integralmente, pasando de 31.981 a 91.543 beneficiarios. Entre 2012 y 2016 hubo una tendencia de reducción en el número de niños y niñas atendidos integralmente, que se manifestó en un 22% menos de beneficiarios, pasando de 91.543 a 71.228, siendo el año 2016 justamente el de menor número de niños atendidos por el Programa. En el año 2017 se da un crecimiento en el número de niños atendidos integralmente, pasando de 71.228 a 79.644 (véase gráfico 9).

Ahora bien, pese a la tendencia descendente durante todo el periodo de la población objetivo del Programa, su cobertura también se vio afectada, dada la disminución sobresaliente de la población atendida, a partir de 2013 y hasta 2016. Así, la cobertura entre 2009 y 2016 alcanzó un máximo de 76,6% en 2011, a partir de allí empieza a reducirse, aunque en 2014 se mostró una recuperación alcanzando un 75,5%, no

¹³ Concejo de Medellín. Acuerdo 54 de 2015, p.3. Gaceta Oficial No. 4356

¹⁴ Alcaldía de Medellín (2018, b).

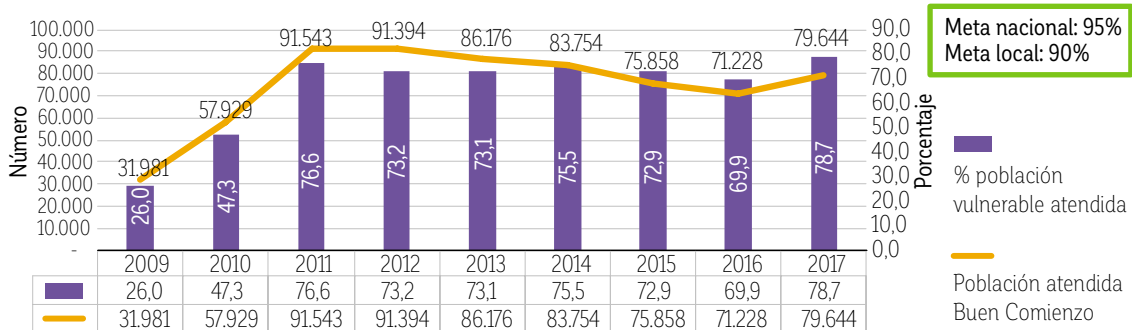


obstante, en 2015 y 2016 mostró los resultados más bajos desde que había alcanzado el pico en 2011, con coberturas de 72,9% y 69,9%. Por su parte, en 2017 se destaca un incremento en la cobertura apreciable, convirtiéndose en la mayor de todo el periodo 2009-2017, llegando a un 78,7%, fruto de una leve reducción de la población vulnerable y de un incremento en el número de niños atendidos del 12% (véase gráfico 9).

En resumen, para el periodo 2009-2017 se tiene que mientras se redujo la población

vulnerable sujeto del programa Buen Comienzo, aumentó la población atendida por el programa; en el primer caso, la reducción fue de 21.692 niños y niñas en primera infancia en situación de vulnerabilidad, y en el segundo caso, se aumentó en 47.663 niños y niñas tomando como referente el año base 2009. No obstante, es necesario precisar, que, si el referente de comparación es el año de máxima cobertura, el número de niños y niñas atendidos se reduce en 11.750 a 2017.

GRÁFICO 9. Medellín: cobertura y número de niños de 0-5 años vulnerables atendidos en Buen Comienzo, 2009-2017



Fuente: Subdirección de Información.DAPM

Modalidades de atención del Programa Buen Comienzo

TABLA 3. Programa Buen Comienzo. Modalidades de atención y beneficiarios, 2009-2017

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Gestación y Primer año - Madres Gestantes y lactantes	6.218	6.287	7.796	13.481	13.521	14.828	-	-	-
Gestación y Primer año - Niños menores 1 año	5.004	8.348	9.725	10.617	10.188	12.636	-	-	-
Centros Infantiles 5H	2.909	2.318	2.021	-	-	-	-	-	-
Hogares Infantiles	5.315	6.260	6.817	6.922	5.651	5.246	-	-	-
Ludotecas	1.274	1.130	1.342	1.080	995	854	938	944	898
Centros Infantiles 8H	10.727	20.908	22.562	22.296	22.836	23.183	25.111	25.973	27.031
Entorno Familiar	4.631	6.332	5.810	4.589	4.886	4.409	26.604	26.480	24.998
Entorno Comunitario	1.701	12.258	31.752	32.776	31.915	31.494	27.246	-	-
Entorno Comunitario Itinerante	-	-	-	-	-	-	1.366	23.043	-
Institucionales con recursos de Presupuesto participativo	-	-	21	173	420	419	420	320	239
Jardines Infantiles	420	375	2.318	3.540	4.999	5.364	6.127	6.241	6.448
Salacunas	-	-	346	326	370	379	-	-	-
BC Itinerante (MANA)	-	-	8.829	9.075	3.916	-	-	-	-
Atención en articulación con ICBF									31.540
TOTAL	38.199	64.216	99.339	104.875	99.697	98.812	87.812	83.001	91.154
Niños y niñas 0-5 años	31.981	57.929	91.543	91.394	86.176	83.754	75.858	71.228	79.644
Madres Gestantes y Lactantes	6.218	6.287	7.796	13.481	13.521	14.828	11.954	11.773	11.510

Fuente: Subdirección de Información. DAPM. Con base en Bases de datos de atención Buen Comienzo 2009-2010 Sistema de Información Buen Comienzo 2011-2017. Cuéntame ICBF 2017.

Las modalidades de atención del Programa Buen Comienzo han tenido variaciones significativas a lo largo del periodo 2009-2017. Como se puede observar en la Tabla 3, sólo cuatro modalidades han permanecido durante todo el periodo, estas son: entorno familiar, donde se atienden niños y niñas menores de dos años y madres gestantes y lactantes, centros infantiles ocho horas, jardines infantiles y ludotecas.

En el caso del Entorno Familiar se presentó un incremento sustancial en la atención a partir de 2015 debido a que se juntó allí la atención de las dos primeras modalidades que se observan en la Tabla 3, esto es: Gestación y primer año para madres gestantes y lactantes, que en 2014 atendía 14.828 madres y Gestación y primer año para niños menores de un año, que a 2014 atendía 12.636 niños y niñas.

En 2016-2017 se ha presentado el menor número de modalidades de atención con seis en total. En 2016 se ofrecieron además de las cuatro modalidades mencionadas atrás, las institucionales con recursos del Presupuesto Participativo, las cuales operan desde el año 2011, y entorno comunitario itinerante con 23.043 niños atendidos, modalidad que reemplazó al entorno comunitario y que brinda acompañamiento y cualificación en los Hogares Comunitarios de Bienestar.

Por su parte, en 2017 se da un cambio importante, en tanto se incluyen todas las modalidades de atención integral a la primera infancia brindadas por el ICBF en Medellín al programa Buen Comienzo bajo la modalidad “Atención

en Articulación con el ICBF” (véase Table 3). En ese orden de ideas, el entorno comunitario itinerante que prestaba acompañamiento a los Hogares Comunitarios de Bienestar desaparece y se incluye en esta nueva modalidad, además de sumar la atención que brindaba el ICBF de forma independiente al programa Buen Comienzo, y que reposaba en su sistema de información Cuéntame.

A 31 de diciembre de 2016, el ICBF reportó, en ese sistema de información, la atención de 10.455 niños en Medellín en diferentes modalidades, tanto integrales como no integrales tales como establecimientos de reclusión a mujeres, Hogares Comunitarios FAMI¹⁵, Hogares Infantiles, Lactantes y preescolares. De acuerdo con la Alcaldía de Medellín, esta atención brindada por el ICBF es independiente de las modalidades de atención reportadas por Buen Comienzo en las que presta procesos de cualificación y acompañamiento en entorno Comunitario Itinerante y hogares FAMI (MCV, 2017, p. 27).

De acuerdo con Juan Carlos Buitrago, ex director de Primera Infancia del ICBF¹⁶ “Todos los niños, tanto los que atiende Medellín por su lado, como los que atiende el Instituto por su lado, como los que atendemos entre los dos, tienen que entrar en la política pública de Medellín para que reciban vacunación, para que reciban todo” ... Porque se estaban excluyendo los niños del Instituto, entonces eso lo cambiamos para el convenio de este año. Entonces, hoy en el convenio estos son los niños que atendemos entre los dos”

15 Las modalidades de atención integral son la de Lactantes y preescolares y los Hogares Infantiles. Por su parte, los Hogares Comunitarios FAMI son una modalidad de atención no integral del ICBF que está dirigida a niños y niñas desde su gestación hasta los 2 años y mujeres en periodo de gestación o lactancia y/o al cuidador, para que participen en la crianza de los niños y niñas, además de otros adultos, a través de la cualificación de las relaciones intrafamiliares y el fortalecimiento de vínculos afectivos desde la gestación. La atención la brindan la madres comunitarias-FAMI, a través de encuentros grupales y visitas en el hogar. En esta modalidad se atienden entre 12 y 15 familias, durante 11 meses del año y 80 horas mensuales. En esta modalidad el ICBF aportaba el 20% del requerimiento nutricional. A partir de 2018, se aporta el 70% del requerimiento nutricional, luego de conocerse los resultados de la Evaluación de Impacto FAMI, realizada por la Fundación Éxito, la Universidad de los Andes y el Instituto de Estudios Fiscales de Londres, teniendo como referencia la recomendación de calorías y nutrientes para la población colombiana.

16 Entrevista concedida a Medellín Cómo Vamos el 1 de septiembre de 2017 por Juan Carlos Buitrago como director de Primera Infancia del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.

En ese orden de ideas, la atención reportada para 2017 no es comparable directamente con los años precedentes en tanto se están incluyendo a los niños y niñas que eran atendidos por el ICBF y que con anterioridad estaban inscritos en el sistema de información Cuéntame y no hacían parte de Buen Comienzo. No obstante, es positivo que dado el convenio entre la Alcaldía de Medellín y el ICBF más niños y niñas se están incorporando a la atención integral que es el propósito de la Política Pública tanto nacional como local.

Dado que en el sistema de información Cuéntame se estaban registrado niños y niñas que eran atendidos tanto íntegramente como no integralmente, pero cuya proporción no se conoce con exactitud, es difícil determinar en 2017 cuál fue la mejora en términos del número de niños que antes no eran atendidos integralmente y a partir de los nuevos términos el convenio ya si lo son.

Como se veía anteriormente, el programa Buen Comienzo alcanzó una cobertura del 78,7% en 2017, lo que significa que no logra llegar a la totalidad de la población identificada como vulnerable en la ciudad. 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. En 2017 se mejora la información, dado que Buen Comienzo recoge la atención del ICBF en la ciudad, lo cual es positivo, pero quedan por fuera los niños atendidos en establecimientos educativos privados. La Alcaldía precisa que el reporte de estos establecimientos sólo cobija a los niños a partir de los tres años, pues la normatividad vigente obliga a estos establecimientos a reportar su matrícula si además pertenecen a los grados de jardín, prejardín y transición (MCV, 2017, p.27).

Por tanto, se mantiene la recomendación planteada en el informe ¿Cómo va la primera infancia en Medellín? de fortalecer un sistema de información único de ciudad, más allá del que hoy se enfoca exclusivamente en la primera infancia atendida por Buen Comienzo, para dar cuenta del desarrollo integral de todos los niños y niñas de la ciudad.

Días de atención en las diferentes modalidades de atención de Buen Comienzo

Tan importante como la cobertura del programa Buen Comienzo, dado que atiende a la población en primera infancia en situación de vulnerabilidad, es el número de días efectivos de la atención o el número de semanas de acuerdo con la modalidad.

En los últimos años el programa Buen Comienzo había experimentado una reducción del tiempo efectivo de atención de los niños y niñas, más allá de algunos cambios relacionados con las directrices de la prestación del servicio.

Dichas directrices, desde el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar van desde los 200 días atención al año hasta 220 días, dependiendo de la modalidad. Como se puede observar en la Tabla 4, todas las modalidades de atención tuvieron una reducción entre 2013 y 2016. En todos los casos, la reducción fue dándose año a año, a excepción de la modalidad familiar, que, aunque se redujo entre 2013 y 2016, a 2014 experimentó el mayor número de semanas de atención. Es necesario precisar, como se hizo anteriormente, que la modalidad Gestación y Primer Año desaparece a partir del año 2015, porque los niños que eran atendidos en ella pasan a la atención en la modalidad Familiar.

En 2017 se dio un aumento en los días efectivos de atención en todas las modalidades de atención. El cambio más significativo se dio para las modalidades Institucional 8 horas y jardines infantiles, con 21 y 19 días más en relación con el año 2016, respectivamente. Por su parte, la atención en ludotecas y entorno familiar, aunque aumentaron en el número de días y semanas de atención frente al año 2016, no alcanzaron los niveles máximos de atención logrados en años anteriores; así: las ludotecas pasaron de 188 días a 191, pero en 2013 habían alcanzado los 205 días de atención; por su parte, la modalidad de entorno familiar pasó de 42 a 44 semanas de atención, pero en 2014 había alcanzado las 47 semanas. Es necesario anotar, 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.

TABLA 4. Días de atención efectivos en las modalidades de atención del programa Buen Comienzo, 2013-2017

Modalidad	2013	2014	2015	2016	2017
Institucional 8 Horas	205	200	199	198	219
Jardines Infantiles	205	206	201	200	219
Ludotekas (5 horas)	205	200	200	188	191
Gestación y Primer año	21,5	23,5	-	-	-
Entorno Familiar	45	47	45	42	44
Entorno Comunitario	45	43	38	27	-

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

Como se planteaba en el anterior informe de seguimiento a la primera infancia¹⁷, tres características básicas de la intervención en primera infancia son que sea temprana, constante y efectiva. La constancia significa que haya una plataforma de acceso a servicios especializados cuando se necesite y opciones para todos los niños de tiempo completo y durante todo el año (Tomado de Bertrand, 2007, p. 139 y Mustard, 2007, p. 60. Citados en MCV, 2017, p. 29).

Consultado sobre los tiempos de atención idóneos para los niños y niña en primera infancia, Juan Carlos Buitrago, ex director de primera Infancia del ICBF expresó: "...hay manuales operativos que ponen este límite, entonces no atender 365 días al año, no significa que lo estoy haciendo mal, porque si lo hago 200 estoy cumpliendo con un lineamiento, más allá de los argumentos técnicos, de que qué es mejor, más allá de eso, digamos, hay un manual que me dice: "Si yo atiendo 200, estoy cumpliendo" ... **Ahora, atender 365 días es lo ideal, pues eso es muy discutible, hay unos que dicen que sí, otros que no, en lo nutricional yo diría que sí, pero en otras cosas no,** los niños también tienen que estar con su familia, los niños tienen que hacer otras cosas y desarrollan sus capacidades también... con la familia y bueno, en otros

ambientes. Yo no tendría los niños 365 días al año, yo sería de los que pienso que con estos 200 estamos bien, antes es demasiado para niños chiquitos"¹⁸.

Justamente, el argumento de Buitrago, en cuanto estaría a favor de mayores días de atención para dar cuenta de las necesidades nutricionales de los niños y niñas, está reforzado por los resultados de la evaluación de impacto de la modalidad de atención a madres gestantes y lactantes, antes denominado Había una vez, que mostraron que entre más temprana y mayor atención haya a las madres gestantes mejores resultados habrá sobre el peso y la talla del recién nacido (Medina, Cardona, 2016, citado en MCV, 2017, p. 29).

Por tanto, es fundamental que se revisen los días efectivos de atención en la modalidad Familiar, donde se atiende a las madres gestantes, lactantes y menores de dos años, pues es allí donde más oportunidades hay de revertir posibles problemas de salud para los niños como la desnutrición crónica. Para esa modalidad hay una ventana de oportunidad para mejorar la atención, garantizando la continuidad en la prestación del servicio, por lo menos a aquellos niños y niñas que estén en riesgo o padezcan algún tipo de problema nutricional.

¹⁷ MCV y otros, 2017.

¹⁸ Entrevista concedida a Medellín Cómo Vamos por Juan Carlos Buitrago. Ex director de Primera Infancia del ICBF (1 de septiembre de 2017, Medellín, Colombia).

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 pobres¹⁹.

EL IPM no es medido para las áreas metropolitanas, sino para cabeceras y resto y para siete zonas, incluyendo Bogotá. Dada la importancia del indicador, la Alcaldía de Medellín adaptó la metodología de medición del DANE, y desde 2014 ha construido anualmente el IPM para Medellín, tomando para ello la Encuesta de Calidad de Vida que realiza el municipio anualmente.

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 está privada 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).

Para Medellín, se planteó que dicho indicador daba cuenta de la proporción de niños de cero a cinco años en el hogar con acceso simultáneo a salud, nutrición y educación inicial²⁰. Lo anterior implica que con una sola de estas características donde en el hogar se responda no, de inmediato constituye un indicador de acceso a primera infancia con privación. “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 comunitario, guardería o preescolar”²¹.

¹⁹ Para mayor detalle sobre el IPM, véase DANE (2012).

²⁰ Las preguntas puntuales extraídas de la Encuesta de Calidad de Vida son: 1) En cuanto a educación inicial/cuidado ¿Actualmente el menor de seis años asiste a sala cuna, guardería, preescolar? 2) En cuanto a salud ¿Qué tipo de afiliación al sistema de seguridad social en salud tienen los miembros de su familia? Y 3) En cuanto a alimentación: En 2012 se construyó con la pregunta “Se compran menos alimentos indispensables para los niños pues el dinero no alcanza” y a partir de 2013 a partir de la pregunta: En los últimos 30 días, ¿Alguna vez por falta de dinero, algún niño o joven de su hogar dejó de tener una alimentación nutritiva...? (DAPM, 2014).

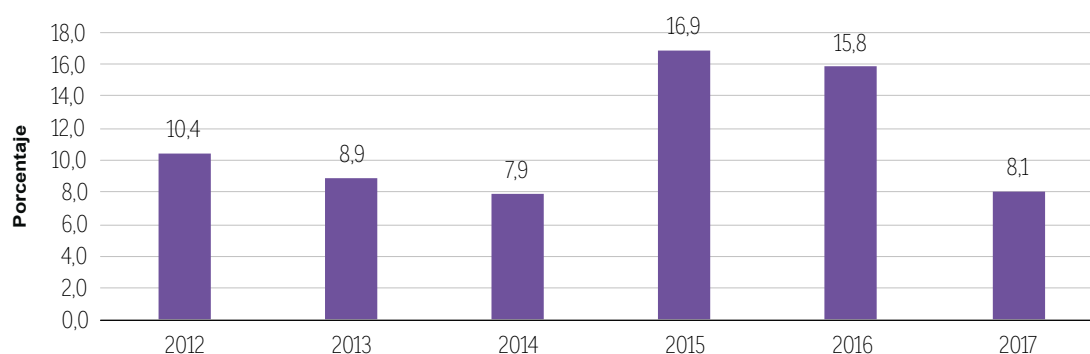
²¹ DAPM (2014, pp. 40-41), citado en MCV y otros (2017, p. 30).

Como se puede observar en el gráfico 10, en el periodo 2012-2017 se observa un comportamiento más bien errático del porcentaje de hogares en privación por barreras de acceso a primera infancia; Entre 2012 y 2014 se dio una reducción, pasando de 10,5%, a 7,9% entre ambos años. Entre 2014 y 2015 se dio un incremento muy significativo del porcentaje, mayor al 100%, cuando pasó de 7,9% a 16,9% entre esos años. Ahora bien, entre 2015 y 2017 se vuelve a presentar una tendencia de reducción, también mayor al 100%, cuando pasó de 16,9% en 2015 a 8,1% en 2017. Así, en 2017, ocho de

cada cien hogares con menores de seis años presentaron barreras de acceso al cuidado de la primera infancia.

En comparación, las cifras para el país en su conjunto muestran una tendencia clara de descenso desde el año 2013 hasta el año 2017. Así, en 2013 el porcentaje de hogares con privación en el acceso a servicios de cuidado para la primera infancia fue de 9,7%, año a año se redujo y a 2017 se ubicó en 8,4%²², esto es, 0,3 puntos porcentuales por encima del porcentaje de privación en el acceso a la primera infancia en Medellín.

GRÁFICO 10. Porcentaje de privaciones en barreras de acceso a la primera infancia, 2013-2017



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

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. Así, mostró una reducción paulatina entre 2012-2014 y un aumento importante en 2015, reduciéndose levemente para 2016, y de forma significativa para 2017.

De hecho, todas las comunas y corregimientos presentaron una reducción en la privación. Ahora bien, pese a esta reducción, se evidencian diferencias marcadas entre territorios.

Como se observa en la Tabla 5, siete comunas y un corregimiento han permanecido por encima del porcentaje de privación de la ciudad durante el periodo 2012-2017, estos son: Popular, Santa Cruz, Manrique²³, Doce de Octubre, Villa Hermosa, San Javier, Aranjuez y San Cristóbal. El corregimiento de San Antonio de Prado estuvo cinco de los seis años del periodo por encima del valor promedio para la ciudad.

Este resultado se relaciona directamente con las menores condiciones de vida de estos territorios, medidas a través del Índice

²² Cifras tomadas de DANE (2018).

²³ Manrique y Aranjuez estuvieron un año por debajo del valor promedio de la ciudad, la primera en el año 2016 y Aranjuez en el año 2013.

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, siete comunas permanecieron durante todo el periodo por debajo del valor promedio, estas fueron: Buenos Aires, La

Candelaria, Laureles Estadio, La América, El Poblado, Guayabal y Belén (véase Tabla 5).

En 2017, específicamente, los territorios con mayores privaciones fueron Palmitas (21,6%), Santa Elena (15,8%) y Popular (15,7%), mientras los de menores privaciones fueron El Poblado (0,9%), La América (1,7%) y Laureles (2,1%) (véase Tabla 5).

TABLA 5. Comunas y corregimientos en Medellín: porcentaje de hogares con menores de seis años con privación en barreras de acceso a primera infancia, 2012-2017

Comunas/corregimientos	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Popular	25.6	17.5	14.5	20.4	17.5	15.7
Santa Cruz	17.2	13.9	15.7	20.5	18.2	12.3
Manrique	19.5	15.9	12.3	20.3	15.3	12.1
Aranjuez	14.4	6.4	11.8	17.3	15.9	8.7
Castilla	13.2	7.1	5.3	14.8	12.2	7.4
Doce de Octubre	10.7	11.6	10.3	17.3	17.8	9.3
Robledo	8.1	11.4	7.9	19.5	17.9	11.5
Villa Hermosa	11.7	13.6	10.9	21.4	18.8	9.4
Buenos Aires	8.1	4.6	6.9	15.3	15.3	4.5
La Candelaria	1.8	4.4	4.8	12.2	13.1	2.3
Laureles Estadio	0.1	0.9	1.2	10.1	8.0	2.1
La América	2.3	2.4	1.0	10.1	9.1	1.7
San Javier	13.3	12.6	9.4	19.4	20.6	9.6
El Poblado	0.3	1.1	0.3	14.6	9.7	0.9
Guayabal	5.4	5.9	2.4	12.5	13.6	2.9
Belén	5.4	3.3	3.8	14.8	11.5	4.3
San Sebastián de Palmitas	6.8	7.6	7.5	20.7	27.7	21.6
San Cristóbal	17.1	11.6	10.6	21.5	26.2	13.9
Altavista	11.0	14.3	16.4	16.5	27.3	3.0
San Antonio de Prado	11.6	10.9	6.4	18.0	21.0	12.6
Santa Elena	1.3	14.0	12.0	20.9	21.3	15.8
Medellín	10.4	8.9	7.9	16.9	15.8	8.1

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



Entre 2012 y 2016, de los tres componentes de la privación fruto de las barreras en el acceso a la primera infancia, fueron las condiciones nutricionales reportadas en los hogares las que influenciaron casi en su totalidad dicho indicador. Así, con la disminución del porcentaje de los hogares con niños y niñas en primera infancia con privaciones en el acceso a los servicios en el año 2017, se evidenció que fueron las condiciones nutricionales reportadas las que influenciaron dicho resultado, al reducirse en las 16 comunas y los 5 corregimientos.

Muy similar al comportamiento del indicador conjunto, se tiene que en el componente de alimentación las comunas y corregimientos con mayores carencias para la primera infancia reportadas en el año 2017 fueron Popular (14,9%), y los corregimientos de Palmitas (21,6%), San Cristóbal (13,3%) y Santa Elena (13,1%), mientras que las de menores carencias reportadas fueron El Poblado (0,9%), La Candelaria (1,3%), Laureles (1,9%) y La América (1,7%).

No obstante, el componente de educación o cuidado, donde se entiende que el cuidado de un adulto responsable es aceptable para no

entrar en la categoría de privación, mostró un aumento entre 2016 y 2017 en 14 de los 21 territorios, y para el promedio de la ciudad pasó de 0,5% a 1,7% (véase Tabla 6). Esto es, 1,7% de los hogares con menores de seis años tenían barreras en el cuidado de estos niños. En 2017, específicamente, las comunas de Popular, Robledo y los corregimientos de San Antonio de Prado y Santa Elena presentaron los mayores porcentajes de privación entre 3% y 3,7%.

En 2017, se mantuvo el hecho de que el componente de salud no presentó ninguna privación para los 21 territorios, lo que implica una cobertura universal del aseguramiento en salud en la ciudad que cubija a todos los menores de seis años, de acuerdo con los parámetros establecidos por el Ministerio de Salud para la universalidad.

Dado el comportamiento tan errático en el indicador de las privaciones en las barreras de acceso a los servicios de la primera infancia para Medellín, explicado casi en su totalidad por el componente de alimentación, valdría la pena que la administración municipal revisara la adaptación de la metodología de medición del IPM.

TABLA 6. Medellín, comunas y corregimientos: porcentaje de hogares con menores de seis años con privación en barreras de acceso a la primera infancia en sus tres componentes, 2012-2017

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

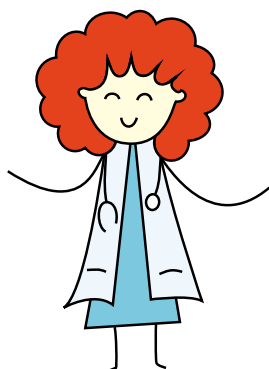
Fuente: Subdirección de Información. DAPM. Proporción de niños de cero a cinco años en el hogar con acceso a educación inicial, salud y nutrición. Se considera un hogar en privación cuando teniendo niños de 0 a 5 años, estos no tienen simultáneamente servicios para el cuidado infantil, como nutrición, 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”

TABLA 6. Medellín, comunas y corregimientos: porcentaje de hogares con menores de seis años con privación en barreras de acceso a la primera infancia en sus tres componentes, 2012-2017

Comunas/ corregimientos	2015			2016			2017		
	Edu- cación	Salud	Nutri- ción	Edu- cación	Salud	Nutri- ción	Edu- cación	Salud	Nutri- ción
Popular	2,1	0,0	20,4	0,6	0,0	17,5	3,7	0,0	14,9
Santa Cruz	2,2	0,0	20,0	1,9	0,0	18,2	1,3	0,0	12,3
Manrique	2,8	0,0	20,2	0,3	0,0	15,3	1,3	0,0	11,7
Aranjuez	1,9	0,0	17,0	0,5	0,0	15,9	0,7	0,0	8,7
Castilla	3,0	0,0	14,4	0,5	0,0	12,2	1,3	0,0	6,9
Doce de Octubre	2,1	0,0	17,2	0,8	0,0	17,8	1,5	0,0	9,3
Robledo	1,9	0,0	19,5	0,6	0,0	17,9	3,0	0,0	10,3
Villa Hermosa	1,7	0,0	21,4	0,3	0,0	18,8	2,9	0,0	8,6
Buenos Aires	0,5	0,0	15,3	0,0	0,0	15,3	1,5	0,0	3,3
La Candelaria	0,5	0,0	12,0	0,5	0,0	13,1	1,6	0,0	1,3
Laureles Estadio	0,7	0,0	10,1	0,0	0,0	8,0	0,9	0,0	1,9
La América	0,2	0,0	10,1	0,4	0,0	9,1	0,1	0,0	1,7
San Javier	2,6	0,0	19,0	0,6	0,0	20,6	2,1	0,0	8,9
El Poblado	0,7	0,0	14,6	0,0	0,0	9,7	0,5	0,0	0,9
Guayabal	1,0	0,0	12,5	1,8	0,0	13,6	1,1	0,0	2,9
Belén	1,5	0,0	14,5	0,4	0,0	11,5	2,5	0,0	3,6
San Sebastián de Palmitas	0,0	0,0	20,7	2,9	0,0	27,7	0,0	0,0	21,6
San Cristóbal	2,7	0,0	21,4	1,2	0,0	26,2	0,8	0,0	13,3
Altavista	0,9	0,0	16,0	0,0	0,0	27,3	0,0	0,0	3,0
San Antonio de Prado	3,1	0,0	17,9	0,0	0,0	21,0	3,4	0,0	12,0
Santa Elena	5,0	0,0	20,0	1,1	0,0	21,3	3,3	0,0	13,1
Medellín	1,8	0,0	16,7	0,5	0,0	15,8	1,7	0,0	7,6

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”

SALUD



“Muchas de las cosas que hemos menester tienen espera. El niño, no. Él está haciendo, ahora mismo, sus huesos, criando su sangre y ensayando sus sentidos. A él no se le puede responder: ‘mañana’. Él se llama ‘ahora’”

Gabriela Mistral, 1948

El vivir y disfrutar del nivel más alto de salud es una de las siete realizaciones contempladas en la Ley 1804 de 2016 para garantizar el desarrollo integral de las niñas y niños que conforman la primera infancia. Según la 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 esa línea, el tercer objetivo de desarrollo sostenible propone garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades. En lo concerniente a 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 7. 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 2015	Meta intermedia a 2018	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

En Medellín, el ejercicio de construcción de la agenda local para los ODS, que tiene una batería de indicadores con metas asociadas a cada objetivo, teniendo en cuenta el contexto

particular de la ciudad, propone las siguientes metas relacionadas con la salud de la primera infancia:

TABLA 8. 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	2015	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 prenatales	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	99,1%	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 en este informe concentrándose en tres aspectos: 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 Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) e Infección Respiratoria Aguda (IRA)²⁴.

²⁴ La mortalidad por desnutrición se analiza en el capítulo referente a nutrición infantil y por eso no se incluye en este capítulo.



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 niños y niñas 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 planes:²⁵

1. Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC): a cargo de la Nación y las entidades territoriales, es un plan que busca mejorar las condiciones de salud de la población a través de actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. La promoción de la salud incluye la vacunación a través del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI); promoción de la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de vida y, luego, alimentación complementaria hasta los dos años; promoción del programa canguro para los recién nacidos con bajo peso; la Atención Integral de Enfermedades Prevalentes en la Infancia (AIEPI) y las Instituciones Amigas de la Mujer y de la Infancia (IAMI); programación de redes sociales de apoyo y protección a la salud sexual y reproductiva de la primera infancia; promoción de hábitos de higiene bucal; estrategia de entornos saludables; promoción de la actividad física; promoción de dieta saludable; programas de prevención de la ceguera y la discapacidad visual.

Por su parte, la prevención de la enfermedad busca impedir que esta aparezca y, si ya sucedió, curarla y devolver las capacidades

perdidas al niño o niña. Para ello se incluyen jornadas de vacunación; realización de censos, vacunación y monitoreo de coberturas; suplementación con vitamina A; en lugares con alta prevalencia de Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) e Infección Respiratoria Aguda (IRA) se realiza el fortalecimiento de salas de Enfermedad Respiratoria Aguda (ERA), Unidad de Rehidratación Oral Comunitaria (UROC) y Unidades de Atención en Infección Respiratoria Aguda Comunitaria (UAIAC); búsqueda de gestantes para realizar su captación durante el primer trimestre del embarazo; identificación de población vulnerable y direccionamiento a los servicios de salud; servicios amigables de atención en salud sexual y reproductiva para adolescentes; atención integral con enfoque de riesgo biopsicosocial para control prenatal, atención del parto y posparto, emergencias obstétricas e interrupción voluntaria del embarazo (IVE); desparasitación y suplementación con micronutrientes a niños y niñas vulnerables no afiliados al Sistema de Salud; canalización y seguimiento hasta su recuperación de menores con algún grado de desnutrición, entre otros.

2. Plan de Beneficios en Salud (PBS): comprende los beneficios a los cuales tienen derecho todos los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia. Entre los servicios que incluye están la atención en planificación familiar; la atención del parto y del recién nacido; seguimiento a la madre después del parto; atención de la morbilidad neonatal; programas de detección temprana de alteraciones en el crecimiento y desarrollo y la salud visual; programas de protección específica para la salud bucal y el esquema del PAI; atención de eventos de interés en salud pública; atención a hijos de madres positivas

²⁵ 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.

para VIH; atención para la recuperación de la salud; atención de urgencias; atención de salud mental; atención de víctimas de violencia familiar, abuso sexual o trastornos alimentarios; atención en cáncer y atención en diabetes

3. Atención en accidentes de tránsito y eventos catastróficos (SOAT): ante la ocurrencia de accidentes de tránsito y eventos catastróficos, ya sean estos eventos naturales o terroristas, los niños y niñas tienen derecho a servicios asistenciales de salud que comprenden el transporte asistencial, indemnización y gastos funerarios.

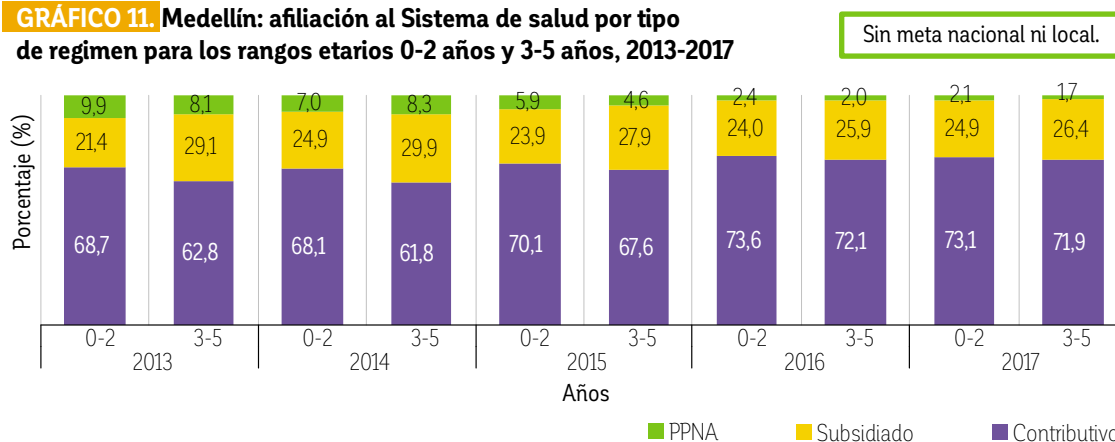
En materia de cobertura del sistema de salud para la primera infancia en Medellín, la ciudad cuenta con información desagregada en dos grupos: 0 a 2 años y 3 a 5 años. Los datos corresponden a los afiliados a los regímenes contributivo, subsidiado y a la población pobre no asegurada (PPNA). La Secretaría 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 11, a lo largo del período 2013-2017 ha venido disminuyendo la proporción de PPNA para ambos grupos de edad: desde 9,9% hasta 2,1% para los niños de 0 a 2 años y desde 8,1% hasta 1,7% para los de 3 a 5 años. En términos absolutos, ello significó pasar de 6.789 niños de 0 a 2 años no cubiertos en 2013 a 1.609 en 2017 y, para los de 3 a 5 años,

equivalió a pasar de 7.319 no cubiertos a 1.430, respectivamente.

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: para el grupo de 0 a 2 años creció en 7,9 pp, al pasar de 90,1% en 2013 a 97,9% en 2017. Para el grupo de 3 a 5 años aumentó en 6,4 pp, al pasar de 91,9% en 2013 a 98,3% en 2017. Estos resultados coinciden con lo observado para la totalidad de la población de Medellín en cuanto a cobertura del Sistema de Salud, que muestra una tendencia ascendente desde 2010 también con crecimiento de la proporción de afiliados del régimen contributivo que llegó a 7 de cada 10 para 2017 (Medellín Cómo Vamos, 2018). 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 11. Medellín: afiliación al Sistema de salud por tipo de régimen para los rangos etarios 0-2 años y 3-5 años, 2013-2017



Fuente: elaboración propia con base en información provista por la Subdirección de Información. Secretaría de Salud de Medellín, los datos para el año 2017 corresponde a información solicitada por la Secretaría de Salud de Medellín a las EAPB

Acceso a los servicios de salud

Controles prenatales

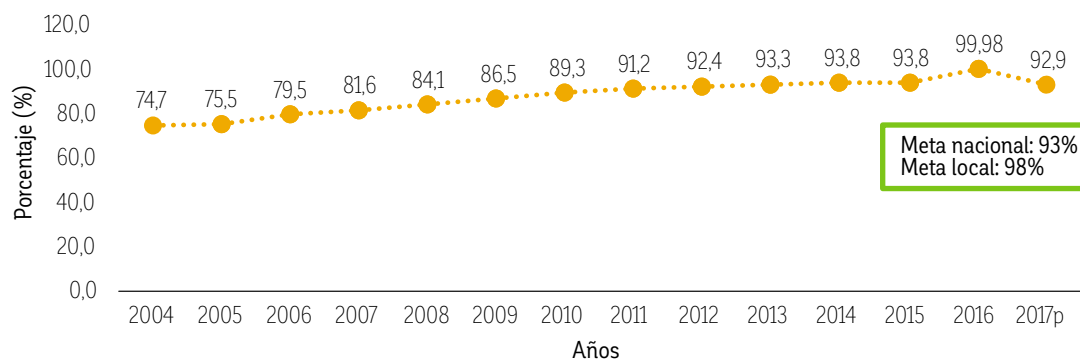
Las visitas regulares de las gestantes al médico durante el embarazo les permiten recibir cuidados y servicios que son vitales para su salud y la del niño o niña próximos a nacer. En los controles prenatales, las madres pueden recibir orientación respecto a síntomas y signos de alarma a los que deben estar atentas durante el período de gestación o en el momento del nacimiento, además en este proceso también puede dársele solución a problemas nutricionales y anticiparse a la presentación de la eclampsia a través del tratamiento de la hipertensión, entre otros cuidados necesarios para monitorizar la evolución del embarazo y el desarrollo del bebé.

El modelo originalmente propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS) clasifica a las mujeres embarazadas en dos grupos: las que no presentan patologías médicas, complicaciones o factores de riesgo y las que tienen alguna condición especial que debe monitorearse específicamente. Para el primer grupo de ellas se propone un esquema básico integrado por cuatro visitas, dirigidas a tres áreas generales: (1) estudio de las condiciones socioeconómicas y de detección de patologías que aumenten la posibilidad de resultados adversos específicos, (2) intervenciones terapéuticas

comprobadas como beneficiosas, y (3) educación de las mujeres embarazadas sobre las emergencias durante el embarazo y cómo tratarlas. El número ideal de visitas se fijó en cuatro con base en evidencia científica que demostraba que no había mayores diferencias en la presencia de preeclampsia, infección del tracto urinario, anemia postparto, mortalidad materna, bajo peso al nacer y mortalidad perinatal frente a modelos que proponían un mayor número de visitas. Así, la primera visita debe realizarse antes de la semana 12 de gestación, la segunda visita en la semana 26, la tercera en la semana 32 y la cuarta visita entre las semanas 36 y 38 (Organización Mundial de la Salud, 2003).

En la actualidad, la OMS recomienda transitar a un modelo de atención prenatal con un mínimo de ocho citas, debido a que el modelo de cuatro citas mostró un incremento de las muertes fetales e insatisfacción por parte de las gestantes. La evidencia muestra que una mayor frecuencia de asistencia a los controles prenatales, especialmente de las adolescentes, incide de manera importante en la prevención de la muerte de gestantes y niños. De esta manera, se propone que las embarazadas reciban el primer control en la semana 12 del embarazo y luego en las semanas 20, 26, 30, 34, 36, 38 y 40 (Organización Mundial de la Salud, 2016) (Medellín Cómo Vamos, 2017).

GRÁFICO 12. Medellín: porcentaje de nacidos vivos con cuatro controles prenatales o más, 2004-2017p



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.

En Medellín, el porcentaje de nacidos vivos con cuatro controles prenatales o más creció de manera constante entre 2004 y 2016, pasando de 74,7% a 99,98%, lo que significó pasar de 25.116 nacidos vivos con cuatro o más controles a 28.208, respectivamente. Sin embargo, entre 2016 y 2017 se presentó un descenso de casi 2.000 casos que recibieron los cuatro controles, de manera que la tasa cayó a 92,9%. Según explica la Subdirección de Información, dado que la información es preliminar, es posible que falten registros por consolidar por lo que puede haber cambios en el indicador, posteriores a la publicación de este informe.

En cuanto al horizonte 2030 fijado para este indicador, tanto a nivel nacional como local, se establecieron metas. En Colombia, la línea base en 2015 es 88,4% y la meta es llevar la proporción de nacidos vivos con controles prenatales hasta 93%, es decir incrementar en quince años 4,6 pp. Por su parte, Medellín plantea llevar el indicador desde 93,8% en 2015 hasta 98% en 2030.

Atención institucional del parto

La atención del parto por personal calificado, que incluye médicos y enfermeras, es muy importante para la gestante puesto que permite disminuir los riesgos de enfermedad y muerte, tanto de ella como del bebé y, en caso de que ocurra una complicación, atenderla de manera oportuna y adecuada (Ministerio de Salud y Protección Social, pág. 5 y 6). Específicamente, se refiere al “conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones, para la asistencia de las mujeres gestantes en los procesos fisiológicos y dinámicos del trabajo de parto, expulsión del feto vivo o muerto, con 20 o más semanas de gestación, alumbramiento y puerperio inmediato” (Ministerio de Salud y Protección Social, pág. 5).

Atendiendo a las altas cifras de mortalidad materna a nivel mundial, la OMS propone realizar la atención del embarazo y el parto de manera integrada. Así, cada uno de los entornos en los que la gestante se desenvuelve tienen responsabilidades en el modelo de atención.

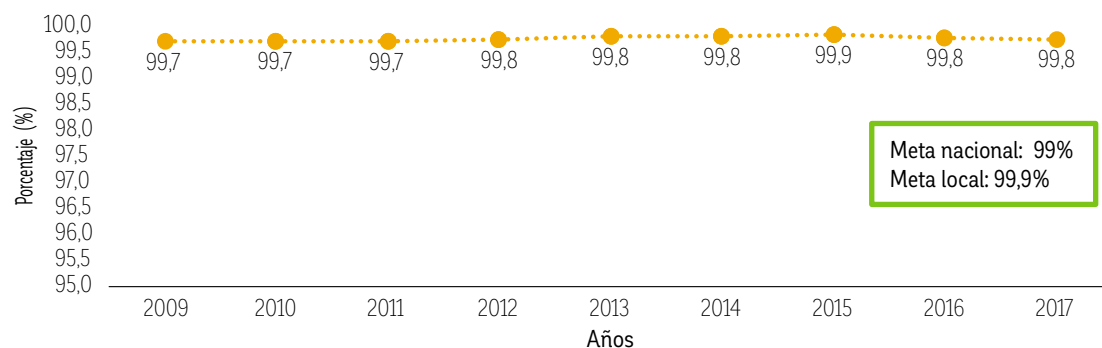
En el caso de los sistemas de salud, su rol es mejorar el acceso al servicio, pero también la calidad de la atención ya sea en consulta externa o en urgencias. En cuanto a los profesionales de salud, su papel es mejorar sus competencias y los conocimientos prácticos para atender adecuadamente a estas mujeres antes, durante y después del parto. En el caso de las familias y las comunidades, la idea es que, al interior de estas, se le brinde a la mujer suficiente información y educación en salud, así como apoyo financiero y logístico, de manera que su decisión no solo responda a sus creencias y cultura, sino también a criterios que le permitan buscar la atención especializada en salud (Organización Mundial de la Salud).

En Colombia, según los resultados de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) 2015, 96,9 % de las mujeres en el rango de edad de 13-49 años con un nacido vivo entre 2010 y 2015 reportaron haber recibido atención institucional del parto, lo que representa un incremento del 2 % con respecto a la ENDS 2010. No obstante, la presencia de ciertas condiciones determina un menor nivel de atención institucional: 75,6 % para las madres que tienen seis o más hijos; 63,6 % para las mujeres sin educación y 88,8 % para las mujeres en el quintil de riqueza más bajo. Así las cosas, el orden de nacimiento del bebé, la educación de la madre y el nivel de pobreza del hogar son factores determinantes para la atención del parto por parte de profesionales especializados (Medellín Cómo Vamos, 2017, pág. 41). La meta propuesta en los ODS para el país se refiere a mantener la atención institucional del parto en el 99% que alcanzó en 2015, de acuerdo con las cifras del Dane.

En lo que respecta a las ciudades de interés comparativo para este informe, Medellín, Bogotá y Cali han mantenido altos niveles de atención institucional del parto en el período 2009-2017, pues para todos los años el indicador se ha ubicado por encima del 99% para cada una de las tres ciudades. En el caso específico de Medellín, la meta propuesta para 2030 corresponde a llevar la atención institucional del parto al 99,9%.

GRÁFICO 13. Medellín, Bogotá y Cali: atención institucional del parto, 2009-2017

Fuente: cálculos propios con base en estadísticas vitales del Dane. El indicador se calculó como el cociente entre el número de nacimientos atendidos en institución de salud entre el total de nacimientos según municipio de ocurrencia.

GRÁFICO 14. Medellín: atención institucional del parto, 2009-2017

Fuente: cálculos propios con base en estadísticas vitales del Dane. El indicador se calculó como el cociente entre el número de nacimientos atendidos en institución de salud entre el total de nacimientos según municipio de ocurrencia.

Vacunación

La vacunación de la primera infancia juega un papel muy importante en la prevención de las muertes de esta población y es la intervención más costo-efectiva en la salud de los niños y niñas, de acuerdo con Unicef (2018): 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 por las enfermedades que se previenen.

En todo el mundo las vacunas evitan la muerte de 2 a 3 millones de niño por año. Sin embargo, todavía mueren 1,5 millones de niños

que no logran ser vacunados. El retrasar o no aplicar las vacunas correspondientes para la edad de cada niño o niña hace más vulnerable su sistema inmunológico

El Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) es la estrategia desarrollada por organismos multilaterales y las naciones del mundo para ampliar las coberturas de vacunación, con el fin de 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 9. 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	PENTAVALENTE	Difteria - tos ferina - tétanos (DPT)	Difteria - tos ferina - tétanos
		<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
A los 4 meses	PENTAVALENTE	Difteria - tos ferina - tétanos (DPT)	Difteria - tos ferina - tétanos
		<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	PENTAVALENTE	Difteria - tos ferina - tétanos (DPT)	Difteria - tos ferina - tétanos
		<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
	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

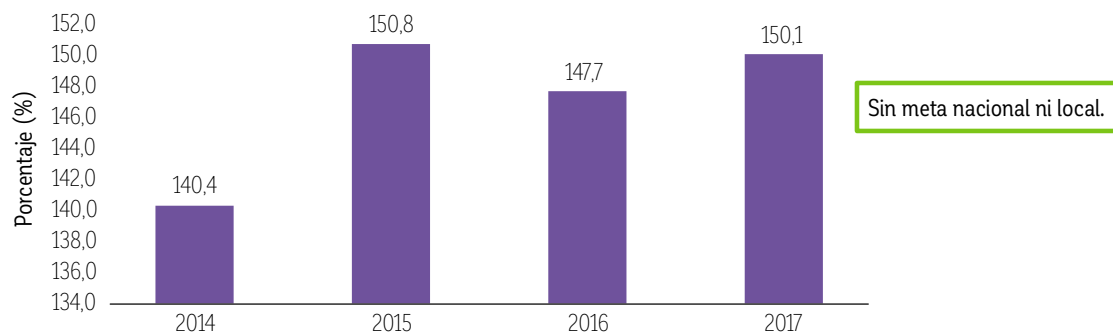
A continuación, se presentan los datos de cobertura para los cuatro biológicos trazados en el monitoreo de las coberturas de vacunación, que son las vacunas antituberculosa (BCG), pentavalente, antipolio y triple viral (SRP) desagregadas por el número de dosis estipuladas en el PAI para cada vacuna.

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.

A nivel nacional, la cobertura para este biológico entre 2014 y 2017 pasó de 88,74% a 91,35%. En cuanto a Medellín, como puede verse en el gráfico 15, la cobertura para esta vacuna supera el 100%, 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 15. Medellín: cobertura de vacuna BHG (antituberculosa), 2014-2017



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

Vacuna pentavalente

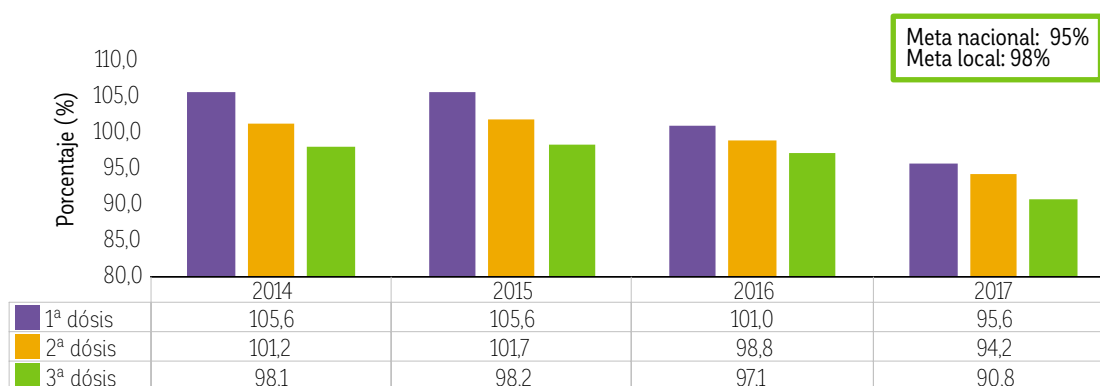
En Colombia se utiliza desde 2001 la vacuna pentavalente, que incluye las vacunas contra difteria, tos ferina, tétanos, hepatitis B y *Haemophilus influenzae*. Esta vacuna se aplica a los dos, a los cuatro y a los seis meses y no tiene refuerzo. De los seis meses en adelante, los refuerzos que se aplican son los correspondientes a la vacuna DPT — incluida en la pentavalente — que, idealmente deben suministrarse a los 18 meses y a los cinco años.

En Colombia, para el mismo período analizado, la cobertura de la vacuna pentavalente en el esquema completo, es decir considerando la cobertura para la tercera dosis de la vacuna en menores de un año, pasó de 90,26% en 2014 a 91,50% en 2017. En el caso de Medellín, como se observa en el gráfico 16, la cobertura de esta vacuna desciende a medida que aumenta la dosis durante todos los años del período analizado. En general, entre 2014 y 2016 la cobertura supera el 100% para la primera

dosis (idealmente aplicada a los dos meses de edad) y se mantiene alta para la segunda (aplicada a los cuatro meses de edad) pero para la tercera desciende oscilando entre 97% y 98%. Para 2017, desde la primera dosis se aprecia un descenso en la cobertura que fue 5,4 pp inferior a la de 2016, además, análogamente a lo que sucede en los otros años, desciende a

medida que aumenta la dosis, de manera que para la tercera dosis la cobertura fue de 90,8%, la menor del período analizado. En la estrategia nacional de cumplimiento de los ODS se propone una meta de cobertura para la tercera dosis de pentavalente de 95% a 2030 y en la agenda local la meta propuesta para la misma dosis es 98%.

GRÁFICO 16. Medellín: cobertura de vacunación pentavalente por dosis, 2014-2017



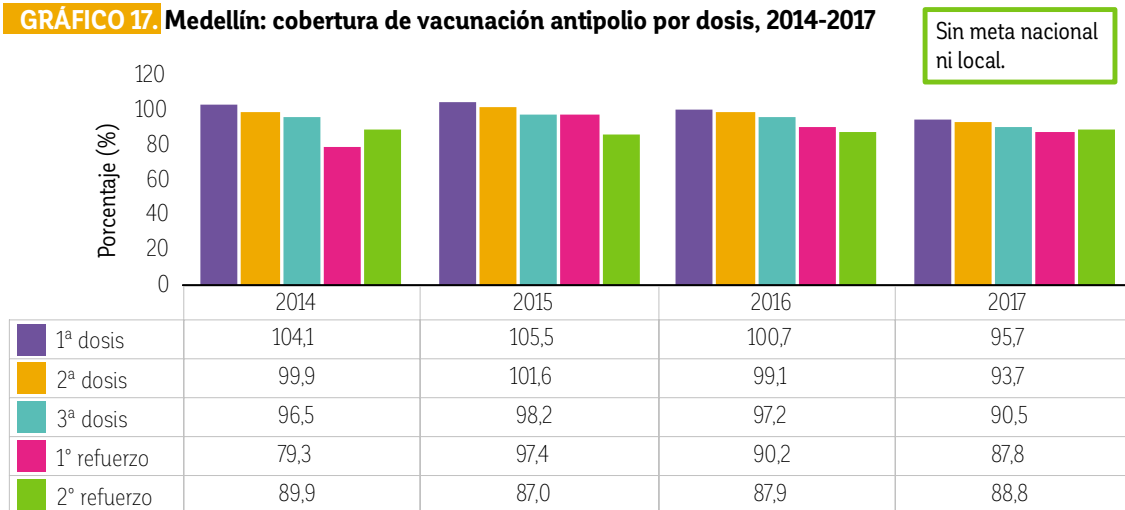
Fuente: elaboración propia con base en datos del Ministerio de Salud y Protección Social, Dirección de Promoción y Prevención / Inmunoprevenibles - Programa PAI

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.

En Colombia, la cobertura de la vacuna para la tercera dosis para el período 2014-2017 pasó de 89,99% a 91,60%, respectivamente, según datos del Sistema Integral de Información de la Protección Social. En Medellín, al igual que con la vacuna pentavalente, se observa también un descenso en la tasa de cobertura de la vacuna a

medida que la dosis de esta aumenta. Asimismo, se observa que entre 2014 y 2016 la cobertura del biológico supera el 100% para la primera dosis y es cercana al 100% para la segunda, pero de ahí en adelante desciende. De esta manera, entre la primera y tercera dosis hubo una diferencia en la cobertura de 7,6 pp en 2014, 7,3 pp en 2015 y 3,5 pp en 2016. Esa diferencia se amplía cuando se comparan la cobertura para la primera dosis y la cobertura del segundo refuerzo que fue de 14,2 pp para 2014, 18,5 pp para 2015 y 12,8 pp para 2016. En cuanto a lo sucedido en 2017, tal como pasó con la vacuna pentavalente, desde la cobertura de la primera dosis de la vacuna hay un descenso con respecto a 2016, equivalente a 5 pp y así sucede para las demás dosis que presentaron una cobertura inferior a la de 2016. 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 17. Medellín: cobertura de vacunación antipolio por dosis, 2014-2017

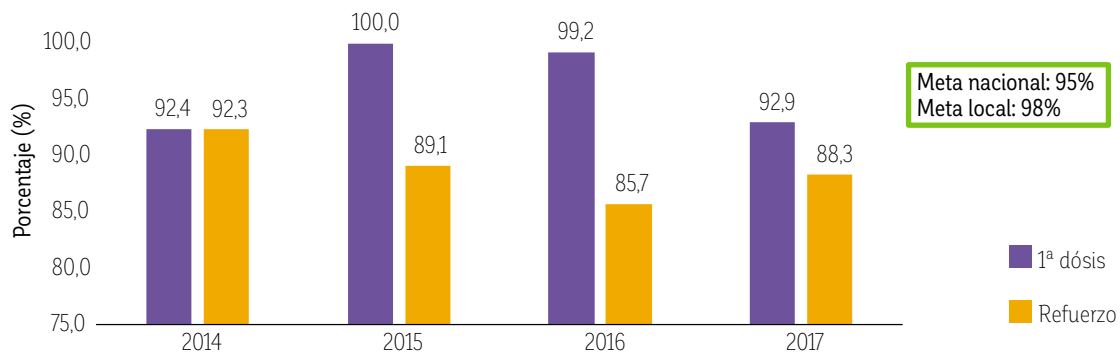
Fuente: elaboración propia con base en datos del Ministerio de Salud y Protección Social, Dirección de Promoción y Prevención / Inmunoprevenibles - Programa PAI

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.

En Colombia, la cobertura para la vacuna SRP correspondiente a la dosis única fue de 91,26% en 2014, luego ascendió a 94,02% en 2015 y para 2017 fue de 92,98%. En Medellín,

para 2014 la cobertura tanto de la dosis única como del refuerzo no presentó diferencias significativas. De ahí en adelante sí hay una diferencia apreciable entre ambas: de 10,9 pp para 2015 y 13,5 pp para 2016. En 2017, la cobertura para la primera dosis fue inferior a la de 2016 en 6,3 pp, mientras que la cobertura para el refuerzo fue superior a la de 2016 en 2,6 pp. 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.

GRÁFICO 18. Medellín: cobertura de vacunación por SRP (sarampión, rubeola y parotiditis), 2014-2017

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

El análisis de las coberturas de vacunación mostró que entre 2016 y 2017 hubo una disminución en las coberturas para los biológicos polio, DPT y SRP de alrededor de 7 pp. Medellín Cómo Vamos consultó a la Subdirección de Información por las razones que explican esta reducción. La Subdirección respondió que el descenso se debió, principalmente, a la escasez de biológicos durante la mayor parte del año aunada al desabastecimiento de jeringas, que fue un costo adicional que debieron asumir las IPS.

De otro lado, como se vio, con excepción de la vacuna antituberculosa (BCG) que se aplica antes del egreso del hospital del recién nacido, los demás biológicos muestran un patrón en su cobertura, que desciende a medida que se avanza en las dosis estipuladas en el PAI. De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud, “En un programa regular de vacunación con un adecuado seguimiento de los niños captados, se espera perder hasta un 5% de niños que recibieron su primera dosis y completan su tercera dosis, hasta un 2% de pérdida aceptable de primeras a segundas dosis y hasta un 3% de pérdida aceptable de segundas a terceras dosis” (Organización Panamericana de la Salud, 2009).

En el período de cero a diez años, el Programa de crecimiento y desarrollo contempla visitas periódicas para revisión de los niños y niñas, de manera que se puedan detectar oportunamente alteraciones en su salud. Uno de los objetivos del programa es garantizar el esquema completo de vacunación según el PAI por lo que, en las citas de control, se realiza revisión del carné de vacunación. Considerando esto, el Programa de Crecimiento y Desarrollo representa una oportunidad para potenciar la aplicación del total de dosis de cada vacuna, tal como está estipulado en el PAI.

El PAI contempla un esquema con vacunas a los 0 meses, 2 meses, 4 meses, 6 meses, 7 meses, 1 año, 1 año y medio y 5 años. Las visitas a profesionales de la salud en el marco del Programa de crecimiento y desarrollo tienen una mayor intensidad entre los 0 y los 2 años (período crítico del crecimiento) y, a partir de ahí, son menos frecuentes. Las asistencias técnicas y evaluaciones realizadas por la Secretaría de Salud de Medellín a las IPS, entidades prestadoras del servicio, permitieron detectar una menor adherencia de los hogares al programa de

crecimiento y desarrollo, posiblemente derivada del tiempo insuficiente para la atención y la falta de estandarización de conceptos y procedimientos que conduzcan a evaluar a los niños y niñas de forma integral, con el fin de detectar las alteraciones en su salud

La menor frecuencia de las citas posterior a los dos años de vida de los niños y la menor adherencia de los hogares al programa de crecimiento y desarrollo posterior a esta edad pueden estar incidiendo en la reducción de la cobertura de vacunación a medida que aumenta la dosis de las vacunas, lo que evidencia la importancia de evaluar sistemática e integralmente la implementación del Programa de crecimiento y desarrollo en las instituciones prestadoras del servicio. Además, tomando como punto de partida los resultados de la asesoría y asistencia técnica llevada a cabo por la Secretaría de Salud de Medellín en las IPS que implementan el programa, es necesario fortalecer las habilidades y capacidades del personal de salud en estas instituciones de la ciudad, con el fin de mejorar su adherencia a los criterios correspondientes a la norma técnica de la atención y brindar una mejor calidad en el servicio que propicie el compromiso de los hogares con la asistencia al programa y la vacunación oportuna de los niños y niñas.



MORBILIDAD

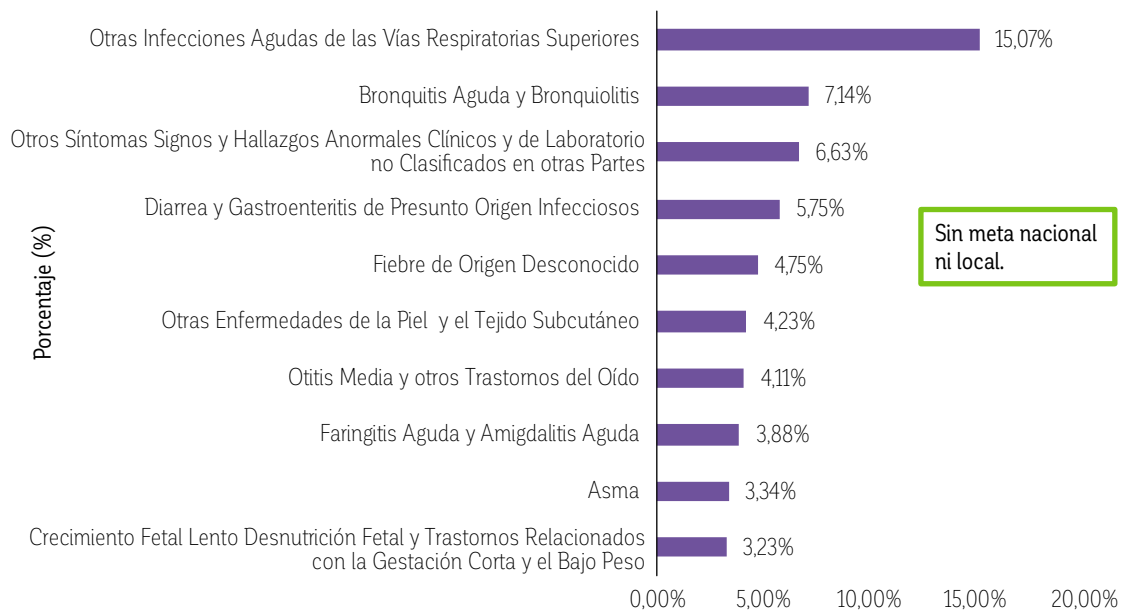
En Medellín se cuenta con información sobre las principales causas de atención en consulta externa y urgencias para la primera infancia, desagregada en los grupos de edad de 0 a 2 años y de 3 a 5 años.

En 2017, 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 19. En general, de las diez causas consideradas, vale la pena resaltar que cuatro corresponden a enfermedades del sistema respiratorio, sumando casi 30% de las consultas registradas: otras infecciones agudas de las vías respiratorias superiores, con 15,07% de los casos, ubicándose en primer lugar y registrando para 2017 una participación superior en 2 pp al promedio para la serie histórica. Las otras enfermedades de este tipo en el ranking fueron la bronquitis aguda y la bronquiolitis, con 7,14% de los casos, ubicándose en segundo lugar; la faringitis aguda y amigdalitis aguda, con 3,88%

de los casos, ocupando el octavo lugar, seguida por el asma, con 3,34% de los casos, en noveno lugar. En cuanto a las otras causas reportadas se refieren problemas del sistema digestivo de origen infeccioso, enfermedades de la piel, enfermedades del oído y crecimiento fetal lento. En términos generales, las diez primeras causas de atención en consulta externa se han mantenido invariables entre 2013 y 2017, con leves cambios temporales en la posición que ocupan.

Con respecto a las causas de atención en urgencias para ese mismo grupo de edad, se observan similitudes con las reportadas para consulta externa. De nuevo, resaltan las afecciones al sistema respiratorio, que justificaron cerca de 32% 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 20, fueron: fiebre, afecciones del sistema digestivo de presunto origen infeccioso, traumatismos, enfermedades virales y afecciones del período perinatal.

GRÁFICO 19. Medellín: principales causas de atención en consulta externa para los niños y niñas entre 0 y 2 años, 2017

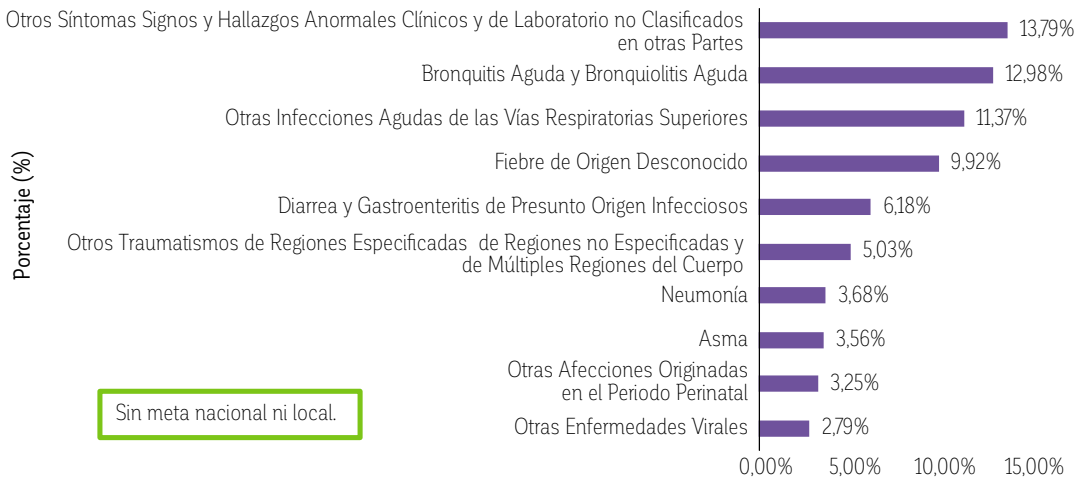


Fuente: elaboración propia con base en datos provistos por la Subdirección de Información - Alcaldía de Medellín.

Fuente: RIPS, Registro Individual de Prestación de Servicios en Salud.

Procesado por la Unidad de Gestión de la Información y el Conocimiento, Secretaría de Salud de Medellín.

GRÁFICO 20. Medellín: principales causas de atención en urgencias para los niños y niñas entre 0 y 2 años, 2017

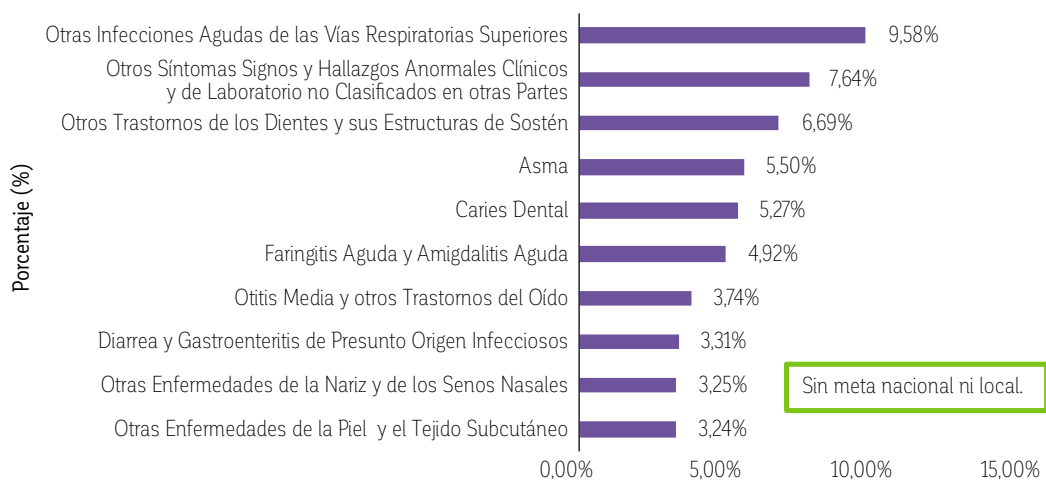


Fuente: elaboración propia con base en datos provistos por la Subdirección de Información - Alcaldía de Medellín.
Fuente: RIPS, Registro Individual de Prestación de Servicios en Salud.
 Procesado por la Unidad de Gestión de la Información y el Conocimiento, Secretaría de Salud de Medellín

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 23,3%. Adicionalmente, se reportaron afecciones de los dientes, los oídos, el sistema digestivo y enfermedades de la piel.

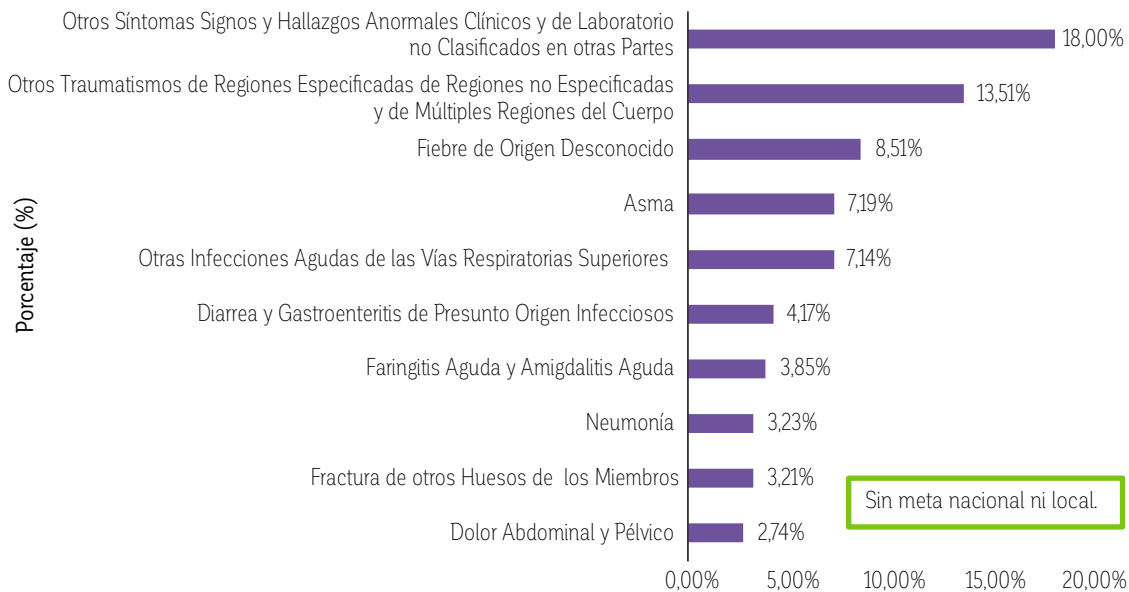
En cuanto a las causas de atención en urgencias, de nuevo las enfermedades de tipo respiratorio respondieron por dos de cada diez consultas, acompañadas de traumatismos, fiebre, diarrea y gastroenteritis, fracturas y dolor abdominal y pélvico, como se aprecia en el gráfico 22.

GRÁFICO 21. Medellín: principales causas de atención en consulta externa 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: RIPS, Registro Individual de Prestación de Servicios en Salud.
 Procesado por la Unidad de Gestión de la Información y el Conocimiento, Secretaría de Salud de Medellín.

GRÁFICO 22. 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: RIPS, Registro Individual de Prestación de Servicios en Salud.

Procesado por la Unidad de Gestión de la Información y el Conocimiento, Secretaría de Salud de Medellín.

MORTALIDAD

Mortalidad materna

La mortalidad materna comprende todos los casos fatales ocurridos a la gestante desde el embarazo hasta el nacimiento. Específicamente, se refiere a “la muerte de una mujer durante su embarazo, parto o dentro de los 42 días después de su terminación por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo, parto o puerperio o su manejo, pero no por causas accidentales” (Instituto Nacional de Salud, 2017, pág. 4).

En general, la mortalidad materna da cuenta de grandes inequidades, pues se presenta en ámbitos con claras dificultades para el acceso a los servicios de salud y en entornos económicos y sociales precarios. Entre las principales causas de mortalidad materna están las hemorragias graves posteriores al parto, la hipertensión

gestacional (preeclampsia y eclampsia), complicaciones en el parto y abortos peligrosos. Paradójicamente, la mayoría de las muertes maternas son evitables a través de acciones simples: facilitar el acceso a atención prenatal, proveer atención especializada durante el parto y apoyo en las primeras semanas después del parto (Organización Mundial de la Salud, 2016) (Medellín Cómo Vamos, 2017).

Entre 1990 y 2015 la razón de mortalidad materna en todo el mundo descendió casi en 44%, al pasar de 385 por cada 100.000 nacidos vivos en 1990 hasta 216 para 2015, por lo que los casos pasaron de 532.000 a 303.000 respectivamente. En Colombia, entre 2008 y 2011 el indicador se redujo desde 104,9 a 60,7 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos. Luego, entre 2008 y 2011 la razón de mortalidad materna (RMM) osciló entre 60,7 y 71,6 y

ya para 2011 a 2016 se produjeron 17,7 muertes menos por cada 100.000 nacidos vivos (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018).

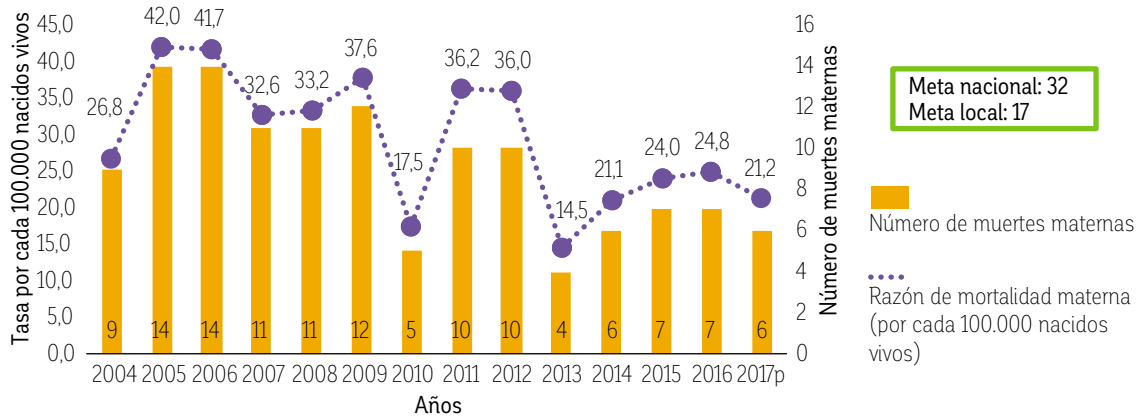
En cuanto a Medellín, el indicador ha mostrado un comportamiento variable en el período 2004-2017, con un valor máximo de 42,0 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos en 2005 y un valor mínimo de 14,5 para 2013. A partir de ese año, el indicador estuvo aumentando levemente entre 2014 y 2016, año en que la RMM llegó hasta 24,8. Para 2017, sin embargo, volvió a descender llegando a 21,2. En términos absolutos, la mayor cantidad de casos de mortalidad se presentó en 2005 y 2006 con 14 casos cada uno. La menor, por supuesto, estuvo en 2013 con cuatro. De 2014 en adelante el número total de casos ha oscilado entre 6 y 7 para cada año.

En el horizonte de largo plazo, el país plantea reducir la RMM desde 53,7 por cada 100.000 nacidos vivos en 2015 hasta 32,0 para 2030,

esto es una disminución de 40,4% en quince años. En cuanto a Medellín, se propone llevar el indicador desde 24,0 en 2015 a 17 en 2030, esto es una reducción de 29,2% en los mismos quince años.

Al analizar el fenómeno de la mortalidad materna es importante considerar si esta se produjo por causas directas o indirectas. La mortalidad por causas directas se refiere a “las que resultan de complicaciones obstétricas del embarazo (embarazo, parto y puerperio), de intervenciones, de omisiones, de tratamiento incorrecto, o de una cadena de acontecimientos originada en cualquiera de las circunstancias mencionadas” y la mortalidad por causas indirectas se refiere a “las que resultan de una enfermedad existente desde antes del embarazo o de una enfermedad que evoluciona durante el mismo, no debidas a causas obstétricas directas, pero sí agravadas por los efectos fisiológicos del embarazo”.

GRÁFICO 23. Medellín: razón de mortalidad materna por cada cien mil nacidos vivos, 2004-2017



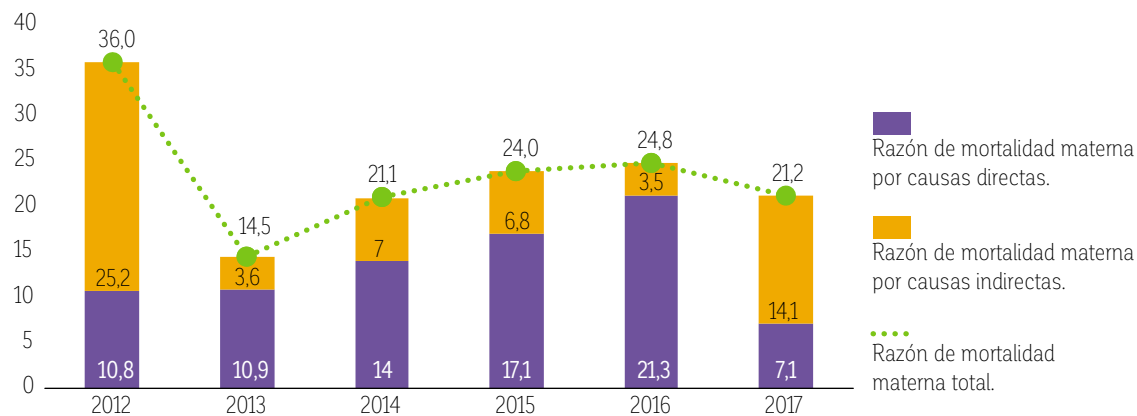
Nota: cifras preliminares para 2017 con corte a 31 de diciembre de ese año.

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.

En el gráfico 24 se presenta la RMM por causas directas, por causas indirectas y la total para Medellín en el período 2012-2017, para el que se encontraba disponible la información así desagregada. En 2012 y 2017, las muertes indirectas explicaron cerca del 70% de la RMM. En contraste, entre 2013 y 2016, en promedio 75% de la RMM fue explicado por las

muertes directas. Específicamente para 2017, de las seis muertes de maternas que se produjeron, dos fueron directas. Una de ellas se debió a hemorragia excesiva o tardía y la otra a preeclampsia severa. Mientras tanto, cuatro muertes fueron indirectas: 1 por septicemia, 1 por asma, 1 por microangiopatía trombótica y otra más sin información.

GRÁFICO 24. Medellín: razón de mortalidad materna total, por causas directas y por causas indirectas, 2012-2017



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 perinatal y neonatal tardía

La mortalidad perinatal se define como aquella que ocurre en el período comprendido entre las 22 semanas completas (154 días) de gestación o con 500 gramos o más de peso fetal, hasta los siete días después del nacimiento. Por su parte, la mortalidad neonatal tardía se refiere a “las muertes que ocurren después de los siete días completos hasta antes del día 28 de vida (7-27 días)” (Instituto Nacional de Salud, 2017, pág. 6).

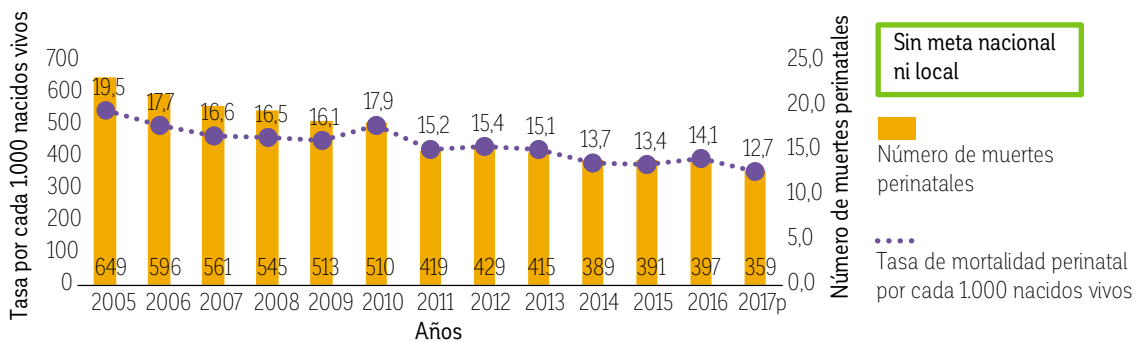
Según la OMS, en el mundo para 2017 el 47% de las muertes en niños menores de cinco años ocurrieron durante el primer mes de vida y, específicamente, 75% del total de muertes para ese rango de edad se presentaron en la primera semana de vida. Estas cifras dan cuenta de la vulnerabilidad de los niños y niñas durante el período de gestación y los primeros días de vida. Lo paradójico 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, 2018) (Medellín Cómo Vamos, 2017).

En Colombia, según el Ministerio de Protección Social (2018), la mortalidad por afecciones en el período perinatal se ha mantenido baja y constante. En Medellín, la tasa de mortalidad perinatal presenta una tendencia de descenso en el período 2005-2017, pasando de 19,5 por cada 1.000 nacidos vivos, asociada a 649 casos, hasta 12,7, asociada a 359 casos. Esto quiere decir que en catorce años la tasa ha tenido una reducción de 35%. Ni en el plano nacional ni en el local se fijaron metas con horizonte 2030 para este indicador.

En lo que respecta a la mortalidad neonatal tardía, la ciudad también ha presentado una tendencia descendente desde 2005, pasando de 9,2 por cada 1.000 nacidos vivos en ese año, con 308 casos asociados, a 4,9, con 138 casos asociados, es decir una reducción para la tasa de 47% en catorce años. En el caso de este tipo de mortalidad, tanto el país como la ciudad priorizaron metas para cumplir a 2030. En Colombia, la meta es llevar el indicador desde 7,0 por cada 1.000 nacidos vivos en 2015 hasta 6,0 en 2030, esto es una reducción de 14%. Por su parte, la ciudad de Medellín le apunta a llevar el indicador desde 5,3 en 2015 hasta 3,8 en 2030, es decir reducirlo en 28%.

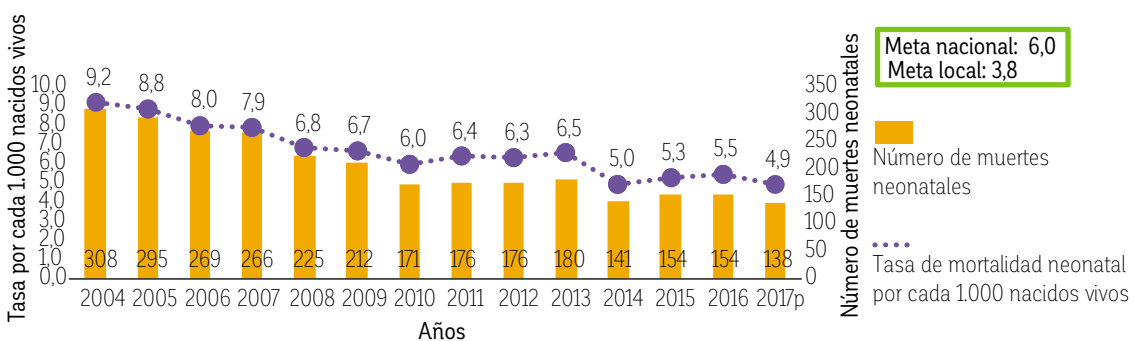
GRÁFICO 25. Medellín: tasa de mortalidad perinatal por mil nacidos vivos, 2004-2017



Nota: cifras preliminares para 2017 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 2005-2011 la fuente es la Secretaría de Salud de Medellín y 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 26. Medellín: tasa de mortalidad neonatal por mil nacidos vivos, 2004-2017



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)

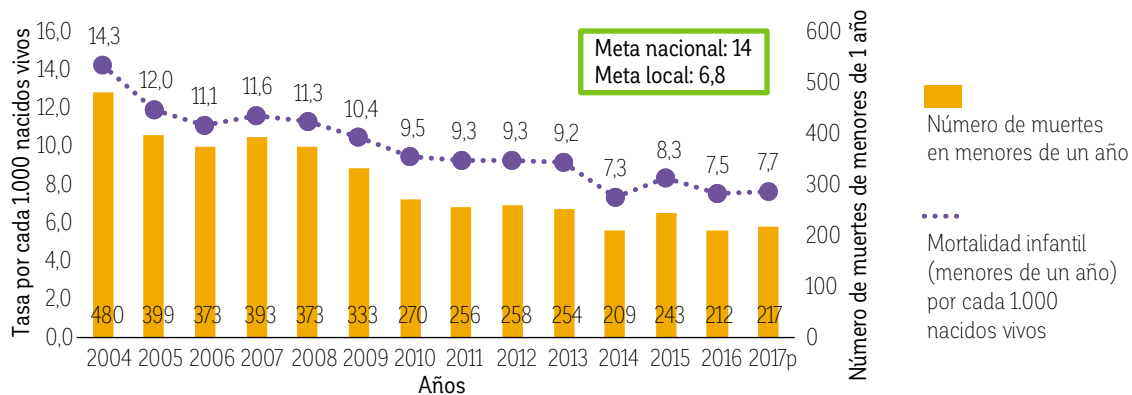
La mortalidad en menores de un año, denominada mortalidad infantil, es el número de defunciones de menores de un año por cada 1.000 nacidos vivos. Análogamente a las muertes maternas, perinatales y neonatales, la mortalidad en los menores de un año es, en general, evitable, pues el indicador está asociado 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) (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018).

En Colombia, la mortalidad para este grupo de edad ha venido descendiendo desde 2005,

cuando la tasa se ubicó en 15,9 por cada 1.000 nacidos vivos, hasta llegar a 9,4 en 2017. Igual ha sucedido en Medellín, con una tendencia de descenso sostenida desde 2004 cuando se ubicaba en 14,3 por cada 1.000 nacidos vivos, con 480 casos de muertes de menores de un año asociados. Para 2017 el indicador había caído hasta 7,7, con 217 casos asociados, lo que significó un importante descenso de 86% en catorce años.

Para este tipo de mortalidad, el país y la ciudad sí priorizaron metas en la agenda 2030. En el caso de Colombia, la idea es reducir el indicador desde 17,1 por cada 1.000 nacidos vivos para 2015 hasta 14 para 2030, lo que equivale a disminuirlo en 18%. En Medellín, la meta contempla reducirlo desde 8,3 en 2015 hasta 6,8 en 2030, una reducción también equivalente al 18%.

GRÁFICO 27. Medellín: tasa de mortalidad infantil (menores de un año) por cada mil nacidos vivos, 2004-2017



Nota: cifras preliminares para 2017 con corte a 31 de diciembre de ese año.

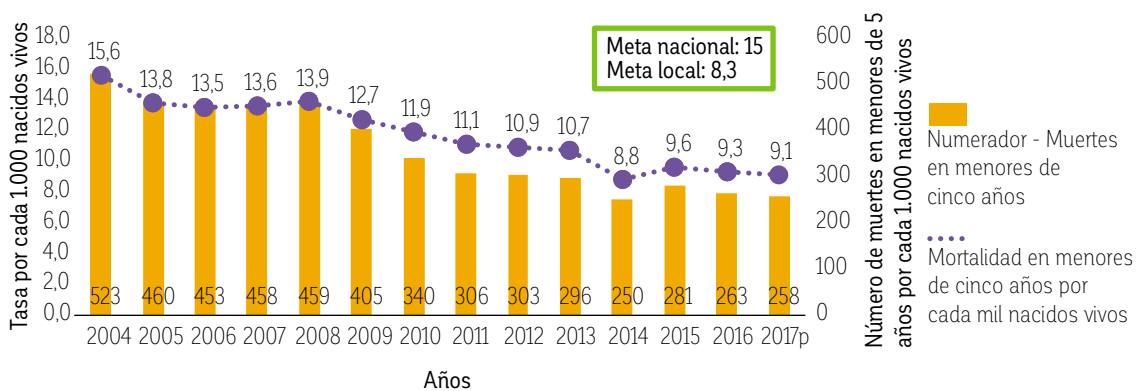
Fuente: elaboración propia con base en datos de la Subdirección de Información, DANE, Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Procesado por la Unidad de Gestión de la Información y el Conocimiento, Secretaría de Salud de Medellín.

Mortalidad en la niñez (menores de cinco años)

La mortalidad en menores de cinco años corresponde al número de defunciones de menores de cinco años por cada 1.000 nacidos vivos. Este indicador da cuenta de las condiciones 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, 2017).

En el mundo se ha visto un descenso pronunciado en la mortalidad de los menores de cinco años, pues mientras que en 1990 9,1% de los niños moría antes de llegar a los cinco años, en 2017 esa proporción fue 3,8%, cabe resaltar que, además, la reducción de la mortalidad ha sido más acelerada en el período 2000-2017 que en el de 1990-2000. Sin embargo, para 2017 cerca de 5,4 millones de niños menores de cinco años murieron en el mundo (Unicef, 2018).

GRÁFICO 28. Medellín: tasa de mortalidad en menores de cinco años por cada mil nacidos vivos, 2004-2017



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.



En Colombia la situación ha sido similar, con una tendencia de descenso sostenida en la mortalidad de la niñez entre 2000 y 2016, pasando de 24,6 por cada 1.000 nacidos vivos a 13,6, respectivamente, es decir 44% menos. Entre las principales causas asociadas a este tipo de mortalidad están, en su orden, las afecciones del período perinatal con 42%, las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas con 21% y las enfermedades del sistema respiratorio.

En Medellín, al igual que en Colombia, la mortalidad en la niñez ha mostrado una tendencia descendente sostenida, pasando de 15,6 por cada 1.000 nacidos para el año 2004, con 523 casos asociados, a 9,1 en 2017 con 258 casos asociados, es decir una reducción de 41%. Tanto el país como la ciudad fijaron meta de reducción para este indicador en el marco de la estrategia de cumplimiento de los ODS. Específicamente, Colombia propone reducir el indicador desde 18,7 por cada 1.000 nacidos vivos en 2015 hasta 15,0 en 2030, esto es 20%. Por

su parte, Medellín propone llevarlo desde 9,6 en 2015 hasta 8,3 en 2030, lo que equivale a reducir el indicador en 14%.

Mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA)

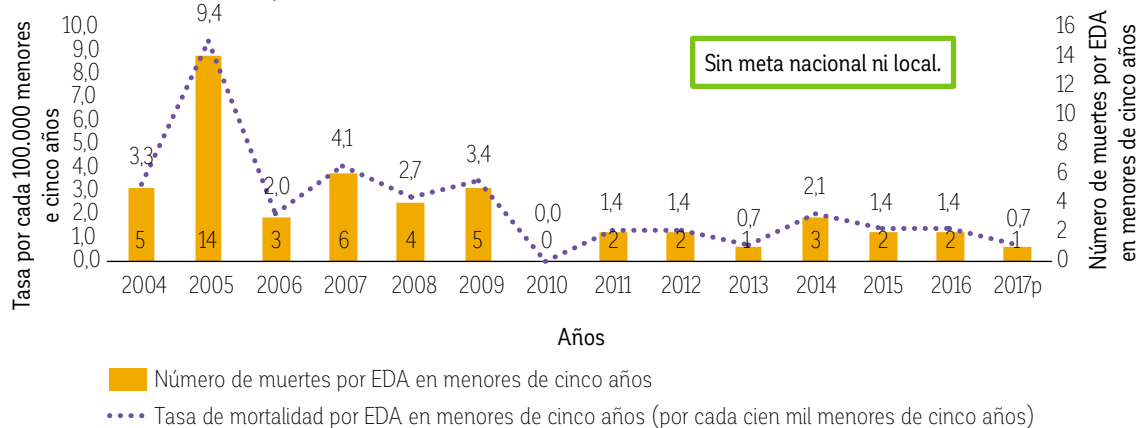
La mortalidad por enfermedad diarreica aguda corresponde al número de muertes en menores de cinco años cuya causa básica de muerte se debió a una Enfermedad Infecciosa Intestinal como razón de cada 100.000 personas de la población menor de cinco años (Así vamos en salud, 2016). Según la OMS, las enfermedades diarreicas son la segunda causa de muerte entre la población menor de cinco años, ocasionando la muerte de 525.000 niños y niñas en ese rango de edad cada año. En general, las diarreas pueden estar ocasionadas por cuatro tipos de factores: (1) infecciones generadas por bacterias, virus y parásitos, comúnmente producidas en entornos con escasez de agua potable para el consumo humano. (2) Malnutrición, pues la diarrea se presenta en los niños con dietas inadecuadas o insuficientes y, a su

vez, es causa de la malnutrición en la primera infancia. (3) Fuentes de agua contaminadas con heces humanas o de animales y (4) otras causas como el contagio directo de otra persona debido a condiciones inadecuadas de higiene y manipulación antihigiénica de los alimentos o del agua (Organización Mundial de la Salud, 2017).

En Colombia la mortalidad por EDA para los menores de cinco años ha mostrado una tendencia descendente entre 1998 y 2016, pasando de 33,8 muertes por cada 100.000 menores de cinco años a 3,5, respectivamente. La mayor velocidad de descenso en el indicador, 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 rotavirus²⁶. En

la ciudad de Medellín la tasa de mortalidad por EDA presenta una tendencia descendente en el período 2004-2017. Inicialmente, entre 2004 y 2009, se presentaron en promedio cinco muertes por EDA, con excepción de 2005 cuando el número de muertes ascendió a 14, llevando el indicador a un máximo de 9,4 muertes por cada 100.000 nacidos vivos menores de cinco años. Luego, en 2010, habida cuenta de que no se presentó ninguna muerte por esta causa, el indicador alcanzó su valor mínimo. De ahí en adelante, en promedio se han producido dos muertes por año causadas por esta enfermedad. Para 2017 el indicador alcanzó un valor de 0,7 por cada 100.000 menores de cinco años como resultado de 1 muerte producida en ese año por esta causa. Este indicador no tiene metas asociadas en la agenda ODS para Colombia o para Medellín.

GRÁFICO 29. Medellín: tasa de mortalidad por EDA en menores de cinco años por cada cien mil menores de cinco años, 2004-2017



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 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, 2016). La IRA agrupa un conjunto de enfermedades que tienen lugar en el aparato respiratorio como

²⁶ 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, 2015)

causa de la acción de diferentes microorganismos y bacterias. Este tipo de infecciones comienzan repentinamente y tienen una duración inferior a dos semanas (Ministerio de Salud y Protección Social). 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 (Unicef, 2013). 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 (Unicef, 2009, pág. 2).

En Colombia, la tasa de mortalidad por IRA en menores de cinco años descendió en 66%, al pasar de 36,3 muertes por cada 100.000 menores de cinco años para 1998 a 13,84 para 2016. La reducción, según señala el Ministerio de Salud y Protección Social (2018) 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, recuérdese que en el apartado de morbilidad de este capítulo se

vio que las enfermedades asociadas al sistema respiratorio estaban entre las principales causas de consulta externa y en urgencias, tanto para los niños y niñas entre 0 y 2 años, como para los que están entre 3 y 5 años. En términos de mortalidad, no obstante, es de resaltar que la que se debe a esta enfermedad muestra una tendencia descendente para el período 2004-2017. En la evolución del indicador puede hablarse de un período inicial, comprendido entre 2004 y 2009, donde se obtuvieron puntos máximos en la tasa, asociados a un promedio de casos anuales de 34, con excepción del año 2005. Luego, probablemente como resultado a la introducción de la vacuna contra el neumococo para 2009, la ciudad experimentó un descenso más acentuado de la mortalidad, con un promedio anual de 17 casos entre 2010 y 2015. Finalmente, para los años 2016 y 2017 el promedio de muertes anuales por IRA ha sido de 10, ubicando la tasa para 2017 en 6,9 por cada 100.000 menores de cinco años. Para este indicador no hay metas definidas para 2030 ni en el nivel nacional, ni en el local.

GRÁFICO 30. Medellín: tasa de mortalidad por IRA en menores de cinco años por cada cien mil menores de cinco años, 2004-2017



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.

NUTRICIÓN



“Ninguna cantidad de alimentos puede curar a un niño con retrasos en el crecimiento: la buena nutrición debe comenzar temprano para prevenir el retraso en el crecimiento”²⁷

Unicef, 2016

Otra de las siete condiciones que, según la Ley 1804 de 2016, garantizan el desarrollo integral de los niños y niñas es el goce de un estado nutricional adecuado. El estado nutricional, según la FAO, se refiere a la condición del organismo que resulta de la relación entre las necesidades nutritivas individuales y la ingestión, absorción y utilización de los nutrientes contenidos en los alimentos, por lo que un estado nutricional adecuado puede definirse como aquel en el que esas necesidades sean suplidas por los tres procesos mencionados.

Precisamente, en la agenda que proponen los Objetivos de Desarrollo Sostenible, el segundo objetivo plantea poner fin al hambre, lograr la seguridad alimentaria y la mejora de la nutrición y promover la agricultura sostenible. Específicamente 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 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. Las metas mundiales de nutrición a las que hace referencia la meta, para lograrse a más tardar al 2025, se concentran en el retraso en talla, la anemia, el bajo peso al nacer, sobrepeso, lactancia y emaciación. Son las siguientes:

1. Reducir 40% el retraso en el crecimiento (talla baja para la edad) en los niños menores de cinco años

²⁷ Traducción propia.

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 como indicador trazador del ODS 2 a la tasa de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años²⁸. Adicionalmente, se definieron indicadores para dar cuenta del cumplimiento de cada meta del ODS en un período intermedio (2018) y al cierre de la vigencia de los ODS (2030), que se presentan a continuación:

TABLA 10. 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 2015	Meta intermedia a 2018	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

En cuanto a Medellín, como ya se mencionó en la introducción de este informe, la ciudad ha realizado un ejercicio pionero en el país de

establecimiento de metas locales para monitorizar el cumplimiento de los ODS. En el caso del ODS 2, se definieron las siguientes:

²⁸ 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 (Organización Panamericana de la Salud, 1996). 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 movilizand acciones que permitan dar cumplimiento al ODS correspondiente.

TABLA 11. Medellín: indicadores priorizados 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	2015	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

Medellín Cómo Vamos analiza en este informe la situación nutricional de los niños y niñas de Medellín a través de los indicadores de bajo peso al nacer, lactancia materna exclusiva y los relacionados con malnutrición. Estos últimos comprenden 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 incluye también la tasa de mortalidad por desnutrición.

Respecto a la proveniencia de la información, es importante aclarar que el monitoreo de la situación nutricional de la primera infancia en Medellín se realiza a través del Sistema de Vigilancia Nutricional para la población menor de seis años, denominado SISVIN. Según explica la Subdirección de Información, la recolección de datos para el sistema se lleva a cabo desde el nivel primario de atención en salud a través del programa de Detección temprana de alteraciones del Crecimiento y Desarrollo del menor de 10 años (Programa de Crecimiento y Desarrollo), que se ejecuta desde las diferentes

Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) de la red pública y privada del municipio de Medellín. Adicionalmente, a partir de 2017, se incluye también información que se alimenta desde el programa Buen Comienzo. En promedio, son 103 entidades las que en la actualidad notifican a la Secretaría de Salud de manera mensual los datos de niñas y niños menores de seis años que asisten al Programa de Crecimiento y Desarrollo. Estas entidades corresponden al 100% de las IPS que tienen programas de crecimiento y desarrollo activos, según dice la Subdirección de Información. Además, agrega la Subdirección que, si bien no es obligatorio para las IPS notificar a la Secretaría de Salud, se ha venido realizando un trabajo de sensibilización con estas entidades a través de asesoría y asistencia técnica para que sigan haciendo el reporte, de manera que la Secretaría pueda contar con este insumo.

La administración municipal estima que, de 175.592 niñas y niños que conformaban la población con edades de 0 a 5 años en Medellín para 2017, el SISVIN logró cubrir 110.398, es

decir 62,8% del total de los niños y niñas que hacen parte de la primera infancia. Esta cobertura tuvo un incremento considerable de 15,2 pp entre 2016 y 2017, al pasar de 47,7% a 62,9%, de manera que — según afirma la Subdirección de Información- los resultados obtenidos son estadísticamente significativos²⁹.

La información nutricional está desagregada en dos grupos de edad: de 0 a 2 años y de 3 a 5 años. Consultados respecto a la representatividad con la que cuenta cada grupo en el SISVIN, la Subdirección de Información respondió que, “para 2017, se atendieron 54.808 niños de 0 a 2 años y 37.020 niños de 3 a 5 años, que corresponden al 63% del total de niños, según población proyectada por el DANE. Para el grupo de 3 a 5 años la cobertura es del 42% y para los de 0 a 2 años es del 95%” (Subdirección de Información y evaluación estratégica del Departamento Administrativo de Planeación de Medellín, 2018).

En cuanto a las ciudades de interés para el análisis comparado, en Bogotá la información nutricional de la primera infancia se captura a través del Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional, SISVAN, que tiene en cuenta el total de menores de 5 años captados anualmente por la consulta del Programa de crecimiento y desarrollo de las IPS públicas y privadas de Bogotá. Según Luis Jorge Hernández Flórez, profesor asociado de la Facultad de Medicina de la Universidad de los Andes, por SISVAN se puede estar cubriendo aproximadamente 40% de los niños y niñas de la primera infancia, la mayoría de la red pública, es decir la población más vulnerable.

De igual manera sucede en Cali, donde la información sobre vigilancia nutricional infantil se deriva del reporte del programa de crecimiento y desarrollo, para los niños y niñas menores de cinco años que asistieron a él, en las Empresas Sociales del Estado (E.S.E) de la red pública y privada. Ese reporte es enviado a la Secretaría de salud municipal, encargada de la consolidación de los datos. Para 2017 la información



corresponde a las 5 E.S.E de nivel I del municipio de Cali, principalmente del régimen subsidiado y no asegurados, es decir, la población infantil vulnerable en términos socioeconómicos. Específicamente para ese año, del total de 177.030 niños que integran la primera infancia en Cali, la cantidad de niños y niñas monitoreados por el SISVAN fue 53.485, lo que significó una cobertura de 30,2%.

²⁹ En el período 2012-2017, para el cual se encuentran disponibles los indicadores de nutrición infantil, la cobertura del sistema de vigilancia nutricional (SISVIN) ha variado. En 2012 fue 53,6%, en 2013 51,6%, en 2014 52,7%, en 2015 44,3%, en 2016 47,7% y en 2017 62,9%.

Bajo peso al nacer

El peso al nacer es un indicador de las condiciones nutricionales de la madre del recién nacido y de las posibilidades de supervivencia, salud y desarrollo que tiene un recién nacido (Unicef). Los bebés que al momento de nacer presentan un peso inferior a los 2.500 gramos padecen de bajo peso. Esta condición, según señala la OMS (2011), puede ser el resultado de tres causas: (1) el nacimiento que se produce antes de completarse las 37 semanas de embarazo; (2) el tamaño pequeño para la edad gestacional, que se presenta cuando el peso para la gestación es inferior al décimo percentil y surge como resultado de una tasa de crecimiento fetal inferior al promedio, y (3) la conjunción de las causas uno y dos.

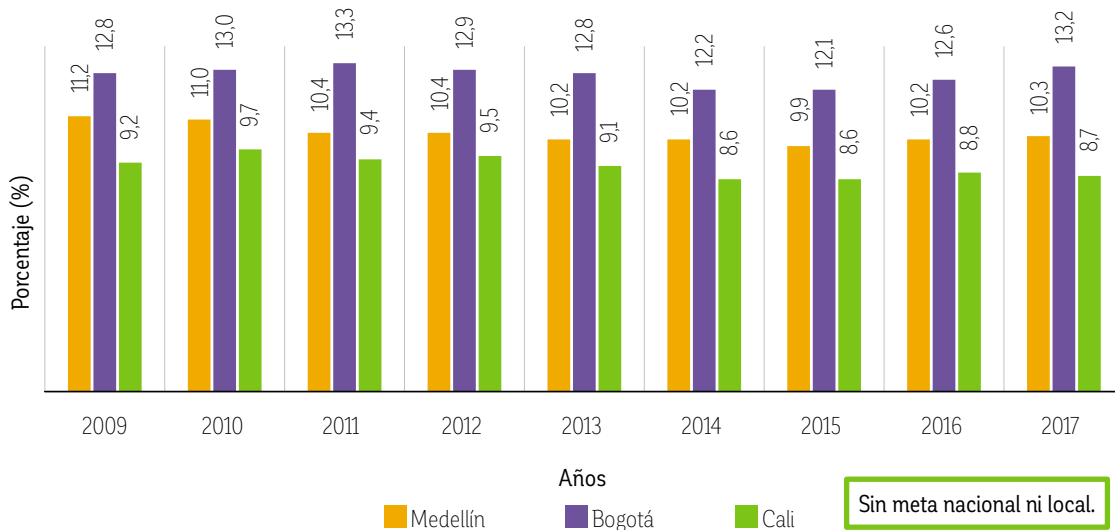
El bajo peso al nacer como indicador puede dar cuenta de problemas de salud pública como malnutrición materna de largo plazo, malas condiciones de salud y cuidados prenatales deficientes (Unicef, 2004, pág. 3). Entre las causas consideradas para que se presente esta condición se encuentran: la inducción temprana del trabajo de parto (ya sea por razones médicas o no), embarazos múltiples, infecciones y enfermedades crónicas y la hipertensión. Así, entre más corto sea el período de gestación, más pequeño será el bebé y mayor riesgo de mortalidad, morbilidad y discapacidad tendrá. 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 (Unicef, 2004, pág. 3).

En Colombia, según la información del Dane, la proporción de recién nacidos con bajo peso al nacer entre el total de nacidos vivos ha sido de 8,9% en promedio anual durante los últimos diez años, sin cambios abruptos.

En el caso de las ciudades de interés para este informe, la situación ha sido similar pues, en general, el indicador se ha mantenido estable. Como puede verse en el gráfico 31, entre las tres ciudades, Bogotá ha mantenido la mayor prevalencia en los diez años analizados, oscilando entre 12% y 13%, con un mínimo de 12,1% alcanzado en 2015 luego de cuatro años consecutivos de descenso del indicador que, posteriormente volvió a aumentar, cerrando 2017 en 13,2%. Medellín tiene la siguiente tasa más alta, con oscilaciones entre 10% y 11% y una tendencia de descenso que ubica la prevalencia en 10,3% para 2017. Finalmente, Cali presenta la prevalencia más baja de bajo peso al nacer, con un máximo de 9,7% en 2010 desde donde descendió hasta 8,6% en 2014 y se ha mantenido sin variaciones drásticas, cerrando 2017 en 8,7%.

En atención a la relativa invariabilidad del indicador en Medellín, se consultó a la administración municipal qué hipótesis tenían al respecto. En respuesta, la Secretaría de Salud del municipio afirmó que, dando cumplimiento a los protocolos exigidos por el Instituto Nacional de Salud (INS), cuando se presentan casos de bajo peso al nacer se realiza visita epidemiológica de campo por parte de nutricionistas, con el objetivo de identificar los factores de riesgo que pudieron producir el caso y recopilar más información sobre el mismo. Para ello, se indaga por el consumo de alcohol, cigarrillo o sustancias psicoactivas durante la gestación; si la madre realizó actividades diarias que le implicaron esfuerzo físico durante el último trimestre de la gestación y también si ella presentó eventos en los que el bajo peso al nacer es una consecuencia esperada, como infecciones de vías urinarias, hipertensión, sobrepeso, obesidad, desnutrición, antecedentes de hijos con bajo peso al nacer y amenazas de parto prematuro.

GRÁFICO 31. Medellín, Bogotá y Cali: proporción de bajo peso al nacer, 2009-2017



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

Entre los factores de riesgo identificados en 2017, se encontró que, durante la gestación, 31% de las madres visitadas presentaron infecciones de vías urinarias y recibieron antibióticos para su tratamiento; 28,3% presentaron desnutrición; 22% presentaron obesidad y sobrepeso; 19,3% padecieron hipertensión³⁰; 16% tuvieron amenaza de parto prematuro; 9,7% reportaron antecedente de hijo con bajo peso al nacer; 2,7% consumieron cigarrillo, alcohol o sustancias psicoactivas³¹ y 2,4% reportaron haber realizado actividades que implicaban un esfuerzo físico diario durante el último trimestre del embarazo.

Adicionalmente, dice la Secretaría que “Algunas madres presentaron durante la gestación, antecedentes como diabetes gestacional, hipotiroidismo gestacional, pérdida de peso durante la gestación, embarazo gemelar, hiperemesis gravídica, ingreso tardío al control prenatal, bebés con retardo del crecimiento intrauterino tipo I y tipo II. Dado que los factores de riesgo identificados prevalecen en el tiempo, esta puede ser la razón por la que no se ha logrado modificar el comportamiento del indicador” (Subdirección de Información y evaluación estratégica del Departamento Administrativo de Planeación de Medellín, 2018).

30 Entre estas gestantes, algunas fueron diagnosticadas con trastorno hipertensivo sin llevar a una preeclampsia (complicación médica propia del embarazo que consiste en hipertensión inducida relacionada con niveles altos de proteína en la orina). En otros casos, se diagnosticó preeclampsia y, como consecuencia de esta, hubo que inducir el parto para evitar mayores complicaciones, según afirma la Secretaría de Salud de Medellín.

31 Según menciona la Secretaría de Salud, el mayor consumo se presentó en las madres menores de 20 años con sustancias como marihuana y alcohol.



Lactancia materna exclusiva

La leche materna es el alimento por excelencia para los recién nacidos porque les aporta todos los nutrientes y la energía que requieren en sus primeros meses de vida. La alimentación exclusiva con leche materna, es decir, sin incluir otros alimentos líquidos o sólidos (ni siquiera agua)³² le brinda al bebé los aminoácidos y nutrientes necesarios para el desarrollo normal de su cerebro y lo protege contra enfermedades como la diarrea y otras infecciones gastrointestinales (Kramer & Kakuma, 2012), contribuyendo a prevenir el 22% de las muertes neonatales en todo el mundo (Unicef, 2018).

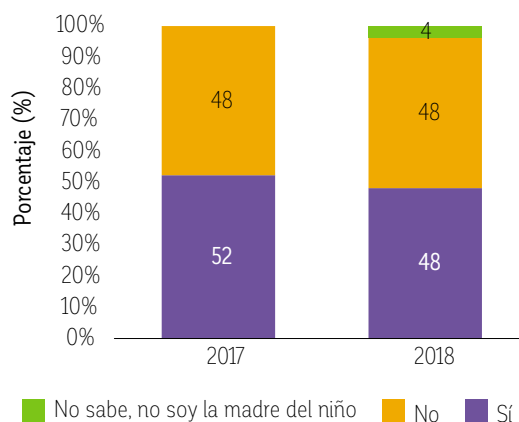
Pese a su importancia, sin embargo, en los países en desarrollo solo 38% de los niños entre 0 y 6 meses reciben lactancia materna exclusiva. En Colombia, según los resultados de la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional ENSIN, entre 1990 y 2015 la proporción de hogares que reportan alimentar exclusivamente 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.

³² Solo se exceptúan sueros de rehidratación oral o vitaminas, minerales y medicamentos en presentación tipo jarabe o gotas.

En Medellín no se cuenta con datos objetivos sobre la lactancia materna exclusiva pues, si bien en los controles de crecimiento y desarrollo se les pregunta a las madres si lactan exclusivamente, 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.

En atención a esto, desde 2017 la Encuesta de Percepción Ciudadana de Medellín Cómo Vamos incluyó una pregunta relacionada con la lactancia materna exclusiva. Específicamente, en los hogares que reportaron tener niños y niñas menores de seis meses, se le preguntó al encuestado si el menor recibía únicamente la leche materna como alimento. En 2017 la proporción de menores de seis meses así alimentados fue de 52% y en 2018 fue de 48%, en ambos casos superando el promedio nacional reportado en la ENSIN 2015. Ni en la agenda nacional ni en la agenda local se formularon metas dirigidas a incrementar ese porcentaje.

GRÁFICO 32. Medellín: ¿le dan solamente leche materna como alimento al bebé? (hogares donde hay niños con edades entre 0 y 6 meses), 2017 y 2018



Nota: para 2017 la base corresponde a 46 entrevistas en hogares con niños hasta seis meses de edad. En 2018 la base corresponde a 18 encuestas.

Fuente: Encuesta de Percepción Ciudadana de Medellín Cómo Vamos, versiones 2017 y 2018.

Malnutrición infantil

El estado de malnutrición se define como “las carencias, los excesos o los desequilibrios de la ingesta de energía y/o nutrientes de una persona” (Organización Mundial de la Salud, 2016). En ese sentido, esta condición abarca tanto estados de desnutrición como estados de sobrealimentación, específicamente el sobrepeso y la obesidad, junto con “enfermedades no transmisibles relacionadas con el régimen alimentario (cardiopatías, accidentes cerebrovasculares, diabetes y cánceres)” (Organización Mundial de la Salud, 2016). Este informe se concentrará en la prevalencia de dos tipos de

desnutrición (crónica y aguda), el 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 se refiere al retraso³³ en el crecimiento con respecto al estándar recomendado para la edad de cada niño o niña. Ese retraso se asocia a la “carencia de los nutrientes necesarios por un período de tiempo prolongado” (Medellín Cómo Vamos, 2017) que puede comenzar incluso antes de nacer, en el útero de

33 Un niño o niña presenta desnutrición crónica cuando el puntaje del indicador de talla para la edad se encuentra por debajo de 2 desviaciones estándar respecto al puntaje estandarizado para la población menor de 5 años en determinado territorio.

la madre. Según aclara UNICEF (1992, pág. 8) “son los factores asociados con el proceso de llegar a ser pequeño, y no el hecho de ser pequeño, lo que constituye la verdadera preocupación”³⁴ así, por ejemplo, Paraje (2008) en un análisis del efecto de variables socioeconómicas y biomédicas en el nivel de desnutrición infantil para siete países de América Latina³⁵ entre 1990 y 2008, encontró que las tasas de desnutrición eran más altas a medida que el ingreso y el nivel de escolaridad de la madre o de su pareja eran más bajos, además la riqueza resultó ser un determinante de la distribución de la desnutrición pues “cuánto más concentrada esté la riqueza, más concentrada está la desnutrición crónica infantil entre hogares pobres” (Paraje, 2008, pág. 41).

El crecimiento de las niñas y niños es relevante porque, mientras el peso perdido se puede recuperar, no sucede lo mismo con la estatura (talla). De esta manera, un niño o niña con una estatura menor a la que debería tener para su edad sufre los efectos de las carencias nutricionales en el corto y largo plazo. En el corto plazo, la desnutrición crónica genera una respuesta débil ante enfermedades, dificultad para recuperarse de ellas y trastornos físicos y cognitivos. En el largo plazo, un niño o niña desnutrido presenta dificultades de aprendizaje, afectando las oportunidades que tiene en el mercado laboral, disminuyendo sus ingresos y, por esta vía, incidiendo negativamente en su calidad de vida (Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura - FAO, 2014).

En Colombia, la prevalencia de desnutrición crónica, medida por la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional (ENSIN) que suele realizarse quinquenalmente, 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%. Se observaron mayores prevalencias del 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 cuanto a Bogotá y Cali, la información derivada de los Sistemas de Vigilancia Alimentaria y Nutricional (Sisvan) de cada ciudad, permite ver que la capital del país ha mostrado históricamente las tasas de prevalencia más altas de desnutrición crónica. Así, en los últimos cuatro años la proporción promedio de niños y niñas menores de cinco años afectados ha sido 17,7%, aunque con una tendencia al descenso. Por su parte, en Cali para el mismo período el promedio fue 7,4% pero, a diferencia de Bogotá, presenta tendencia al ascenso. Al cierre de 2017, en Bogotá la prevalencia fue 18,2% con 40.548 casos, y en Cali 7,8% con 2.511.

Por su parte, en Medellín — que realiza el cálculo de los indicadores de nutrición infantil para el grupo de 0 a 6 años, a diferencia de las demás ciudades que realizan el cálculo para los menores de cinco años — la prevalencia por desnutrición crónica ha presentado una tendencia al descenso, tanto para el grupo de niños y niñas menores de dos años, como para el grupo de menores de seis años, como puede verse en el gráfico 33. Sin embargo, es de resaltar que en Medellín la desnutrición crónica es la que sigue mostrando las mayores prevalencias, frente a la aguda y la global en las que se reportan tasas mucho menores. Esta situación es delicada en la medida en que este tipo de desnutrición da cuenta de falencias alimentarias que datan de largo plazo y si no se actúa con prontitud durante el embarazo y antes de que el niño o niña que la padece cumpla dos años, las consecuencias serán irreversibles y afectarán muchos aspectos a lo largo de su vida (Unicef, 2011).

³⁴ Traducción propia.

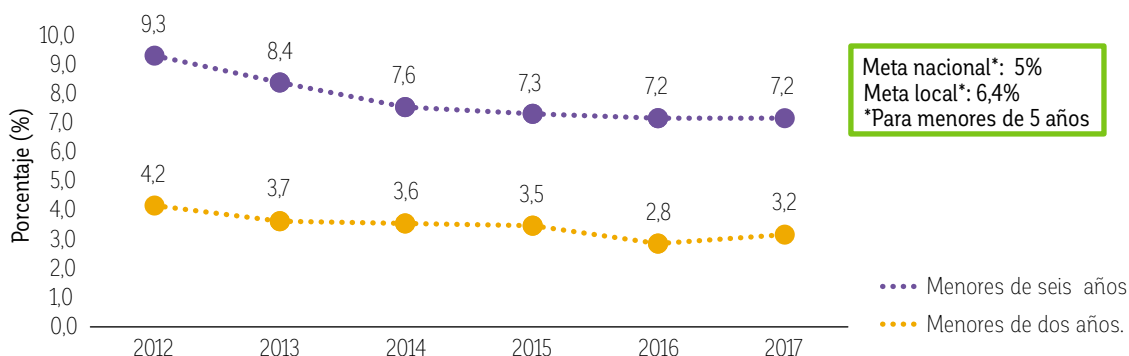
³⁵ A saber: Bolivia, Colombia, República Dominicana, Guatemala, Haití, Nicaragua y Perú.

En la ciudad la tasa de desnutrición crónica para los menores de seis años comenzó el período, en 2012, en 9,3% con 8.762 casos asociados y luego, presentó un descenso pronunciado hasta 2014, para luego continuar descendiendo a menor ritmo hasta ubicarse en 7,2% en 2017, equivalente a 7.908 casos. En cuanto a los menores de dos años, el descenso de la tasa ha sido menos acentuado, comenzando en 2012 con una tasa de 4,2%, equivalente a 1.516 casos, y cerrando el período analizado en 3,2%, equivalente a 1.337 casos en 2017.

Consultada respecto a las mayores tasas de la prevalencia de desnutrición, la Subdirección de Información aclara que esta situación es de esperarse en países que tienen altas prevalencias de desnutrición por períodos prolongados y, en el caso de los trastornos crónicos, hay un efecto acumulativo. Adicionalmente, menciona que existen tres factores de riesgo claves para el desarrollo de la desnutrición crónica que, precisamente, se busca controlar a través de los programas que lleva a cabo la Secretaría de Salud.

Estos factores son: (i) los determinantes sociales de la salud, que favorecen la transmisión intergeneracional de la malnutrición, la pobreza y el subdesarrollo; (ii) los controles en el período prenatal, que son de suma importancia para vigilar la nutrición de la gestante y controlar factores de riesgo, como aquellos a los que están expuestas, por ejemplo, las gestantes adolescentes, que tienen necesidades propias de la etapa de crecimiento en la que están y también mayor riesgo de mortalidad materna e hijos con mayor riesgo de mortalidad neonatal, mayor frecuencia de bajo peso y mayor prematuridad; (iii) lactancia materna, cuyo inicio temprano previene el riesgo de muerte y secuelas invalidantes para las madres y los niños. En ese sentido, es muy importante la atención adecuada del parto, que promueve el inicio precoz de la lactancia materna su continuidad hasta los seis meses de vida del niño como alimento exclusivo — siempre que sea posible- en lugar del uso de fórmulas lácteas, pues se mitiga el riesgo de enfermedades infecciosas y desnutrición.

GRÁFICA 33. Medellín: prevalencia de desnutrición crónica (estatura baja para la edad) en menores de seis años y menores de dos años, 2012-2017



Nota: los datos de 2017 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.

En Medellín, la meta planteada de cara al cumplimiento local de la agenda ODS es disminuir la prevalencia de desnutrición crónica para los menores de cinco años desde 7,5% en 2015 hasta 6,4% para 2030, es decir una reducción

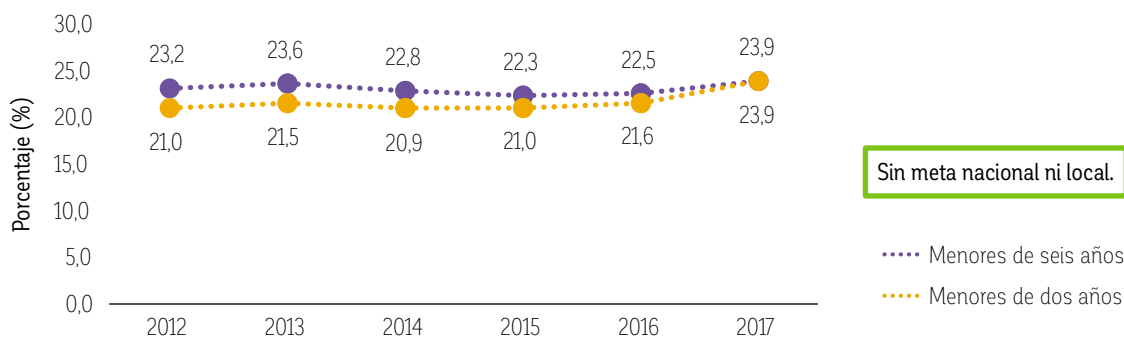
de 1,1 pp en 15 años, equivalente a reducir en 14,7% el indicador. Según las metas intermedias que se plantearon por Unicef a 2025 y cuyo cumplimiento, como ya se vio está incluido en el segundo ODS, la idea es reducir 40% el retraso

en el crecimiento (talla baja para la edad) en los niños menores de cinco años. Teniendo en cuenta esto, si se aplica esta meta al contexto de Medellín, ello significaría que a 2025 la tasa de desnutrición crónica para los menores de seis años debería alcanzar 4,4%, tomando el registro de 2015 como línea base, por lo que puede afirmarse que la meta propuesta para este indicador a 2030 es tímida.

Además, es de resaltar, que la meta propuesta para Medellín es inferior a la que se fijó en la agenda nacional que plantea reducir la prevalencia desde 10,8% en 2015 a 5% en 2030, esto es una reducción de 5,8 pp, equivalente a reducir en 53,7% el indicador. Llama la atención que la meta para Medellín no sea tan ambiciosa, considerando que la ciudad cuenta con el programa Buen Comienzo, en operación desde 2009, para promover el desarrollo integral de los niños y niñas en la primera infancia, lo que incluye el acompañamiento de

nutricionistas en las etapas de gestación, lactancia, entorno familiar y entorno institucional a lo largo del ciclo de vida de los niños y niñas. Además del hecho de que, en la mayoría de las modalidades de atención de Buen Comienzo, pese a las variaciones que estas han tenido en el tiempo, puede rastrearse la presencia de procesos de vigilancia alimentaria y nutricional de los niños y niñas, promoción de la lactancia materna y suministro de alimentación que, según sea el caso, va desde dos comidas hasta cuatro en la jornada en que son atendidos los menores. Teniendo en cuenta esta estructura institucional, cabría esperar que la ciudad aspirara a metas más contundentes de reducción de la prevalencia de desnutrición crónica, máxime cuando este tipo de desequilibrio no limita sus efectos a la actualidad, sino que las consecuencias negativas se extienden a lo largo del ciclo de vida de quien padece este trastorno.

GRÁFICO 34. 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), 2012-2017



Nota: los datos de 2017 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.

En Medellín también se cuenta con información referente a los niños y niñas que están en riesgo de sufrir desnutrición crónica (véase gráfico 34). En el caso de los menores de seis años, el indicador se ha mantenido relativamente estable, comenzando el período en 23,2%, equivalente a 21.787 casos y, sin variaciones importantes, cerrándolo en 23,9%, equivalente a 26.395 casos. En contraste, para el grupo de los menores de dos años se evidencia una

tendencia creciente en el indicador, pues comenzó en 2012 en 21% con 7.641 casos asociados y cerró en 2017 en 23,9% con 9.969 casos asociados. El hecho de que la proporción de menores de dos años en riesgo de sufrir este tipo de desnutrición sea alta demanda mayor atención porque eso quiere decir que los niños y niñas en riesgo tienen condiciones inadecuadas de nutrición en un período de su vida que es crítico, como el de los primeros 1.000 días, que

comprende toda la gestación, el nacimiento y va hasta los dos años de vida. La relevancia de este período se sustenta en que durante los primeros 1.000 días de vida es cuando se da el desarrollo básico del niño. Así, por ejemplo, el 40% de las habilidades mentales de un adulto se forman en los primeros tres años de vida y el cerebro experimenta un crecimiento único (Unicef).

Desnutrición aguda

La desnutrición aguda se presenta cuando hay deficiencias³⁶ en el peso frente al estándar definido para la estatura de los niños y niñas. Estas deficiencias en el peso suelen ser recientes y aceleradas y se derivan de un consumo insuficiente de alimentos o de enfermedades infecciosas (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016, pág. 1). 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 (Medellín Cómo Vamos, 2017, pág. 55). 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, por lo que demanda atención inmediata. Los niños y niñas con este tipo de desnutrición presentan atrofia severa de la masa muscular, entonces se ven con “los huesos forrados en la piel” y también pueden presentar hinchazón abdominal, pelo enrojecido o grisáceo, piel despigmentada y edemas (Unicef, 2011, pág. 9).

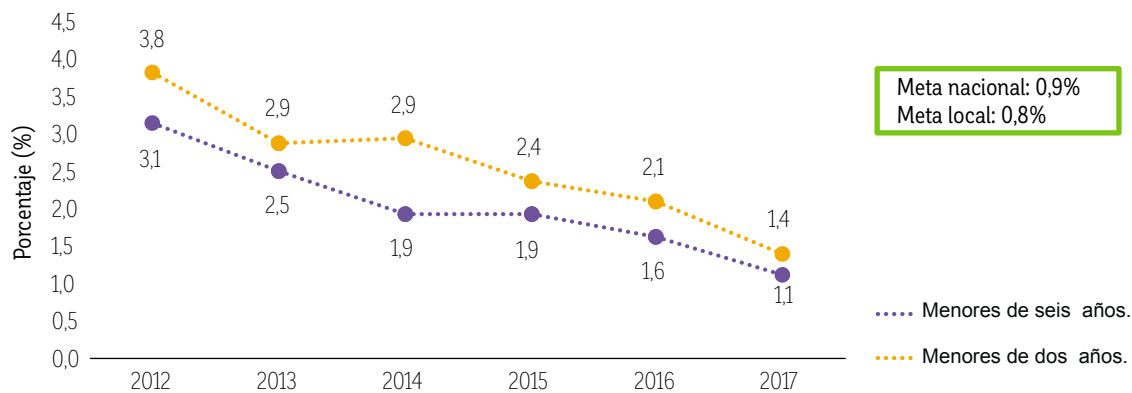
En Colombia, la ENSIN muestra que la prevalencia de la desnutrición aguda pasó de 1,4% de los menores de cinco años en 1995 a 2,3% en 2015, con una tendencia ascendente en el período y un crecimiento de 1,4 pp entre 2010 y 2015. A la luz de estos resultados, y considerando que, tanto en el caso de la desnutrición crónica como en el de la desnutrición global, la

ENSIN mostró tendencias de descenso, en la presentación de resultados de la ENSIN 2015 el Ministerio de Salud afirmó que los datos correspondientes a este indicador no son coherentes con el panorama del país en términos de reducción de la pobreza y mejoramiento de la calidad de vida, por lo que se iba a proceder a revisar el indicador teniendo en cuenta las variables descriptoras de la encuesta (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017). En aras de ampliar la información referente a los resultados de la ENSIN, Medellín Cómo Vamos solicitó recientemente al Ministerio de Salud el acceso al informe ejecutivo de análisis y los microdatos de la encuesta, pero la respuesta del Ministerio fue que el documento aún se encuentra en proceso de aprobación y los microdatos tampoco están disponibles porque su revisión y aprobación está en este momento a cargo del Comité Interinstitucional, del que el Ministerio de Salud hace parte (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018).

En cuanto a las ciudades colombianas de interés, en Bogotá, la prevalencia de desnutrición aguda presenta una tendencia descendente: comenzó en 2010 en 1,7%, con 3.768 casos asociados, y en 2017 llegó a 1,2% con 2.720 casos. En cuanto a Cali, solo se cuenta con el dato de la prevalencia de desnutrición aguda para el año 2017, cuando se ubicó en 7,8%.

En Medellín, la desnutrición aguda ha mostrado una tendencia de descenso en el período 2012-2017 para los rangos etarios analizados. En el caso de los menores de seis años, la prevalencia pasó de 3,1% en 2012, con 2.947 casos asociados, a 1,1% en 2017, con 1.231 casos. Así, la reducción de la tasa en seis años fue de 2 pp y en términos absolutos hubo 1.716 casos menos entre el inicio y el cierre del período. En cuanto a los menores de dos años, se pasó de 3,8% en 2012, con 1.389 casos asociados, a 1,4% en 2017, con 583 casos, de manera que la reducción de la tasa fue 2,4 pp y hubo 806 casos menos.

³⁶ Específicamente, se dice que hay desnutrición aguda cuando el puntaje del indicador peso para la talla está por debajo de -2 desviaciones estándar y por encima de -3 desviaciones estándar respecto al puntaje estandarizado para la población menor de 5 años en determinado territorio (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

GRÁFICO 35. Medellín: prevalencia de desnutrición aguda (peso bajo y muy bajo para la estatura), 2012-2017

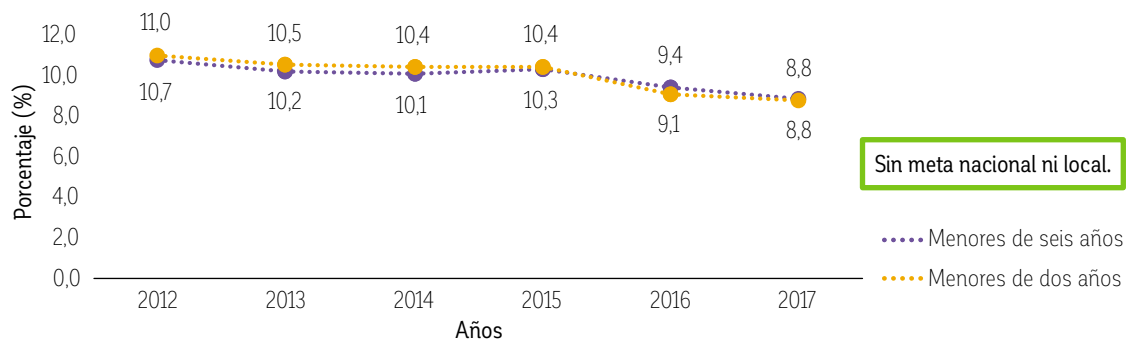
Nota: los datos de 2017 son preliminares, sujetos a revisión y ajustes.

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.

En la meta definida para la agenda ODS, Medellín plantea que a 2030 se reduzca la prevalencia de desnutrición aguda para los menores de seis años desde 1,9% a 0,8% en 2030, lo que implica una reducción de 1,1 pp en el indicador en quince años, que en términos porcentuales equivale a reducirlo en 58%. La meta es inferior en 0,1 pp a la definida en el Conpes 3918 para el nivel nacional.

En referencia a los niños en riesgo de sufrir desnutrición aguda, la proporción es básicamente la misma para el grupo de menores de seis años y para los menores de dos años. En el período analizado, se observa un comportamiento

inicialmente estable del indicador entre 2012 y 2015. De ahí en adelante, la proporción de niños y niñas en riesgo ha descendido. Como resultado, entre el inicio y el fin del período, la proporción de menores de seis años en riesgo de sufrir desnutrición aguda pasó de 11,0% en 2012, expresada en 8.723 casos, a 8,8%, expresada en 9.759 casos. El incremento en el número de casos en siete años fue de 1.036, así que la reducción en el indicador se produjo porque la población menor de seis años que ha asistido a los programas de crecimiento y desarrollo aumentó notablemente entre 2016 y 2017 (en 26.537 niños y niñas, esto es un incremento de 32%).

GRÁFICO 36. 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), 2012-2017

Nota: los datos de 2017 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

La OMS define el sobrepeso y la obesidad como “una acumulación anormal o excesiva de grasa que supone un riesgo para la salud” (Organización Mundial de la Salud, 2018). La diferencia entre una y otra radica en la magnitud 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 3 desviaciones estándar la mediana establecida en los patrones mencionados.

La importancia de estos trastornos se deriva del hecho de que sus consecuencias se extienden a lo largo del ciclo de vida de quien los padece. Entre los efectos específicos de la obesidad en la infancia se cuentan las afecciones osteomusculares, ortopédicas y del sistema digestivo; apnea del sueño; manifestación temprana de enfermedades cardiovasculares y diabetes tipo 2 (Organización Mundial de la Salud, 2016, pág. 7). Adicionalmente, en términos de salud mental, la obesidad puede generar dificultades para que el niño o niña afectada socialice adecuadamente debido a la estigmatización por la manera en que luce, dificultades de aprendizaje e incluso depresión. Estos efectos pueden extenderse a la edad adulta porque un niño obeso tiende a ser un adulto obeso, de manera que pueden presentarse diversas complicaciones como enfermedades cardiovasculares, diabetes, trastornos del aparato locomotor y algunos tipos de cáncer como el de endometrio, mama y colon.

¿Qué puede ocasionar, entonces, que un niño o niña presente sobrepeso u obesidad? De acuerdo con la OMS (2016), la aparición de la obesidad en la infancia obedece a la conjunción de tres factores: uno es el entorno malsano en el que generalmente conviven los niños, donde se combinan la abundancia de alimentos con alto contenido calórico y poco valor nutricional, junto con la realización de actividades cotidianas que se asocian a prácticas sedentarias y no a la realización de ejercicio físico. Otro

son las costumbres y valores culturales que normalizan, por ejemplo, hábitos alimentarios insanos y concepciones como las de que un bebé con sobrepeso es más saludable. Finalmente, hay factores biológicos que también pueden incidir: paradójicamente, un niño desnutrido o que presentó bajo peso al nacer tiene mayor riesgo de sufrir sobrepeso si sus carencias nutricionales son suplidas, posteriormente, mediante dietas hipercalóricas y con poco contenido nutricional. En contraste, un niño cuya madre presentó diabetes u obesidad preexistente en el embarazo también tiene mayor riesgo de sufrir obesidad (Organización Mundial de la Salud, 2016, págs. 3-6).

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 ENSIN que, a su vez, había superado al de la ENSIN 2005 en 0,3 pp. La tendencia ascendente del exceso de peso contrasta con la tendencia al descenso de la desnutrición crónica en la misma encuesta. Otro aspecto para resaltar es que la mayor prevalencia se presentó entre los niños, con 7,5%, frente a las niñas, con 5,1%, mientras que no hubo diferencias significativas en el país por región, índice de riqueza y etnia.

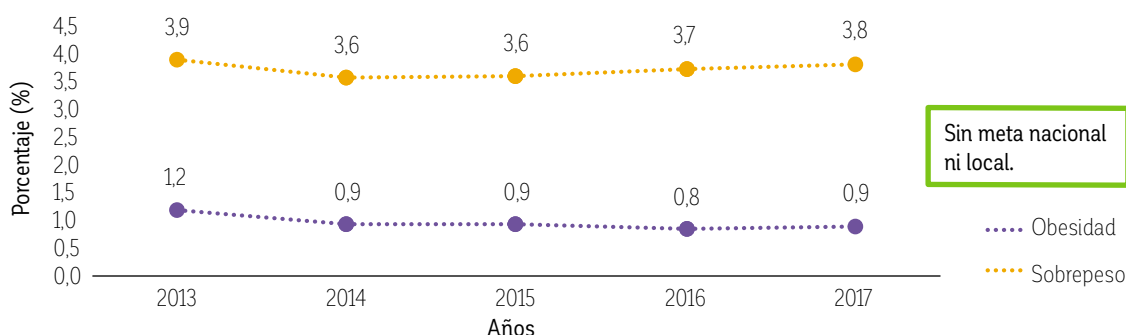
En Medellín se cuenta con los datos de prevalencia de sobrepeso y obesidad de la primera infancia, discriminados por dos grupos de edad: 0 a 2 años y 3 a 5 años, que se presentan en el gráfico 37 y 38. Para ambos grupos de edad, la prevalencia de sobrepeso es superior a la de obesidad, lo que sugiere que esos niños y niñas están en riesgo de llegar a ser obesos si no se interviene a tiempo su situación.

Específicamente, para el grupo de 0 a 2 años, la prevalencia de sobrepeso no ha presentado variaciones importantes en el período 2013-2017, de manera que entre el inicio y final del período solo aumentó 0,1 pp, llegando en 2017 a 3,8%, equivalente a 2.101 niños y niñas. En cuanto a la obesidad, el valor máximo observado se presentó en 2013, con 1,2%, desde donde descendió a 0,9% y, de ahí en adelante, se ha mantenido estable en ese valor. En términos absolutos, ello implicó que al cierre de 2017 hubiera 496 niños y niñas obesos en Medellín. En el grupo de 3 a 5 años, el sobrepeso presenta una incipiente tendencia descendente

desde 2014, cuando fue 7,1%, que le permitió llegar a 6,4% en 2017, equivalente a 2.374 niños y niñas. En cuanto a la prevalencia de obesidad, esta no ha presentado variaciones significativas en el período analizado oscilando entre 2,6% y 2,8%. En este último valor se ubicó en 2017 con 959 casos asociados para este rango de edad.

En el horizonte a 2030, ni Colombia ni Medellín priorizaron metas referentes al sobrepeso y la obesidad infantil. No obstante, recuérdese que, entre las metas internacionales sobre nutrición infantil, convenidas para lograrse a más tardar a 2025, se encuentra el lograr que no se incremente el sobrepeso en los niños.

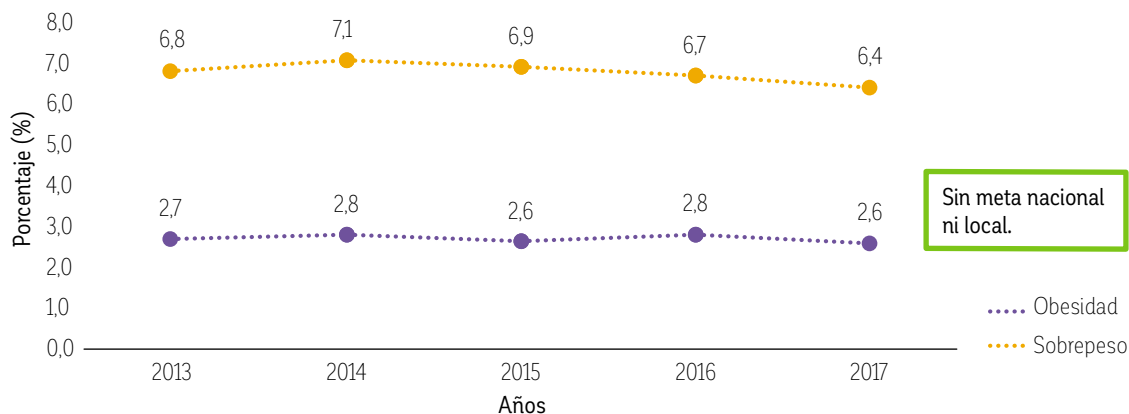
GRÁFICO 37. Medellín: prevalencia de sobrepeso y obesidad (por IMC) para los niños y niñas entre 0 y 2 años, 2013-2017



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 38. Medellín: prevalencia de sobrepeso y obesidad (por IMC) para los niños y niñas entre 3 y 5 años, 2013-2017



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 malnutrición consiste en la coexistencia de la desnutrición con el sobrepeso y la obesidad o con enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación, que se presentan en las mismas poblaciones, hogares e individuos durante todo el ciclo de vida (Organización Mundial de la Salud). ¿Cómo puede suceder esto? En contextos socioeconómicos precarios 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 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014).

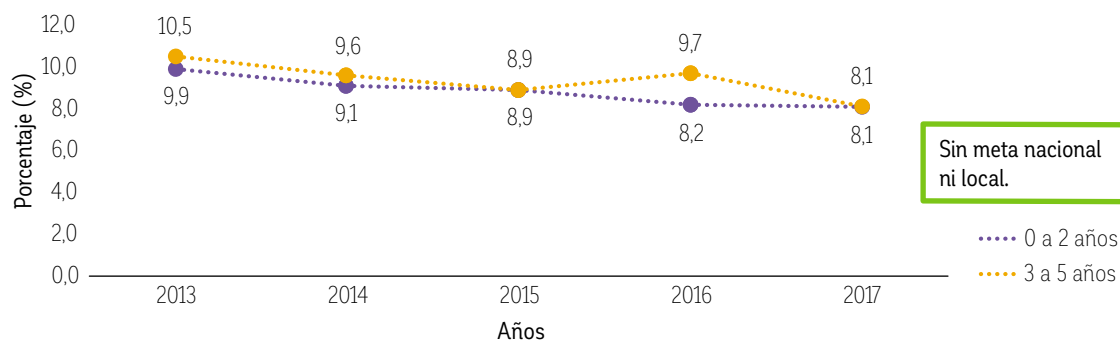
Cuando la condición está presente en un individuo puede ser que los dos trastornos ocurren simultáneamente, por ejemplo, obesidad junto con anemia nutricional, o pueden estar separados en el tiempo, por ejemplo, desnutrición crónica en la infancia y sobrepeso en la edad adulta. Cuando se presenta a nivel del hogar, puede ser en casos donde, por ejemplo, hay una madre con anemia nutricional y un niño con obesidad. Finalmente, cuando se presenta en una misma población, puede ser porque hay prevalencias de desnutrición y obesidad en la

misma comunidad (Organización Mundial de la Salud, 2016, pág. 3).

Los factores que determinan la aparición de la doble carga de malnutrición son tres: (1) la transición nutricional, asociada a la globalización y la urbanización, que 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).

Ya se han mencionado en este apartado del documento algunos de los efectos en la salud para los niños y niñas que sufren trastornos como la desnutrición, el sobrepeso y la obesidad. Adicionalmente a esos, la doble carga de malnutrición genera costos al sistema de salud, reduce la productividad y genera, con ello, una ralentización del crecimiento económico, lo que contribuye a perpetuar círculos de pobreza (Organización Mundial de la Salud, 2016, pág. 6).

GRÁFICO 39. 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, 2012-2017



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.

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 39. En general, no hay diferencias amplias en el período observado entre las prevalencias de ambos grupos etarios y puede decirse que hay una tendencia al descenso en ambos casos. Para las niñas y niños de 0 a 2 años, en 2013 la prevalencia era de

9,9%, asociada a 5.445 casos, y ya para 2017 llegó a 8,1%, asociada a 4.438 casos. En el caso del grupo de 3 a 5 años, el período inició con una prevalencia de 10,5% en 2012, con 3.775 casos, y para 2017 llegó también a 8,1%, con 3.009 casos asociados. 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.

Mortalidad por desnutrición

La desnutrición es la responsable de cerca del 45% de las muertes de menores de cinco años en todo el mundo, de manera que genera una pérdida de vidas de tres millones cada año, aproximadamente, debido a que la desnutrición hace a los niños propicios a infecciones comunes y, además, aumenta su severidad y duración, dificultando la recuperación de quien las padece (Unicef, 2018).

En Colombia, durante el período 2005-2014 se produjo un promedio anual de 392 muertes por desnutrición entre la niñez. El indicador ha presentado una tendencia al descenso en el nivel nacional al pasar de una tasa de 9,75 muertes por cada 100.000 menores de cinco años en 2007 a una de 8,24 para 2016 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018).

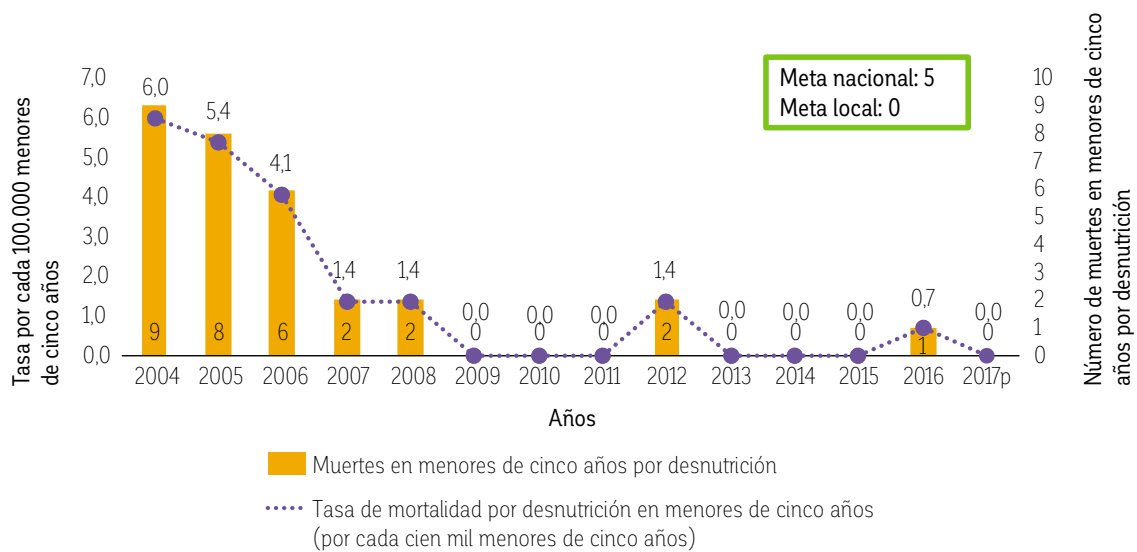
En el caso de Medellín, la tendencia también ha sido el descenso, cayendo desde 6,0 en 2004 con 9 casos asociados, hasta una tasa de 0 para 2009, donde el indicador se ha mantenido, con excepción de los años 2012 y 2016, cuando se presentaron dos muertes y luego una, respectivamente. Respecto a 2016, Medellín Cómo Vamos solicitó a la Subdirección de Información que explicara en qué condiciones había ocurrido el fallecimiento reportado. Al respecto, la dependencia aclaró que la muerte correspondió a un niño de 3 meses de edad, hijo

de madre adolescente (16 años), residente en el barrio El Raizal de Manrique, atendido con pertinencia en el Hospital San Vicente Fundación. Aclara la Subdirección que el caso fue analizado y descartado como causa básica de mortalidad por desnutrición concluyendo que, si bien el niño presentaba desnutrición, esta fue consecuencia de sus otros estados patológicos como la depleción del volumen, infección de vías urinarias, diarrea y gastroenteritis de presunto origen infección, insuficiencia respiratoria aguda y septicemia, con diagnóstico final de fallecimiento — septicemia no especificada. Teniendo en cuenta lo anterior desde la Secretaría de Salud se procedió con la solicitud de enmienda del indicador al DANE, la cual llegó a esta institución posterior a las fechas de cierre de bases de datos (Subdirección de Información y Planeación estratégica del Departamento Administrativo de Planeación de Medellín, 2018).

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 de cinco años para 2015 a 5,0 para 2030. Por su parte, Medellín que, con las excepciones mencionadas ha mantenido la tasa en cero apunta, precisamente, a mantenerla así.



GRÁFICO 40. Medellín: tasa de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años por cada cien mil menores de cinco años, 2004-2017



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.

EDUCACIÓN INICIAL

El artículo 5 de la Ley 1084 de 2016- Política de Estado para el Desarrollo Integral de la Primera Infancia- establece que la educación inicial es un derecho de los niños y niñas menores de seis años. Esta “se concibe como un proceso educativo y pedagógico intencional, permanente y estructurado, a través del cual los niños y las niñas desarrollan su potencial, capacidades y habilidades en el juego, el arte, la literatura y la exploración del medio, contando con la familia como actor central de dicho proceso”³⁷. Asimismo, el Ministerio de Educación Nacional plantea que la educación inicial 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.³⁸

De acuerdo con el Ministerio de Educación Nacional, la educación inicial: “no busca como fin último su preparación para la escuela primaria, sino que les ofrece experiencias retadoras que impulsan su desarrollo; allí juegan, exploran su medio, se expresan a través del arte y disfrutan de la literatura”³⁹.

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.

Asimismo, de acuerdo con el MEN (2018), en el país “la educación se define como un proceso de formación permanente, personal, cultural y social que se fundamenta en una concepción integral de la persona humana, de su dignidad, de sus derechos y de sus deberes”.

En ese orden de ideas, tanto la educación inicial como la educación preescolar representan las bases sobre las cuales se cimenta todo el sistema educativo colombiano y, por ende, su importancia como potenciadores del desarrollo integral de los niños y niñas.

Las modalidades de atención inicial que ha definido el país son dos, a saber: Familiar e Institucional o Centros de Desarrollo Infantil. Ambas modalidades tienen el objetivo de garantizar el

³⁷ Congreso de la República (2016). Ley 1804. P. 3 y 4. Citado en MCV (2017, p. 94).

³⁸ MEN (2018, a).

³⁹ MEN (2018, b).

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 preescolar⁴⁰.

En Medellín, para los grados prejardín y jardín; esto es, para la educación inicial de los niños de tres y cuatro años, se cuenta con información de la cobertura tanto bruta como neta: tanto para los niños y niñas matriculados en estos grados sin importar la edad que tengan, como para los niños y niñas en edades de 3 y 4 años, efectivamente matriculados en estos grados.

Como se puede observar en el gráfico 41, entre 2008 y 2012 se presentó un comportamiento ascendente de la cobertura neta en educación inicial, pasando de 46,8% a 83,3% entre ambos años, coincidiendo con el significativo aumento de la cobertura del programa Buen Comienzo. A partir de allí, tuvo un comportamiento descendente hasta el año 2014 cuando se ubicó en 65,4%, esto es casi 18 puntos porcentuales por debajo frente al año 2012⁴¹. Entre 2015 y 2017 el comportamiento de la cobertura mejoró y en ese último año se ubicó en 78,3%; esto significa que, de 100 niños y niñas con edades entre los 3 y 4 años, 78 estaban matriculados en los grados prejardín y jardín.

Para el caso de la cobertura neta en educación inicial, para los grados prejardín y jardín, ni el gobierno nacional ni la Alcaldía de Medellín han fijado metas ODS asociadas. No obstante, debe recordarse, que tanto el país como Medellín sí fijaron metas para la atención integral a la población vulnerable, en el primer caso, para una atención que por lo menos garantice seis atenciones priorizadas al 95% de los niños y niñas⁴², y para el segundo caso, la atención integral de al menos el 90% de la población menor de seis años registrada en el Sisbén. Adicionalmente, 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 42% de la población en primera infancia en el país⁴³.

Para la cobertura bruta en los grados prejardín y jardín se presenta un comportamiento muy similar al de la cobertura neta. En general, la cobertura bruta en estos grados ha estado por encima de la cobertura neta, aunque las diferencias no son muy significativas, como es de esperarse tratándose de niños tan pequeños, donde la extra-edad no debería ser un problema apreciable.

⁴⁰ MEN (2018, c).

⁴¹ “Lo acontecido en cuanto a la reducción sustancial de las coberturas en 2014 parece obedecer más a un problema técnico de medición que a un hecho real. Esto en cuanto al momento de entregar la información para ese año, la Subdirección de Información del Departamento Administrativo de Planeación de Medellín, afirmó que los cálculos eran preliminares con base en matrícula acumulada de abril a noviembre, que aún no era definitiva; no obstante, las cifras nunca se modificaron y permanecieron sin alteración hasta la fecha” (MCV, 2017, p. 95).

⁴² 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, 2018).

⁴³ Con base en las proyecciones de la población a 2017.

GRÁFICO 41. Medellín: cobertura neta en educación inicial, 2008-2017

Fuente: Subdirección de Información. DAPM

La cobertura bruta también presentó su nivel máximo en 2013 alcanzando un 87,6%, y coincidiendo con el año donde mayor fue la brecha con la cobertura neta; la diferencia entre ambas coberturas fue de ocho puntos porcentuales, lo que significa que de 100 niños y niñas matriculados en los grados prejardín y jardín, ocho no tenían la edad adecuada, de acuerdo con los lineamientos del MEN.

En 2014 la cobertura bruta descendió, como también lo hizo la neta, ubicándose en 71,3% y a partir de allí, se ha mantenido entre un 78% y un 80%. Específicamente en 2017, alcanzó un 80,4%, lo que significó dos puntos porcentuales por encima de la cobertura neta; en otros términos, a ese año de cada cien niños en la ciudad entre tres y cuatro años había 78 niños y niñas matriculados en los grados prejardín y jardín con esas edades, y dos de cada cien que estaban matriculados en estos grados, pero no tenían la edad adecuada (véase gráfico 42).

Como en el caso de la cobertura neta en los grados prejardín y jardín, para la cobertura bruta tampoco se establecieron metas nacionales ni locales en la agenda ODS al 2030.

El balance de la evolución de las coberturas neta y bruta en la educación inicial para los grados prejardín y jardín para el periodo 2008-2017 es positivo, en tanto presentaron crecimientos del 67,3% y 80,4%, respectivamente. Esos aumentos de las coberturas obedecieron casi en su totalidad al incremento de la matrícula, 61,7% para la población matriculada y un

66,2% para la población matriculada en edad escolar, y una pequeña fracción a la reducción de la población en edad escolar, con 0,6% menos en el periodo en cuestión.

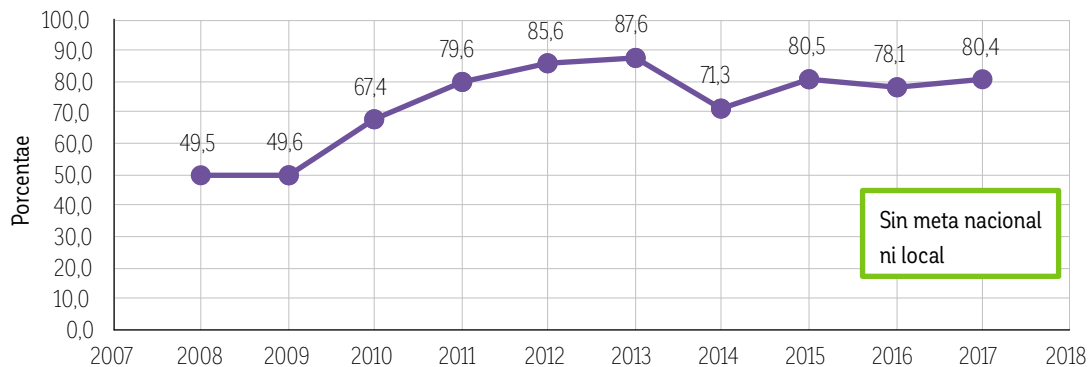
El aumento en las coberturas entre 2008 y 2013, tanto la bruta como la neta, obedeció casi en su totalidad a un incremento de la matrícula y, en menor medida, a una reducción muy leve de la población en las edades de tres y cuatro años en Medellín, que en dicho periodo fue de 0,8%.

Ahora bien, aunque Medellín cuenta con la 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. Lo que sí es evidente es que Medellín cuenta con una ventaja en términos del registro sistemático de una información muy valiosa en cuanto al derecho a la educación inicial, en este caso en particular para los niños de tres y cuatro años en los grados prejardín y jardín.

Del reporte de la Presidencia de la República (2018) sobre el balance de la política estatal de atención integral a la primera infancia se tiene que para 2017 se reportó en el país un total de 236.318 niños y niñas en los grados de prejardín y jardín, para una cobertura de 13,7%⁴⁴. Contrasta con que tan solo en Medellín se reporte la matrícula de 47.284 niños y niñas en dichos grados a 2017, representando el 20% del total de niños matriculados en el país para ese año.

44 Cálculos propios para la cobertura, con base en proyecciones de población del DANE.

GRÁFICO 42. Medellín: cobertura bruta educación inicial, 2008-2017



Fuente: Subdirección de Información. DAPM

Transición

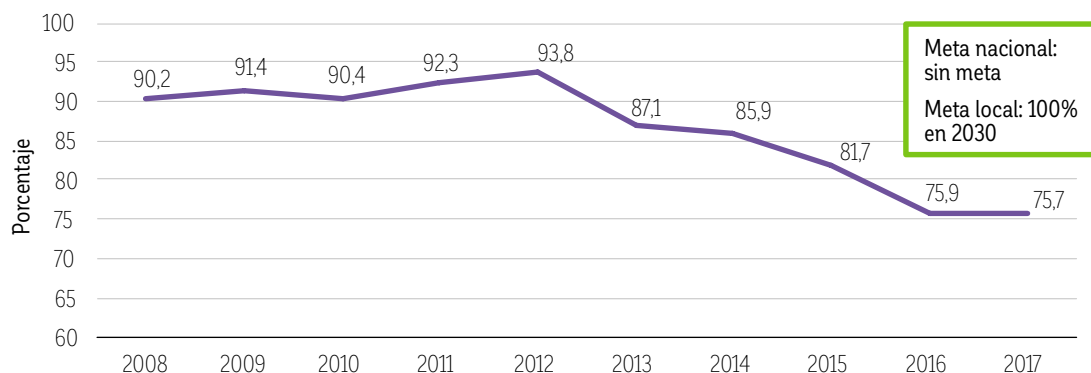
El sistema educativo colombiano establece que luego de la educación inicial prosigue en el sistema una educación preescolar que como mínimo debe tener un grado obligatorio, que en este caso es la transición, como paso previo a la educación básica primaria. El grado de transición, por tanto, está pensado para niños y niñas de cinco años, cobija a la población en primera infancia.

Como se puede observar en el gráfico 43, la tasa de cobertura neta en transición en Medellín, esto es, el porcentaje de niños y niñas de cinco años de edad que están cursando dicho nivel sobre el total de niños y niñas en la ciudad que tienen esa edad, presentó dos tendencias en el periodo 2008-2017; de un lado, entre 2008 y 2012 mostró un leve incremento, pasando de 90,2% en 2008 a 93,8% en 2012,

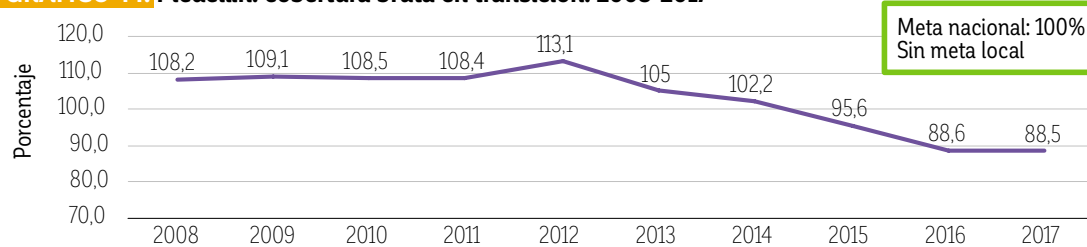
siendo el máximo nivel alcanzado en el todo el periodo. A partir de 2013 y hasta 2017 se evidencia una tendencia permanente de descenso, alcanzado el mínimo nivel en 2017 con un 75,7%, estable en relación con el año inmediatamente anterior cuando fue de 75,9%.

Esto significa que a 2017, de cada cien niños con cinco años, 75 estaban matriculados en el grado de transición. Idealmente, todos los niños en esa edad deberían estar dentro del sistema escolar formal, y por tanto el resultado obtenido en la ciudad muestra una brecha relevante que es necesario subsanar. La administración municipal así lo ha entendido y se ha comprometido con una meta ODS al año 2030 del 100% de tasa de cobertura neta en transición (véase gráfico 43). En contraste, la agenda nacional no definió meta asociada a la cobertura neta en transición.

GRÁFICO 43. Medellín: cobertura neta en transición, 2008-2017



Fuente: Subdirección de Información. DAPM

GRÁFICO 44. Medellín: cobertura bruta en transición. 2008-2017

Fuente: Subdirección de Información. DAPM

Como en el caso de la educación inicial, la tasa de cobertura bruta en transición mostró un comportamiento muy semejante al de la cobertura neta para el periodo 2008 y 2017. Así, alcanzó el máximo porcentaje en el año 2012 con 113,1% y a partir de allí ha descendido año a año hasta alcanzar el mínimo nivel en el 2017 con 88,5%, muy similar a la cobertura alcanzada en 2016 cuando fue de 88,6% (véase gráfico 44).

Es necesario destacar que en el periodo 2008-2014 la cobertura bruta estuvo por encima del 100%, lo que es el resultado de dos asuntos esencialmente; de un lado, la extra-edad que significa que hay niños matriculados que no tienen la edad adecuada para el grado de transición y, de otro lado, el fenómeno de conurbación que implica que niños y niñas de otros municipios puedan acceder al sistema educativo en Medellín y engrosen la matrícula.

A diferencia de las tasas de cobertura en los grados prejardín y jardín, donde la explicación al aumento en el periodo completo de análisis obedeció principalmente a un aumento de la matrícula, las tasa de cobertura en transición mostraron un descenso en el periodo en cuestión, en el caso de la cobertura neta del 16,1% y en el caso de la cobertura bruta fue levemente mayor con un 18,2%, dado principalmente por un descenso de la matrícula, tanto la total, como la que registra la edad adecuada para el grado, con 19,2% menos y 15% menos, respectivamente, mientras en menor medida el descenso ocurrió por un incremento del 1,3% de la población de cinco años.

Justamente, en torno a la evolución de las proyecciones poblacionales del DANE con base en

el último censo 2005, especialmente para la población de menor edad, esto es, la de la base de la pirámide poblacional existen voces en el país que han llamado la atención sobre los posibles errores en dichas proyecciones y sus consecuencias en términos de la construcción de importantes indicadores socioeconómicos, como en este caso son las coberturas en educación inicial y transición. Si la población en realidad fuera mucho menor a la proyectada por el DANE, las coberturas educativas en estos niveles serían mucho más altas y mostrarían, muy probablemente, tendencias opuestas a las mostradas anteriormente.

Como se referenciaba en el Informe *¿Cómo va la primera infancia en Medellín?*⁴⁵, el estudioso de la demografía, Álvaro Pachón, ha afirmado: “en este momento no sabemos ni tenemos una idea clara de cuántos habitantes hay en Colombia...debido a las deficiencias de las proyecciones y estimaciones de población realizadas por el Dane”. Principalmente por los supuestos de proyección utilizados por la entidad que resultan en trayectorias de nacimientos y defunciones muy diferentes a las mostradas por las propias estadísticas vitales del Dane. El análisis realizado por Pachón muestra que la población total estaría sobreestimada en 4,73%, y también habría discrepancias en la distribución por edad y sexo. Así, los grupos de edad de 0-4 años y de 5-9 años resultan con menor participación en el total de la población, y también menor en términos absolutos”.

Por tanto, será necesario esperar los resultados del actual censo que están en proceso y que se esperan para finales de octubre⁴⁶ para poder contrastar las tasas de cobertura obtenidas

⁴⁵ MCV (2017, p.97).

⁴⁶ Semana (2018).

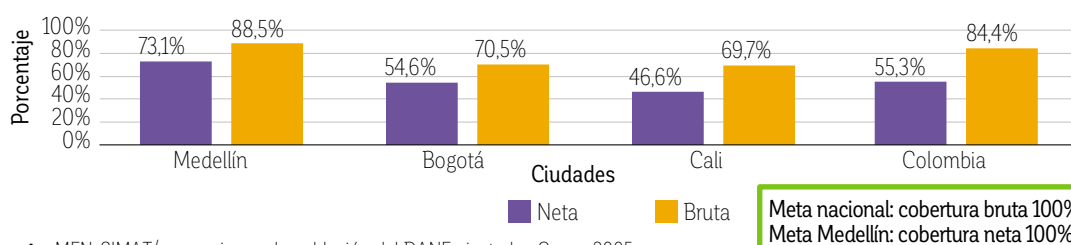
hasta ahora con las proyecciones poblacionales del DANE, con las resultantes con el nuevo censo poblacional.

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 si fijó meta y el país no, con la segunda ocurrió lo contrario, esto es, el país plantea como meta alcanzar un 100% de cobertura en el grado de transición de aquí al 2030, mientras Medellín no fijó ninguna meta asociada.

Comparación con Bogotá, Cali y Colombia en tasas de cobertura en transición

En el periodo 2014-2016, con base en las secretarías de educación de los municipios de Medellín, Cali y Bogotá, se obtenía un resultado en términos de las coberturas brutas en transición más favorable para Medellín. Así, a 2016 Medellín superaba en diez puntos porcentuales la cobertura de Bogotá, mientras que frente a Cali la superaba en 22 puntos porcentuales (MCV, 2017, p. 98).

GRÁFICO 45. Coberturas neta y bruta en transición: Medellín, Bogotá, Cali y Colombia, 2017



Fuente: MEN, SIMAT/proyecciones de población del DANE ajustadas Censo 2005.

Con base en información reportada por el Ministerio de Educación Nacional para el año 2017, la ventaja se mantiene para Medellín en relación con Bogotá y Cali. Así, para la cobertura bruta en transición, Medellín obtuvo un 88,5% de cobertura y aventajó a Bogotá en 18 puntos porcentuales, mientras que aventajó a Cali en casi veinte puntos porcentuales. Por su parte, frente al promedio de la cobertura bruta en transición del país, Medellín tuvo una ventaja más reducida de cuatro puntos porcentuales (véase gráfico 45).

En el caso de la cobertura neta en transición, Medellín también sobresale en relación con el país y las ciudades de Bogotá y Cali, e incluso las ventajas son mayores frente a las obtenidas para la cobertura bruta. Así, Medellín presentó una cobertura neta en transición de 73,1%⁴⁷, con una diferencia a favor de algo más de 18 puntos porcentuales frente a la de Bogotá, de casi 18 puntos porcentuales frente a la del país

en su conjunto, y de 26,5 puntos porcentuales frente a Cali (véase gráfico 45).

Una de las posibles razones para esta ventaja relativa de Medellín, en relación con estas otras importantes ciudades del país, es la inversión que la ciudad ha realizado en la atención integral de la primera infancia vulnerable a través del Programa Buen Comienzo, esto en tanto, como se veía anteriormente, ese Programa ha influenciado una educación inicial con una alta cobertura que favorece un tránsito exitoso hacia el nivel formal del preescolar (MCV, 2017, p. 98).

Como se decía anteriormente, en el caso de la tasa de cobertura bruta en transición el país fijó una meta de 100% de cobertura, y aunque Medellín no fijó meta para esta tasa, pero si para la cobertura neta, también con una cobertura universal del 100%, es esta ciudad la que tiene el mayor chance de lograr el objetivo dada una ventaja relativa que se ha evidenciado en los últimos años y se ratificó en el año 2017.

⁴⁷ En relación con el reporte de la SEM hay una diferencia de 2,6 puntos porcentuales por encima a lo reportado por el Ministerio. Para el caso de la tasa de cobertura bruta el dato es exactamente el mismo con ambas fuentes. Una posible explicación para la diferencia en los datos de cobertura neta, son algunos ajustes en el cálculo que realiza la SEM, por ejemplo, incluyendo en los matriculados a los niños y niñas que están por debajo de la edad acorde para el grado (adelantados), de acuerdo con los parámetros del MEN.

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 (MCV, 2017, p. 99).

De acuerdo con la Registraduría Nacional del Estado Civil⁴⁸, la inscripción de una persona en el registro civil de nacimiento permite reconocer su existencia legal e individualizarla con la designación de un nombre y un número único de identificación personal, permitiendo con ello que le sean reconocidos sus derechos y deberes como colombiano, y le permite acceder a los bienes y servicios del Estado.

En consecuencia, 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 si se cuenta para la población que enfrenta situaciones de vulnerabilidad y, están registrados en el Sisbén.

Para el periodo 2013-2017 se encuentra que el porcentaje de niños registrados en el Sisbén que cuentan con registro civil de nacimiento es el único indicador incluido en este informe donde no se encuentran diferencias apreciables por territorios. Así, como se puede observar en la Tabla 12, entre 2013 y 2016 todas las comunas

y corregimientos presentaron porcentajes por encima del 99%, esto es, solo una pequeña minoría de niños y niñas menores de seis años no contaban con registro civil de nacimiento. Para el total de la ciudad en 2013 fueron 579 niños y niñas menores de seis años quienes no contaban con el registro civil. A 2014, llegaron a 419, mientras en 2015 y 2016 los porcentajes ascendieron al 99,8% y al 99,7%, representando 241 y 264 niños y niñas menores de seis años en condiciones de vulnerabilidad que no contaban con el registro civil, respectivamente.

En 2017, por su parte, hubo cuatro comunas que presentaron porcentajes por debajo del 99%, estas fueron La Candelaria con 97,6%, El Poblado con 98,6%, La América con 98,3% y Laureles/Estadio con 98,5%. Eso significó que en esas comunas hubo en total 62 niños y niñas en primera infancia en condiciones de vulnerabilidad sin registro civil (véase Tabla 12). Para la ciudad en su conjunto, en 2017 hubo 461 niños y niñas en situación de vulnerabilidad que no contaban con el registro civil de nacimiento.

La evolución del indicador entre 2013 y 2017 muestra que se mantiene muy estable el porcentaje de niños y niñas que enfrentan vulnerabilidad que cuentan con registro civil de nacimiento, fluctuando entre un valor mínimo de 99,5% y un máximo de 99,8%, con lo cual se puede concluir que las posibles barreras de acceso a los servicios derivadas de no contar con el registro son enfrentadas por un número muy pequeño de niños y niñas menores de seis años en la ciudad.

48 Registraduría Nacional del Estado Civil (2018).



TABLA 12. Medellín: porcentaje de niños y niñas menores de seis años vulnerables con registro civil de nacimiento. 2013-2017

	2013	2014	2015	2016	2017
Popular	99,4%	99,6%	99,8%	99,8%	99,7%
Santa Cruz	99,5%	99,7%	99,8%	99,8%	99,7%
Manrique	99,5%	99,7%	99,8%	99,9%	99,7%
Aranjuez	99,5%	99,6%	99,7%	99,7%	99,5%
Castilla	99,6%	99,5%	99,7%	99,6%	99,4%
Doce de Octubre	99,7%	99,8%	99,8%	99,7%	99,6%
Robledo	99,4%	99,5%	99,7%	99,7%	99,6%
Villa Hermosa	99,5%	99,5%	99,7%	99,7%	99,6%
Buenos Aires	99,5%	99,7%	99,8%	99,8%	99,3%
La Candelaria	98,9%	99,2%	99,5%	98,9%	97,6%
Laureles - Estadio	98,6%	99,6%	99,6%	99,6%	98,5%
La América	99,6%	99,6%	99,6%	99,7%	98,3%
San Javier	99,6%	99,6%	99,8%	99,7%	99,5%
El Poblado	99,2%	99,1%	99,5%	99,5%	98,6%
Guayabal	99,2%	99,3%	99,6%	99,5%	99,4%
Belén	99,4%	99,6%	99,8%	99,7%	99,4%
Palmitas	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
San Cristóbal	99,7%	99,7%	99,8%	99,8%	99,5%
Altavista	99,6%	99,7%	99,7%	99,8%	100,0%
San Antonio	99,6%	99,8%	99,9%	99,9%	99,6%
Santa Elena	100,0%	100,0%	100,0%	99,8%	100,0%
Medellín	99,5%	99,6%	99,8%	99,7%	99,5%

Fuente: Subdirección de Información, DAPM, con base en SISBEN certificada 2013-2017

AMBIENTES SEGUROS Y PROTECTORES Y CRIANZA QUE FAVORECE EL DESARROLLO

Los estudios sobre el funcionamiento y desarrollo del cerebro en los primeros años de vida muestran que el abandono, abuso físico o sexual, y violencia familiar cambian la estructura del cerebro y producen secuelas en la edad adulta como la depresión, ansiedad, estrés postraumático, agresión, impulsividad, delincuencia, hiperactividad o abuso de sustancias (Mustard, 2007, p.47).

La política pública nacional de atención integral a la primera infancia de Cero a Siempre establece dentro de las realizaciones, que los niños y niñas crezcan en entornos que promuevan y garanticen sus derechos y actúen ante la exposición a situaciones de riesgo o vulneración como los mencionados por Mustard, esto es, abandono, abuso físico o sexual, y, en general violencia familiar ligada a pautas erradas de cuidado y crianza.

Adicionalmente, la política nacional también establece como realización el que los niños y niñas cuenten con padre y madre o cuidador que lo acoge y con su crianza favorece su desarrollo integral.

Pautas de cuidado y crianza

“El uso de métodos violentos de disciplina infantil está ampliamente extendido en la región [Latinoamérica]. Este es un tema que afecta de modo transversal a las sociedades: no observándose

diferencias significativas ni entre zonas rurales y urbanas ni entre hogares con precariedad grave y sin precariedad habitacional.” (Unicef, pág. 18).

En Colombia, el acceso al cuidado y atención de la primera infancia debe respetar las pautas y prácticas de crianza de acuerdo con la diversidad cultural de la población en el país, pero ninguna de ellas debe vulnerar los derechos de los niños y niñas ni generar ningún tipo de riesgo a los menores. La familia es el principal entorno para el desarrollo de los niños y niñas en primera infancia, que debe estar orientado por los parámetros del amor, la ternura y el reconocimiento de la dignidad y los derechos de todos sus miembros (DNP, 2007, pp.25 y 26).

Es escasa la información en torno a las pautas de crianza y cuidado de la primera infancia en el país, además no existen indicadores que tengan un seguimiento sistemático, con el cual se pueda evidenciar que 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 Siempre⁴⁹ 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 de los derechos de los niños y niñas en primera infancia.

Los indicadores incluidos son de gestión. En ese orden de ideas, se tiene la inclusión del indicador de familias con acceso a procesos de formación y acompañamiento en el marco de la modalidad de educación inicial con 886.904 familias para 2016; agentes educativos y familias formadas en CuidArte para un total de 150.710 familias y 10.991 agentes educativos entre 2010 y 2017.

En resumidas cuentas, estos indicadores dan cuenta de la gestión realizada para impactar los procesos de crianza y cuidado, pero no evalúan directamente las pautas.

En 2017, el programa Medellín Cómo Vamos incluyó dentro de su Encuesta anual de Percepción Ciudadana una pregunta relacionada con pautas de crianza en hogares con niños y niñas menores de trece años, esto es, para hogares con niños en la primera infancia e infancia, en el marco de la alianza con Fundación Éxito, Fundación Sofía Pérez de Soto y la Fundación Proantioquia, para hacer seguimiento al desarrollo integral de los niños y niñas menores de seis años en la ciudad. En 2018 se volvió a incluir dentro de la Encuesta de Percepción Ciudadana la misma pregunta, dando continuidad y un seguimiento más consistente a las pautas de crianza en la ciudad.

Para una muestra de 1514 hogares⁵⁰, en un total de 646 hogares se reportaron niños y

niñas menores de 13 años, es decir en un 42,7% del total de la muestra.

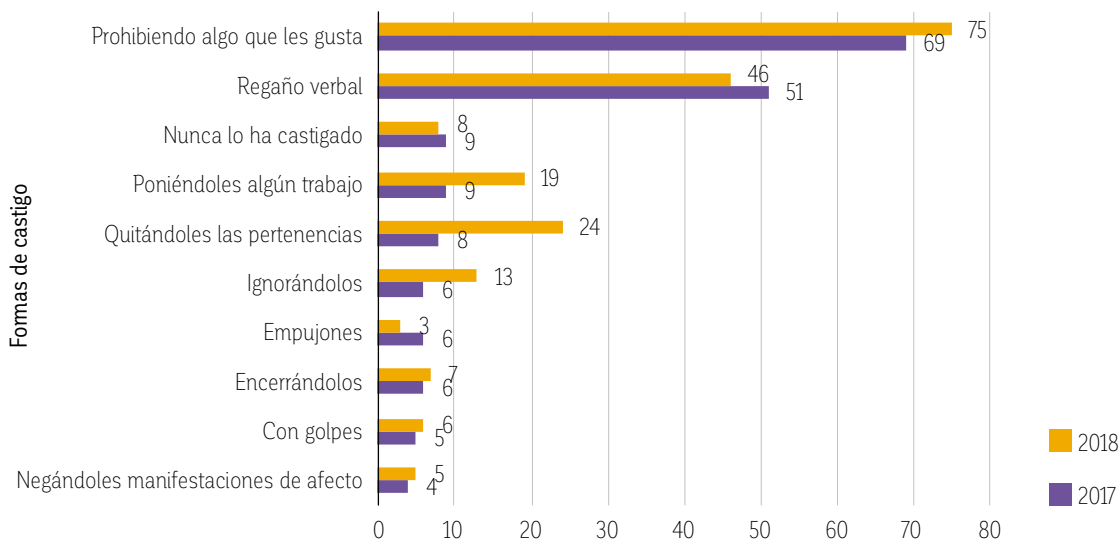
La pregunta formulada a los hogares fue: Al interior del hogar se utilizan algunas formas específicas para castigar al niño (a) cuando hace algo que se considera indebido, ¿cuáles de las siguientes formas ha utilizado usted o algún otro miembro del hogar para castigar el niño/a de _____año/meses? Las opciones de respuesta fueron catorce en total, con la posibilidad de dar respuestas que no estaban enunciadas en las opciones de respuesta. Estas son: empujones; regaño verbal; prohibiendo algo que les gusta; restringiéndoles la alimentación; con golpes; encerrándolos; ignorándolos; poniéndoles algún trabajo; dejándolos fuera de la casa; echándoles agua; quitándoles las pertenencias; quitándoles el apoyo económico; negándoles manifestaciones de afecto y nunca lo ha castigado.

Las formas de castigo más usadas por los hogares que cuentan con niños menores de 13 años fueron el prohibir algo que les gusta con siete de cada diez hogares, similar a lo encontrado en 2017, y el regaño verbal en casi cinco de cada diez hogares. En uno de cada cuatro hogares se manifestó que el quitar las pertenencias es una forma de castigo usado, con un aumento significativo frente a lo alcanzando en 2017 cuando fue inferior al 10%. Poner a los niños algún trabajo se reportó como forma de castigo en dos de cada diez hogares, con un aumento significativo en relación con el año 2017, cuando tampoco alcanzó el 10%.

El 13% reportó castigar a los menores ignorándolos, con un aumento de siete puntos porcentuales frente al año 2017. Para las nueve formas de castigos restantes, los porcentajes de hogares que las reportaron estuvieron por debajo del 10% (véase gráfico 46).

⁴⁹ Presidencia de la República (2018).

⁵⁰ En el anexo 1 de este informe está la Ficha técnica completa de la Encuesta de Percepción Ciudadana, Medellín 2018.

GRÁFICO 46. Medellín: formas de castigo a los menores de 13 años, 2017 y 2018.

Fuente: Encuestas de Percepción Ciudadana 2017 y 2018, Medellín Cómo Vamos. Unidades en porcentaje

De forma positiva, formas de castigo que involucran violencia física como los empujones y golpes fueron reportados en menos del 10% de los hogares, e incluso el reporte de empujones pasó del 6% en 2017 al 3% en 2018, aunque se mantuvo estable quienes dijeron que castigan con golpes, pasando del 5% al 6%.

También se mantuvo estable el porcentaje de hogares que manifestaron que nunca han castigado a los niños, pasando de un 9% a un 8%. Esta forma de crianza se asocia a un estilo permisivo, donde se consultan al niño las decisiones, no se exigen responsabilidades ni orden, se permite al niño auto organizarse, y no existen normas que estructuren su vida cotidiana; se utiliza el razonamiento, pero se rechaza el poder y el control sobre el niño (Ramírez, 2005).

Al observar las formas de castigo usados por los hogares según su clasificación por niveles socioeconómicos -NSE- no se encuentra una correlación clara, sea directa o indirecta. Así, por ejemplo, el regaño verbal es más usado por los hogares en el NSE alto, llegando a un 52%, mientras en el medio y bajo es muy similar, llegando a un 45% y 46%, respectivamente. En el caso de quitar las pertenencias también es el NSE alto el que más reporta dicho castigo con un 35%, le siguió el NSE bajo con el 29%, y en menor medida el medio con el 15%. El NSE bajo fue del de mayor reporte de castigos como

ignorar a los niños (15%) o negarles manifestaciones de afecto (7%) (véase Tabla 13).

TABLA 13. Medellín: formas de castigo a los menores de 13 años por niveles socioeconómicos -NSE, 2018

	NSE bajo	NSE medio	NSE alto
Prohibiendo algo que les gusta	80%	69%	75%
Regaño verbal	46%	45%	52%
Poniéndoles algún trabajo	22%	14%	17%
Nunca lo ha castigado	5%	12%	6%
Quitándoles las pertenencias	29%	15%	35%
Encerrándolos	7%	9%	5%
Empujones	3%	2%	0%
Ignorándolos	15%	10%	11%
Con golpes	8%	2%	11%
Negándoles manifestaciones de afecto	7%	3%	4%

Fuente: Encuesta de Percepción Ciudadana 2018. Medellín Cómo Vamos. El nivel socioeconómico -NSE- bajo corresponde a los estratos 1 y 2, el NSE medio corresponde a los estratos 3 y 4 y el NSE alto corresponde a los estratos 5 y 6.



Actividades del tiempo libre en la primera infancia

Complementando la información reportada sobre pautas de crianza, en este año se incluyó en la Encuesta una pregunta relacionada con el uso del tiempo libre por parte de los niños y niñas en su primera infancia. Esta pregunta se retoma de la Encuesta Nacional de Usos del Tiempo Libre -ENUT- del DANE, en su primera versión 2016/2017.

La pregunta puntualmente indaga por: En la última semana, ¿usted recuerda haber realizado con el niño menor de seis años alguna de las siguientes actividades? Con once opciones de respuesta, a saber: leer libros; conversar; escuchar canciones infantiles; jugar dentro de la casa; jugar fuera de la casa; ver televisión; actividades pedagógicas como pintar, encajar, repasar los números, las letras o colores; jugar con algún elemento tecnológico como computadores, tabletas, celulares, video juegos, etc.; practicar algún deporte; asistir a alguna actividad cultural y da la opción de incluir otra opción que se realice y no esté en el listado.

TABLA 13 A. Medellín: actividades realizadas en la última semana con los niños menores de seis años.

Leer libros	52
Conversar	92
Escuchar canciones infantiles	79
Jugar dentro de la casa	91
Jugar fuera de la casa	54
Ver televisión	86
Actividades pedagógicas como pintar, encajar, repasar los números, las letras o colores	76
Jugar con algún elemento tecnológico como computadores, tablets, celulares, video juegos, etc.	56
Practicar algún deporte	49
Asistir a alguna actividad cultural	13

Fuente: Medellín Cómo Vamos, Encuesta de Percepción Ciudadana, 2018. Datos en porcentajes

Como se observa en la tabla 13 A, las actividades de mayor reporte realizadas con los niños menores a seis años en los hogares son las de conversar, jugar con ellos en casa y ver televisión, con nueve de cada diez hogares reportándolo así. Le siguieron escuchar canciones infantiles y actividades pedagógicas como pintar, y repasar números, letras y colores, en ocho de cada diez hogares. En cinco de cada diez hogares, se realizan actividades como leer libros, jugar fuera de casa, practicar algún deporte y

también el juego con elementos tecnológicos como los computadores, tabletas y celulares. En el último lugar, en uno de cada diez hogares reportaron la asistencia con los niños a alguna actividad cultural en la última semana.

Adicionalmente, para cada una de las actividades se consultó por la frecuencia en la cual se realizó, así las opciones de respuesta fueron: una sola vez a la semana, entre dos y tres veces por semana, entre cuatro y seis por semana y todos los días de la semana.

TABLA 13 B. Medellín: frecuencia de las actividades realizadas en la última semana con los niños menores de seis años

	Una sola vez a la semana	Entre 2 y 3 veces a la semana	Entre 4 y 6 veces de la semana	Todos los días de la semana
Leer libros	18	48	25	9
Conversar	0	6	15	78
Escuchar canciones infantiles	5	25	16	54
Jugar dentro de la casa	15	17	5	63
Jugar fuera de la casa	20	32	30	18
Ver televisión	9	10	6	75
Actividades pedagógicas como pintar, encajar, repasar los números, las letras o colores	17	15	48	21
Jugar con algún elemento tecnológico como computadores, tablets, celulares, video juegos, etc.	14	28	24	34
Practicar algún deporte	24	33	23	21
Asistir a alguna actividad cultural	23	38	39	0

Fuente: Medellín Cómo Vamos, Encuesta de Percepción Ciudadana, 2018. Datos en porcentajes

Las actividades que se realizaron con mayor frecuencia, esto es, todos los días de la semana fueron conversar con los niños, ver la televisión y jugar dentro de la casa, con porcentajes de respuesta que van desde el 63% hasta 78%. En el otro extremo, las actividades que con menor frecuencia se hicieron, esto es, durante un solo día de la semana, fueron practicar algún deporte, la asistencia a actividades culturales, jugar fuera de la casa, con

porcentajes que van desde un 24% hasta un 20% (Véase Tabla 13B).

Se destaca la lectura de libros como una actividad realizada entre dos y tres veces a la semana por uno de cada dos hogares con menores de seis años, mientras que actividades como pintar, encajar y repasar números, letras o colores fueron realizadas entre 4 y 6 veces a la semana, también por uno de cada dos hogares con menores de seis años.

Amenaza y vulneración de derechos

De acuerdo con la Ley de Infancia y Adolescencia, “con el fin de restablecer los derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes, la Autoridad Administrativa competente puede adoptar cualquier medida que considere idónea para eliminar la amenaza o hacer cesar la vulneración a las garantías constitucionales de los menores de edad...Algunas de las medidas de restablecimiento de derechos son: la amonestación con asistencia obligatoria a curso pedagógico, el retiro inmediato del niño, niña o adolescente de la actividad que amenace o vulnere sus derechos o de las actividades ilícitas en que se pueda encontrar y ubicación en un programa de atención especializada para el restablecimiento del derecho vulnerado, la ubicación inmediata en medio familiar, la ubicación en centros de emergencia para los casos en que no procede la ubicación en los hogares de paso, la adopción, etc. (MCV, 2017, p. 104).

De acuerdo con el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), entidad encargada de restablecer los derechos vulnerados de los niños y niñas en el país, en Medellín para el periodo 2014-2017 ha habido un incremento año a año de los casos reportados de restablecimiento de derechos para la primera infancia, principalmente a partir de 2016. Así, mientras en 2014 fueron 260 casos reportados, y en 2015 fueron 261 casos, para 2016 aumentaron a 419 y en 2017 ascendieron a 550 casos. Dado que la población menor a seis años ha permanecido relativamente estable, lo anterior significó un aumento de la tasa de restablecimiento de derechos para la primera infancia por cada cien mil menores. Así, en 2014 la tasa fue de 148 menores con restablecimiento de derechos por cada cien mil, cifra igual a la de 2015, mientras en 2016 ascendió a 238 casos por cada cien mil, y a 2017 presentó la mayor tasa con 313 casos (véase Tabla 14).

TABLA 14. Medellín, Bogotá y Cali: casos de niños y niñas menores de seis años en Proceso Administrativo de Restablecimiento de Derechos, 2014-2017

Ciudad	2014		2015		2016		2017	
	Número de casos	Tasa por cien mil menores de seis años	Número de casos	Tasa por cien mil menores de seis años	Número de casos	Tasa por cien mil menores de seis años	Número de casos	Tasa por cien mil menores de seis años
Medellín	260	148,0	261	148,4	419	238,2	550	313,2
Bogotá	1067	147,9	1422	196,6	2046	281,8	2232	306,5
Cali	566	266,9	563	265,8	788	372,2	737	347,0

Fuente: Instituto Colombiano de Bienestar Familiar con base en el Sistema de Información Misional, 2017 y 2018. La información de 2014 corresponde a la entrega de información en 2017, la información de 2015-2017 corresponde a la información entregada en 2018, la cual presenta datos revisados frente a lo entregado en 2017.

Frente a las ciudades de comparación, Bogotá y Cali, se presenta la misma tendencia en el comportamiento del indicador, esto es, un crecimiento año a año de los casos y tasa de restablecimiento de derechos para la primera infancia, que denota que la vulneración de derechos de los niños sigue presente en nuestra sociedad y en vez de mejorar está empeorando, por lo menos en lo que concierne a los casos conocidos por las autoridades.

Entre las tres ciudades, la de menor tasa de restablecimiento de derechos es Medellín, a excepción de 2017 cuando fue Bogotá la que obtuvo la menor tasa con 306 casos por cada cien mil menores de seis años. Por su parte, Cali presentó las tasas más altas durante todo el periodo 2014-2017 alcanzando el máximo en 2016 con 372 casos por cada cien mil menores de seis años en proceso administrativo de restablecimiento de derechos (véase Tabla 14).

Violencia ejercida contra la primera infancia

“La violencia, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se define como *“el uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho, o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo de comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daño psicológico, trastornos en el desarrollo o privaciones.* El acto violento se entiende como el abuso de poder que ejerce un individuo sobre otro que es percibido como vulnerable. La mayor parte de las víctimas de esta violencia son **los/las menores de edad**, la población adolescente, las mujeres, personas con capacidad reducida y la población adulta mayor.”⁵¹

Con los sistemas de información disponible 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 2011-2015 muestra una tendencia de descenso positiva. Mientras en 2011 fueron 789 casos reportados de maltrato, esto es, más de dos casos al día, a 2015 se ubicaron en el nivel mínimo con 531 casos reportados, para 1,45 casos diarios reportados a las autoridades. En contraste, entre 2016 y 2017 se ha observado una tendencia de aumento de los casos, llegando en 2017 a 599, para 1,64 casos por día;

no obstante, el dato de 2017 se ubica por debajo del valor promedio del periodo de 624 casos reportados (véase Tabla 15).

En cuanto a la violencia sexual, en el periodo 2011-2017 se encuentra un promedio anual de 251 casos denunciados. Durante el periodo se mantuvieron cifras por debajo de ese promedio, a excepción de los años 2015 y 2017, donde se presentaron el mayor número de casos con 288 y 345 casos (véase Tabla 15). Lo anterior se traduce en un crecimiento de los casos denunciados por violencia sexual ejercida contra los menores de seis años de un 49 % en el periodo 2011-2017, siendo aún más pronunciado el aumento entre 2016 y 2017 cuando fue de 56,8%.

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 2011-2017 este referente no se pudo cumplir. Así, 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 2017 los que presentaron un número de casos por encima del promedio con cinco homicidios en 2016 y cuatro homicidios en 2017. Lo anterior indica que antes que mejorar en cuanto a una reducción sostenida de la violencia homicida en contra de los niños y niñas en su primera infancia, se evidencia una peor situación en los dos últimos años (véase Tabla 15).

TABLA 15. Medellín: número de casos de algunos delitos que atentan contra la seguridad e integridad de los menores de seis años

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Maltrato	789	686	622	551	531	587	599
Delitos sexuales	231	206	232	238	288	220	345
Homicidios	3	2	3	3	1	5	4

Fuente: para homicidios INML, SUJIN, CTI, SISC - Secretaría de Seguridad de Medellín como observador técnico, fecha de corte, del 5 al 12 de enero según posibilidad de realización de la mesa de revisión y validación de cifras de homicidios; el dato del año 2013 fue revisado y pasó de dos casos a tres casos. Para delitos sexuales la fuente CAIVAS de enero de 2018. Para maltrato la fuente es Theta a 1 de enero de 2018.

⁵¹ Acosta (2016). Las negrillas no están en el texto original.



Al sumar a los homicidios, otras causas de muerte como accidentes de tránsito, traumatismos accidentales, eventos de intención no determinada, entre otros, se configura la mortalidad por causas externas. En el periodo 2013-2017, los homicidios tuvieron una participación anual promedio del 33% del total de las muertes por causas externas, siendo el año de mayor participación el 2016 cuando se presentaron cinco casos de homicidios en un total de diez casos de muertes externas (véanse Tablas 15 y 16).

En promedio se dieron diez casos anuales de muertes por causas externas en menores de seis años en la ciudad, siendo el año de menores casos el 2015 con siete casos, mientras el de mayores casos fue 2017 con trece. Dada una población en primera infancia relativamente estable, el año 2017 también fue el de mayor tasa por cada cien mil menores de seis años con 7,4 casos (véase Tabla 16).

La información desagregada por edades, muestra que la mayor proporción de muertes por causas externas se da entre los cero y dos años, así, en 2013 en ese rango de edad los casos representaron un 90%, en 2014 el 63%, en 2015 el 86%, en 2016 los rangos de edad de cero a dos y de tres a cinco años participaron con un 50% ambos, mientras en 2017 se presentó la mayor participación para los niños de cero a dos años con un 92% del total de casos. Lo anterior es indicativo de que son los más pequeños los que están más expuestos a los riesgos de muerte derivados de causas externas.

De acuerdo con información reportada por el DANE⁵², una de las principales causas de muerte externa son otros accidentes, incluyendo secuelas, que también son forma de violencia, en tanto son muy seguramente asociadas a negligencia por omisión de acciones de cuidado sea voluntaria o involuntariamente.

⁵² DANE (2017).

Por territorios, para el periodo 2013-2017 se muestran diferencias relevantes. Cinco comunas presentaron muertes por causas externas entre tres y cuatro años, al igual que un corregimiento, lo que los ubica en cada caso por encima del promedio de la ciudad, dado el número relativamente bajo de muertes presentadas anualmente, a excepción de Doce de Octubre, comuna que pese a en 2017 presentó un caso, mantuvo la tasa por cada cien mil menores por debajo del promedio de la ciudad (véase Tabla 16).

Popular y Villa Hermosa presentaron los mayores números de casos durante el periodo 2013-2017 con siete y seis casos, respectivamente. Le siguieron Robledo con cinco casos, Manrique, Robledo y el corregimiento de San Cristóbal con tres muertes cada uno. Por su parte, de forma positiva, las comunas de La América, Laureles y los corregimientos de Palmitas y Altavista no presentaron ningún caso en el periodo en mención (véase Tabla 16).

TABLA 16. Medellín: mortalidad por causa externa en menores de 6 años, según comuna de ocurrencia del hecho. Medellín 2013-2017

Comuna / Corregimiento	2013		2014		2015		2016		2017	
	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa
Popular	2	13,9	0	0,0	2	13,9	0	0,0	3	21,1
Santa Cruz	0	0,0	0	0,0	1	9,3	0	0,0	0	0,0
Manrique	1	14,3	1	7,2	1	7,2	0	0,0	0	0,0
Aranjuez	0	0,0	1	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Castilla	1	10,2	0	0,0	1	10,4	0	0,0	0	0,0
Doce de Octubre	1	6,3	0	0,0	0	0,0	1	6,5	1	6,6
Robledo	0	0,0	2	15,0	1	7,5	0	0,0	2	15,2
Villa Hermosa	1	8,2	1	8,2	1	8,2	3	24,7	0	0,0
Buenos Aires	0	0,0	1	11,6	0	0,0	0	11,7	0	0,0
La Candelaria	0	0,0	1	25,0	0	0,0	1	26,0	0	0,0
Laureles	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
La América	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
San Javier	1	8,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	8,4
El Poblado	1	20,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Guayabal	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	19,5	1	19,8
Belén	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	19,6
Palmitas	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
San Cristóbal	0	0,0	1	14,7	0	0,0	1	13,0	1	12,1
Altavista	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
San Antonio	1	11,7	0	0,0	0	0,0	1	20,4	0	0,0
Santa Elena	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	54,2
Sin Información	1	-	0	-	0	-	2	-	1	
Medellín	10	5,7	8	4,6	7	4,0	10	5,7	13,0	7,4

Fuente: Subdirección de Información con base en DANE, Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Procesado por la Unidad de Gestión de la Información y el Conocimiento, Secretaría de Salud de Medellín.

Victimización por conflicto armado

El conflicto armado en Colombia ha tenido como víctimas a personas de todas las edades y condiciones. La primera infancia no ha sido la excepción. En el seguimiento que realiza la Unidad de Atención y Reparación a las Víctimas -UARIV- es posible identificar a las víctimas del conflicto armado por grupos etarios en los

departamentos y municipios del país, así como la tipología de los delitos de los cuales fueron víctimas.

En específico, se incluyen los siguientes delitos: actos terroristas, atentados, combates u hostigamientos, amenazas, delitos contra la libertad y la integridad sexual, desaparición forzada, desplazamiento, homicidio, secuestro y tortura.

TABLA 17. Medellín, Bogotá y Cali: número de casos y tasa de victimización en la primera infancia por conflicto armado, 2014-2017

	Medellín				Bogotá				Cali			
	2014	2015	2016	2017	2014	2015	2016	2017	2014	2015	2016	2017
Acto terrorista /Atentados/ Combates/ Hostigamientos	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Amenaza	96	60	51	47	13	9	13	19	26	18	38	71
Delitos contra la libertad y la integridad sexual	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Desaparición forzada	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Desplazamiento	653	381	246	306	53	50	31	23	220	144	123	165
Homicidio	0	1	0	0	1	0	0	0	2	0	0	0
Pérdidas de bienes muebles o inmuebles	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Secuestro	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tortura	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Total casos	750	442	297	353	68	60	44	42	248	162	161	236
Tasa de victimización por cien mil niños menores de seis años	426,9	251,4	168,8	201,0	9,4	8,3	6,1	5,8	116,9	76,4	75,9	111,3

Fuente: UARIV con corte a 9 de septiembre de 2018. Los datos varían con las fechas de corte, en tanto los hechos pueden ser declarados en cualquier momento del tiempo y revisados. Los hechos corresponden al lugar de ocurrencia. Cálculos propios para tasa de victimización con base en proyecciones poblacionales del DANE y número de casos de la UARIV.

Como se puede observar en la Tabla 17, entre 2014 y 2016 se presentó un descenso en el número de niños y niñas víctimas del conflicto armado en Medellín. Así, mientras en 2014 fueron 750 víctimas, a 2015 se habían reducido en más de 300, para un total de 442 niños y niñas víctimas del conflicto, y a 2016 fueron 297. En 2017 se presentó un retroceso en cuanto la victimización se incrementó frente al año 2016, con 56 víctimas más. En todo el periodo en cuestión los niños y niñas en la ciudad han sido víctimas principalmente de amenaza y desplazamiento y, en menor medida, de homicidios con solo un caso reportado en 2015 y desaparición forzada con otro caso más en 2014.

Así, los principales delitos de los cuales fue víctima la primera infancia en Medellín, fruto del conflicto armado, disminuyeron progresivamente en el periodo, con la excepción del delito del desplazamiento, que en 2017 presentó un incremento de 60 casos reportados más frente al año 2016.

En comparación con las ciudades de Bogotá y Cali, Medellín fue la que presentó el mayor número de niños y niñas en primera infancia víctimas del conflicto armado en todo el periodo 2013-2017. Asimismo, esto se vio reflejado en la tasa de victimización por cada cien mil menores, esto es, si se toma en cuenta no solo el número absoluto de casos, sino también la población en primera infancia en cada ciudad; así, Medellín presentó las mayores tasas de victimización a la primera infancia por el conflicto armado, estando muy por encima de Bogotá, que no presentó tasas por encima de 10 casos por cada cien mil menores de seis años, mientras Cali presentó una tasa mínima de 76 casos en 2015 y 2016 y una tasa máxima de 117 casos al inicio del periodo; por su parte, Medellín tuvo la tasa máxima en 2014 con más de 400 casos por cada cien mil menores y su tasa mínima fue de 169 víctimas por cada cien mil menores de seis años en 2016, muy por encima de las tasas de las otras dos ciudades (véase Tabla 17).

Tanto en Medellín como en Cali, la victimización aumentó entre 2016 y 2017, más no en Bogotá. Mientras en Medellín la explicación para el aumento se dio por el delito del desplazamiento, en Cali aumentó tanto por el mayor desplazamiento como por mayores niños y niñas víctimas de amenaza (Véase Tabla 17).

Violencia contra las mujeres

La familia es el eje fundamental en el desarrollo integral de la primera infancia y por tanto el bienestar de cada uno de sus miembros es importante en ese desarrollo. Históricamente, la mujer ha asumido un rol central en la crianza de los niños y niñas, pero al mismo tiempo, son ellas las que al interior del hogar son las principales víctimas de la violencia. Específicamente, la violencia de pareja tiene a las mujeres como principales víctimas en el país. Ellas representaron el 86% de los casos de violencia de pareja entre 2016 y 2017 (Ayala y Zárate, 2018, p. 545).

Esta violencia se da en un contexto de tradiciones y construcciones sociales arraigadas a la cultura patriarcal, y que en el caso de Colombia se profundiza en el marco del conflicto armado que vive el país (Ayala y Zárate, 2018, p. 545).

Aunque en sí misma la violencia ejercida contra las mujeres al interior de los hogares vulnera sus derechos, es incluida en este informe sobre la primera infancia en tanto esa vulneración de derechos termina afectando a los niños y niñas en su desarrollo, vía cambios en las pautas de crianza por situaciones como el estrés y la depresión (MCV, 2017, p.109, Citando a Cervo, 2009).

Para dar cuenta de la violencia ejercida en contra de las mujeres en sus hogares existen registros administrativos de denuncia, como los casos de violencia intrafamiliar; no obstante, entendiendo que muchas mujeres no denuncian las agresiones a las que son sometidas, ya sea porque se sienten intimidadas para hacerlo, o porque no sienten que las autoridades puedan ayudarlas con prontitud, entre otras múltiples razones, los datos de denuncia terminan subvalorando el problema de la violencia contra las mujeres.

Tomando en cuenta lo anterior, desde 2017, y en el marco de alianza de seguimiento a la primera infancia, se incluyó en la Encuesta de Percepción Ciudadana del programa Medellín Cómo Vamos una pregunta relacionada con la violencia ejercida contra las mujeres en los

hogares encuestados. La pregunta específica fue: “Al interior de algunos hogares las mujeres pueden sufrir de violencia intrafamiliar, queremos que nos cuente si usted o alguna mujer en su hogar ha estado expuesta a alguno de los siguientes eventos”. Los ítems de respuesta fueron catorce, y se abrió la posibilidad de que las mujeres encuestadas pudieran añadir eventos que no se encontraban enunciados en la Encuesta.

De un total de 1514 encuestados, 814 fueron mujeres, es decir el 54%. De ese total de mujeres encuestadas, un 34% respondió afirmativamente en cuanto haber sufrido algún tipo de violencia en el hogar. En promedio, una mujer agredida dijo haber sido víctima de cuatro tipos de agresiones, similar a lo encontrado en 2017.

TABLA 18. Medellín: violencia intrafamiliar contra la mujer, 2017 y 2018

	2017	2018
Gritos	26%	27%
Uso de palabras groseras	22%	25%
Empujones	17%	14%
Golpes con la mano	13%	15%
Amenaza quitar apoyo económico	13%	10%
Amenaza abandono	10%	12%
Patadas	8%	7%
Golpes con algún objeto	7%	7%
Amenaza daño con arma	7%	6%
Amenaza atentar vida	6%	8%
Arrastrar por el piso	5%	5%
Amenaza quitarle hijos	5%	6%
Ataque con algún tipo de arma	4%	4%
Intento de estrangulamiento	4%	3%
Abuso sexual	3%	2%

Fuente: Encuestas de Percepción Ciudadana Medellín, 2017 y 2018. Medellín Cómo Vamos

Retomando a Acosta (2015, p.294), las manifestaciones de violencia contra la mujer pueden ser variadas. Así, está “la violencia física, representada en cualquier acto que provoque o pueda provocar daño en el cuerpo de las mujeres; la psicológica, produciendo desvalorizaciones y humillaciones a través de amenazas, insultos, coacciones, control, ridiculización y menosprecio. Violencia económica, donde se da un control de los recursos económicos y las decisiones sobre éstos; violencia hacia los derechos sexuales y reproductivos, donde las mujeres se ven forzadas a tener relaciones sexuales no consentidas, [. entre otros]”.

Los resultados encontrados para 2018 coinciden casi en su totalidad con lo evidenciado en 2017. Como se puede observar en la Tabla 18, casi tres de cada diez mujeres agredidas dijeron que habían sido gritadas, y una de cada cuatro mujeres dijeron haber sido insultadas (uso de palabras groseras). 14% reportó haber sido víctima de empujones y un 15% recibió golpes con la mano. Por su parte, una de cada diez mujeres reportó haber sido amenazada con quitarle el apoyo económico o abandonarla.

En resumen, el 34% de las mujeres fueron víctimas de violencia intrafamiliar en el último año, con diferentes manifestaciones de ésta, así: se reportó violencia física, psicológica, económica y en menor medida, violencia sexual, similar a lo ocurrido en el año 2017.

TABLA 19. Medellín: violencia intrafamiliar contra la mujer por niveles socioeconómicos, 2018

	NSE bajo	NSE medio	NSE alto
Gritos	32%	23%	18%
Uso de palabras groseras	29%	21%	28%
Empujones	16%	11%	16%
Golpes con la mano	17%	13%	13%
Amenaza quitar apoyo económico	13%	7%	11%
Amenaza abandono	17%	7%	11%

Fuente: Encuesta de Percepción Ciudadana Medellín, 2018. Medellín Cómo Vamos



Retomando de nuevo a Acosta (2015, p. 294), la violencia contra las mujeres no es exclusiva de ciertas clases sociales [o estratos] ya que es transversal a distintos contextos sociales, culturales y étnias. Esto se corrobora para Medellín con los resultados de la Encuesta en 2017 y se ratifican en 2018. Como se puede observar en la Tabla 19, los seis tipos de agresiones más mencionadas por las mujeres, que sufren al interior del hogar, se presentan indistintamente en los tres niveles socio económicos en los que se divide la muestra y no se observa una clara correlación entre el NSE y el tipo de agresión, aunque en el caso de los gritos se presentó una mayor proporción de mujeres que lo reportaron conforme el NSE fue menor, no obstante, este resultado no se presentó en 2017.

Con la información reportada por denuncia ciudadana, se tiene que en lo que corresponde con la violencia de pareja, en 2016 en Medellín la concentración de casos mostró que un 38% de estos se presentaron en estratos bajos (1 y 2), mientras el 30% en estratos medios (3

y 4), y 4% en los estratos altos (5 y 6), no obstante, cerca del 28% de las agresiones no tuvieron suficiente información para clasificarla por estratos. De hecho, el reporte de violencia fatal muestra que un 30% de los casos no tuvieron reporte de estrato. En comparación con Cali y Bogotá, Medellín fue la ciudad con mayor insuficiencia en la información de casos por estrato; mientras en Medellín fue del 30%, en Bogotá fue de 15% y en Cali de 8,3% (Ayala y Zarate, 2018, p. 555).

Así las cosas, por reporte, la violencia contra las mujeres en sus hogares no distingue estratos, y se presenta en todos ellos indistintamente del tipo de agresión. Sin embargo, en el caso de la denuncia, son los estratos bajos y medios los que más acceden a las autoridades para dar a conocer sus casos, mientras los altos lo hacen en una menor proporción. No obstante, en el caso de la denuncia existe un problema de información significativa faltante que no permite un análisis más certero de las condiciones sociales y económicas de las mujeres que sufren la violencia dentro de sus hogares.

CONDICIONES MATERIALES DE HABITABILIDAD

“Las políticas de vivienda y hábitat urbano deben poner un especial foco en las necesidades de la infancia y en asegurar su bienestar, lo que, sin duda, contribuirá no solo a mejorar su calidad de vida y a generar mayores niveles de equidad, sino que también es central para la sociedad en su conjunto y para las oportunidades para el desarrollo de las ciudades sustentables” UNICEF, 2016.

La política pública nacional de atención integral a la primera infancia de Cero a Siempre establece dentro de las realizaciones de los niños y niñas menores de seis años el de crecer en entornos que favorezcan su desarrollo. Esos entornos son definidos como: “espacios físicos, sociales y culturales diversos en los que los niños y las niñas se desenvuelven, con los cuales interactúan, en los que se materializan las acciones de política pública. Estos son determinantes para su desarrollo integral. Como entornos están el hogar, el entorno de salud, el educativo, el espacio público y otros propios de cada contexto cultural y étnico” (Ley 1804 de 2016, citado en MCV, 2017, p.111).

Unicef es una de las organizaciones que más interés ha desarrollado alrededor de la relación entre las condiciones de los entornos y el

desarrollo infantil. Recientemente esta entidad desarrolló un estudio donde se evaluaron las condiciones habitacionales de la infancia urbana en varios países de Latinoamérica, incluyendo a Colombia, y su impacto sobre un conjunto de indicadores vinculados a derechos relativos a diversas dimensiones del bienestar no sólo de la primera infancia, sino también de la infancia y adolescencia, como sobrevivencia, desarrollo y protección (Unicef, 2016, p. 14)

Los resultados más relevantes del estudio muestran que, por ejemplo, en Colombia la proporción de niños y niñas con desnutrición en los hogares urbanos con precariedad habitacional grave (19 %) es algo más del doble que entre quienes integran hogares urbanos sin precariedad (9,2 %) ⁵³. Para el conjunto de los países estudiados la incidencia de la maternidad

temprana es dos veces y media mayor entre las adolescentes que residen en hogares urbanos con alta precariedad que entre quienes habitan hogares sin precariedad habitacional⁵⁴.

La conclusión más importante del estudio es que “las precariedades habitacionales se relacionan con otras esferas o dimensiones vitales para el desarrollo pleno de niños, niñas y adolescentes. Esto se verifica en temas tan variados como la desnutrición infantil, la falta de cuidados prenatales adecuados, la maternidad temprana y la no asistencia escolar en la adolescencia, donde la privación es mayor entre los NNA de hogares con precariedad habitacional grave” (Unesco, 2016, p.21). Lamentablemente, el estudio también encontró que la probabilidad de habitar en condiciones precarias aumenta a medida que disminuye la edad, con lo cual la primera infancia enfrenta mayores restricciones a su desarrollo, dada la mayor probabilidad de habitar en condiciones precarias.

En este informe se incluyen tres indicadores sobre las condiciones de habitabilidad de los menores de seis años en situación de vulnerabilidad en la ciudad: 1) la conexión a servicios públicos domiciliarios de la vivienda, a saber, acceso a energía, acueducto, alcantarillado y recolección de basuras; paredes y pisos adecuados en la vivienda y 3) condiciones de hacinamiento no mitigable (cinco o más de cinco personas por cuarto).

La fuente de estos indicadores es el Sisbén III, entendiendo que uno de los cuatro componentes para su construcción es el módulo de vivienda, el cual incluye específicamente los siguientes elementos: tipo de vivienda, fuente de agua para consumo, tipo de conexión sanitario, material de los pisos, material de las paredes,

eliminación de basuras, tipo de combustible para cocinar y hacinamiento⁵⁵.

De acuerdo con la Alcaldía de Medellín⁵⁶: “la versión III del SISBEN inició el proceso de barrido en el año 2009 finalizando en el año 2010, específicamente el barrido se concentró en los estratos 1, 2 y 3, el cual consistió en visitar una a una las viviendas de estos estratos para realizarle la encuesta del SISBEN sin solicitud alguna por parte de los ciudadanos. Una vez finalizado el proceso de barrido en el año 2010, se inició a partir de esa fecha a hoy el proceso de demanda; el cual se trata de visitar los ciudadanos para realizar una encuesta del SISBEN siempre y cuando medie una solicitud expresa de parte del interesado, en otras palabras, el proceso de demanda no puede hacerse por oficio”.

De acuerdo con la información reportada por la propia Alcaldía, la composición del déficit tanto cualitativo como cuantitativo en la ciudad se concentra en un 99% en los estratos, 1, 2 y 3⁵⁷, por tanto, la versión III del Sisbén es una fuente adecuada para dar cuenta de los indicadores más relevantes de las condiciones de habitabilidad de la primera infancia, sin desconocer que la actualización anual del indicador desde 2011 está sujeta no a un proceso censal sino de demanda o solicitud de los propios ciudadanos.

Retomando el estudio de Unicef (2016, p. 21), la desigualdad en el impacto de las privaciones habitacionales de los contextos urbanos es más marcada que la desigualdad entre esos contextos frente a los rurales.

En el caso de Medellín, las condiciones habitacionales de las comunas y corregimientos entre 2013-2016 mostraron dos hechos relevantes: 1) se presentan diferencias en comunas y corregimientos sostenidas en el tiempo con una alta correlación con los territorios de

53 Unicef, 2016, p. 14.

54 *Ibíd*, p. 16.

55 Para mayor detalle sobre el Sisbén III véase MCV, 2017, p. 21.

56 Alcaldía de Medellín (2018). Respuesta realimentación de información Informe Primera Infancia Medellín 2017. 16 de octubre de 2018.

57 Véase MCV, 2018, p. 127-129.

menores condiciones de vida, de acuerdo con el Índice Multidimensional de Condiciones de Vida⁵⁸ y 2) las condiciones habitacionales en las que viven los niños y niñas vulnerables revelan que casi uno de cada diez de estos niños enfrentan carencias estructurales difíciles de modificar en el corto plazo.

No obstante, para 2017 se presentaron cambios significativos en los tres indicadores mencionados. Así, por ejemplo, en el caso del acceso a los servicios públicos se tiene que, mientras entre 2014-2016 en promedio un 8 % de los niños y niñas menores a seis años y en condición de vulnerabilidad no tenían acceso a todos los servicios públicos básicos en sus hogares, a 2017 el panorama cambia radicalmente pues todas las comunas mostraron acceso a los servicios públicos en un 100%, mientras los corregimientos presentaron accesos mayores al 99%, con un mínimo de 99,1% en Palmitas y un máximo de 99,9% en tres de ellas, a saber: San Cristóbal, Altavista y San Antonio de Prado. Por su parte, Santa Elena presentó una cobertura de los servicios para su primera infancia vulnerable del 99,8% (véase Tabla 20).

Estos resultados porcentuales reflejan que en total 136 niños y niñas en situación de vulnerabilidad no tenían acceso al menos a un servicio público esencial, esto es: acceso a agua potable; sistema adecuado de eliminación de excretas, energía eléctrica y eliminación de forma adecuada de las basuras.

Ahora bien, frente al año 2016, esto representó una mejoría sustancial, pues en ese año 8.117 niños y niñas menores de seis años en situación de vulnerabilidad tenían carencias en el acceso a por lo menos un servicio público domiciliario.

En el Informe de Calidad de Vida para Medellín en 2017 (MCV, 2018) se reportó un incremento en las coberturas del acueducto y del alcantarillado para el conjunto de la ciudad. En estos servicios se pasó de 96,7% a 97,2% y de 91,6% a 95,1%, entre 2016 y 2017, respectivamente. De acuerdo con el informe: “el avance

en coberturas de acueducto y alcantarillado sanitario puede deberse a la implementación del Programa Unidos por el Agua, esfuerzo conjunto entre EPM y la Alcaldía de Medellín a través de la Empresa de Desarrollo Urbano (EDU) y el Isvimed, orientado a mejorar la calidad de vida de 40.200 familias, brindándoles acceso y mejoría en la cobertura de los servicios de acueducto y alcantarillado, impulsando el desarrollo de las comunidades, mitigando el riesgo geológico en algunas zonas y prestando los servicios correspondientes en condiciones de calidad... En 2017 se atendieron ... a 6.513 familias para un acumulado entre 2016 y 2017 de 11.326 familias beneficiadas. Considerando que el programa está concentrado, en general, en usuarios de estratos 1 y 2, que son aquellos donde se concentran tanto el déficit cuantitativo como el cualitativo en materia de acceso a este tipo de servicios, el programa puede ser el responsable de los incrementos en cobertura que tuvieron lugar en ambos servicios”⁵⁹.

En el caso de la cobertura de aseo y recolección de basuras se mantuvo entre 2015 y 2016 en 99,1%, mientras en el caso de la energía eléctrica se tiene que en la última década se ha reportado cobertura universal para la ciudad.

En resumen, efectivamente en 2017 se observó una mejora en las coberturas de los servicios que no tenían cobertura universal a 2016, especialmente el de alcantarillado, lo cual impacta positivamente en la reducción de las carencias en el acceso simultáneo a los cuatro servicios para la primera infancia en la ciudad. No obstante, llama la atención que aún un 5% de las viviendas en Medellín carezcan de alcantarillado, y el reporte de las carencias para la primera infancia de como resultado una cobertura universal en los cuatro servicios, que podría ser diciente sobre la naturaleza del instrumento Sisbén III, en cuanto puede haber familias que no se registran o no registran novedades y, por tanto, quedan por fuera en la cuantificación y, por tanto, del análisis de dichas precariedades.

⁵⁸ Para ver en mayor detalle el análisis sobre las comunas y corregimientos con mayores carencias en el periodo 2013-2016 véase MCV y otros, 2017.

⁵⁹ MCV, (2018, p.135).

TABLA 20. Medellín: porcentaje de niños menores de seis años vulnerables con conexión a servicios públicos en los hogares donde viven, 2013-2017

Comuna y corregimiento	2013	2014	2015	2016	2017
Popular	93,3%	93,4%	93,3%	92,8%	100,0%
Santa Cruz	90,4%	90,6%	90,5%	90,5%	100,0%
Manrique	88,0%	87,9%	87,8%	88,2%	100,0%
Aranjuez	94,6%	95,0%	95,2%	94,8%	100,0%
Castilla	94,6%	94,8%	94,7%	94,3%	100,0%
Doce de Octubre	98,8%	98,7%	98,7%	98,8%	100,0%
Robledo	93,1%	92,9%	92,9%	92,9%	100,0%
Villa Hermosa	86,1%	86,9%	87,0%	86,8%	100,0%
Buenos Aires	97,9%	98,1%	98,0%	98,1%	100,0%
La Candelaria	99,7%	99,8%	99,8%	99,8%	100,0%
Laureles – Estadio	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
La América	97,9%	98,5%	99,1%	99,6%	100,0%
San Javier	95,6%	95,5%	95,3%	95,2%	100,0%
El Poblado	99,2%	99,1%	98,0%	97,9%	100,0%
Guayabal	99,9%	99,9%	99,9%	100,0%	100,0%
Belén	98,2%	98,2%	98,4%	98,3%	100,0%
Palmitas	10,0%	10,1%	10,4%	10,1%	99,1%
San Cristóbal	83,7%	84,2%	83,8%	83,4%	99,9%
Altavista	74,8%	76,1%	76,9%	77,9%	99,9%
San Antonio	91,3%	91,3%	91,2%	90,8%	99,9%
Santa Elena	19,5%	19,2%	17,3%	16,6%	99,8%
Medellín	92,0%	92,2%	92,2%	92,0%	100,0%

Fuente: Subdirección de Información, DAPM con base en SISBEN certificada 2013-2017

No obstante, vale la pena resaltar que, frente a otros instrumentos como el Censo, el Sisbén puede orientar mejor un seguimiento sistemático, pues el primero es una foto en un momento del tiempo, mientras el segundo, con algunas restricciones como las atrás mencionadas, es una aproximación más actualizada de la realidad.

Las condiciones de pisos y paredes en la vivienda que habitan los menores de seis años en la ciudad para el periodo 2013-2016 mostraron

que casi tres de cada cien niños vivían en viviendas con condiciones inadecuadas de paredes y pisos, sin mayores cambios durante esos cuatro años. Santa Elena fue el territorio con mayores carencias en las condiciones de pisos y paredes, seguida por Popular, Manrique, Robledo, Villa Hermosa, Palmitas y San Cristóbal, donde se presentó un porcentaje de niños y niñas en situación de vulnerabilidad con dichas carencias por encima del promedio de la ciudad (MCV y otros, 2017, p.114).

Ahora bien, en 2017, como ocurrió con el acceso a los servicios públicos, mejoraron las condiciones para los niños y niñas menores a seis años en situación de vulnerabilidad en cuanto a la calidad de pisos y paredes en sus viviendas. Así, mientras en 2016 hubo 2.850 niños y niñas en primera infancia con dichas carencias, a 2017 bajaron a 110. Esto significó pasar de un 2,8% que carecían de condiciones adecuadas en los pisos y paredes de sus viviendas, a 0,1% en dicha situación entre 2016 y 2017 (Véase tabla 21).

En el informe de seguimiento⁶⁰ al Plan de Desarrollo “Medellín cuenta con vos” se afirma que, en el marco del programa de Mejoramiento Integral de Barrios, a 31 de diciembre de 2017, 1.386 hogares habían superado el déficit cualitativo de vivienda, y se otorgaron 3.102 subsidios para mejoramiento de viviendas. Estos resultados podrían estar impactando positivamente en el menor porcentaje de niños y niñas que enfrentan condiciones de precariedad en los pisos y paredes de las viviendas que habitan.

TABLA 21. Medellín: porcentaje de niños menores de seis años vulnerables que viven en hogares con pisos y paredes adecuadas, 2013-2017

Comuna y corregimiento	2013	2014	2015	2016	2017
Popular	95,7%	95,8%	95,9%	96,1%	99,9%
Santa Cruz	97,4%	97,4%	97,8%	97,8%	99,9%
Manrique	94,1%	94,1%	94,1%	94,2%	99,7%
Aranjuez	97,7%	97,8%	98,0%	97,6%	99,9%
Castilla	99,7%	99,7%	99,5%	99,6%	99,9%
Doce de Octubre	99,4%	99,4%	99,4%	99,4%	100,0%
Robledo	96,2%	96,3%	96,4%	96,5%	99,9%
Villa Hermosa	94,4%	94,5%	94,5%	94,8%	99,9%
Buenos Aires	99,1%	99,2%	99,1%	99,2%	100,0%
La Candelaria	98,5%	98,7%	98,6%	98,5%	99,8%
Laureles – Estadio	100,0%	99,6%	99,6%	98,9%	100,0%
La América	99,9%	99,9%	99,9%	100,0%	100,0%
San Javier	97,7%	97,7%	97,6%	97,6%	100,0%
El Poblado	99,6%	99,5%	99,5%	100,0%	100,0%
Guayabal	99,8%	99,8%	100,0%	100,0%	100,0%
Belén	99,4%	99,5%	99,4%	99,4%	100,0%
Palmitas	95,0%	95,1%	97,0%	94,3%	99,1%
San Cristóbal	97,5%	97,5%	97,3%	96,9%	99,8%
Altavista	96,6%	96,9%	96,6%	97,0%	99,6%
San Antonio	99,3%	99,4%	99,4%	99,4%	99,9%
Santa Elena	89,6%	87,9%	87,2%	86,7%	99,6%
Medellín	97,1%	97,2%	97,2%	97,2%	99,9%

Fuente: Subdirección de Información, DAPM con base en SISBEN certificada 2013-2017

60 Alcaldía de Medellín (2018,a)

El último indicador usado para caracterizar las condiciones de habitabilidad de los menores seis años en condiciones de vulnerabilidad es el hacinamiento no mitigable, esto es, de acuerdo con la definición del DANE (2008), hogares que habitan en viviendas con cinco o más personas por cuarto (excluye cocina, baños y garajes). En el periodo 2013-2016 el indicador mostró una leve tendencia de aumento, pasando de 8,5% en 2013 a 9,1% en 2016. Esto es, casi uno de cada diez niños en situación de vulnerabilidad en la ciudad vivía a ese año en condiciones de hacinamiento no mitigable. En 2017, no obstante, la tendencia varió, y el porcentaje de niños y niñas que vivían en hacinamiento no mitigable bajó, pasando de 9,1% a 6,5%, siendo el menor porcentaje para el periodo 2013-2017 (véase Tabla 22).

Lo anterior significó que mientras en 2016 había 9.231 niños y niñas que habitaban viviendas con hacinamiento crítico, a 2017 se ubicó en 6.501, para una reducción de 2.730 niños y niñas menos en dicha condición.

En consonancia con la reducción del porcentaje de la primera infancia que enfrenta hacinamiento crítico en Medellín, todas las comunas y corregimientos, sin excepción, también redujeron sus porcentajes; no obstante, las seis comunas que habían tenido hacinamiento crítico por encima del promedio de la ciudad entre 2013 y 2016, en 2017 se mantuvieron también por arriba. Esas comunas fueron en su orden: Popular (9,3%), (Santa Cruz (8,8%), La Candelaria (8,4%), Villa Hermosa (8%), Manrique (7,6%) y San Javier (7,1%). Como se decía en el informe ¿Cómo va la primera infancia en Medellín?⁶¹ cinco de las seis comunas que durante todo el periodo 2013-2017 presentaron un porcentaje de hacinamiento no mitigable por encima del promedio de la ciudad, también presentaron las menores condiciones de vida, de acuerdo con el IMCV; estas son: Popular, Santa Cruz, Manrique, Villa Hermosa y San Javier. En contraste, la comuna de La Candelaria, que



en el resto de los indicadores analizados no presenta desventajas relativas frente al promedio de la ciudad, en este indicador de hacinamiento no mitigable sí presenta desventajas al ubicarse durante todo el periodo por encima del valor promedio para la ciudad. La diferencia frente al promedio de la ciudad más alta fue de 3,5 puntos porcentuales en 2015 y la mínima justo en 2017 con 1,9 puntos porcentuales (véase Tabla 22).

61 MCV y otros (2017).

TABLA 22. Medellín: porcentaje de menores de seis años vulnerables que viven en hogares donde duermen más de cinco personas por cuarto, 2013-2017

Comuna y corregimiento	2013	2014	2015	2016	2017
Popular	12,7%	12,4%	12,8%	13,1%	9,3%
Santa Cruz	12,2%	12,2%	12,8%	12,3%	8,8%
Manrique	9,9%	10,0%	10,7%	10,6%	7,6%
Aranjuez	8,1%	8,3%	8,8%	8,9%	6,5%
Castilla	3,6%	4,2%	5,2%	5,3%	4,3%
Doce de Octubre	6,8%	6,9%	7,1%	7,3%	5,4%
Robledo	6,4%	6,4%	6,7%	6,5%	5,0%
Villa Hermosa	11,0%	10,7%	10,9%	11,0%	8,0%
Buenos Aires	5,3%	5,6%	6,8%	6,7%	4,8%
La Candelaria	10,8%	11,3%	12,6%	12,2%	8,4%
Laureles – Estadio	3,2%	2,7%	2,9%	3,6%	2,9%
La América	2,5%	2,4%	3,2%	2,7%	1,5%
San Javier	8,9%	9,1%	9,7%	10,1%	7,1%
El Poblado	2,8%	1,9%	3,5%	5,7%	2,7%
Guayabal	3,7%	4,2%	4,8%	5,5%	4,3%
Belén	5,1%	5,5%	6,1%	5,9%	4,2%
Palmitas	7,8%	8,2%	7,4%	7,5%	6,5%
San Cristóbal	6,9%	6,5%	7,5%	8,0%	5,5%
Altavista	8,8%	8,4%	8,8%	7,7%	5,8%
San Antonio	4,8%	4,9%	4,6%	3,9%	2,8%
Santa Elena	6,9%	6,0%	7,0%	8,1%	5,6%
Medellín	8,5%	8,5%	9,0%	9,1%	6,5%

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



CONCLUSIONES

Entre 2009 y 2017 la población en primera infancia en Medellín se mantuvo estable en los casi 176.000 niños y niñas. Como en el país, en Medellín la representación de la población en primera infancia sobre el total de la población ha venido reduciéndose, lo que evidencia una menor tasa de natalidad, que junto con una mayor expectativa de vida redundan en un mayor envejecimiento poblacional en el país y la ciudad.

La población en primera infancia en Medellín no se distribuye de forma uniforme en los distintos territorios. Se encontró que las comunas con mayor proporción de su población en primera infancia se correlacionan directamente con las de menores condiciones de vida, resumidas en el Índice Multidimensional de Condiciones de Vida -IMCV-. En el caso de las comunas, las de menores condiciones de vida en 2017 fueron en su orden: Popular, Santa Cruz, Manrique, Villa Hermosa, Doce de Octubre y San Javier, coincidiendo, aunque no en el mismo orden, con las de mayor proporción de población en primera infancia. En el caso de los

corregimientos, coincide que dos de los tres que tienen condiciones de vida por debajo del promedio de los corregimientos, también tienen la segunda y la tercera mayor proporción de población en primera infancia entre dichos territorios, estos fueron Altavista y Santa Elena.

Mientras la población en primera infancia en Medellín se ha mantenido casi constante, con una reducción del 0,1%, la población vulnerable, medida como toda la población registrada en el Sisbén, ha venido descendiendo entre 2009 y 2017, para alcanzar una reducción del 18,4%. Esta reducción significó pasar de un 70% de la población en vulnerabilidad en 2009 a un 57% de población en primera infancia en situación de vulnerabilidad.

Es de destacar que en todo el periodo 2013-2017, ocho de nueve territorios han permanecido por encima del promedio de vulnerabilidad de la ciudad, y uno lo ha estado en los tres últimos años. Para 2017 se tiene que Villa Hermosa y San Javier presentaron los más altos porcentajes de niños y niñas en primera infancia vulnerables, alcanzando a ocho de cada diez niños.

Le siguieron en su orden, Manrique con un 76%, Popular con 74%, Santa Cruz con casi 72%. Con seis de cada diez niños en primera infancia en situación de vulnerabilidad se ubicaron las comunas de Robledo, Buenos Aires y Doce de Octubre. San Cristóbal es el único corregimiento que se ha ubicado en todo el periodo con una vulnerabilidad por encima del promedio de la ciudad y a 2017 alcanzó un 58%.

Es de destacar que los territorios con la población en primera infancia con mayor vulnerabilidad, en general, también presentaron las reducciones más relevantes del periodo 2013-2017.

La correlación inversa encontrada entre menores condiciones de vida en los territorios y mayor proporción de población en primera infancia, se ve reforzada porque en la mayoría de esos territorios se presenta también una mayor proporción de la población en primera infancia vulnerable, por tanto es menester seguir focalizando los esfuerzos públicos en los territorios donde existen las mayores barreras para potenciar el desarrollo integral de los niños y niñas en su primera infancia.

Ahora bien, cuando se midió la vulnerabilidad y pobreza en términos de ingresos exclusivamente, se tienen resultados muy similares entre Medellín, Cali y Bogotá, a diferencia de lo encontrado en el informe anterior ¿Cómo va la primera infancia en Medellín?, 2017, donde al medirse los niveles de vulnerabilidad mediante el registro del Sisbén, las diferencias eran muy significativas y mostraban a Medellín con gran desventaja frente a las otras ciudades.

Las dos formas de medición de la vulnerabilidad muestran resultados muy distintos para Medellín. Por ejemplo, en 2017, un 37% de la población en primera infancia estaba en situación de vulnerabilidad y pobreza si se mide por ingresos, mientras que un 57% lo estaba si se mide por condiciones multifactoriales. Esto significa una diferencia de veinte puntos porcentuales por encima si se usa la medición del Sisbén.

Las razones para estas diferencias no son obvias y sería necesario explorar más el porqué de ellas. No obstante, lo que queda en evidencia es que la elección del mecanismo para

la focalización es muy relevante, pues es sumamente sensible a la aproximación que se haga de él. De ambos resultados también es posible inferir que en Medellín la primera infancia, en relación con Cali y Bogotá tiene unas condiciones estructurales de vulnerabilidad, medidas justamente por el Sisbén, que abarcan a un porcentaje mucho mayor de esta población.

Ahora bien, comparando el nivel de pobreza y vulnerabilidad de la primera infancia en relación con el total de la población en Medellín se tiene que los niños y niñas menores de seis años están en desventaja. Para 2017, las diferencias se amplían levemente en detrimento de la primera infancia; así, la población en primera infancia en situación de pobreza excedió en seis puntos porcentuales al total de la población en esa situación, mientras la población en primera infancia en situación de vulnerabilidad excedió en once puntos porcentuales a la total de la población en dicha situación.

En este sentido, vale la pena llamar la atención frente a que ni la agenda nacional ni la local incluyeron desagregaciones de las mediciones de pobreza para la primera infancia en el marco de la Agenda ODS. No obstante, valdría la pena hacer seguimiento al cierre de brechas frente a la población total, con la información pública disponible.

En contraste, en el marco de la localización de la agenda ODS en el municipio de Medellín, sí se ha incluido en la meta dos del objetivo 4, alcanzar una cobertura del programa Buen Comienzo del 90% al año 2030. Como decíamos en el informe anterior, Medellín entendió de tiempo atrás el enorme reto que enfrentaba y decidió, de forma pionera en el país, idear un programa que, bajo un enfoque de atención integral, se focalizara en la población más vulnerable. Este programa es Buen Comienzo, que entre 2011 y 2015 había alcanzado una cobertura por encima del 70%, a 2016 mostró el menor porcentaje bajando a 69,9%. Por su parte, en 2017 se destacó un incremento en la cobertura, convirtiéndose en la mayor de todo el periodo 2009-2017, llegando a un 78,7%, fruto de una leve reducción de la población vulnerable y de un incremento en el número de niños atendidos del 12%.



Por su parte, las modalidades de atención del Programa Buen Comienzo han tenido variaciones significativas a lo largo del periodo 2009-2017. Cuatro modalidades han permanecido durante todo el periodo, estas son: entorno familiar, donde se atienden niños y niñas menores de dos años y madres gestantes y lactantes, centros infantiles ocho horas, jardines infantiles y ludotecas.

En 2017 se da un cambio importante, en tanto se incluyen todas las modalidades de atención integral a la primera infancia brindadas por el ICBF en Medellín al programa Buen Comienzo bajo la modalidad “Atención en Articulación con el ICBF”. Así, el entorno comunitario itinerante que prestaba acompañamiento a los Hogares Comunitarios de Bienestar desaparece y se incluye en esta nueva modalidad, además de sumar la atención que brindaba el ICBF de forma independiente al programa Buen Comienzo, y que reposaba en su sistema de información Cuéntame.

Es positivo que, dado el convenio entre la Alcaldía de Medellín y el ICBF, más niños y niñas se están incorporando a la atención integral que es el propósito de la Política Pública tanto nacional como local. No obstante, la atención reportada para 2017 no es comparable directamente con los años precedentes, pues en el sistema de información Cuéntame se estaban registrado niños y niñas que eran atendidos tanto íntegramente como no integralmente, pero cuya proporción no se conoce con exactitud, por tanto, es difícil determinar en 2017 cuál fue la mejora en términos del número de niños que antes no eran atendidos integralmente y a partir de los nuevos términos del convenio ya si lo son.

Se mantiene la recomendación planteada en el anterior informe ¿Cómo va la primera infancia en Medellín? de fortalecer un sistema de información único de ciudad, más allá del que hoy se enfoca exclusivamente en la primera infancia atendida por Buen Comienzo, para dar cuenta del desarrollo integral de todos los niños y niñas de la ciudad.

Ahora bien, en los últimos años el programa Buen Comienzo había experimentado una reducción del tiempo efectivo de atención de los niños y niñas, más allá de algunos cambios relacionados con las directrices de la prestación del servicio. En 2017 se dio un aumento en los días efectivos de atención en todas las modalidades. El cambio más significativo se dio para las modalidades Institucional 8 horas y jardines infantiles, con 21 y 19 días más en relación con el año 2016, respectivamente. Por su parte, la atención en ludotecas y entorno familiar, aunque aumentaron en el número de días y semanas de atención frente al año 2016, no alcanzaron los niveles máximos de atención logrados en años anteriores;

Es fundamental que se revise los días efectivos de atención en la modalidad Familiar, donde se atiende a las madres gestantes, lactantes y menores de dos años, pues es allí donde más oportunidades hay de revertir posibles problemas de salud para los niños como la desnutrición crónica. Para esa modalidad hay una ventana de oportunidad para mejorar la atención, garantizando la continuidad en la prestación del servicio, por lo menos a aquellos niños y niñas que estén en riesgo o padezcan algún tipo de problema nutricional.

En cuanto a la privación en el acceso a servicios para la primera infancia recogidos en el Índice de Pobreza Multidimensional, para el periodo 2012-2017 se observa un comportamiento más bien errático del porcentaje de hogares en privación por barreras de acceso a primera infancia; Entre 2012 y 2014 se dio una reducción, pasando de 10,5% a 7,9% entre ambos años. Entre 2014 y 2015 se dio un incremento muy significativo del porcentaje, mayor al 100%, cuando pasó de 7,9% a 16,9%. Ahora bien, entre 2015 y 2017 se vuelve a presentar

una tendencia de reducción, también mayor al 100%, cuando pasó de 16,9% en 2015 a 8,1% en 2017.

En comparación, las cifras para el país en su conjunto muestran una tendencia clara de descenso desde el año 2013 hasta el año 2017. Así, en 2013 el porcentaje de hogares con privación en el acceso a servicios de cuidado para la primera infancia fue de 9,7%, año a año se redujo y a 2017 se ubicó en 8,4%⁶², esto es, 0,3 puntos porcentuales por encima del porcentaje de privación en el acceso a la primera infancia en Medellín.

De hecho, todas las comunas y corregimientos presentaron una reducción en esta privación. Ahora bien, pese a esta reducción, se evidencian diferencias marcadas entre territorios. Cinco comunas y un corregimiento han permanecido por encima del porcentaje de privación de la ciudad durante el periodo 2012-2017, estos son: Popular, Santa Cruz, Doce de Octubre, Villa Hermosa, San Javier y San Cristóbal. Por su parte, Manrique, Aranjuez y el corregimiento de San Antonio de Prado estuvieron cinco de los seis años del periodo por encima del valor promedio para la ciudad.

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 2017 se mantuvo el resultado obtenido entre 2013 y 2016, según el cual las condiciones nutricionales reportadas en los hogares son las que influyen casi en su totalidad dicho indicador. Dado el comportamiento tan errático en el indicador conjunto de las privaciones en las barreras de acceso a los servicios de la primera infancia para Medellín, explicado casi en su

62 Cifras tomadas de DANE (2018).

totalidad por el componente de alimentación, valdría la pena que la Administración Municipal revisara la adaptación de la metodología de medición del IPM.

En materia de salud de la primera infancia, abordada desde la cobertura, la morbilidad y la mortalidad, el balance para la ciudad es positivo en términos generales. En lo que respecta a la cobertura, la ciudad ha tenido un crecimiento sostenido del aseguramiento de la primera infancia al Sistema de Salud, de manera que la proporción de población pobre no asegurada se ha reducido considerablemente hasta llegar a 1,7% de la población para 2017, lo que implica una mayor protección de riesgos en salud para los niños y niñas. Adicionalmente, en materia de acceso, la ciudad ha mantenido por encima de 90% la proporción de gestantes que acceden a controles prenatales y la meta fijada con horizonte de cumplimiento 2030 busca incrementar este indicador para llevarlo a una cobertura casi universal (98%). Asimismo, la atención institucional del parto se ha mantenido en niveles superiores al 99% garantizando la atención oportuna de complicaciones durante el parto.

Sin embargo, el reto en materia de cobertura en salud sigue estando en vacunación pues, con excepción de la vacuna antituberculosa — cuya aplicación se realiza antes del egreso hospitalario del recién nacido —, la cobertura en vacunación antipolio, pentavalente y triple viral tiende a disminuir a medida que aumenta la dosis especificada para cada una en el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI). De esta manera, para las últimas dosis y refuerzos de estas vacunas, según sea el caso, la cobertura oscila entre 88% y 90%, es decir que no se completa el esquema de vacunación para la totalidad de la población en primera infancia e incluso se está por debajo de lo que contempla la OPS para un programa regular de vacunación con adecuado seguimiento de niños captados, que es 3% de pérdida aceptable para segundas a terceras dosis.

En ese sentido, y considerando que el cumplimiento del esquema de vacunación es uno de los elementos a verificar, entre otros, en las

sesiones del Programa de crecimiento y desarrollo, este puede aprovecharse como una oportunidad para potenciar el cumplimiento completo del esquema de vacunación, detectar esquemas incompletos e insistir a los padres de los niños en la importancia de cumplir a cabalidad con el esquema. Ello sería posible incrementando la adherencia de los hogares al programa a través de la mejora en los tiempos de atención, el fortalecimiento de las habilidades y capacidades del personal de salud que atiende a los niños y niñas y estandarizando los conceptos y procedimientos de atención, de acuerdo con lo detectado en la asistencia técnica de la Secretaría de Salud a la implementación del programa en las IPS de la ciudad.

En cuanto a la morbilidad de la primera infancia, cabe destacar que desde 2013 las causas de atención en consulta externa y urgencias han sido casi las mismas, alternando solo la posición de un año a otro. En particular, es de subrayar que, entre las principales causas, las relacionadas con afecciones del sistema respiratorio tienen una participación relevante: para el grupo etario de 0 a 2 años fueron la causa de 3 de cada 10 consultas, ya sea externa o por urgencias. Por su parte, para el grupo de 3 a 5 años, representaron 2 de cada 10. En atención a que los principales factores de riesgo para desarrollar este tipo de enfermedades en la infancia se refieren al bajo peso al nacer, la malnutrición, el hacinamiento y la carencia de alimentación con leche materna, es importante poner la lupa a esta situación.

En materia de mortalidad es de resaltar el hecho de que hay una tendencia descendente sostenida en todas las modalidades: materna, perinatal, neonatal tardía, infantil (menores de 1 año), de la niñez (menores de 5 años), por EDA y por IRA. Ahora bien, hay que decir que, si se consideran solo la perinatal, neonatal tardía, infantil y de la niñez, es la perinatal la que presenta las tasas más altas en el período analizado. Ello reviste importancia en la medida en que este indicador da cuenta de las condiciones nutricionales de la madre y de los servicios de salud materno-infantil (Instituto Nacional de Salud, 2017).

Adicionalmente, es positivo el hecho de que se hayan priorizado metas en la agenda local con horizonte 2030 para la mortalidad materna, neonatal tardía, infantil y de la niñez propicia el que se estén revisando permanentemente las causas del fenómeno y las acciones que a nivel municipal se están ejecutando para cumplir con lo propuesto. Al evaluar las metas a la luz de lo que propone el país, no obstante, se evidencia que, en lo concerniente a mortalidad materna y de la niñez, son mayores los esfuerzos propuestos en el nivel nacional que en el local, lo que sugeriría que hay un mayor margen para aspirar a metas más ambiciosas. En el caso de la mortalidad materna, mientras que el país plantea reducir la tasa en 40%, Medellín lo haría en 24%. Para la mortalidad de la niñez, la reducción en el nivel nacional es de 20% y para Medellín llega al 14%.

En materia de nutrición la ciudad también tiene retos. En primer lugar, considerando que el programa de crecimiento y desarrollo es el escenario por excelencia para monitorizar, entre otras cosas, la situación nutricional de la primera infancia es importante lograr una mayor adherencia al programa pues, en la medida en que aumenta la edad de los niños y niñas, la participación en este disminuye. En ese sentido, considerando que entre las competencias de la Secretaría de Salud está el impulsar mecanismos para la adecuada participación social y el ejercicio pleno de los deberes y derechos ciudadanos en materia de salud y de seguridad social en salud, y que a las EPS les corresponde su ejecución, se puede generar una articulación entre ambas instancias, que permita detectar qué factores impulsan la menor adherencia y cómo pueden abordarse, de manera similar al arreglo que se hizo para solucionar la congestión de las urgencias de alta y mediana complejidad en la ciudad.

Ahora, en referencia a los indicadores del estado nutricional de la primera infancia, tanto la prevalencia de desnutrición crónica como la aguda presentan una tendencia descendente, lo que es positivo. Sin embargo, en el caso de la desnutrición crónica, que da cuenta de un estado de malnutrición prolongado en el tiempo, se observan las mayores prevalencias y también

la mayor proporción de niños y niñas en riesgo. Adicionalmente, aunque la ciudad le apuesta a reducir la prevalencia de este tipo de desnutrición en la primera infancia, la meta propuesta para 2030 se queda corta (6,4%), tanto frente a la propuesta en el escenario nacional (5%), como frente a las metas intermedias planteadas por Unicef con horizonte, a más tardar, a 2025 (4,4%). Esto llama la atención, considerando que la ciudad cuenta desde 2009 con el programa Buen Comienzo que, en general, ha mantenido en las distintas modalidades bajo las que opera el acompañamiento nutricional especializado y procesos de vigilancia alimentaria y nutricional durante todas las etapas del ciclo de vida del niño o niña que integran la primera infancia, comenzando en la gestación, lo que permitiría aspirar a una meta más ambiciosa.

En lo referente a la malnutrición por exceso, tanto el sobrepeso como la obesidad se muestran estables para el grupo de 0 a 2 años y, para el de 3 a 5 años, presentan tendencia descendente entre 2013 y 2017. Considerando que ambos tipos de trastornos constituyen factores de riesgo para el desarrollo futuro de enfermedades crónicas y el desarrollo de enfermedades a lo largo del ciclo de vida de quien los padece, sería importante que la ciudad le apuntara a metas con horizonte a 2030 en esta materia, pues ello le permitiría generar un compromiso claro de control de estos factores de riesgo que quizá, contribuiría a reducir en el largo plazo la carga de enfermedad de la población.

Tanto la educación inicial como la educación preescolar representan las bases sobre las cuales se cimenta todo el sistema educativo colombiano y, por ende, su importancia como potenciadores del desarrollo integral de los niños y niñas.

Para el caso de la cobertura neta en educación inicial, para los grados prejardín y jardín, ni el gobierno nacional ni la Alcaldía de Medellín han fijado metas ODS asociadas.

Entre 2015 y 2017 el comportamiento de la cobertura en educación inicial mejoró y en ese último año se ubicó en 78,3%; esto significa que, de 100 niños y niñas con edades entre los 3 y 4 años, 78 estaban matriculados en los grados prejardín y jardín. Para la cobertura bruta

en estos grados se presentó un comportamiento muy similar al de la cobertura neta. En general, la cobertura bruta en estos grados ha estado por encima de la cobertura neta, aunque las diferencias no son muy significativas, como es de esperarse tratándose de niños tan pequeños, donde la extra-edad no debería ser un problema apreciable. Específicamente en 2017, alcanzó un 80,4%, lo que significó dos puntos porcentuales por encima de la cobertura neta.

Como en el país no existe un registro sistemático de cobertura en los grados jardín y pre-jardín, no es posible comparar a Medellín con otras ciudades; no obstante, si es evidente que la ciudad cuenta con una ventaja en términos del registro sistemático de una información muy valiosa en cuanto al derecho a la educación inicial, en este caso en particular para los niños de tres y cuatro años en los grados pre-jardín y jardín.

En el caso de la cobertura en transición, los resultados para 2017, a diferencia de lo ocurrido en los grados pre-jardín y jardín, mostró un estancamiento de las coberturas bruta y neta, luego exhibir una tendencia de descenso. Así, la cobertura neta alcanzó el mínimo nivel en 2017 con un 75,7%, estable en relación con el año inmediatamente anterior cuando fue de 75,9%.

Idealmente, todos los niños en esa edad deberían estar dentro del sistema escolar formal, y por tanto el resultado obtenido en la ciudad muestra una brecha relevante que es necesario subsanar. La Administración Municipal así lo ha entendido y 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, pero si la estableció para la cobertura bruta.

Sobre esta se tiene que en Medellín mostró un comportamiento para el periodo 2008 y 2017 muy semejante al de la cobertura neta. Así, desde 2013 ha mostrado una tendencia descendente, y en 2017 alcanzó el mínimo nivel con 88,5%, muy similar a la cobertura alcanzada en 2016 cuando fue de 88,6%.

Con base en información reportada por el Ministerio de Educación Nacional para el año 2017, la ventaja observada entre 2013-2016 se

mantiene para Medellín en relación con Bogotá y Cali. Así, para la cobertura bruta en transición, Medellín aventajó a Bogotá en 18 puntos porcentuales, mientras que aventajó a Cali en casi veinte puntos porcentuales. Por su parte, frente al promedio de la cobertura bruta en transición del país, Medellín tuvo una ventaja más reducida de cuatro puntos porcentuales.

En el caso de la cobertura neta en transición, Medellín también sobresale en relación con el país y las ciudades de Bogotá y Cali, e incluso las ventajas son mayores frente a las obtenidas para la cobertura bruta. Así, Medellín obtuvo una diferencia a favor de algo más de 18 puntos porcentuales frente a la de Bogotá, de casi 18 puntos porcentuales frente a la del país en su conjunto, y de 26,5 puntos porcentuales frente a Cali.

Una de las posibles razones para esta ventaja relativa de Medellín en relación con estas otras importantes ciudades del país, es la inversión que la ciudad ha realizado en la atención integral de la primera infancia vulnerable a través del Programa Buen Comienzo, en tanto éste ha influenciado una alta cobertura en la educación inicial, que favorece un tránsito exitoso hacia el nivel formal del preescolar.

En cuanto a la identidad, la evolución del indicador entre 2013 y 2017 muestra que se mantiene muy estable el porcentaje de niños y niñas en situación de vulnerabilidad que cuentan con registro civil de nacimiento, fluctuando entre un valor mínimo de 99,5% y un máximo de 99,8%, con lo cual se puede concluir que las posibles barreras de acceso a los servicios derivadas de no contar con el registro son enfrentadas por un número muy pequeño de niños y niñas menores de seis años en la ciudad.

En ambientes seguros y protectores el balance no es tan positivo por el retroceso de algunos indicadores en relación con lo evidenciado en el año 2016. Así, en 2017 se presentó un aumento de la tasa de restablecimiento de derechos para la primera infancia por cada cien mil menores, con el mayor número de casos y la mayor tasa del periodo 2014-2017, para un total de 313 casos por cada cien mil menores de seis años; lo anterior denota que la vulneración de

derechos de los niños sigue presente en nuestra sociedad y en vez de mejorar está empeorando, por lo menos en lo que concierne a los casos conocidos por las autoridades.

En el caso de los maltratos a los menores de seis años, se observó un crecimiento entre 2016 y 2017, llegando en 2017 a 599 casos, para 1,6 casos por día; no obstante, el dato de 2017 se ubicó por debajo del valor promedio del periodo 2011-2017 de 624 casos reportados.

En cuanto a la violencia sexual, en el periodo 2011-2017 se encuentra un promedio anual de 251 casos denunciados. En 2017, específicamente, se presentó el mayor número de casos denunciados con 345, seguido del año 2015 cuando se reportaron 288 casos.

Lamentablemente, en todo el periodo 2011-2017 se presentaron homicidios de menores de seis años, con un promedio de tres casos anuales, siendo los años 2016 y 2017 los que presentaron un número de casos por encima del promedio, con cinco casos en 2016 y cuatro casos en 2017. 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 ha empeorado en los dos últimos años.

Sumado a los homicidios, existen otras causas externas de muerte. En promedio se dieron diez casos anuales de muertes por estas causas en menores de seis años en la ciudad, siendo el año de menores casos el 2015 con siete, mientras el de mayor número de casos fue 2017 con trece. Las comunas de Popular y Villa Hermosa presentaron los mayores números de casos durante el periodo 2013-2017 con siete y seis, respectivamente. Le siguieron Robledo con cinco casos, Manrique, Robledo y el corregimiento de San Cristóbal con tres muertes cada uno.

En el caso de la victimización por conflicto armado, entre 2014 y 2016 se observó una tendencia de reducción en el número de casos y en la tasa por cada cien mil menores de seis años, tanto en Medellín como en Bogotá y Cali. Medellín sobresalió con la mayor reducción en el periodo, pero mostró frente a las otras dos ciudades los indicadores más altos. No obstante, en 2017 se presentó un retroceso en la victimización al incrementarse en relación con el año

2016 en 56 víctimas más. En todo el periodo en cuestión los niños y niñas en la ciudad han sido víctimas principalmente de amenaza y desplazamiento, pero precisamente en 2017, este delito involucró a 60 niños y niñas más en relación con el año 2016.

Estos resultados deben llevar a reforzar los entornos protectores para los niños y niñas en la primera infancia en Medellín y, en consecuencia, a fortalecer las rutas de atención con priorización en un enfoque preventivo. Allí es fundamental el abordaje interinstitucional e intersectorial por el que aboga la Política Pública nacional. Y de forma transversal, el fortalecimiento de un único sistema de información que permita generar las alertas preventivas y los procesos de restablecimiento de derechos para toda la primera infancia en la ciudad.

Por último, en cuanto a las condiciones de habitabilidad de la primera infancia en la ciudad se observaron cambios positivos en el año 2017, en relación con el periodo 2013-2016. Así, por ejemplo, en el caso del acceso a los servicios públicos se tiene que, mientras entre 2014-2016 en promedio un 8 % de los niños y niñas menores a seis años y en condición de vulnerabilidad no tenían acceso a todos los servicios públicos básicos en sus hogares, a 2017 el panorama cambia radicalmente pues todas las comunas mostraron acceso a los servicios públicos en un 100%, mientras los corregimientos presentaron accesos mayores al 99%,

Efectivamente en 2017 se observó una mejora en las coberturas de los servicios en la ciudad que no tenían cobertura universal a 2016, especialmente el de alcantarillado, lo cual impacta positivamente en la reducción de las carencias en el acceso simultáneo a los cuatro servicios para la primera infancia en la ciudad. No obstante, llama la atención que aún un 5% de las viviendas en Medellín carezcan de alcantarillado, y el reporte de las carencias para la primera infancia de como resultado una cobertura universal en los cuatro servicios, que podría ser diciente sobre la naturaleza del instrumento Sisbén III, en cuanto puede haber familias que no se registran o no registran novedades y, por tanto, quedan por fuera en la cuantificación y del análisis de dichas precariedades.

Ahora bien, en 2017, como ocurrió con el acceso a los servicios públicos, mejoraron las condiciones para los niños y niñas menores a seis años en situación de vulnerabilidad en cuanto a la calidad de pisos y paredes en sus viviendas. Así, mientras en 2016 hubo 2.850 niños y niñas en primera infancia con dichas carencias, a 2017 bajaron a 110. Esto significó pasar de un 2,8% que carecían de condiciones adecuadas en los pisos y paredes de sus viviendas, a 0,1% en dicha situación entre 2016 y 2017.

Asimismo, mejoraron las condiciones de hacinamiento no mitigable para la primera infancia en 2017; así, el porcentaje de niños y niñas que vivían en hacinamiento no mitigable a ese año bajó, pasando de 9,1% a 6,5%, siendo el menor porcentaje para el periodo 2013-2017.

Las seis comunas que habían tenido hacinamiento crítico por encima del promedio de la ciudad entre 2013 y 2016, en 2017 se mantuvieron también por arriba. Esas comunas fueron en su orden: Popular (9,3%), (Santa Cruz (8,8%), La Candelaria (8,4%), Villa Hermosa (8%), Manrique (7,6%) y San Javier (7,1%). A excepción de La Candelaria, las otras cinco comunas coinciden con las de menores condiciones de vida, de acuerdo con el IMCV.

Lo anterior ratifica que aquellos territorios con menores condiciones de vida están correlacionados con aquellos que tienen una mayor proporción de su población en primera infancia, además de tener una mayor proporción de ésta en condiciones de vulnerabilidad, medida a través de un enfoque multifactorial, que incluye entre los factores de análisis, las condiciones de habitabilidad, donde el hacinamiento crítico se revela como el más difícil de modificar en el tiempo, y en el que habría que focalizar mayores esfuerzos y recursos para garantizar condiciones dignas de habitabilidad a toda la primera infancia en la ciudad.





— Referencias bibliográficas —

Acosta Vélez, María. Comportamiento de la violencia intrafamiliar, Colombia, 2015. Instituto Nacional de Medicina Legal y ciencias Forenses. Colombia. Disponible en: <http://www.medicinalegal.gov.co/documents/20143/49523/Violencia+intrafamiliar+primera+parte.pdf>

Alcaldía de Medellín (2018). Respuesta realimentación de información Informe Primera Infancia Medellín 2017. 16 de octubre de 2018.

Alcaldía de Medellín (2018, a). Seguimiento al Plan Indicativo. 30 de junio de 2018.

Alcaldía de Medellín (2018, b). Presentación. “En Medellín los niños y las niñas son prioridad”.

Alcaldía de Medellín. (2016). Plan Municipal de Salud “Para Vivir más y mejor” 2016-2019.

Alcaldía de Medellín. (2017). Respuesta a solicitud de información. 17 de octubre de 2017.

Así vamos en salud. (2016). 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. (2016). 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>

Así Vamos en Salud. (2016). Prevalencia de desnutrición global y crónica en menores de 5 años. Disponible en Indicadores sobre el estado de salud: <http://www.asivamosensalud.org/indicadores/estado-de-salud/prevalencia-de-desnutricion-global-y-cronica-en-menores-de-5-anos>

Ayala Silvia y Francy Zarate Lozano. Análisis de la violencia de pareja 2017. Casos: Bogotá, Cali y Medellín.

Bertrand, Jane (2007) “Canadá: Longitudinal Monitoring of ECD Outcomes” En: Early Child Development from Measuring to Action. A Priority for Growth and Equity. The World Bank, Washington D.C. Editor: Mary Eming Young with Linda M. Richardson.

Bogotá Cómo Vamos. Fundación Corona. Equidad para la Infancia, América Latina. Bogotá, cómo vamos en infancia. Monitoreo local del bienestar y las inequidades en la infancia urbana.

Bogotá Cómo Vamos. Informe de Calidad de Vida de Bogotá, 2016.

Cali Cómo Vamos, Universidad Javeriana y Equidad para la Infancia. Presentación de resultados. Cali ¿cómo vamos en niñez? Una mirada por comunas. 2016

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>

Concejo de Medellín, Acuerdo 54 de 2015.

Congreso de la República de Colombia. Ley 1804 de 2016. 2 de agosto de 2016.

Cuervo Martínez, Ángela, Pautas de crianza y desarrollo socioafectivo en la infancia. Diversitas: Perspectivas en Psicología [en línea] 2010, 6 (Enero-Junio): [Fecha de consulta: 27 de octubre de 2017] Disponible en: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67916261009>> ISSN 1794-9998

DANE (2008). Ficha metodológica déficit de Vivienda.

DANE (2009). Metodología Déficit de Vivienda. Colección Documentos. Actualización 2009. No. 79.

DANE (2012). Boletín de prensa. “Pobreza monetaria y multidimensional en Colombia, 2011”. 17 de mayo de 2012.

DANE (2017). Defunciones por grupo de edad y sexo, según departamentos, municipio de ocurrencia y grupos de causas externas (lista de causas agrupadas 6/67 CIE-10 de OPS) años, 2013, 2014, 2015 y 2016.

DANE (2018). Anexos de pobreza 2017.

DANE. Estimaciones de población 1985-2005 y proyecciones de población 2005-2020 nacional, departamental y municipal por sexo y edades simples de 0 a 26 años.

Departamento Administrativo de Planeación Municipal. Observatorio de Políticas Públicas. (2014) “Pobreza en la ciudad de Medellín, 2002-2013”. 42p.

Departamento de Prosperidad Social. Subdirección General para la Superación de la Pobreza Dirección de Gestión y Articulación de la Oferta Social. Ficha Reporte de Identificación de 14 privaciones de IPM para Hogares SISBEN. Municipios de Medellín, Cali y Bogotá. Fecha de corte: 30 de octubre de 2016.

Departamento Nacional de Planeación (2007). “Documento Conpes Social 109. Política Pública Nacional de Primera Infancia. Colombia por la primera infancia”.

Departamento Nacional de Planeación (2014). Bases del Plan Nacional de Desarrollo. Versión para el Congreso. Bogotá. 825 págs.

Departamento Nacional de Planeación (2018). Anexo B. “Resultados de los ODM en Colombia. 1991, 2015. 193 páginas.

Departamento Nacional de Planeación, Subdirección de Promoción Social y Calidad de Vida y Cede, Universidad de los Andes (2008). “Índice Sisbén, tercera versión, Diseño e implementación”. Disponible en: <https://www.sisben.gov.co/Documents/Resumen%20ejecutivo/Presentaci%C3%B3n%20Sisb%C3%A9n%20III.pdf>.

Fundación Corona, Equidad para la Infancia, Universidad Pontificia Javeriana, Red de Ciudades Cómo Vamos (2015). Informe Primera Infancia Cómo Vamos. Identificando desigualdades para promover la equidad en la infancia colombiana.

Fundación Éxito. (2014). Los determinantes sociales de la desnutrición crónica en Colombia. Medellín.

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (2016). "Lineamiento técnico para la atención a la primera infancia".

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (2017). Respuesta a solicitud de información de la Red de Ciudades Cómo Vamos. Junio de 2017.

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 pública. Vigilancia integrada de muertes en menores de cinco años por infección respiratoria aguda, enfermedad diarreica aguda o desnutrición. Obtenido de <http://www.ins.gov.co/buscador-eventos/ZIKA%20Lineamientos/PRO%20Mortalidad%20en%20menores%20de%205%20a%C3%B1os.pdf>

Instituto Nacional de Salud. (2017). Protocolo de vigilancia en salud. Mortalidad perinatal y neonatal tardía. Obtenido de <http://www.ins.gov.co/buscador-eventos/ZIKA%20Lineamientos/PRO%20Mortalidad%20perinatal%20y%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 (2017). Informe de Calidad de vida de Medellín, 2016. Disponible en: http://www.medellincomovamos.org/download/informe-de-indicadores-objetivos-sobre-la-calidad-de-vida-en-medellin-2016/?utm_source=Documentos%20Home&utm_campaign=Encuesta%202016&utm_medium=Botones%20Sidebar&utm_term=Informe.

Medellín Cómo Vamos (2017, a). 5 de octubre de 2017. "Un análisis a la primera infancia en Medellín y el país. Disponible en: <http://www.medellincomovamos.org/un-analisis-a-la-atencion-a-primera-infancia-del-pais-y-medellin/>.

Medellín Cómo Vamos (2018). Informe de Calidad de vida de Medellín, 2017. Disponible en: https://www.medellincomovamos.org/download/documento-informe-de-calidad-de-vida-de-medellin-2017/?utm_source=Documentos%20Home&utm_campaign=Documento%202017&utm_medium=Botones%20Sidebar&utm_term=Informe%20de%20Calidad%20de%20Vida%20de%20Medell%C3%ADn,%202017.

Medellín Cómo Vamos, Fundación Éxito, Fundación Proantioquia, Fundación Sofía Pérez de Soto (2017). ¿Cómo va la primera infancia en Medellín? Disponible en: <https://www.medellincomovamos.org/download/informe-de-seguimiento-a-la-primera-infancia-en-medellin-2009-2016/>.

Medellín Cómo Vamos. (2016). Informe de Calidad de Vida de Medellín 2012-2015. Disponible en: http://www.medellincomovamos.org/download/informe-de-indicadores-objetivos-sobre-la-calidad-de-vida-en-medellin-2012-2015/?utm_source=Documentos%20Home&utm_campaign=Encuesta%202016&utm_medium=Botones%20Sidebar&utm_term=Informe

Medellín Cómo Vamos. (21 de Julio de 2014). El alcalde respondió al Informe de Calidad de Vida de Medellín Cómo Vamos. Disponible en: Obtenido de <http://www.medellincomovamos.org/el-alcalde-respondi-al-informe-de-calidad-de-vida-de-medell-n-c-mo-vamos/>

Medina, Carlos y Lina Cardona (2016) "The Effects of In utero Programs on Birth Outcomes: The Case of "Buen Comienzo". En Borradores de Economía. Número 155. 2016.

Metrosalud. (s.f.). Buen Comienzo - Entorno familiar. Obtenido de <http://www.metrosalud.gov.co/metrosalud/pyp/71-buen-comienzo>

Ministerio de Educación Nacional: (2018, a) Tomado de: <https://www.mineduacion.gov.co/1759/w3-propertyvalue-51456.html>. Fecha de acceso: 28 de septiembre de 2018.

Ministerio de Educación Nacional: (2018, b) Tomado de: <https://www.mineduacion.gov.co/portal/Educacion-inicial/>

Ministerio de Educación Nacional (2018, c) Tomado de: <https://www.mineduacion.gov.co/1759/w3-article-228881.html>. Fecha de acceso: 28 de septiembre de 2018.

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. (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. (2018). Análisis de situación de salud. Colombia, 2017. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-nacional-2017.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. (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. (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. (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. (2016). Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Obtenido de <http://profamilia.org.co/docs/ENDS%20TOMO%20II.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 y Protección Social. (s.f.). 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.). Vacuna contra la poliomielitis. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/POLIO.pdf>

Mistral, Gabriela (1948). Llamado por el niño

Mustard, J. Fraser (2007) "Experience-based Brain Development: Scientific Underpinnings of the Importance of Early Child Development in a Global World" En: Early Child Development from Measuring to Action. A Priority for Growth and Equity. The World Bank, Washington D.C. Editor: Mary Eming Young with Linda M. Richardson.

Organización 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. (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. (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. (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 of low birthweight 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). Inmunización, vacunas y productos biológicos. Rotavirus. Obtenido de <http://www.who.int/immunization/diseases/rotavirus/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. (julio de 2016). ¿Qué es la malnutrición? Obtenido de <http://www.who.int/features/qa/malnutrition/es/>

Organización Mundial de la Salud. (septiembre de 2016). Mortalidad materna. Nota descriptiva. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>

Organización Mundial de la Salud. (septiembre de 2016). Reducción de la mortalidad en la niñez. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs178/es/>

Organización Mundial de la Salud. (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. (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=C929C34989B91A5437D07363213F3736?sequence=1

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. (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. (mayo de 2017). Enfermedades diarreicas. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs330/es/>

Organización Mundial de la Salud. (2017). Alimentación del lactante y del niño pequeño. Nota descriptiva. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs342/es/>

Organización Mundial de la Salud. (2017). Enfermedades diarreicas. Obtenido de <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diarrhoeal-disease>

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. (2018). 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. (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. (1996). Manual de vigilancia epidemiológica. Obtenido de <http://www.bvsde.ops-oms.org/bvsea/e/fulltext/manual/manual.html>

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

Presidencia de la República (2018). Política de Estado Para el Desarrollo Integral a de la Primera Infancia. 31 pág.

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. (septiembre de 2015). Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe 2015. Obtenido de <http://www.co.undp.org/content/dam/colombia/docs/ODM/undp-co-odsinformedoc-2015.pdf>

Ramírez, María Aurelia. Padres y desarrollo de los hijos: pautas de crianza. Estudios Pedagógicos XXXI, N 2: 167-177, 2005. Obtenido de: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-07052005000200011&script=sci_arttext&tIing=pt.

Registraduría Nacional del Estado Civil (2018). Tomado de: <https://registraduria.gov.co/-Registro-de-Nacimiento-.html>. Fecha de ingreso: 2 de octubre de 2018.

Restrepo, Piedad Patricia “Urge un censo poblacional”. 19 de junio de 2017. El Colombiano. Disponible en: <http://www.elcolombiano.com/opinion/columnistas/urge-un-nuevo-censo-poblacional-XA6750312>.

Semana (septiembre 29 de 2018). Estos son los resultados preliminares del censo de población y vivienda. Tomado de: <https://www.semana.com/economia/articulo/los-resultados-mas-curiosos-del-censo-nacional-de-poblacion-y-vivienda/585021>. Fecha de consulta: 1 de octubre de 2018.

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. (1992). Strategy for improved nutrition of children and women in developing countries. New York: UNICEF.

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/bitstream/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. (2013). Ending preventable child deaths from Pneumonia and Diarrhea 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. (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. (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. (Septiembre de 2016). Infancia y Desigualdad Habitacional Urbana en 8 países de América Latina. 26 páginas.

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. (2016). Nutrition's lifelong impact. Obtenido de https://www.unicef.org/nutrition/index_lifelong-impact.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. (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. (Marzo de 2018). Under-five mortality. Obtenido de <https://data.unicef.org/topic/child-survival/under-five-mortality/>

Unicef. (2018). Malnutrition. Obtenido de <https://data.unicef.org/topic/nutrition/malnutrition/>

Unicef. (2018). Lactancia materna. Obtenido de https://www.unicef.org/spanish/nutrition/index_24824.html

Unicef. (s.f.). Bajo peso al nacer. Obtenido de https://www.unicef.org/spanish/specialsession/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. Grupo de Puericultura. Boletín del Grupo de Puericultura. Año XXI (2017). No. 164.

ANEXO 1.

FICHA TÉCNICA DE LA ENCUESTA DE PERCEPCIÓN CIUDADANA, MEDELLÍN 2018

Persona natural o jurídica que la realizó: Ipsos Napoleón Franco, inscrito ante el Consejo Nacional Electoral.

Encomendada y financiado por: Medellín Cómo Vamos.

Grupo objetivo: Población general, hombres y mujeres, mayores de 18, de estratos sociales 1 al 6, residentes habituales del área urbana de Medellín en todas sus comunas.

Tamaño de la muestra: 1.514 encuestas.

Técnica de recolección de datos: Entrevista personal en hogares.

Margen de error: Para el total de la muestra, 2,5% con 95% de confianza para fenómenos de ocurrencia del 50%.

Entidades y personajes por los que se indagó: el Alcalde Federico Gutierrez, el Concejo de Medellín, Secretaría de Educación, Empresas Públicas de Medellín, Terminales de Transporte, Metrosalud, Instituto de Recreación y Deporte INDER, Metro de Medellín, Telemedellín, Policía Metropolitana del Valle de Aburrá, Comisarías de Familia, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Sena e Inspecciones de Policía.

Fecha de realización del trabajo de campo: Del 21 de septiembre al 6 de noviembre de 2018, con un equipo de 51 encuestadores y 6 supervisores.

Tema o temas a los que se refiere: Seguimiento a la calidad de vida en Medellín

Preguntas que se realizaron: Ver cuestionario anexo.

Tipo de la muestra: Muestreo multietápico, estratificado en su primera etapa y por cuotas en las siguientes. Primera etapa selección aleatoria de conglomerados de manzanas, segunda etapa selección de manzanas a visitar en cada conglomerado. El método de selección del entrevistado en el hogar, es la persona presente en el hogar y residente habitual del mismo, mayor de 18 años, próxima a cumplir años

Área / Cubrimiento: Medellín

Ponderación: Muestra ponderada por zona de la ciudad, NSE, edad y género con las proyecciones del DANE al 2018.

El Informe ¿Cómo va la primera infancia en Medellín?, 2017 tiene como objetivo dar continuidad al seguimiento de la calidad de vida de la primera infancia en Medellín, bajo la perspectiva de derechos y las condiciones que hacen posible el desarrollo integral de cada niño, según la Política Pública nacional “De Cero a Siempre”.

Para dar cuenta de esas condiciones incluidas en la Política Pública nacional, se incluyen en este informe indicadores de resultado, acordes con la metodología de seguimiento a la calidad de vida que hace el Programa, con base, primordialmente, en fuentes oficiales, pero también se complementa con información proveniente de la Encuesta de Percepción Ciudadana de Medellín Cómo Vamos. Además, este año se hace énfasis en las metas nacionales y locales para alcanzar los retos propuestos por la agenda de Objetivos de Desarrollo Sostenible -ODS-, que se relacionan con el bienestar de la primera infancia.

ALIADOS



ENTIDADES SOCIAS DE MEDELLÍN CÓMO VAMOS

